

Флосін®

Тамсулозину гідрохлориду 0,4 мг¹
Лікування функціональних розладів з боку нижніх сечовивідних шляхів при доброякісній гіперплазії передміхурової залози¹

- Швидкий початок дії²
- Уроселективний³: не викликав клінічно значущого зниження АТ¹
- Діє цілодобово¹

СКОРОЧЕНА ІНСТРУКЦІЯ для медичного застосування лікарського засобу ФЛОСІН® (FLOSIN®)¹

ЛІКАРСЬКА ФОРМА. Капсули тверді з модифікованим вивільненням. **ПОКАЗАННЯ.** Лікування функціональних розладів з боку нижніх сечовивідних шляхів при доброякісній гіперплазії передміхурової залози (ДГПЗ). **ПРОТИПОКАЗАННЯ.** Підвищена чутливість до діючої речовини, включаючи медикаментозно-індукований ангіонабряк, або до будь-якої з допоміжних речовин лікарського засобу; наявність в анамнезі ортостатичної гіпотензії; тяжка печінкова недостатність. **СПОСІБ ЗАСТОСУВАННЯ ТА ДОЗИ.** Одна капсула щодня, яку приймають після сніданку або першого вживання їжі за день. **ПОБІЧНІ РЕАКЦІЇ:** запаморочення, головний біль, непритомність, відчуття серцебиття, ортостатична гіпотензія; риніт; запор, діарея, нудота, блювання; висипання, свербіж, кропив'янка, ангіонабряк; розлади еякуляції, включаючи ретроградну еякуляцію і недостатність еякуляції, пріапізмі; астенія та інші. **КАТЕГОРІЯ ВІДПУСКУ.** За рецептом.

ВИРОБНИК. Менаріні-Фон Хейден ГмБХ. **МІСЦЕЗНАХОДЖЕННЯ.** Лейпцігер штрассе 7-13, 01097 Дрезден, Німеччина.

¹Обов'язково уважно ознайомтеся з повною інструкцією для медичного застосування лікарського засобу ФЛОСІН®, затвердженою наказом МОЗ України № 1787 від 03.10.2022, а саме з повним переліком побічних ефектів, особливостей застосування, способом застосування та дозами.

1. Інструкція для медичного застосування лікарського засобу ФЛОСІН®, затверджена наказом МОЗ України № 1787 від 03.10.2022, Р.П. № UA/8350/01/01. 2. Lepor H. Phase III multicenter placebo-controlled study of tamsulosin in benign prostatic hyperplasia. Tamsulosin Investigator Group//Urology. 1998. Jun; 51(6):892-900. 3. Lowe FC. Summary of Clinical Experiences With Tamsulosin for the Treatment of Benign Prostatic Hyperplasia. Reviews in Urology. 2005;7(Suppl 4):S13-S21. 4. Інструкція для медичного застосування лікарського засобу ПРОСТАМОЛ® УНО, затверджена наказом МОЗ України № 2374 від 28.10.2021, Р.П. № UA/10417/01/01.

*Фармакологічні властивості.

За додатковою інформацією щодо лікарських засобів звертатися до Представництва «Берлін-Хемі / А. Менаріні Україна ГмБХ». м. Київ, 02098, вул. Березняківська, 29. Тел.: +38 (044) 494 33 88. Інформація про лікарські засоби. Інформація для професійної діяльності медичних і фармацевтичних працівників. UA-Pro-21-2022-V1-Press. Останній перегляд 28.10.2022.

Простамол® УНО

густого спиртового екстракту із плодів пальми пихлоподібної (Serenoa repens) 320 мг
Лікування дорослих чоловіків з із утрудненим сечовипусканням при доброякісній гіперплазії передміхурової залози I та II стадії за класифікацією Alken⁴

- Гальмування росту тканин передміхурової залози^{4*}
- Зменшення розладів сечовипускання⁴
- Протизапальна і протинабрякова дія^{4*}
- Не впливає на статеву функцію⁴

СКОРОЧЕНА ІНСТРУКЦІЯ для медичного застосування лікарського засобу ПРОСТАМОЛ® УНО (PROSTAMOL® UNO)⁴

ЛІКАРСЬКА ФОРМА. Капсули м'які. **ПОКАЗАННЯ.** Простамол® Уно застосовується для лікування дорослих чоловіків із утрудненим сечовипусканням при доброякісній гіперплазії передміхурової залози I та II стадії за класифікацією Alken. **ПРОТИПОКАЗАННЯ.** Підвищена чутливість до діючої речовини або до інших допоміжних речовин. **СПОСІБ ЗАСТОСУВАННЯ ТА ДОЗИ.** Дозування. Простамол® Уно приймають по 1 м'якій капсулі 1 раз на добу в один і той же час. **ПОБІЧНІ РЕАКЦІЇ:** нечасто – нудота, блювання, діарея, біль у животі (особливо при прийомі препарату натще); частота невідома – алергічні реакції або реакції гіперчутливості, головний біль. **КАТЕГОРІЯ ВІДПУСКУ.** Без рецепта.

