

Гафаров Ш.С.,
Арипов Т.А.

**ТАМСОЛ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ
ГИПЕРПЛАЗИЕЙ ПРОСТАТЫ, ОСЛОЖНЁННОЙ ОСТРОЙ
ЗАДЕРЖКОЙ МОЧИ**

Бухарский государственный медицинский институт

Введение. Острая задержка мочеиспускания является относительно частым осложнением заболеваний нижних мочевыводящих путей и предстательной железы. У пациентов старше 70 лет вероятность появления острой задержки мочеиспускания составляет 10%, в то время как среди пациентов старше 80 лет это осложнение возникает у 30%. После различных оперативных вмешательств указанное осложнение, по данным ряда авторов [1, 2], встречается с частотой от 2 до 60%.

Причинами острой задержки мочеиспускания могут быть острый простатит, прием антихолинергических или α -адренергических препаратов, повреждение корковых центров, спинальных или периферических нервов. Однако наиболее частой причиной остается аденома предстательной железы. Основой динамического компонента инфравезикальной обструкции при аденоме предстательной железы является возникновение стойкого спазма гладкомышечных структур простаты, шейки мочевого пузыря и детрузора. Факторы риска развития острой задержки мочеиспускания — пожилой возраст, выраженность субъективных симптомов заболевания, увеличение объема предстательной железы и снижение максимальной скорости мочеиспускания (Q_{max}). Первичным методом лечения острой задержки мочеиспускания в настоящее время является катетеризация мочевого пузыря. После однократной катетеризации мочевого пузыря частота восстановления самостоятельного мочеиспускания составляет 44%. Если уретральный катетер устанавливается на 2 сут, то самостоятельное мочеиспускание восстанавливается в 51% случаев, при удалении уретрального катетера через 1 нед — в 62,3%. Тем не менее, длительная катетеризация мочевого пузыря нежелательна, так как приводит к увеличению числа инфекционно-воспалительных осложнений. Во многих работах последних лет показано, что частота восстановления самостоятельного мочеиспускания возрастает, если сразу же после катетеризации мочевого пузыря назначать α -адреноблокаторы [3, 4]. Однако для проведения эффективной и безопасной терапии острой задержки мочеиспускания α -адреноблокатор должен обладать следующими свойствами:

- иметь большой профиль безопасности,
- не вступать во взаимодействие с другими лекарственными препаратами.

Тамсулозин избирательно и конкурентно блокирует постсинаптические α_{1A} -адренорецепторы, находящиеся в гладкой мускулатуре предстательной железы и мочевого пузыря и простатической части уретры, а также α_{1B} -адренорецепторы, преимущественно находящиеся в теле мочевого пузыря. Это приводит к снижению тонуса гладкой мускулатуры предстательной железы, шейки мочевого пузыря и простатической части уретры и улучшению функции детрузора. За счет этого уменьшаются симптомы обструкции, связанные с аденомой предстательной железы. Поскольку способность тамсулозина воздействовать на α_{1A} -адренорецепторы в 20 раз превосходит его способность взаимодействовать с α_{1B} -адренорецепторами, препарат не вызывает какого-либо клинически значимого снижения системного артериального давления. Препарат тамсол производства компании "Гедеон Рихтер", появившийся на рынке, содержит в одной желатиновой капсуле 0,4 мг тамсулозина гидрохлорида. Биодоступность препарата около 100%. Важным является то, что при печеночной и/или почечной недостаточности уточнения дозы не требуется.

Материалы и методы. В исследование включено 42 пациентов с острой задержкой мочеиспускания, обусловленной аденомой предстательной железы, в возрасте от 64 до 97 лет (средний возраст $73,4 \pm 9,5$ года). Длительность заболевания у пациентов составила от 1 года до 19 лет (в среднем $8,23 \pm 2,1$ года).

Критерии включения в исследование:

- острая задержка мочеиспускания, обусловленная аденомой предстательной железы,
- объем мочи, эвакуированной при первичной катетеризации, не менее 400 мл и не более 1000 мл.
- Критерии исключения:
- лучевая терапия органов малого таза;
- нейрогенные расстройства мочеиспускания;

- диабетическая полинейропатия;
- рак простаты и/или мочевого пузыря;
- почечная и печеночная недостаточность;
- угрожающие жизни состояния;
- прием α -адреноблокаторов, диуретиков, антидепрессантов, растительных экстрактов и других препаратов, потенциально оказывающих влияние на мочеиспускание.

