

Профілактика ускладнень після оперативного втручання при доброякісній гіперплазії передміхурової залози

Ю.М. Гурженко¹, В.В. Спиридоненко¹, Ф.З. Гайсенюк^{1,2}

¹ДУ «Інститут урології НАМН України», м. Київ

²Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ

Мета дослідження: оцінити клінічну ефективність монотерапії препаратами фітотерапії та α -адреноблокаторами, а також їхньої комбінації в осіб із доброякісною гіперплазією передміхурової залози (ДГПЗ) II–III стадії після проведення трансуретральної резекції передміхурової залози (ТУРПЗ).

Матеріали та методи. Усі хворі (n=145) були розподілені на чотири клінічні групи залежно від методики проведеної терапії. Пацієнтам 1-ї групи (n=42) не призначали медикаментозне лікування після ТУР, за ними було встановлено активне спостереження. Хворі 2-ї групи (n=38) отримували монотерапію препаратом Простамол Уно. Пацієнти 3-ї групи (n=31) отримували препарат Флосін. Хворі 4-ї групи (n=34) отримували комбіновану терапію препаратами Простамол Уно і Флосін.

Результати. Були визначені критерії ефективності медикаментозної терапії після оперативного лікування ДГПЗ: збільшення об'єму ПЗ на 25%, збільшення об'єму ПЗ на 50%, зменшення середньої швидкості сечовипускання; частота нічного сечовипускання; дані IPSS і QoL. Протягом року після ТУР ПЗ стан пацієнтів помітно поліпшився, але виявлена достовірна різниця в показниках групи активного спостереження і груп, що отримували монотерапію і комбіновану терапію.

Заключення. Ранній післяопераційний період після ТУР ПЗ є показанням до довгострокової комбінованої терапії препаратами Простамол Уно і Флосін. Комбінована терапія препаратами Простамол Уно і Флосін у післяопераційний період є патогенетично високоефективною та безпечною, сприяє швидкій ліквідації іритативних і обструктивних симптомів з поліпшенням показників якості життя пацієнта.

Ключові слова: ТУР передміхурової залози, доброякісна гіперплазія передміхурової залози, Простамол Уно, Флосін, симптоми нижніх сечових шляхів.

Останнім часом у зв'язку із збільшенням кількості населення похилого віку відбувається зростання захворюваності на доброякісну гіперплазію передміхурової залози (ДГПЗ), яка переважно спостерігається у чоловіків старше 60 років.

Відомо, що хоча клінічний дебют ДГПЗ доводиться на 50–55 років, її початкові морфологічні прояви у вигляді мікроструктурних змін виникають у віці після 40 років [1].

Фактори ризику ДГПЗ умовно можна розділити на ендогенні та екзогенні.

Ендогенні фактори ризику:

1. Перебудова гормонального гомеостазу закономірно виникає в осіб похилого віку. Гістологічні прояви ДГПЗ виявляють у понад 60% всіх чоловіків старше 50 років, а до 80-річного віку ознаки ДГПЗ є у 88% чоловіків [2].

2. Стромально-епітеліальні порушення у передміхуровій залозі (ПЗ) з порушенням регуляції апоптозу у тканині ПЗ.

3. Гістологічне виявлення початкових ознак гіперплазії ПЗ в молодому віці вказує на генетично детерміновану схильність до проліферації простатичного епітелію.

4. Порушення регуляції утворення та утилізації ферменту 5 α -редуктази у ПЗ.

Екзогенні фактори ризику:

1. Соціальні (низький рівень життя і медичної допомоги, відсутність державної програми медичної допомоги людям літнього віку).

2. Епідеміологічні (природно-кліматичні умови, екологічні особливості).

3. Психологічні (хронічні стреси, високий темп життя тощо).

4. Фактор харчування (високий вміст в їжі фітоестрогенів, солей важких металів, зниження рівнів цинку, селену, поліненасичених жирних кислот, висока калорійність їжі на тлі гіподинамії).

5. Наявність шкідливих звичок (куріння, алкоголізація).

На сьогодні терапія ДГПЗ передбачає використання декількох груп препаратів. До найбільш часто вживаних відносять селективні α -адреноблокатори, синтетичні інгібітори 5 α -редуктази і фітопрепарати (природні інгібітори 5 α -редуктази).

У лікуванні ДГПЗ величезну роль відіграють фітопрепарати. Саме їм віддають перевагу лікарі-урологи США, Євросоюзу і Великобританії, де проведені мультицентрові дослідження чоловіків, які довели виражений клінічний ефект фітотерапії у лікуванні ДГПЗ. Частота використання рослинних екстрактів у терапії ДГПЗ, згідно з опитуванням німецьких вчених серед практичних лікарів, досягає 61,6% від усіх призначень [5].

