

Билич Г.Л., Гильязов А.Х.

Эффективность и безопасность применения препаратов «Супер Оптима» и «Супер Оптимал»

в комплексной терапии заболеваний
мочеполового аппарата у мужчин и женщин

(методические рекомендации для врачей)



М
Е
Д
О
П
Т
И
К

«Супер Оптимал» («Super Optimale») таблетки для мужчин «Супер Оптима» («Super Optiwoman») таблетки для женщин



Таблетки для мужчин содержат: цветы опунции фигус-индика, плоды карликовой пальмы

Таблетки для женщин содержат: цветы опунции фигус-индика, эхинацея

Вспомогательные компоненты: глюконат цинка, карбонат кальция, стеарат магния, тальк, мальдекс, трикальций фосфат.

ПОКАЗАНИЯ: Super Optiwoman (Супер Оптима) и «Супер Оптимал» («Super Optimale») применяются для поддержания нормального функционального состояния мочеполового аппарата мужчин и женщин.

Цветы опунции

Содержат высоко активные биологические соединения - фитостерины, аминокислоты, флавоноиды, пигменты, рутин и микроэлементы (цинк, селен, кальций, натрий, магний).

Биологически активные вещества цветов опунции обладают выраженным антиоксидантным действием, эффективно применяются для поддержки функции гормональной и иммунной систем женщины.

Биологически активные вещества цветов опунции стимулируют либидо и потенцию мужчины, сдерживают процесс увеличения размеров простаты, поддерживают нормальные функции гормональной и иммунной систем организма.

Плоды карликовой пальмы

Облегчают симптомы доброкачественной дисплазии предстательной железы у мужчин, (при этом изменяется уровень гормонов, регулирующих размножение клеток предстательной железы). Кроме того, растение снимает воспаление и уменьшает отечность тканей.

Эхинацея

Обладает фунгицидным, вирусостатическим действием, стимулирует выработку необходимых гормонов, оказывая противоревматическое и противоаллергическое действие.

Полисахариды эхинацеи оказывают иммуностимулирующее и регенерирующее действие.

Применение БАД Super Optimale (Супер Оптимал) обеспечивает эффективную поддержку функций мужской половой системы при рецидивирующих воспалительных процессах, снижении либидо, эректильной дисфункции, нарушениях гормонального фона, в пожилом возрасте.

Применение БАД Super Optiwoman (Супер Оптима) обеспечивает эффективную поддержку функций мочеполовой системы у женщин, которые ослабевают при рецидивирующих воспалительных процессах, опущении матки, сахарном диабете, в пожилом возрасте.



**ТАМОЖЕННЫЙ СОЮЗ
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ, РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН
И РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

Комитет по защите прав потребителей Министерства национальной экономики Республики Казахстан
Заместитель Председателя Комитета по защите прав потребителей Министерства национальной экономики Республики Казахстан

(уполномоченный орган Стороны, руководитель уполномоченного органа, наименование административно-территориального образования)

**СВИДЕТЕЛЬСТВО
о государственной регистрации**

№ КЗ.16.01.78.003.Е.002671.11.14 от 11.11.2014 г.

Продукция:

Биологически активная добавка к пище: "Super Optimal (Супер Оптима)", 90, 120 таблеток. Изготовлена в соответствии с документами: Спецификация. Изготовитель (производитель): "New Age Laboratories Ltd", промышленная зона "Римон", кибуц Гиват Бреннер, Израиль. Для "Optima Ober International Ltd", Израиль. Получатель: ТОО "Медоптик" ул.Огарева, 2 "Б", 050039 г.Алматы, Республика Казахстан.

(наименование продукции, нормативные и (или) технические документы, в соответствии с которыми изготовлена продукция, наименование и место нахождения изготовителя (производителя), получателя)

Соответствует
ТР ТС 021/2011, утв.Реш. КТС от 09.12.2011г. №880; ТР ТС 022/2011, утв.Реш. КТС от 09.12.2011г. № 881

— прошла государственную регистрацию, внесена в Реестр свидетельств о государственной регистрации и разрешена для производства, реализации и использования для реализации населению через аптечную сеть и специализированные магазины, отделы торговой сети в качестве биологически активной добавки к пище

Настоящее свидетельство выдано на основании (перечислить рассмотренные протоколы исследований, наименование организации (испытательной лаборатории, центра), проводившей исследования, другие рассмотренные документы):

Экспертное заключение Экспертного совета по регистрации БАД к пище, детского питания и пищевых добавок № 05/ЭК-0083-14 от 03 октября 2014 года. Испытательная лаборатория ТОО "Нутритест" Протокол испытаний № 637Р от 29 августа 2014 года.

Срок действия свидетельства о государственной регистрации устанавливается на весь период изготовления продукции или поставок подконтрольных товаров на территорию таможенного союза

Подпись, ФИО, должность уполномоченного лица, выдавшего документ, и печать органа (учреждения) выдавшего документ

Ж Бекшин

(Ф.И.О. / подпись)



№ 0032690



**ТАМОЖЕННЫЙ СОЮЗ
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ, РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН
И РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

Комитет по защите прав потребителей Министерства национальной экономики Республики Казахстан
Заместитель Председателя Комитета по защите прав потребителей Министерства национальной экономики Республики Казахстан

(уполномоченный орган Стороны, руководитель уполномоченного органа, наименование административно-территориального образования)

**СВИДЕТЕЛЬСТВО
о государственной регистрации**

№ КЗ.16.01.78.003.Е.002893.11.14 от 24.11.2014 г.

Продукция:

Биологически активная добавка к пище: "Super Optiwoman (Супер Оптима)", 90, 120 таблеток. Изготовлена в соответствии с документами: Спецификация. Изготовитель (производитель): "New Age Laboratories Ltd", промышленная зона "Римон", кибуц Гиват Бреннер, Израиль. Для "Optima Ober International Ltd", Израиль. Получатель: ТОО "Медоптик" ул.Огарева, 2 "Б", 050039 г.Алматы, Республика Казахстан.

(наименование продукции, нормативные и (или) технические документы, в соответствии с которыми изготовлена продукция, наименование и место нахождения изготовителя (производителя), получателя)

Соответствует
ТР ТС 021/2011, утв.Реш. КТС от 09.12.2011г. №880; ТР ТС 022/2011, утв.Реш. КТС от 09.12.2011г. № 881

прошла государственную регистрацию, внесена в Реестр свидетельств о государственной регистрации и разрешена для производства, реализации и использования для реализации населению через аптечную сеть и специализированные магазины, отделы торговой сети в качестве биологически активной добавки к пище

Настоящее свидетельство выдано на основании (перечислить рассмотренные протоколы исследований, наименование организации (испытательной лаборатории, центра), проводившей исследования, другие рассмотренные документы):

Экспертное заключение Экспертного совета по регистрации БАД к пище, детского питания и пищевых добавок № 05/ЭК-0084-14 от 3 октября 2014 года. Испытательная лаборатория ТОО "Нутритест" Протокол испытаний № 636Р от 29 августа 2014 года.

Срок действия свидетельства о государственной регистрации устанавливается на весь период изготовления продукции или поставок подконтрольных товаров на территорию таможенного союза

Подпись, ФИО, должность уполномоченного лица, выдавшего документ, и печать органа (учреждения) выдавшего документ

Ж Бекшин

(Ф.И.О. / подпись)



№ 0032912

Билич Г.Л., Гильязов А.Х., Асубаев А.Г.

**Эффективность и безопасность применения препаратов
«Супер Оптима» («Super Optiwoman»)
и «Супер Оптимал» («Super Optimale»)
в комплексной терапии заболеваний мочеполового аппарата
у мужчин и женщин**

**Исследуемые препараты: «Супер Оптима» («Super Optiwoman»)
«Супер Оптимал» («Super Optimale»)**

**Произведены «New Age Laboratories Ltd» для «Optima Olber international Ltd»
(Израиль), эксклюзивный представитель на территории Казахстана и стран
Таможенного союза ТОО «Медоптик» (Казахстан).**

Группа специалистов исследователей

**Руководители группы: Гильязов А.Х. - к.м.н., профессор кафедры урологии
и андрологии КазМУНО;**

**Билич Г.Л. - Академик РАЕН, Академик Международной
Академии Наук (г. Мюнхен), д.м.н., профессор.**

Ассистенты:

Асубаев А.Г. - уролог, к.м.н., медицинский центр «ХАК»;

Хасанбаев Р.Т. - к.м.н., уролог, главврач МЦ «Small clinic» (Алматы);

Давлетбаева А.А. - в.в.к., гинеколог, МЦ «Small clinic» (Алматы);

Жагыпбар Г.М. - ассистент, МЦ «Vis Amor» (Алматы);

Кулиев А.Ф. – к.м.н., уролог, главврач МЦ «Уромед» (Шымкент);

Ибрагимов А. - уролог, главврач МЦ «Дос» (Сарыагаш);

Попенко Е.В. - к.м.н., НЦ урологии им. академика Б.У. Джарбусынова;

Ахметова К.Х. - к.м.н., гинеколог ГККП КНБ РК (Алматы);

Жуматаева О.М. - гинеколог, главврач МЦ «Интегральная медицина» (Алматы)

Алматы 2015

Содержание

| | |
|--|----|
| 1. Список сокращений | 5 |
| 2. Актуальность фитотерапии | 6 |
| 3. Использование фитопрепаратов в терапии урологических заболеваний у мужчин и женщин. Препараты «Супер Оптима» («Super Optiwoman») и «Супер Оптимал» («Super Optimale»), их активные составляющие и функции в организме | 6 |
| 4. Краткое описание активных составляющих состава и их фармакологического действия | 7 |
| 5. Половой цикл. | 11 |
| 6. Заболевания простаты | 11 |
| 7. Инфекции мочевыводящих путей | 13 |
| 8. Оценка эффективности и безопасности растительных препаратов «Super Optimale» («Супер Оптимал») в комплексной терапии для пациентов с хроническим простатитом и ДГП, а также препарата «Super Optiwoman» («Супер Оптима») в комплексной терапии и профилактике хронического цистита, различных гормональных дисфункций и бесплодия у женщин. | 13 |
| 9. Обсуждение. | 24 |
| 10. Заключение. | 25 |
| 11. Список использованной литературы | 26 |

1. Список сокращений:

УЗС – ультразвуковое сканирование

ОМТ – органы малого таза

КОК – комбинированный контрацептив

ЛГ – лютеинизирующий гормон

ФСГ – фолликулостимулирующий гормон

ЗГТ – заместительная гормонотерапия

М-Эхо – толщина эндометрия

ГСПГ – гликопротеин, связывающий половые гормоны

ДГП – доброкачественная гиперплазия простаты

ЛНRH – лютеинизирующий гормон

ХАП – хронический абактериальный простатит

Урофлоуметрия - метод диагностики, который заключается в измерении скорости мочеиспускания.

