

УДК 616.65-007.61-08

К.Д. МУСТАФИН

Городская поликлиника №7, г. Астана

КОМБИНИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, ОСЛОЖНЕННОЙ СИМПТОМАМИ НИЖНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ

В статье рассматриваются основные аспекты патогенеза доброкачественной гиперплазии предстательной железы (ДГПЖ). Автор делится опытом клинического наблюдения за пациентами, которые получали уротол, дутастерид и тамсулозин. Отмечено значительное клиническое преимущество применения дутастерида в комбинации с тамсулозином.

Ключевые слова: ДГПЖ, клиническое наблюдение, дутастерид.

Одним из распространенных урологических заболеваний среди мужчин старшего возраста, приводящих к инфравезикальной обструкции, является доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ), которая осложняется симптомами нижних мочевых путей (СНМП).

Нарушение акта мочеиспускания – одна из наиболее частых жалоб, являющихся основанием для обращения к урологу. Следует отметить, что распространенность расстройств мочеиспускания прямо пропорциональна возрасту больного, и наиболее подвержены подобным расстройствам пациенты старше 50 лет [2].

Морфологическая гиперплазия клеток предстательной железы встречается приблизительно у 10-30% в возрасте 45 лет, достигая 80% к 80 годам. Только приблизительно у 40% мужчин с морфологическими признаками ДГПЖ определяется увеличение объема предстательной железы.

Количество мужчин с СНМП умеренной и выраженной степени удваивается с каждым десятилетием жизни. Предварительные результаты Европейского эпидемиологического исследования о распространенности СНМП показывают, что приблизительно 30% мужчин в возрасте 50-80 лет имеют СНМП умеренной и выраженной степени, т.е. сумма баллов по IPSS > 7. Многоцентровые исследования, проведенные в различных странах Азии, показали, что количество мужчин с СНМП умеренной и выраженной степени было выше, чем в США. Частота СНМП повышалась от 18% у мужчин в 40 лет до 56% у мужчин в 70 лет [5, 6].

Исследование действия различных лекарственных препаратов для медикаментозной терапии доброкачественной гиперплазии предстательной железы в условиях клинической практики было выполнено в 2003 г. в шести странах Европы. При анализе данных выявлено, что у 30% пациентов в качестве оптимального варианта ведения было выбрано динамическое наблюдение. Среди больных, получавших консервативную терапию, распределение препаратов оказалось следующим: 16% – ингибиторы 5 α -редуктазы, 79% – α -адреноблокаторы, 5% – растительные экстракты [1, 8].

В настоящее время существуют объективные доказательства эффективности лечения различных расстройств мочеиспускания с помощью α_1 -адреноблокаторов и ингибиторов 5 α -редуктазы [4].

В основе патогенеза нарушения акта мочеиспускания у большинства урологических больных лежат недостаточность энергетического метаболизма и гипоксия детрузора в условиях повышенного уретрального сопротивления. Отмечается процесс повышения активности гликолитических ферментов и ферментов пентозофосфатного шунта, свидетельствующих о преобладании в детрузоре гликолиза. Причина нарушения энергетического метаболизма и дисфункции детрузора может возникать при повышении активности симпатической нервной системы, расстройствах органного кровообращения, авитаминозе, хронических заболеваниях дыхательной и сердечно-сосудистой систем, а также усугубляться под влиянием приема ряда фармакологических препаратов. Механизм воздействия α_1 -адреноблокаторов у больного ДГПЖ основан на блокаде передачи нервных импульсов в симпатической нервной системе и расслаблении гладкой мускулатуры «заинтересованной» зоны, что, в свою очередь, вызывает снижение внутриуретрального сопротивления и улучшение кровоснабжения органов малого таза. Действие ингибиторов 5 α -редуктазы направлено на уменьшение механической обструкции путем уменьшения объема ДГПЖ [7].

Уродинамическими исследованиями доказано влияние ингибиторов 5 α -редуктазы на выраженность инфравезикальной обструкции (ИВО) [6]. На фоне терапии блокаторами 5 α -редуктазы отмечается уменьшение объема простаты (в среднем на 20-30%) с соответствующим улучшением симптоматики у 40-60% больных в среднем на 15%, что было оценено шкалой IPSS. Дутастерид – новый лекарственный препарат, который имеет способность ингибировать изоферменты 1 и 2 типа и, как следствие, сывороточный ДГТ снижается на 90% [3].

Для коррекции СНМП, увеличение резервуарной функции мочевого пузыря, угнетение неконтролируемых сокращений детрузора в фазу накопления и воздействие на симпатическую нервную систему органов малого таза в последние годы активно применяют антихолинергические препараты (дриптан, уротол, везикар).

В амбулаторных условиях мной была проанализирована клиническая эффективность комбинированной терапии толтероидина (уротола) 2 мг 2 раза в сутки, дутастерида 0,5 мг и тамсулозина 0,4 мг у 20 больных с ДГПЖ, осложненной СНМП. Всем больным проводилось обследование,

включающее анализ данных истории заболевания, анкетирование IPSS и QOL. Лабораторное обследование включало: общий анализ крови, общий анализ мочи, простато-специфический антиген общий и свободный (ПСА), также проводилась УЗ-диагностика, урофлоуметрия. Препараты уротол 1 таб. 2 раза в день, дутастерид 0,5 мг в комбинации с тамсулозином 0,4 мг назначали по 1 таблетке ежедневно в утреннее время. У пациентов при обследовании выявлены следующие хронические заболевания: артериальная гипертония, ишемическая болезнь сердца, сахарный диабет, атеросклероз. У 5 больных – артериальная гипертензия, 4 больных с сахарным диабетом, у 8 – ишемическая болезнь сердца, без сопутствующей патологии – 7 больных. Всем больным проводилось соответствующее лечение хронических заболеваний специфическими препаратами.

