

# Опыт применения альфа-адреноблокатора тамсулозина при синдроме хронической тазовой боли у мужчин

И.И. Горпинченко, Ю.Н. Гурженко, В.В. Спиридоненко, В.В. Козлов<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ГУ «Институт урологии НАМН Украины», г. Киев

<sup>2</sup>Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца, г. Киев

**Цель исследования:** оценивание эффективности терапии хронического абактериального простатита/синдрома хронической тазовой боли (ХАП/СХТБ) препаратом Тамсин Форте. **Материалы и методы.** В динамике обследованы и пролечены 34 пациента по поводу ХАП/СХТБ. Для монотерапии был использован препарат Тамсин Форте (тамсулозин), который относится к высокоселективным  $\alpha_1$ -адреноблокаторам длительного действия. Возраст обследованных пациентов составил от 24 до 42 лет. Продолжительность заболевания – от 2 до 4 лет. Всем пациентам было проведено стандартное урологическое обследование.

**Результаты.** Применение монотерапии препаратом Тамсин Форте обеспечило быстрый клинический эффект. Болевые ощущения ликвидированы по окончании трехмесячного курса лечения у 32 (94,1%) из 34 обследованных, дизурические явления купированы у 31 (91,2%). У 7 (87,5%) из 8 больных отмечали улучшение эректильной функции, преждевременная эякуляция купирована у 9 (81,8%) из 11 пациентов. После лечения препаратом Тамсин Форте достоверно увеличилась максимальная скорость мочеиспускания.

**Заключение.** Препарат Тамсин Форте достаточно эффективен при использовании в виде монотерапии у больных с ХАП, сопровождающимся СХТБ, как по оценке врача (94,2%), так и по оценке пациентов (91,2%). Полученные результаты позволяют рекомендовать препарат Тамсин Форте для использования в андрологической практике.

**Ключевые слова:** хронический абактериальный простатит/синдром хронической тазовой боли,  $\alpha$ -адреноблокаторы, Тамсин Форте.

Актуальность проблемы хронических воспалительных заболеваний мужских половых органов не подлежит сомнению, потому что около половины мужчин страдает этим заболеванием в какой-либо период своей жизни [21, 28]. Болезнь сопровождается симптоматикой различной тяжести, осложняется психологическими проблемами, ухудшая качество жизни мужчин.

Почти у 19% мужского населения Украины от 20 до 60 лет диагностируют хронический простатит (ХП) [31]. Термин «хронический простатит» обозначает целый спектр патологических состояний ткани предстательной железы (ПЖ) инфекционный простатит, синдром хронической тазовой боли (СХТБ), простатодиния при абактериальном простатите, инфекционно-аллергические и обменные нарушения железы и т.д.).

Согласно данным профессора J.C. Nickel, ХП рассматривают как мультифакториальный каскад патологических превращений, которые инициируются тем или иным агентом и приводят к возникновению известных симптомов [17]. Он же создал соответствующую классификацию простатита, в которой выделены: бактериальные простатиты (острые и хронические); хронические абактериальные простатиты (ХАП) (боль + воспали-

ние – классическая мочевиная инфекция); простатодиния или СХТБ (боль – воспаление – мочевиная инфекция) [18].

Коллектив Института национального здоровья США (НИН) предложил свою классификацию ХП. Согласно его определению, категории I (острый бактериальный простатит) и II (хронический бактериальный простатит) соответствуют традиционному выделению острого и хронического бактериального простатита. Определение новых категорий: СХТБ, воспалительного и невоспалительного простатита (категория III) и бессимптомного воспалительного простатита (категория IV), было направлено на решение проблем традиционной классификации. Сложность лечения ХП представляется проблемой выбора групп лекарственных препаратов для лечения больных ХАП, относящегося по классификации НИН к категориям IIIA и IIIB. Это объясняется неопределенностью понятия «ХАП», а также неясностью этиологии и патогенеза этого заболевания. Больше это касается простатита категории IIIB (ХАП/СХТБ).

На сегодня единая концепция лечения больных ХАП/СХТБ отсутствует. Лекарственная терапия ХАП/СХТБ должна быть этиопатогенетической, учитывать активность, категорию и степень распространенности процесса, являться комплексной и индивидуальной для каждого больного. В большинстве случаев лечение подбирается интуитивно, эмпирически, посимптомно, что на самом деле недопустимо. Конечной целью лечения пациентов категории IIIB является, по мнению J.C. Nickel (1999), улучшение качества жизни [17].