Поллакиурия (от греч. Pollakis - часто и ouros - моча) – учащенное мочеиспускание, симптом разнообразных патологических состояний. В основе поллакиурии лежит повышенная чувствительность слизистой оболочки стенок мочевого пузыря и задней части уретры, развившаяся в результате воспалительного процесса (простатит, цистит, задний уретрит).

Никтурия – учащение мочеиспускания по ночам до такой степени, что количество ночной мочи превышает количество дневной.

Детрузор (от лат. detrudere – выталкивать) – *мышечная оболочка* (tunica muscularis) органа, состоящая из трех взаимно переплетающихся слоев, образующих единую *мышцу, изгоняющую мочу* (m. detrusor urinae). Ее сокращение приводит к мочеиспусканию.

IPSS – международная шкала оценки простатических симптомов.

2. Актуальность фитотерапии.

Фитотерапия — одна из самых древних медицинских наук, она черпает свою мудрость из глубины веков, используя знания европейской, арабской, тибетской, индийской, китайской традиционных медицин. На протяжении многих столетий именно растения являлись главными лекарственными средствами. Известные врачи, такие как Авиценна, Гален, Гиппократ, Диоскорид практиковали фитотерапию и исследовали действие лекарственных растений на организм.

Современная фитотерапия — направление теоретической и практической медицины, основанное на научном изучении и использовании с лечебной или профилактической целью лекарственных растений, а также препаратов, производимых из них.

Фитотерапевтические препараты стремительно становятся альтернативной формой лечения многих заболеваний в Европе, Азии и США [1-4] – в настоящее время, по данным ВОЗ, их использует около 80% населения нашей планеты.

Эффективность действия фитопрепаратов, производимых из разных видов лекарственного сырья и представленного разнообразными формами выпуска, определяется содержанием в них активных веществ (алкалоиды, гликозиды, дубильные вещества, эфирные масла, аминокислоты, фитостерины, флавоноиды), наличием комплекса макро- и микроэлементов и др. Качество сырья и технологии производства, используемые для получения готового продукта, также определяют эффективность фитотерапии.

Биологически активные вещества растительной клетки, которые создавались в процессе эволюции, имеют много общего по своей структуре с веществами, образующимися в клетках животных и человека. По данным клинических исследований, частота побочных реакций при приеме фитопрепаратов встречается в 5 раз реже, чем при использовании других фармакологических препаратов. Число медицинских противопоказаний также невысоко, в связи с чем растительные препараты могут применяться более длительно. Однако, терапевтический эффект при приеме растительных препаратов может проявиться позднее, в сравнении с методами лечения традиционной медицины.

Достоинство фитотерапии заключается в ее положительном воздействии не только на отдельно взятые клетку, ткань или орган, но и на весь организм в целом, повышая активность иммунной системы и оказывая общеукрепляющее действие.

3. Использование фитопрепаратов в терапии урологических заболеваний у мужчин и женщин . Препараты «Супер Оптима» («Super Optiwoman») и «Супер Оптимал» («Super Optimale») - их активные составляющие и функции в организме.

Фитотерапевтические средства в настоящее время широко используются для лечения многих урологических заболеваний: мочекаменной болезни, воспалительных и инфекционных заболеваний органов мочеполового аппарата, доброкачественной гиперплазии простаты и др. **В отличие от нутрицевтиков, фитопрепараты гораздо ближе к лекарствам, так как большинство содержащихся в них активных компонентов присутствует и в составе лекарственных препаратов. Биоактивные вещества в составе парафармацевтиков не превышают терапевтическую дозу, поэтому они обладают значительно более низкой вероятностью развития токсических и побочных проявлений по сравнению с лекарственными препаратами и отличаются**

от них по более широкому диапазону применяемых доз. Необходимо отметить, что подобные растительные препараты используются, как в виде монотерапии, так и в составе комплексного лечения урологических и нефрологических заболеваний.

Спазмолитическое действие растительных экстрактов обусловлено холиноадренолитическим и прямым миотропным действием содержащихся в них биологически активных веществ как на рецепторный аппарат тонкого кишечника и сосудов, так и с прямым миотропным влиянием на гладкую мускулатуру.

Среди фитопрепаратов, которые широко применяются в лечении различных заболеваний органов мочеполового аппарата у мужчин и женщин, особую популярность приобрели препараты «Супер Оптимал» («**Super Optimale**») для мужчин и «Супер Оптима» («**Super Optiwoman**») для женщин.

В состав исследуемых препаратов входят:

для мужчин – цветы опунции фикус-индика (*Opuntia ficus-indica*) и экстракт из плодов карликовой пальмы (*Serenoa repens*),

для женщин – цветы опунции фикус-индика (*Opuntia ficus-indica*) и эхинацея (*Echinacea purpurea*),

а также богатый комплекс микро- и макроэлементов – цинк (7 мг в суточной дозе препарата), кальций, магний, селен и др.

4. Краткое описание активных составляющих состава и их фармакологического действия.

4.1. Цветы опунции фикус-индика (*Opuntia ficus-indica*) содержат большое количество высокоактивных биологических соединений – фитостерины, флавоноиды, аминокислоты, в том числе необходимый для поддержки мужского сексуального здоровья L-аргинин, микро- и макроэлементы, среди которых жизненно важные для нормального функционирования мужской половой системы цинк, селен, марганец, магний, кальций.

Монахи, сопровождавшие армии конкистадоров при завоевании Америки, записали много сведений о жизни индейцев доколумбовой Америки. Имеется много данных об их высокой сексуальной активности и способности мочиться очень редко. На вопросы монахов о причинах столь удивительных качеств они показывали цветок опунции, который широко употребляли в пищу.

Британская Фармакопея трав (*The British Herbal Pharmacopeia. – The British Medical Herbal Ass., West Yorks, England, 1983*) рекомендует цветы опунции для лечения ДГП. Получены убедительные данные о том, что экстракт цветов опунции *in vitro* тормозит перекисное окисление липидов, снижает активность ароматазы и 5- α -редуктазы в культуре фибробластов крайней плоти человека, а также гомогенатах простаты, плаценты, на процессы образования свободных радикалов, являются обоснованием к применению препаратов из цветков опунции при ДГП.

Внимание! Биологически активные вещества цветов опунции фикус-индика обладают выраженным антиоксидантным действием, стимулируют либидо и потенцию мужчины, сдерживают процесс увеличения размеров простаты, поддерживают нормальные функции гормональной и иммунной систем организма.

4.2. Фитостерины цветов кактуса опунции фикус-индика (*Opuntia ficus-indica*) и экстракта плодов карликовой пальмы (*Serenoa repens*) способствуют снижению уровня общего холестерина в плазме крови и липопротеидов низкой и очень низкой плотности, что важно для профилактики развития сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) и их острых осложнений, **они не просто снижают уровень «плохого» холестерина (липопротеидов высокой плотности (ЛПВП)) в крови, но еще и растворяют уже образовавшиеся холестериновые бляшки, предупреждают развитие жировой дистрофии печени, уменьшают риск онкологических заболеваний и повышают активность иммунной системы. Фитостерины способствуют регуляции работы центральной нервной системы, снижают артериальное давление и улучшают работу сердечной мышцы (снижают риск ишемической болезни сердца), уменьшают интенсивность проявления воспалительных реакций. Фитостерины являются строительным материалом для образования витаминов группы Д, желчных кислот, клеточных оболочек, способствуют увеличению выработки организмом собственных стероидных гормонов и восстановлению гормональных и половых функций, как у женщин, так и у мужчин, обладают мощным омолаживающим действием.**

Важно! Фитостерины не являются гормонами, а только «строительным» материалом для них, поэтому они не оказывают иммунодепрессивного действия, в отличие от гормональных препаратов.

Некоторые фитостерины обладают способностью нормализовать продукцию цитокинов, тем самым, способствуя устранению хронических воспалений и иммунодефицитных состояний.

4.3. Флавоноиды – группа природных фенольных соединений — производных бензо-гамма-пирона (флавоноловые гликозиды, ауруны и халконы, каротиноиды). В составе препарата «Супер Оптима» и «Супер Оптимал» присутствуют:

1. Опунциол
2. Опунциозид
3. Этоксилгидроксиметилпирон
4. Кемпферол
5. Глюкопиранозил
6. Рутин
7. Кверцетин
8. 3-0-метилкверцетин
9. Мангхаслин
10. Беталаиновые пигменты.

Данные биоактивные соединения проявляют себя как антиоксидантные, спазмолитические, противовоспалительные, гипотензивные, гормонорегулирующие, бактерицидные и мочегонные средства. Клинически доказано положительное влияние производных флавонолов на функции сердечно-сосудистой и пищеварительной систем.

Спазмолитическая активность растительных экстрактов обусловлена холиноадренолитическим и прямым миотропным действием содержащихся в них биологически активных веществ как на рецепторный аппарат тонкого кишечника и сосудов, так и с прямым миотропным влиянием на гладкую мускулатуру.

Таким образом, фитостерины и флавоноиды опунции Фигус-индика играют важную роль в обеспечении нормальных функций мочеполовой системы мужчин и женщин.