Найбільш відомими речовинами, які довели високий клінічний ефект і мають значну доказову базу, є екстракти з плодів *Serenoa repens*. Клінічна фармакологія екстракту Сабаль (*Serenoa repens*) у терапії ДГПЗ достовірно підтверджена мультицентровими плацебо-контрольованими дослідженнями [3].

Простамол Уно є фітостероловим екстрактом плодів *Serenoa repens*. Фармакологічний механізм впливу препарату Простамол Уно полягає у комбінованому впливі на кілька ланок патогенезу ДГПЗ, завдяки чому розвиваються наведені нижче ефекти:

1. Пригнічення ізоформ 1-го і 2-го типів 5 α -редуктази та інгібування зв'язування дигідротестостерону з цитозольними рецепторами андрогену у клітинах ПЗ, що важливо з огляду на андрогенозалежний характер росту ПЗ.

2. Інгібування росту ПЗ за допомогою зв'язування пролактину з рецепторами у ПЗ.

3. Антиестрогенний ефект.

4. Пригнічення проліферації епітеліальних клітин ПЗ, зниження рівня епідермального фактора росту в природних умовах у чоловіків з ДГПЗ вже після 3 міс лікування препаратом Простамол Уно.

5. Пригнічення базального фактора росту з опосередкованим антиканцерогенною ефектом.

6. Протизапальна і протинабрякова дія за рахунок інгібіції синтезу простагландинів, метаболітів 5-оксигенази і арахідонової кислоти у ПЗ, активних кислотних радикалів у нейтрофільних гранулоцитах [3].

Блокатор α -адренорецепторів тамсулозин є селективним α_1 -адреноблокатором, ефективність якого як при ДГПЗ, так і внаслідок хронічного простатиту висока. Специфічні α -адренорецептори у значній кількості зосереджені в структурах шийки сечового міхура і ПЗ, їхня активність визначає тонус гладких м'язів у цій області. Встановлено здатність α -адреноблокаторів пригнічувати динамічний гладком'язовий компонент у роботі вегетативної нервової системи сечового міхура зі зниженням опору сечівника і збільшенням об'ємних показників потоку сечовипускання [2].

У доповіді проф. Н. Лепор (кафедра урології Нью-Йоркського медичного університету) на 15-у мітингу SEEM Європейської асоціації урологів було зазначено [4], що у більшості чоловіків ПЗ спричинює розвиток симптомів нижніх сечових шляхів (СНСШ) через інші механізми, а не через обструкцію вихідного отвору сечового міхура (ОВОСМ). Слід звернути увагу на те, що у чоловіків та жінок віком понад 50 років загальна частота СНСШ, пов'язаних з утрудненням утримування сечі, й частота СНСШ, пов'язаних з утрудненням вигнання сечі, однакові. Крім того, розмір ПЗ не пов'язаний із тяжкістю СНСШ. Хоча лише у малого відсотка чоловіків розвиток СНСШ пов'язаний з ОВОСМ, у більшості чоловіків формування СНСШ й ОВОСМ здійснюється через різні механізми, в обох випадках ці механізми пов'язані з α -адренорецепторами. Тому α_1 -блокатори часто вважають першою лінією медикаментозного лікування СНСШ у чоловіків через швидкий початок дії, високу ефективність і низький рівень побічних ефектів [4]. У рекомендаціях ЕАУ 2016 р. зазначено, що ефективність α_1 -адреноблокаторів не залежить від розмірів ПЗ за курсу лікування менше одного року. Проте за більш тривалих курсів лікування α -адреноблокатори більш ефективні при розмірах ПЗ <40 мл. Важливо, що на відміну від синтетичних інгібіторів 5 α -редуктази, α -адреноблокатори та екстракти *Sergenoa terrens* не впливають на концентрацію сироваткового простатоспецифічного антигену (ПСА) [5], що дозволяє контролювати ПСА на тлі комбінованої терапії цими препаратами.

Абсолютним показанням для оперативного лікування ДГПЗ є декомпенсація акту сечовипускання і розвиток ускладнень (гостра ретенція сечі, рецидивна макрогематурія, камені сечового міхура).

Існують інвазивні та малоінвазивні методи оперативного лікування ДГПЗ. До найменш інвазивних оперативних втручань належить трансуретральна резекція (ТУР) ПЗ, яка є «золотим стандартом» оперативного лікування ДГПЗ. Відновлення уродинаміки після виконання ТУР ПЗ вимагає проведення активної медикаментозної терапії протягом тривалого часу. Препаратами вибору є, як правило, засоби, що знижують вираженість СНСШ і поліпшують якість життя пацієнта. Найбільш часто до цих препаратів належать фітопрепарати і α -адреноблокатори.

