

Исследование клинической эффективности α_1 -адреноблокатора тамсулозина у мужчин при хроническом абактериальном простатите/синдроме хронической тазовой боли

И.И. Горпинченко, Ю.Н. Гурженко

ГУ «Институт урологии НАМН Украины», г. Киев

Проведена оценка эффективности терапии хронического абактериального простатита/синдрома хронической тазовой боли препаратом Фокусин у 34 мужчин. Получены положительные результаты. Эффективность лечения препаратом составила 91,2–94,2%. Полученные результаты позволяют рекомендовать препарат Фокусин для использования в андрологической практике.

Ключевые слова: хронический абактериальный простатит/синдром хронической тазовой боли, α_1 -адреноблокаторы, Фокусин, тамсулозин, лечение.

Хронические воспалительные заболевания мужских половых органов с каждым годом поражают все большее количество мужчин. Актуальность проблемы не подлежит сомнению, потому как каждый второй мужчина страдает этими заболеваниями в какой-либо период своей жизни [21, 28]. Больные, как правило, достаточно молоды, болезнь сопровождается симптоматикой различной тяжести и в результате может осложняться психологическими проблемами.

В Украине заболеваемость простатитом составляет около 19% мужского населения в возрасте от 20 до 60 лет [31]. Эти данные обычно противоречивы среди различных авторов и причиной такой противоречивости эпидемиологических данных о хроническом простатите (ХП), на наш взгляд, является проблема статистической отчетности лечебных учреждений, когда ввиду деонтологических моментов скрывают настоящий диагноз, а также из-за нечеткости определения заболевания. Сам термин «хронический простатит» может обозначать широкий спектр патологических состояний предстательной железы (ПЖ) и нижних мочевых путей (инфекционный простатит, синдром хронической тазовой боли (СХТБ), простатодиния при абактериальном простатите, нейрогенный мочевой пузырь, инфекционно-аллергические и обменные нарушения ПЖ и т.д.).

ХП рассматривают как «мультифакторный каскад» патологических превращений, которые инициируются тем или иным агентом и приводят к возникновению типичных симптомов и боли [17].

Существует масса классификаций заболевания, но они так же не удовлетворяют всем требованиям современной медицинской науки.

Одна из основных, принятых в Европе классификаций, – классификация К. Nickel выделяет бактериальные простатиты (острые и хронические), хронические абактериальные простатиты (ХАП), простатодиния или СХТБ [18].

Все недостатки традиционной системы классификации послужили основанием к разработке и утверждению еще в декабре 1995 г., в исследовательских целях Институтом национального здоровья США (НИН) системы классификации ХП. Категории I (Острый бактериальный простатит) и II (Хронический бактериальный простатит) соответствуют традиционному вы-

делению острого и хронического бактериального простатита. Выделение новых категорий: СХТБ, воспалительного и невоспалительного простатита (категория III) и бессимптомного воспалительного простатита (категория IV) – было направлено на решение проблем и устранение упущений традиционной классификации.

Лечение больных с ХП категории I и II довольно подробно описано в большинстве руководств по воспалительным заболеваниям мужских половых органов. Значительную сложность представляет проблема выбора групп лекарственных препаратов для лечения больных ХАП, относящегося по классификации НИН к IIIA и IIIB категориям. Это объясняется неопределенностью понятия «ХАП», неясностью этиологии и патогенеза этого заболевания. Больше это касается простатита категории IIIB (ХАП/СХТБ).

Традиционно для лечения ХАП многие авторы предлагают применение антибактериальных средств [17]. Это обусловлено недостаточно изученными этиологией и патогенезом заболевания, влиянием инфекции на его развитие и противоречивостью принятой терминологии. Видимо, диагноз ХАП/СХТБ подразумевает широкий спектр состояний ПЖ и нижних мочевых путей.

К настоящему времени нет единой концепции лечения больных ХАП/СХТБ, а поэтому и предлагают многообразие различных лекарственных средств. Медикаментозная терапия ХАП/СХТБ должна быть этиопатогенетической, учитывать активность, категорию и степень распространенности процесса, являться комплексной и индивидуальной для каждого больного. Лечение, как правило, подбирают интуитивно, эмпирически, посимптомно, что с точки зрения доказательной медицины, недопустимо. Гарантировать полное излечение ХАП невозможно, поэтому целью лечения, особенно для пациентов категории IIIB, является, по мнению J.C. Nickel (1999), улучшение качества жизни [17].