4.4. L-аргинин – биоактивное соединение в составе препаратов «Супер Оптимал» и «Супер Оптима», как и другие аминокислоты, является строительным материалом, из которого организм образует белки, гормоны, ферменты. **L-аргинин** – один из ключевых метаболитов в процессах азотистого обмена, субстрат NO-синтаз в синтезе оксида азота (NO), являющегося локальным тканевым гормоном с множественными эффектами (противовоспалительный, стимуляция ангиогенеза, сосудистые эффекты). Окись азота синтезируется в организме из аргинина при участии кислорода и НАДФ ферментом синтазой оксида азота. Эндотелий кровеносных сосудов вырабатывает окись азота в качестве сигнала «расслабления» окружающим гладким мышечным клеткам, что приводит к вазодилатации (релаксации гладкой мускулатуры в стенках кровеносных сосудов) и увеличению кровотока. Окись азота является высоко активным свободным радикалом со временем жизни порядка нескольких секунд, но при этом обладает высокой способностью к проникновению сквозь биологические мембраны. Это делает окись азота идеальной сигнальной молекулой для кратковременного аутокринного (внутри клетки) или паракринного (между близко расположенными или соседними клетками) обмена сигналами, т.е. ускоряется передача нервных импульсов от одного нервного окончания к другому гораздо быстрее, чем при воздействии естественных нейромедиаторов (химических соединений). **За время присутствия NO в организме происходит расслабление гладкой мускулатуры стенок всех сосудов, что способствует существенному улучшению процессов кровообращения и лимфообращения в целом.** Известные эффекты окиси азота включают в себя не только вазодилатацию, но и участие в нейротрансмиссии в качестве газотрансмиттера, активацию роста волос, образование реактивных промежуточных продуктов обмена, участие в процессе эрекции полового члена благодаря способности окиси азота расширять сосуды. Фармакологически активные нитраты – нитроглицерин, амилнитрит, нитропруссид натрия – реализуют своё вазодилатирующее, антиангинальное (антиишемическое), гипотензивное и спазмолитическое действие в результате образования из них в организме окиси азота. **Механизм действия монооксида азота (NO) на кровенаполнение половых органов, следовательно, на силу эрекции и оргазма, протекает одинаково и у женщин, и у мужчин.**

Для нормального анатомо-функционального состояния органов мужской половой системы особое значение среди всех микроэлементов имеет цинк (в большом количестве содержится в сперме и секрете простаты) и селен (является обязательным компонентом антиоксидантной системы).

4.5. Цинк входит в состав многих белков, регулирующих уровень транскрипции и биосинтеза нуклеиновых кислот и протеинов. Этот микроэлемент обеспечивает контроль экспрессии генов в процессе пролиферации и дифференцировки клеток. Он также участвует в формировании чувствительности к различным гормонам и факторам роста. **В мужском организме с возрастом жировые клетки, особенно в области живота, производят большее количество фермента ароматаза, который превращает тестостерон в эстроген и косвенно увеличивает уровень гликопротеина, связывающего половые гормоны,**

превращая его в неактивную форму. Дефицит «активного» тестостерона способствует уменьшению количества мышечной ткани и ее тонуса, возникновению остеопороза, может привести к нарушению углеводного и жирового обменов, развитию кардиологических и психоэмоциональных расстройств.

Низкий уровень тестостерона провоцирует ожирение, что в свою очередь, вызывает повышенную выработку фермента ароматазы и ведет к еще большему снижению уровня тестостерона и увеличению уровня эстрогена. **Подавление фермента ароматазы цинком дает существенное понижение уровня эстрогенов, в то же время, повышая количество свободного тестостерона.**

Характерно, что цинк избирательно накапливается в простате и является специфическим компонентом ее секрета. Он участвует в регуляции активности ферментов спермоплазмы, играя роль, как активатора, так и ингибитора, способствует процессам коагуляции и разжижения эякулята. Концентрация цинка в спермоплазме составляет 131-719 мг/л (В.В. Николаев и др., 1993). Содержание данного микроэлемента в сперматозоидах - самое высокое в организме и достигает 1900 мкг/кг (А.В. Скальный, 2003). При хроническом простатите и раке простаты концентрация цинка в секрете простаты снижена (Y. Gomez et al., 2007).

4.6. Селен проявляет антиоксидантную активность, благодаря которой предотвращает сосудистые нарушения различного характера, препятствует образованию атеросклероза, инсультов, инфарктов, улучшает приток питательных веществ вместе с кровью ко всем органам. Для полноценного функционирования яичек - это особенно важно, поскольку избыточное количество свободных радикалов препятствует нормальному образованию мужских половых гормонов и сперматогенезу. Таким образом, **улучшая приток крови в паховую область, а также предотвращая клетки яичек от преждевременного износа, селен косвенно стимулирует выработку мужских половых гормонов за счёт своей антиоксидантной активности.**

4.7. Фармакологические эффекты биоактивных соединений в составе фракции из плодов карликовой пальмы (*Serenoa repens*) наиболее полно изучены в урологической и андрологической практике. Положительное действие экстракта из плодов карликовой пальмы (*Serenoa repens*) определяется специфическим ингибированием активности ряда ферментов. Так, ингибируя 5α -редуктазу и ароматазу, данные препараты нивелируют действие дегидротестостерона и эстрадиола, стимулирующих пролиферацию железистого эпителия простаты. Подавление активности циклооксигеназ (ЦОГ) и липооксигеназ блокирует синтез провоспалительных простагландинов и лейкотриенов из арахидоновой кислоты. Это обуславливает выраженный противовоспалительный и противоотечный эффект у препаратов из этого растения. Данная особенность делает актуальными препараты с экстрактами из плодов карликовой пальмы (*Serenoa repens*) не только для пациентов с ДГП, но и для категории больных с воспалительными заболеваниями простаты. Кроме того, клинически доказан эффект блокады биоактивными компонентами карликовой пальмы альфа-адренергических рецепторов в мышце-сфинктере вокруг уретры. **По данным немецких исследователей, изучающих эффективность фитотерапии в урологической практике, по окончании 36-месяч-**

ного сравнительного исследования эффект от приема 320 мг в сутки экстракта из плодов карликовой пальмы оценили как отличный - почти 82% врачей и 85% пациентов, а по показателям увеличения скорости мочеиспускания и остаточного объема мочи экстракт из плодов карликовой пальмы (*Serenoa repens*), как минимум вдвое превосходил финастерид (Проскар).

4.8. Эхинацея (*Echinacea purpurea*) содержит эфирное масло (до 1,4%), смолы, фитостерины, эхинацин, эхинакозид, полисахариды, обладает бактериостатическим, фунгицидным, вирусостатическим и противовоспалительным действием, подавляет образование гиалуронидазы, усиливает лейкопоэз, активизирует функций макрофагов, гранулоцитов и лимфоцитов (особенно Т-лимфоцитов), относится к группе стимуляторов активности иммунной системы.

5. Половой цикл.

Половой цикл мужчин и женщин состоит из четырех фаз, последовательно сменяющих одна другую: половое возбуждение, сохранение полового возбуждения на одном уровне (фаза «плато»), оргазм и разрешение. Эти фазы не всегда имеют четкие временные границы, они весьма индивидуальны по силе и длительности у разных людей и различны даже у одного человека. У мужчин после эякуляции половое возбуждение быстро спадает, что приводит к прекращению эрекции. Скелетные мышцы расслабляются, пульс, дыхание и артериальное давление нормализуются. Наступает рефрактерный период. У большинства мужчин в зрелом возрасте после эякуляции наступает *абсолютная рефрактерность*, т.е. абсолютная половая невозбудимость, когда эрекцию вызвать практически невозможно. В это время мужчина равнодушен к прелестям женщины, они его не возбуждают, а раздражение его эрогенных зон неприятно. Затем, как правило, мужчина засыпает. На смену абсолютной приходит *относительная рефрактерность*, во время которой может наступить повторная эрекция и последующий половой акт.

Абсолютная рефрактерность – одна из закономерностей полового цикла мужчины. Вокруг этого создано много мифов. Наиболее распространенный: неутомимый супермужчина, у которого нет абсолютной рефрактерности, поэтому он может совершать беспрерывно десяток половых актов с полноценными оргазмами. Увы, на самом деле это не так, это действительно миф, который чаще всего создают и распространяют сами мужчины (как правило, это мужчины с весьма ограниченными сексуальными возможностями).

6. Заболевания простаты.

Заболевания простаты относятся к одним из наиболее распространенных заболеваний мужчин. По статистике хронический простатит наблюдается у 40% мужчин трудоспособного возраста, аденомой простаты страдают более половины мужчин старше 60 лет, а рак простаты – одна из наиболее часто встречающихся злокачественных опухолей.

С возрастом отмечается доброкачественный рост простаты. В основе этого процесса лежит гиперплазия ткани парауретральных желёз и стромальных элементов централь-

ной зоны простаты. Сам по себе этот процесс не представляет угрозы для жизни, но осложнения со стороны, рядом расположенных органов, существенно изменяют качество жизни больного, что требует длительного медикаментозного, а иногда и хирургического лечения.

Частота доброкачественной гиперплазии простаты (ДГП) зависит от возраста мужчины. В различных исследованиях значения частоты ДГП в разном возрасте варьируют, поскольку в одних случаях эти данные основываются на клинических исследованиях, в других – на результатах патологоанатомического изучения простаты умерших мужчин. В пяти обобщенных патоморфологических исследованиях различных возрастных групп мужского населения не было обнаружено признаков надозной гиперплазии ни у одного из мужчин в возрасте до 30 лет [8]. В то же время у половины мужчин 50–60 лет и у 90% мужчин старше 80 лет выявлялась ДГП. По данным различных исследований, явных эпидемиологически неблагоприятных стран в отношении заболеваемости ДГП нет [9, 15].