При сравнительном анализе показателей выявлено: IPSS (балл) с $16,6 \pm 8,3$ снизился к концу 3 мес. до $7,8 \pm 3,1$; QoL (балл) с $4,9 \pm 0,5$ до $2,4 \pm 0,2$; ПСА (нг/мл) в начале лечения $2,6 \pm 0,5$ к концу лечения $2,9 \pm 0,4$. Объем простаты (см^3) до лечения составил $78,4 \pm 8,6$, после лечения $45,5 \pm 8,3$; количество остаточной мочи (мл) с $80,5 \pm 8,5$ снизился до $33,5 \pm 6,6$; средняя скорость тока мочи (мл/сек) с $8,5 \pm 2,5$ увеличился до $15,2 \pm 2,5$.

Таким образом, данные клинических показателей спустя 3 мес достоверно доказывают, высокую эффективность комбинированной терапии уротолом 2 мг 2 р в сут., дутастеридом 0,5 мг и тамсулозином 0,4 г в сут. За период наблюдения мы отметили, что именно длительное применение комбинированной терапии уротолом, дутастеридом и тамсулозином, 0,4 мг, является рациональным для достижения высокой терапевтической эффективности.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Алчинбаев М.К., Макажанов М.А., Адильманов К.М., Надиров К.Т. и др. Современные аспекты фитотерапии доброкачественной гиперплазии предстательной железы. Клиническое пособие. – Алматы, 2013. – 42 с.
- 2 Кузьменко В.В., Кочетов М.В., Семенов Б.В. Доброкачественная гиперплазия предстательной железы. – Воронеж, 2008. – 105 с.
- 3 Ткачук В.Н., Аль-Шукри С.Х. Длительное лечение больных с аденомой предстательной железы дутастеридом

(препаратом Аводарт). Эффективная фармакотерапия // Урология. – 2012. – №3. – С. 3-6

4 Roehrborn CG, Van Kerrebroeck P, Nordling J. Safety and efficacy of alfuzosin 10 mg once-daily in the treatment of lower urinary tract symptoms and clinical benign prostatic hyperplasia: a pooled analysis of three double-blind, placebo-controlled studies // BJU Int. – 2003. – Vol. 92. – P. 257–61

5 Walden PD, Gerardi C, Lepor H. Localization and expression of the $\alpha 1A-1$, $\alpha 1B$ and $\alpha 1D$ -adrenoceptors in hyperplastic and non-hyperplastic human prostate // J Urol. – 1999. – Vol. 161. – P. 635–40

6 Roehrborn CG, Boyle P, Nickel JC, Hoefner K, Andriole G. Efficacy and safety of a dual inhibitor of 5- α -reductase types 1 and 2 (dutasteride) in men with benign prostatic hyperplasia // Urology. – 2002. – Vol. 60. – P. 434–41

7 Lepor H. Pathophysiology, epidemiology and natural history of benign prostatic hyperplasia // Rev in Urol. – 2004. – Vol. 6 (Suppl 9). – P. 310

8 Irani J. Are All Alpha-Blockers Created the Same // European Urology. – March 2006. – Vol. 49, Issue 3. – P. 420–422

Т Ұ Ж Ы Р Ы М

К.Д. МУСТАФИН

№7 Қалалық емханасы, Астана қ.

ҚҰЫҚАСТЫ БЕЗІНІҢ ҚАТЕРСІЗ ІСІГІ БАР АУРУЛАРДЫ АРАЛАС ЕМДЕУ

Мақалада қуықасты безінің қатерсіз ісігі (ҚБҚІ) патогенезінің негізгі қырларын қарастырады. Автор уротол, дутастерид және тамсулозин қабылдаған емделушілерге клиникалық бақылау жасау тәжірибесімен бөліседі. Емделушілердің осы дәрілерді қолданғанда маңызды клиникалық артықшылығы белгіленген.

Негізгі сөздер: ҚБҚІ, клиникалық бақылау, дутастерид.

SUMMARY

K.D. MUSTAFIN

7th City hospital, Astana c.

COMBINED THERAPY OF PATIENTS WITH BENIGN PROSTATIC HYPERPLASIA

The article examines in detail the main aspects of the pathogenesis of benign prostatic hyperplasia (BPH). The author share their experience of clinical observation of patients who received urotol, dutasteride and tamsulosin. Showed a significant clinical benefit of urotol, dutasteride and tamsulosin in different patient groups.

Key words: BPH, clinical observation, dutasteride.

KZ/Pharma/0007/14

Статья опубликована при поддержке компании ГлаксоСмитКляйн. Мнение автора может не совпадать с мнением компании. ГлаксоСмитКляйн не несет ответственности за возможные нарушения прав третьих сторон.