

Использование суппозиторий Витапрост форте и Витапрост в комплексном лечении больных хроническим неспецифическим простатитом

И.И. Горпинченко, Ю.Н. Гурженко

ГУ «Институт урологии НАМН Украины», г. Киев

Показан положительный опыт использования препарата Витапрост форте и Витапрост в форме суппозиторий производства фирмы «Нижфарм» (Россия) у 36 больных с хроническим неспецифическим простатитом. Установлена его высокая клиническая (88,8–91,6%) и бактериологическая эффективность (91,6%). Препараты хорошо переносятся, имеют минимальные побочные эффекты (5,6%).

Ключевые слова: суппозитории Витапрост форте и Витапрост, хронический неспецифический простатит, лечение.

Проблема лечения хронических воспалительных заболеваний органов половой сферы у мужчин до настоящего времени остается одной из самых актуальных проблем в андрологии, репродуктологии, сексопатологии [1–4]. Одним из самых распространенных воспалительных заболеваний половых органов у мужчин является простатит, который в чистом виде почти не встречается. Наиболее часто он сочетается с уретритом, везикулитом, колликулитом и др.

Простатит – остро или хронически протекающее воспаление паренхиматозной и интерстициальной ткани предстательной железы. Хронический простатит остается весьма распространенным (в Украине около 19% мужчин активного сексуального и репродуктивного возраста), недостаточно изученным и плохо поддающимся лечению заболеванием. Причиной этого является то, что в большинстве случаев заболевания его этиология, патогенез и патофизиология остаются не до конца выясненными.

Предстательная железа (ПЖ) – непарный железисто-мышечный орган, расположена в малом тазу, вокруг верхней части мочеиспускательного канала, непосредственно под мочевым пузырем и выполняет в организме мужчины, являясь самым крупным секреторным органом мужской репродуктивной системы, ряд важных функций:

1. Моторная, которая осуществляется за счет гладкомышечных волокон капсулы и простатической части мочеиспускательного канала, являющейся произвольным сфинктером мочевого пузыря, а также выбрасывания секрета ПЖ при эякуляции.

2. Барьерная функция обеспечивает защиту полового тракта от инфекции. Существуют простатические и уретральные защитные механизмы. Простатические защитные механизмы: Zn-пептидный комплекс; лизоцим; Ig A, Ig G, Ig M; спермин. Уретральные защитные механизмы: нормальная уродинамика; IgA, IgG; фагоцитарная активность полиморфноядерных лейкоцитов уретерия; баланс флоры (бактериальный фактор); секреция эпителиальными клетками специфических бактерицидных веществ. Естественный баланс флоры необходимо учитывать для правильной интерпретации результатов бактериологических исследований. Спектр микроорганизмов, колонизирующих дистальную часть моче-

испускательного канала: Staph. epidermidis; Corynebacterium; непатогенные стрептококки; грамположительные палочки; непатогенные анаэробы (Peptococcus, Peptostreptococcus, Bacteroides, Eubacterium, Clostridium и др.).

3. Секреторная функция. Клетки ПЖ секретируют лимонную кислоту; кислую фосфатазу; простатоспецифический антиген; биологически активные полипептиды и амины (серотонин и др.).

ПЖ является гормонзависимым органом. Все ее функции контролируются андрогенами.

Существуют определенные анатомо-физиологические особенности, предрасполагающие к хроническому простатиту:

- длинные выводные протоки ацинусов ПЖ, покрытые криптоподобной слизистой оболочкой, затрудняют отток секрета ПЖ и приводят к последующему развитию воспаления в ней; слабость жомов выводных протоков ацинусов способствует легкому проникновению в них микроорганизмов из мочеиспускательного канала;
- наличие плотной фиброзной капсулы, отек при воспалении ведет к повышению внутрипростатического давления и нарушению микроциркуляции;
- обилие анастомозов между венами таза и ПЖ, а также анатомическая неоднородность вен малого таза;
- генетически обусловленная гипоандрогения и эстрогенизация.

Этиология и патогенез

Наиболее важными факторами, влияющими на развитие и поддержание хронического воспалительного процесса в ПЖ, на наш взгляд, являются: инфекционный фактор, включая заболевания, передающиеся половым путем; факторы, способствующие развитию в ПЖ нарушения кровообращения и конгестии; нейровегетативные расстройства моторной функции ПЖ и нижних мочевых путей (повышенная чувствительность альфа-адренорецепторов, динамическая обструкция нижних мочевых путей, уретропростатические рефлюксы, гиперактивный мочевого пузыря); нейрогенные нарушения функции мышц тазового дна (гипертонус, часто в сочетании с диссинергией замыкательного аппарата мочевого пузыря, гипотензия); нарушение барьерной функции ПЖ; гормональный дисбаланс; нарушения иммунитета (иммунодефицит, аутоиммунный процесс); аллергический статус (инфекционно-аллергический или аллергический процесс); дефицит витаминов и микроэлементов; психосоматические нарушения.

