

# Опыт применения свечей Витапрост и Витапрост форте в послеоперационный период у больных после трансуретральной резекции аденомы предстательной железы

**В.В. Кузнецов, Л.Г. Мирзоян**

Городская больница № 1 им. Н.И. Пирогова, г. Севастополь

Диагностика и лечение доброкачественной гиперплазии предстательной железы (ДГПЖ) является одним из самых основных вопросов современной урологии [4, 10, 11, 15]. При этом, несмотря на имеющийся в арсенале уролога большой выбор препаратов для консервативного ведения пациентов с ДГПЖ, основным методом лечения этой патологии остаются хирургические вмешательства, среди которых «золотым стандартом» является трансуретральная резекция (ТУР) аденомы предстательной железы [4, 10, 11, 13, 14].

После проведения подобных операций наиболее частыми осложнениями являются обострения хронических воспалительных процессов мочеполовой системы. При этом коррекция таких состояний требует немалых усилий медицинского персонала и довольно длительного времени, несмотря на использование современных противовоспалительных и антибактериальных препаратов [2, 14].

Нами проведено исследование, направленное на изучение влияния препаратов Витапрост и Витапрост форте (производство «Нижфарм», группа компаний STADA) на течение послеоперационного периода у больных после ТУР ДГПЖ.

Витапрост и Витапрост форте были выбраны учитывая их органотропное действие на предстательную железу, обеспечивающее патогенетическое воздействие на основные звенья функциональных нарушений, вызванных оперативным вмешательством. Препараты нормализуют процессы микроциркуляции, способствуют уменьшению отека и лейкоцитарной инфильтрации предстательной железы, нормализуют секреторную функцию эпителиальных клеток, препятствуют растяжению ацинусов, застою секрета в них и оказывают опосредованное бактериостатическое действие на микрофлору секрета, повышают тонус мочевого пузыря [1, 3, 5, 7, 9].

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

На базе урологического отделения Севастопольской городской больницы № 1 им. Н.И. Пирогова было проведено исследование, направленное на изучение влияния препаратов Витапрост и Витапрост форте на течение послеоперационного периода у 93 пациентов после ТУР аденомы предстательной железы.

Возраст пациентов колебался от 56 до 79 лет, в среднем  $64,8 \pm 2,4$  года.

В ходе исследования пациенты были разделены на 3 группы: две клинические (II и III) и группа сравнения (I).

I группа – 30 пациентов, получавших стандартную терапию в послеоперационный период (антибиотики, альфа-адреноблокаторы, противовоспалительная, инфузионная, метаболическая терапия);

II группа – 31 пациент, которые в дополнение к стандартной терапии получали свечи Витапрост по одной на ночь в

течение 10 дней до операции и 20 дней после операции, с 5-го дня послеоперационного периода;

III группа – 32 пациента, которые в дополнение к стандартной терапии получали свечи Витапрост форте по одной на ночь в течение 10 дней до операции и 10 дней после операции с 5-го дня послеоперационного периода.

Во II и III группах были выделены подгруппы (А и В), в которых пациенты различались в зависимости от объема предстательной железы (по результатам УЗИ) до операции.

В подгруппу А входили пациенты с объемом предстательной железы до  $60 \text{ см}^3$ , в подгруппу В – пациенты, объем предстательной железы которых превышал  $60 \text{ см}^3$ . При этом в подгруппе IА находились 14 пациентов, в подгруппе IВ – 17 пациентов, в подгруппе IIIА – 15 пациентов и в подгруппе IIВ – 17 пациентов.

Помимо лабораторных (ОАМ и ОАК на 7-е, 14-е и 30-е сутки послеоперационного периода; PSA крови и бактериальные посевы мочи на флору до операции и на 30 сутки послеоперационного периода) и инструментальных (урофлоуметрия до операции и на 14-е и 30-е сутки послеоперационного периода) показателей у больных проводили оценку результатов лечения путем заполнения анкет, отображающих качество жизни пациента (шкала IPSS).

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Исследование закончили все включенные в него пациенты. Субъективная оценка результатов лечения по шкале IPSS приведена в табл. 1.