Мета дослідження: оцінити клінічну ефективність монотерапії препаратами фітотерапії та α -адреноблокаторами, а також їхньої комбінації в осіб з ДГПЗ II–III стадії після проведення ТУРПЗ.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

У відділенні сексопатології та андрології ДУ «Інститут урології НАМН України» були обстежені 145 пацієнтів після ТУР ПЗ з приводу ДГПЗ.

Критерії включення у дослідження:

- не менше 2 тиж після операції (у середньому $9,3 \pm 0,5$ доби) без вживання будь-яких лікарських засобів;
- відсутність будь-якої іншої терапії з даного приводу;

- наявність СНСШ (не менше 16 балів за шкалою IPSS і не менше 4 балів за опитувальником QoL);

- операція ТУРПЗ в анамнезі понад 1 міс;
- відсутність в анамнезі вживання будь-яких α -блокаторів та фітопрепаратів протягом 1 міс до операції;

- письмова інформована згода пацієнтів на участь у дослідженні;

- відсутність протипоказань до застосування препаратів Простамол Уно і Флосін, наведених виробником в інструкції.

Критерії виключення із дослідження:

- наявність ранніх післяопераційних ускладнень, які потребують невідкладної допомоги (ТЕЛА, інфаркт міокарда);

- наявність факту вживання подібних фармпрепаратів протягом 1 міс;

- наявність уретрального катетера;

- епізод(и) гострої ретенції сечі в післяопераційному анамнезі;

- гострі серцево-судинні та мозкові розлади у пацієнтів;

- виявлений факт малігнізації у тканині ПЗ.

Усі хворі були розподілені на чотири клінічні групи залежно від методики проведеної терапії. Пацієнтам 1-ї групи (n=42) не призначали медикаментозне лікування після ТУР, за ними було встановлено активне спостереження. Хворі 2-ї групи (n=38) отримували монотерапію препаратом Простамол Уно, який вони приймали перед сном по 1 таблетці протягом 12 міс. Пацієнти 3-ї групи (n=31) отримували препарат Флосін у дозі 0,4 мг по 1 таблетці вранці після їди протягом 12 міс. Хворі 4-ї групи (n=34) отримували комбіновану терапію: Простамол Уно по 1 таблетці перед сном і Флосін у дозі 0,4 мг по 1 таблетці вранці після їди протягом 12 міс.

Усім пацієнтам до і під час терапії проводили обстеження, що включали: збір скарг, анамнезу, оцінку симптомів LUTS за Міжнародною шкалою IPSS з визначенням індексу якості життя (QoL), пальцеве ректальне обстеження, трансректальне і трансабдомінальне ультразвукове сканування з визначенням обсягу ПЗ і кількості залишкової сечі.

Були визначені критерії ефективності медикаментозної терапії після оперативного лікування ДГПЗ:

- збільшення об'єму ПЗ на 25%;
- збільшення об'єму ПЗ на 50%;
- зменшення середньої швидкості сечовипускання;
- частота нічного сечовипускання;
- дані IPSS і QoL.

Повторне дослідження було проведене усім пацієнтам через 1 рік після ТУРПЗ і початку медикаментозного лікування.

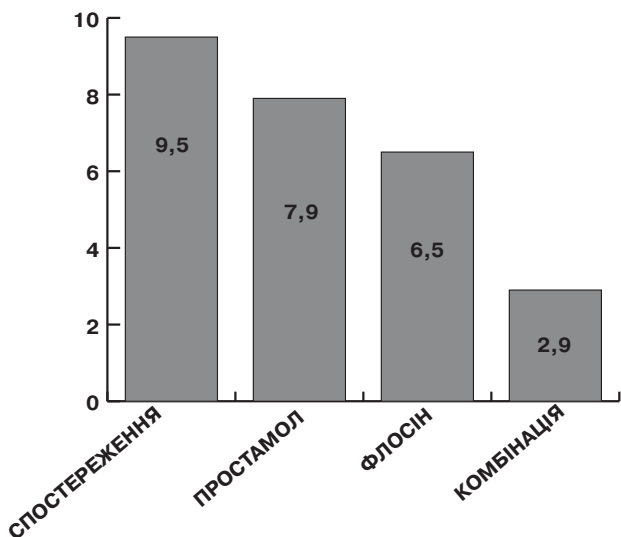
Оброблення результатів досліджень проводили з використанням загальноприйнятих статистичних методів.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Досліджуючи перший критерій ефективності, була визначена кількість хворих, у яких об'єм ПЗ збільшився протягом 12 місяців терапії на 25,0% (мал. 1). Встановлено, що об'єм ПЗ збільшувався в середньому на 25,0% у 4 (9,5%) пацієнтів 1-ї групи (групи активного спостереження), у 3 (7,9%) хворих 2-ї групи (монотерапія препаратом Простамол Уно), у 2 (6,5%) пацієнтів 3-ї групи (монотерапія препаратом Флосін), у 2-х (6,5%), у 1 (2,9%) пацієнта 4-ї групи (комбінована терапія препаратами Простамол Уно і Флосін).

