

РОЛЬ КОМБІНОВАНИХ ФІТОПРОСТАТОПРОТЕКТОРІВ У КОМПЛЕКСНІЙ КУРАЦІЇ ПАЦІЄНТІВ ІЗ СИНДРОМОМ УРОЛОГІЧНОГО ХРОНІЧНОГО ТАЗОВОГО БОЛЮ НА ТЛІ ХРОНІЧНОГО КАЛЬКУЛЬОЗНОГО ПРОСТАТИТУ

**О. Д. Нікітін, С. П. Пасєчніков, С. В. Головко, Я. М. Клименко, В. С. Грицай,
М. О. Ясинецький, П. О. Самчук**

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, м. Київ, Україна

Мета роботи – оцінити клінічну ефективність комбінованого фітопрепарату «Вогер» у комплексному лікуванні хворих на хронічний калькульозний простатит/синдром хронічного тазового болю (ХКП/СХТБ).

Матеріали та методи. Обстежено 76 пацієнтів, хворих на ХКП та СХТБ у віці від 28 до 45 років (середній вік становив $34,3 \pm 6,8$ року), тривалість захворювання – $1,2 \pm 0,4$ року. Основну групу (ОГ) склали 43 чоловіки, яким протягом місяця додатково до стандартного лікування (нестероїдні протизапальні препарати, альфа-адреноблокатори, антидепресанти у стандартних дозах і схемах вживання) призначали «Вогер» по 1 капсулі двічі на день; групу контролю (ГК) – 33 чоловіки, яким протягом місяця застосовували стандартну терапію. Під час обстеження використовували: анкетування за шкалою симптомів хронічного простатиту (NIH-CPSI); міжнародний індекс еректильної функції (МІЕФ-5); Міжнародну систему сумарної оцінки захворювань простати (IPSS); пальцеве ректальне дослідження простати (ПРД); мікроскопічне та бактеріологічне дослідження секрету простати; трансректальне ультразвукове дослідження передміхурової залози (ТРУЗД); анкетування за шкалою болю – візуально-аналогова шкала (ВАШ).

Результати. Вихідні показники обстеження в обох групах пацієнтів достовірно не відрізнялись. Через 1 міс після лікування у пацієнтів обох груп прояви больового синдрому стали незначно вираженими, проте у хворих ОГ через 1 міс після лікування сума балів за шкалою NIH-CPSI була майже на 30,0 % нижчою, ніж у ГК; порушення еректильної функції у пацієнтів ОГ не було відзначено, а у хворих ГК відзначалося деяке покращення еректильної функції, статистично недостовірне, яке в балах відповідало еректильній дисфункції легкого ступеня тяжкості; показник IPSS покращився у пацієнтів обох груп, але в ОГ через 1 міс після лікування він був на 16,9 % нижчим, ніж у хворих ГК; об'єм простати у пацієнтів ОГ через 1 міс після лікування був на 14,8 % меншим, ніж у хворих ГК. Динаміка больового відчуття у пацієнтів обох груп виявилась найбільш показовою протягом другого місяця від початку лікування, коли пацієнти ГК завершили прийом препаратів, а хворі ОГ приймали «Вогер». В ОГ відбулось поступове зниження показника за шкалою ВАШ з 3,5 до 1,0. В ГК показник поступово знижувався протягом перших 10 днів, а потім навіть незначно зріс – до 2,1.

Висновки. Використання комплексного фітопростатопротектора «Вогер» у курації пацієнтів із ХКП/СХТБ продемонструвало ефективність у 88,4 % пацієнтів на відміну від результатів лікування хворих ГК, де ефективність становила 54,5 %. Головним здобутком курації пацієнтів ОГ слід вважати значне зниження больового відчуття за шкалою ВАШ, що відзначали 79,1 % пацієнтів через 1 місяць прийому «Вогер». Подальше проведення спостереження за пацієнтами ОГ дають підстави вважати, що тривалий прийом «Вогер» дозволить збільшити період ремісії у пацієнтів з ХКП/СХТБ і значно покращити якість їхнього життя.

Ключові слова:

хронічний калькульозний простатит, синдром хронічного тазового болю, лікування, комбінований фітопростатопротектор «Вогер».

Клінічна та експериментальна патологія 2024. Т.23, №4 (90). С. 65-66.

