

давление, в результате чего улучшается почечная гемодинамика и работа нефрона, но и вызывает нарушение функционирования почечных ультраструктур. При проведении последующих исследований необходимо выяс-

нить обратимость развившихся нарушений, длительность восстановления нормальной работы почки, изучить роль различных лечебных факторов в отношении коррекции водно-электролитного дисбаланса.

Сведения об авторах статьи:

Павлов Валентин Николаевич – д.м.н., профессор, зав. кафедрой урологии с курсом ИПО ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450000, г. Уфа, Ленина, 3.

Пушкарёв Алексей Михайлович – д.м.н., профессор кафедры урологии с курсом ИПО ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450000, г. Уфа, Ленина, 3.

Алексеев Александр Владимирович – к.м.н., врач уролог отделения урологии РКБ им. Г.Г. Куватова. Адрес: 450005, г. Уфа, Достоевского, 132.

Сафиуллин Руслан Ильясевич – д.м.н., профессор кафедры урологии с курсом ИПО БГМУ. Адрес: г. Уфа, ул. Ленина, 3.

Галимзянов Виталий Загитович – д.м.н., профессор кафедры урологии с курсом ИПО БГМУ. Адрес: г. Уфа, ул. Ленина, 3.

Ракипов Ильнур Галинурович – аспирант кафедры урологии с курсом ИПО БГМУ. Адрес: г. Уфа, ул. Ленина, 3.

Мустафин Артур Тагирович – к.м.н., доцент кафедры урологии с курсом ИПО БГМУ. Адрес: г. Уфа, ул. Ленина, 3.

Насибуллин Илдар Марсович – к.м.н., сотрудник кафедры урологии с курсом ИПО БГМУ. Адрес: г. Уфа, ул. Ленина, 3.

ЛИТЕРАТУРА

- 1 Дзеранов, Н.К. Повреждение клеточных мембран при дистанционной литотрипсии / Н.К. Дзеранов, С.А. Голованов, В.В. Дрожжева // Тезисы докладов Пленума Всероссийского общества урологов. – Пермь, 1994. – С. 205-206.
- 2 Досаева, Л.А. Диагностика, медикаментозное лечение и профилактика мочекаменной болезни / Л.А. Досаева, С.Н. Шатохина, Е.М. Шилов // Клин. медицина. – 2004. – № 1. – С. 21-27.
- 3 Дутов, В.В. Современные аспекты лечения некоторых форм мочекаменной болезни: дис. ... д-ра мед. наук / В.В. Дутов. – М., 2000. – 311с.
- 4 Жила, В.В. Патологические изменения в почках при уретеролитиазе / В.В. Жила, А.С. Крикун, М.Н. Маллаев // Клин. хирургия. – 1987. – № 12. – С. 17-19.
- 5 Лопаткин, Н.А. 15-летний опыт применения ДЛТ в лечении МКБ / Н.А. Лопаткин, Н.К. Дзеранов // Материалы Пленума Правления Российского общества урологов. – М., 2003. – С. 5-25.
- 6 Combination therapy in the treatment of patients with staghorn calculi / G.S. Gerber // Tech. Urol. – 1999. – Vol. 5, № 3. – P. 155-158.
- 7 Мудрая, И.С. Нарушения уродинамики и сократительной функции верхних мочевыводящих путей при урологических заболеваниях и методы их диагностики / И.С. Мудрая, В.И. Кирпатовский // Урология. – 2003. – № 3. – С. 66-71.
- 8 Пневматическая контактная литотрипсия / Н.А. Лопаткин, А.Г. Мартов, А.А. Камалов, Б.А. Гушин // Урология и нефрология. – 1994. – № 6. – С. 2-5.
- 9 Тиктинский, О.Л. Мочекаменная болезнь / О.Л. Тиктинский, В.П. Александров. – СПб.: Питер, 2000. – 384 с. 139
- 10 Частота рецидивов камнеобразования после ДЛТ / Д.А. Бешлиев, Б.М. Крендель, О.В. Константинова, Ю.Н. Ткаченко // Материалы Пленума Правления Российского общества урологов. – М., 2003. – С. 74-75.
- 11 Мартов, А.Г. 15-й Всемирный конгресс и 13-й научный симпозиум по вопросам эндоурологии и ударно-волновой литотрипсии (Шотландия, Эдинбург, 1997) / А.Г. Мартов, Н.А. Чернов // Урология и нефрология. – 1998. – № 3. – С. 52-54.
- 12 Docherty N. G., O'Sullivan O. E., Healy D. A. et al. Evidence that inhibition of tubular cell apoptosis protects against renal damage and development of fibrosis following ureteric obstruction. Am. J. Physiol. Renal Physiol. 2006; 290: F4-F13.
- 13 Obstructive nephropathy: an update of the experimental research / J.G. Wen, J. Frøkiaer, T.M. Jørgensen, J.C. Djurhuus // Urol. Res. – 1999. – Vol. 27, № 11. – P. 29-39.

