



**В.Н. Ткачук**, заслуженный деятель науки РФ, д.м.н., профессор кафедры урологии Санкт-Петербургского Государственного медицинского университета им. академика И.П. Павлова, председатель научного общества урологов Санкт-Петербурга, член Международной и Европейской ассоциации урологов

Несмотря на то, что доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ) – давно известное заболевание, вопросы его лечения широко обсуждаются в отечественной и зарубежной литературе. Одни авторы считают, что лечить ДГПЖ в начальной стадии необходимо с помощью медикаментозных препаратов, другие отдают предпочтение так называемому динамическому наблюдению. И в то же время 30-40% мужчин с ДГПЖ подвергаются оперативному лечению этой болезни. Самым распространенным среди всех методов оперативного лечения является трансуретральная резекция предстательной железы (ТУР), которая уже в течение 20 лет признана «золотым

## НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ

13 ноября 2008 г. в рамках IV Всероссийского конгресса «Мужское здоровье» в здании президиума Российской академии наук состоялся сателлитный симпозиум «Новые подходы к лечению заболеваний предстательной железы», организованный венгерской фармацевтической фирмой «Гедеон Рихтер». Понятие «мужское здоровье» объединяет проблемы, характерные только для мужчин – заболевания предстательной железы, сексуальные дисфункции, мужское бесплодие. Но главная проблема в том, что к врачу мужчины обращаются лишь тогда, когда болезнь заходит далеко и начинает по-настоящему мешать получать удовольствие от жизни. Забота о своем здоровье характера для мужчин, выбирающих качество жизни, которому способствует компания с вековой историей – «Гедеон Рихтер» – и ее препараты: Сонизин® и Простерид®.

## ПРИМЕНЕНИЕ ФИНАСТЕРИДА ПЕРЕД

стандартом» в лечении ДГПЖ. Но хотя это и «золотой стандарт», а осложнения при выполнении ТУР в интраоперационном, раннем и позднем послеоперационном периодах, по данным ВОЗ, составляют 18%. A. Patel и G. Fuchs на основании мета-анализа 5 наиболее значимых рандомизированных исследований отметили макрогематурию с тампонадой мочевого пузыря после ТУР у 13,6%, А.Г. Мартов и соавт. – у 8,3% больных. В чем причины кровотечения во время ТУР и раннем послеоперационном периоде? Основная причина –

анатомическая: по данным доплерографии, при ДГПЖ имеет место усиление сосудистого рисунка и увеличение количества и калибра сосудов ПЖ.

Как предотвратить это серьезное осложнение? В последние годы было признано целесообразным назначение больным перед ТУР ингибитора 5-альфаредуктазы (финастерида). О том, как действует финастерид на ПЖ, было известно давно, выполнено множество исследований по этому поводу, доказана его способность подавлять рост мелких

сосудов ПЖ, что приводит к уменьшению во время ТУР интраоперационного кровотечения и снижению послеоперационной гематурии. Назначение финастерида в течение 2-3 месяцев способствует атрофии эпителиальной ткани ПЖ, приводит к уменьшению ПЖ в размерах и, как раньше говорили, некоторому ее



# ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

сморщиванию.

На базе клиники урологии Санкт-Петербургского Государственного медицинского университета им. академика И.П. Павлова нами было проведено исследование, в котором под наблюдением находились 88 больных ДГПЖ. В течение 3 месяцев перед ТУР они принимали финастерид по 5 мг/сут (47 больных получали Простерид («Гедеон Рихтер», Венгрия), 41 – Проскар (MSD, Нидерланды). Мы убедились в том, между прочим, что более короткие курсы не приводят к столь существенному уменьшению кровопотери во время операции и снижению послеоперационной гематурии.

здоровых лиц.

Полученные данные способствовали уменьшению у больных ДГПЖ интраоперационной кровопотери во время выполнения ТУР и снижению послеоперационной гематурии.

Как определяют потерю крови во время операции? Давно применяемый во всех урологических клиниках очень простой способ: определяют уровень гемоглобина в промывной жидкости во время выполнения ТУР. У больных, которые не получали финастерид, он в 3,2 раза больше, а интраоперационная кровопотеря в 2,3 раза больше ( $p < 0,001$ ). Длительность послеоперационной макрогемату-

способствовало снижению числа послеоперационных осложнений. В основной группе кровотечения как осложнения не было. У больных, которые не получали финастерид, оно встречалось в 2,7% случаев. Кроме того, отмечались инфекционные осложнения в виде острого простатита и острая задержка мочи. В позднем послеоперационном периоде возможны другие осложнения, но многие из них связаны с тем, что оперативное вмешательство во время ТУР было выполнено не радикально. Ирритативная симптоматика у больных сохранялась почти в 5 раз чаще, если они не получали финастерид. Наблюдался склероз

## ТРАНСУРЕТРАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИЕЙ ПРОСТАТЫ ПРИ ДГПЖ

В группе сравнения (75 больных с аналогичным объемом ПЖ и клиническими проявлениями заболевания) статистических различий не было, эти больные перед ТУР не получали финастерид. Урологическая клиника нашего университета имеет самый большой опыт применения этого препарата у больных ДГПЖ.