Как видно из данных, представленных в табл. 1, снижение уровня инфравезикальной обструкции отмечается у всех пациентов. Однако выяснилось, что снижение индекса IPSS более выражено у пациентов, получавших Витапрост и Витапрост форте. Так, число пациентов со снижением индекса IPSS на 3 и более баллов во II и III группах было достоверно больше, чем в I группе, и достигло 100%. При этом нужно отметить, что во II и III группах наблюдалась следующая картина: в подгруппах А (объем предстательной железы до операции менее  $60 \text{ см}^3$ ) динамика индекса IPSS не имеет достоверных различий, в то время как в подгруппах В (объем предстательной железы до операции более  $60 \text{ см}^3$ ) число пациентов со снижением индекса IPSS на 4, 5 и более баллов достоверно выше в III группе.

Более объективные данные об эффективности проведенного лечения получены при определении уродинамических показателей.

Данные урофлоуметрии представлены в табл. 2.

Из данных, приведенных в табл. 2, видно, что исходные показатели до лечения были сравнимы в трех группах. Однако показатели между группами начинают отличаться уже с

## В ПОМОЩЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ

Таблица 1

**Динамика индекса IPSS по группам больных, n (%)**

Индекс IPSS по сравнению с исходным	Группы						
	I	II			III		
		A	B	Всего	A	B	Всего
Не изменился	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Снизился на 1 балл	1 (1,33)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Снизился на 2 балла	1 (1,33)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Снизился на 3 балла	7 (23,3)	1 (7,1)	3 (17,6)	4 (12,9)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Снизился на 4 балла	10 (33,3)	4 (28,6)	7 (41,1)	11 (35,4)	5 (33,3)	2 (11,7)	7 (21,8)
Снизился на 5 баллов	8 (26,4)	6 (42,8)	5 (29,4)	11 (35,4)	6 (40)	8 (47)	14 (43,75)
Снизился более чем на 5 баллов	3 (9,9)	3 (21,4)	2 (11,8)	5 (16)	4 (26,7)	7 (41,2)	11 (34,4)
Снизился более чем на 3 балла	21 (69,3)	14 (100)	14 (82,3)	28 (90)	15 (100)	17 (100)	32 (100)
Всего	30 (100)	14 (100)	17 (100)	31 (100)	15 (100)	17 (100)	32 (100)

Таблица 2

**Динамика показателя УФИ по группам больных**

Группы пациентов	Сроки обследования				
	До операции	7-е сутки послеоперационного периода	14-е сутки послеоперационного периода	30-е сутки послеоперационного периода	60-е сутки послеоперационного периода
I	6,2±0,8	8,1±0,8	9,1±0,9	10,4±0,9	10,0±0,8
II	6,0±0,9	8,6±0,7	10,9±0,8	11,1±0,7	11,0±0,8
A	6,2±0,7	8,7±0,7	11,0±0,7	11,3±0,7	11,3±0,6
B	5,9±0,8	8,1±0,9	10,7±0,8	10,9±0,7	10,8±0,6
III	6,1±0,8	8,5±0,8	11,2±0,5	11,5±0,5	11,4±0,8
A	6,3±0,7	8,6±0,7	11,5±0,6	11,7±0,7	11,5±0,6
B	5,9±0,6	8,4±0,8	11,2±0,5	11,4±0,8	11,4±0,8

Таблица 3

**Сравнительный анализ клинических симптомов у пациентов в разные сроки послеоперационного периода, n (%)**

Симптом	Сроки послеоперационного периода	Группа пациентов						
		I	II			III		
			A	B	Всего	A	B	Всего
Боль при мочеиспускании	7-й день	29 (96,7)	9 (64,3)	12 (70,6)	21 (67,7)	10 (66,7)	6 (35,3)	16 (50,0)
	14-й день	14 (46,6)	3 (21,4)	6 (35,3)	9 (29)	1 (6,7)	2 (11,8)	3 (9,4)
	30-й день	8 (26,7)	0 (0)	1 (5,9)	1 (3,2)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Поллакиурия	7-й день	30 (100)	14 (100)	17 (100)	31 (100)	15 (100)	17 (100)	32 (100)
	14-й день	21 (69,9)	6 (42,3)	9 (52,9)	15 (48,4)	7 (46,7)	2 (11,8)	9 (28,1)
	30-й день	9 (29,9)	0 (0)	2 (11,7)	2 (6,4)	0 (0)	1 (5,8)	1 (3,1)

7-го дня послеоперационного периода с более выраженной разницей ко 2–4-й неделе. Так, в группах II и III урофлоуметрический индекс (УФИ) нормализуется намного быстрее. На 60-е сутки послеоперационного периода показатель также более выражен у пациентов II и III групп.