Вероятно, все эти процессы в той или иной степени часто связаны между собой и могут играть роль в патогенезе хронического простатита. Профессор С. J. Nickel (2000) определяет заболевание как «мультифакторный каскад» патологических превращений, которые инициируются тем или иным агентом (событием или процессом) и приводят к развитию симптоматики болезни и болевого синдрома [10,15].

Инфекция считается наиболее частой и вероятной причиной возникновения хронического простатита. Как правило, острые и хронические бактериальные простатиты вызываются грамотрицательной флорой и в первую очередь кишечной палочкой, на долю которой приходится от 65 до 80% всех случаев заболевания. Менее часто встречаются другие грамотрицательные бактерии: *Proteus*, *Enterobacter*, *Klebsiella*, *Pseudomonas*. Реже можно обнаружить грамположительные бактерии: *Enterococcus*, *Staphylococcus*, *Streptococcus*. В настоящее время при обследовании больных с хроническим простатитом все чаще обнаруживают уреоплазмы, хламидии, трихомонады, гарднереллы, анаэробы, коагулазонегативные стафилококки, грибы рода *Candida* и их ассоциации. Эти микроорганизмы относят к вероятным этиологическим факторам хронического простатита [9–11].

При обнаружении у больных хроническим простатитом приведенных выше патогенных микроорганизмов в высоком титре можно говорить о инфекционном характере процесса.

Выделяют следующие возможные пути инфицирования ПЖ: восходящий уретрогенный путь, уретропростатический рефлюкс, уретровенозный рефлюкс, гематогенный, лимфогенный, прямая инвазия кишечными бактериями [9, 12–14].

Чаще всего (90%) инфекция проникает в ПЖ через мочеиспускательный канал, а простатит является осложнением воспаления мочеиспускательного канала. В этом значительную роль играют инфекционные заболевания, передаваемые половым путем (ЗППП). Примерно 95% уретритов имеют экзогенное происхождение.

В свою очередь, при бактериальном простатите всегда имеется возможность инфицирования или реинфицирования заднего отдела мочеиспускательного канала выделяющимся туда секретом ПЖ.

Многочисленные выводные протоки ПЖ, открывающиеся на слизистой оболочке простатической части мочеиспускательного канала, создают возможность интраканаликулярного внедрения патогенных микроорганизмов при инфекционных воспалительных процессах в этом отделе мочеиспускательного канала. Поэтому в большинстве случаев задний уретрит любой этиологии, как правило, осложняется воспалением ПЖ [9–12, 14–16].

Кроме восходящей уретрогенной инфекции, через выводные протоки в железу могут проникать микроорганизмы из инфицированной мочи. Урогенный путь инфицирования ПЖ наблюдается значительно реже, чем уретральным.

Хронический простатит способен развиваться также вследствие гематогенного заноса инфекции. Анатомо-физиологические особенности кровоснабжения ПЖ, широко развитые венозные и артериальные анастомозы способствуют абсорбции в ней циркулирующих с кровью микроорганизмов.

Возможен и лимфогенный путь инфицирования. Об этом свидетельствует развитие простатитов у больных с передними уретритами в первые дни после заражения, когда задний отдел мочеиспускательного канала остается еще интактным. Иногда микроорганизмы проникают в ПЖ лимфогенным путем из кишечника при проктитах, колитах, трещинах заднего прохода и т. д.

Длительно текущий воспалительный процесс приводит к прогрессированию пролиферативных процессов.

В начале появляются мелкие рубцовые изменения, нарушающие кровообращение в ПЖ, а затем происходит осумкование очагов инфекции. Разросшаяся соединительная ткань вокруг патологически измененных очагов сдавливает выводные протоки ПЖ, вызывая застой их секрета, который впоследствии распадается и всасывается тканями ПЖ, вызывая

дополнительную сенсибилизацию организма и дальнейший каскад патологических изменений. Активация в результате воспаления кининообразующих энзиматических систем, выработка простагландинов, изменение физиологического влияния ПЖ на свертывающую и антисвертывающую активность крови, нарушение андрогенного баланса – обуславливают широкий спектр клинических проявлений этого заболевания.

Считается аксиомой, что конгестия ПЖ предрасполагает к ее воспалению. Среди причин, способствующих конгестии, называют половые нарушения и дизритмию половой жизни.

Факторами, способствующими возникновению и развитию хронического простатита, могут быть иммунные нарушения и изменение аллергического статуса. При длительном течении заболевания может возникнуть сенсибилизация организма тканями ПЖ, влекущая за собой аллергизацию организма как местного, так и общего характера.

