

Влияние Простатилена® на ирритативные и мукционные нарушения у больных доброкачественной гиперплазией предстательной железы

С.Х. Аль-Шукри¹, А.Г. Горбачев¹, С. Ю. Боровец¹, В. Я. Белоусов¹, И. В. Кузьмин¹

1 - Кафедра урологии Санкт-Петербургского Государственного Медицинского Университета им. акад. И. П. Павлова

Введение

Трансуретральная резекция аденоматозных узлов является в настоящее время «золотым стандартом» в лечении больных доброкачественной гиперплазией предстательной железы (ДГПЖ). При этом для успеха лечения требуется достаточная квалификация хирурга и всего медицинского персонала, дорогостоящее эндоскопическое оборудование. Тем не менее операции сопряжены с опасностью развития осложнений (интраоперационное кровотечение, ТУР-синдром и др.). Этим, в частности, обусловлен интерес клиницистов к медикаментозному лечению больных ДГПЖ, при котором такие осложнения отсутствуют.

В мире накоплен большой опыт применения альфа-адреноблокаторов у больных ДГПЖ, и доказана их высокая эффективность при ежедневном длительном применении. Вместе с тем, альфаблокаторы являются весьма дорогостоящими медикаментами и, следовательно, недоступны для значительного числа нуждающихся в них пациентов малообеспеченных людей пенсионного возраста. С целью повышения экономической эффективности консервативного лечения больных ДГПЖ, улучшения качества их жизни и социальной адаптации мы обобщили опыт применения Простатилена®, накопленный в урологической клинике СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова [1, 2, 3 и др.].

Пациенты и методы

Проведен анализ результатов лечения 96 больных ДГПЖ в возрасте от 51 до 89 лет. У всех этих больных до начала лечения отмечались обструктивные и ирритативные симптомы различной степени выраженности. Давность болезни у 26 (27 %) человек составила менее одного года, у 28 (29 %) человек - от одного до трех лет, у 14 (15 %) человек - от двух до пяти лет и у 28 (29 %) человек - свыше пяти лет.

Из настоящего исследования исключены пациенты с уровнем простатоспецифического антигена (ПСА) в плазме крови выше 5 нг/мл, а также с нарушениями мочеиспускания, не связанными с ДГПЖ (камни мочевого пузыря, стриктура уретры, неврологические болезни, хронический простатит и др.).

До и после лечения у больных оценивали мочеиспускание по Международной шкале IPSS и индекс качества жизни QOL, учитывали данные дневников мочеиспускания, которые они заполняли в течение двух дней до и двух - после окончания лечения. Всем больным до начала лечения и через 5 дней после его окончания проводили комплексное урологическое обследование, включающее трансректальное ультразвуковое исследование предстательной железы на аппарате «Алока» (Япония), измерение количества остаточной мочи, урофлоуметрию и микционную цистометрию (исследование «давление-поток») на уродинамической установке «Dantec-menuet» (Дания) с определением давления в

мочевом пузыре (Pves.) и в брюшной полости (Pabd.). Давление детрузора (Pdet.) рассчитывали как разницу давления в мочевом пузыре и давления в брюшной полости. Результаты обследования до начала лечения представлены в таблице 1.

Таблица 1: Клинико-инструментальные показатели у больных перед началом лечения

Наименование показателя	Среднее значение
Сумма баллов по шкале IPSS	17,1±2,5
Сумма баллов по шкале QOL	4,4±0,5
Максимальная скорость мочеиспускания Qmax, мл/с	8,1±1,6
Объем остаточной мочи, см ³	3 61,7±6,9
Объем предстательной железы, см ³	3 58,3±7,4
Уровень ПСА, нг/мл	3,1±0,3

Для сравнения эффективности различных форм **Простатилена®** больные были разделены на 3 группы, сопоставимые по клиническим проявлениям болезни и возрасту. Больным 1-й группы (38 человек) и 2-й группы (16 человек) назначали **Простатилен®** ежедневно в течение 20 дней в виде ректальных свечей по 30 мг и по 10 мг соответственно. В состав каждой свечи, назначенной больным первой группы, входило 90 мг димексида. Димексид был введен в свечи в качестве проводника. Свечи по 10 мг. **Простатилена®** не содержали димексид. Третью группу составили больные ДГПЖ (42 человека), которым **Простатилена®** вводили внутримышечно в дозе 5 мг ежедневно в течение 20 дней. Никаких других препаратов по поводу ДГПЖ в этот период больным не назначали.