В каждом втором случае нарушения мочеиспускания, возникающие при этой патологии, требуют лечения, основной целью которого является поддержание удовлетворительного качества жизни пациентов. С учетом этиологии и патогенеза, лекарственные средства, используемые в терапии ДГП, могут классифицироваться следующим образом:

- гормоны (антиандрогены, андрогены, гестагены, эстрогены, антиэстрогены, аналоги LHRH);
- ингибиторы 5- α -редуктазы;
- α -адреноблокаторы;
- фитопрепараты;
- прочие (аминокислотные комплексы и экстракты органов животных);
- комбинированная медикаментозная терапия.

В настоящее время, несмотря на эффективность гормональной терапии, ее применение при лечении ДГП ограничено, вследствие выраженного побочного действия.

Внимание! Наибольшее признание в терапии ДГП получили ингибиторы 5- α -редуктазы, α -адреноблокаторы и препараты растительного происхождения, обладающие выгодным многофакторным действием.

Согласно ряду эпидемиологических исследований, распространенность хронического простатита (ХП) в общей популяции составляет 5–8% [10,17]. Это самое частое заболевание мочеполового аппарата у мужчин до 50 лет и третье по частоте у лиц старше 50 лет.

Многие врачи рассматривают ХП, как воспалительное заболевание, преимущественно инфекционного генеза, с возможным участием аутоиммунных процессов, характеризующееся поражением паренхимы и интерстициальной ткани простаты. В то же время необходимо отметить, что хронический абактериальный простатит (ХАП) в 8 раз более распространен, нежели бактериальная форма заболевания, составляющая до 10% всех случаев [11,18].

Терапия ХП должна быть направлена на все звенья этиологии и патогенеза заболевания с учетом активности, категории и степени распространенности процесса и являться комплексной [12]. В то же время причина возникновения ХП ША (с синдромом

воспалительной хронической тазовой боли) и ПШВ (с синдромом невоспалительной хронической тазовой боли – простатодинии) точно не установлена, следовательно, применение многих из указанных выше лекарственных средств основано только на эпизодических сообщениях об опыте их использования, часто сомнительном с точки зрения доказательной медицины [13,16]. Основными препаратами в лечении ХП являются противомикробные. До 40% больных ХП отвечают на лечение антибиотиками как при наличии бактериальной инфекции в анализах, так и без таковой [14].

7. Инфекции мочевыводящих путей.

Инфекции мочевых путей часто характеризуются рецидивирующим течением – в среднем в 15% случаев [19]. Болеют преимущественно женщины. Более чем в 90% случаев рецидив связан с реинфекцией [20]. После эпизода инфекции у 50% женщин в течение года развивается рецидив заболевания [21].

Согласно существующим рекомендациям, пациентам с частыми обострениями цистита – более двух раз в течение 6 месяцев или более трех раз в течение года – должна быть предложена профилактическая антибактериальная терапия [22]. Однозначного взгляда на профилактическое лечение больных с хроническими заболеваниями в настоящее время нет. В основном назначается курс антибиотиков и химиопрепаратов.

Внимание! *Для повышения эффективности лечения и профилактики рецидивов инфекций мочевых путей традиционно используют фитопрепараты [23].*

8. Оценка эффективности и безопасности растительных препаратов «Super Optimale» («Супер Оптимал») в комплексной терапии для пациентов с хроническим простатитом и ДГП, а также препарата «Super Optiwoman» («Супер Оптима») в комплексной терапии и профилактике хронического цистита, различных гормональных дисфункций и бесплодия у женщин.

Основной целью данного исследования явилась оценка эффективности и безопасности лекарственного препарата «Super Optimale» в комплексной терапии пациентов с хроническим простатитом и ДГП, а также препарата «Super Optiwoman» в комплексной терапии и профилактике хронического цистита, различных гормональных дисфункций и бесплодия у женщин.

Первичными целями исследования были:

- оценка динамики симптомов по шкале Международной системы суммарной оценки заболеваний простаты (IPSS-Q);
- определение степени выраженности инфравезикальной обструкции, по данным ультразвукового (ТРУЗИ), урофлоуметрии, определения объема остаточной мочи;
- оценка степени уменьшения выраженности воспалительного процесса в простате, способствующего нарушению самостоятельного мочеиспускания (по показателям ТРУЗИ простаты);
- оценка сексуальной активности мужчин;
- оценка степени уменьшения выраженности воспалительного процесса в мочевом пузыре у женщин;
- оценка состояния пациенток с различными гормональными дисфункциями и бесплодием при комплексном приеме «Super Optiwoman» на фоне гормональной терапии.

8.1. Материалы и методы.

Было проведено две серии исследований.

Серия А. Исследование проводилось в Республике Казахстан (г. Алматы, г. Шымкент, г. Сарыагаш).

Серия Б. Исследование проводилось в Российской Федерации (г. Москва, г. Санкт-Петербург).

Серия А. В исследование было включено 60 пациентов мужчин и 70 пациенток женщин.

Среди 60 мужчин: 24 пациента - с хроническим простатитом и 36 - с ДГП, соответствовавших следующим критериям включения:

- мужчины, с диагнозом: хронический простатит и мужчины, с диагнозом: ДГП, находящиеся на амбулаторном лечении и наблюдении;
- пациенты, имеющие умеренно выраженную инфравезикальную обструкцию (максимальная объёмная скорость мочеиспускания Q_{max} 8,0 – 14,0 мл/с);
- пациенты, подписавшие информированное согласие на участие в исследовании.

В исследование не включались пациенты, которые на момент первого визита:

- нуждались в оперативном вмешательстве или применении любого другого вида лечения ДГП;
- имели диагностированные заболевания мочеполового аппарата (кроме ДГП и простатита);
- имели выраженные нарушения функции печени и/или почек, и/или других жизненно важных органов, сопровождающиеся декомпенсацией их функций;
- не были способны адекватно отвечать на вопросы исследователя, заполнять необходимые документы и применять исследуемый препарат;
- участвовали в исследовании какого-либо другого лекарственного препарата.

Пациенты с ДГП (N- 36), соответствующие критериям включения и включенные в исследование, в ходе рандомизированного исследования были разделены на две группы:

- пациенты с ДГП первой группы получали препарат «Супер Оптимал» в комбинации с α -адреноблокатором (21 пациент);
- пациенты с ДГП второй группы получали препарат из группы α -адреноблокаторов (15 пациентов).

Пациенты, с хроническим простатитом (N- 24) также были разделены на две группы:

- пациенты I группы получали препарат «Супер Оптимал» в комбинации с антибактериальным препаратом из группы фторхинолонов (13 пациентов);
- пациенты II группы получали монотерапию антибактериальным препаратом из группы фторхинолонов (11 пациентов).

Длительность лечения в группах больных с ДГП составляла 30 дней, в группе больных, с хроническим простатитом - 20 дней, прием антибактериальных препаратов в комбинации с «Супер Оптималом» и последующие 10 дней - только препарат «Супер Оптимал».

Исследование включало три визита, в ходе которых проводились сбор анамнеза и физикальный осмотр пациента, регистрация симптоматики, с использованием шкалы Международной системы суммарной оценки заболеваний простаты (IPSS-Q), пальцевое ректальное исследование и ТРУЗИ с доплерографией сосудов простаты, определение объема остаточной мочи, урофлоуметрия.

В исследование были включены 70 женщин, из них 60 пациенток с диагнозом хронический цистит, 10 пациенток с различными гормональными дисфункциями. Длительность наблюдения за пациентами 60 дней. Пациентки были разделены на две группы: основная группа (N-30), которым проводился курс комплексной антибактериальной терапии согласно чувствительности, спазмолитики, анальгетики, а также препарат «Супер Оптима»; контрольная группа (N-30), где проводилась монотерапия антибактериальным препаратом и симптоматическое лечение (спазмолитики, анальгетики). Эффективность терапии оценивали по клиническим анализам мочи, времени уменьшения выраженности симптомов воспаления, наличия либо отсутствия рецидива заболевания.

Десяти гинекологическим больным был рекомендован препарат «Супер Оптима», как компонент комплексной терапии. Пациентки в возрасте от 26 до 40 лет, с различными гормональными дисфункциями: четыре женщины с эндокринным первичным бесплодием, обусловленным гипофизарно-яичниковыми гормональными нарушениями (отсутствием овуляции, синдромом поликистозных яичников, гиперпролактинемией); одна пациентка с вторичным эндокринным бесплодием; три пациентки с нарушениями менструального цикла; две пациентки с синдромом истощения яичников. Всем пациенткам был назначен препарат «Супер Оптима» по 1 таблетке 3 раза в день в течение двух месяцев на фоне гормональной терапии.

8.2. Результаты. Серия исследований А.

Данные ТРУЗИ простаты являются одними из критериев эффективности, используемых для оценки терапевтического эффекта терапии и степени выраженности воспалительного процесса в простате.

В I группе пациентов с ДГП на фоне приема препарата «Супер Оптимал» было достигнуто незначительное, но статистически достоверное снижение среднего значения объема простаты (с 37,03 см³ - на первом визите, до 33,01 см³ - на третьем визите).

Среди пациентов, принимавших α -адреноблокатор, было выявлено статистически достоверное умеренное увеличение объема простаты с 34,4 до 36,3 см³ к концу исследования.

Таблица 1. Значения основных параметров мочеиспускания у пациентов-мужчин с ДГП групп I и II

| Показатель | Первая группа | | | Вторая группа | | |
|-----------------------------|-----------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|
| | Визит | | | | | |
| | 1-й | 2-й | 3-й | 1-й | 2-й | 3-й |
| Qmax (мл/сек) M \pm SD | 10,49 \pm 0,8 | 12,31 \pm 2,05 | 13,01 \pm 2,29 | 10,31 \pm 1,43 | 11,22 \pm 2,21 | 10,16 \pm 1,66 |
| Qave (мл/сек) M \pm SD | 5,05 \pm 1,1 | 6,01 \pm 1,37 | 6,23 \pm 1,37 | 5,45 \pm 1,33 | 6,03 \pm 1,4 | 5,42 \pm 1,35 |

Еще одним из основных параметров, используемых для оценки терапевтического эффекта применения препарата «Супер Оптимал», были показатели урофлоуметрии и величины объема остаточной мочи, характеризующие степень нарушения мочеиспускания на фоне развития ДГП и функциональное состояние детрузора (табл. 1).

