

after day (10 in the course), the pause between courses is 5 days; children of the 2nd group were treated by amixin with cycloferon on special scheme. The effectivity of treatment was higher in the 2nd group: indexes of interferon status increased, frequency of recidives decreased.

Key words: children, respiratory papillomathosis



ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ АЛЬФА-1-АДРЕНОБЛОКАТОРОВ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПРОСТАТИТОМ

С.Х. Аль-Шукри, В.Н. Ткачук, Д.Н. Солихов, О.Р. Торосян
Санкт - Петербургский государственный медицинский университет имени академика
И.П. Павлова Российской Федерации

В данной статье приводится опыт применения альфа-1-адреноблокаторов в комплексном лечении у больных хроническим абактериальным простатитом. Объектом исследования были 215 пациентов, которые разделены на контрольную и основную группу. Контрольная группа состояла из 90 пациентов, получавших традиционную терапию хронического абактериального простатита, а основная группа - из 125 пациентов, которые, кроме традиционной терапии, дополнительно принимали альфа-1-адреноблокаторы. Полученные положительные результаты основной группы свидетельствуют об эффективности применения альфа-1-адреноблокаторов у пациентов с хроническим абактериальным простатитом. Эти препараты, блокируя адренорецепторы предстательной железы, шейки мочевого пузыря и задней уретры восстанавливают координированную работу детрузора и замыкательного аппарата шейки мочевого пузыря и тем самым способствуют быстрому затуханию симптомов нарушенного мочеиспускания.

Ключевые слова: хронический абактериальный простатит, альфа -1- адреноблокаторы, тамсулозин

Введение. Хронический простатит (ХП) является одним из наиболее распространённых заболеваний у мужчин трудоспособного и репродуктивного возраста, который, по данным ряда авторов, среди населения встречается от 35 до 43% [4-7]. В последние годы все авторы отмечают многообразие клинической картины хронического простатита, но для многих больных основными объективными проявлениями болезни являются учащение и затруднение мочеиспускания, истончение и вялость струи, императивные позывы на мочеиспускание, чувство неполного опорожнения мочевого пузыря [7-10]. Некоторые учёные предполагают, что боль и симптомы ирритативного или затруднённого мочеиспускания у больных хроническим абактериальным простатитом, могут быть обусловлены обструкцией нижних мочевыводящих путей, вызванной дисфункцией шейки мочевого пузыря, сфинктера, стриктурой уретры или дисфункциональным мочеиспусканием с высоким уретральным давлением. При обследовании мужчин в возрасте до 50 лет с клиническим диагнозом "хронический простатит", функциональная обструкция шейки мочевого пузыря выявляется более чем у половины из них, обструкция из-за псевдодиссенергии сфинктера еще у 24 % и нестабильность детрузора примерно у 50% больных. Таким образом, некоторые формы хронического простатита связаны с

первоначальным нарушением функции симпатической нервной системы и гиперактивностью альфа-1-адренорецепторов. Об этом же свидетельствуют работы отечественных авторов и наши собственные наблюдения [6,7]. Описан интрапростатический протоковый рефлюкс, вызванный турбулентным мочеиспусканием с высоким внутриуретральным давлением. Рефлюкс мочи в протоки и дольки предстательной железы может стимулировать стерильную воспалительную реакцию.

Однако альфа-1-адреноблокаторы в последние годы применяли преимущественно у больных с доброкачественной гиперплазией предстательной железы [2,3,6], и только некоторые авторы стали применять эти препараты и у больных хроническим простатитом с выраженными расстройствами акта мочеиспускания, получив при этом оптимальный терапевтический эффект [1,7].

Целью настоящего исследования явилось улучшение результатов лечения больных хроническим абактериальным простатитом.

Материалы и методы. В урологической клинике Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П.Павлова, альфа-1-адреноблокаторы при лечении больных хроническим простатитом применяется с 2000 года. Для изучения эффективности альфа-1-адреноблокаторов мы обследовали до и после лечения 125 больных хроническим абактериальным простатитом. Лечение больных хроническим простатитом должно быть комплексным и обязательно воздействовать на все звенья этиологии и патогенеза болезни. Оно должно иметь особенности в зависимости от этиологии заболевания (бактериальный и небактериальный простатит), характера клинических проявлений и особенностей его течения, стадии и фазы активности воспалительного процесса в предстательной железе, состояния иммунитета и других факторов.

Следует отметить, что 109 (87,2%) из 125 больных основной группы и 85 (94,4%) из 90 больных группы сравнения до выполненного нами обследования и назначения альфа-1-адреноблокатора тамсулозина получали рутинную терапию, но без эффекта. Так, растительные экстракты из *Serenoa repens* (пермиксон, простагут и др.) получали 62 пациента основной группы и 43 пациента группы сравнения; нестероидные воспалительные средства - 22 и 20 больных соответственно; биорегулирующие средства (простатилен, витапрост) - 80 и 69 больных соответственно, массаж предстательной железы - 77 и 72 больных соответственно, подвергались санаторно-курортному лечению 29 больных основной группы и 20 больных группы сравнения.