УДК 616.69-008.1:[616.8-009.7:611.981]-085.847

© В.Н. Павлов, Р.А. Абзалилов, А.Р. Загитов, А.А. Казихинуров, А.М. Пушкарёв, А.А. Измайлов, А.Т. Мустафин, А.В. Боярко, Р.В. Абдрахимов, Р.Р. Ишмурзин, Н.В. Усманова, И.М. Насибуллин, 2013

В.Н. Павлов, Р.А. Абзалилов, А.Р. Загитов, А.А. Казихинуров, А.М. Пушкарёв, А.А. Измайлов, А.Т. Мустафин, А.В. Боярко, Р.В. Абдрахимов, Р.Р. Ишмурзин, Н.В. Усманова, И.М. Насибуллин ОПТИМИЗАЦИЯ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ХРОНИЧЕСКОЙ ТАЗОВОЙ БОЛИ, СОЧЕТАННОЙ С ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ

ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет»

Минздрава России, г. Уфа

В работе предложен способ лечения пациентов с синдромом хронической тазовой боли, сочетанной с эректильной дисфункцией с использованием комплексной терапии, включающей в себя коррекцию расстройств микроциркуляции и иннервации органов малого таза посредством физиотерапевтических процедур, а также этиопатогенетическую лекарственную терапию. Использование препаратов, улучшающих микроциркуляцию и проводящую функцию нервной ткани в органах малого таза в сочетании с электростимуляцией мышц тазового дна, позволило в значительной степени улучшить результаты лечения пациентов с синдромом хронической тазовой боли, сочетанной с эректильной дисфункцией.

Ключевые слова: СХТБ, эректильная дисфункция, электромиография мышц дна таза, лазерная доплеровская флоуметрия.

V.N. Pavlov, R.A. Abzalilov, A.R. Zagitov, A.A. Kazikhinurov,
A.M. Pushkarev, A.A. Izmaylov, A.T. Mustafin, A.V. Boyarko,
R.V. Abdrakhimov, R.R. Ishmurzin, N.V. Usmanova, I.M. Nasibullin

OPTIMIZATION OF COMPLEX THERAPY OF PATIENTS WITH CHRONIC PELVIC PAIN SYNDROME COMBINED WITH ERECTILE DYSFUNCTION

The work offers a treatment method for patients with chronic pelvic pain syndrome, combined with erectile dysfunction. This method involves a complex therapy including correction of microcirculation disorders and innervation of pelvic organs by means of physiotherapeutic procedures, and also etiopathogenetic medicinal therapy. Preparations improving microcirculation and conductive function of nervous tissue in pelvic organ in combination with their electrostimulation allowed to substantially improve the results of treatment of patients with chronic pelvic pain syndrome, combined with erectile dysfunction.

Key words: CPPS, erectile dysfunction, electromyography of pelvic organs muscles, laser doppler flowmetry.

В общей популяции населения частота хронического простатита (ХП) составляет от 8 до 30% по данным отечественных авторов [14,17] и от 5 до 16% – зарубежных исследователей [21,23]. Высокая частота ХП отчасти связана с тем, что этот диагноз является, так называемой, «корзиной для клинически неясных состояний» [21]. Однако только 5-10% пациентов с симптомами простатита имеют очевидную бактериальную причину и реагируют на общепринятую антибактериальную терапию. Хронической простатит категории ШБ – хронический абактериальный простатит/синдром хронической невоспалительной тазовой боли (СХТБ) по классификации Национального института здоровья США – характеризуется симптомокомплексом тазовой боли, нарушениями мочеиспускания и сексуальной дисфункцией при отсутствии уропатогенов и признаков воспаления в моче или секрете предстательной железы и составляет в структуре хронического простатита от 20 до 60% [24,28].