DOI 10.24061/1727-4338.XXIII.4.90.2024.09

E-mail:
o.nikitin@i.ua

THE ROLE OF COMBINED PHYTOPROSTATOPROTECTORS IN THE COMPREHENSIVE TREATMENT OF PATIENTS WITH CHRONIC PELVIC PAIN SYNDROME ON THE BACKGROUND OF CHRONIC CALCULAR PROSTATITIS

**O. D. Nikitin, S. P. Paseichnikov, S. V. Golovko, Y. M. Klymenko, V. S. Hrytsai,
M. O. Yasynetskyi, P. O. Samchuk**

Bogomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine

The aim of the study – to evaluate the clinical efficacy of the combined phytoprostate protector «Voger» in the complex treatment of patients with chronic calculous prostatitis/chronic pelvic pain syndrome (CCP/CPSP).

Key words:

chronic calculous prostatitis, chronic pelvic pain syndrome, treatment, combined phytoprostate protector «Voger».

Clinical and experimental pathology 2024. Vol.23, № 4 (90). P. 65-66.

Materials and methods. 76 patients with CCP and CPPS aged 28 to 45 years were examined (mean age was 34.3 ± 6.8 years), the duration of the disease was 1.2 ± 0.4 years. The main group (MG) consisted of 43 men, who were prescribed «Voger» 1 capsule twice a day for a month in addition to standard treatment (non-steroidal anti-inflammatory drugs, alpha-blockers, antidepressants in standard doses and regimens); the control group (CG) consisted of 33 men, who were given standard therapy for a month. A questionnaire, based on the chronic prostatitis symptom scale (NIH-CPSI), the international erectile function index (IEFI-5), International Prostate Symptom Score (IPSS), digital rectal examination of the prostate (DRE); microscopic and bacteriological examination of the prostate secretion; transrectal ultrasound examination of the prostate (TRUS); a questionnaire based on the pain scale – visual analogue scale (VAS) were used during the examination.

Results. The initial examination indicators in both groups of patients did not differ significantly. 1 month after treatment, the manifestations of pain syndrome in patients of both groups became slightly pronounced, however, in patients with MG, 1 month after treatment, the sum of the NIH-CPSI scores was almost 30.0 % lower than in the control group; erectile dysfunction in MG patients was not noted, and in GC patients there was some improvement in erectile function, statistically insignificant, which in points corresponded to erectile dysfunction of mild severity; the IPSS index improved in patients of both groups, but in MG 1 month after treatment it was 16.9 % lower than in GC patients; similar changes were recorded when determining the prostate volume, which in MG patients 1 month after treatment was 14.8 % smaller than in GC patients. The dynamics of pain in patients of both groups turned out to be most indicative during the second month from the start of treatment, when GC patients completed taking the drugs, and MG patients took «Voger». In OG there was a gradual decrease in the VAS scale from 3.5 to 1.0. In GC, the index gradually decreased during the first 10 days, and then even slightly increased – to 2.1.

Conclusions. The use of the complex phytoprostate protector «Voger» in the treatment of patients with CP/CPPS demonstrated effectiveness in 88.4 % of patients, in contrast to the results of treatment of patients with GC, where the effectiveness was 54.5 %. The main achievement of the treatment of patients with MG should be considered a significant reduction in pain on the VAS scale, which was noted in 79.1 % after 1 month of taking «Voger». Further observation of patients with MG gives reason to believe that long-term use of «Voger» will increase the period of remission in patients with CP/CPPS and significantly improve their quality of life.

Вступ

За визначенням робочої групи Міжнародного товариства з утримання сечі (International Continence Society, ICS), термін «урологічний синдром хронічного тазового болю» включає хронічний простатит (ХП) або СХТБ (СХТБ) у чоловіків та інтерстиційний цистит або синдром болісного сечового міхура у жінок [1]. Серед чоловіків, які знаходяться під амбулаторним спостереженням із приводу простатиту, понад 90 % осіб мають діагноз ХКП/СХТБ, що засвідчує про високу поширеність цього урологічного захворювання в загальній структурі [2].

Калькульозний простатит – форма ХП, що супроводжується формуванням конкрементів (простатолітів) у вивідних протоках або паренхімі передміхурової залози (ПЗ) [3]. Наявність такої форми ХП, як «калькульозний простатит», є давно відомим фактом, тому ця нозологія існує в усіх класифікаціях. Нового поштовху до реалізації діагностичних та лікувально-профілактичних засобів хронічний калькульозний простатит (ХКП) отримав у результаті широкого застосування такого методу діагностики, як ультразвукове дослідження (УЗД). Саме скринінгові масштаби УЗД сприяли викриттю існування значної

кількості безсимптомних (інцидентальних) форм калькульозного процесу у ПЗ [4].