ВИРОБНИК. БЕРЛІН-ХЕМІ АГ. **МІСЦЕЗНАХОДЖЕННЯ.** Глінікер Бер 125, 12489 Берлін, Німеччина.

⁴Обов'язково уважно ознайомтеся з повною інструкцією для медичного застосування лікарського засобу ПРОСТАМОЛ® УНО, затвердженою наказом МОЗ України № 2374 від 28.10.2021, а саме з повним переліком побічних ефектів, особливостей застосування, способом застосування та дозами.



BERLIN-CHEMIE MENARINI

В.В. Спиридоненко, к. мед. н., доцент, старший науковий співробітник відділу сексопатології та андрології ДУ «Інститут урології ім. академіка О.Ф. Возіанова НАМН України»,
Ю.М. Гурженко, д. мед. н., професор кафедри урології Національного університету охорони здоров'я України ім. П.Л. Шупика, головний науковий співробітник відділу сексопатології та андрології
 ДУ «Інститут урології ім. академіка О.Ф. Возіанова НАМН України, м. Київ

Синдром хронічного тазового болю та клінічна цінність довготривалої монотерапії фітопрепаратом

Етіологічна і патогенетична різноманітність, відсутність чіткої стратегії в алгоритмах діагностики, схильність до рецидивування, а також невисокий відсоток успішності лікування презентує синдром хронічного тазового болю (СХТБ) у лікарів загальної практики як складну й нез'ясовану патологію. З огляду на це СХТБ становить актуальну міждисциплінарну поліклінічну проблему, до менеджменту якої залучаються фахівці різних спеціальностей, включаючи урологів, проктологів, неврологів, психіатрів, психологів тощо. Для лікування симптомів хронічного простатиту (ХП)/СХТБ традиційно призначаються антимікробні засоби. Крім того, широко застосовуваними є фітопрепарати, зокрема спиртовий екстракт *Senecio jacobinae*, ефективність якого доведена в багаторічних рандомізованих сліпих плацебо-контрольованих дослідженнях. До того ж його прийом не супроводжується виникненням побічних ефектів, що важливо у пацієнтів старшого віку. Засноване на доказах лікування ХП/СХТБ передбачає мультиmodalний терапевтичний підхід з урахуванням індивідуального клінічного фенотипічного профілю пацієнта.

Ключові слова: синдром хронічного тазового болю, хронічний простатит, доброякісна гіперплазія передміхурової залози, симптоми нижніх сечових шляхів, простатовезикулярний комплекс, спиртовий екстракт *Senecio jacobinae*, Простамол® Уно.



В.В. Спиридоненко



Ю.М. Гурженко

Епідеміологія та патогенез ХП/СХТБ відповідно до сучасних наукових поглядів

СХТБ є складним поліетіологічним станом, який характеризується необхідністю залучення великої кількості лікувально-діагностичних заходів та відносно не визначеним прогнозом.

Для СХТБ характерний розвиток перманентного рецидивуючого болю в ділянці таза, пов'язаного із симптомами дисфункції нижніх відділів сечовивідних шляхів, а також ознаками статевої, кишкової або сексуальної дисфункції за відсутності верифікованого інфекційного процесу або будь-якої іншої явної патології. Нещодавні епідеміологічні дослідження показали, що чоловіки із ХП/СХТБ набагато частіше мають в анамнезі серцево-судинні, неврологічні, психіатричні або інфекційні захворювання (зокрема, синусит) порівняно з безсимптомними особами [1].

За даними деяких дослідників [2] симптоми інтерстиціального циститу/синдрому болю в сечовому міхурі та ХП/СХТБ широко розповсюджені серед чоловіків у США. Показники зваженої оцінки поширеності інтерстиціального циститу/синдрому болю в сечовому міхурі для визначення високої чутливості та високої специфічності становили 4,2% (3,1-5,3) і 1,9% (1,1-2,7) відповідно. Зважена оцінка поширеності ХП/СХТБ становила 1,8% (0,9-2,7). Ці значення відповідають 1 986 972 (95% довірчий інтервал [ДІ] 966 042-2 996 924) чоловікам із ХП/СХТБ та 2 107 727 (95% ДІ 1 240 485-2 974 969) чоловікам із високоспецифічним інтерстиціальним циститом/синдромом болю в сечовому міхурі у США. Збіг між чоловіками, які відповідали високоспецифічним визначенням інтерстиціального циститу/синдрому болю в сечовому міхурі або ХП/СХТБ, становив 17%. Поширеність симптомів інтерстиціального циститу/синдрому болю в сечовому міхурі у чоловіків наближається до такої у жінок, що вказує на недостатнє охоплення осіб чоловічої статі специфічною діагностикою. На актуальність проблеми вказує той факт, що лише у США на ХП/СХТБ припадає 2 млн амбулаторних відвідувань лікарів [1]. Інші автори вказують на наявність СХТБ, що викликає серйозні симптоми, незручності та погіршує якість життя, у >8,2% чоловіків із ХП [3].

