

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

И.И. Горпинченко, Ю.Н. Гурженко, В.В. Спиридоненко, В.В. Козлов²

¹ГУ «Институт урологии НАМН Украины», г. Киев

²Национальный 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 α_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, α -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 α_1 -адреноблокаторы, так как их применение обеспечивает ликвидацию дизурии [4]. Наиболее эффективно лечение α_1 -адреноблокаторами у больных с СХТБ, поскольку оно воздействует этиопатогенетически, путем блокады постсинаптических нервных волокон.

Патофизиология СХТБ

Для уточнения точек приложения α_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. A. 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 α_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 α_1 -адреноблокаторов впервые было описано в конце 90-х годов XX века. Описано, 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 СХТБ неселективный препарат фенксифензамин 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 некоторых исследований α_1 -блокаторов клинический прогресс наблюдается в 48–80% случаев [4, 6]. Некоторые авторы сообщают, что 3-месячный курс α_1 -адреноблокаторов недостаточен для получения стойкого и выраженного снижения симптомов [1, 7, 16, 19].

На сегодня при наличии СХТБ используют несколько α_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%. α_1 -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 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 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 α_1 -адреноблокаторов практически одинакова, различаются они лишь профилем своей безопасности. Использование α_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 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 (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 α_1 -адреноблокаторов.

Также можно сравнить частоту возникновения разнообразных побочных эффектов α_1 -адреноблокаторов [3, 11, 13, 14, 20, 26] (табл. 2).

Как видно из данных табл. 2, тамсулозин является наиболее простатоселективным α_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 α_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 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

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 α_1 -адреноблокаторов используют:

- миорелаксанты и спазмолитики [19];
- нестероидные противовоспалительные средства и анальгетики [17];
- растительные экстракты [30];
- ингибиторы 5 α -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 α_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.

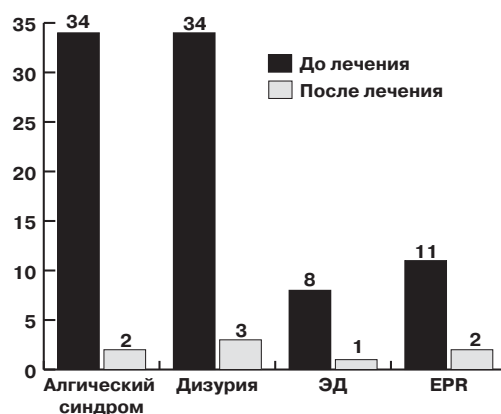


Рис. 1. Динамика клинических проявлений во время лечения Тамсином Форте

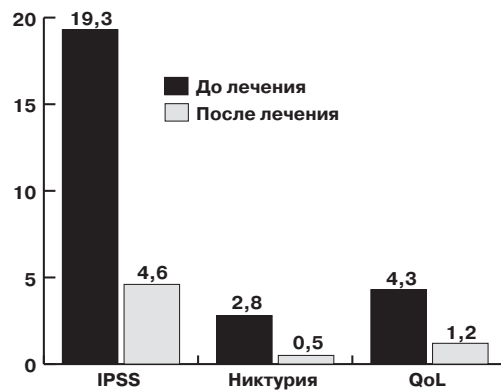


Рис. 2. Динамика субъективных показателей

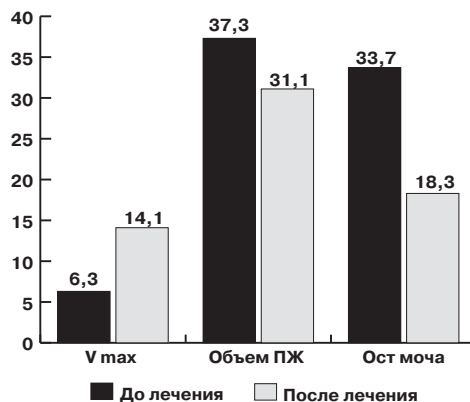


Рис. 3. Динамика объективных показателей

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 α_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, α -адреноблокатори, Тамсін Форте.

Studying clinical of efficiency α -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 α_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, α -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

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

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 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.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 теразозина 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 α_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 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 23.06.17