Різниця показників між 1-ю і 2-ю, 1-ю і 3-ю, а також 1-ю і 4-ю групами була статистично достовірною ($p < 0,05$). Різниця показників між 2-ю і 3-ю групами була статистично недостовірною ($p > 0,05$). Різниця показників між 2-ю і 4-ю, а також між 3-ю і 4-ю групами так само була статистично достовірною ($p < 0,05$).

Згідно наступного критерію ефективності лікування були обстежені хворі, у яких об'єм ПЗ збільшився протя-

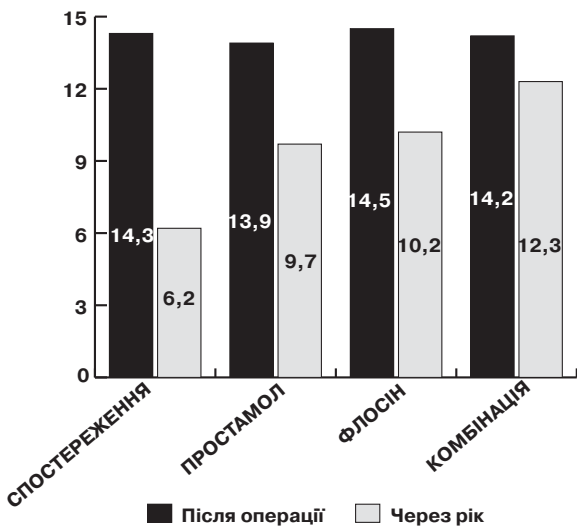


Мал. 1. Кількість пацієнтів (у відсотках), у яких після 12 міс лікування спостерігалось збільшення ПЗ після ТУРПЗ на 25%

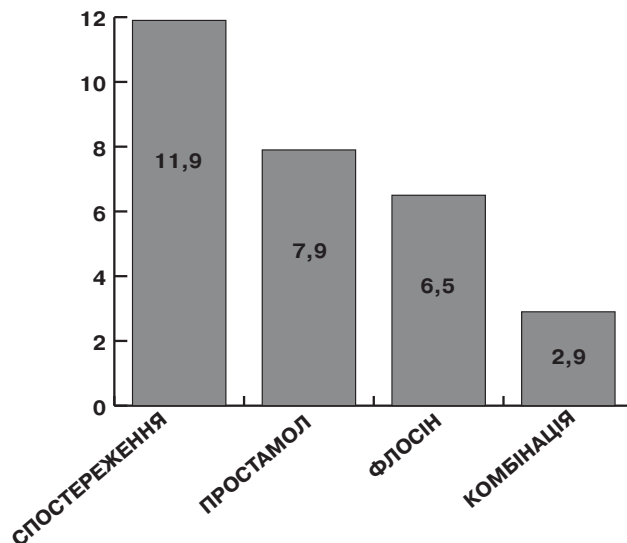
гом 12 міс терапії на 50,0% (мал. 2). Встановлено, що об'єм ПЗ збільшився на 50,0% у 5 (11,9%) пацієнтів 1-ї групи (групи активного спостереження), у 3 (7,9%) хворих 2-ї групи (монотерапія препаратом Простамол Уно), у 2 (6,5%) пацієнтів 3-ї групи (монотерапія препаратом Флосін), 1 (2,9%) хворих 4-ї групи (комбінована терапія Простамол Уно + Флосін).

Різниця показників між 1-ю і 2-ю, 1-ю і 3-ю, а також 1-ю і 4-ю групами статистично достовірна ($p < 0,05$). Різниця показників між 2-ю і 3-ю групами статистично недостовірна ($p > 0,05$). Різниця показників між 2-ю і 4-ю, а також між 3-ю і 4-ю групами статистично достовірна ($p < 0,05$).