Следует отметить, что антибактериальную терапию необходимо рекомендовать при наличии определенных клинических, бактериологических или иммунологических признаков инфекции в простатовезикулярном комплексе [2, 22]. Необходимо учитывать, что некоторые уропатогены нижнего мочевого тракта, которые обычно не получают клинической реализации, в определенных условиях становятся патогенными [17, 23]. Широко в лечении ХП используются  $\alpha_1$ -адреноблокаторы, так как их применение обеспечивает ликвидацию дизурии [4]. Наиболее эффективно лечение  $\alpha_1$ -адреноблокаторами у больных с СХТБ, поскольку оно воздействует этиопатогенетически, путем блокады постсинаптических нервных волокон.

## Патофизиология СХТБ

Для уточнения точек приложения  $\alpha_1$ -адреноблокаторов при СХТБ необходимо указать механизмы патогенеза ХАП. Во-первых, это *конгестивный механизм*, который связан с выраженными застойными явлениями в венах малого таза, приводящими к нарушению дренирования предстательных акцинусов. Половое воздержание ведет к задержке секреции в ПЖ, что также может быть причиной хронической конгестии. Во-вторых, это нарушения *иммунного и аллергического статуса* [17], при которых может возникнуть сенсибилизация организма антигенами ткани ПЖ, влекущая за собой аллергизацию организма местного и общего характера.

Кроме того, возникают воспалительные реакции замедленного типа к живым возбудителям – микроорганизмам и их токсинам, связанные с непосредственным воздействием агента и продуктов распада на ткани органа. Также воспалительный процесс в ПЖ поддерживается за счет аутоиммунных механизмов, потому что при рецидивирующем простатите образуются комплексы антиген–антитело, которые оседают на базальных мембранах клеток. А. Doble и соавторы (1999) установили, что при ХАП группы ШВ наблюдают увеличение соотношения CD8 (цитотоксических) к CD4 (хелперов) типов Т-лимфоцитов, а также высокий уровень провоспалительных цитокинов [9].

Третий фактор патогенеза – это *нарушение барьерной функции предстательной железы*, которая ассоциируется с содержанием в ней цинка. Цинк оказывает *in vitro* антибактериальный эффект на грамположительные 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 применении [21].

Еще одним важным механизмом патогенеза ХАП являются *нейровегетативные расстройства моторной функции ПЖ и нижних мочевых путей*, которые связаны с первоначальным нарушением функции симпатической нервной системы и гиперактивностью  $\alpha_1$ -адренорецепторов. Интрапростатический протоковый рефлюкс может быть вызван турбулентным мочеиспусканием с высоким внутриуретральным давлением [8]. Рефлюкс мочи в протоки и долики ПЖ стимулирует асептическую воспалительную реакцию.

Следующий механизм развития ХАП представляет собой *нейрогенные нарушения функции мышц тазового дна*. Определенные повреждения на уровне регуляторных центров спинного мозга приводят к изменению мышечного тонуса, чаще по гиперспастическому типу, при которых нарушения уродинамики (спазм шейки мочевого пузыря, псевдодиссинергия) сопутствуют или являются следствием этих состояний. Приведенное выше нарушает **психосоматический статус пациентов**, что сопровождается депрессией, причиной которой может быть постоянный, плохо поддающийся лечению болевой синдром, половые расстройства и др.

**Клиника СХТБ** представляет собой несколько синдромов:

- основной – алгический синдром. Это боль и ощущение дискомфорта в промежности, надлобковая боль и дискомфорт, боль и дискомфорт при эякуляции;

- дизурический синдром представлен повышенной частотой мочеиспускания, затрудненным мочеиспусканием, а также императивным позывом к мочеиспусканию.

### Лечение СХТБ

Применение  $\alpha_1$ -адреноблокаторов впервые было описано в конце 90-х годов XX века. Описано, что  $\alpha_1$ -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 СХТБ неселективный препарат феноксифензамин в плацебо-контролируемом исследовании. Улучшение оттока мочи при блокаде  $\alpha_1$ -адренорецепторов шейки мочевого пузыря и ПЖ приводят к ослаблению симптомов [4, 6]. По результатам некоторых исследований  $\alpha_1$ -блокаторов клинический прогресс наблюдается в 48–80% случаев [4, 6]. Некоторые авторы сообщают, что 3-месячный курс  $\alpha_1$ -адреноблокаторов недостаточен для получения стойкого и выраженно сниженного симптомов [1, 7, 16, 19].