Однако для оценки эффективности альфа-1-адреноблокатора тамсулозина у больных основной группы в процессе приёма этого препарата (в течение 12 недель) лечение другими препаратами и физиотерапевтическими средствами одновременно не проводилось. В течение 12 недель не подвергались никакому лечению и пациенты группы сравнения

Новым подходом к лечению больных хроническим простатитом является использование альфа-1-адреноблокаторов, которые чаще всего назначают больным с расстройствами акта мочеиспускания. Обоснование к лечению больных хроническим простатитом альфа-блокаторами являются: 1) наличие большого числа альфа-1-адренорецепторов в предстательной железе и шейке мочевого пузыря; 2) концепция патогенеза заболевания, основанная на возникновении турбулентного потока мочи в простатическом отделе уретры из-за недостаточности раскрытия шейки мочевого пузыря; 3) наличие механической обструкции шейки мочевого пузыря из-за отёка предстательной железы или её склероза; 4) наличие функциональной обструкции шейки мочевого пузыря из-за псевдодиссинергии сфинктера и нестабильности детрузора.

Доказано, что рефлюкс мочи в протоки и дольки предстательной железы может вызывать асептическую воспалительную реакцию в этом органе, то есть хронический абактериальный простатит (Сивков А.В. и соавт., 2004; Persson B. и соавт., 1996). Исходя из этого положения,

назначение альфа-1-адреноблокаторов в виде монотерапии можно рекомендовать всем больным с хроническим абактериальным простатитом, но в первую очередь больным с расстройствами акта мочеиспускания. Кроме того, исходя из полученных нами данных, альфа-адреноблокаторы следует применять у всех больных, страдающих хроническим абактериальным простатитом, так как этот вид терапии, наряду с другими эффектами, повышает диагностическую ценность бактериологического исследования эякулята и секрета предстательной железы, что позволяет достоверно отличить истинный абактериальный простатит от бактериального. Нами обосновано положение о том, что альфа-адреноблокаторы улучшают дренирование предстательной железы, а благодаря нормализации оттока секрета из предстательной железы в исследуемый материал попадают и возбудители болезни из ранее плохо дренируемых отделов предстательной железы.

Мы назначали тамсулозин больным хроническим абактериальным простатитом при следующих показателях клинического течения болезни: 1) средний суммарный балл по Международной шкале IPSS составил $12,1 \pm 2,4$ (от 5 до 20 баллов), при этом только у 6 (4,8%) больных этой группы была выявлена лёгкая выраженность дизурии (5-7 баллов), а у 118 (94,4%) пациентов отмечены умеренные расстройства акта мочеиспускания (8-16 баллов); 2) средний показатель выраженности дизурии по шкале NIH-CPSI составил 10,95 баллов; 3) индекс качества жизни (QOL) по Международной шкале составил $4,3 \pm 0,4$ балла; 4) максимальная скорость потока мочи ($Q_{\max}$) была равной $11,6 \pm 0,9$ мл/с, при этом у большинства больных (75 человек - 60,0%) имела место лёгкая степень нарушения акта мочеиспускания (10-15 мл/с) и только у 39 (31,2%) - средняя степень нарушения акта мочеиспускания (5-9 мл/с); 5) индекс Абрамса-Гриффитса составил $13,2 \pm 1,7$; 6) степень инфравезикальной обструкции по номограмме W. Schafer была равной $1,6 \pm 0,2$; 7) количество остаточной мочи в мочевом пузыре в среднем составило $42,6 \pm 10,7$ мл.

Следовательно, у всех больных хроническим абактериальным простатитом, которым был назначен альфа-1-адреноблокатор тамсулозин, имели место в той или иной степени выраженные расстройства акта мочеиспускания (поллакиурия, никтурия, вялая струя мочи, затрудненное мочеиспускание, прерывистое мочеиспускание, чувство неполного опорожнения мочевого пузыря, императивные позывы к мочеиспусканию и др.), что ухудшало качество их жизни (табл. 1).