Лікування СХТБ є складною проблемою, оскільки спроби визначити патофізіологічні механізми виникнення цієї недуги часто виявляються невдалими [5]. Для надання допомоги хворим цієї категорії запропоновано проведення різноманітних лікувальних заходів, у тому числі щодо усунення наявних локальних патологічних вогнищ, застосування протизапальної терапії, широке призначення антидепресантів та протиепілептичних препаратів [4].

Досить широко в лікуванні ХП використовуються багатокомпонентні фітопрепарати, оскільки їх застосування забезпечує позитивний вплив на кілька ланок патогенезу ХКП/СХТБ [6].

Великий асортимент фітопрепаратів дає змогу індивідуалізувати терапію, провести адекватну заміну. Механізм дії фітопрепаратів при ХКП/СХТБ полівалентний: протизапальний, антиоксидантний, блокатор 5-альфа-редуктази та ароматази, покращення функції детрузора, антиандрогенний та/або антиестрогенний, вплив на фактор росту (антипроліферативна дія), зменшення рівня глобуліну, що зв'язує статеві гормони, корекція

обміну простагландинів, цитотоксичний вплив на гіперплазовані клітини простати [7-9].

У зв'язку з вищенаведеним неабиякий інтерес викликає дослідження ефективності комбінованого фітопротектора «Вогер» у курації пацієнтів із ХКП/СХТБ.

Одна капсула «Вогер» містить: екстракт плодів Со Пальметто (*Serenoa repens*) – 160 мг, екстракт насіння гарбуза (*Cucurbita moschata*) – 60 мг, екстракт бульби африканської картоплі (*Hemeroscallidea*) – 50 мг, екстракт кореня кропиви дводомної (*Urtica dioica*) – 50 мг, екстракт кори африканської сливи (*Prunus africana*) – 40 мг, екстракт пилку жита (*Secale cereale*) – 25 мг.

Функціональні властивості дієтичної добавки «Вогер» обумовлені фізіологічною активністю біологічно активних речовин, що входять до її складу: жирних кислот (лауринова, міристинова, олеїнова, пальмітинова, стеаринова, лінолева) і фітостеролів (β -ситостерол, кампестерол, стигмастерол), курбітину та жирної олії, цинку, гіпоксозиду, аглікону та рооперолу, вітамінів (К, С, В2, В3, каротиноїдів), хлорофілу, дубильних речовин, органічних кислот, флавоноїдів, макро- та мікроелементів (Si, Fe, Ca, Cu, K, Mn, B, Ti, Ni), пентациклічних тритерпенів, п-докозанолу та тетракозанолу.

Біологічно активні речовини, що входять до складу «Вогер», мають протизапальні, антиандрогенні та антиестрогенні властивості. Вони здатні зменшувати рівень глобуліну, що зв'язує статеві гормони. Найважливішими складовими фітотерапії є фітостероли, β -ситостерол, жирні кислоти та лектини. Ці речовини пригнічують ароматазу, ліпооксигеназу та фактор росту, що стимулюють проліферацію клітин передміхурової залози. До того ж пригнічують α -адренорецептори, 5- α -редуктазу, мускаринові холінорецептори, рецептори дигідропіридину або ванілоїдні рецептори та нейтралізують вільні радикали.

Біологічно активні речовини, що входять до складу «Вогер», зменшують патологічні процеси передміхурової залози, які супроводжуються частими позивами до сечовипускання, особливо в нічний час, слабким або переривчастим сечовипусканням, відчуттям неповністю випороженого сечового міхура, дискомфортом, у тому числі під час сечовипускання, дискомфортними відчуттями внизу живота або в ділянці промежини та порушенням статевої функції.

Отже, ми маємо переконливу можливість вважати, що на нашому ринку з'явився сучасний потужний фітопрепарат вітчизняного виробництва, який об'єднав в своєму складі практично всі діючі речовини існуючих рослинних препаратів світу.

Мета дослідження

Оцінити клінічну ефективність комбінованого фітопрепарату «Вогер» у комплексному лікуванні хворих на ХКП/СХТБ.