С нашей точки зрения, **антибактериальную терапию** необходимо рекомендовать при наличии клинических, бактериологических или иммунологических признаков инфекции в ПЖ, и выбор антимикробного агента базируется на его активности против предполагаемого возбудителя, возможности достижения им очага инфекции в адекватной концентрации [2, 22]. Необходимо учитывать, что некоторые микроорганизмы нижнего мочевого тракта, которые обычно безвредны, в определенных условиях становятся патогенными. Кроме того, при помощи более чувствительных методов могут быть распознаны до сих пор неизвестные инфекционные агенты [17, 23]. Достаточно широко в лечении хронических простатитов используют α_1 -адреноблокаторы, так как их применение обеспечивает восстановление дисфункционального мочеиспускания [4]. Наиболее эффективно – лечение α_1 -адреноблокаторами больных с СХТБ, поскольку оно воздействует этиопатогенетически путем блокады постсинаптических нервных волокон.

Механизмы патогенеза ХАП необходимо выявить для уточнения точек приложения α_1 -адреноблокаторов при СХТБ:

1. Конгестивный механизм. Воспаление ПЖ, связанное со стойкими застойными явлениями в венах малого таза, приводящими к нарушению дренирования предстательных акциусов. У больных регистрируют изменения микроциркуляции, гемокоагуляции и фибринолиза. Причиной конгестии являются половые нарушения и дизритмия половой жизни. Причиной везикулостатита являются сексуальные повторные возбуждения без физиологического опорожнения ПЖ от секрета. Длительное половое воздержание, ведущее к задержке секрета в ПЖ, также может быть причиной ее асептического воспаления.

2. Иммунные нарушения и аллергический статус. Возникновение ХАП может быть обусловлено иммунологическими процессами, ускоренными неизвестным антигеном или аутоиммунной реакцией [17]. Развитие воспалительного процесса в ПЖ вызывает изменения в системе микроциркуляции, в результате чего повышается сосудистая проницаемость, обуславливающая возможность выхода белков сыворотки крови в окружающие ткани и даже в секрет ПЖ. В зависимости от состояния ее гистогематологических барьеров при различных формах ХП в секрете могут появляться в большем или меньшем количестве белковые фракции сыворотки крови с различной молекулярной массой, что позволяет косвенно судить о транскапиллярном обмене и состоянии мембранных структур органа. При длительном течении заболевания может возникнуть сенсibilизация организма тканями ПЖ, влекущая за собой аллергизацию как местного, так и общего характера.

Второй механизм, предусматривающий возникновение воспалительных реакций замедленного типа к живым возбудителям – микроорганизмам и их токсинам, связан с непосредственным воздействием агента и продуктов распада на ткани органа. В дальнейшем воспалительный процесс в ПЖ поддерживается за счет аутоиммунных механизмов. При рецидивирующем простатите образуются комплексы антиген–антитело, которые оседают на базальных мембранах, в результате чего патологический процесс прогрессирует.

В последнее время все больше внимания уделяется роли цитокинов в развитии и поддержании ХП. Есть сообщения об обнаружении в секрете ПЖ повышенного по сравнению с контролем, уровня интерферона, интерлейкинов 2, 6, 8 и ряда других цитокинов. А. Doble и соавторы (1999) установили, что при ХАП группы ШВ увеличено соотношение CD8 (цитотоксических) к CD4 (хелперов) типов Т-лимфоцитов, а также уровень цитокинов [9].

3. Нарушения барьерной функции ПЖ. ПЖ выполняет барьерную функцию, а ее секрет оказывает антимикробное действие, что препятствует проникновению инфекции в верхние отделы мочевого тракта. Барьерная функция ПЖ ассоциируется с содержанием в ней цинка (Zn). Цинк проявляет *in vitro* антибактериальный эффект на грампозитивные и грамотрицательные бактерии. При бактериальном простатите уровень цинка снижается и не изменяется после перорального приема препаратов Zn. В противоположность этому, при абактериальном простатите уровень Zn восстанавливается при его приеме [21].

Другими факторами, обеспечивающими барьерную функцию органа, являются: факторы клеточного иммунитета (макрофаги и др.), иммуноглобулины IgA, IgG, IgM, которые вырабатываются в железе или проникают через простатический барьер в семенную жидкость, лизоцим, спермин. В норме pH секрета – 6,6. При воспалении показатель pH увеличивается до 7–8. На фоне ХП отмечается достоверное снижение уровня лимонной кислоты.

В случае развития воспалительного процесса в ПЖ она утрачивает свою защитную функцию, превращается в постоянный или длительно действующий очаг инфекции.