Таблица 1

Показания к назначению тамсулозина больным хроническим абактериальным простатитом ($M \pm m$)

Показатель	Характеристика показателя
1. Международная шкала IPSS (баллы)	$12,1 \pm 2,4$
2. Показатель дизурии по шкале NIH-CPSI (в баллах)	10,95
3. Индекс качества жизни QOL (баллы)	$4,3 \pm 0,4$
4. Максимальная скорость потока мочи ($Q_{\max}$), мл/с	$11,6 \pm 0,9$
5. Индекс Абрамса-Гриффитса	$13,2 \pm 1,7$
6. Степень ИВО по номограмме W. Schafer	$1,6 \pm 0,2$
7. Количество остаточной мочи (мл)	$42,6 \pm 10,7$

Все обследованные нами больные хроническим абактериальным простатитом основной группы получали тамсулозин (омник) по 0,4 мг один раз в сутки в течение 12 недель. Так как тамсулозин является простатоселективным альфа-1-адреноблокатором, то для назначения этого препарата не требовалось подбора и титрования его дозы.

Результаты и их обсуждение. В результате проведённой терапии больных хроническим абактериальным простатитом тамсулозином удалось достичь симптоматического улучшения у 119 (95,2%) из 125 пациентов, получавших этот препарат. Существенной субъективной положительной динамики не было выявлено лишь у 6 (4,8%) больных хроническим абактериальным простатитом.

Анализируя неудачи в лечении 6 больных хроническим простатитом тамсулозином, следует отметить, что у всех больных этой группы при контрольном обследовании эякулята или секрета простаты через 6 и 12 недель от начала лечения, мы отметили существенное повышение количества лейкоцитов и одновременно - положительные результаты посева эякулята, тогда как до лечения количество лейкоцитов не превышало 5-8 в поле зрения, а посев эякулята был стерильным. Таким образом, приём альфа-адреноблокатора позволил улучшить дренирование предстательной железы, нормализовать отток секрета из предстательной железы и выявить возбудитель заболевания, до этого находившийся в плохо дренируемых отделах предстательной железы. Следовательно, у этих 6 больных имел место не абактериальный, а истинно бактериальный хронический простатит, что требовало применения у них не только альфа-адреноблокатора, но и антибиотика, что ранее не было выполнено. Однако, у этих 6 больных, несмотря на отсутствие субъективного улучшения в клиническом течении заболевания (индекса IPSS и шкалы NIH-CPSI), имело место улучшение объективных показателей течения болезни, а именно - урофлоуметрии, уменьшение количества остаточной мочи и улучшение кровообращения в предстательной железе по данным доплерографии. Неудовлетворительные результаты лечения больных хроническим простатитом альфа-1-адреноблокаторами связаны, по нашему мнению, с наличием у больных активного воспалительного процесса в предстательной железе, не выявленного до назначения тамсулозина.

В таблице 2 отражена динамика симптомов болезни по шкале NIH-CPSI на фоне приёма тамсулозина у больных хроническим простатитом. При оценке влияния альфа-1-адреноблокатора тамсулозина на различные группы симптомов было установлено, что наибольшие изменения произошли в группе симптомов, характеризующих нарушенное мочеиспускание. Так, после приёма тамсулозина в течение 12 недель уменьшение дизурии у больных хроническим абактериальным простатитом имело место с 10,95 до 3,26 баллов ($p < 0,001$), то есть в 3,3 раза по сравнению с исходным уровнем. Дизурия продолжала быть минимально выраженной и спустя 3 месяца после приёма альфа-1-адреноблокатора тамсулозина (рис.1), составив 3,91 балла.

Таблица 2

Динамика симптомов хронического простатита по шкале NIH-CPSI на фоне приёма тамсулозина

Показатель	До лечения	Сроки контрольного обследования			
		Через 4 нед. лечения	Через 8 нед. лечения	Через 12 нед. лечения	Через 3 мес. после лечения
1. Общий показатель	28,65	23,19	16,87	11,67	12,20
2. Дизурия	10,95	8,71	4,86	3,26	3,91
3. Боль	9,94	8,35	6,74	4,30	4,04
4. Качество жизни	7,76	6,13	5,27	4,11	4,25