В патогенезе СХТБ основополагающая роль отводится гемодинамическим, микроциркуляторным, конгестивным, психосоматическим, нейромышечным факторам [2,5,8,11,12,13,14,17]. В последнее время в научной литературе все больше места занимают неврологические аспекты хронической невоспалительной тазовой боли [19,20]. Предполагается, что синдром может быть связан с псевдодиссинергией внутреннего сфинктера, тонической миалгией тазового дна, пудендопатией, стрессом или эмоциональными проблемами [25,27]. Отмечается тенденция к расширению лечения хронической невоспалительной тазовой боли в плоскость нейромышечной терапии, мышечной релаксации и стимуляции сакральных нервов. Несмотря на распространенность СХТБ, этиология и патогенез заболевания остаются малоизученными, а способы лечения эмпирическими и малоэффективными [3,8,11,13,15,20,25,26,29].

Другой, не менее актуальной проблемой современной урологии является эректильная дисфункция (ЭД). Она определяется, как невозможность достичь или поддержать ригидность полового члена, достаточную для про-

ведения полового акта [7,18]. В России при эпидемиологических исследованиях распространенность ЭД выявлена у трети мужчин после 40 лет [2,4,6]. По данным последних исследований (Massachusetts Male Aging Study), 48,0% мужчин старше 40 лет имеют эректильную дисфункцию, причем с возрастом это число увеличивается от 40,0-50,0% в 40-50 лет до 67,0% к 70 годам. Ежегодно на 1000 мужчин у 24 впервые выявляется эректильная дисфункция [23] – один из наиболее частых и ранних предвестников мужского старения. Предполагается, что поражение сосудистой системы полового члена является основным патофизиологическим механизмом развития ЭД при мужском старении. Известно, что ЭД имеет сосудистый генез в 70-80% наблюдений (30% – артериального, 30% – венозного, 40% – смешанного генеза) и бывает связана либо с уменьшением притока артериальной крови к пещеристым телам, либо с увеличением венозного оттока [1,2,4,6,16,23].

Вышеизложенные доводы позволяют предположить, что нарушения микроциркуляции и иннервации органов малого таза являются одними из основных звеньев патогенеза СХТБ и ЭД и диктуют необходимость проведения собственного исследования.

Цель исследования. Улучшить результаты комплексного лечения больных с СХТБ, сочетанной с ЭД, с учетом и коррекцией расстройств микроциркуляции и иннервации органов малого таза.

Материал и методы. В период с февраля 2011 по январь 2013 года на базе урологической клиники РКБ им. Г.Г. Куватова нами было пролечено 60 больных с диагнозом хронический простатит ШБ (синдром хронической тазовой боли), сочетанный с эректильной дисфункцией. Средний возраст пациентов – 35-50 лет. Период наблюдения составлял 1 месяц во время приема препаратов с последующим периодом отдаленного наблюдения продолжительностью 3 месяца после завершения курса лечения. Предварительно перед началом лечения пациентам кроме стандартных исследований (жалобы, анамнез, физикальный осмотр, пальцевое ректальное обследование, общие анализы крови и мочи,

биохимический анализ крови) проводилось следующее обследование: заполнение опросников IPSS/QoL; анкетирование с помощью опросника международного индекса эректильной функции (МИЭФ-5) и опросника возрастных симптомов мужчины AMS; болевой синдром оценивался по индексу боли опросника «NIH – CPSI»; оценка микроциркуляции полового члена методом ЛДФ с использованием лазерного анализатора капиллярного кровотока «ЛАКК-01»; игольчатая ЭМГ наружных поперечно-полосатых сфинктеров уретры и ануса на миографе Keypoint Workstation.

Пациенты получали в течение месяца следующие препараты: ПростаДоз 250мг перорально 2 таблетки в сутки, Сиалис 5мг перорально 1 капсула в сутки, Пентоксифиллин 100мг перорально по 2 таблетки 3 раза в сутки, Индометациновые свечи 50мг ректально 1 раз/сутки в течение 20 дней. Кроме этого, мы использовали специальный комплекс упражнений для мышц дна таза для улучшения кровоснабжения пениса, электростимуляцию мышц тазового дна.