При оценке результатов исследования у больных ДГПЖ отмечено через 3 мес. после приема финастерида снижение плотности сосудистого сплетения с  $3,07 < 0,67$  до  $2,32 < 0,55$  сосуд/см<sup>2</sup> ( $p < 0,05$ ). Если коэффициент эпителий/строма до лечения составил 1,26, то после лечения он снизился до 0,84, что свидетельствовало о редукции эпителиальной ткани и склерозировании ПЖ. Было еще раз подтверждено снижение плотности мелких сосудов ПЖ при назначении финастерида. Плотность сосудистого сплетения, скорость кровотока в артериях после лечения почти приближались к соответствующим показателям у

ри у больных основной группы составила в среднем 8,3 ч., а у больных группы сравнения – 32,6 ч., при этом почти у половины больных (44,3%) основной группы в раннем послеоперационном периоде макрогематурии не было вовсе.

Почему это важно? Уменьшение интраоперационного кровотечения на фоне предоперационной подготовки финастеридом позволило сократить и время выполнения ТУР почти в 2 раза. Показаний к гемотрансфузии не возникало. Какие осложнения мы наблюдали у основной группы и группы больных, которые не получали финастерид, в раннем послеоперационном периоде? ТУР, выполняемая у больных ДГПЖ с минимальным кровотечением во время вмешательства, проходила с минимальной интраоперационной травматизацией тканей, что

шейки мочевого пузыря, стриктура уретры и даже недержание мочи.

Применение финастерида в качестве предоперационной подготовки к ТУР способствует:

- снижению интраоперационной кровопотери;
- уменьшению послеоперационной гематурии;
- сокращению времени выполнения ТУР;
- сокращению сроков послеоперационной реабилитации;
- снижению числа ранних и поздних осложнений ТУР. 





## ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ

чая препарат, не контролирует давление. Вот почему сегодня крайне важно знать, что практически все больные с урологическими нарушениями – разные, у них, как правило, артериальная гипертензия встречается практически в 100% случаев, каждый пятый имеет ишемическую болезнь сердца, каждый десятый – сердечную недостаточность. И они стараются активно лечиться.

Сочетанная урологическая и сердечно-сосудистая патология требует постоянного применения нескольких препаратов с учетом лекарственного взаимодействия. В Американских рекомендациях по лечению артериальной гипертензии уродинамические нарушения выступают в качестве факторов, провоцирующих развитие артериальной гипертензии. В них сказано, что остаточный объем мочи более 300 мл – фактор риска развития АГ, и лечение должно проводиться не сосудорасширяющими препаратами, а лекарственными средствами, устраняющими дисфункцию мочеиспускания.


И действительно, при всем различии сердечно-сосудистой и мочевыделительной систем принцип их организации единый. Вот почему в настоящее время все заболевания, с которыми сталкиваются урологи, и кардиологи, надо рассматривать с позиции нейрогуморального дисбаланса, и лечение должно быть направлено на его восстановление. У нас масса препаратов, которые так или иначе влияют на сердце, на сосуды и будут неизбежно влиять на мочевой пузырь. В последнее время все шире и шире применяются  $\alpha_1$ -адреноблокаторы. И возникает проблема лекарственного взаимодействия, в которой не просто разобраться. Сейчас, когда наступят холода, при спастических реакциях будут назначаться по 4-5 препаратов. Все они будут взаимодействовать с  $\alpha_1$ -адреноблокаторами. То есть

сегодня мы имеем 4-5 препаратов и массу проблем, связанных с метаболизмом, конкуренцией в печени, компенсацией эффекта, подбором доз и, естественно, стоимостью. Концепция лечения одной таблеткой сердечно-сосудистой и урологической патологии была заманчивой, но ее не удалось реализовать. Прекрасно работают  $\alpha_1$ -адреноблокаторы, которые уменьшают симптомы. Но какой ценой? Для того чтобы подобрать терапию неуроселективными  $\alpha_1$ -адреноблокаторами, нужно два месяца. К сожалению, на практике это делается редко.

