

УДК 616.65-002-007.61:615.217.24.

Курбанова Дилорамхон Ибрагимжон қизи

**Кафедра фармакологии, клинической фармакологии и медицинской
биотехнологии**

Андижанский государственный медицинский институт

**ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ
ТЕРАПИИ СИМПТОМАТИЧЕСКОЙ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ
ГИПЕРПЛАЗИИ ПРОСТАТЫ А-АДРЕНОБЛОКАТОРАМИ**

Резюме: В настоящее время имеются доказательства объективной эффективности лечения аденомы простаты .1-адреноблокаторы. Препараты данной фармакологической группы применяются при лечении пациентов с легкими или умеренными симптомами аденомы простаты, кроме того, их можно назначать в период хирургической практики, а также пациентам, которым хирургическое вмешательство противопоказано или когда пациент отказывается от хирургического лечения.

В результате мы можем ожидать увеличения числа потенциальных пациентов, страдающих гиперплазией предстательной железы. В связи с этим диагностика и лечение аденомы простаты является не только серьезной медицинской, но и серьезной социальной проблемой.

В этой статье мы поговорим о решении актуальной проблемы, упомянутой выше.

Ключевые слова: предстательная железа, гиперплазия, А1–адреноблокаторы, медикаментозная терапия.

Kurbanova Diloramkhon Ibrahimjon kizi

**Department of Pharmacology, Clinical Pharmacology and Medical
Biotechnology Andijan State Medical Institute**

**PATHOGENETIC BASES OF DRUG THERAPY OF
SYMPTOMATIC BENIGN PROSTATIC HYPERPLASIA WITH A-
BLOCKERS**

Resume: Currently, there is evidence of the objective effectiveness of the treatment of prostate adenoma .1-adrenoblockers. Drugs of this pharmacological group are used in the treatment of patients with mild or moderate symptoms of prostate adenoma, in addition, they can be prescribed during surgical practice, as well as to patients for whom surgical intervention is contraindicated or when the patient refuses surgical treatment.

As a result, we can expect an increase in the number of potential patients suffering from prostatic hyperplasia. In this regard, the diagnosis and treatment of prostate adenoma is not only a serious medical, but also a serious social problem.

In this article we will talk about solving the actual problem mentioned above.

Key words: prostate gland, hyperplasia, A1-blockers, drug therapy.

Актуальность. Согласно литературным данным, симптомы доброкачественной гиперплазии простаты (ДГП) обнаружаются почти у половины мужчин, достигших 60 лет [6].

О симптоматической ДГП, или о доброкачественной гиперплазии простаты, как о заболевании следует говорить только тогда, когда отмечается сочетание увеличения предстательной железы с симптомами нарушения мочеиспускания и объективными признаками инфравезикальной обструкции.

Современная стратегия лечения ДГП принимает во внимание не только эффективность того или иного способа лечения, но и потенциальные осложнения. Так, растительные экстракты, широко применяющиеся в нашей стране ввиду их доступности, дают низкий процент осложнений, но при низкой эффективности.

Открытое оперативное вмешательство или трансуретральная резекция простаты — процедуры, обладающие наибольшей эффективностью, но имеющие высокий процент осложнений. Золотую середину в соотношении эффективности лечения и риска развития побочных реакций занимают α -адреноблокаторы.

В мировом урологическом сообществе постоянно обсуждаются и ежегодно корректируются показания к тому или иному методу, в том числе и к фармакотерапии. При планировании медикаментозной терапии необходимо определить срок проводимого лечения: пожизненный прием препаратов в качестве основного метода лечения заболевания или краткий курс с целью подготовки пациента к оперативному вмешательству[4].

Препараты из группы блокаторов α_1 -адренорецепторов — важный элемент медикаментозной терапии доброкачественной гиперплазии предстательной железы[3,5]. Накопленный опыт клинических и фундаментальных исследований красноречиво свидетельствует о роли нарушений симпатической регуляции в патогенезе этого заболевания.

α_1 -адренорецепторы локализуются в области шейки мочевого пузыря, простатическом отделе уретры, капсуле и строме предстательной железы. Их избыточная экспрессия и стимуляция закономерно приводит к гипертонусу гладкомышечных элементов нижних мочевыводящих путей и, следовательно, формированию функционального (динамического) компонента инфравезикальной обструкции. Расслабление мышечного аппарата в результате блокады α_1 -адренорецепторов приводит к уменьшению интенсивности обструктивных симптомов аденомы простаты.

Длительная инфравезикальная обструкция приводит к гипоксии мышечного слоя мочевого пузыря и постепенному развитию ремоделирования детрузора. Существует мнение, что вазодилатация пузырных артерий под воздействием α_1 -адреноблокаторов, уменьшая

степень ишемии, способна замедлить или даже остановить этот патологический процесс. Помимо этого, их непосредственное угнетающее влияние на адренорецепторы мочевого пузыря приводит к смягчению ирритативных симптомов ДГПЖ. В этом отношении патогенетически обоснована комбинированная терапия с одновременным назначением М-холиноблокаторов (толтеродин, солифенацин и др.) [4,5].

Основной контингент пациентов сadenомой предстательной железы – пожилые мужчины, испытывающие проблемы с эректильной функцией. В связи с этим определённый интерес представляет тот факт, что блокада активности α_1 -адренорецепторов, благодаря их экспрессии в стенке пенильных артерий, имеет проэректильный эффект [3]. В ряде ситуаций при ДГПЖ с сопутствующей эректильной дисфункцией признана многообещающей терапевтическая схема с применением α_1 -адреноблокаторов и ингибиторов 5 изомера фосфодиэстеразы (ФДЭ-5). α_1 -адреноблокаторы и ингибиторы ФДЭ-5 в комбинации оказывают взаимный синергистический эффект в отношении как симптомов нижних мочевыводящих путей (lower urinary tract symptoms, LUTS), так и половой дисфункции.