С целью определения нормативных показателей потенциалов двигательных единиц (ПДЭ) мышц тазового дна и критериев нормального пенильного кровотока нами была обследована группа из 20 здоровых мужчин добровольцев в возрасте от 35 до 50 лет, не имеющих заболеваний мочеполовой системы в анамнезе и не предъявляющих жалобы на расстройства мочеиспускания (табл. 1,2).

Таблица 1
Результаты ЭМГ мышц тазового дна при физиологической норме (n=20)

Результаты ЭМГ тазового дна, М±δ	
Средняя длительность ПДЭ, мс	5,4±0,9
Средняя амплитуда ПДЭ, мВ	0,31±0,11

Таблица 2
Показатели микроциркуляции полового члена при физиологической норме (n=20)

Показатель микроциркуляции (ПМ)	Средне-квадратичное отклонение (δ)	Коэффициент вариации (K _v)
16,5±0,28	4,1±0,45	24,72±4,60

Результаты и обсуждение. Анализ результатов лечения выявил статистически значимые различия в показателях индекса IPSS и QoL между результатами до лечения, через 1 месяц после начала лечения и 3 месяца после окончания лечения (табл.3).

Таблица 3
Показатели IPSS и QoL до лечения, через 1 и 3 месяца после лечения

Показатель	До лечения	Через 1 месяц	Через 3 месяца
QoL, баллы	3,41 ± 1,04	2,62 ± 1,01	2,34 ± 0,90
IPSS, баллы	16,04 ± 3,94	9,85 ± 5,24	7,56 ± 5,21

Результаты оценки симптомов ЭД по шкале МИЭФ-5 оказались следующими: на

фоне приёма Сиалиса 5мг перорально ежедневно в течение месяца пациенты из группы с умеренной степенью тяжести ЭД (13,2±1,2) перешли к концу наблюдения в категорию пациентов с нормальной степенью ЭД (22,7±0,5). По данным опросника AMS значения у пациентов до лечения были 38±2,7 (симптомы средне выражены), через месяц после лечения 27±1,8 (симптомы слабо выражены).

Анализ субъективных ощущений пациентов по шкале NIH-CPSI демонстрирует статистически достоверное уменьшение количества баллов – 25,21± 0,94 (умеренная симптоматика) до начала терапии, с последующим снижением баллов до 11,51± 0,78 (мягкая симптоматика) после окончания лечения. Очевидно, что данный эффект связан с противоотечным и противовоспалительными действиями местно НПВП Индометацин.

В табл. 4 представлена динамика изменения показателей микроциркуляции полового члена (кавернозных тел) у пациентов до начала лечения, после окончания лечения и через 3 месяца после начала лечения.

Таблица 4

Показатели микроциркуляции полового члена (кавернозных тел) у пациентов до начала лечения, после окончания лечения и через 3 месяца после начала лечения

ПМ физ. норма	ПМ до лечения	ПМ 1 месяц	ПМ 3 месяца
17,61±0,32	7,8±2,4	9,9±0,5	10,2±0,41

* p < 0,01

На этапе обработки применялся математический аппарат обработки случайных процессов, определялись статистические средние значения: М – величина среднего потока крови в интервале времени регистрации – измеряется в перфузионных единицах (пф.ед.). Повышение М характеризует увеличение перфузии. σ – среднее квадратичное отклонение (среднее колебание перфузии) – также измеряется в перфузионных единицах. Параметр σ характеризует временную изменчивость перфузии, он отражает среднюю модуляцию кровотока в микроциркуляторном русле, которая происходит при временном изменении просвета сосудов. Соотношение величин М и σ называется коэффициентом вариации: $K_v = \sigma/M \cdot 100\%$.

Анализируя полученные данные, мы выявили достоверный рост показателей микроциркуляции полового члена (кавернозных тел) у пациентов после лечения, с сохранением достигнутого уровня показателей микроциркуляции в сроки до 2 месяцев после окончания лечения. Таким образом, применение в лечении больных с СХТБ, сочетанным с эректильной дисфункцией, лечебной физкультуры, электростимуляции мышц тазового дна,

ингибиторов ФДЭ-5-го типа (Сиалис) и средств, влияющих на микроциркуляцию полового члена (Пентоксифиллин), позволило улучшить результаты лечения данной категории пациентов.