Статистический анализ материала выполнен с применением стандартного пакета программ прикладного статистического анализа (Statistica for Windows v.6.0).

Результаты

После окончания лечения субъективное улучшение наблюдалось у 29 (76,3%) больных 1-й группы, 9 (56,3%) больных 2-й группы и 30 (71,4%) больных 3-й группы. Больные отмечали усиление струи мочи и уменьшение частоты мочеиспускания. Клинические и инструментальные показатели, характеризующие результаты лечения у пациентов 1-й, 2-й и 3-й групп представлены в таблице 2.

Таблица 2: Клинические и инструментальные Показатели у больных 1-й, 2-й и 3-й групп до и после лечения

Наименование признака	1 группа		2 группа		3 группа	
	До лечения	после лечения	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения
Сумма баллов по шкале IPSS	17,1±2,6 ¹	10,3±2,3	17,2±2,7	12,5±2,6	16,9±2,4 ²	9,2±2,5
Число мочеиспусканий в сутки	8,3±1,2	4,9±1,1	8,9±1,3	6,2±1,3	9,2±1,4 ³	5,0±1,2
Максимальная скорость мочеиспускания, Q max (мл/с)	8,1±1,4 ⁴	18,1±1,1	8,1±1,7	11,9±2,1	7,9±1,5 ⁵	13,9±1,7
Объем остаточной мочи (мл)	58,1±5,2	21,2±3,4	65,3±8,5 ⁷	33,4±7,2	61,4±6,5 ⁶	31,6±8,9
Объем предстательной железы, см ³	56,3±3	51,2±5,6	60,5±6,9	55,1±4,9	58,4±8,1	50,6±6,1
Уровень ПСА, нг/мл	3,1±0,2	2,9±0,4	3,4±0,3	2,8±0,5	2,8±0,4	3,2±0,3

Примечания:

- 1 – различия суммы баллов по шкале IPSS у больных 1-й группы до и после лечения достоверно ($p < 0,0001$);
- 2 – различия суммы баллов по шкале IPSS у больных 3-й группы до и после лечения достоверно ($p < 0,005$);
- 3 – различия частоты мочеиспускания у больных 3-й группы до и после лечения достоверно ($p < 0,005$);
- 4 – различия максимальной скорости мочеиспускания у больных 1-й группы до и после лечения достоверно ($p < 0,0001$);
- 5 – различия максимальной скорости мочеиспускания у больных 3-й группы до и после лечения достоверно ($p < 0,005$);
- 6 – различия объема остаточной мочи у больных 1-й группы до и после лечения достоверно ($p < 0,0001$);
- 7 – различия объема остаточной мочи у больных 2-й группы до и после лечения достоверно ($p < 0,001$);
- 8 – различия объема остаточной мочи у больных 3-й группы до и после лечения достоверно ($p < 0,001$).

При анализе анкет IPSS выявлено достоверное уменьшение выраженности симптоматики ДГПЖ на фоне лечения **Простатиленом®**. Более отчетливыми эти изменения были у пациентов 1-й и 3-й групп. Анализ дневников мочеиспускания показал достоверное уменьшение частоты мочеиспускания у больных в этих группах. Кроме того, после проведенного курса лечения было отмечено уменьшение объема остаточной мочи во всех трех группах пациентов, а также увеличение максимальной скорости потока мочи (Qmax.) более выраженные у

больных 1-й и 3-й групп. При этом у больных 1-й группы различия этих показателей до и после лечения были статистически более достоверны, а у одного больного в этой группе произошло уменьшение объема остаточной мочи со 130 до 40 мл. Уменьшение дизурических явлений и увеличение максимальной скорости потока мочи мы связываем с наступившим уменьшением отека предстательной железы вследствие снижения активности воспалительного процесса в предстательной железе под влиянием Простатилена®, а уменьшение объема остаточной мочи - с контрактильным влиянием препарата на гладкомышечные клетки мочевого пузыря.