Отже, у 1-й групі (активного спостереження) після 12 міс ПЗ збільшилася в об'ємі на 25–50% у 21,4% пацієнтів, у 2-й групі (монотерапія препаратом Простамол Уно) – у 15,8% хворих, у 3-й групі (монотерапія препаратом Флосін) – у 13,0% пацієнтів, внаслідок використання комбінованої терапії (4-а група) – у 5,8% хворих. Це дозволяє рекомендувати для профілактики рецидиву ДГПЗ як монотерапію Serenoa repens, так і комбіноване лікування Serenoa repens і тамсулозином.



Мал. 3. Динаміка середньої швидкості сечовипускання (мл/с) у пацієнтів через 12 міс після ТУРПЗ



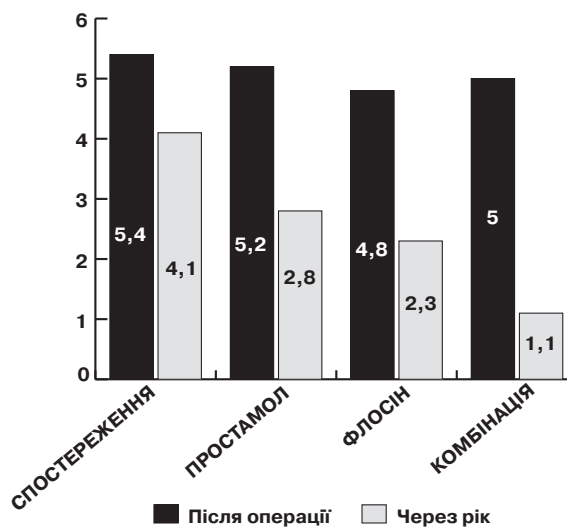
Мал. 2. Кількість пацієнтів (у відсотках), у яких після 12 міс лікування спостерігали збільшення ПЗ після ТУРПЗ на 50%

Різниця показників між 1-ю і 2-ю, 1-ю і 3-ю, а також 1-ю і 4-ю групами статистично достовірна ($p < 0,05$). Різниця показників між 2-ю і 3-ю групами статистично недостовірна ($p > 0,05$). Різниця показників між 2-ю і 4-ю, а також між 3-ю і 4-ю групами статистично достовірна ($p < 0,05$).

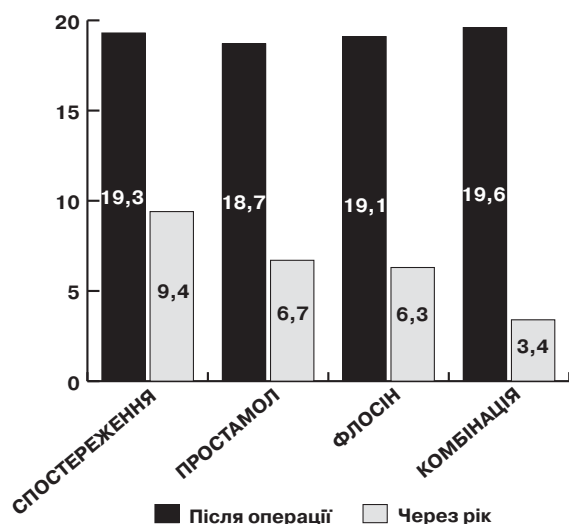
Вивчаючи середню швидкість сечовипускання (мал. 3) через 2 тиж і через 12 міс, було встановлено її зменшення в осіб 1-ї групи (групи активного спостереження) з 14,3 мл/с до 6,2 мл/с (зниження на 56,7%); у хворих 2-ї групи (монотерапія препаратом Простамол Уно) – з 13,9 мл/с до 9,7 мл/с (на 30,3%); у пацієнтів 3-ї групи (монотерапія препаратом Флосін) – з 14,5 мл/с до 10,2 мл/с (на 29,7%), у хворих 4-ї групи (комбінована терапія) – з 14,2 мл/с до 12,3 мл/с (на 13,4%).

Різниця показників між 1-ю і 2-ю, 1-ю і 3-ю, а також 1-ю і 4-ю групами статистично достовірна ($p < 0,05$). Різниця показників між 2-ю і 3-ю групами статистично недостовірна ($p > 0,05$). Різниця показників між 2-ю і 4-ю, а також між 3-ю і 4-ю групами статистично достовірна ($p < 0,05$).

Показники епізодів частоти нічного сечовипускання одразу після операції ТУР ПЗ і через 12 міс продемонстровані



Мал. 4. Динаміка частоти нічного сечовипускання у пацієнтів через 12 міс після ТУРПЗ



Мал. 5. Динаміка IPSS у пацієнтів через 12 міс після ТУРПЗ

на мал. 4. У 1-й групі (активного спостереження) – з 5,4 до 4,1 сечовипускань за ніч (зменшення на 24,1%); у хворих 2-ї групи (монотерапія препаратом Простамол Уно) – з 5,2 до 2,8 (на 46,2%); у пацієнтів 3-ї групи (монотерапія препаратом Флосін) – з 4,8 до 2,3 (на 52,1%); у хворих 4-ї групи (комбінована терапія) – з 5,0 до 1,1 (на 78,0%).