В урологічній практиці СХТБ розглядається як одна з форм ХП і вважається досить частим проявом болювого синдрому в сечостатевої системі або суміжних із нею органах.

Згідно з класифікацією Національного інституту здоров'я США (NIH), ХП/СХТБ є найпоширенішим синдромом простатиту, що характеризується наявністю тазового болю із симптомами порушення сечовипускання або без них і може уражати чоловіків будь-якого віку, включаючи осіб віком >80 років [1].

Проведені в останні роки дослідження встановили, що за наявності вогнища запалення саме у структурах простатовезикулярного комплексу (ПВК) тканини останнього продукують різні протизапальні агенти: імунні медіатори, включаючи інтерлейкін (IL) 1 β , IL-6, інтерферон γ , фактор некрозу пухлини α та секреторні

імуноглобуліни, що надлишково експресуються в секреті передміхурової залози (ПЗ) та сім'яній рідині. Також слід зазначити, що наявність досить функціонально активного пулу лімфатичних клітин у ПВК дозволяє формуватися патологічними процесам, які мають ознаки аутоімунних. Через наявність останніх відбувається активація загального пулу Т-клітин, Т-хелперів 1 (Th1), Th17 і Th22, що визначаються в надлишковій кількості у периферичній крові чоловіків із ХП/СХТБ.

Відповідно до сучасних наукових поглядів існує уявлення, що простат-асоційована лімфоїдна тканина ПЗ має велику схильність до утворення потужних вогнищ запалення, із формуванням реактивної дисплазії структур і високим ризиком передпухлинної трансформації ацинарного мікрооточення до стану ацинарно-протокової метаплазії. За таких умов процеси так званого оксидативного стресу в тканинах ПЗ набувають характеру «порочного кола», а надлишковий вміст синтазу оксиду азоту (iNOS) призводить до формування імунної імпрегнації клітин простатичного епітелію з ризиком простатичної інтраепітеліальної неоплазії (PIN) [4, 5].

При ідентифікації в пацієнтів із ХП/СХТБ аутореактивних Т-клітин, специфічних до антигенів простати, а також порівнянні запальних реакцій на фоні аутоімунних захворювань із такими при ХП/СХТБ учені припустили, що дана патологія з високою вірогідністю є аутоімунною [6].

Згідно з існуючою теорією наявності у хворого так званого функціонального соматичного синдрому як одного із проявів СХТБ, останній може виступати у якості клінічної «маски» різних за генезом станів (синдром подразненого кишечника, дорсалгія, фіброміалгія, синдром хронічної втоми, каузалгія, некардіальна пекторалгія тощо). Через особливості іннервації та відповідний функціонал органи малого таза мають схожість із м'язовим комплексом тазового дна, тому й функції підтримки, скорочення і розслаблення характеризують певні особливості формування СХТБ.

Складні функції контролю й активації органів малого таза реалізуються на рівні сегментів спинного мозку і стовбура головного мозку. Гіперактивні ноцицептивні аферентні імпульси надлишково активують сегментарні структури спинного мозку, підвищуючи рівень збудження в сегментах рефлекторної дуги, порушуючи, у свою чергу, стан м'язового тону. Тривале тонічне навантаження на тазові м'язи формує гіпоксичні процеси з утворенням у них надлишку недоокислених продуктів метаболізму, тому саме гіпоксія останніх призводить до стійких болювих відчуттів. До хронічного гіпоксичного та нервового дизрегуляторного процесу додається активація центральних низхідних симпатичних провідних шляхів, формуючи феномен «порочного кола». Згодом цей стан впливає на формування органічних міодистрофічних змін тазових м'язів із формуванням стійкого болювого синдрому, який посилюють різні екзогенні впливи

(охладження, статичні стани, фізичне перенапруження, стрес, психогенні фактори тощо), чого не спостерігається у здорових осіб.

Десинхронізація тону м'язів тазового дна і промежини, спочатку функціональна, а згодом й органічна, на яку нашаровується хронічний болювий синдром, стає ініціальним фактором формування стійких розладів сечовипускання, що поєднуються в розлогий термін «симптоми нижніх сечових шляхів» (СНСШ). За будь-яких патогенетичних аспектів (симптоматичних, органічних обструктивних, рефлекторних) саме СНСШ надають перебігу СХТБ негативного прогнозу і потребують підбору індивідуальної схеми лікування.

Іншою, навіть більш актуальною, проблемою є наявність хронічного запалення в структурах ПВК та детрузора сечового міхура. Етіологія його зазвичай є невизначеною, епідеміологія – дискусійною, із тенденцією до максимальної високої частоти, але найважливішим, на нашу думку, є його низькопрогресивний невинний перебіг.