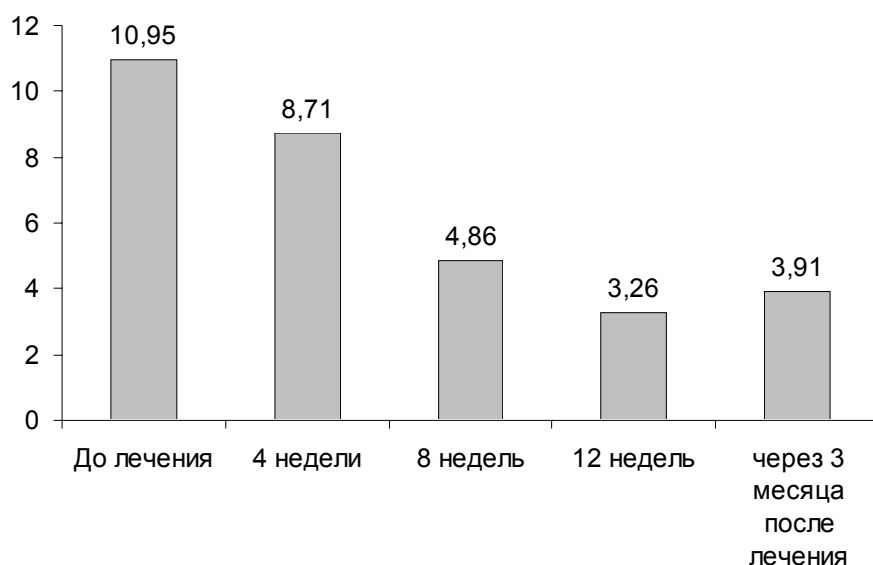


Рис. 1. Динамика выраженности дизурии на фоне приёма тамсулозина у больных хроническим абактериальным простатитом (по шкале NIH-CPSI).

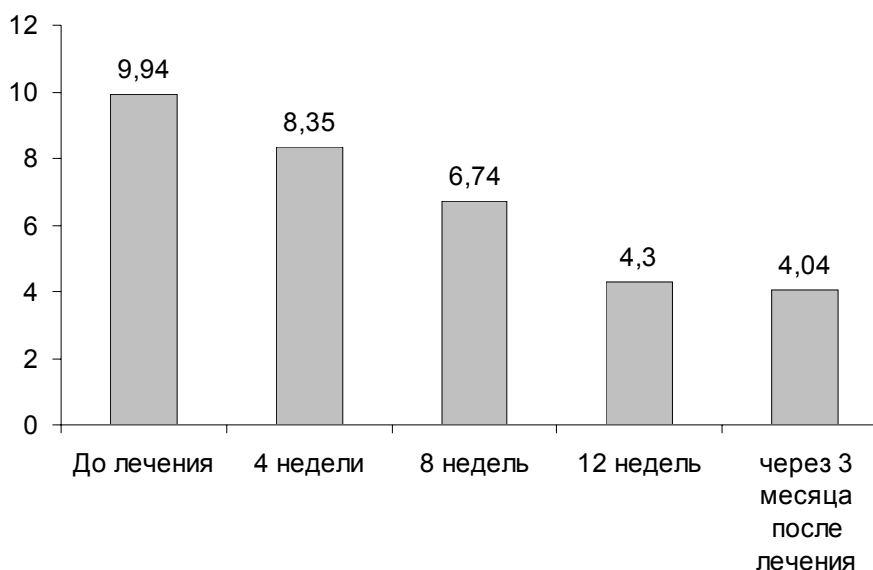


Рис. 2. Динамика выраженности болевого синдрома на фоне приёма тамсулозина у больных хроническим абактериальным простатитом (по шкале NIH-CPSI).

Несколько менее чувствительной к лечению альфа-1-адреноблокатором тамсулозином больных хроническим простатитом оказалась боль в области промежности и в области таза, у корня мошонки, в половом члене. Исходный уровень этого показателя составил 9,94 балла, а после приёма тамсулозина снизился до 4,30 баллов ($p < 0,001$), то есть в 2,3 раза по сравнению с исходным уровнем, и оставался почти на этом же уровне (4,04 балла) и спустя 3 месяца после приёма тамсулозина (рис. 2).

Столь выраженный симптоматический эффект альфа-1-адреноблокатора тамсулозина обусловил и заметное уменьшение качества жизни больных хроническим простатитом. Если исходный уровень этого показателя составил 7,76 балла, то после завершения лечения - 4,11

балла ($p < 0,001$), то есть снизился по сравнению с исходным в 1,9 раза (рис. 3).