В изучении патогенеза хронического простатита важное значение имеет выяснение неспецифического и специфического иммунологического статуса больных при данном заболевании. Количественное и качественное определение плазменных и секреторных белков в секрете ПЖ при различных формах хронического простатита имеет значение для выявления бактериальной этиологии заболевания и возможности ранней диагностики вялотекущего воспалительного процесса в ПЖ. В последнее время все больше внимания уделяется роли цитокинов в развитии и поддержании хронического простатита [9–12, 14–16].

В случае развития воспалительного процесса в ПЖ она утрачивает свою защитную функцию, превращается в постоянно или длительно действующий очаг инфекции. Этим можно объяснить тот факт, что при хроническом бактериальном простатите могут наблюдаться осложнения в виде везикулита, цистита, эпидидимита, орхита, пиелонефрита, парапроктита. Предрасполагающим фактором развития воспалительного процесса в ПЖ может явиться снижение уровня андрогенной насыщенности организма, что ухудшает трофику органа с понижением его защитных свойств.

Некоторые формы хронического простатита связаны с первоначальным нарушением функции симпатической нервной системы и гиперактивностью α_1 -адренорецепторов. Кроме того, рефлюкс мочи в протоки и дольки ПЖ может стимулировать стерильную воспалительную реакцию.

Изучение психического статуса больных хроническим простатитом привело к пониманию вклада психосоматических нарушений в патогенез заболевания. Среди пациентов с хроническим простатитом довольно частой находкой является депрессия [9–12, 14–16].

Клинические проявления

Боль и ощущение дискомфорта в промежности были самыми распространенными симптомами хронического простатита. Второе и третье места по распространенности занимают надлобковая боль и дискомфорт, боль и дискомфорт при эякуляции соответственно.

Среди симптомов, связанных с мочеиспусканием, самым распространенным является повышенная частота мочеиспускания, затем – затрудненное мочеиспускание и повелительный позыв к мочеиспусканию.

Классификация

Согласно новой классификации простатических синдромов Национального Института Здоровья США выделяют: острый бактериальный простатит (I), хронический бактериальный простатит (II), хронический абактериальный простатит, или синдром хронической тазовой боли (III) (воспалительный синдром хронической тазовой боли (A), невоспали-

тельный синдром хронической тазовой боли (В)) и асимптоматический простатит с воспалительным компонентом (IV).

Необходимо отметить, что данная классификация, несмотря на простоту, также содержит ряд спорных моментов. В первую очередь это касается формулировок «бактериальный» и «абактериальный». Так как в качестве этиологического фактора могут выступать помимо бактерий вирусы, грибы и простейшие.

Диагностика

Лабораторную и инструментальную диагностику хронического простатита составляют: мазок из мочеиспускательного канала; микроскопия секрета ПЖ; посев секрета ПЖ; обследование больного на ЗППП; ультрасонография ПЖ; урофлоуметрия.

Лечению хронического простатита, одного из самых распространенных урологических заболеваний у мужчин, посвящено большое количество публикаций, в которых для лечения предлагаются самые различные методики физиотерапевтического воздействия в сочетании с разнообразными лекарственными препаратами.

Основное место в терапии занимают антибактериальные препараты. Ввиду широкой распространенности и социальной важности вопроса требования к антибактериальным препаратам достаточно высоки. ВОЗ разработаны специальные рекомендации, которым должны отвечать препараты, используемые для лечения: эффективность не менее 90%; доступная цена; хорошая переносимость и низкая токсичность; пероральный прием; возможность назначения во время беременности; медленное развитие резистентности микроорганизмов к средствам терапии.

Эффективность является важнейшим критерием отбора схем лечения. Схемы с гарантией излечения меньшей чем 90% следует использовать с осторожностью, поскольку такое лечение способствует селекции устойчивых штаммов и таким образом снижает эффективность лечения последующих пациентов. Применение схем лечения, эффективность которых ниже 80% недопустимо. В настоящее время фармакология предлагает массу препаратов, которые отличаются различной степенью эффективности [1–8]. Большое внимание привлекают антибактериальные препараты новых поколений, к которым микроорганизмы еще не успели выработать факторы резистентности.

Терапия также предусматривает включение в комплекс терапевтических средств иммуномодулятора и препарата для предотвращения развития кандидозных поражений. Кроме того, в последнее время часто и с большим успехом применяют комплексные препараты натурального происхождения, относящиеся к группе цитомединов. Ярким примером являются суппозитории для ректального применения, изготовленные из ПЖ молодых половозрелых бычков – Витапрост и Витапрост форте.