В подгруппах динамика УФИ имеет характерную особенность: отмечается сходное повышение показателя в подгруппах А обеих групп, тогда как у пациентов с объемом предстательной железы больше 60 см<sup>3</sup> (подгруппы В) достоверно лучшая динамика у пациентов III группы.

Во II и III группах также достоверно уменьшается срок исчезновения дизурических расстройств (табл. 3) и улучшаются показатели лабораторных исследований (табл. 4).

Нормализация показателей мочи достигнута практически у всех пациентов к 30-му дню послеоперационного периода. Среди пациентов I группы аналогичные показатели выявлены приблизительно у половины больных. Поллакиурию отмечали все пациенты на 7-е сутки послеоперационного периода. К 14-му дню после операции уча-

Таблица 4

Динамика показателей лабораторных исследований мочи (лейкоцитурии) в разные сроки послеоперационного периода

Группа пациентов	Сроки послеоперационного периода		
	7-е сутки	14-е сутки	30-е сутки
I	1/2 поля зрения	40-45 в поле зрения	12-15
II			
A	50-60 в поле зрения	10-15 в поле зрения	6-8 в поле зрения
B	100-120 в поле зрения	30-40 в поле зрения	10-15 в поле зрения
III			
A	30-40 в поле зрения	10-12 в поле зрения	5-8 в поле зрения
B	50-60 в поле зрения	15-20 в поле зрения	8-10 в поле зрения

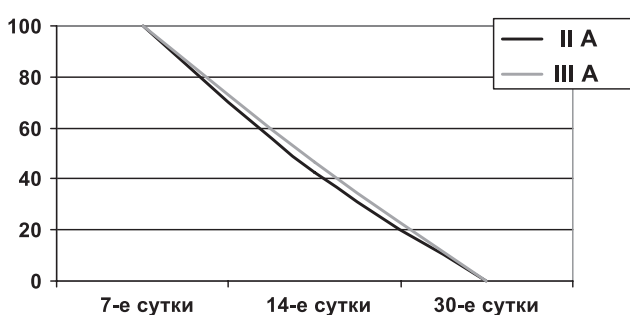


Рис. 1. Динамика поллакиурии у пациентов с предоперационным объемом предстательной железы менее 60 см<sup>3</sup>

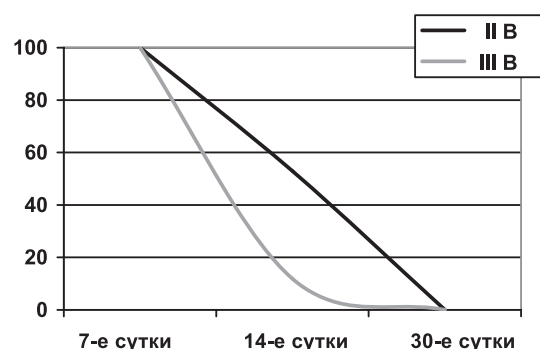


Рис. 2. Динамика поллакиурии у пациентов с предоперационным объемом предстательной железы более 60 см<sup>3</sup>

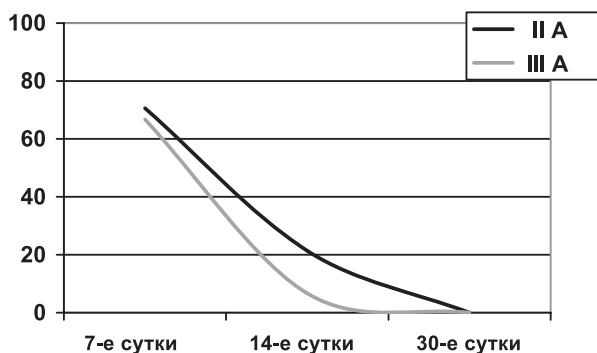


Рис. 3. Динамика боли при мочеиспускании у пациентов с предоперационным объемом предстательной железы менее 60 см<sup>3</sup>