У нас есть выбор – это тамсулозин, который является суперселективным  $\alpha_1$ -адреноблокатором, позволяющим быстро купировать клинические урологические симптомы, не влияя на артериальное давление.

Что рекомендует ВОЗ при выборе препарата? Смотрите на производителя (GMP-производство). «Гедеон Рихтер» на рынке уже 100 лет, качество его препаратов не вызывает сомнения. Поэтому когда появился препарат Сонизин, к нему, естественно, возник интерес.

Сонизин (тамсулозин) избирательно и конкурентно блокирует постсинаптические  $\alpha_1A$ -адренорецепторы, находящиеся в гладкой мускулатуре предстательной железы, шейки мочевого пузыря и простатической части уретры, а также  $\alpha_1D$ -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 и раздражения, связанные с ДГПЖ. Как правило, терапевтический эффект развивается через 2 недели после начала приема препарата, хотя у ряда



**М.П. Савенков**, д.м.н., профессор,  
зав. кафедрой клинической функциональной  
диагностики с курсом в педиатрии Российского  
государственного медицинского университета

Приходит понимание, в том числе и у терапевтов, что урологическая патология по частоте ничуть не меньшая, чем сердечно-сосудистая. Ее начали лучше диагностировать. Терапия сердечно-сосудистых заболеваний становится очень агрессивной, ее цель – достижение целевых уровней артериального давления. Появляется огромное количество препаратов, которые мы обязаны назначать. Интерес к этой проблеме у нас родился именно из-за неудачного опыта общения с урологами, когда консультация и попытка помочь больному с урологическими нарушениями приводила чуть ли не к смерти пациента. Зачастую мы сталкиваемся с парадоксальной ситуацией: ответственным за состояние больного кардиолог и уролог перекалдывают друг на друга: уролог, назна-

# С УРОДИНАМИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ ПРИ СОПУТСТВУЮЩЕЙ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ

пациентов уменьшение выраженности симптомов отмечается после приема первой дозы.

Препарат не вызывает какого-либо клинически значимого снижения АД как у пациентов с артериальной гипертензией, так и у пациентов с нормальным АД. Препарат хорошо работает, эффективно устраняя симптоматику.

Большое значение имеет доступность Сонизина – его цена на 40% ниже аналогичных препаратов.

Сонизин является препаратом выбора и с точки зрения безопасности, и влияния на уродинамические реакции.


При применении Сонизина необходимо обратить внимание на реакцию со стороны артериального давления – колебание и в дневное, и в ночное время в пределах 5-6% нас устраивает, что особенно имеет значение для пациентов с небольшой гипотонией. Лечение препаратом Сонизин хорошо переносится больными и не вызывает значимых

побочных эффектов. Высокая уроселективность Сонизина снижает риск развития гипотензивных реакций и расширяет возможности применения препарата при сопутствующей кардиоваскулярной патологии и, в частности, артериальной гипертензии.

Категорически не советую на фоне применения  $\alpha_1$ -адреноблокаторов принимать алкоголь. Алкоголь с точки зрения ВОЗ трактуется как препарат, который потенцирует гипотензивный эффект этой группы лекарственных средств. Оказалось, что алкоголь плюс бесконтрольный прием  $\alpha_1$ -адреноблокаторов и других препаратов без учета взаимодействия наносит ущерб здоровью человека.

В период лечения необходимо воздерживаться от занятий потенциально опасными видами деятельности, требующими повышенной концентрации внимания и быстроты психомоторных реакций.

Когда есть риск острой задержки мочи, применение алкоголя становится особо опасно. Алкоголь – это диуретик, который может увеличить и накопительную функцию, и получить острую задержку, тем более в сочетании с  $\alpha_1$ -адреноблокатором.

Сейчас по законодательству за пациента несет ответственность тот, кто лечит – лечащий врач. Уролог во многих ситуациях выступает как консультант, он советуем и уходит. Лечение сочетанных нарушений – важная задача. У нас много препаратов и много возможностей для того, чтобы улучшить самочувствие больного и, самое главное, не навредить ему. Когда появляются такие препараты, как Сонизин, более безопасные и доступные, не требующие сложного контроля, это как раз и есть путь развития безопасного и эффективного лечения. 