Статистически значимых изменений уровня ПСА в плазме крови, а также объема простаты при лечении Простатиленом® во всех трех группах больных мы не выявили.

Все больные хорошо перенесли лечение. Мы ни разу не наблюдали каких-либо осложнений или реакций, которые могли бы вынудить нас прекратить или хотя бы прервать лечение.

Обсуждение

Полученные результаты подтверждают способность Простатилена® уменьшать выраженность проявлений инфравезикальной обструкции у больных ДГПЖ. Отличительной особенностью данного вида лечения является отсутствие каких-либо осложнений и побочных реакций. При использовании Простатилена® в свечах с димексидом отмечено статистически значимое увеличение максимальной скорости мочеиспускания и уменьшение объема остаточной мочи. При этом отсутствие достоверных отличий между показателями в группах больных, получавших инъекции Простатилена® и свечи Простатилена® с димексидом дает основание рекомендовать более широкое применение последней из указанных форм данного препарата. Это позволяет избавиться от необходимости привлечения к лечению больных среднего медицинского персонала.

Заключение

Использование Простатилена® для лечения больных ДГПЖ с начальными или умеренно выраженными субъективными и объективными симптомами болезни является вполне обоснованным. Предпочтение следует отдавать применению свечей с димексидом, содержащих 30 мг Простатилена®.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аль-Шукри С.Х., Горбачев А.Г., Кузьмин И.В., Хавинсон В.Х. Введение в биорегулирующую терапию при урологических болезнях. -СПб. Наука, 1996.
2. Кузник Б.И., Морозов В.Г., Хавинсон В.Х. Цитомедины.-СПб.:Наука, 1998.
3. Аль-Шукри С.Х., Горбачев И.В., Кузьмин И.В. «Опыт применения простатилена у больных хроническим пиелонефритом» // Клини. фармакология и терапия. - 1998.- № 1.-С.61-62.
4. Аль-Шукри С.Х., Петрищев Н.Н., Горбачев А.Г. и др. Влияние простатилена на показатели гемостаза при хроническом простатите (клинико-экспериментальное исследование) // Урология и нефрология. - 1997.-№3.-С. 38-41.
5. Возианов А.Ф., Горпинченко И.И., Бойко Н.И., Дранник Г.Н., Хавинсон В.Х. Применение простатилена при лечении больных с заболеваниями предстательной железы // Урология и нефрология. - 1991.-№ 6.-С. 13-46.

6. Ткачук В.Н., Горбачев А.Г., Хавинсон В.Х. Применение простатилена при лечении больных хроническим простатитом // Урол. и нефрол. - 1991. №6.- С.40-43.
7. Лабораторные методы исследования в клинике // Под ред. В.В.Меньшикова. - М.: Медицина, 1987.
8. Тотолян А.А., Смирнов А.Ю., Дидковский В.А. Микрометоды определения иммуноглобулинов и компонентов комплемента в биологических жидкостях человека (адаптация к фотометрам планшетного типа). Методические рекомендации. -Л., 1990.
9. Иванов Е.М. Руководство по гемостазиологии.- Минск, 1991.
10. Тиктинский О.Л. Воспалительные заболевания мочеиспускательного канала, предстательной железы, семенных пузырьков и семенного бугорка // Руководство по андрологии. Под ред. О.Л. Тиктинского. -Л.: Медицина, 1990.-С. 51-97.
11. Аль-Шукри С.Х., Барабанов С.В., Барабанова В.В. и др. Влияние пептидов предстательной железы на сократительную активность гладкомышечных клеток кровеносных сосудов и мочевого пузыря кошек// Физиологический журнал. -1996.- № 7.- С. 99-104.
12. Аль-Шукри С.Х., Бобков Ю.А., Горбачев А.Г., Кузьмин И.В., Ткачук В.Н. Применение простатилена в урологии // Урол. -2003. -№ 6. - С. 32-36.
13. С.Х. Аль-Шукри, А.Г. Горбачев, С.Ю. Боровец, В.Я. Белоусов, В.Я. Дубинский. Сочетанная терапия больных простатитом пептидами тимуса и предстательной железы // Мужское здоровье - 2008