Роль визначення індивідуального фенотипічного профілю пацієнта у діагностиці та лікуванні ХП/СХТБ

Вплив інфекції на симптоми СХТБ залишається суперечливим, адже встановлено, що у безсимптомних чоловіків ідентифікується аналогічна або більша кількість бактерій у рідині ПЗ порівняно з чоловіками з ХП/СХТБ. Хоча у простатичній рідині таких пацієнтів зазвичай має місце виражена лейкоцитарна реакція, вона не корелює із симптомами СХТБ. Сучасна клінічна діагностика цих випадків, крім традиційних заходів, включає підтверджену самостійну оцінку симптомів, а також визначення індексу симптомів хронічного простатиту Національного інституту здоров'я (NIH-CPSI), який був розроблений для аналізу ефективності лікування. Використання останнього дотепер є емпіричним і обмеженим відсутністю великих рандомізованих плацебо-контрольованих клінічних досліджень.

Ученими було проведено скринінг рандомізованих контрольованих досліджень у базі даних Medline та Cochrane щодо лікування ХП/СХТБ із 1998 року по грудень 2014 року зі спіранням на індекс NIH-CPSI як на об'єктивну оцінку результату [3]. У результаті було проаналізовано 28 рандомізованих контрольованих досліджень. Випробування, що оцінювали антибіотики, α -блокатори, протизапальні та імуномодулюючі речовини, гормональні агенти, фітотерапевтичні препарати, нейромодулятори, агенти, що змінюють функцію сечового міхура, а також варіанти

Продовження на стор. 4.

В.В. Спиридоненко, к. мед. н., доцент, старший науковий співробітник відділу сексопатології та андрології ДУ «Інститут урології ім. академіка О.Ф. Возіанова НАМН України», **Ю.М. Гурженко**, д. мед. н., професор кафедри урології Національного університету охорони здоров'я України ім. П.Л. Шупика, головний науковий співробітник відділу сексопатології та андрології ДУ «Інститут урології ім. академіка О.Ф. Возіанова НАМН України, м. Київ

Синдром хронічного тазового болю та клінічна цінність довготривалої монотерапії фітопрепаратом

Продовження. Початок на стор. 3.

фізичного лікування, не виявили чіткої терапевтичної користі для лікування ХП/СХТБ. З огляду на багатфакторну патофізіологію та різноманітні клінічні прояви, терапія ХП/СХТБ вимагає фенотипічного підходу, спрямованого на індивідуальний клінічний профіль кожного пацієнта. Були запропоновані різні алгоритми їх категоризації. Перші дослідження із застосуванням системи класифікації UPOINT(S) дали багатообіцяючі результати. Позитивний результат по щонайменше трьом доменам системи UPOINT у пацієнтів із ХП/СХТБ надає найкращі практичні рекомендації щодо тактики їх лікування. Авторами дослідження було зроблено висновок, що сучасне розуміння патофізіології ХП/СХТБ як сильно варіабельного синдрому не вказує на можливості ефективного монотерапевтичного лікування. Найкраще лікування ХП/СХТБ, засноване на доказах, наполегливо пропонує мультимодальний терапевтичний підхід, що стосується індивідуального клінічного фенотипічного профілю [3].

З метою найкращої деталізації діагностичного і терапевтичного профілю пацієнтів із ХП/СХТБ було створено алгоритм UPOINT, який складається із шести основних фенотипічних доменів, а саме: сечовидільного (U), психосоціального (P), органоспецифічного (O), інфекційного (I), неврологічного/системного (N) і м'язової чутливості (T). У систему UPOINT може бути включений додатковий домен сексуальної дисфункції (S).

Вплив інфекційного домену на тяжкість симптомів ХП/СХТБ є суперечливим через недосконалість результатів різних досліджень. Тому вченими було проведено ретроспективне дослідження аналізу ступеня, до якого позитивний інфекційний домен UPOINT може змінити структуру балів щодо симптомів ХП/СХТБ, оцінених за допомогою індексу NIH-CPSI [7]. У когорті з 935 пацієнтів, яких було розподілено на основі наявності або відсутності інфекції ПЗ, більш серйозні клінічні симптоми спостерігалися в осіб з інфекцією (середній загальний бал за NIH — 24 проти 20 балів у неінфікованих пацієнтів; $p < 0,001$), а криві розподілу балів NIH-CPSI були зміщені в бік більш серйозних симптомів у чоловіків з інфекцією. Розподіл пацієнтів на шість найбільш помітних фенотипічних кластерів UPOINT показав, що кластер «статева дисфункція, пов'язана з інфекцією ПЗ», включаючи найбільшу частку осіб з ознаками інфекції (80%), набрав найбільшу кількість балів серед усіх кластерів. Було встановлено, що наявність патогенів у ПЗ може суттєво впливати на клінічну картину у чоловіків із ХП/СХТБ і що домен інфекції може бути визначальним фактором тяжкості симптомів у кластерах пацієнтів, розподілених за фенотипами системи UPOINT.

