

3. Выявленные типологические признаки, клинические, иммунологические особенности СФДХ позволяют характеризовать ее как модель атипичного течения гнойно-деструктивных патологических процессов и как актуальную хирургическую проблему, решение которой может быть достигнуто только на основе междисциплинарного взаимодействия (анатомия, патанатомия, патофизиология, иммунология, эндокринология, экология, социальная гигиена, медицинская визуализация и т.д.)

ЛИТЕРАТУРА

1. Бородач В. А., Штофин С. Г., Бородач А. В. Совершенство диагностики и хирургического лечения желчнокаменной болезни. Новосибирск: Издательство Сибирского университета. — 2003. — 204 с.
2. Круч В. И. // Желчная гипертензия и холецистит. — 1971. — Т. 23, № 5. — С. 173—180.

3. Лысманова Е. Г. Диагностика и хирургическое лечение скрытой формы гнойно-деструктивного холецистита: автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Волгоград, 1998. — 22 с.
4. Орешкин А. Ю. Срочная холецистэктомия при скрытой форме деструктивного холецистита: автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Волгоград, 2000. — 24 с.
5. Родионов В. В., Нице А. Л. // Вестн. хирургии. — 1996. — № 3. — С. 4—6.
6. Шапошников А. В., Решетников Е. А., Варданян В. И. // Хирургия. — 1983. — № 1. — С. 61—66.
7. Boo Y. J., Kim W. B., Kim J., et al. // Scand. J. Clin. Lab. Invest. 2007. — Vol. 67, № 2. — P. 207—214.
8. Fitzgibbons R.J. Jr, Sims K.L., Nguyen N., et al. // Surg. Endosc. — 1996. — № 12. — P. 1180—1184.
9. Messmer P., Harder F., Vogelbach P., et al. // Swiss Surg. 1996. — № 3. — P. 127—130.
10. Nachnani J., Supe A. // Indian. J. Gastroenterol. 2005. — Vol. 24, № 1. — P. 16—18.
11. Van Ginkel F. W., Wahl S. M., Kearney J. F., et al. // J. Immunol. — 1999. — Vol. 163. — P. 1951—1957.
12. Wiebke E.A., Canal D.F., Goulet R.J.Jr. et al. // Surg. Endosc. — 1996. — Vol. 10, № 7. — P. 742—745.

А. А. Полянцев, Д. Н. Сидоров, С. А. Костромеев, И. В. Деревянко, А. А. Кузнецов

Кафедра общей хирургии с курсом урологии ВолГМУ

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ СЕЛЕКТИВНОГО α 1 А-АДРЕНОБЛОКАТОРА ТАМСУЛОЗИНА «ГИПЕРПРОСТА» В КОНСЕРВАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИЕЙ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

УДК 615.217:616.65-08217

Авторами осуществлена оценка эффективности и переносимости α 1А-адреноблокатора тамсулозина «Гиперпроста» в лечении больных доброкачественной гиперплазией предстательной железы.

Ключевые слова: гиперпрост, гиперплазия предстательной железы.

Одним из наиболее частых и распространенных заболеваний мужчин среднего и пожилого возраста является доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ). Увеличение размеров предстательной железы сопровождается дисфункцией нижних отделов мочевыводящих путей. Основные проявления заболевания связаны с инфравезикальной обструкцией, что приводит к нарушениям мочеиспускания [1, 2, 3].

Динамический компонент инфравезикальной обструкции обусловлен повышением активности α 1А-адренорецепторов предстательной железы, шейки мочевого пузыря и простатического отдела уретры, что приводит к спазму гладкой мускулатуры нижних отделов мочевыводящих путей. Результаты новейших исследований патогенеза развития ДГПЖ и изучение механизма действия лекарственных препаратов различных групп позволили выделить α 1А-адреноблокаторы на первое место среди всего арсенала медикаментозных средств лечения расстройств

мочеиспускания у мужчин. Благодаря α 1А-адреноблокаторам устраняется динамический компонент инфравезикальной обструкции в результате расслабления гладкой мускулатуры шейки мочевого пузыря и предстательной железы, улучшается кровоснабжение детрузора, тем самым восстанавливается сократительная способность мочевого пузыря [1, 2].

Особо следует остановиться на препарате «Тамсулозин» («Гиперпрост», Макиз-Фарма, Россия) — одном из немногих (Омник, Тамсулон) простатселективных α 1А-адреноблокаторов на отечественном рынке. Этот препарат обладает рядом свойств, которые позволяют его использовать в плановой и ургентной терапии ДГПЖ [2]. Прежде всего, это возможность назначения единой терапевтической дозы (один раз в сутки по 0,4 мг), а отсутствие выраженного влияния на артериальное давление и сердечную деятельность избавляет от необходимости титрования дозы [1, 2].