На сегодня при наличии СХТБ используют несколько  $\alpha_1$ -адреноблокаторов. Так, А.В. Сивков (2002) рекомендует монотерапию теразозином больных ХАП/СХТБ. Он утверждает, что данное лечение приводит к симптоматическому улучшению у большинства пациентов (96%), в том числе: к уменьше-

нию дизурии – у 82%, частоты мочеиспусканий – у 96% и боли – у 93%. Альфа-адреноблокаторы способствуют уменьшению 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 указывает на тесную связь боли при ХП с расстройствами уродинамики, а не только с изменениями воспалительного характера. Было достигнуто более чем двухкратное уменьшение (66%) показателя качества жизни по шкале NIH-CPSI, что свидетельствует о положительном влиянии препарата на качество жизни пациента. Эти данные позволяют иначе взглянуть на подходы к диагностике и лечению ХП ШВ [30].

Применение альфузозина описано 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, принимавших 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 65% состояния пациентов улучшилось 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 в группе плацебо [15].

Опыт использования селективного  $\alpha_1$ -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 ХП: 39 пациентов в возрасте от 31 до 62 лет и длительностью заболевания 1,5–10 лет принимали тамсулозин в течение 12 мес. Положительный эффект был достигнут у 71,8% пациентов. Через год терапии снижение по шкале I-PSS составило 5,3 балла (52%), а снижение показателя QoL – 3,1 пункта (79%). Количество побочных эффектов оказалось сравнимо в группах тамсулозина и плацебо [24].

У больных СХТБ клиническая эффективность различных  $\alpha_1$ -адреноблокаторов практически одинакова, различаются они лишь профилем своей безопасности. Использование  $\alpha_1$ -адреноблокатора не позволяет полностью избежать рецидива заболевания после отмены препарата, однако оно существенно снижает выраженность симптомов и увеличивает время до возникновения рецидива [30].

В клинике ГУ «Институт урологии НАМН Украины» используют несколько препаратов группы  $\alpha_1$ -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 (АД) крови и титрования дозы, даже у больных артериальной гипертензией. Этот препарат имеет так называемый «эффект первой дозы». У нормотензивных пациентов он снижает АД значительно сильнее теразозина.

Для сравнения в табл. 1 приведены параметры фармакокинетики препаратов группы  $\alpha_1$ -адреноблокаторов.

Также можно сравнить частоту возникновения разнообразных побочных эффектов  $\alpha_1$ -адреноблокаторов [3, 11, 13, 14, 20, 26] (табл. 2).

Как видно из данных табл. 2, тамсулозин является наиболее простатоселективным  $\alpha_1$ -адреноблокатором для лечения ХАП. Его эффективность, при минимальном количестве побочных явлений, отсутствие необходимости в титровании дозы, отсутствие влияния на АД могут быть отнесены к терапевтической дозе 0,4 мг

Параметры фармакокинетики препаратов группы  $\alpha_1$ -адреноблокаторов

Препарат	Биодоступность, %	Время достижения $C_{\max}$ (год.)	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  $\alpha_1$ -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

Таблица 3

Изменение размеров ПЖ в ходе лечения (по данным УЗИ)

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

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

Таблица 4

Показатели мочеиспускания до и после лечения

Показатель	До лечения	После лечения	Достоверность
IPSS, баллы	19,3±1,4	4,6±0,5	P<0,05
Количество мочеиспусканий за ночь	2,8±0,3	0,5±0,2	P<0,05
QoL, баллы	4,3±0,3	1,2±0,3	P<0,05

при соотносительной клинической эффективности [29]. Поэтому препарат тамсулозин является препаратом первого выбора для профилактики острой задержки мочи любой этиологии [12, 13].

В лечении ХАП кроме  $\alpha_1$ -адреноблокаторов используют:

- миорелаксанты и спазмолитики [19];
- нестероидные противовоспалительные средства и анальгетики [17];
- растительные экстракты [30];
- ингибиторы 5 $\alpha$ -редуктазы, антихолинергические средства, препараты для иммунотерапии [17, 18];
- биорегуляторные пептиды, витамины и микроэлементы [21];
- препараты энзимотерапии.

Это необходимо для индивидуализации лечения.