Матеріали та методи дослідження

З квітня 2022 по серпень 2024 років нами обстежено 76 пацієнтів із ХКП та СХТБ віком

від 28 до 45 років (середній вік становив $34,3 \pm 6,8$ року), тривалість захворювання – $1,2 \pm 0,4$ року. Під час обстеження використовували: анкетування за шкалою симптомів ХП (NIH-CPSI), міжнародний індекс еректильної функції (МІЕФ-5), Міжнародну систему сумарної оцінки захворювань ПЗ (IPSS), пальцеве ректальне дослідження простати (ПРД); мікроскопічне та бактеріологічне дослідження секрету ПЗ; визначення рівня загального ПСА крові; трансректальне ультразвукове дослідження передміхурової залози (ТРУЗД); анкетування за шкалою болю – візуально-аналогова шкала (ВАШ).

Терапія ХКП/СХТБ протягом одного місяця включала: нестероїдні протизапальні препарати, альфа-адреноблокатори, антидепресанти у стандартних дозах і схемах прийому, прийом фітопротектора «Вогер» (у пацієнтів основної групи (ОГ)).

Критерії включення у дослідження: наявність хронічного тазового болю (біль у паховій, надлобковій ділянках, ділянці мошонки й промежини, поєднаний із порушеннями акту сечовипускання й копулятивними порушеннями) протягом не менше 3 міс від початку захворювання; наявність при виконанні ТРУЗД простати паренхіматозних ехопозитивних включень; здатність пацієнта до адекватного й мотивованого співробітництва у процесі дослідження.

Критерії виключення з дослідження: перевищення вікового рівня загального ПСА крові; перенесені раніше операції на нижніх сечових шляхах або травматичні ушкодження органів малого таза; наявність тяжких системних захворювань у фазі декомпенсації.

Рандомно усі пацієнти були розподілені на дві групи: ОГ – 43 особи, яким протягом місяця додатково до стандартного лікування призначався «Вогер» по 1 капсулі двічі на день; група контролю (ГК) – 33 особи, яким протягом місяця застосовувалася стандартна терапія.

Оцінку інтенсивності больового синдрому проводили за допомогою ВАШ, яка дає змогу кожному пацієнту індивідуально оцінювати характер больового відчуття. У лінійній шкалі цифровий показник інтенсивності болю (1-20 балів) коригує з певним кольоровим аналогом. За 20-градальною системою визначається 5 ступенів градації болю: 0 балів – болю немає; 1-2 бали – слабкий біль; 3-4 бали – помірний біль; 5-6 балів – біль сильний; 7-8 – дуже сильний біль.

Ефективність знеболювання оцінювали за інтенсивністю болю до і після призначення анальгетика або метода анальгезії та за потребою в анальгетиках. Враховували також сумарну дозу анальгетика та оцінку пацієнтом якості знеболювання в цілому.

Дослідження виконані з дотриманням основних положень Конвенції Ради Європи з прав людини та біомедицини (від 4.04.1997 р.), Гельсінської декларації Всесвітньої медичної асоціації про етичні принципи проведення наукових медичних досліджень за участі людини (1964-2013 pp.), ICH GCP (1996 р.), наказів МОЗ України № 690 від 23.09.2009 р., № 944 від 14.12.2009 р., № 616 від 03.08.2012 р.

Усі пацієнти підписували інформовану згоду на участь у цьому дослідженні.

Оцінювання результатів дослідження проводили до і після лікування, а також по закінченні місячного курсу терапії «Вогером» в ОГ. Статистичне опрацювання результатів дослідження виконували за допомогою програми STATISTICA 7.0. for Windows.

Результати та їх обговорення

За основу оцінки ефективності лікування було взято 5 основних критеріїв, які визначались до

і після лікування, а також через 1 місяць після його завершення. Слід зазначити, що хворі ОГ після проведення основного курсу лікування протягом 1 місяця вживали «Вогер» по 1 капсулі двічі на день.

Вихідні показники обстеження в обох групах пацієнтів достовірно не відрізнялися (таблиці 1 і 2). Зокрема, у пацієнтів обох груп сума балів за шкалою NIH-CPSI засвідчила про перевагу середнього ступеня вираженості симптомів ХКП/СХТБ.