4. Нейровегетативные расстройства моторной функции ПЖ и нижних мочевых путей. Некоторые формы ХП обу-

словлены первоначальным нарушением функции симпатической нервной системы и гиперактивностью α_1 -адренорецепторов. В литературе описан интрапростатический протоковый рефлюкс, вызванный турбулентным мочеиспусканием с высоким внутриуретральным давлением [8]. Рефлюкс мочи в протоки и дольки ПЖ может стимулировать стерильную воспалительную реакцию.

5. Нейрогенные нарушения функции мышц тазового дна. Существует также нейромышечная теория патогенеза ХАП. Изучение симптомов и неврологическое обследование могут свидетельствовать о наличии симпатической рефлекторной дистрофии мышц промежности и тазового дна. Различные повреждения на уровне регуляторных центров спинного мозга способны приводить к изменению мышечного тонуса, чаще по гиперспастическому типу, при которых нарушения уродинамики (спазм шейки мочевого пузыря, псевдодиссинергия) сопутствуют или являются следствием этих состояний.

6. Нарушение психосоматического статуса. Клиника ХАП довольно часто сопровождается депрессией у пациентов. Причиной ее может быть постоянный, плохо поддающийся лечению болевой синдром, половые расстройства и другие **клинические проявления СХТБ**

Клинически боль и ощущение дискомфорта в промежности были самыми распространенными симптомами СХТБ. Второе и третье места по распространенности занимают надлобковая боль и дискомфорт, боль и дискомфорт при эякуляции соответственно. Среди симптомов, связанных с мочеиспусканием, самым распространенным была мучительная повышенная частота мочеиспускания, затем – затрудненное мочеиспускание и императивный позыв к мочеиспусканию. По средней частоте проявления симптомов на первом месте – частота мочеиспускания, за ней идут боль и/или дискомфорт в промежности, боль и/или дискомфорт в надлобковой области и затрудненное мочеиспускание.

Применение α_1 -адреноблокаторов впервые было использовано в конце XX века. В литературе можно найти сведения, что α_1 -адреноблокаторы, мышечные релаксанты и физиотерапия снижают степень проявления симптомов у больных ХАП/СХТБ [17,18]. D.E. Osborn и соавторы (1981) одними из первых применили с положительным эффектом при простатодии неселективный препарат феноксбензамин в плацебо-контролируемом исследовании. Улучшение оттока мочи при блокаде α_1 -адренорецепторов шейки мочевого пузыря и ПЖ приводят к ослаблению симптомов [4, 6]. По результатам небольших исследований альфа-блокаторов клинический прогресс наблюдается до 80% случаев [4, 6]. Большинство авторов сообщают, что 3-месячного курса приема α_1 -адреноблокаторов недостаточно для получения стойкого и выраженного снижения симптомов [1, 7, 16, 19].

По данным литературы, при СХТБ используют несколько альфа-адреноблокаторов.

По данным А.В. Сивкова (2002), α_1 -адреноблокаторы способствовали снижению частоты дизурии на 40–65% и боли в промежности на 25–35%, по сравнению с исходным уровнем. Изучение выраженности симптомов с использованием линейных шкал продемонстрировало суммарное уменьшение дизурии на 35% от исходного уровня, в то время как снижение интенсивности боли составило 85%. Столь высокий уровень ответа на лечение свидетельствует о тесной связи боли при ХП с расстройствами уродинамики, а не только с изменениями воспалительного характера. Было достигнуто более чем двукратное уменьшение (66%) показателя качества жизни по шкале NIH CPSP. Эти данные позволяют иначе взглянуть на подходы к диагностике и лечению ХП ШВ [30].

Альфузозин использовали в проспективном рандомизированном плацебо-контролируемом исследовании длительностью 1 год, включавшем 6 мес активного лечения и еще столько же времени наблюдения [15]. Через 6 мес у пациентов, прини-

Параметры фармакокинетики препаратов группы α_1 -адреноблокаторов

Препарат	Биодоступность, %	Время достижения C_{max} (ч)	Зависимость C_{max} от приема пищи	Коррекция дозы от возраста	Эффект «первого прохождения через печень»
Альфузозин	64	9	Да	Нет	Нет
Теразозин	90	1-2	Нет	Нет	Нет
Тамсулозин	100	6	Нет	Нет	Нет
Доксазозин	62-69	2-4	Да	Да	Да

Таблица 2

Частота возникновения побочных эффектов при использовании α_1 -адреноблокаторов

Действующее вещество	Побочный эффект				
	Обморочные состояния, %	Головная боль, %	Постуральная гипотензия, %	Астения, %	Ретроградная эякуляция, %
Теразозин	14	10	2	3-10	0
Тамсулозин	3	2	0	1	8
Доксазозин	16-24	9-12	4-8	8-12	0