Основным их действующим веществом является простатин, обладающий органотропным действием в отношении ПЖ и представляющий собой комплекс полипептидных фракций, выделенных из ПЖ половозрелых молодых бычков. Простатин улучшает микроциркуляцию и процесс дифференцировки клеток ПЖ, а также нормализует секреторную функцию ПЖ и способствует устранению микроорганизмов из ее секрета. Простатин оказывает регулирующее действие на тонус гладкомышечных элементов ПЖ и мочевого пузыря [3]. Препарат улучшает функциональную активность эпителия ацинусов, уменьшает инфильтрацию интерстициальной ткани, явлений тромбоза венул и нормализует соотношение лейкоцитов и липоидных телец в секрете

ацинусов ПЖ [4]. Также показано выраженное угнетающее действие препаратов Витапрост и Витапрост форте на тромбообразование путем ингибции тромбоцитарно-сосудистого механизма гемостаза [5]. Поэтому одним из показаний для использования суппозиториев является абактериальный простатит [6]. Кроме того, Витапрост и Витапрост форте способствуют восстановлению эластичности и тонуса детрузора снижает порог микционного рефлекса, поэтому его применяют при атонии мочевого пузыря после операций на органах живота и малого таза [7, 8]. Простатин обладает иммунорегулирующими свойствами и его влияние распространяется на все звенья иммунной системы. Важным его достоинством является способность регулировать соотношение субпопуляций Т-лимфоцитов с одновременным уменьшением содержания в крови IgG и IgA. Кроме того, установлено положительное влияние простатина на интенсивность либидо, эректильную и эякуляторную функцию мужчин. Важным аспектом действия Витапроста и Витапроста форте является отсутствие побочных явлений.

Из антибактериальных препаратов в настоящее время предпочтение отдают антибиотикам, способным к внутриклеточной кумуляции (тетрациклины, фторхинолоны, макролиды).

Лекарственные действующие вещества из суппозиториев попадают непосредственно в кровоток, минуя печень. Это средства быстрой доставки лекарственных веществ. Скорость поступления действующих лекарственных веществ в кровь при применении ректальных суппозиториев незначительно уступает скорости поступления при введении инъекционно, кроме того, анатомически лекарственное вещество попадает в сосуды непосредственно прилегающие к ПЖ и семенным пузырькам, что еще ускоряет их доставку в очаг воспаления.

Еще применение суппозиториев предпочтительно при лечении больных, у которых наблюдаются заболевания пищеварительного тракта, поскольку действующие вещества, попадая в организм человека в форме суппозиториев, минуя пищеварительный тракт, не оказывают раздражающего действия на слизистую оболочку желудка.

Подводя итоги приведенному выше, следует отметить, что Витапрост и Витапрост форте обладают органотропным действием в отношении ПЖ и позволяют осуществлять патогенетическую терапию заболеваний ПЖ и функционально связанных с ней органов. В ходе изучения биорегуляторов Витапрост и Витапрост форте выявлены следующие фармакологические эффекты:

- нормализация микроциркуляции и тромбоцитарно-сосудистого гемостаза;
- регуляция тонуса мышц мочевого пузыря, в том числе детрузора;
- снижение числа лейкоцитов в секрете ПЖ;
- снижение титра выявленного возбудителя (вплоть до абсолютной стерильности) или угнетение его жизнедеятельности, что свидетельствует об опосредованном бактериостатическом действии препарата на секрет ПЖ;
- нормализация сперматогенеза: увеличение количества и подвижности сперматозоидов при снижении числа патологических форм;
- модулирующее влияние на состояние Т- и В-систем иммунитета, NK-активность и неспецифическую резистентность организма.

Разница между препаратами Витапрост и Витапрост форте состоит в количестве действующего вещества – «сампроста». Витапрост содержит 50 мг, а Витапрост форте – 100 мг «сампроста». Учитывая это, нами разработана следу-

С Е К С О Л О Г И Я И А Н Д Р О Л О Г И Я

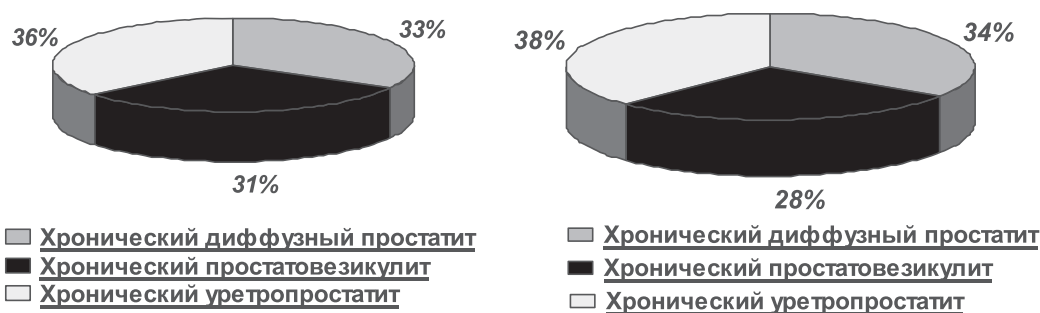


Рис. 1. Распределение больных по нозологии

ющая схема применения этих препаратов в комплексном лечении хронического простатита: первые 10 дней применяют Витапрост форте, а затем десять дней – Витапрост по 1 ректальному суппозиторию на ночь. Предложенная схема лечения предполагает использование в начале лечения более высоких доз действующего вещества, с последующим переходом на «поддерживающие» дозы.