**Цель исследования:** оценивание эффективности терапии хронического абактериального простатита/синдрома хронической тазовой боли препаратом Тамсин Форте.

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

На базе отделения сексопатологии и андрологии ГУ «Институт урологии НАМН Украины» в динамике обследованы и пролечены 34 пациента по поводу ХАП/СХТБ. Для монотерапии был использован препарат Тамсин Форте (тамсулозин), который относится к высокоселективным  $\alpha_1$ -адреноблокаторам длительного действия. Возраст обследованных пациентов составил от 24 до 42 лет. Продолжительность заболевания – от 2 до 4 лет.

Всем пациентам было проведено стандартное урологическое обследование, включающее в себя: пальцевое ректальное исследование до и после лечения, измерение гемодинамических показателей, ультрасонографию (структуру и объем ПЖ, определение количества остаточной мочи в мочевом пузыре),

урофлоуметрию в динамике, а также анкетирование по шкале IPSS и определение качества жизни по шкале QoL. Параметры, приведенные выше, контролировались на протяжении исследования дважды: до начала применения препарата и через 3 мес лечения. После этого больные получали Тамсин Форте в виде монотерапии один раз в сутки перорально 0,4 мг.

### Оценка эффективности лечения

Эффективность оценивали 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 регистрировалась субъективная оценка пациентами и лечащим врачом эффективности и переносимости препарата.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

По результатам проведенного комплексного обследования были диагностированы случаи ХАП, сопровождающиеся СХТБ у всех 34 (100%) пациентов. Наряду с жалобами на дизурию и выраженный болевой синдром у 8 (23,5%) пациентов диагностировано снижение адекватных эрекций, у 11 (32,4%) – относительное ускорение эякуляции. При ректальной пальпации ПЖ болезненность отмечалась у всех пациентов, у 17 (50,0%) были выявлены признаки расширения и болезненности семенных пузырьков.

Исследование секрета ПЖ не выявило классической воспалительной лейкоцитарной реакции. При бактериологическом обследовании клинически значимой патологической микрофлоры также не было выявлено, то есть у больных диагностирована абактериальная форма ХП.

Объем ПЖ и количества остаточной мочи у больных ХАП

Показатель	До лечения	После лечения	Достоверность
Максимальная скорость мочеиспускания	6,3±0,6	14,1±0,8	P<0,05
Объем ПЖ, г	37,3±1,8	31,1±1,2	P>0,05
Количество остаточной мочи, мл	33,7±3,5	18,3±2,1	P>0,05

Таблица 6

Оценка эффективности лечения препаратом Тамсин Форте

	Оценка эффективности			
	Высокая	Достаточная	Низкая	Отсутствие
Исследователь	14 (41,2%)	18 (53,0%)	1 (2,9%)	1 (2,9%)
Пациенты	15 (44,1%)	16 (47,1%)	2 (5,9%)	1 (2,9%)

Ультразвуковое исследование позволило объективно определить размеры ПЖ, а у 14 (41,1%) пациентов диагностировать патологические включения – камни ПЖ, что можно рассматривать в качестве осложнения ХП, а также одной из причин дизурии и алгического синдрома у этих пациентов.

Применение монотерапии препаратом Тамсин Форте обеспечило быстрый клинический эффект.

Болевые ощущения ликвидированы по окончании трехмесячного курса лечения у 32 (94,1%) из 34 обследованных, дизурические явления купированы у 31 (91,2%). У 7 (87,5%) из 8 больных отмечали улучшение эректильной функции, преждевременная эякуляция купирована у 9 (81,8%) из 11 пациентов.

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

Как свидетельствуют данные табл. 3, достоверных различий продольного и поперечного размеров ПЖ до и после лечения выявлено не было. Вероятно, для получения более выраженных положительных изменений необходимо более продолжительное использование исследуемого препарата. В табл. 4 приведены показатели, характеризующие мочеиспускание.

Как свидетельствуют данные табл. 4, имеется достоверно улучшение показателей, характеризующих мочеиспускание.

Наряду с субъективной оценкой больными эффективности препарата теразозин, проведено объективное измерение ряда показателей до и после лечения (табл. 5).

После лечения препаратом Тамсин Форте достоверно увеличилась максимальная скорость мочеиспускания (см. табл. 5, рис. 2, 3).

В процессе терапии препаратом Тамсин Форте у 2 (5,9%) пациентов 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. 6.