В основной группе («Супер Оптимал») достигнуто увеличение среднего значения Q_{\max} с 10,49 мл/с на первом визите до 13,01 мл/с к третьему. Эти изменения были статистически достоверны. На фоне приема α -адреноблокатора также увеличилась Q_{\max} от первого ко второму визиту (с 10,31 до 11,22 мл/с), но дальнейшее изменение этого показателя было недостоверно.

В группе, получавшей «Супер Оптимал», от исходного состояния до третьего визита происходит достоверное снижение среднего значения объема остаточной мочи (табл. 2).

По данным таблицы 2 у пациентов, принимавших α -адреноблокатор, отмечается достоверное сниженное среднего значения объема остаточной мочи от первого до второго визита, но дальнейшего уменьшения объема остаточной мочи не отмечается, в то время как в группе, принимающих «Супер Оптимал» и α -адреноблокатор, отмечается дальнейшее снижение объема остаточной мочи, что говорит о потенцировании эффекта α -адреноблокаторов.

Таблица 2. Величины объема остаточной мочи у пациентов-мужчин с ДГП групп I и II

| Показатель | I группа (N-21) | | | II группа (N-15) | | |
|---|-----------------|---------------|---------------|------------------|---------------|---------------|
| | Визит | | | | | |
| | первый | второй | третий | первый | второй | третий |
| Объём остаточной мочи, мл M \pm SD | 76 \pm 23,4 | 52 \pm 19,5 | 48 \pm 20,3 | 74 \pm 20,2 | 54 \pm 14,2 | 59 \pm 14,2 |

Одним из параметров эффективности терапии, используемом при статистическом анализе данных исследования для оценки степени выраженности обструктивной и ирритативной симптоматики у пациентов с ДГП, являлась сумма баллов по шкале IPSS. Результаты проведенного анкетирования приведены в табл. 3.

При анализе результатов исследования отдельно оценивалось количество пациентов с незначительной симптоматикой ДГП (сумма баллов 0–7), умеренной (сумма баллов 8–19) и выраженной (сумма баллов 20–35). В первой группе, на первом визите прослеживается преимущественное преобладание пациентов, с умеренным количеством баллов по шкале IPSS – 19 (90%) пациентов, далее, к третьему визиту этот показатель снижается до 11 (54%). Это связано с тем, что препарат «Супер Оптимал» влияет на субъективную симптоматику и достоверно уменьшает симптоматику исходного заболевания, в результате чего, количество пациентов с незначительными симптомами последовательно увеличилось от первого визита к третьему с 1 (5%) до 9 (41%).

Таблица 3. Динамика суммарного балла по шкале IPSS у пациентов-мужчин с ДГП групп I и II

| Количество баллов | Количество пациентов | | | | | |
|------------------------|----------------------|----------|----------|------------------|-----------|-----------|
| | Визит | | | | | |
| | I группа (N-21) | | | II группа (N-15) | | |
| | 1-й | 2-й | 3-й | 1-й | 2-й | 3-й |
| 0 – 7 (незначительная) | 1 (5%) | 7 (35%) | 9 (41%) | 1 (6,5%) | 5 (33,5%) | 4 (28,5%) |
| 8–19 (умеренная) | 19 (90%) | 13 (60%) | 11 (54%) | 12 (80%) | 9 (60%) | 10 (65%) |
| 20–35 (выраженная) | 1 (5%) | 1 (5%) | 1 (5%) | 2 (13,5%) | 1 (6,5%) | 1 (6,5%) |

В группе пациентов, принимающих α -адреноблокатор, данная тенденция прослеживается от первого визита ко второму, однако дальнейшего снижения симптомов при третьем визите не отмечалось.

В группе пациентов с хроническим простатитом (таблица 4), получавших монотерапию антибиотиком, уменьшение симптоматики началось через 5–7 дней после начала лечения, а существенное улучшение состояния зарегистрировано лишь при третьем визите к врачу. При этом у 3 (20%) пациентов остались симптомы простатита.

У пациентов, получавших «Супер Оптимал» в комбинации с антибактериальным препаратом, симптомы простатита исчезли уже через 3–4 дня терапии.

Субъективная оценка больными своего состояния при третьем визите составляла 94%.

Таблица 4. Динамика суммарного балла по шкале IPSS у пациентов-мужчин с хроническим простатитом I и II групп

| Количество баллов | Количество пациентов | | | | | |
|----------------------|----------------------|---------|----------|------------------|---------|---------|
| | Визит | | | | | |
| | I группа (N-13) | | | II группа (N-11) | | |
| | 1-й | 2-й | 3-й | 1-й | 2-й | 3-й |
| 0–7 (незначительная) | 1 (11%) | 8 (61%) | 12 (89%) | 2 (15%) | 6 (57%) | 9 (85%) |
| 8–19 (умеренная) | 12 (89%) | 5 (39%) | 1 (11%) | 9 (85%) | 5 (43%) | 2 (15%) |
| 20–35 (выраженная) | 0 (0%) | 0 (0%) | 0 (0%) | 0 (0%) | 0 (0%) | 0 (0%) |

На фоне лечения в обеих группах больных отмечено уменьшение объема простаты, происходящее вследствие ликвидации воспалительного процесса и отека органа. При этом у пациентов II группы объем простаты уменьшался медленнее: к третьему визиту объем простаты стал 28 см³, тогда как у пациентов основной группы такие же результаты отмечены уже при втором визите.

Объемная скорость потока мочи в обеих группах постепенно возросла до значений возрастной нормы (≤ 15 мл/сек), но у пациентов I группы это зарегистрировано уже при втором визите при том, что у пациентов II группы Q_{max} значительно изменилась лишь к третьему визиту и максимально составляла 15,2 мл/сек.

Таблица 5. Динамика показателей эффективности лечения у пациентов-мужчин с хроническим простатитом I и II групп

| Показатель | Количество пациентов | | | | | |
|---|----------------------|--------------|--------------|------------------|----------------|----------------|
| | Визит | | | | | |
| | I группа (N-13) | | | II группа (N-11) | | |
| | первый | второй | третий | первый | второй | третий |
| Q_{max} (мл/сек) M \pm SD | 11,03 \pm 4,9 | 16 \pm 2,3 | 17 \pm 1,4 | 11,34 \pm 3,2 | 14 \pm 2,9 | 15,2 \pm 2,6 |
| Объем простаты (см ³) M \pm SD | 32 \pm 5,7 | 26 \pm 3,3 | 24 \pm 2,7 | 33 \pm 4,1 | 29,3 \pm 1,7 | 28 \pm 2,6 |

Внимание! Ни у одной женщины, принимавшей «Супер Оптимал», не зарегистрировано нежелательных побочных эффектов, что свидетельствует о безопасности препарата.

В группах пациенток с хроническим циститом после окончания лечения через 10 дней клинические симптомы и наличие умеренной дизурической симптоматики отмечали две пациентки во II группе и одна пациентка из I группы. Лабораторные изменения по результатам общего анализа мочи (лейкоцитурия) были купированы у всех пациенток.

Таблица 6. Динамика основных симптомов у пациенток с хроническим циститом

| Симптомы | Основная группа (N- 30) | | Контрольная группа (N- 30) | |
|---|----------------------------|----|-------------------------------|----|
| | Абс. число | % | Абс. число | % |
| Боли в надлобковой области | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Жжение в уретре | 0 | 0 | 1 | 3% |
| Рези при мочеиспускании | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Поллакиурия | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Никтурия | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Ощущение неполного опорожнения мочевого пузыря | 1 | 3% | 2 | 6% |

В основной группе болевая симптоматика в области мочевого пузыря была купирована у 97% пациенток на третьи сутки проводимой терапии. Необходимо отметить, что у 1 (3%) пациентки болевая симптоматика сохранялась после проведенного лечения в виде дискомфорта в области мочевого пузыря и была купирована лишь к 10 суткам лечения. У 13 (37%) пациенток с малым объемом мочевого пузыря (60,0 – 90,0 мл) при контрольном УЗИ на пятые сутки лечения объем мочевого пузыря увеличился до 140,0 – 210,0 мл.

Нормализация анализа мочи происходила у 80% пациенток на 10 сутки от начала лечения, у 93% на 20 сутки, у 97% на 30 сутки. На протяжении периода наблюдения рецидивов цистита не наблюдалось ни у одной пациентки.

Побочных эффектов от применения препарата «Супер Оптима» не наблюдалось.

Лечение 30 пациенток (контрольная группа) с хроническим циститом показало эффективность лишь на 3 – 5 сутки проводимой терапии, причем у пяти больных на 1 – 2 сутки отмечалось усиление симптомов заболевания.

В группе пациенток, с первичным эндокринным бесплодием, проводилась стимуляция овуляции «Клостилбегитом» по 50 мг 1 раз в день с пятого по девятый день менструального цикла, «Прогинова» по 20 мг 2 раза в день с 10 по 15 день цикла, «Дюфастон» по 10 мг 2 раза в день с 16 по 26 день цикла. Причем препарат «Супер Оптима» позволил не повышать дозу «Клостилбегита», а также сократил количество циклов стимуляции. В настоящее время у всех пациенток беременность развивается без нарушений.

У группы пациенток, с вторичным эндокринным бесплодием также проводилась стимуляция фолликула с параллельным применением препарата «Супер Оптима». У пациентки в анамнезе ЭКО. Беременность наступила после второй стимуляции.