Результаты ЭМГ мышц тазового дна были получены следующие: у пациентов до лечения выявлено статистически незначительное повышение средней длительности потенциалов двигательных единиц ($6,3 \pm 0,15$ мс) по сравнению с показателями физиологической нормы. Но на фоне проводимой электростимуляции мышц дна таза показатели средней длительности потенциалов двигательных единиц к концу лечения приблизились к физиологически нормальным показателям ($5,8 \pm 0,21$).

Выводы. Таким образом, проведение

комплексного курса терапии, включающего в себя ингибиторы ФДЭ-5-го типа, биологическую добавку ПростаДоз, нестероидные противовоспалительные препараты, а также препараты, улучшающие микроциркуляцию органов малого таза, позволяет достигнуть болеутоляющего, противовоспалительного, противоотечного эффекта, а также адаптировать пациентов к сексуальной жизни на удовлетворяющем их уровне. Кроме того, включение в данную схему лечения физиопроцедур (электростимуляция мышц дна таза) и упражнений для укрепления мышц таза (седалищно-пещеристых, луковично-губчатых мышц и др.) позволяет добиться более эффективных результатов лечения больных с СХТБ, сочетанным с ЭД, тем самым улучшая показатели качества жизни данной категории пациентов.

Сведения об авторах статьи:

Павлов В.Н. – д.м.н., профессор, зав. кафедрой урологии с курсом ИПО ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450000, г. Уфа, Ленина, 3. E-mail: vpavlov3@yandex.ru.

Абзалилов Р.А. – соискатель кафедры урологии с курсом ИПО ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450000, г. Уфа, Ленина, 3.

Загитов А.Р. – к.м.н., доцент кафедры урологии с курсом ИПО ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450000, г. Уфа, Ленина, 3. E-mail: artur.zagitov@inbox.ru;

Казихинуров А.А. – д.м.н., профессор кафедры урологии с курсом ИПО ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450000, г. Уфа, Ленина, 3.

Пушкарев А.М. – д.м.н., профессор кафедры урологии с курсом ИПО ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450000, г. Уфа, Ленина, 3.

Измайлов А.А. – к.м.н., доцент кафедры урологии с курсом ИПО ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450000, г. Уфа, Ленина, 3.

Мустафин А.Т. – к.м.н., доцент кафедры урологии с курсом ИПО БГМУ. Адрес: г. Уфа, ул. Ленина, 3.

Боярко А.В. – к.м.н., ассистент кафедры урологии с курсом ИПО ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450000, г. Уфа, Ленина, 3.

Абдрахимов Р.В. – соискатель кафедры урологии с курсом ИПО ГБОУ ВПО БГМУ. Адрес: 450000, г. Уфа, Ленина, 3.

Ишмуллин Р.Р. – соискатель кафедры урологии с курсом ИПО ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450000, г. Уфа, Ленина, 3.

Усманова Н.В. – соискатель кафедры урологии с курсом ИПО ГБОУ ВПО БГМУ. Адрес: 450000, г. Уфа, Ленина, 3.