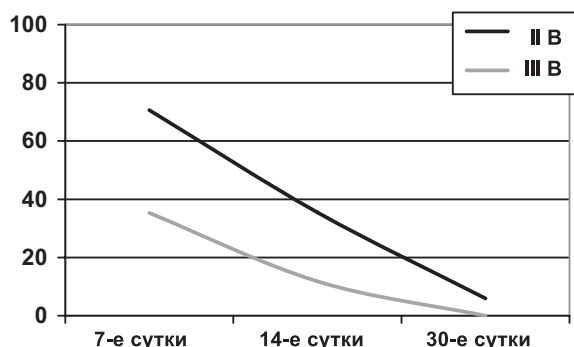


Рис. 4. Динамика боли при мочеиспускании у пациентов с предоперационным объемом предстательной железы более 60 см<sup>3</sup>

шенное мочеиспускание отмечали 21 (69,9%) пациент I группы, 15 (48,4%) пациентов II группы и 9 (28,1%) пациентов III группы. К 30-му дню послеоперационного периода подобные жалобы отмечались у 9 (29,9%) пациентов I группы, у 2 (6,4%) пациентов II группы и у 1 (3,1%) пациента III группы. Проведя анализ динамики купирования поллакиурии среди пациентов подгрупп A и B можно сделать вывод, что у пациентов, получавших Витапрост форте сроки купирования поллакиурии заметно уменьшались в подгруппе B. В подгруппах A достоверной разницы в сроках купирования поллакиурии в группах II и III не наблюдалось (рис. 1 и 2).

Схожая тенденция определяется и при анализе данных о купировании боли при мочеиспускании (рис. 3 и 4).

Бактериурией считалось наличие 10<sup>5</sup> КОЕ и более в 1 мл. Динамика показателей бактериурии представлена в табл. 5.

Из приведенных данных видно, что во всех группах до операции отмечалась сходная картина при бактериологическом исследовании мочи. На 30-е сутки послеоперационного периода частота бактериурии в I группе значительно превышала данный показатель во II и III группах. При этом лучшая динамика бактериурии отмечена у пациентов, принимавших Витапрост форте.

Таблица 5

Сравнительный анализ бактериурии у больных до операции и на 30-е сутки послеоперационного периода, n (%)

Бактериурия > 10 <sup>5</sup> КОЕ	Сроки	Группы пациентов						
		I	II			III		
			A	B	Всего	A	B	Всего
E. coli	До операции	16 (53,3)	8 (57,1)	9 (52,9)	17 (54,8)	9 (60)	8 (47)	17 (53,1)
	30-е сутки послеоперационного периода	5 (16,7)	1 (7,1)	2 (11,7)	3 (9,7)	0 (0)	1 (5,8)	1 (3,1)
Klebsiella spp.	До операции	6 (19,9)	3 (21,4)	2 (11,7)	5 (16,1)	3 (20)	3 (17,6)	6 (18,7)
	30-е сутки послеоперационного периода	1 (3,3)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Proteus mirabilis	До операции	5 (16,7)	4 (28,6)	3 (17,6)	7 (22,5)	2 (13,3)	4 (23,5)	6 (18,7)
	30-е сутки послеоперационного периода	2 (6,7)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Enterobacter spp.	До операции	1 (3,3)	1 (7,1)	1 (5,8)	2 (6,5)	1 (6,7)	2 (11,7)	3 (9,4)
	30-е сутки послеоперационного периода	1 (3,3)	0 (0)	1 (5,8)	1 (3,2)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Pseudomonas aeruginosa	До операции	1 (3,3)	0 (0)	1 (5,8)	1 (3,2)	0 (0)	1 (5,8)	1 (3,1)
	30-е сутки послеоперационного периода	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)

Так, через месяц после операции *E. coli* выявляли у 1 (7,1%) пациента II A подгруппы и у 2 (11,7%) пациентов II B подгруппы, в то время как у пациентов III A и III B подгрупп этот микроорганизм выявляли у 0 (0%) и у 1 (5,8%) пациента соответственно. По другим выявленным микроорганизмам показатели бактериальных посевов мочи практически идентичны в подгруппах А и В.