Таблиця 1

Показники ефективності лікування пацієнтів основної групи (n=43)

Показники	До лікування	Після лікування	Через 1 місяць після лікування
NIH-CPSI, бали	15,5±2,0	12,4±1,9	5,4±0,5
МІЕФ, бали	15,5±1,8	19,4±1,5	21,1±2,0
IPSS, бали	6,5±0,9	5,9±0,7	3,7±0,4
Об'єм простати, мл	33,2±1,8	28,3±1,3	24,0±1,1
PSA, нг/мл	2,2±0,1	2,0±0,1	2,1±0,1

Таблиця 2

Показники ефективності лікування пацієнтів групи контролю (n=33)

Показники	До лікування	Після лікування	Через 1 місяць після лікування
NIH-CPSI, бали	14,0±1,9	12,2±1,1	8,1±0,9
МІЕФ, бали	17,1±2,0	18,0±1,7	17,9±1,8
IPSS, бали	6,1±0,7	5,0±0,7	4,5±0,4
Об'єм простати, мл	35,1±2,7	31,8±2,3	30,3±2,3
PSA нг/мл	2,1±0,1	2,1±0,1	2,1±0,1

Найбільшу кількість балів (у зв'язку з вираженістю симптоматики) було відзначено у доменах «біль або дискомфорт» та «якість життя». За даними опитувальника МІЕФ-5, у пацієнтів переважав легкий ступінь еректильної дисфункції. Сума балів за шкалою IPSS була характерною для легкої симптоматики порушення акту сечовипускання, при цьому переважала іритативна симптоматика в обох групах. Об'єм ПЗ до лікування у пацієнтів ОГ становив 33,2±1,8 мл, у пацієнтів ГК – 35,1±2,7 мл.

Унаслідок комбінованої терапії після лікування протягом місяця у пацієнтів ОГ були виявлені такі зміни: NIH-CPSI – 12,4±1,8 бала, МІЕФ-5-19,4±1,5 бала, IPSS – 5,9±1,4 бала, об'єм ПЗ – 28,3±1,3 мл.

Через 2 міс після початку лікування у хворих ОГ відзначали: NIH-CPSI – 5,4±0,5 бала, МІЕФ-5-21,3±2,0 бала, IPSS – 3,7±0,4 бала, об'єм ПЗ – 24,0±1,1 мл (див. табл. 1).

У хворих групи порівняння через 1 міс терапії характер змін показників мав такі відмінності: сума балів за шкалою NIH-CPSI становила 12,2±1,1, сума балів опитувальника МІЕФ-5-18,0±1,7, опитувальник IPSS – 5,4±0,7 бала; об'єм ПЗ – 31,8±2,3 мл (див. табл. 2).

Через 2 міс після лікування пацієнтів у ГК встановлено: сума балів за шкалою NIH-CPSI становила 7,9±0,7, сума балів опитувальника МІЕФ-5-17,9±1,8 бала, IPSS – 4,5±0,4 бала; об'єм ПЗ – 30,3±2,3 мл (див. табл. 2).

Аналіз результатів лікування засвідчив відмінності показників у групах. Так, порівняно з вихідними показниками у пацієнтів ОГ відразу після лікування та через 1 міс після його завершення сума балів за шкалою NIH-CPSI зменшилися на 19,1 % і 62,9 % відповідно; сума балів за даними опитувальника

МІЕФ-5 збільшилася на 24,5 % і 35,8 % відповідно; сума балів за шкалою IPSS у зазначені терміни зменшилася на 10,3 % і 43,9 % відповідно. Об'єм ПЗ безпосередньо після лікування та через 1 місяць після лікування у пацієнтів ОГ зменшився на 17,8 % та 31,5 % відповідно порівняно з вихідними показниками.

У пацієнтів ГК відразу після лікування та через 1 міс по його завершенні порівняно з попередніми показниками сума балів за шкалою NIH-CPSI зменшилися на 12,7 % й 43,2 % відповідно; сума балів за даними опитувальника МІЕФ-5 зросла на 5,7 % та 5,4 %; сума балів за шкалою IPSS зменшилися на 18,7 % й 25,9 % відповідно. Крім того, у пацієнтів ГК об'єм ПЗ безпосередньо після лікування та через 1 міс зменшився на 9,2 % й 13,6 % відповідно.

Через 1 міс після лікування у пацієнтів обох груп прояви больового синдрому стали незначно вираженими, проте у хворих ОГ сума балів за шкалою NIH-CPSI була майже на 30,0 % нижчою, ніж у ГК; порушення еректильної функції у пацієнтів ОГ не було відзначено, а у хворих ГК відзначалося деяке покращення еректильної функції, статистично недостовірне, яке в балах відповідало еректильної дисфункції легкого ступеня тяжкості; показник IPSS покращився у пацієнтів обох груп, але в ОГ через 1 міс після лікування він був на 16,9 % нижчим, ніж у хворих ГК; подібні зміни зафіксовані при визначенні об'єму ПЗ, який у пацієнтів ОГ через 1 міс після лікування був на 14,8 % меншим, ніж у хворих ГК.