Насибуллин И.М. – к.м.н., сотрудник кафедры урологии с курсом ИПО БГМУ. Адрес: 450000, г. Уфа, Ленина, 3.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аляев, Ю.Г. Роль вазоактивных препаратов в лечении хронического простатита / Ю.Г. Аляев, В.А. Григорян, М.Э. Еникеев и др. // Пленум правления Российского общества урологов: материалы. – М., 2004. – С. 28-29.
2. Аляев, Ю.Г. Хронический простатит и сексуальные нарушения / Ю.Г. Аляев, А.З. Винаров, Н.Д. Ахвледиани // Материалы Пленума Правления Российского общества урологов. – Саратов-М., 2004. – С. 169-177.
3. Аполихин, О.И. Проблема хронического неинфекционного простатита с позиции доказательной медицины / О.И. Аполихин, А.В. Сивков, В.Н. Ощепков и др. М-лы X Российского съезда урологов, Москва, 1-3 октября 2002 г. – М., 2002. – С. 223-227.
4. Гамидов, С.И. Прогнозирование клинической эффективности левитры у больных с артериальной эректильной дисфункцией / С.И. Гамидов, Р.И. Овчинников, В.В. Иремашвили // Урология. – 2006. – №4. – С. 44-48.
5. Есильевский, Ю.М. Лечение больных хроническим простатитом с позиции доказательной медицины / Ю.М. Есильевский // Тез. докл. Международного конгресса по андрологии. – Сочи, 2006. – С. 81.
6. Калинин, С.Ю. Проблема возрастной андрогенной недостаточности у мужчин / С.Ю. Калинин, Г.И. Козлов // Андрология и генит. хир. – 2002. – №2. – С. 35-39.
7. Ковалев, В.А. Диагностика и лечение эректильной дисфункции: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / В.А. Ковалев. – М., 2001. – 25 с.
8. Крупин, В.Н. Хроническая тазовая боль в урологии / В.Н. Крупин, В.В. Клочай, А.В. Крупин // Хроническая тазовая боль. – М.: Антидор, 2007. – С. 227-315.
9. Лоран, О.Б. Система суммарной оценки симптомов при хроническом простатите / О.Б. Лоран, А.С. Сегал // Урология. – 2001. – №5. – С. 1619.
10. Лоран, О.Б. Хронический простатит одна болезнь? / О.Б. Лоран, Е.И. Велиев, А.В. Живов // Урология. – 2009. – №1. – С. 70-75.
11. Мазо Е.Б., Кривобородов Г.Г. с соавт. // Урология. – 2001. – №5. – С. 29 - 36.
12. Мазо Е.Б. Синдром хронической тазовой боли / Е.Б. Мазо, М.Е. Школьников // Consilium medicum. – 2008. – Т. 10, №4. – С. 49-51.
13. Неймарк А.И. Цветовая ультразвуковая ангиография в оценке результатов лечения хронического простатита / А.И. Неймарк, Д.Ю. Пушкарь, Д.Ю. Лонгидаза в лечении хронического простатита / Д.Ю. Пушкарь, А.В. Зайцев, А.С. Сегал // Урология. – 2006. – № 6. – С. 26-28.
15. Пушкарь, Д.Ю. Патогенетические основы медикаментозной терапии фторхинолонами и альфа-адреноблокаторами у больных хроническим простатитом / Д.Ю. Пушкарь, П.И. Раснер // Фарматека. – 2007. – №4 (139). – С. 53-59.
16. Сивков, А.В. Терапия хронического абактериального простатита / А.В. Сивков, В.Н. Ощепков, А.А. Егоров // Пленум правления Российского общества урологов: материалы. – М., 2004. – С. 216-230.
17. Ткачук, В.Н. Хронический простатит / В.Н. Ткачук. – М.: Медицина, 2006. – 111 с.
18. Alkhayal S. A simple noninvasive test to detect vascular disease in patients with erectile dysfunction: a novel method / S. Alkhayal, V.

- Lehmann, P. Thomas // J. Sex. Med. 2006. - V.3 (2). - P.331-336.
19. Domingue G.J. Prostatitis / G.J. Domingue, W.J.G. Hellstrom // Clin. Microbiol. Rev. 1998. - Vol. 11. - P. 604-613.
20. Luzzi, G. Chronic Prostatitis / G. Luzzi, A.J. Schaeffer // NEJM. -2007. Vol. 356. - P. 423-424.
21. McNaughton Collins M. Diagnosis and treatment of chronic abacterial prostatitis: a systematic review / M. McNaughton-Collins, R. MacDonald, T.J. Wilt // Ann. Intern. Med. 2000. - Vol. 133. - P. 367-381.
22. Mirone V. Flexible-dose vardenafil in a community-based population of men affected by erectile dysfunction: a 12-week open-label, multicenter trial / V. Mirone, A. Palmieri, D.
23. Nickel J.C. Prostatitis: Lessons from the 20th century / J.C. Nickel // BJU Int. 2000. - Vol. 85. - P. 179-185.
24. Nickel J.C. The Prostatitis Manual: A Practical Guide to Management of Prostatitis/Chronic Pelvic Pain Syndrome. Oxfordshire, United Kingdom : Bladon Medical Publishing, 2002. - P. 29-80.
25. Nickel J.C. Clinical evaluation of the man with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome / J.C. Nickel // Urology. 2003. -Vol. 60, Suppl 6A. - P. 20-23.
26. Nickel J.C. Treatment of chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome / J.C. Nickel // Int J Antimicrob Agents. 2008. - Vol.31, Supl. 1. -P. 112-116.
27. Osborn D.E. Prostatodynia: physiological characteristics and rational management with muscle relaxants / D.E. Osborn, N.J. George, P.N. Rao et al. // Br. J. Urol. 1981. - Vol. 53. - P. 621-623.
28. Roberts R.O. A review of clinical and pathological prostatitis syndromes / R.O. Roberts, M. Lieber, D. Bostwick // Urology. 1997. -Vol. 49.-P. 809-821.
29. Wagenlehner F.M Prostatitis and male pelvic pain syndrome. Diagnosis and treatment / F.M. Wagenlehner, K.G. Naber, T. Bschleipfer et al. // Dtsch Arztebl Int. 2009. - Vol. 106, N 11. - P. 175-183.