### ВЫВОДЫ

Полученные данные отражают достаточно высокую эффективность включения препаратов Витапрост и Витапрост форте в схемы лечения пациентов после ТУР аденомы предстательной железы. Добавление данных препаратов к стандартной терапии позволяет быстрее ликвидировать жалобы на боль и дискомфорт при мочеиспускании, поллакиурию, нормализовать данные лабораторных методов исследования, что в 1,5 раза сокращает время реабилитации пациентов и снижает риск развития инфекционно-воспалительных осложнений.

За время лечения изучаемыми препаратами каких-либо побочных эффектов, требующих особого внимания или отмены препарата, не отмечено.

Полученные данные позволяют рекомендовать свечи Витапрост и Витапрост форте для использования в послеоперационный период у больных после ТУР ДППЖ с целью восстановления секреторной и трофической функции предстательной железы и снижения риска развития инфекционно-воспалительных осложнений. При этом следует отметить, что использование свечей Витапрост форте более целесообразно у пациентов с объемом предстательной железы более 60 см<sup>3</sup>, в то время как у пациентов с меньшим объемом предстательной железы эффективность применения свечей Витапрост и Витапрост форте одинаково эффективна.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Айвазян И.А., Горбачев А.Г. Проста- титен в лечении острой задержки мочи после хирургических операций на органах живота и таза. – В кн.: Применение современных лекарственных препаратов и медицинской техники на крупных промышленных предприятиях / Тез. докл. конф. – Ленинград–Тольятти, 1991.
2. Айязтулов Р.Ф., Нагорный А.Е. Особенности комплексной терапии осложнений, вызванных смешанной инфекцией мочеполовой сферы // Здоровье мужчины, 2004; 3: 163–164.
3. Арнольди Э.К. Хронический простатит. – Ростов-на-дону, 1999: 6.
4. Возианов А.Ф., Пасечников С.П. Современные подходы к лечению аденомы предстательной железы. Лікування та діагностика. – К., 1998.
5. Возианов А.Ф., Горпинченко И.И., Бойко Н.И. Применение простатилена для лечения больных с заболеваниями предстательной железы // Урология и нефрология, 1991. – № 6. – С. 43–46.
6. Горпинченко И.И., Гурженко Ю.Н. Исследование клинической эффективности современного комплексного лечения больных хроническим неспецифическим простатитом с использованием препаратов Хемомицин и Витапрост // Здоровье мужчины, 2007; 3: 60–66.
7. Гурженко Ю.Н. Применение суппозитория Витапрост в андрологической практике // Здоровье мужчины, 2005; 2: 126–130.
8. Кузьмин Т.Е., Осипов В.П., Алахвердов Т.Т., Горюнов С.В. К патогенезу дизурии при хроническом простатите и аденоме предстательной железы: Сб. науч. тр. НИИ Урологии, 1991: 156–169.
9. Лессовой В.Н., Арбатова А.В., Книгавко А.В., Ханжин В.В. Лечение простатита у пациентов с доброкачественной гиперплазией предстательной железы // Здоровье мужчины, 2006; 2: 96–98.
10. Руководство по урологии / Под редакцией Н.А. Лопаткина – в 3 томах. – Т. 2. – М.: Медицина, 1998.
11. Возианов С.О., Шуляк О.В., Петришин Ю.С. Трансуретральна резекція передміхурової залози в лікуванні її доброякісної гіперплазії. – Львів, 2005.
12. Тиктинский О.Л., Михайленко В.В. Андрология. – М: Медицина-пресс; 1999.
13. Cricket A.T. et al. Indications for treatment of BPH: The American Urological Association Study. Cancer 1992: 70–280.
14. Mebust W.K., Holtgrewe H.L., Cockett A.T., Peters P.C. Transurethral prostatectomy: immediate and postoperative complications. A corporative study of 13 participating institutions evaluating 3,885 patients. J. Urology, 1989; 141: 243–247.
15. Jepsen J.V., Bruskevits R.C. Comprehensive patient evaluation for BPH. Urology 1998; 51–13.