У дослідженні, присвяченому оцінці клінічної користі фенотипічної системи UPOINT, за участю 389 китайських чоловіків із ХП/СХТБ було встановлено, що завдяки гнучкості та оперативності нової системи класифікації із шести доменів частка пацієнтів із позитивними результатами становила 54,0, 42,1, 41,9, 20,8, 26,7 і 40,4% відповідно за сечовидільним, психосоціальним, органоспецифічним, інфекційним, неврологічним/системним та доменом м'язової чутливості [8]. Існували суттєві кореляції між кількістю позитивних доменів UPOINT і загальними балами за NIH-CPSI ($r = 0,706$, $p < 0,001$), Міжнародною шкалою оцінки простатичних симптомів (IPSS) ($r = 0,682$, $p < 0,001$) і Міжнародним індексом еректильної функції (IIEF-5) ($r = 0,631$, $p = 0,007$). За винятком віку пацієнтів, тривалість симптомів була пов'язана зі значно більшою кількістю позитивних доменів ($r = 0,638$, $p = 0,005$). Після додавання до UPOINT домену еректильної дисфункції (ЕД) встановлено її високу кореляцію з позитивними доменами,

як і значний зв'язок між кількістю доменів UPOINT і балами за NIH-CPSI. Таким чином, корисність визначення ЕД як окремого елемента в домені UPOINT вважається діагностично значущою.

Клінічна цінність фітопрепарату СХТБ: фокус на спиртовий екстракт *Sergenoa herens* із багатовекторним механізмом дії та клінічно доведеною протизапальною активністю

Зазвичай для лікування симптомів ХП/СХТБ використовуються антимікробні агенти. Крім них широко використовуваними є фітопрепарати, антагоністи α -адренорецепторів, протизапальні засоби, трициклічні антидепресанти та антихолінергічні засоби. Побічні ефекти вказаних ліків, крім фітопрепаратів, традиційно викликають занепокоєння у літніх чоловіків із ХП/СХТБ. Інші доступні методи лікування включають мініінвазивні процедури, такі як мікрохвильова термотерапія та трансуретральна голкова абляція, а також нейромодуляція [1].

Згідно із сучасними настановами Європейської асоціації урології (EAU, 2023), фітопрепарати для лікування захворювань ПЗ мають володіти антиандрогенними, антиестрогенними, антипроліферативними, антиоксидантними та протизапальними ефектами. Найбільш вивченими та використовуваними лікарськими рослинами із зазначеними фармакологічними властивостями є *Sergenoa herens*, *Rugosa africana* і *Urtica dioica*. Як перспективні також розглядаються *Cucurbita pepo*, *Epilobium* spp., *Lycopersum esculentum*, *Secale cereale*, *Roystonea regia*, *Vaccinium macrocarpon*. Крім того, дієта може відігравати важливу роль у розвитку захворювань ПЗ. Зокрема, середземноморська дієта багата на продукти з антиоксидантними властивостями, які діють як захисний фактор проти раку простати. Так само низьке споживання тваринного білка, достатнє споживання фруктів і овочів, лікопіну та цинку запобігає виникненню доброякісної гіперплазії передміхурової залози (ДГПЗ). *Sergenoa herens* у лікуванні симптомів ДГПЗ була перевірена окремо або, частіше, у комбінації з іншими лікарськими рослинами, α -блокаторами та інгібіторами 5α -редуктази.

З метою вивчення ефективності медикаментозної терапії ХП/СХТБ група дослідників здійснила всебічний пошук досліджень із використанням баз даних PubMed Central, Medline, Embase, PsycINFO, CINAHL, реєстрів клінічних випробувань, «сірої» літератури та матеріалів конференцій, відібравши 99 унікальних досліджень за участю 9119 чоловіків із цим діагнозом та оцінкою 16 типів фармакологічних втручань. Було встановлено, що фітотерапія може зменшувати симптоми простатиту порівняно з плацебо (показники NIH-CPSI: відношення шансів -5,02, 95% ДІ від -6,81 до -3,23; 5 досліджень, $n = 320$) і не бути при цьому пов'язаною зі збільшенням частоти побічних ефектів. Фітотерапія може не купірувати сексуальну дисфункцію, а також відсутня інформація щодо якості життя, проявів тривоги й депресії [9].

Останні метааналізи показали, що ефективність *Sergenoa herens* подібна або нижча за ефективність фінастериду та тамсулозину, але явно вища, ніж у плацебо, при лікуванні легких і помірних СНСШ, ніктурії та урологічного дискомфорту. Продовжуються дослідження можливостей екстракту *Sergenoa herens* щодо зменшення вираженості запалення в гістологічних зрізах ПЗ [10].