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Оценка эффективности и переносимости α 1А-адреноблокатора тамсулозина «Гиперпрост» в лечении больных ДГПЖ, его эффективности в комплексной терапии больных ДГПЖ при острой задержке мочеиспускания.

МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

Проведено комплексное обследование и лечение 32 пациентов в возрасте от 55 до 75 лет с подтвержденным диагнозом ДГПЖ. Длительность заболевания составляла от 3 мес. до 2 лет. Выраженность субъективной симптоматики оценивалась по шкале IPSS (ВОЗ, 1994), объем простаты и остаточной мочи определяли по данным трансабдоминального УЗИ на аппарате «Аloka—5500», экскреторной урографии, радиоизотопного исследования. Уровень простатспецифического антигена (PSA) до начала лечения у всех обследуемых не превышал 4 нг/мл. Все параметры анализировались до начала лечения и через 1, 3, 8 недель после начала приема препарата. Умеренная степень выраженности клинических проявлений «от 8 до 19 баллов» установлена у 20 (62,5 %), тяжелая — у 12 (37,5 %) человек. Объем остаточной мочи у всех 32 больных составлял от 40—250 мл. У 15 пациентов (46,87 %), кроме ДГПЖ, имелась артериальная гипертензия, 10 пациентов (31,25 %) помимо ДГПЖ страдали ишемической болезнью сердца, 7 пациентов (21,88 %) получали гипотензивную терапию препаратами различных фармацевтических групп.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

У всех пациентов лечение препаратом «Гиперпрост» начинали с перорального приема 0,4 мг 1 раз в сутки утром. Серьезные побочные эффекты не отмечены ни у одного пациента. У 1 больного (3,1 %) после первого приема отмечалось кратковременное головокружение, которое прекратилось самостоятельно, у 2 пациентов (6,25 %) первый прием 0,4 мг гиперпроста вызывал сердцебиение. У всех больных побочные явления носили кратковременный характер и не явились основанием для прекращения лечения. Эпизоды ортостатической гипотензии зафиксированы у 2 па-

циентов (6,25 %). К концу 4-недельного курса лечения средний балл IPSS снизился до 12 (умеренная степень выраженности). У 15 пациентов (46,86 %) после лечения отмечено минимальное количество остаточной мочи, у 9 пациентов (28,12 %) количество остаточной мочи уменьшилось со 120 до 40 мл, у 8 пациентов (25 %) — со 100 до 25 мл. В клинике общей хирургии с курсом урологии им. А. А. Полянцева селективный α 1-адреноблокатор тамсулозин «Гиперпрост» применен у 12 пациентов, страдающих ДГПЖ при впервые возникшей острой задержке мочеиспускания. После выведения мочи всем пациентам был установлен катетер Фоллея на 3 суток, начата для профилактики восходящей инфекции терапия уроантисептиками и параллельно назначен гиперпрост в дозе 0,4 мг в день. Через 3 суток постоянные катетеры были удалены. У 10 пациентов с объемом предстательной железы по данным трансабдоминального УЗИ 50—90 г восстановилось самостоятельное мочеиспускание и прием гиперпроста был продолжен в течение 30 дней в назначенной дозировке. У двух больных с размерами предстательной железы 80 и 90 г самостоятельное мочеиспускание не восстановилось, что потребовало у обоих пациентов выполнить чреспузырную аденомэктомию.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проведенное лечение больных ДГПЖ тамсулозином «Гиперпрост» подтвердило безопасность данного препарата у пациентов с симптомами нарушения мочеиспускания. Тамсулозин «Гиперпрост» фармацевтической компании «Макиз-Фарма» (Россия) является безопасным и высокоэффективным средством, может служить препаратом выбора для медикаментозной коррекции расстройств мочеиспускания у больных ДГПЖ.

ЛИТЕРАТУРЫ

1. Глыбочко П. В., Блюмберг Б. И., Попков В. М. // РМЖ. — 2004. — Т. 12, № 24.
2. Лоран О. Б., Вишневский А. Е. β -адреноблокаторы в лечении расстройств мочеиспускания у больных доброкачественной гиперплазией предстательной железы». — Москва, 2005. — 12 с.
3. Танаго Э., Маканич Дж. Урология по Дональду Смитту. — Москва, 2005. — С. 389—396.