Різниця показників між 1-ю і 2-ю, 1-ю і 3-ю, а також 1-ю і 4-ю групами статистично достовірна ($p < 0,05$). Різниця показників між 2-ю і 3-ю групами статистично недостовірна ($p > 0,05$). Різниця показників між 2-ю і 4-ю, а також між 3-ю і 4-ю групами статистично достовірна ($p < 0,05$).

Дані, наведені на мал. 5, дозволяють стверджувати, що динаміка IPSS одразу після операції та через 12 міс після ТУРПЗ змінювалася в різних групах пацієнтів по різному. У 1-й групі (активного спостереження) – з 19,3 до 9,4 (зменшення на 51,3%); у хворих 2-ї групи (монотерапія препаратом Простамол Уно) – з 18,7 до 6,7 (на 64,2%), у пацієнтів 3-ї групи (монотерапія препаратом Флосін) – з 19,1 до 6,3 (на 68,0%); у хворих 4-ї групи (комбінована терапія) – з 19,6 до 3,4 (на 82,7%).

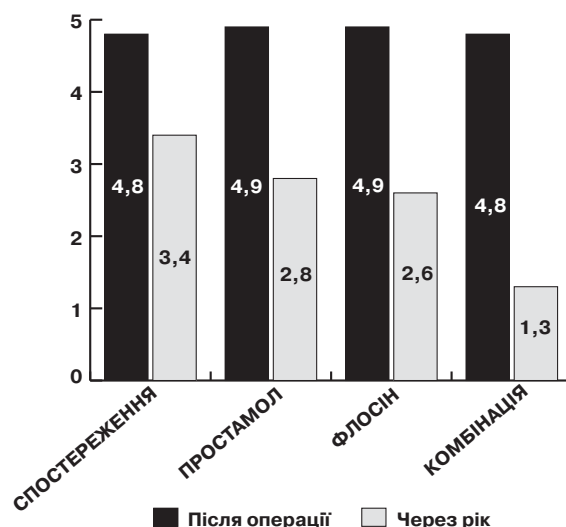
Різниця показників між 1-ю і 2-ю, 1-ю і 3-ю, а також 1-ю і 4-ю групами статистично достовірна ($p < 0,05$). Різниця показників між 2-ю і 3-ю групами статистично недостовірна ($p > 0,05$). Різниця показників між 2-ю і 4-ю, а також між 3-ю і 4-ю групами була статистично достовірною ($p < 0,05$).

Динаміка QoL одразу після ТУРПЗ, а також через 12 місяців після операції, змінилася в різних групах пацієнтів. У 1-й групі (активного спостереження) – з 4,8 до 3,4 (зменшення на 29,2%); у хворих 2-ї групи (монотерапія препаратом Простамол Уно) – з 4,9 до 2,8 (на 42,9%); у пацієнтів 3-ї групи (монотерапія препаратом Флосін) – з 4,9 до 2,6 (на 47,0 %); у хворих 4-ї групи (комбінована терапія) – з 4,8 до 1,3 (на 72,0%).

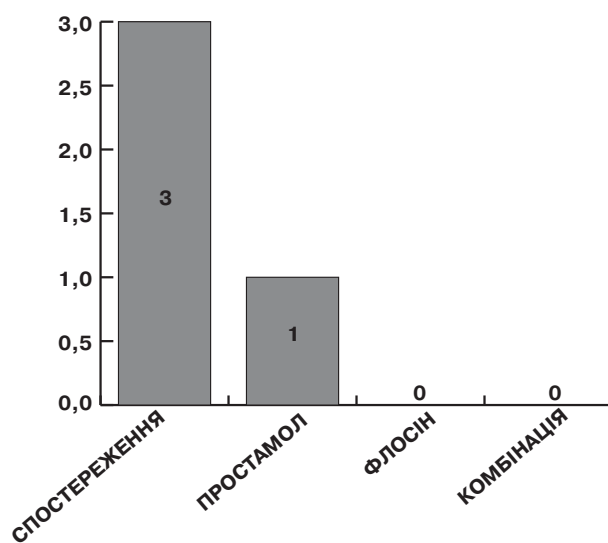
Різниця показників між 1-ю і 2-ю, 1-ю і 3-ю, а також 1-ю і 4-ю групами статистично достовірна ($p < 0,05$). Різниця показників між 2-ю і 3-ю групами статистично недостовірна ($p > 0,05$). Різниця показників між 2-ю і 4-ю, а також між 3-ю і 4-ю групами статистично достовірна ($p < 0,05$).