УДК 616.65-007.61-085.2

© В.Н. Павлов, А.А. Казихинуров, Р.И. Сафиуллин, А.Р. Загитов, А.Т. Мустафин, А.В. Боярко, Р.А. Абзалилов, Р.Р. Ишмурзин, Ф.Н. Мухамедьянов, Н.В. Усманова, И.М. Насибуллин, 2013

В.Н. Павлов, А.А. Казихинуров, Р.И. Сафиуллин,
А.Р. Загитов, А.Т. Мустафин, А.В. Боярко, Р.А. Абзалилов,
Р.Р. Ишмурзин, Ф.Н. Мухамедьянов, Н.В. Усманова, И.М. Насибуллин
**РЕЗУЛЬТАТЫ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ
С ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИЕЙ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ
I-II СТАДИЙ**

*ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет»
Минздрава России, г. Уфа*

В статье приводятся результаты применения комбинации препаратов Доксазозин и Индигал при лечении 100 больных с доброкачественной гиперплазией предстательной железы I-II стадий. При этом отмечаются выраженный клинический эффект применения данной комбинации препаратов, нормализация уродинамических показателей, улучшение качества жизни пациентов.

Ключевые слова: доброкачественная гиперплазия предстательной железы, Индигал, Доксазозин.

V.N. Pavlov, A.A. Kazikhinurov, R.I. Safiullin,
A.R. Zagitov, A.T. Mustafin, A.V. Boyarko, R.A. Abzalilov,
R.R. Ishmurzin, F.N. Mukhamedyanov, N.V. Usmanova, I.M. Nasibullin
**RESULTS OF MEDICAMENTAL TREATMENT OF PATIENTS WITH BENIGN
PROSTATIC HYPERPLASIA OF I-II STAGE**

The article presents the results of combined use of Doxazosin and Indigal in treatment of 100 patients with benign prostatic hyperplasia (BPH) stages I-II. The expressed clinical effect of this combination, normalization of urodynamic indicators, and improvement of quality of life are noted here.

Key words: benign prostatic hyperplasia, Indigal, Doxazosin.

Доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ) является одним из наиболее распространенных заболеваний мужчин в возрасте 40-50 лет. Причем в возрасте старше 50 лет клинические проявления ДГПЖ выявляются у 50% мужчин, старше 60 лет – у 60%, старше 70 лет аденома предстательной железы диагностируется в 70-80% случаев [1]. В последнее время заболевание имеет тенденцию к омоложению и является одной из главных причин дизурии и инфравезикальной обструкции у мужчин.

Хотя в настоящее время вопросы этиологии и механизмы патогенеза доброкаче-

ственной гиперплазии предстательной железы достаточно изучены, в ряде работ обсуждаются вопросы антипролиферативной терапии, способной блокировать проведение в клетках простаты андрогензависимых пролиферативных сигналов на самых первых этапах их реализации посредством ингибирования экспрессии андрогеновых рецепторов [8].

Возраст и нормальная секреция андрогенов являются двумя наиболее признанными факторами развития ДГПЖ. В ходе метаболизма тестостерон проникает в клетки предстательной железы, где под действием фермента 5 α -редуктазы превращается в дигидро-