Как видно из данных табл. 6, препарат Тамсин Форте достаточно эффективен при использовании в виде монотерапии у больных с ХАП, сопровождающимися СХТБ, как по оценке врача (94,2%), так и по оценке пациентов (91,2%).

### ВЫВОДЫ

1. Препарат Тамсин Форте достаточно эффективен при использовании в виде монотерапии хронического абактериального простатита/синдрома хронической тазовой боли (ХАП/СХТБ) как по оценке врача (94,2%), так и по оценке пациентов (91,2%).

2. Препарат хорошо переносится больными, побочные эффекты отмечены лишь у 5,9% пациентов.

3. Препарат Тамсин Форте может быть рекомендован для лечения больных ХАП/СХТБ.

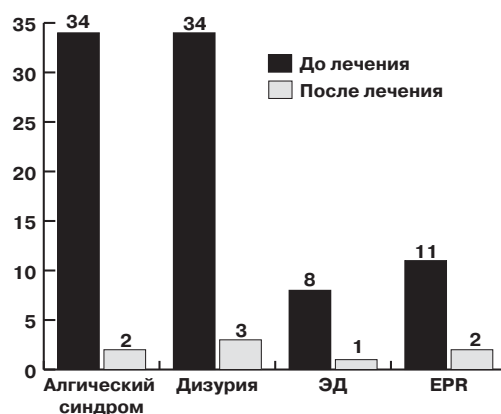


Рис. 1. Динамика клинических проявлений во время лечения Тамсином Форте

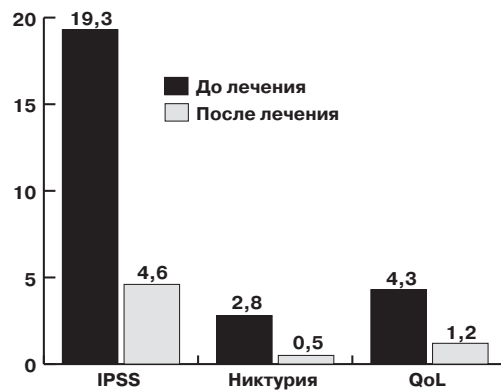


Рис. 2. Динамика субъективных показателей

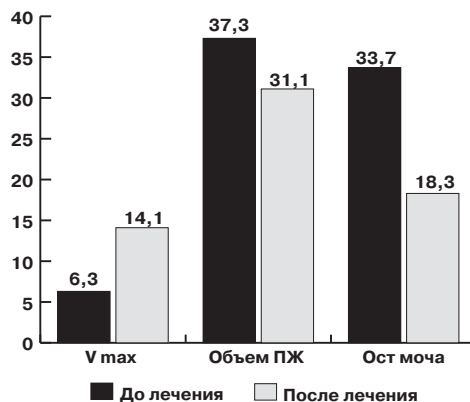


Рис. 3. Динамика объективных показателей

## Досвід застосування альфа-адреноблокатора тамсулозину при синдромі хронічного тазового болю у чоловіків

I.I. Горпинченко, Ю.М. Гурженко, В.В. Спиридоненко, В.В. Козлов

**Мета дослідження:** оцінювання ефективності терапії хронічного абактеріального простатиту/синдрому хронічного тазового болю (ХАП/СХТБ) препаратом Тамсін Форте.

**Матеріали та методи.** У динаміці обстежені і проліковані 34 пацієнта з приводу ХАП/СХТБ. Для монотерапії був використаний препарат Тамсін Форте (тамсулозин), який відноситься до високоселективних  $\alpha_1$ -адреноблокаторів тривалої дії. Вік обстежених пацієнтів склав від 24 до 42 років. Тривалість захворювання – від 2 до 4 років. Усім пацієнтам було проведено стандартне урологічне обстеження.

**Результати.** Застосування монотерапії препаратом Тамсін Форте забезпечило швидкий клінічний ефект. Больові відчуття ліквідовані після закінчення тримісячного курсу лікування у 32 (94,1%) з 34 обстежених, дизуричні явища купіровані у 31 (91,2%). У 7 (87,5%) з 8 хворих спостерігали поліпшення еректильної функції, передчасна еякуляція купірована у 9 (81,8%) з 11 пацієнтів. Після лікування препаратом Тамсін Форте достовірно збільшилася максимальна швидкість сечовипускання.