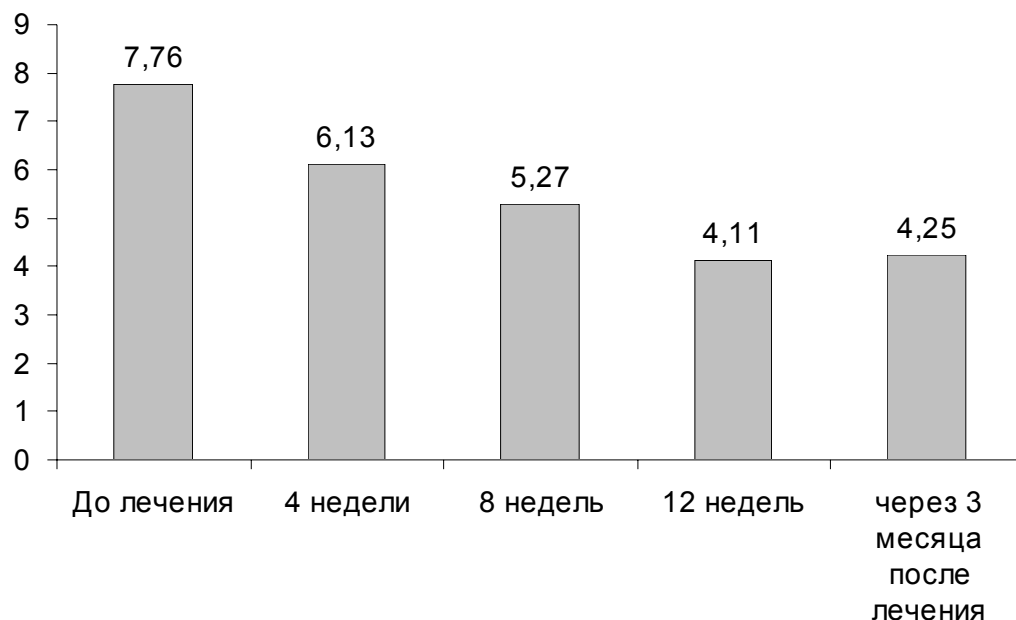


Рис. 3. Динамика показателя качества жизни по шкале NIH-CPSI на фоне приёма тамсулозина у больных хроническим простатитом.

У больных хроническим абактериальным простатитом контрольной группы (группы сравнения), которые имели расстройства акта мочеиспускания, но не получали в течение 12 недель альфа-1-адреноблокатор тамсулозин, наблюдались недостоверные колебания основных субъективных показателей течения болезни: дизурии с 10,71 до 10,89 балла ($p = 0,018$), болевого синдрома с 9,79 до 9,86 балла ($p = 0,031$) и качества жизни с 8,01 до 8,25 балла ($p = 0,029$). Эти данные приведены в таблице 3.

Таблица 3

Динамика симптомов по шкале NIH-CPSI у больных хроническим абактериальным простатитом в течение 12 недель наблюдения, не получающих тамсулозин

Показатель	Исходные данные	Через 12 недель наблюдения
1. Дизурия	10,71	10,89
2. Боль	9,79	9,86
3. Качество жизни	8,01	8,25

Сходные результаты были получены у больных хроническим абактериальным простатитом на фоне приёма тамсулозина и при оценке акта мочеиспускания по Международной шкале IPSS и качества жизни по шкале QOL. Эти данные по сравнению с показателями пациентов группы сравнения приведены в таблице 4.

В результате лечения больных хроническим абактериальным простатитом тамсулозином отмечено снижение суммы баллов заболевания по Международной шкале IPSS. Так, уже к четвертой неделе лечения индекс симптомов IPSS снизился на 5,0 ед. - с $12,1 \pm 2,4$ до $7,1 \pm 1,5$ баллов, что статистически высоко достоверно ($p < 0,01$). Ещё более значительное снижение индекса симптомов IPSS было отмечено через 8 недель лечения - на 6,6 ед. (до $5,5 \pm 1,3$; $p < 0,001$) и через 12 недель лечения - на 9,0 ед. (до $3,1 \pm 0,2$; $p < 0,001$).

Таблица 4

Динамика субъективных симптомов заболевания у больных хроническим абактериальным простатитом по Международной шкале IPSS, подвергшихся (основная группа) и не подвергшихся (группа сравнения) лечению тамсулозином

Критерии оценки результатов лечения	Группы больных	Исходные данные	Сроки контрольного обследования (нед.)		
			4	8	12
Сумма баллов по шкале IPSS	основная сравнения р	12,1±2,4 11,8±1,9 =0,141	7,1±1,5 11,7±1,8 <0,01	5,5±1,3 12,4±1,6 <0,001	3,1±0,2 13,9±1,9 <0,001
Качество жизни (QOL)	основная сравнения р	4,3±0,4 4,2±0,3 =0,196	1,8±0,2 4,1±0,1 <0,01	1,0±0,2 4,3±0,5 <0,001	1,0±0,2 4,5±0,2 <0,001

Динамику суммы баллов симптоматики заболевания по международной шкале IPSS на фоне лечения тамсулозином у больных хроническим абактериальным простатитом иллюстрирует рисунок 4.