В случае необходимости курс лечения может быть продлен.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В отделении сексопатологии и андрологии ГУ «Институт урологии НАМН Украины» изучали клиническую эффективность и безопасность применения комплексного лечения мужчин с хроническим простатитом с использованием препаратов Витапрост форте и Витапрост.

В динамике обследованы и пролечены 68 пациентов с хроническим неспецифическим простатитом.

Клиническая группа составляла 36 пациентов в возрасте от 24 до 42 лет (в среднем $26,7 \pm 3,2$ года) и продолжительностью заболевания – от 6 мес до 4 лет. Контрольная группа – 32 больных в возрасте от 22 до 44 лет (в среднем $25,8 \pm 3,1$ года) и продолжительностью заболевания – от 9 мес до 5 лет.

Комплексное лечение наблюдаемых больных включало применение этиотропных препаратов, направленное на адекватную санацию выявленных инфекционных агентов, иммунотерапию, противовоспалительное лечение, гепатопротекторы, а также физиотерапию (лазеротерапию, магнитотерапию).

Кроме того, пациенты клинической группы получали препараты Витапрост и Витапрост форте по 1 суппозиторию в задний проход после самопроизвольной дефекации 1 раз в день вечером перед сном в течение 20 дней. Первые 10 дней применяли препарат Витапрост форте, а затем 10 дней – препарат Витапрост.

Все пациенты обследованы в динамике. Для изучения эффективности лечения были использованы клинические, лабораторные, инструментальные показатели.

Для изучения клинической эффективности использования препарата определены критерии субъективной оценки: улучшение общего состояния пациента; уменьшение дизурических явлений; уменьшение болевых ощущений. Критериями объективной оценки эффективности действия препарата были приняты лабораторные и ультразвуковые показатели. Из исследования были исключены больные с хроническими заболеваниями печени и почек.

По результатам проведенного комплексного обследования были диагностированы следующие заболевания (рис. 1).

Клиническая картина заболеваний в обеих группах представлена в табл. 1.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Включение суппозитория Витапрост форте и Витапрост в комплексное лечение хронического неспецифического простатита обеспечивало быстрый клинический эффект. Так, болевые ощущения у пациентов клинической группы уменьшились у 28 (87,5%) из 32 обследованных на 6–8-е сутки ле-

Таблица 1

Симптоматика заболеваний до лечения в клинической и контрольной группах (количество больных)

Симптоматика	Клиническая группа (n=36)	Контрольная группа (n=32)
Алгический синдром	32 (88,9%)	27 (84,4%)
Дизурические явления	13 (36,1%)	10 (31,3%)
Выделения из мочеиспускательного канала	12 (33,3%)	14 (56,0%)
Зуд в мочеиспускательном канале	12 (33,3%)	10 (31,3%)
Ускоренная эякуляция	7 (19,4%)	5 (15,6%)
Снижение либидо	11 (30,6%)	9 (28,1%)
Эректильная дисфункция	5 (13,9%)	4 (12,5%)
Болезненность при пальпации	36 (100%)	32 (100%)
Неоднородность структуры по данным УЗИ	32 (88,9%)	27 (84,4%)
Расширение и болезненность семенных пузырьков при пальпации и при УЗИ	12 (33,3%)	10 (31,3%)
"Размытость" края ПЖ при УЗИ (явления застоя и отека)	33 (91,7%)	29 (90,1%)
Всего	36 (100%)	32 (100%)

Таблица 2

Мониторинг лейкоцитарной реакции секрета ПЖ

Группы больных	Количество лейкоцитов в поле зрения микроскопа	
	До лечения	После лечения
Клиническая (n=36)	89,5±9,8 p>0,05	10,3±3,2 p<0,05 p ₁ >0,1
Контрольная (n=32)	79,6±8,4	11,4±4,1 p<0,05

Примечание: p – достоверность различий показателей до и после лечения; p₁ – достоверность различий показателей между группами.