мавших альфузозин, было зарегистрировано более выраженное снижение симптомов по шкале NIH-CPSI, достигшее статистической значимости по сравнению с плацебо и контролем: 9,9; 3,8 и 4,3 балла соответственно ($p=0,01$). Внутри этой шкалы только симптомы, характеризующие боль, уменьшились достоверно, в отличие от других, связанных с мочеиспусканием и качеством жизни. В группе альфузозина у 65% пациентов отмечено улучшение по шкале NIH-CPSI более чем на 33%, по сравнению с 24% и 32% в группах плацебо и контроля ($p=0,02$). Через 6 мес после отмены препарата симптомы начали постепенно нарастать как в группе альфузозина, так и плацебо [15].

Использование селективного α_1 -адреноблокатора тамсулозина при ХАП/СХТБ также демонстрирует хороший клинический эффект. В.В. Дьяков и А.В. Говоров (2002) доложили об опыте длительного применения тамсулозина у больных с ХП: 39 пациентов в возрасте от 31 до 62 лет и длительностью заболевания 1,5–10 лет принимали тамсулозин в течение 12 мес [24].

В целом, складывается впечатление, что у больных СХТБ клиническая эффективность всех α_1 -адреноблокаторов практически одинакова, а различаются они только профилем своей безопасности. В то же время, как свидетельствуют наши наблюдения, хотя использование α_1 -адреноблокатора и не позволяет полностью избежать рецидива заболевания после отмены препарата, оно существенно снижает выраженность симптомов и увеличивает время до возникновения рецидива [30].

В клинике используют несколько препаратов группы α_1 -адреноблокаторов. Для лечения ХАП/СХТБ они имеют приблизительно равную ценность. Но практическому врачу необходимо обратить внимание на то, что доксазозин требует жесткого контроля исходного артериального давления крови, даже у больных гипертонической болезнью. Этот препарат имеет так называемый эффект первой дозы. У нормотензивных пациентов доксазозин снижает артериальное давление значительно сильнее теразозина. Теразозин также снижает артериальное давление, хотя и в меньшей степени, учитывая его большую селективность.

В табл. 1 приведены параметры фармакокинетики препаратов группы α_1 -адреноблокаторов.

В табл. 2 приведена частота возникновения разнообразных побочных эффектов α_1 -адреноблокаторов, в частности, теразозина, тамсулозина, доксазозина [3, 11, 13, 14, 20, 26].

Тамсулозин является наиболее простатоселективным α_1 -адреноблокатором в медикаментозном лечении ХАП. Его

эффективность, при почти полном отсутствии побочных явлений, отсутствие необходимости в титровании дозы, отсутствие влияния на артериальное давление могут быть отнесены к терапевтической дозе 0,4 мг/сут при соотносительной клинической эффективности [29]. Тамсулозин является препаратом первого выбора для купирования острой задержки мочи любой этиологии [12, 13].

Кроме α_1 -адреноблокаторов в лечении ХАП используют миорелаксанты и спазмолитики [19], нестероидные противовоспалительные средства и анальгетики [17], растительные экстракты [30], ингибиторы 5 α -редуктазы, антихолинэргические средства, препараты для иммунотерапии [17,18], биорегуляторные пептиды, витамины и микроэлементы [21], препараты энзимотерапии.

Сегодня в странах с развитыми системами здравоохранения рекомендации по диагностике и лечению заболеваний составляют с учетом принципов доказательной медицины. Согласно рекомендациям Института здоровья США (NIH), наиболее часто применяемые методы лечения абактериального простатита, по приоритету, в соответствии с критериями доказательной медицины, представлены в табл. 3.

Таким образом, для лечения ХАП/СХТБ предложено большое число разнообразных препаратов и групп препаратов, применение которых основывается на изучении их влияния на различные звенья патогенеза заболевания.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В отделении сексопатологии и андрологии ГУ «Институт урологии НАМН Украины» в динамике обследованы и пролечены 34 пациента по поводу ХАП/СХТБ. Для монотерапии был использован препарат Фокусин (тамсулозин), который относится к высокоселективным α_1 -адреноблокаторам длительного действия.

Возраст обследованных пациентов был в пределах 24–53 года. Продолжительность заболевания составляла от 2 до 8 лет. Всем больным было произведено стандартное урологическое обследование, включавшее в себя: пальцевое ректальное исследование до и после лечения, измерение гемодинамических показателей, ультразвуграфию (определение количества остаточной мочи в мочевом пузыре), урофлоуметрию в динамике, а также анкетирование больных по шкале IPSS и определение качества жизни по шкале QoL. Параметры, приведенные выше, контролировались на протяжении исследования 2 раза: до начала приема препарата и через 3 мес лечения.