В группе пациенток, с нарушениями менструального цикла перед лечением проводилось обследование: объективный осмотр, ультразвуковое сканирование органов малого таза (УЗС ОМТ), исследование гормонов репродуктивной системы. У всех пациенток нерегулярные менструации (задержки по 7–15 дней, на УЗИ- гипоплазия эндометрия, в анализах на гормоны репродуктивной системы фиксируется снижение уровня ЛГ, эстрадиола, прогестерона). **Все пациентки предварительно получали лечение гормональными препаратами неоднократно (до включения в исследование). При комплексном лечении (комбинированный оральная контрацептив (КОК) + «Супер Оптима») были отмечены выраженные улучшения и положительная динамика. Менструальный цикл восстановился, задержки прекратились, на УЗС толщина эндометрия (М-эхо) соответствует дню менструального цикла, уровень ЛГ поднялся до нормы, гормоны яичников (эстрадиол и прогестерон) также нормализовались. Все больные отмечали улучшение общего состояния.**

В группе пациенток, с синдромом истощения яичников участвовали в исследовании две пациентки в возрасте 36 и 38 лет. У обеих резко прекратились менструации (у первой 5 лет назад, у второй 6 лет назад). **В анамнезе обеих пациенток гормональные нарушения гипофизарно-яичникового генеза, неоднократно проводимая гормонотерапия.** При обследовании выявлены избыточная масса тела, метаболический синдром, на УЗС ОМТ размеры матки и яичников меньше нормы, отсутствие фолликулов в яичниках, М-эхо 2–3мм. При обследовании гормонов крови выявлено резкое повышение ЛГ и ФСГ, снижение уровня эстрадиола и прогестерона. Субъективно имеются жалобы на головные боли, нервозность, утомляемость, приливы «жара», плохой сон. **Обе пациентки получали ЗГТ (заместительную гормонотерапию): «Фемостон» 2/10 по 1 таблетке в день 3 месяца одновременно с «Супер Оптима». При лечении пациентки отмечали улучшение общего состояния, уменьшились приливы и головная боль, снизилась масса тела, улучшился сон. На УЗИ размеры матки и яичников увеличились, появились фолликулы в яичниках. Менструации появились после двух месяцев лечения. В настоящее время пациентки продолжают применение «Фемостон» 1/10 по схеме.**

Из 10 пациенток только у одной испытуемой были побочные действия в виде головокружения и тошноты, что может быть связано с аллергической реакцией на компоненты состава препарата «Супер Оптима» и общим статусом иммунной системы. Все симптомы прекратились после отмены препарата.

Серия Б.

Серия Б1. Изучение влияния препарата «Супер Оптимала» на сексуальную активность здоровых молодых мужчин.

Исследования «Супер Оптимала» мы начали с изучения его влияния на половую функцию и сексуальную активность здоровых молодых мужчин-добровольцев в возрасте от 18 до 24 лет. Двадцати четверем мужчинам препарат назначали по одной

капсуле (*капсулированная форма продукта, состав которой одинаков с таблетированной формой*) три раза в день за 30 – 45 минут до еды в течение одного месяца (*основная группа*). Эксперимент был «слепым» – мужчины не знали, что они принимают, но были уведомлены в абсолютной безвредности препарата. Двенадцать мужчин этого же возраста получали аналогичные «пустые» капсулы, не содержавшие «Супер Оптимал» (*контрольная группа*). Все испытуемые не отметили какие-либо побочные эффекты. Перед участниками экспериментов была поставлена одна задача: максимально точно оценить свою половую жизнь, вести дневник, в котором записывать длительность полового акта (с момента введения полового члена во влагалище), длительность абсолютной рефрактерности.

Через две недели после приема «Супер Оптимала» 7 из 24 испытуемых отметили уменьшение времени абсолютной рефрактерности примерно со 120 – 130 минут до 104 – 116 минут. Через месяц 22 из 24 испытуемых указали, что время абсолютной рефрактерности у них укоротилось примерно на 24 – 30 минут (табл. 7).

Мы продлили исследование еще на один месяц, в течение которого давали «Супер Оптимал» в указанной дозе. Все испытуемые основной группы сообщили о неожиданном эффекте капсул. Их дневники подтвердили факт укорочения периода абсолютной рефрактерности (см. табл. 7).

**Таблица 7. Влияние «Супер Оптимала»
на длительность абсолютной рефрактерности у молодых мужчин**

| Длительность абсолютной рефрактерности, мин. | Число испытуемых | | | |
|--|----------------------------|-------------|------------------|--|
| | До начала приема препарата | Через месяц | Через два месяца | Через месяц после прекращения приема препарата |
| до 60 | 2 | 6 | 8 | 6 |
| от 61 до 90 | 10 | 13 | 13 | 15 |
| от 91 до 120 | 6 | 3 | 2 | 1 |
| > 120 | 6 | 2 | 1 | 2 |

Опросив всех испытуемых и изучив их дневники, мы пришли к выводу, что «Супер Оптимал» действительно способствует укорочению времени абсолютной рефрактерности у всех испытуемых основной группы. Мы попросили их продолжить самонаблюдение еще в течение одного месяца, во время которого они получали «пустые» капсулы (таблетки). Практически у всех испытуемых достигнутый эффект сохранился и через месяц после прекращения приема «Супер Оптимала».

Серия Б II. Изучение влияния препарата «Супер Оптимала» на сексуальную активность мужчин старшего возраста.

Исследования были проведены у 22 сексуально активных мужчин-добровольцев в возрасте от 60 до 70 лет. Все участники исследования не страдали серьезными хроническими заболеваниями. Участникам *основной группы* назначали «Супер Оптимал» по две капсулы (таблетки) каждое утро, по одной капсуле в 14 – 15 часов и в

19 – 20 часов за 30 – 45 минут до еды в течение трех месяцев. Этот эксперимент также был «слепым»: мужчины не знали, какой препарат они принимали, но были уведомлены в абсолютной безвредности препарата. Двенадцать мужчин такого же возраста получали «пустые» капсулы (таблетки) (*контрольная группа*). В этой серии мы судили об эффективности препарата по **коитальной активности** (КА). До начала исследования КА составляла 0,26 раза в неделю. Через месяц после начала приема препарата КА возросла до 0,42; через два месяца она достигла 0,65; через три месяца – 0,74 раз в неделю, т.е. возросла почти в 3 раза по сравнению с исходными данными. У мужчин контрольной группы до начала исследования средняя КА была 0,24 раза в неделю, в течение трех месяцев она практически не менялась. После окончания исследования мы подробно рассказали мужчинам основной группы о «Супер Оптимале» и рекомендовали продолжить прием по одной капсуле (таблетке) три раза в день постоянно. Через 6 месяцев после начала эксперимента мы обследовали мужчин, участвовавших в исследовании. Пятнадцать человек из основной группы продолжали принимать препарат в течение последующих трех месяцев после исследования. Их средняя КА составляла 0,9 раза в неделю. Четверо принимали препарат в течение двух месяцев, их КА сохранилась на прежнем уровне, трое принимали «Супер Оптимал» нерегулярно в среднем 3 – 4 раза в неделю. У каждого из этих мужчин КА осталась такой же, какой была через три месяца после начала исследования.

Сексуальное здоровье мужчин зависит от тестостерона, синтезируемого клетками Лейдига яичек. Уровень **общего тестостерона** (ОТ) у мужчин колеблется в очень широких пределах (11 – 33 нмоль/л). Однако этот показатель не столь важен. Биологически активный тестостерон – это **свободный тестостерон** (СвТ). Именно его дефицит приводит к сексуальным нарушениям у мужчин. Содержание СвТ у мужчин старше 18 лет также имеет широкий диапазон показателей – от 5,2 до 42 пг/л, однако с возрастом оно снижается за счет увеличения концентрации глобулина, связывающего тестостерон (глобулин, связывающий половые стероиды – ГСПС).

Мы изучили содержание тестостерона у 18 мужчин основной и 11 – контрольной групп. Лишь у двух мужчин основной группы и у двух из контрольной группы, получавших «Супер Оптимал», до начала исследования уровень ОТ был ниже 11 нмоль/л. У этих мужчин концентрация СвТ была ниже 5 пг/л. Их коитальная активность (КА) была очень низкой (0,1–0,15 раз в неделю). У мужчин контрольной группы в течение всего периода наблюдения показатели практически не менялись. В основной группе через один месяц исследования уровень ОТ несколько повысился у 7 из 18 до 14-15 нмоль/л, у двух – до 16-17 нмоль/л, у остальных он колебался в пределах 18-22 нмоль/л. У мужчин, КА которых увеличилась, мы выявили некоторое увеличение СвТ (в пределах 10 – 12 пг/л). Через два месяца у 12 из 18 мужчин основной группы содержание СвТ увеличилось до 14 – 17 пг/л, у одного оно составляло 14 пг/л, у пяти 12 – 14 пг/л. Уровень ОТ мало менялся. Наиболее интересные результаты получены у мужчин, лечившихся «Супер Оптималом» в течение 6 месяцев. На фоне, практически стабильного содержания ОТ, у всех 15 мужчин (>15 нмоль/л) изменился уровень СвТ: у 12 - более 17 нмоль/л, у трех - более 20 нмоль/л, у одного - 21 нмоль/л, у двух ниже 17 нмоль/л. У мужчин контрольной группы в течение 6 месяцев мы не выявили существенных изменений КА и содержания ОТ и СвТ.

Итак, длительное использование «Супер Оптимала» (6 месяцев) у мужчин в возрасте от 60 до 70 лет способствует увеличению их коитальной активности на фоне умеренного увеличения содержания свободного тестостерона в крови. По-видимому, это является решающим фактором. Все мужчины, у которых КА возрастала, сообщили, что качество их жизни принципиально улучшилось.

Серия Б III. Изучение влияния «Супер Оптимала» на течение доброкачественной гиперплазии простаты (ДГП).

ДГП протекает стадийно. Консервативное лечение показано при I и II стадиях ДГП. Консервативное лечение ДГП должно быть комплексным. Не следует ограничиваться монотерапией, насколько бы ни был эффективен лекарственный препарат. Под наблюдением находилось 126 мужчин в возрасте 60 – 70 лет с ДГП I и II стадий, из них 36 составили *контрольную группу*, 90 – *основную группу*. Пациенты контрольной группы получали общепринятое комплексное современное лечение, включая «Омник» (тамсулозин) в I стадии и «Омник аводарт» (дутастерид) во II стадии в течение трех месяцев. Пациенты основной группы получали наряду с этим «Супер Оптимал» по одной капсуле (таблетке) 3 раза в день за 30 – 45 минут до еды в течение трех месяцев.