Вірогідних змін показника ПСА в процесі лікування у пацієнтів обох груп не спостерігалось.

До лікування у 23 (53,5 %) хворих ОГ в тканині ПЗ спостерігалися окремі вогнища фіброзу та поодинокі або множинні дрібні конкременти розмірами до 3 мм,

а у 19 (44,2 %) хворих були виявлені один або кілька відносно великих, від 3 до 5 мм, парауретральних простатичних конкрементів.

У хворих ГК вогнища фіброзу та дрібні конкременти були виявлені у 17 (51,5 %) пацієнтів, великі – у 6 (18,2 %) пацієнта.

Через 6 міс після курсу лікування всім хворим було проведено контрольне ТРУЗД. В ОГ лише в одного пацієнта парауретральний конкремент збільшився у розмірах із 2 до 5 мм. У решти пацієнтів не виявлено ні збільшення розмірів конкрементів, ні їх кількості. Важливо, що в жодного з пацієнтів ОГ на місці фіброзних вогнищ нові конкременти не сформувалися. У ГК через півроку у 9 чоловіків серед вже існуючих дрібних конкрементів були

виявлені поодинокі великі конкременти більше 3 мм. У 16 пацієнтів на фоні фіброзних вогнищ утворилися поодинокі або множинні відкладення підвищеної ехогенності, а у 8 хворих – відносно великі поодинокі конкременти збільшилися в розмірах із 3-4 мм до 5-6 мм.

Динаміка больового відчуття у пацієнтів обох груп виявилась найбільш показовою протягом другого місяця від початку лікування, коли пацієнти ГК завершили прийом препаратів, а хворі ОГ приймали «Вогер». Як видно на рис. 1 в ОГ відбулось поступове зниження показника за шкалою ВАШ з 3,5 до 1,0. У ГК показник поступово знижувався протягом перших 10 днів, а потім навіть незначно збільшився – до 2,1.

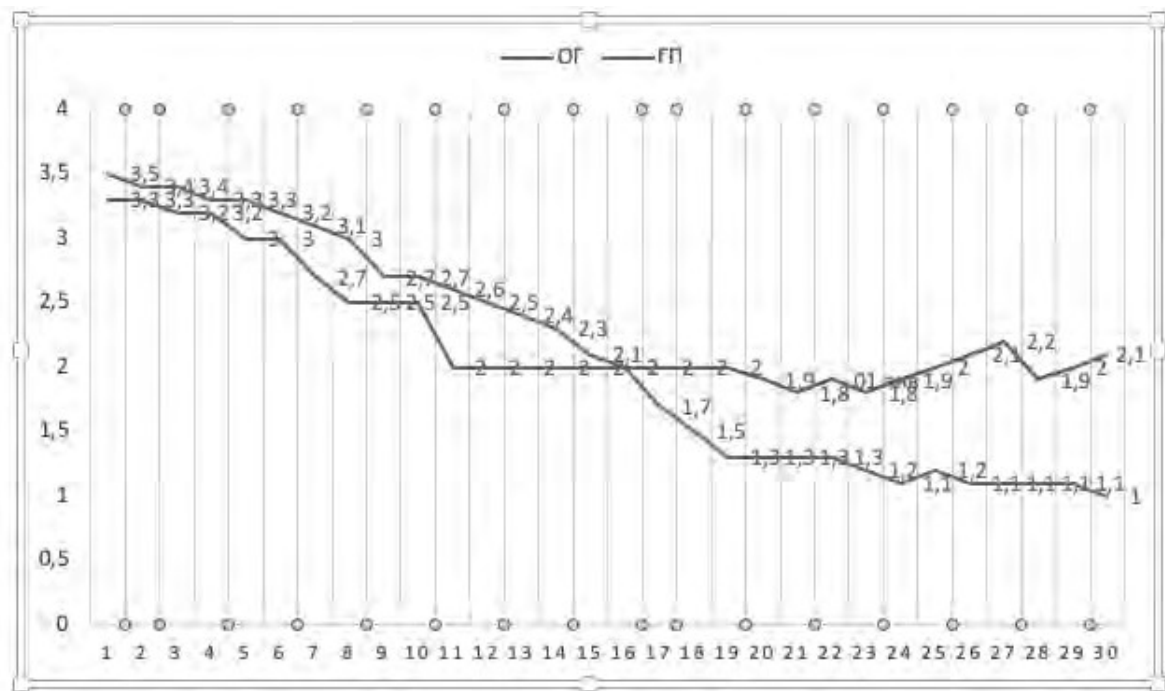


Рис. 1. Динаміка больового відчуття у пацієнтів основної групи та групи контролю за шкалою ВАШ у процесі лікування