Вищезазначені результати досліджень збігаються із сучасними даними вітчизняних дослідників [11], які обґрунтували припущення, що попереднє проходження антибіотикотерапії позначалося на успішності наступного лікування у чоловіків із ХП/СХТБ,

й оцінили це як фенотипічний фактор у таких пацієнтів. Їхнє власне проспективне дослідження включало 74 чоловіків із ХП/СХТБ, які мали щонайменше 10 балів за шкалою NIH-CPSI і не отримували лікування ХП/СХТБ в останні 3 місяці. До першої групи ($n = 37$) увійшли пацієнти з успішною антибіотикотерапією в минулому. Другу групу ($n = 37$) склали особи без ефекту від антибіотиків. Усі пацієнти перорально отримували: диклофенак натрію (100 мг/добу, 2 тижні), тамсулозин модифікованого вивільнення (0,4 мг/добу, 1 місяць) і спиртовий екстракт *Sergenoa herens* (320 мг/добу, 6 місяців). Після лікування показники за NIH-CPSI значно знизилися (на ≥ 6 балів) в обох групах, а симптоми депресії та тривоги значно зменшилися лише у другій групі. У першій групі лікування видалося ефективним у 59,5% та 51,4% пацієнтів, а у другій групі — у 83,8% та 78,4% відповідно. Ефективність терапії була достовірно ($p < 0,05$) нижчою у першій групі, а попередня антибіотикотерапія і результат поточного лікування були достовірно пов'язані між собою ($p < 0,05$). На підставі цього автори зробили висновок, що у хворих на ХП/СХТБ попереднє застосування антибіотиків має визначальну роль у прогнозі поточного лікування. Латентний бактеріальний фактор мав місце у 24,3-27% випадків ХП/СХТБ.

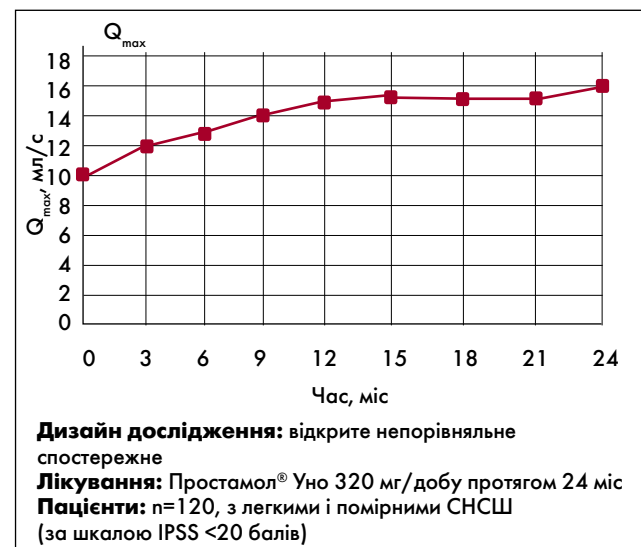


Рис. Ефективність довготривалої монотерапії спиртовим екстрактом *Sergenoa herens* (Простамол® Уно) у пацієнтів із легкими та помірними СНСШ на фоні ДГПЗ

З огляду на вищезазначене можна більш детально розглянути фармакодинаміку саме спиртового екстракту *Sergenoa herens*, у контексті можливостей його впливу на запальний компонент СХТБ.

Рослинні лікарські засоби виготовляються з коренів, насіння, пилок, кори або плодів однієї рослини *Sergenoa herens* (монопрепарати); інші поєднують екстракти двох або більше рослин в одній таблетці (комбіновані препарати). In vitro рослинні екстракти *Sergenoa herens* можуть мати протизапальну, антиандрогенну й естрогенну дію; знижувати рівень глобуліну, що зв'язує статеві гормони; інгібувати ароматазу, 5-ліпоксигеназу, стимульовану фактором росту проліферації клітин ПЗ; α -адренорецептори, 5α -редуктазу, мускаринові холінорецептори, дигідропіридинові та ванілоїдні рецептори, а також нейтралізувати вільні радикали. Ці ефекти поки що не були підтверджені in vivo, і точні механізми дії рослинних екстрактів залишаються незрозумілими. Кокранівські метааналізи свідчать, що екстракт *Sergenoa herens* не перевершував плацебо, фінастерид або тамсулозин за кількістю балів за шкалою IPSS (подібні рівні покращення оцінки IPSS у дослідженнях із фінастеридом або тамсулозином можна трактувати як еквівалентність лікування).

Фітотерапевтичні агенти є гетерогенною групою засобів, які можуть містити різні концентрації активних інгредієнтів. Отже, метааналізи не видаються виправданими, а результати будь-яких аналізів слід інтерпретувати з відповідною обережністю (EAU, 2015; Tacklind et al., 2009). Таким чином, група з розробки настанов не надала жодних конкретних рекомендацій щодо фітотерапії для купірування СНСШ у чоловіків через гетерогенність продуктів, відсутність нормативної бази та значні методологічні проблеми, пов'язані з опублікованими дослідженнями й метааналізами.

Згодом у гайдлайні EAU 2022 року були представлені дещо інші рекомендації. Групою експертів EAU було вказано, що тільки екстрагований гексаном екстракт *Serenoa repens* (HESr) може бути рекомендований Комітетом із лікарських засобів рослинного походження (HMPC) як добре вивчений для застосування. Найбільш вичерпними є Кокранівські звіти (2002, 2009, 2012), у яких вказано, що їх результати не можна узагальнювати для всіх екстрактів *Serenoa repens*, а в майбутніх рандомізованих дослідженнях слід використовувати власні препарати *Serenoa repens* під контролем застосування плацебо тривалістю щонайменше 1 рік. При цьому дослідження має бути методично обґрунтованим, із високою статистичною потужністю та використанням валідованих оцінок симптомів (IPSS/шкала Американської урологічної асоціації [AUASI]).