Кількість пацієнтів, яким показана повторна операція через 12 міс після ТУРПЗ в різних групах теж різна (мал. 7). У 1-й групі (активного спостереження) повторна операція була показана 3 (7,1%) пацієнтам; у хворих 2-ї групи (монотерапія препаратом Простамол Уно) – 1 (2,6%); у пацієнтів 3-ї та 4-ї груп повторна операція не була показана в жодному випадку.

Різниця показників між 1-ю і 2-ю, 1-ю і 3-ю, а також 1-ю і 4-ю групами статистично достовірна ($p < 0,05$). Різниця показників між 2-ю і 3-ю групами статистично недостовірна



Мал. 6. Динаміка QoL у пацієнтів через 12 міс після ТУРПЗ



Мал. 7. Кількість пацієнтів, яким показана повторна операція через 12 міс після ТУРПЗ

($p > 0,05$). Різниця показників між 2-ю і 4-ю, а також між 3-ю і 4-ю групами – статистично достовірна ($p < 0,05$).

Результати, отримані при контрольному дослідженні через 12 міс від початку лікування, свідчили про високу ефективність як моно-, так і комбінованої терапії у ліквідації СНСШ.

Післяопераційний період після ТУРПЗ характеризується особливостями патогенетичного каскаду змін, що розвиваються в її тканинах. Застосування Флосіну у вигляді монотерапії, як засобу, що коригує активність селективних блокторів у нижніх сечових шляхах при безумовній високій ефективності не має вираженого впливу на запальний компонент. У даному випадку він представлений змінами в детрузорі і структурах сфінктерів, ретенційними змінами у вивідних протоках ПЗ, а також операційною травмою, у вигляді термічних коагуляційних реакцій тканин. Останнє є потужним протизапальним пусковим механізмом з активацією простагландинів, лейкотрієнів, розвитком «оксидантного стресу», порушенням місцевого імунологічного бар'єру і вторинними детрузорно-сфінктерними диссинергічними проявами. Саме антифлогогенний ефект препарату Простамол Уно відображає кращі ре-

зультати останнього у порівнянні з Флосіном. Ефективність терапії також знаходиться у прямій залежності від ступеня вираженості гіперпластичного процесу і методики оперативної допомоги, яка випереджає консервативне лікування.

Аналізуючи динаміку клінічних та інструментальних методів, які використовували у дослідженні, можна сказати, що протягом року після ТУРПЗ, стан пацієнтів помітно поліпшився, але виявлена достовірна різниця в показниках групи активного спостереження і груп, що отримували монотерапію і комбіновану терапію. Між групами, які отримували монотерапію препаратом Простамол Уно і Флосін достовірної різниці не виявлено практично за всіма показниками. Але в групі, яка отримувала Флосін, було відзначено більш значуще поліпшення, хоча достовірних значень воно має. При порівнянні груп монотерапії та комбінованої терапії виявлено

Профилактика осложнений после оперативного вмешательства по поводу доброкачественной гиперплазии предстательной железы Ю.Н. Гурженко, В.В. Спиридоненко, Ф.З. Гайсенюк

Цель исследования: оценить клиническую эффективность монотерапии препаратами фитотерапии и α -адренорецепторов, а также их комбинации у пациентов с доброкачественной гиперплазией предстательной железы (ДГПЖ) II–III стадии после проведения трансуретральной резекции предстательной железы (ТУРПЖ).

Материалы и методы. Все пациенты (n=145) были распределены на четыре клинические группы в зависимости от методики проводимой терапии. Пациентам 1-й группы (n=42) не назначали медикаментозное лечение после ТУРПЖ, за ними было установлено активное наблюдение. Больные 2-й группы (n=38) получали монотерапию препаратом Простамол Уно. Пациенты 3-й группы (n=31) получали препарат Флосин. Больные 4-й группы (n=34) получали комбинированную терапию препаратами Простамол Уно и Флосин.

Результаты. Были определены критерии эффективности медикаментозной терапии после оперативного лечения ДГПЖ: увеличение объема ПЖ на 25%, увеличение объема ПО на 50%, уменьшение средней скорости мочеиспускания, частота ночного мочеиспускания, данные IPSS и QoL. В течение года после ТУРПЖ состояние пациентов заметно улучшилось, но выявлена достоверная разница в показателях группы активного наблюдения и групп, получавших монотерапию и комбинированное лечение.