В контрольной группе у 17 мужчин диагностирована I стадия ДГП, у 19 – II стадия. В основной группе I стадия ДГП у 50, II стадия ДГП – у 40 мужчин. У большинства больных с ДГП II стадии (48 из 59) нарушена сексуальная функция, что проявляется отсутствием или резким ослаблением либидо, отсутствием спонтанных (ночных и утренних) эрекций, эректильной дисфункцией. Так, около 60% мужчин не жили половой жизнью четыре и более месяцев, около 20% совершали один половой акт в два месяца, около 15% - один раз в месяц, но расценивали его как неудовлетворительный, около 8% совершали половой акт раз в неделю. До лечения КА мужчин со II стадией ДГП составила 0,07 – 0,08 раз/нед.

При ДГП I стадии сексуальные нарушения выявлены у 32 из 50 больных, они были менее выраженными, их КА до лечения колебалась в пределах 0,10 – 0,13 раз/нед. Лишь 10 из 67 больных ДГП не жили половой жизнью более трех месяцев.

Диагноз ставился на основании комплексных исследований: клинических, ультразвуковых, IPSS, QOL, урофлоуметрии, биохимических, включая PSA. Пациентов обследовали до начала лечения, через месяц и через три месяца после начала лечения.

Результаты проведенных исследований представлены в таблице 8.

Мужчины с ДГП I стадии до начала лечения жаловались на учащенное мочеиспускание ночью, вялую струю мочи, затрудненное мочеиспускание. Императивные позывы наблюдались примерно у трети пациентов. Опорожнение мочевого пузыря почти полное. Функция почек не нарушена. Инфравезикальная обструкция выражена умеренно ($Q_{\max} > 10$ мл/с), железа увеличена умеренно, ее объем до 50 см³. Суммарный балл IPSS – до 8, QOL – 1 – 2.

Во II стадии прогрессируют нарушения функции мочевого пузыря (в первую очередь, детрузора), верхних мочевых путей и почек, появляется остаточная моча, количество ее достигает 100 – 200 мл и более, повышается давление в мочевом пузыре, затрудняется транспорт мочи по мочеточникам, они расширяются, угнетается функция почек. Мочеиспускание учащается, особенно ночью, появляются императивные позывы, возникает задержка мочи. Струя мочи все более вялая, прерывистая, в конце мочеиспускания выделяется каплями. Прогрессирует растяжение стенок мочевого пузыря и застой в простате. Инфравезикальная обструкция выраженная ($Q_{\max} < 10$ мл/с), объем железы 50 – 80 см³. Суммарный балл IPSS – от 9 до 19, QOL – 2 – 3.

Уже через месяц интенсивного комплексного лечения пациенты отмечали субъективное улучшение, уменьшение числа ночных мочеиспусканий и облегчение начала мочеиспускания, причем у пациентов, получавших «Супер Оптимал», улучшение на-

блюдалось чаще. Как видно из данных таблицы 9, у больных, получавших в комплексном лечении «Супер Оптимал», значительно быстрее ликвидировались дизурические расстройства, что проявлялось, в первую очередь, уменьшением числа ночных мочеиспусканий, императивных позывов, увеличением силы струи мочи.

**Таблица 8. Влияние «Супер Оптимала»
на сексуальную активность пациентов с ДГП**

| Показатель | Группа (количество пациентов) | | | |
|---|-------------------------------|------------------|-------------------|------------------|
| | Контрольная | | Основная | |
| | До начала лечения | Через три месяца | До начала лечения | Через три месяца |
| Общее количество | 36 | | 90 | |
| I стадия ДГП | 17 | | 50 | |
| Сексуальные нарушения, количество больных | 7 | 8 | 25 | |
| Коитальная активность (КА), раз в неделю | 0,13 | 0,14 | 0,10 | 0,23 |
| II стадия ДГП | 19 | | 40 | |
| Сексуальные нарушения, количество больных | 15 | 17 | 33 | 27 |
| Коитальная активность (КА), раз в неделю | 0,09 | 0,07 | 0,08 | 0,22 |

**Таблица 9. Влияние «Супер Оптимала»
на некоторые клинические показатели пациентов с ДГП**

| Показатели | Количество пациентов | | | | | | | |
|--|----------------------|------|------------------|------|-------------------|------|------------------|------|
| | I стадия ДГП | | | | II стадия ДГП | | | |
| | До начала лечения | | Через три месяца | | До начала лечения | | Через три месяца | |
| | К | О | К | О | К | О | К | О |
| Количество пациентов | 17 | 50 | 17 | 50 | 19 | 40 | 19 | 40 |
| Ночные мочеиспускания: | | | | | | | | |
| 1 – 2 раза | 12 | 36 | 13 | 39 | 9 | 22 | 10 | 29 |
| 3 раза | 3 | 10 | 2 | 8 | 6 | 10 | 6 | 6 |
| > 3 раз | 2 | 4 | 2 | 3 | 4 | 8 | 2 | 5 |
| Длительность вытекания мочи по каплям после мочеиспускания | 4 | 12 | 3 | 3 | 18 | 37 | 14 | 29 |
| Императивные позывы | 5 | 16 | 3 | 8 | 11 | 21 | 8 | 6 |
| Вялая струя мочи | 16 | 46 | 14 | 8 | 19 | 38 | 16 | 22 |
| Затрудненное мочеиспускание | 15 | 44 | 13 | 23 | 19 | 39 | 14 | 23 |
| Спонтанные эрекции | 2 | 5 | 2 | 12 | 2 | 3 | 3 | 12 |
| Суммарный балл IPSS | 7,50 | 7,45 | 7,2 | 5,0 | 15,6 | 14,8 | 14,1 | 11,1 |
| QOL | 1,5 | 1,9 | 1,6 | 1,4 | 2,57 | 2,55 | 2,45 | 1,72 |
| Q _{max} , мл/с | 11,9 | 11,9 | 12,4 | 15,9 | 7,6 | 7,8 | 8,4 | 12,1 |

Примечание. Обозначения в таблице: К – контрольная группа, О – основная группа Мужчины, получавшие в комплексном лечении «Аводарт», отметили наряду с улучшением общего состояния, уменьшение числа мочеиспусканий ночью и императивных позывов, ухудшение сексуальной функции. Это проявилось резким ослаблением либидо и эректильной дисфункцией, что ведет к снижению коитальной активности (КА). Такое побочное действие «Аводарта» известно: у мужчин, получавших в комплексном лечении «Супер Оптимал» на фоне «Аводарта» нарушение происходит значительно реже. Так, после трехмесячного курса «Аводарта» КА мужчин уменьшилась (см. табл. 8), при приеме «Аводарта» совместно с «Супер Оптималом» КА возросла почти в 3 раза по сравнению с исходной (до начала лечения).

В результате трехмесячного комплексного лечения, включая «Супер Оптимал», у большинства пациентов значительно изменилось качество жизни: уменьшилось количество ночных мочеиспусканий и императивных позывов, струя мочи стала более интенсивной, длительное истечение мочи по каплям после мочеиспускания продолжалось у половины больных контрольной группы и лишь у 13 % – основной. Императивные позывы значительно отягчают жизнь мужчин с ДГП. Этот симптом после трехмесячного лечения сохранился у 30 % мужчин контрольной группы и у 15 % – основной. «Супер Оптимал» способствовал увеличению в 3 раза частоты спонтанных эрекций.

Клиническое улучшение состояния пациентов с ДГП I и II стадий подтвердили объективные данные урофлоуметрии, IPSS, QOL. Один из основных объективных показателей, позволяющих судить о состоянии простаты, – ее объем. У всех наблюдавшихся нами мужчин с ДГП I стадии до лечения объем простаты колебался в пределах 45 – 49 см³ ($47,3 \pm 3,4$), после трехмесячного лечения в контрольной группе объем простаты практически не изменился ($46,0 \pm 4,7$ см³), «Супер Оптимал» способствовал существенному уменьшению объема простаты ($33,2 \pm 0,7$ см³). У мужчин с ДГП II стадии до лечения объем простаты колебался в пределах 54 – 77 см³ ($69,3 \pm 1,1$). После лечения наблюдалась тенденция к уменьшению объема простаты: в контрольной группе $57,5 \pm 1,7$ ($p < 0,05$), в основной («Супер Оптимал») – уменьшение железы было более выраженным ($51,1 \pm 1,4$; $p < 0,01$).

Итак, комплексное лечение доброкачественной гиперплазии простаты, с длительным использованием «Супер Оптимала», увеличивает эффективность специфического лечения, ликвидирует мучительные клинические симптомы (частое ночное, затрудненное мочеиспускание, императивные позывы и др.), способствует выраженному прекращению роста аденомы, а в ряде случаев и ее обратному течению, улучшает общее состояние пациента, улучшает сексуальную функцию, положительно влияет на качество жизни мужчины.

9. Обсуждение.

Проведенное клиническое исследование показало, что применение препарата «Супер Оптимал» у здоровых мужчин улучшает сексуальную функцию, что проявляется в увеличении коитальной активности (КА) и уменьшении рефрактерного периода полового цикла. «Супер Оптимал» в комплексном лечении ДГП и хронического простатита вызывает статистически достоверное уменьшение симптомов, показателей ТрУЗИ, урофлоуметрии, а также повышает коитальную активность (КА) пациентов.

Таким образом, по результатам проведенного исследования «Супер Оптимал» является эффективным препаратом для лечения больных ДГП и хроническим про-

статитом. Применение данного препарата привело к уменьшению симптоматики, уменьшению объема простаты и увеличению максимальной объемной скорости потока мочи у данной категории пациентов-мужчин. Отмеченная нами стабилизация симптомов ДГП и максимальной объемной скорости потока мочи на уровне, достигнутом к концу курса лечения, и продолжающееся уменьшение объема простаты наряду с отсутствием побочных эффектов подтверждает целесообразность длительного приема препарата в непрерывном режиме.