Отже, отримані результати дають змогу констатувати позитивні ефекти фітопростатопротектора «Вогер» практично за всіма дослідженими параметрами і засвідчують перспективність його застосування у хворих із ХКП/СХТБ

Висновки

1. Використання комплексного фітопростатопротектора «Вогер» у курації пацієнтів із ХКП/СХТБ продемонструвало ефективність у 88,4 % пацієнтів на відміну від результатів лікування хворих ГК, де ефективність становила 54,5 %.

2. Головним здобутком курації пацієнтів ОГ фітопростатопротектором «Вогер» слід вважати значне зниження больового відчуття за шкалою ВАШ, що відзначали 79,1 % осіб через 1 місяць його застосування.

3. Подальше проведення спостереження за пацієнтами ОГ дають підстави вважати, що тривале вживання «Вогера» дасть спроможність збільшити період ремісії у пацієнтів із ХКП/СХТБ і значно покращити якість їхнього життя.

Клінічна та експериментальна патологія. 2024. Т.23, № 4 (90)

Перспективи подальших досліджень

Перспективним напрямком подальших досліджень є вивчення довготривалого впливу препарату «Вогер» на якість життя пацієнтів із ХКП/СХТБ. Цікавим напрямком для подальших досліджень є також порівняння ефективності «Вогеру» з іншими фітопрепаратами, що застосовуються при ХКП/СХТБ.

Список літератури

1. Doggweiler R, Whitmore KE, Meijlink JM, Drake MJ, Frawley H, Nordling J, et al. A standard for terminology in chronic pelvic pain syndromes: a report from the chronic pelvic pain working group of the international continence society. *Neurourol Urodyn.* 2017;36(4):984-1008. doi: 10.1002/nau.23072
2. Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U, et al. The standardization of terminology of lower urinary tract function: report from the standardization sub-committee of the International Continence Society. *Urology.* 2003;61(1):37-49. doi: 10.1016/s0090-4295(02)02243-4
3. Hua VN, Schaeffer AJ. Acute and chronic prostatitis. *Med Clin North Am.* 2004;8(2):483-94. doi: 10.1016/s0025-7125(03)00169-x

4. Shoskes DA, Lee CT, Murphy D, Kefer J, Wood HM. Incidence and significance of prostatic stones in men with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. *Urology*. 2007;70(2):235-8. doi: 10.1016/j.urology.2007.04.008
5. Khattak AS, Raison N, Hawazie A, Khan A, Brunckhorst O, Ahmed K. Contemporary Management of Chronic Prostatitis. *Cureus* [Internet]. 2021[cited 2024 Dec 30];13(12): e20243. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8735884/pdf/cureus-0013-00000020243.pdf> doi: 10.7759/cureus.20243
6. Magistro G, Wagenlehner FM, Grabe M, Weidner W, Stief CG, Nickel JC. Contemporary management of chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. *Eur Urol*. 2016;69(2):286-97. doi: 10.1016/j.eururo.2015.08.061
7. Hu M, Wazir J, Ullah R, Wang W, Cui X, Tang M, et al. Phytotherapy and physical therapy in the management of chronic prostatitis-chronic pelvic pain syndrome. *Int Urol Nephrol*. 2019;51(7):1081-8. doi: 10.1007/s11255-019-02161-x
8. Suh LK, Lowe FC. Alternative therapies for the treatment of chronic prostatitis. *Curr Urol Rep*. 2011;12(4):284-7. doi: 10.1007/s11934-011-0188-y
9. Murphy AB, Nadler RB. Pharmacotherapy strategies in chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome management. *Expert Opin Pharmacother*. 2010;11(8):1255-61. doi: 10.1517/14656561003709748
2. Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U, et al. The standardization of terminology of lower urinary tract function: report from the standardization sub-committee of the International Continence Society. *Urology*. 2003;61(1):37-49. doi: 10.1016/s0090-4295(02)02243-4
3. Hua VN, Schaeffer AJ. Acute and chronic prostatitis. *Med Clin North Am*. 2004;8(2):483-94. doi: 10.1016/s0025-7125(03)00169-x
4. Shoskes DA, Lee CT, Murphy D, Kefer J, Wood HM. Incidence and significance of prostatic stones in men with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. *Urology*. 2007;70(2):235-8. doi: 10.1016/j.urology.2007.04.008
5. Khattak AS, Raison N, Hawazie A, Khan A, Brunckhorst O, Ahmed K. Contemporary Management of Chronic Prostatitis. *Cureus* [Internet]. 2021[cited 2024 Dec 30];13(12): e20243. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8735884/pdf/cureus-0013-00000020243.pdf> doi: 10.7759/cureus.20243
6. Magistro G, Wagenlehner FM, Grabe M, Weidner W, Stief CG, Nickel JC. Contemporary management of chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. *Eur Urol*. 2016;69(2):286-97. doi: 10.1016/j.eururo.2015.08.061
7. Hu M, Wazir J, Ullah R, Wang W, Cui X, Tang M, et al. Phytotherapy and physical therapy in the management of chronic prostatitis-chronic pelvic pain syndrome. *Int Urol Nephrol*. 2019;51(7):1081-8. doi: 10.1007/s11255-019-02161-x
8. Suh LK, Lowe FC. Alternative therapies for the treatment of chronic prostatitis. *Curr Urol Rep*. 2011;12(4):284-7. doi: 10.1007/s11934-011-0188-y
9. Murphy AB, Nadler RB. Pharmacotherapy strategies in chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome management. *Expert Opin Pharmacother*. 2010;11(8):1255-61. doi: 10.1517/14656561003709748