Заключение. Ранний послеоперационный период после ТУРПЖ является показанием к долгосрочной комбинированной терапии препаратами Простамол Уно и Флосин, которая является патогенетически высокоэффективной и безопасной, способствует быстрой ликвидации ирритативного и обструктивных симптомов с улучшением показателей качества жизни пациента.

Ключевые слова: трансуретральная резекция, предстательная железа, доброкачественная гиперплазия предстательной железы, Простамол Уно, Флосин, симптомы нижних мочевых путей.

достовірну різницю в досліджуваних показниках, тому ми можемо рекомендувати пацієнтам після ТУРПЗ для досягнення ефекту монотерапію препаратами Простамол Уно і Флосін а для досягнення максимального ефекту – тривалу комбіновану терапію, що включає Простамол Уно і Флосін.

ВИСНОВКИ

1. Ранній післяопераційний період після ТУРПЗ є показанням до довгострокової комбінованої терапії препаратами Простамол Уно і Флосін.

2. Комбінована терапія препаратами Простамол Уно і Флосін у післяопераційний період є патогенетично високоефективною та безпечною, сприяє швидкій ліквідації ірритативних і обструктивних симптомів з поліпшенням показників якості життя пацієнта.

Prevention of complications after surgery for benign prostatic hyperplasia

YU.N. Gurzhenko, V.V. Spiridonenko, F.Z. Gaysenjuk

The aim of the study: to evaluate the clinical efficacy of monotherapy with drugs of herbal medicine and α -adrenergic receptors and their combinations in patients with benign prostatic hyperplasia (BPH) stage II–III after transurethral resection of the prostate (TURP).

Materials and methods. All patients (n=145) were divided into four clinical groups depending on methods of therapy. Patients of the 1st group (n=42) were not prescribed medications after the TURP for them was established active surveillance. Patients of the 2nd group (n=38) received monotherapy with the drug Prostatomol Uno. Patients of the 3rd group (n=31) received the drug Flosin. Patients of the 4th group (n=34) received combination therapy drugs Prostatomol Uno and Flosin.

Results. There were defined the criteria of the effectiveness of medical therapy after surgical treatment of BPH: increased RV by 25%, increased volume by 50%, reducing the average speed of urination, frequency of nighttime urination, IPSS and QoL data. During the year after the TURP the condition of the patients improved markedly, but significant difference in the performance of active surveillance and the groups receiving monotherapy and combined treatment.

Conclusion. The early postoperative period after TURP is an indication for long-term combination therapy with drugs Prostatomol Uno and Flosin, which is pathogenetically a highly effective and safe, contributes to the rapid elimination of irritative and obstructive symptoms improved quality of life of the patient.

Key words: TURP, benign prostatic hyperplasia, Prostatomol Uno, Flosin, lower urinary tract symptoms.

Сведения об авторах

Гурженко Юрий Николаевич – ГУ «Институт урологии НАМН Украины», 04053, г. Киев, ул. В. Винниченко, 9а. E-mail: 7espoir@rambler.ru

Спиридоненко Владимир Владимирович – ГУ «Институт урологии» НАМН Украины, 04053, г. Киев, ул. В. Винниченко, 9а. E-mail: bro-vladimir@yandex.ru

Гайсенюк Федор Зиновьевич – Кафедра урологии Национальной медицинской академии последипломного образования имени П.Л. Шупика; ГУ «Институт урологии НАМН Украины», 04053, г. Киев, ул. В. Винниченко, 9а. E-mail: Gayseniukf@gmail.com

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Berges R.R., Pientka L., Hufner K. et al. Male lower urinary tract symptoms and related health care seeking in Germany // Eur. Urology. – 2001. – V. 39. – P. 682.
2. Переверзев А.С., Сергиенко Н.Ф. Аденома предстательной железы. – К., 1998. – 278 с.

3. De Marzo A.M. Pathological and molecular mechanisms of prostate carcinogenesis: implications for diagnosis, prevention and treatment // J Cell Biochem. – 2004. – V. 91. – P. 459–477.
4. Савустьяненко А.В. Фокусвання на

медикаментозному лікуванні доброякісної гіперплазії (за матеріалами 15-ї Центральноєвропейської конференції Європейської асоціації урологів: СЕМ 15) // НМіФ № 13 (548). – 2015. – С. 3–4.
5. Aliaev I.G., Vinarov A.Z., Demidko I.L.,

Spivak L.G. The results of the 10-year study of efficacy and safety of Serenoa repens extract in patients at risk of progression of benign prostatic hyperplasia //Urologia. – 2013. – Jul-Aug; (4). – P. 32–6.

Статья поступила в редакцию 22.06.2016