Последовательность наиболее часто применяемых методов лечения СХТБ (по пятибалльной шкале)

Метод лечения	Приоритет (0-5)
Антибактериальные средства (антибиотики)	4,4
α_1 -Адреноблокаторы	3,7
Массаж ПЖ (курс)	3,3
Противовоспалительная терапия (нестероидные противовоспалительные средства, гидроксизин)	3,3
Обезболивающая терапия (анальгетики, амитриптилин, габапентин)	3,1
Лечение методом обратной биологической связи (аноректальный biofeedback)	2,7
Фитотерапия (Serenoa repens/Saw palmetto, кверцетин)	2,5
Ингибиторы 5 α -редуктазы (финастерид)	2,5
Миорелаксанты (диазепам, баклофен)	2,2
Термотерапия (трансуретральная микроволновая термотерапия, трансуретральная игольчатая абляция, лазер)	2,2
Физиотерапия (общий массаж и т.п.)	2,1
Психотерапия	2,1
Альтернативная терапия (медитация, иглоукальвание и т.п.)	2,0
Антикоагулянты (пентосана полисульфат)	1,8
Капсаицин	1,8
Аллопуринол	1,5
Оперативное лечение (трансуретральная резекция шейки мочевого пузыря, ПЖ, трансуретральная инцизия ПЖ, радикальная простатэктомия)	1,5

После осмотра врачом больных включали в группу, получающую один раз в сутки перорально 0,4 мг тамсулозина (Фокусин). Больные получали препарат в виде монотерапии. Эффективность оценивалась на основании первичных критериев (уменьшение баллов IPSS и QoL) и вторичных параметров (увеличение максимальной скорости потока мочи, уменьшение количества остаточной мочи, оценка безопасности и переносимости препарата при каждом посещении). При последнем визите регистрировали субъективную оценку пациентами и лечащими врачами эффективности и переносимости препарата.

По результатам проведенного комплексного обследования были диагностированы ХАП, сопровождающийся СХТБ у всех 34 пациентов. Наряду с жалобами на дизурию и выраженный болевой синдром (34; 100% больных), у 10 (29,4%) пациентов диагностировано снижение адекватных эрекций, у 7 (20,6%) – относительное ускорение эякуляции. При ректальной пальпации ПЖ болезненность отмечена у всех 34 (100%) пациентов, у 14 (41,1%) пальпировались расширенные и болезненные семенные пузырьки. Исследование секрета ПЖ не выявило воспалительной лейкоцитарной реакции. При бактерио-

логическом обследовании – патологической микрофлоры также не было выявлено, то есть у больных диагностирована абактериальная форма ХП.

Ультразвуковое исследование (УЗИ) позволило объективно определить размеры ПЖ, а у 6 (17,6%) пациентов диагностированы патологические включения – камни ПЖ, что можно рассматривать в качестве осложнения ХП и одной из причин дизурии и алгического синдрома у этих пациентов.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В результате лечения состояние больных довольно быстро улучшилось. Применение монотерапии препаратом тамсулозин (Фокусин) обеспечило быстрый клинический эффект. Болевые ощущения ликвидированы по окончании трехмесячного курса лечения у 33 (97,1%) из 34 обследованных, дизурические явления купированы у 32 (94,1%) из 34 больных. У 8 (80,0%) из 10 больных улучшилась эректильная функция, преждевременная эякуляция купирована у 6 из 7 пациентов (85,7%) (рис. 1).

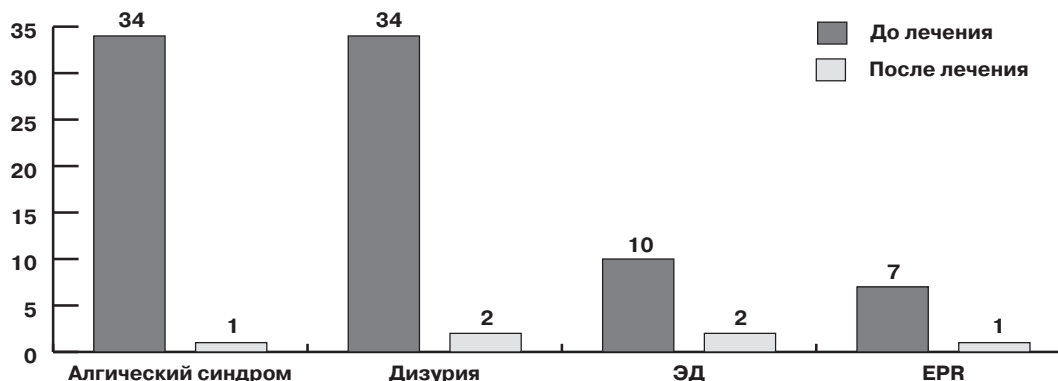


Рис. 1. Динамика клинических проявлений во время лечения Фокусинном

Таблица 4

Изменение размеров ПЖ в ходе лечения (по данным УЗИ)