**Заключення.** Препарат Тамсін Форте досить ефективний при використанні у вигляді монотерапії у хворих з ХАП, що супроводжується СХТБ, як за оцінкою лікаря (94,2%), так і за оцінкою пацієнтів (91,2%). Отримані результати дозволяють рекомендувати препарат Тамсін Форте для використання в андрологічній практиці.

**Ключові слова:** хронічний простатит абактеріальний/синдром хронічного тазового болю,  $\alpha$ -адреноблокатори, Тамсін Форте.

## Studying clinical of efficiency $\alpha$ -adrenoblockator tamsulosinum at men at of the chronic abacterial prostatitis or chronic pelvic pain syndrome

I.I. Gorpichenko, Yu.M. Gurzhenko, V.V. Spiridonenko, V.V. Kozlov

**The objective** was to evaluate the efficacy of therapy for chronic abacterial prostatitis / chronic pelvic pain syndrome (HAP / CPPS) with Tamsin Forte.

**Patients and methods.** In the dynamics, 34 patients were examined and treated for HAP / CPPS. For monotherapy, Tamsin Forte (tamsulosin) was used, which refers to highly selective  $\alpha_1$ -adrenoceptor blockers. The age of the examined patients was from 24 to 42 years. The duration of the disease is from 2 to 4 years. All patients underwent a standard urological examination.

**Results.** The use of monotherapy with Tamsin Forte provided a quick clinical effect. Painful sensations were eliminated at the end of a three-month course of treatment in 32 (94.1%) of 34 subjects, dysuric phenomena were stopped in 31 (91.2%). In 7 (87.5%) of 8 patients, improvement of erectile function was noted, premature ejaculation was stopped in 9 (81.8%) of 11 patients. After treatment with Tamsin Forte, the maximum speed of urination was significantly increased.

**Conclusion.** The drug Tamsin Forte is quite effective when used as monotherapy in patients with HAP accompanied by CPPS, as assessed by the doctor (94.2%), and according to the patient's assessment (91.2%). The results obtained make it possible to recommend Tamsin Forte for use in andrological practice.

**Key words:** chronic abacterial prostatitis or chronic pelvic pain syndrome,  $\alpha$ -adrenoblockator, Tamsin Forte.

### Сведения об авторах

Горпинченко Игорь Иванович – ГУ «Институт урологии НАМН Украины», 04053, г. Киев, ул. В. Винниченко, 9а. E-mail: [sexology@sexology.kiev.ua](mailto:sexology@sexology.kiev.ua)

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

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

Козлов Вадим Владиславович – Национальный медицинский университет имени А.А.Богомольца, 01601, г. Киев, бул. Т.Г. Шевченко, 13

### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

- Barbalis G.A., Nikiforidis G., Liatskos E.N. Alpha-blockers for the treatment of chronic prostatitis in combinations with antibiotics // J. Urol. – 1998. – Vol. 159. – P. 993–987.
- Björklund 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 1998; 34: 457–466.
- C.R. Chapple Selective  $\alpha_1$ 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.H., 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 complaints 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 prostatodynia // J. Urology. – 1978. – Vol. 120. – P. 266.
- Webster G.D., Lockhart J.L., Older R.A. The evaluation of bladderneck 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., Sorensson 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 / 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 assesement trial. J Urol 1995; 153: 272A.
- Stamey T.A. Pathogenesis and treatment of Urinary Tract Infections. Baltimore, Williams and Wilkins; 1980.342–429.
- Theodorou C., Becopoulos 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 финастериди и теразолина 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., 2006.
- Пасечников С.П., Бухалов Ю.В. Обсуждены варианты выбора  $\alpha_1$ -адреноблокатора для купирования острой задержки мочи. Институт урологии АМН Украины // Здоровье Мужчины. – 2004. – 3 (10). – С. 158–160.
- Сивков А.В., Ощепков В.Н., Егоров А.А. Применение  $\alpha_1$ -адреноблокаторов у больных хроническим простатитом / Consilium medicum. – 2002. – Т. 4. – С. 385–390.
- Юнда И.Ф. Простатиты. – К., 1987.

Статья поступила в редакцию 23.06.17

ДЛЯ ПАЦІЄНТІВ З ДГПЗ

# ТАМСІН ФОРТЕ

Тамсулозину гідрохлорид 0,4 мг. Таблетки пролонгованої дії

## ФОНТАНУЙ ЖИТТЯ!