References

Відомості про авторів:

Нікітін О. Д. – д.мед.н., професор, завідувач кафедри урології Національного медичного університету імені О. О. Богомольця, м. Київ, Україна.

E-mail: o.nikitin@i.ua

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-6563-7008>

Пасечніков С. П. – д.мед.н., професор кафедри урології Національного медичного університету імені О. О. Богомольця, м. Київ, Україна.

E-mail: uroprofl@gmail.com

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-1416-1262>

Головко С. В. – д.мед.н., професор кафедри урології Національного медичного університету імені О. О. Богомольця, м. Київ, Україна.

E-mail: sgoluro@gmail.com

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-9479-2675>

Клименко Я. М. – д.мед.н., доцент кафедри урології, Національний медичний університет ім. О. О. Богомольця, м. Київ, Україна.

E-mail: yaroslavklymenko@gmail.com

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-7719-5067>

Грицай В. С. – к.мед.н., доцент кафедри урології Національного медичного університету імені О. О. Богомольця, м. Київ, Україна.

E-mail: viktor.grytsai@gmail.com

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-3501-6136>

Ясинецький М. О. – PhD, асистент кафедри урології Національного медичного університету імені О. О. Богомольця, м. Київ, Україна.

E-mail: yasinetskiy.nick@ukr.net

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4426-1769>

Самчук П. О. – к.мед.н., доцент кафедри урології Національного медичного університету імені О. О. Богомольця, м. Київ, Україна.

E-mail: doctorspa@ukr.net

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6164-8634>

Information about the authors:

Nikitin O. D. – MD, DSc, Professor, Head of the Department of Urology, Bogomolets National Medical University, Kyiv; Ukraine.

E-mail: o.nikitin@i.ua

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-6563-7008>

Pasiechnikov S. P. – MD, PhD, DSc, Professor, Department of Urology, Bogomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine.

E-mail: uroprof1@gmail.com

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-1416-1262>

Golovko S. V. – MD, PhD, DSc, Professor, Department of Urology, Bogomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine.

E-mail: sgoluro@gmail.com

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-9479-2675>

Klymenko Y. M. – MD, PhD, Associate Professor, Department of Urology, Bogomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine.

E-mail: yaroslavklymenko@gmail.com

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-7719-5067>

Hrytsai V. S. – MD, PhD, Associate Professor, Department of Urology, Bogomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine.

E-mail: viktor.grytsai@gmail.com

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-3501-6136>

Yasynetskyi M. O. – PhD, MD, Assistant Professor, Department of Urology, Bogomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine.

E-mail: yasinetskiy.nick@ukr.net

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-4426-1769>

Samchuk P. O. – MD, PhD, Associate Professor, Department of Urology, Bogomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine.

E-mail: doctorspa@ukr.net

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-6164-8634>

Стаття надійшла до редакції 17.11.2024

*© О. Д. Нікітін, С. П. Пасєчніков, С. В. Головка, Я. М. Клименко,
В. С. Грицай, М. О. Ясинецький, П. О. Самчук*