чения, а у больных контрольной группы к этому времени аналогичный показатель составил 12 (44,4%) из 27. Дизурические явления к 10-м суткам лечения исчезли у 10 (76,9%) из 13 больных клинической группы и 4 (40,0%) из 10 больных контрольной группы. Уретральные выделения к 10-му дню лечения ликвидированы у всех 12 (100%) пациентов клинической группы и у 10 (83,3%) из 12 больных контрольной группы. Жжение и зуд в мочеиспускательном канале ликвидированы к концу курса лечения соответственно у 12 (100%) и у 8 (80,0%) из 10 пациентов. Из 7 мужчин, у которых до лечения наблюдались ускоренная эякуляция, к 10-му дню после приема комплексного лечения с использованием Витапрост форте этот симптом исчезал у 4 (57,1%) больных, в контрольной группе – у 1 (20,0%) из 5. Болезненность при пальпации ПЖ разной степени выраженности через 7 дней исчезла у 31 (86,1%) из 36, а в контрольной группе – у 16 (50,0%) из 32 больных.

Результаты световой микроскопии секрета ПЖ до и после лечения представлены в табл. 2.

Как видно из данных табл. 2, количество лейкоцитов в поле зрения микроскопа после лечения достоверно снизилось в обеих группах, но ни в клинической, ни в контрольной группах достоверных отличий не отмечено.

УЗИ проводили с целью определения продольного и поперечного размеров ПЖ, ее консистенции, обнаружения конкрементов. Результаты УЗИ представлены в табл. 3.

Исходя из данных табл. 3, достоверных различий продольного и поперечного размеров ПЖ между группами в динамике выявлено не было, несмотря на некоторую тенденцию к уменьшению размеров ПЖ после лечения в клинической группе.

Бактериологическое исследование секрета ПЖ позволило выявить наличие бактериальной флоры у 26 (72,2%) больных из 36 клинической группы. Обнаружен рост патогенных и условно-патогенных микроорганизмов: Staphylococcus aureus – у 7 (19,4%); Streptococcus pyogenes – у 6 (16,7%); Staphylococcus spp. – у 15 (41,6%); Streptococcus faecalis – у 13 (36,1%); Streptococcus anhaemolyticus – у 6 (16,7%). У 18 (50,0%) пациентов зафиксирован рост патогенного штамма E. coli. После адекватно назначенной антибактериальной терапии у данной группы обследованных рост патогенной микрофлоры в секрете ПЖ выявлен у 3 (8,4%) больных.

Терапевтическую эффективность препарата Витапрост форте и Витапрост оценивали также на основании урофлоуметрических показателей, индекса IPSS и QoL (табл. 4.).

Данные табл. 4 и рис. 3 свидетельствуют о достоверном улучшении мочеиспускания у больных клинической группы после приема комплексной терапии, включающей препараты Витапрост форте и Витапрост. О существенном уменьшении

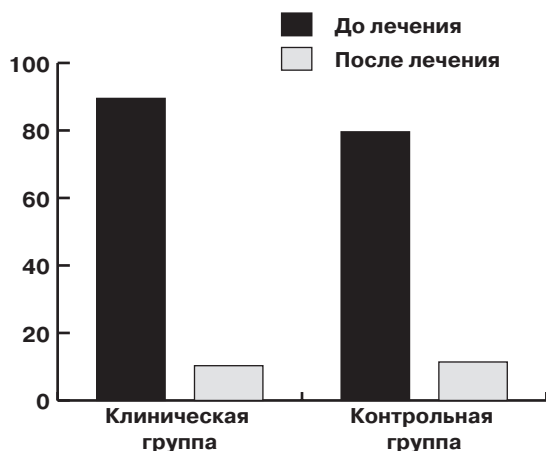


Рис. 2. Мониторинг лейкоцитарной реакции секрета ПЖ

Таблица 3

Изменение размеров ПЖ в динамике (по данным УЗИ)

Группы больных	Продольный размер		Поперечный размер	
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
Клиническая (n=38)	4,4±0,2 p ₁ >0,1	4,2±0,2 p>0,05 p ₁ >0,1	4,3±0,2 p ₁ >0,1	4,2±0,2 p>0,05 p ₁ >0,1
Контрольная (n=25)	4,5±0,3	4,3±0,1 p>0,1	4,4±0,2	4,3±0,3 p>0,1

Примечание: p – достоверность различий показателей до и после лечения; p₁ – достоверность различий показателей между группами.