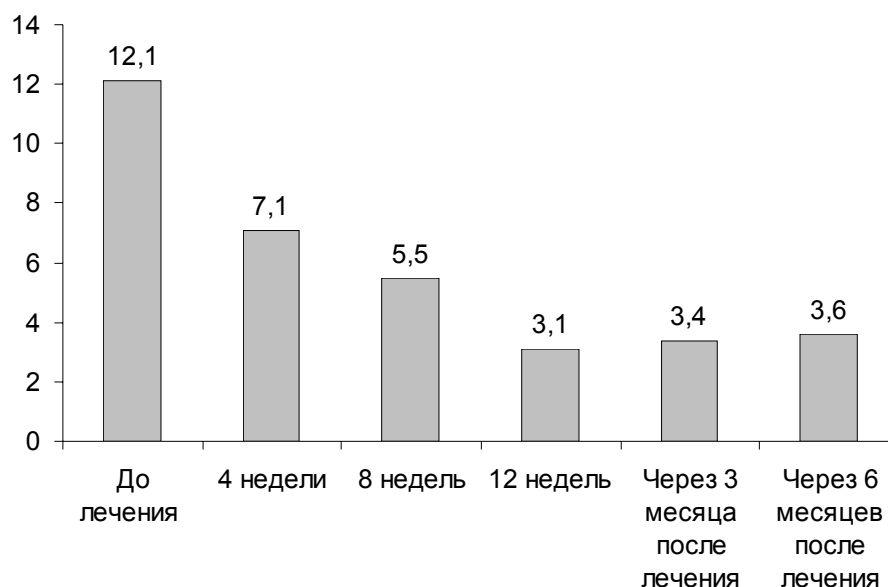


Рис. 4. Динамика суммы баллов нарушенного мочеиспускания на фоне лечения тамсулозином у больных хроническим абактериальным простатитом по Международной шкале IPSS.

Спустя 3 месяца после лечения альфа-1-адреноблокатором тамсулозином индекс симптомов по Международной шкале IPSS был достаточно низким, составив 3,4 балла, и оставался почти таким же (3,6 балла) через 6 месяцев после завершения приёма тамсулозина, когда больным этой группы никакого лечения вообще не проводилось.

Вместе с тем, у 90 больных хроническим простатитом группы сравнения, которые имели те же исходные показатели расстройств акта мочеиспускания, но не получали альфа-блокатор тамсулозин, все показатели суммы баллов по Международной шкале IPSS оставались на прежнем уровне или даже ухудшились (рис. 5).

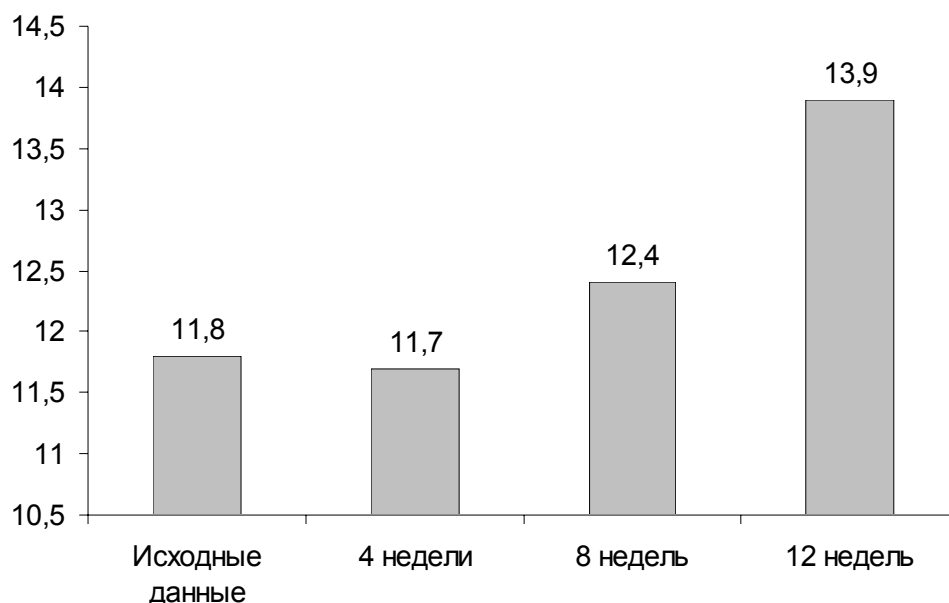


Рис. 5. Характеристика показателя IPSS у больных хроническим абактериальным простатитом, не получающих альфа-1-адреноблокатор тамсулозин.

Следовательно, к концу лечения тамсулозином индекс симптомов болезни у больных хроническим абактериальным простатитом снизился на 74,4%, что существенно улучшило качество жизни пациентов. Оказалось, что к концу 4-й недели лечения индекс качества жизни улучшился на 2,5 ед. (с $4,3 \pm 0,4$ до $1,8 \pm 0,2$; $p < 0,001$), к концу 8-й недели - на 3,3 ед. (до $1,0 \pm 0,2$; $p < 0,001$), и оставался на этом же уровне к концу 12-й недели лечения. Эти данные, по сравнению с показателями пациентов группы сравнения, не получающих тамсулозин, иллюстрирует рисунок 6.