Цель исследования. Повысить эффективность и безопасность применения α_1 -адреноблокаторов у больных доброкачественной гиперплазией предстательной железы.

Материалы и методы исследования. Настоящая работа основана на анализе результатов наблюдения, диагностики и лечения 60 больных доброкачественной гиперплазией предстательной железы, получавших различные α_1 -адреноблокаторы (теразозин, альфузозин, тамсулозин).

Результаты исследования. Клиническая эффективность наиболее часто применяемых α_1 -адреноблокаторов (тамсулозин, альфузозин, теразозин) в отношении симптомов нарушенного мочеиспускания и основных уродинамических показателей практически идентична.

Симптоматический эффект после прекращения приема а1-адреноблокаторов может сохраняться на протяжении до 2-х месяцев. После прекращения приема а1-адреноблокаторов наиболее быстро происходит возврат симптомов накопления и объективных параметров: максимальной

скорости потока мочи, объема остаточной мочи. К концу 1-го месяца после отмены лечения ? показатели суммарного балла выраженности симптомов и симптомов опорожнения сохраняются - на уровне 50 - 60% от исходных значений.

В условиях реальной клинической практики России больные доброкачественной гиперплазией предстательной железы при решении вопроса о выборе метода лечения обследуются недостаточно: международную шкалу оценки симптомов при заболеваниях простаты (IP88) и индекс качества жизни (ООБ) используют 81% врачей, измерение объема остаточной мочи ультразвуковым методом - 60%, урофлоуметрию — только 37%.

В условиях повседневной клинической практики применения титруемых а1-адреноблокаторов (теразозин) большинство пациентов (67%) получают низкие дозы препарата (2 мг/сутки). В то же время, у больных с изначально небольшими нарушениями мочеиспускания, применение даже малых доз теразозина способно существенно улучшить симптомы, показатели мочеиспускания и качество жизни.

Нетитруемые а1-адреноблокаторы (тамсулозин) могут быть использованы в функциональных прогностических тестах оценки эффективности лечения больных доброкачественной гиперплазией предстательной железы.

Последовательное назначение вазоактивных и вазонеактивных а1-адреноблокаторов (и наоборот) не влияет на профиль безопасности

препаратов и не приводит к увеличению частоты возникновения побочных эффектов.

Согласно данным суточного мониторирования, по влиянию на индекс времени нагрузки давлением, исследуемые препараты можно разместить в следующей последовательности: теразозин > альфузозин > тамсулозин.

Применение α_1 -адреноблокаторов безопасно у больных доброкачественной гиперплазией предстательной железы с отягощенным соматическим статусом, в связи с отсутствием клинически значимых системных побочных эффектов, а также взаимодействия указанных препаратов с основными видами современных гипотензивных средств.

Вывод. Каждая из рассмотренных групп препаратов для лечения ДГПЖ имеет свои достоинства и недостатки. Ингибиторы 5-а-редуктазы действуют медленно, но оказывают стойкий эффект, уменьшая органический компонент инфравезикальной обструкции. α -адреноблокаторы, напротив, оказывают быстрый эффект и воздействуют на динамический компонент обструкции.

Таким образом, эти препараты отлично дополняют друг друга и, что немаловажно, являются фармакологически совместимыми. При хорошей комплаентности долгосрочная терапия комбинацией ингибиторов 5-а-редуктазы и α -адреноблокаторов позволяет избежать необходимости оперативного вмешательства, а значит ассоциированной с ним потери трудоспособности на определённый срок и риска развития осложнений.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1.Павленко С.С. Боли в нижней части спины (эпидемиология, клиникодиагностическая классификация, современные направления в

диагностике, лечении и стандартизации медицинской помощи): руководство. Новосибирск: Сибмединдат: НГМУ, 2007. 172 с

2. Сивков А.В. Диагностика и лечение доброкачественной гиперплазии предстательной железы / А.В. Сивков // Consilium medicum. – 2013. – Т 05, №1. - С. 9-18.

3. Троцановский К.В. Применение хирургического гольмивого лазера Lumenis VersaPulse Powersuite 100W в лечении урологических заболеваний / К.В. Троцановский, Т.В. Шатылко // Бюллентень медицинских интернет-конференций. – 2014. – Т. 4, №4. – С. 416.

4. Шатылко Т.В. Использование урофлюметрии в диагностике и оценке эффективности лечения урологических заболеваний / Т.В. Шатылко // Бюллентень медицинских интернет-конференций. – 2012. – Т. 2, №2. – С. 137.

Применение ингибиторов 5-α-редуктазы у пациентов с доброкачественной гиперплазией предстательной железы / Романова И.С., Кожанова И.Н., Гавриленко Л.Н. // Рецепт. – 2011. – №3.

5. Khan T.A., Ahmad A., Haider I.Z. Treatment of acute lumbago; low dose diclofenac sodium with vitamin–B complex compared with diclofenac alone // Professional Med J. 2008. Vol. 15. P. 440–444

6. Guidelines on the Management of Male Lower Urinary Tract Symptoms (LUTS), incl. Benign Prostatic Obstruction (BPO) / M. Oelke (chair) [et.al]. // European Association of Urology 2013. P. 15-19.