Продольный размер		Поперечный размер	
До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
4,4±0,2	4,3±0,2 p>0,05	4,3±0,2	4,2±0,1 p>0,05

Примечание: p – достоверность различий показателей до и после лечения.

Таблица 5

Показатели мочеиспускания до и после лечения

Показатели	До лечения	После лечения	Достоверность
IPSS	18,2±1,2	4,3±0,5	P<0,05
Количество мочеиспусканий за ночь	2,4±0,3	0,6±0,2	P<0,05
Качество жизни (QoL)	4,5±0,3	1,3±0,3	P<0,05

УЗИ проводили с целью определения продольного и поперечного размеров ПЖ, ее консистенции, обнаружения конкрементов. Результаты УЗИ представлены в табл. 4.

Как свидетельствуют данные табл. 4, достоверных различий продольного и поперечного размеров ПЖ до и после лечения выявлено не было. Вероятно, для получения более выраженных положительных изменений необходим более продолжительный прием исследуемого препарата. В табл. 5 приведены показатели, характеризующие мочеиспускание.

Как видно из табл. 5, отмечено достоверно улучшение показателей, характеризующих мочеиспускание.

Наряду с субъективной оценкой больными эффективности препарата Фокусин проведено объективное измерение ряда показателей до и после лечения (табл. 6).

Как видно из данных табл. 6, после лечения препаратом Фокусин достоверно увеличилась максимальная скорость мочеиспускания (рис. 2, 3).

В процессе терапии препаратом Фокусин у 2 (5,9%) больных отмечены побочные эффекты в виде нарушения эякуляции. Однако ни один из них не прекратил лечения.

Оценка эффективности лечения проведенная исследователем на основании клинических данных и результатов объективной характеристики мочеиспускания, а также субъективная оценка лечения со стороны пациентов представлены в табл. 7.

Как видно из данных табл. 7, препарат Фокусин достаточно эффективен при использовании в виде монотерапии у

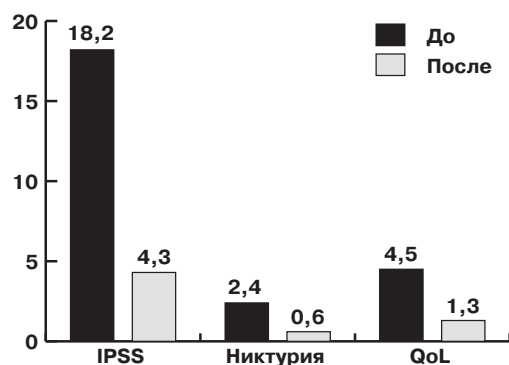


Рис. 2. Динамика субъективных показателей

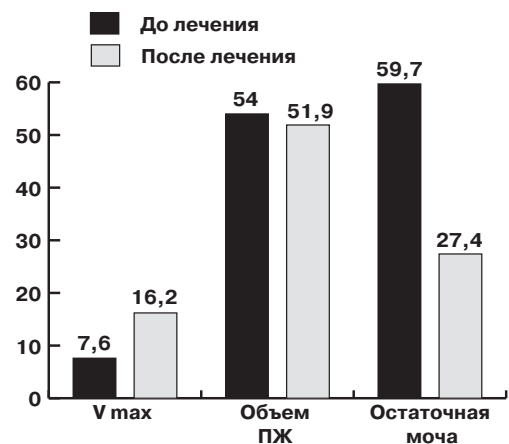


Рис. 3. Динамика объективных показателей

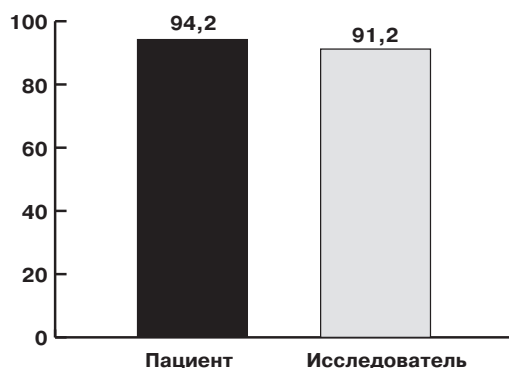


Рис. 4. Оценка эффективности монотерапии Фокусинем больных с СХТБ

Таблица 6

Показатели максимальной скорости мочеиспускания, объема ПЖ и количества остаточной мочи у больных ХАП