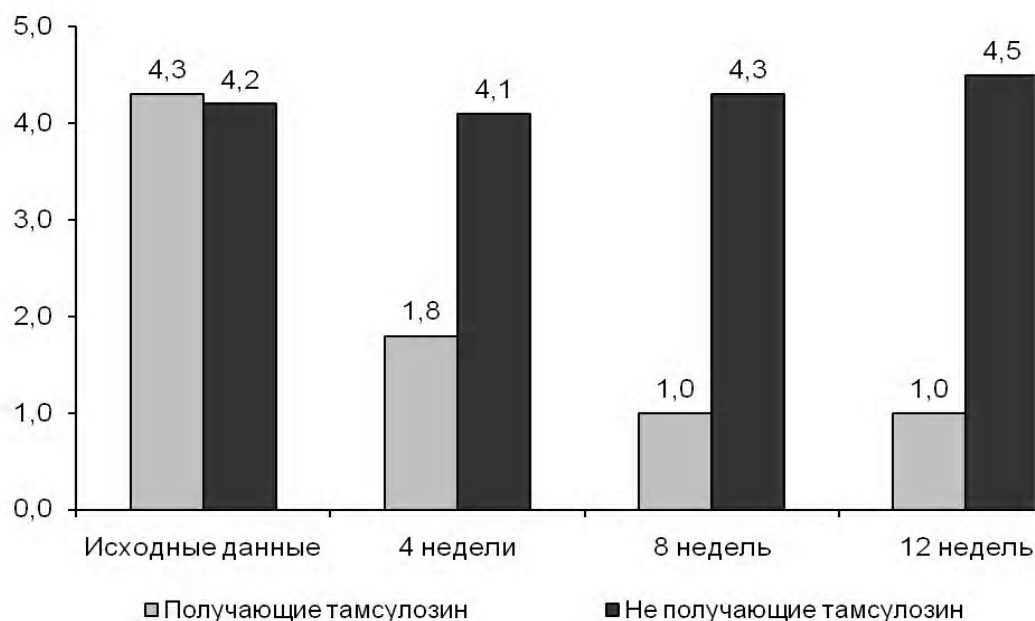


Рис. 6. Динамика качества жизни по Международной шкале QOL у больных хроническим бактериальным простатитом, получающих и не получающих тамсулозин.

В таблице 5 отражены изменения степени выраженности симптомов заболевания (по шкале IPSS) у больных хроническим простатитом в ходе терапии альфа-1-адреноблокатором тамсулозином. Если до лечения лёгкая степень нарушенного мочеиспускания была лишь у 6 (4,8%) больных, умеренная - у 118 (94,4%) и тяжёлая - у 1 (0,8%) больных, то уже через 4 недели лечения лёгкая степень нарушенного мочеиспускания имела место у 47 (37,6%), то есть в 7,8 раза больше ($p < 0,001$), а умеренная - у 78 (62,4%) больных, а через 8 недель приёма тамсулозина лёгкая степень нарушенного мочеиспускания была выявлена у 114 (91,2%) пациентов ($p < 0,001$), то есть уже в 19 раз больше, а умеренная - лишь у 11 (8,8%) больных.

Таблица 5

Изменение степени выраженности симптомов хронического простатита по шкале IPSS в ходе терапии альфа-1-адреноблокатором тамсулозином

Выраженность симптоматики	Баллы	До лечения	Через 4 недели лечения	Через 8 недель лечения	Через 12 недель лечения
Лёгкая	0-7	6 (4,8%)	47 (37,6%)	114 (91,2%)	117 (95,1%)
Умеренная	8-19	118 (94,4%)	78 (62,4%)	11 (8,8%)	6 (4,9%)
Тяжёлая	20-25	1 (0,8%)	—	—	—
Всего	—	125 (100%)	125 (100%)	125 (100%)	123 (100%)

Полученные результаты дают основание рекомендовать включить в комплексное лечение больных хроническим абактериальным простатитом и блокаторы альфа-1-адренорецепторов (тамсулозин и др.), если у них имеет место нарушение акта мочеиспускания. Блокируя адренорецепторы предстательной железы, шейки мочевого пузыря и задней уретры, эти препараты восстанавливают координированную работу детрузора и замыкательного аппарата шейки мочевого пузыря и тем самым способствуют быстрому затуханию симптомов нарушенного мочеиспускания.

Вывод. Полученные результаты дают основание рекомендовать включить в комплексное лечение больных хроническим простатитом блокаторы альфа-1-адренорецепторов (тамсулозин и др.), если у них имеет место нарушение акта мочеиспускания. Применение этих препаратов показано также у больных хроническим простатитом с выраженным склерозом предстательной железы как в процессе их подготовки к оперативному лечению (ТУР), так и в послеоперационном периоде, если после вмешательства у них сохраняется расстройство акта мочеиспускания. Блокируя адренорецепторы предстательной железы, шейки мочевого пузыря и задней уретры, эти препараты восстанавливают координированную работу детрузора и замыкательного аппарата шейки мочевого пузыря и тем самым способствуют быстрому затуханию симптомов нарушенного мочеиспускания. Однако эти препараты не влияют на течение воспалительного процесса в предстательной железе и, поэтому их следует назначать в комплексе с другими методами лечения хронического простатита.