# ЗАБОЛЕВАНИЯ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И СЕКСУАЛЬНО-РЕПРОДУКТИВНАЯ ФУНКЦИЯ

Репродуктивная функция мужчин кардинально отличается от репродуктивной функции женщин. Мужчина сохраняет свой репродуктивный потенциал даже в пожилом возрасте, хотя отмечается снижение активности сперматозоидов и повышение концентрации. Шансы пожилого мужчины стать отцом, если у него молодая жена, достаточно высоки. Как связаны ДГПЖ, синдром нижних мочевых путей (СНМП) и фертильность? ДГПЖ – доброкачественный пролиферативный процесс в предстательной железе. Что в большей степени влияет на половую жизнь – СНМП, который нарушает ее качество, или медикаментозное лечение ДГПЖ? СНМП и ЭД: есть ли между ними причинно-следственная связь?

Известны шесть теорий, которые описывают единые механизмы патогенеза этих состояний, в каждой четко прослеживается их взаимосвязь.

Ожирение, возраст, сниженная физическая активность, эндокринные и метаболические нарушения, применение некоторых лекарственных препаратов, депрессия, атеросклероз, нарушение гормонального равновесия могут быть причиной ЭД.

Сексуальная неудовлетворенность возрастает с выраженностью СНМП (MacFarlane et al., France, 1996). Степень тяжести СНМП взаимосвязана с сексуальными дисфункциями (Richard et al., France, 2005). Общая распространенность ЭД – около 20%, повышается от 2,3% у мужчин в возрасте 30-39 лет до 53,4% – у мужчин в возрасте 70-80 лет. У пациентов с СНМП ЭД встречается в 72,2% случаев (Braun M. et al., Germany, 2006).

Когда мы проводим лечение ДГПЖ, нам приходится балансировать между клинической эффективностью и побочными эффектами, снижающими качество жизни и сексуальную функцию. Доминантой избирается устранение симптоматики СНМП и лечение ДГПЖ.

Из всего арсенала, который мы имеем для лечения ДГПЖ,  $\alpha_1$ -адреноблокаторы должны иметь высокую селективность. При применении селективного  $\alpha_1$ -адреноблокатора Сонизина (тамсулозин) отмечается положительная динамика в устранении симптомов ДГПЖ, улучшения сексуальной жизни.

Анализируя фазы эякуляции, становится ясно, где зоны риска при лечении  $\alpha_1$ -адреноблокаторами. Данные различных авторов показывают, как эти препараты влияют на эякуляцию (тамсулозин,


дозировка 0,4 мг): Abrams (1995) – 295 пациентов, расстройства эякуляции – всего 1,2%, Chapple (1996) – 2,1%, Schulman – 0,9%.

Дозировка тамсулозина 0,4 мг, по данным различных исследований, наиболее безопасна с точки зрения расстройств эякуляции.

На базе нашей клиники проводилось исследование в которое были включены 46 пациентов в возрасте от 56 до 81 года с симптомами нарушения функции нижних мочевых путей, обусловленных ДГПЖ. За период наблюдения, который составил 12 месяцев, больные, получавшие комбинированную терапию Простеридом (финастерид) и Сонизином (тамсулозин), отмечали объективное снижение симптоматики ДГПЖ на фоне существенного улучшения качества жизни (с 3,5 до 11,9 баллов), при этом снижение либидо и эректильную дисфункцию отметили только 7% пациентов, что, возможно, обусловлено тем, что на момент начала терапии сексуальную жизнь отрицали 41% пациентов.

Лечение ДГПЖ может отрицательно влиять на сексуальную функцию. Ингибиторы 5 $\alpha$ -редуктазы в небольшом проценте случаев могут вызывать снижение либидо, нарушения эякуляции.

СНМП и выраженная эректильная дисфункция взаимосвязаны вне зависимости от возраста. Эректильная дисфункция более значима с точки зрения качества жизни, однако сохранение эякуляторной функции (а соответственно репродуктивного потенциала мужчины) также имеет значение. Лечение СНМП может приводить к улучшению половой функции.

Пациент обязательно должен быть информирован, а врач, назначая препараты, заботиться не только о положительном эффекте, но и возможных побочных действиях. 



**П.А. Щеплев**, д.м.н., профессор, президент профессиональной ассоциации андрологов России, главный редактор журнала «Андрология и генитальная хирургия»

# СОНИЗИН®

тамсулозин



## Как раньше ... ЛЕГКО!



- Быстро устраняет дизурию
- Не влияет на АД
- Не требует подбора дозы



ГЕДЕОН РИХТЕР

Представительство ОАО «Гедеон Рихтер» (Венгрия) г. Москва 119049, 4-й Добрынинский пер., д. 8  
Тел.: (495) 363-3950, Факс: (495) 363-3949 e-mail: [centr@g-richter.ru](mailto:centr@g-richter.ru) [www.g-richter.ru](http://www.g-richter.ru)