Показатели	До лечения	После лечения	Достоверность различий
Максимальная скорость мочеиспускания	7,6±0,5	16,2±0,7	P<0,05
Объем предстательной железы (г) V	54,4±2,0	51,9±1,8	P>0,05
Количество остаточной мочи (мл) RU	59,7±4,5	27,4±2,2	P>0,05

Таблица 7

Оценка эффективности лечения препаратом Фокусин

Объект	Оценка эффективности			
	Высокая	Достаточная	Низкая	Отсутствие
Исследователь	14 (41,2%)	17 (50,0%)	2 (5,9%)	1 (2,9%)
Пациенты	16 (47,1%)	16 (47,1%)	1 (2,9%)	1 (2,9%)

больных с ХАП, сопровождающимся СХТБ, как по оценке врача (91,2%), так и по оценке пациентов (94,2%).

ВЫВОДЫ

Из материалов исследования можно сделать выводы, что препарат Фокусин достаточно эффективен при использовании в виде монотерапии ХАП/СХТБ как по оценке врача (91,2%), так и по оценке пациентов (94,2%). Препарат хорошо переносится больными, а побочные эффекты отмечены лишь у 5,9% пациентов. Препарат Фокусин может быть рекомендован для лечения больных с ХАП/СХТБ.

Вивчення клінічної ефективності α_1 -адреноблокатора тамсулозину у чоловіків при хронічному абактеріальному простатиті/синдромі хронічного тазового болю І.І. Горпинченко, Ю.М. Гурженко

Проведено оцінювання ефективності терапії хронічного абактеріального простатиту/синдрому хронічного тазового

болю препаратом Фокусин у 34 чоловіків. Отримані позитивні результати. Ефективність лікування препаратом складала 91,2–94,2%. Одержані результати дозволяють рекомендувати препарат Фокусин для використання в андрологічній практиці.

Ключові слова: хронічний абактеріальний простатит/синдром хронічного тазового болю, α_1 -адреноблокатори, Фокусин, тамсулозин, лікування.

Studying of clinical efficiency of α_1 -adrenoblockator tamsulozinum at men with the chronic abacterial prostatitis / chronic pelvic pain syndrome I.I. Gorpinchenko, YU.M. Gurzhenko

The estimation of therapy efficiency of the chronic abacterial prostatitis / chronic pelvic pain syndrome with the application the medicine Fokusin at 34 men was done. Positive results are received. Efficiency of treatment by this medicine was 91,2–94,2%. The received results allow recommending the medicine Fokusin for using in andrological practice.

Key words: chronic abacterial prostatitis / chronic pelvic pain syndrome, α_1 -adrenoblockator, Fokusin, tamsulosin, treatment.

Сведения об авторах

Горпинченко Игорь Иванович – ГУ «Институт урологии НАМН Украины», 04053, г. Киев, ул. Ю. Коцюбинского, 9А.
E-mail: sexology@sexology.kiev.ua

Гурженко Юрий Николаевич – ГУ «Институт урологии НАМН Украины», 04053, г. Киев, ул. Ю. Коцюбинского, 9А.
E-mail: sexology@sexology.kiev.ua