Досить наочним є дослідження застосування спиртового екстракту *Serenoa repens* у хворих на ДГПЗ, за якої СХТБ часто є вторинним. Препарат Простамол® Уно покращував максимальну об'ємну швидкість сечовипускання (Q_{max}) у 24-місячному клінічному дослідженні (Sinescu I. et al., 2011).

Відомими є наукові дані щодо властивостей спиртового екстракту *Serenoa repens*, який демонструє унікальну полікомпонентну суму взаємопов'язаних між собою фармакологічних ефектів. Останнє дає змогу активно впливати на складні морфофункціональні зв'язки в тканинах ПБК у чоловіків у післяпубертатному періоді. Особливо показовим це виглядає у разі формування ускладнень хронічного запального процесу, яким є СХТБ.

Встановлено, що спиртовий екстракт *Serenoa repens* демонструє потужний ефект у купіруванні СНСШ/ДГПЗ, причому за рахунок саме багатьох пов'язаних між собою механізмів:

- інгібування надлишкової активності 5α -редуктази з блокадою перетворення тестостерону на 5 -дегідротестостерон та його зв'язування з андрогенними рецепторами;

- зменшення надлишкової активності регуляції ядерних і цитозольних андрогенних рецепторів;
- інгібування 17 -гідроксистероїддегідрогенази, яка є зворотним окислювачем тестостерону;
- зменшення активності конверсії (ароматизації) андрогенів в естрадіол;
- пригнічення проліферації стромальної тканини ПЗ, надлишково індукованої фактором росту фібробластів через, у тому числі, й наявність хронічного низькопродієнтного запалення;
- пригнічення прогіперпластичної індукції пролактинового й тиреоїдного рецепторів та рецептора інсуліноподібного фактора 1.

Існують і деякі інші механізми впливу спиртового екстракту *Serenoa repens* на тканини ПБК, що вивчаються та мають експериментальне значення. Усе вищезазначене надає спиртовому екстракту *Serenoa repens* унікальних терапевтичних можливостей, включаючи виражений протизапальний, протинабрякий та антигіперпластичний ефекти саме у тканинах ПБК. Ці ефекти дозволяють значно впливати на широкий спектр СНСШ, послаблюючи стійкі іритативні, обструктивні та постміктуричні прояви у чоловіків із СХТБ.

Застосування спиртового екстракту *Serenoa repens* є традиційним призначенням у хворих на ХП/СНСШ, СХТБ/СНСШ і ДГПЗ/СНСШ, але через необхідність тривалого прийому для реалізації клінічного ефекту цей препарат часто комбінують із лікарськими засобами інших груп (α -адреноблокаторами, нестероїдними протизапальними препаратами, антибіотиками тощо) на початкових стадіях терапії. Безперечним також є факт, що метою лікування є стійкий клінічний ефект у вигляді відсутності болю та дизуричних розладів із кінцевим результатом, що проявляється в нормалізації якості життя пацієнта із СХТБ. Утім це вимагає довготривалого прийому спиртового екстракту *Serenoa repens* у монодозі 320 мг/добу,

оскільки саме така схема лікування довела свою ефективність у покращенні стану та якості життя у хворих на хронічні запальні захворювання ПЗ, на що вказують результати багаторічних рандомізованих сліпих плацебо-контрольованих досліджень.