Таблица 4

Динамика урофлоуметрических показателей, индекса IPSS и качества жизни

Показатели контрольной группы	До лечения	После лечения
IPSS (баллы)	14,7±2,6	4,3±1,2 p<0,01
QoL (баллы)	5,8±0,2	2,0±0,1 p<0,01
Объемная скорость мочеиспускания, мл/с	10,3±1,5	15,9±2,3 p<0,01
Время мочеиспускания, с	22,1±2,0	11,2±1,2 p<0,05

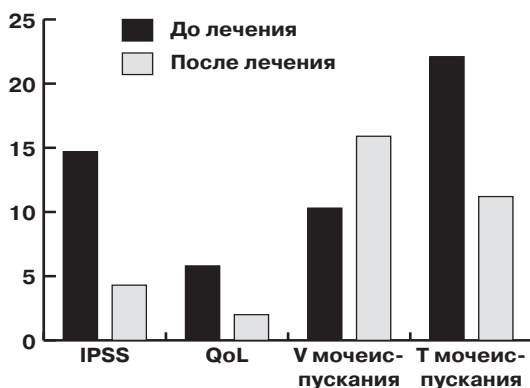


Рис. 3. Динамика урофлоуметрических показателей, индекса IPSS и QoL в клинической группе

Таблица 5

Оценка переносимости препаратов Витапрост форте и Витапрост

Переносимость	Исследователь		Пациент	
	Количество	%	Количество	%
Очень хорошая	34	94,4	33	91,7
Хорошая	2	5,6	3	8,3
Удовлетворительная	-	-	-	-
Неудовлетворительная	-	-	-	-

Таблица 6

Оценка эффективности препаратов Витапрост форте и Витапрост

Оценка эффективности	Исследователем		Пациентом	
	Количество пациентов	%	Количество пациентов	%
Отсутствие	1	2,8	2	5,6
Низкая	2	5,6	2	5,6
Достаточная	19	52,7	19	52,7
Высокая	14	38,9	13	36,1

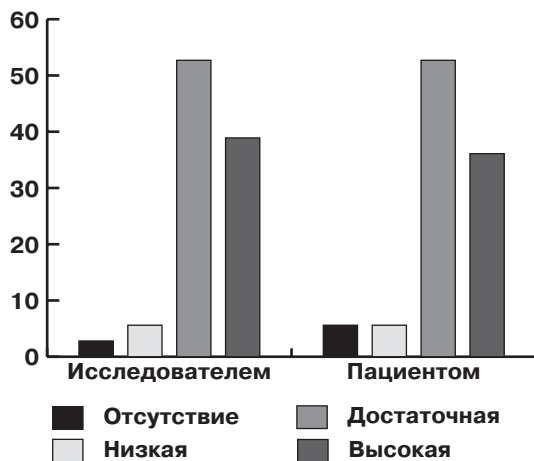


Рис. 4. Оценка эффективности препарата Витапрост

дизурических явлений и отрицательных ощущений свидетельствует динамика показателей индекса IPSS и QoL. У пациентов контрольной группы после лечения достоверно улучшились только показатели индекса IPSS. Объективные показатели, несмотря на положительные тенденции, после завершения терапевтического курса достоверно не отличались от исходных.

За время лечения побочные эффекты отмечены лишь у 2 (5,6%) больных клинической группы. В основном, их беспокоили высыпания в виде крапивницы. После перерыва в приеме препарата они исчезли самостоятельно без дополнительной медикаментозной коррекции.

В целом оценка переносимости препаратов Витапрост форте и Витапрост представлена в табл. 5.

Как видно из данных табл. 5, все 100% больных оценивали переносимость исследуемого средства как хорошую и очень хорошую.

После окончания курса лечения была проведена оценка эффективности препаратов Витапрост форте и Витапрост

пациентами (на основании субъективных ощущений: уменьшение дизурических явлений, ослабление болевых ощущений, улучшение общего состояния) и исследователями (по данным анамнеза и лабораторно-инструментальных исследований). Результаты оценки представлены в табл. 6 и рис. 4.

Полученные результаты свидетельствуют о том, что пациенты склонны оценивать эффективность лечения изучаемым препаратом несколько ниже, чем исследователи. По нашему мнению, этот факт объясняется особенностями психического статуса больных данной категории, а также значительной длительностью заболевания и неоднократным опытом его лечения. Подобные факторы, а также скептицизм заставляют обследованных давать лечению более сдержанную оценку. Тем не менее, эффективность лечения как достаточную или высокую пациенты отметили в 32 (88,8%), а исследователи – в 33 (91,6%) случаях, что свидетельствует о значительной терапевтической ценности препарата Витапрост в форме суппозитория.

ВЫВОДЫ

1. Суппозитории Витапрост форте и Витапрост является эффективным средством лечения хронических неспецифических простатитов. Клиническая эффективность лечения составила, по мнению пациентов, 88,8%, по мнению исследователей, – 91,6%. Бактериологическая эффективность составила 91,6%.

2. Рационально использовать в начале лечения более высокие дозы действующего вещества: в первые 10 дней – Витапрост форте, а затем 10 дней – Витапрост по 1 ректальному суппозиторию на ночь. В случае необходимости курс лечения может быть продлен.

3. Суппозитории Витапрост форте и Витапрост хорошо переносятся пациентами. Побочные эффекты были отмечены у 5,6% больных.