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- Barbalis G.A., Nikiforidis G., Liatsikos E.N. Alpha-blockers for the treatment of chronic prostatitis in combinations with antibiotics. / J. Urol. – 1998. – Vol. 159. – P. 993–887.
- Bjerclund Johansen T.E., Gruneberg R.N., Guibert J. et. al. The Role of Antibiotics in the Treatment of Chronic Prostatitis: A Consensus Statement. Eur. Urol 998; 34: 457–466.
- C.R. Chapple Selective α_1 A-adrenoceptor antagonists in Benign Prostatic Hyperplasia: rationale and clinical experience. Eur Urol 1996; 29: 129–44.
- Caropreso D, Moon T. D. Current Urology Reports 2000, 1: 148–154.
- Chappee CR, Carter P, Christmas TJ, et. al. A three-month double-blind study of doxazosin as treatment for benign prostatic obstruction. Br J Urol 1994;74:50–6.
- De la Rosette J.J.M.C., Hubregste M.R., Meuleman E.J.H. et. al. Diagnosis and treatment of 409 patients with prostatitis syndromes. Urology 1993; (41):301–307.
- De la Rosette J.J.M.C.H., Karthaus H.F.M., van Kerrebroeck P.E.V.A. et al. Research in 'prostatic syndromes': the use of alfuzosin (a new alpha-1 receptor blocking agent) in patients mainly presenting with micturition complains of an irritative nature and confirmed urodynamic abnormalities. / Eur. Urol. – 1992. – Vol. 22. – P. 222–227.
- Dominique G.J., Human L.G., Hellstrom W.J.G. Hidden microorganisms in «abacterial» prostatitis/prostatodynia. J. Urol 1997; 157 (4): 243A
- Drach G.W., Meares E.M., Fair W.R., Stamey T.A. Classification of benign diseases associated with prostatic pain: Prostatitis or pros-tatodynia //J. Urology. – 1978. – Vol. 120. – P. 266.
- G.D. Webster, J.L. Lockhart, R.A. Older. The evaluation of bladder-neck dysfunction // J. Urol. – 1980. – Vol. 123. – P. 196.
- Gillenwater JY, Conn RL, Chryslant SG, et al. Doxazosin for the treatment of benign prostatic hyperplasia in the patients with mild to moderate essential hypertension // J Urol 154:110–15.
- Lepor H: Medical management of benign prostatic hyperplasia // Urology 1993; 42:483–401.
- Lepor H: Role of long-acting selective alpha 1 blocker in the treatment of benign prostate hyperplasia // Urol. Clin. North Am 1990; 17:651–659.
- Lowe F.C. «Safety assessment of terazosin in the treatment of patient with symptomatic benign prostatic hyperplasia: a combined analysis». Urology, 44(1): 46–51, 1994.
- Mehik A., Alas P., Nickel J.C. et al Alfuzosin treatment for chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: a prospective, randomized, double-blind, placebo-controlled, pilot study / Urology. – 2003. – Vol. 62. – P. 425–429.
- Neal D.E., Moon T.D. Use of terazosin in prostatodynia and validation of symptom score questionnaire / Urology. – 1994. – Vol. 43. – P. 460–465.
- Nickel J.C, Sorensen R. Transurethral microwave thermotherapy of nonbacterial prostatitis and prostatodynia: initial experience //Urology, 1994. – Vol. 44. – P. 458–460.
- Nickel J.C Prostatitis: Myths and realities //Urology. – 1998. – Vol. 51. – P. 362–366.
- Osborn D.E., George N.J.R., Rao P.J/. et al. Prostatodynia: physiological characteristics and rationale management with muscle relaxants. / Br. J. Urol. – 1987. – Vol. 53. – P. 621–623.
- Roehborn CG, Oesterling JE, Lloyd K, et. al. Hytrin community assesment trial //J Urol 1995;153:272A.
- Stamey T.A. Pathogenesis and treatment of Urinary Tract Infections. Baltimore, Williams and Wilckins; 1980.342–429.
- Theodoroy C., Vecopoulos T. Prostatitis. Prostate cancer and Prostatic Diseases 1999; 2: 234–240.
- Weidner W., Schiefer H.G, Krauss H. et. al. Chronic prostatitis: A through search for etiologically involved microorganisms in 1461 patients. Infection 1991; 19 (3): 119–125.
- Дьяков В.В., Говоров А.В. Опыт длительного применения тамсулозина (омник) у больных хроническим простатитом / Урология. – 2002. – № 5. – С. 1–4.
- Молочков В.А., Ильин И.И. Хронический уретрогенный простатит. – М., 1998.
- Пушкарь Д.Ю., Коско Д.В., Лоран О.Б. и др. Опыт применения финастерида и terazosina у больных с доброкачественной гиперплазией простаты // Урол. и нефрол. – 1995. – № 4. – С. 32–35.
- Руководство по андрологии /Под ред. О.Л. Тиктинского. – Л., 1990.
- Руководство по урологии /Под ред. Н.А. Лопаткина. – В 3-х томах. – М., 1998.
- Пасечников С.П., Бухалов Ю.В. Обґрунтування вибору α_1 -адреноблокатора для купірування гострої затримки сечі. – Інститут урології АМН України // Здоров'я мужчини, 3(10) 2004; 158:160.
- Сивков А.В., Ощепков В.Н., Егоров А.А. Применение α_1 -адреноблокаторов у больных хроническим простатитом / Consilium-medicum – 2002. – Т. 4. – С. 385–390.
- Юнда И.Ф. Простатиты. – К., 1987.

Статья поступила в редакцию 13.06.2013