Література

1. Pontari M.A. Chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome in elderly men: toward better understanding and treatment *Drugs Aging*. 2003;20(15):1111-25. doi: 10.2165/00002512-200320150-00004.
2. Suskind A.M., Berry S.H., Ewing B.A., Elliott M.N., Suttrop M.J., Clemens J.Q. The prevalence and overlap of interstitial cystitis/bladder pain syndrome and chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome in men: results of the RAND Interstitial Cystitis Epidemiology male study. *J Urol*. 2013 Jan;189(1):141-5. doi: 10.1016/j.juro.2012.08.088.
3. Magistro G., Wagenlehner F.M.E., Grabe M., Weidner W., Stief CG, Nickel JC. Contemporary Management of Chronic Prostatitis/Chronic Pelvic Pain Syndrome *Eur Urol*. 2016 Feb;69(2):286-97. doi: 10.1016/j.eururo.2015.08.061.
4. De Marzo A.M., Platz E.A., Sutcliffe S. et al. Inflammation in prostate carcinogenesis // *Nat Rev*. – 2007. – V. 7. – P. 256-269.
5. Gradini R., Realacci M., Petrangeli E., Di Silverio F., Russo M. Nitric oxide synthases in normal and benign hyperplastic human prostate: immunohistochemistry and molecular biology // *J. Pathol.* – 1999 – V. 189 – P. 224-229.
6. Chen L., Zhang M., Liang C. Chronic Prostatitis and Pelvic Pain Syndrome: Another Autoimmune Disease? *Arch Immunol Ther Exp (Warsz)*. 2021 Sep 14;69(1):24. doi: 10.1007/s00005-021-00628-3.
7. Magri V., Wagenlehner F., Marras E., van Till J., Houbiers J., Panagopoulos P., Petrikos G.L., Perletti G. Influence of infection on the distribution patterns of NIH-Chronic Prostatitis Symptom Index scores in patients with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome (CP/PPS) *Exp Ther Med*. 2013 Aug;6(2):503-508. doi: 10.3892/etm.2013.1174.
8. Zhao Z., Zhang J., He J., Zeng G. Clinical utility of the UPOINT phenotype system in Chinese males with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome (CP/PPS): a prospective study *LoS One*. 2013;8(1):e52044. doi: 10.1371/journal.pone.0052044.
9. Va Franco J., Turk T., Hung J.J., Xiao Y.-T., Iakhno S., Tirapegui F.I., Garrote V., Vietto V. Pharmacological interventions for treating chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome *Cochrane Database Syst Rev*. 2019 Oct 6;10(10):CD012552. doi: 10.1002/14651858.CD012552.pub2.
10. Arrigo F.G. Cicero, Allkanjari O., Busetto G.M., Cai T., Largana G. et al. Nutritional treatment and prevention of benign prostatic hyperplasia and prostate cancer *Arch Ital Urol Androl*. 2019 Oct 2;91(3). doi: 10.4081/aiaa.2019.3.139.
11. Gorpynchenko I., Nurimanov K., Poroshina T., Savchenko V., Drannik G., Shulyak A. Antibiotic therapy effectiveness as an outcome predictor of complex treatment in chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome *Cent European J Urol*. 2021;74(2):241-248. doi: 10.5173/cej.2021.0195.R2.



ДАЙДЖЕСТ

НОВИНИ МЕДИЦИНИ

Надшвидкий ультразвук: перше успішне безконтрастне зображення складної структури нирок

Дослідницька група POSTECH (Науково-технічний університет Поханг) вивчала захворювання нирок за допомогою надшвидкого ультразвуку, який фіксує 1000 зображень за одну секунду. За допомогою нової технології науковці досягли тривимірного зображення мікроциркуляторного русла нирок. Використовуючи таку техніку, можна візуалізувати всю кровоносну систему нирки без будь-яких контрастних речовин. Враховуючи прямий зв'язок між кровопостачанням нирок та їх фільтраційною функцією, візуалізація мікросудин може бути ключовим показником як для запобігання нирковій недостатності, так і для відновлення згодом функції нирок.

Сучасні медичні методи візуалізації, такі як КТ і МРТ, мають обмеження в захопленні тонких судинних структур через лімітування роздільної здатності та чутливості. Крім того, використання контрастних речовин у цих методах звужено через небезпечні побічні ефекти в пацієнтів із захворюваннями нирок. Натомість ультразвукова візуалізація, яка вважається достатньо безпечною для спостереження, використовує ефект Доплера для вимірювання швидкості та напрямку кровотоку в реальному часі без необхідності контрастних речовин.

Поточна швидкість візуалізації також обмежена у захопленні тонких кровоносних судин із достатньою чутливістю. Дослідницька група підвищила мікросудинну чутливість завдяки застосуванню надшвидкого сканування із фіксуванням 1000 кадрів на секунду, що у 100 разів перевищує швидкість звичайного ультразвукового дослідження. Технологія використовує високу частоту ультразвуку (18 МГц) і надвисоку частоту кадрів (1 кГц на зріз) для сканування всього об'єму нирки. Із цією технікою біологи вперше у світі зробили зображення всієї тривимірної судинної мережі ниркової артерії, вени та міждольових артерій і вен товщиною 167 мкм у корі нирки без необхідності застосування контрастної речовини.

Крім того, безперервно спостерігали на моделі тварини за змінами ниркових судин, спричиненими нирковою недостатністю, виконуючи багатофакторний аналіз із використанням гемодинамічних і судинних морфологічних показників. Результати показали різке зниження ниркового кровотоку при гострій нирковій недостатності, тоді як у разі діабетичної нефропатії виявлено хронічну васкулярну дегенерацію, що супроводжується судинним спотворенням. Ця система дозволяє лікарям зрозуміти патофізіологію захворювань, що призводять до ниркової недостатності, а також дає змогу спостерігати судинні зміни до та після трансплантації нирки. Технологія має значний потенціал для вивчення кровообігу та функціональних порушень у різних органах травної, кровоносної і нервової систем.

Джерело: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/advs.202303966>.

Health-ua.com
СПЕЦІАЛІЗОВАНИЙ МЕДИЧНИЙ ПОРТАЛ

Електронні версії усіх друкованих видань
Видавничого дому «Здоров'я України»
на одному сайті!

Ми у соцмережах:

- @MedicnaGazetaZdorovaUkraini
- t.me/HealthUAcom
- @healthUAcom

Реклама