4. Полученные результаты позволяют рекомендовать суппозитории Витапрост форте и Витапрост для комплексного лечения хронических неспецифических простатитов.

Використання супозиторіїв Вітапрост форте та Вітапрост у комплексному лікуванні хворих із хронічним неспецифічним простатитом
I.I. Горпинченко, Ю.М. Гурженко

Показано позитивний досвід використання препарату Вітапрост форте та Вітапрост у формі супозиторіїв виробництва фірми «Нижфарм» (Росія) у 36 хворих із хронічним неспецифічним простатитом. Установлена його висока клінічна (88,8–91,6%) і бактеріологічна ефективність (91,6%). Препарат добре переноситься, має мінімальні побічні ефекти (5,6%).

Ключові слова: супозиторії Вітапрост форте та Вітапрост, хронічний неспецифічний простатит, лікування.

The using of suppositories Vitaprost forte and Vitaprost in complex treatment of patients with the chronic nonspecific prostatitis
I.I. Gorpynchenko, Iu.M. Gurzhenko

The positive experience of using of a medicin suppositories Vitaprost forte and Vitaprost produced by the firm «Nizhpharm» (Russia) at 36 patients with a chronic nonspecific prostatitis is shown. The high clinical (88,8–91,6%) and bacteriological efficiency (91,6%) are established. The medicin well is transferred, has the minimal by-effects (5,6%).

Key words: Vitaprost forte, Vitaprost, chronic prostatitis, treatment.

ЛИТЕРАТУРА

1. Горбачев А.Г., Агулянский Л.И. Сравнительная оценка эффективности раверона и просталина при лечении простатита в эксперименте. – В кн. Роль пептидных биорегуляторов (цитомединов) в регуляции гомеостаза / Тез. докл. науч. конф. – Ленинград, 1987. – С. 26–27.

2. Сексология і андрологія / Під ред. акад. О.Ф. Возіанова та проф. І.І. Горпинченка. – К.: Здоров'я, 1996.

3. Проскура О.В. Неспецифические простатиты и везикулиты: Руководство по клинической урологии/ Под ред. А.Я. Пытеля. – М., 1970. – С. 193–208.

4. Кан Д.В., Сегал А.С., Кузьменко А.Н. Диагностика и лечение хронического неспецифического простатита: Метод. рекомендации. – М., 1980.

5. Тиктинский О.Л. Воспалительные неспецифические заболевания мочеполовых органов. – Ленинград. – 1984.

6. Михайлова И.А., Ткаченко С.Б., Горбачев А.Г., Пяй В.И. Влияние пептидных биорегуляторов предстательной железы и почки (просталин и реналин) на процесс тромбообразования в эксперименте. – В кн.: Роль пептидных биорегуляторов (цитомединов) в регуляции гомеостаза/ Тез. докл. науч. конф. – Ленинград, 1987. – С. 68.

7. Горячев И.А., Живов А.В. Применение органопрепарата простаты в комплексной терапии хронического простатита. – В кн.: Пептидные биорегуляторы-цитомедины/ Тез. докл. симп. – Санкт-Петербург, 1992. – С. 45.

8. Айвазян И.А., Горбачев А.Г. Простатитен 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. – С. 4.

9. Ткачук В.Н., Горбачев А.Г. Лечение препаратом простаты некоторых болезней мочеполовых органов. – В кн.: Пептидные биорегуляторы-цитомедины / Тез. докл. симп. – Санкт-Петербург, 1992. – С. 135–136.

10. Ткачук В.Н., Горбачев А.Г., Агулянский Л.И. Простатит. – Л., 1986.

11. Nickel J.C., Sorensson R. Transurethral microwave thermotherapy of nonbacterial prostatitis and prostatodynia: initial experience //Urology, 1994. – Vol. 44. – P. 458–460.

12. Litwin M.S., McNaughton-Collins M. The NIH Chronic Prostatitis Symptom Index (NIH-CPSI): Development and Validation of a New Outcomes Measur //J. Urology. – 1999. – V. 159, suppl. 1, in abstracts.

13. Meares E.M. Urethritis, Prostatitis, Epididimitis and Orchitis //Infections diseases./Eds. S.L. Gorbadi, G. Bartlett, N.K. Blacklow. – W.B. Saunders Co., 1992.

14. Drach G.W., Meares E.M., Fair W.R., Stamey T.A. Classification of benign diseases associated with prostatic pain: Prostatitis or prostatodynia //J. Urology. – 1978. – Vol. 120. – P. 266.

15. Meares E.M. Dysuria and perineum pain in males: Prostatitis syndrome //Difficult diagnoses in urology. Eds.//D. L. McCollough. – Churchill Co. – 1988.

16. Nickel J.C. Prostatitis: Myths and realities //Urology. – 1998. – Vol. 51. – P. 362–366.