Всем больным при поступлении проводили катетеризацию мочевого пузыря катетером Фолея № 14—18 по шкале Шаррьера и назначали тамсол по 0,4 мг 1 раз в сутки. Кроме того, для профилактики воспалительных осложнений всем больным назначали гироцид (норфлоксацин) по 400 мг 2 раза в день. Катетер удаляли через 5 сут. При восстановлении самостоятельного мочеиспускания терапию препаратом проводили в течение 30 сут. После удаления катетера при восстановлении самостоятельного мочеиспускания оценивали суммарный балл по шкале IPSS, объем остаточной мочи, $Q_{\max}$, эти же исследования повторяли на 10-е и 30-е сутки.

Результаты. Самостоятельное мочеиспускание восстановилось у 25 (59,5%) пациентов, операция перкутанная цистостомия — была выполнена 17 (40,5%) пациентам. Объем предстательной железы при поступлении у пациентов колебался от 32 до 118 см³ и в среднем составил 66,2±19,5 см³. После удаления катетера суммарный балл по шкале IPSS составил в среднем 23,5±1,5, через 10 сут — 21,3±1,9, через 30 сут — 15,5±2,3.

Как видно из представленных данных, сразу после удаления катетера суммарный балл по шкале IPSS в среднем соответствует тяжелой степени выраженности симптоматики, а через 30 дней терапии тамсолом — средней степени выраженности симптоматики.

Объем остаточной мочи после удаления катетера в среднем составил 48,5±5,4 мл, через 10 сут — 43,6±6,5, а через 30 сут — 34,5±4,8 мл.

После удаления уретрального катетера $Q_{\max}$ составила 11,7±1,2 мл/с, через 10 сут — 12,8±2,5 мл/с, а через 30 сут — 13,1±2,9 мл/с, между показателями после удаления катетера и через 30 сут отмечено статистически достоверное различие ($p < 0,05$).

Как видно из приведенных данных, при лечении тамсолом отмечается как субъективное (сумма баллов по шкале IPSS), так и объективное (количество остаточной мочи, $Q_{\max}$) улучшение показателей мочеиспускания. Клинически значимых побочных эффектов у пациентов в данном исследовании не наблюдалось.

Заключение. Таким образом, согласно приведенным выше данным, тамсол увеличивает частоту восстановления самостоятельного мочеиспускания, $Q_{\max}$ и может использоваться как эффективное средство комплексной терапии у пациентов с острой задержкой мочеиспускания, обусловленной аденомой простаты. При терапии препаратом тамсол отмечается положительная динамика симптомов заболевания, а отсутствие побочных реакций и возможность длительного применения позволяют у большинства больных добиться хорошего терапевтического эффекта. Препарат тамсол рекомендуется назначать пациентам более молодого возраста, не имеющих времени для титрования дозы препарата, с минимальным числом сопутствующих заболеваний, а также со склонностью к гипотонии и ортостатическим реакциям. Кроме того, одним из показаний к приему тамсола является наличие в анамнезе побочных эффектов при приеме других α -адреноблокаторов.

Использованная литература:

1. Ткачук В.Н. Медикаментозное лечение больных доброкачественной гиперплазией предстательной железы. 128 с.
2. Рекомендации совещания совета экспертов по лечению аденомы предстательной железы. — М., 2008. 76 с.
3. Лоран О.Б., Лукьянов И.В., Пушкарь Д.Ю. и др. Комбинированная терапия финастеридом и альфа-1-адреноблокатором у больных доброкачественной гиперплазией предстательной железы. Клин. фармакол. и тер. 2004; 13(5): 1-6
4. Ткачук В.Н., Аль-Шукри С.Х., Лукьянов А.Э. Комбинированное применение ингибиторов 5 α -редуктазы и альфа-1-адреноблокатором у больных доброкачественной гиперплазией простаты. Урология 1998; 3: 5-8
5. Siami P. Combination therapy with dutasteridi and tamsulozin in men with moderate-to-severe BPH: the Combat. Clin. Trials 2007; 28(6): 770-779.