Сравнительная оценка результатов комплексного лечения хронического цистита и различных гормональных дисфункций у женщин установила преимущество применения препарата «Супер Оптима».

10. Заключение.

10.1. Препарат растительного происхождения «Супер Оптимал» («Super Optimale») является эффективным средством для комплексной терапии пациентов с ДГП и хроническим простатитом. Применение препаратов «Супер Оптимал» приводит к одновременному патогенетическому воздействию на процессы гиперплазии и хронического воспаления простаты. **Выраженные противовоспалительный и противоотечный эффекты, обуславливающие уменьшение объема простаты при начальных или умеренных симптомах заболевания, которые дополняются антиандрогенно–антипролиферативным действием на процесс гиперплазии, а также хорошая переносимость такой комбинированной терапии делают целесообразным применение «Супер Оптимал» («Super Optimale») при ДГП и хроническом простатите.**

Полученные в результате исследования данные об эффективности и безопасности лечения позволяют рекомендовать «Супер Оптимал» («Super Optimale») пациентам с ДГП и хроническим простатитом.

10.2. Длительное применение препарата «Супер Оптимал» здоровыми мужчинами способствует уменьшению рефрактерного периода, увеличению сексуальной активности, положительно влияет на качество жизни мужчины, является успешным профилактическим средством, предупреждающим возрастные изменения мочевого аппарата.

10.3. Результаты применения препарата «Супер Оптима» («Super Optiwoman») у женщин показывают целесообразность назначений данного препарата в комплексной терапии больных с рецидивирующим циститом. Высокая эффективность и отсутствие побочных эффектов позволяют рекомендовать данный метод для широкого применения в лечении и профилактике хронических циститов.

10.4. Целесообразно назначение препарата «Супер Оптима» как компонент комплексной терапии при лечении различных гинекологических эндокринных нарушений, таких как эндокринное бесплодие, нарушение менструального цикла, синдром истощения яичников. Полученные результаты показали, что дополнительное назначение препарата «Супер Оптима» к обычной гормональной терапии не вызывает негативных эффектов, позволяет сократить сроки лечения, значительно повышает эффективность гормональной терапии.

11. Список использованной литературы.

1. De Smet PAGM.// N. Engl J. Med.– 2002.– Vol.347.– P.2046–56.
2. Djavan B., Yan Kit Fong, Aziz Chaudry et al. Progression delay in men with mild symptoms of bladder outlet obstruction: a comparative study of phytotherapy and watchful waiting. // Wld. J. Urol.– 2005. – Vol. 23 – P.253–256.
3. Eisenberg D.M., Kessler D.C., Foster C. et al.// N. Engl. J. Med.– 1993.– Vol.328.– P.246–252
4. *Eisenberg D.M., Davis R.B., Ettner S.L.* et al.// JAMA.– 1998.– Vol.280.– P. 1569–75.
5. Foster B.A., Cunha G.R. // Endocrinology. – 1999. – Vol. 140, N1. – P. 318–328.
6. Hooton T.M., Stamm W.E. Diagnosis and treatment of uncomplicated urinary tract infection// Infectious Disease Clinics of North America.- 1997.- Vol.11(3).- P.551- 581
7. MacLennan A.H., Wilson D.H., Taylor A.W.// Lancet.– 1996.– Vol.347.– P. 569–73.
8. Moyad M.A. // Semin. Urol. Oncol.– 2001.– Vol.19.– P.257–269.
9. Nickel J.C. Urologic Clinics of North America. 1999, vol. 26, N4
10. Nickel J.C. Urologic Clinics of North America. 1999, vol. 26, N4
11. Roberts R.O., Lieber M.M., Bostwick D.G. et al. A review of clinical and pathological prostatitis syndromes Urology 1997
12. Roehrborn C.G., McConnell J.D. // In: Walsh P.C., Retik A.B., Vaughan E.D. et al. Campbell's Urology; 8th ed. – Philadelphia, PA: WB Saunders Co., 2002. – P. 1297–336.
13. Shoskes D.A.// Urology.– 2002.– Vol.60.– P.35–37.
14. Weinrich S.P., Hudson Priest J., Moyad M.A., Weinrich M.C.// Urology.– 2004.– Vol.64.– P.1094–1097.
15. Аляев Ю.Г., Винаров А.З., Локшин К.Л., Спивак Л.Г. Использование препарата Простамол® уно («Берлин–Хеми», Германия) у больных гиперплазией предстательной железы. // Врачебное сословие. – 2006. - № 7. – С. 24–28.
16. Аляев Ю.Г., Винаров А.З., Локшин К.Л., Спивак Л.Г. Экстракты *Serenoa repens* в лечении аденомы предстательной железы и хронического абактериального простатита: результаты краткосрочных (3–месячных курсов) лечения. // Урология. – 2007. – № 2. – С. 80–82.
17. Билич Г.Л. Справочник по сексологии. – М.: Издательство «Оникс», 2007. – 624 с.: ил.
18. Лопаткин Н.А., Сивков А.В., Аполихин О.И. и др. Хронический простатит. Монография на CD–ROM. НИИ урологии МЗ РФ, М., 2004
19. Лоран О.Б. Эпидемиология инфекций мочевыводящих путей// Инфекции мочевыводящих путей у амбулаторных больных.- материалы междунар.симп.- М., 1999.- С. 5-8. Перепанова Т.С. Изменения в Руководстве Европейской Урологической Ассоциации (Guidelines EAU) 2006г. По управлению неосложненной инфекции мочевых путей// Эффективная фармакотерапия в урологии.- 2006.- №1.- С. 6-11
20. Переверзев А.С., Коган М.И. Инфекции и воспаление в урологии// АБВ пресс.- М., 2007.- 244с.
21. Сивков А.В., Ощепков В.Н., Егоров А.А. Терапия хронического абактериального простатита//Пленум Правления Российского общества урологов. Материалы. Саратов, 8 июня 2004 г., С 216
22. Трапезникова М.Ф., Поздняков К.В., Морозов А.П. Медикаментозная терапия хронического простатита у пациентов с доброкачественной гиперплазией предстательной железы. // Трудный пациент. – 2006. – Т.4, № 8. – С. 15–19.
23. Тиктинский О.Л., Калинина С.Н. Пиелонефриты.- СПб.: МедиаПресс. 1996.- 256с.

12. Резюме

Основной целью данного исследования явилась оценка эффективности и безопасности лекарственного препарата «Супер Оптимал» («Super Optimale») в лечении мужчин с хроническим простатитом и ДГП, а также препарата «Супер Оптима» («Super Optiwoman») в лечении и профилактике хронического цистита у женщин. В исследование было включено 60 пациентов-мужчин и 70 пациентов-женщин. Среди мужчин из 60 пациентов: 24 пациента с хроническим простатитом и 36 пациентов с ДГП. Из 70 участвующих в исследовании женщин, 60 пациенток с диагнозом хронический цистит и 10 пациенток с различными гормональными нарушениями. Длительность наблюдения за пациентами 60 дней. Пациентам проведен курс комплексной терапии, включающий препарат «Super Optimale» («Супер Оптимал») у мужчин, «Super Optiwoman» («Супер Оптима») у женщин. **Применение препарата «Супер Оптимал» в комплексе лечения ДГП и хронического простатита вызывает статистически достоверное уменьшение симптомов и показателей УЗИ, урофлоуметрии. Результаты применения препарата «Супер Оптима» у женщин показывают высокую эффективность препарата в комплексном лечении больных с рецидивирующим циститом, а также, как компонент комплексной терапии при различных гинекологических эндокринных нарушениях и бесплодии.**

Тұжырым

Бұл зерттеудің негізгі мақсаты «Super Optiwoman» және «Super Optimale» препараттарының созылмалы циститпен, простатиттің және ҚАБА емдеуіндегі және алдын алуындағы тиімділігі мен қауіпсіздігі бағалау болды. Зерттеуге 60 ер науқастарды және 70 әйел науқастарды енгізілген. Ерлер арасында, 60 науқас: созылмалы простатитпен 24 науқас және ҚАБАмен 36 науқас. Сондай-ақ, зерттеуге созылмалы циститпен 60 әйел және 10 әйел әртүрлі гормоналды бұзылыстармен еңгізілген. 60 күн - бақылау ұзақтығы. Науқастар «Super Optiwoman» ерлер кешенді терапия курсынан өтті. «**Super Optiwoman**» мен әйелдер. **ҚАБА және созылмалы простатитт кезінде «Super оптималдың» колдануы статистикалық маңызды симптомдарын және УДЗ, урофлоуметрия көрсеткіштерін қысқартты. «Super Optima» әйелдерде созырмалы цистит бар науқастарды емдеуде жоғары тиімділігін көрсетеді, сондай-ақ әр түрлі гинекологиялық эндокринді аурулар кезінде комплексті терапияның компоненті ретінде көрсетіледі.**

Resume

The main purpose of this study was to evaluate the efficacy and safety of drug «Super Optimale» in treatment patients with chronic prostatitis and BPH, as well as «Super Optiwoman» drug in the treatment and prevention of chronic cystitis. The study included 60 male patients and 70 female patients. Among men, 60 patients: 24 patients with chronic prostatitis and 36 patients with benign prostatic hyperplasia. Also in the study included 70 women with a diagnosis of chronic cystitis and different hormonal disturbances. The duration of observation of 60 days. Patients underwent a course of complex therapy including medication «Super Optimale» men, «Super Optiwoman» women. **«Super Optimal» use of the drug in the complex treatment of BPH and chronic prostatitis causes a statistically significant reduction in symptoms and indicators ultrasonography, uroflowmetry. The results of the drug «Super Optima» women show high efficacy in treatment of patients with recurrent cystitis and as the part of complex treatment at patients with different gynecological hormonal disturbances and infertility.**



**ТОО «Медоптик»: 050039, РК, г. Алматы, ул. Огарева, 2 «Б»,
8(727) 351-02-28; 383-22-02
e-mail: medoptik@medoptik.kz;
интернет магазин - www.ulife.kz**