Литература

1. Сегал А.С., Лоран О.Б., Пушкарь Д.Ю. Качество жизни болеющих хроническим простатитом // Пленум правления Российского общества урологов: Материалы. Саратов, 8-10 июня, 2004. М., 2004. С. 12-17
2. Сивков А.В. Ощепков В.Н., Егоров А.А. Двойное слепое плацебо-контролируемое исследование эффективности терадозина у больных хроническим абактериальным простатитом //

Урология, 2005. № 1. С. 47-53

3. Спивак Л.Г. Диагностика и терапия хронического простатита и связанных с ним нарушений фертильности с использованием альфа-1-адреноблокаторов // Автореф. канд. дисс., М., 2005

4. Ткачук В.Н., Аль-Шукри С.Х., Кузнецова М.И., Торосян О.Р. Тамсулозин в лечении больных хроническим простатитом // Урология, 2000. № 5. С. 18-20

5. Ткачук В.Н., Аль-Шукри С.Х., Торосян О.Р. Эффективность тамсулозина у больных хроническим простатитом // X Российский съезд урологов: Материалы. М., 2002. С. 331-332

6. Ткачук В.Н. Диагностика и лечение воспалительных заболеваний предстательной железы // Пленум Всеросс. общества урологов: Тезисы докладов. Пермь, 1994. С. 4-9

7. Al-Shukri S., Tkachuk V.N. Chronic prostatitis (diagnosis and treatment) // First Russian - Finnish Symposium on Urology: Abstracts. St.-Petersburg, 1998. P. 13-17

8. Argyropoulos A., Papadopoulos G., Liapis D. et al. The use of tamsulosine for the treatment of chronic prostatitis // Europ. Urol. 2004. Vol. 3, №2. P.204 (№ 807)

9. Penders L., Bouffieux Ch. Place des alpha - bloquants le traitement du prostatisme // Acta Urol. Belg. 1993. Vol.51, №4. P.518-531

10. Shapiro A., Caine M. The alpha -adrenergic blocking of prazosin on the human prostate // Urol. Res. 1981. Vol. 9, №1. P. 17-20

Хулоса

Таъсирбахшии истифодаи адреноблокаторҳои алфа - 1 дар беморони гирифтори илтиҳоби музмини ғадуди простата

С.Х. Ал-Шукри, В.Н. Ткачук,
Д.Н. Солихов, О.Р. Торосян

Дар мақолаи мазкур таҷрибаи истифодаи адреноблокаторҳои алфа - 1 дар табobati маҷмӯи беморони гирифтори илтиҳоби музмини ғадуди простатаи бактериявӣ оварда шудааст. Мавриди таҳқиқот 215 нафар беморон қарор доштанд, ки онҳо ба гурӯҳҳои назоратӣ ва асосӣ тақсим карда шуда буданд. Гурӯҳи назоратӣ аз 90 нафар бемор иборат буд, ки табobati анъанавиро гирифтанд, гурӯҳи асосӣ (125 нафар) бошад, илова бар он ҳамчунин адреноблокаторҳои алфа - 1-ро қабул намуданд.

Натиҷаҳои мусбати бадастомада аз самаранокии истифодаи адреноблокаторҳои алфа - 1 шаҳодат медиҳанд. Ин доруҳо ресепторҳои адренин ғадуди простата, гарданаи масона ва пешоброҳаи ақибро карахт намуда, кори созгори мушаки пешобронро барқарор месозанд, ки ҳамзамон ба сусти шудани шиддати аломатҳои ихтилолии пешобкунӣ мусоидат мекунад.

Summary

THE EFFECT OF Alfa-1-ADRENOBLOCATORS IN PATIENTS WITH CHRONIC PROSTATITIS

S.H. Al-Shukri, V.N. Tkachuk, D.N. Solihov, O.R. Torosyan

In the article the use of alfa-1-adrenoblocators in complex therapy under chronic abacterial prostatitis is observed. Object of investigation were 215 patients which were parted into control and base groups. Control group had 90 patients received traditional therapy, base group had 125 patients which received alfa-1-adrenoblocators too. Good results in 2nd group indicate the effect of alfa-1-adrenoblocators under chronic abacterial prostatitis. The preparations, blocking adrenoreceptors of prostate, cervix of bladder and rear ureter, restore coordination functioning detrusor and close apparatus of cervix of bladder that normolizes the act of urination.

Key words: chronic abacterial prostatitis, alfa-1-adrenoblocators