

# Комбинированное применение тамсулозина и финастерида перед трансуретральной резекцией простаты

Ю.Г. АЛЯЕВ,  
Л.М. РАПОПОРТ,  
Д.Г. ЦАРИЧЕНКО,  
В.О. БУШУЕВ

Клиника Урологии ММА  
им. И.М. Сеченова

*Урология представляет собой одну из клинических дисциплин, в которой благодаря внедрению современных технологий используется новая лечебно-диагностическая тактика в отношении большинства урологических заболеваний (1). Одним из таких заболеваний является доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ). Стремление современной медицины к повышению качества жизни пациента, достижения в области нейрофизиологии и нейрогистохимии позволили синтезировать препараты для медикаментозного лечения ДГПЖ, такие как ингибиторы 5 $\alpha$ -редуктазы и  $\alpha$ 1-адреноблокаторы. Исследования подтвердили эффективность как монотерапии (2), так и комбинированной терапии препаратами данных групп (3).*

**В** исследованиях John D. McConnell et al. (2005) (4) доказано, что комбинированная терапия (финастерид + доксазозин) в течение года снижает риск общей клинической

прогрессии ДГПЖ с 66% до 1,5% ( $p < 0,001$ ), что значительно больше, чем монотерапия каждым из препаратов ( $p < 0,001$ ). В долгосрочной перспективе, в течение последующих четырех лет, только у 5% ( $p < 0,001$ ) выявлено прогрессирование клинической симптоматики. Лечение финастеридом и комбинированной терапией снижает риск операции на 64% ( $p < 0,001$ ) и 67% ( $p < 0,001$ ) соответственно, по сравнению с плацебо. Однако авторами не проанализировано влияние комбинированной терапии на развитие интра- и послеоперационных осложнений у этой категории больных.

Таким образом, в настоящее время комбинированная терапия  $\alpha$ 1-адреноблокаторами и ингибиторами 5 $\alpha$ -редуктазы считается первой линией для лечения мужчин с умеренными симптомами ДГПЖ (5). Учитывая, что успех достигнут при монотерапии каждым из этих препаратов, увеличивается интерес к комбинированной терапии. Крупномасштабных исследований с целью определения эффективно-

сти такой комбинации в качестве предоперационной подготовки к трансуретральной резекции (ТУР) недостаточно. Необходимы дополнительные исследования для уточнения роли этих препаратов в лечении ДГПЖ, а также для повышения качества оказываемой медицинской помощи.

Основной задачей нашего исследования явилось проведение оценки эффективности комбинированной терапии  $\alpha$ 1-адреноблокаторами и ингибиторами 5 $\alpha$ -редуктазы в уменьшении риска интра- и послеоперационных осложнений при проведении ТУР. Известно, что массивная гематурия является одним из основных осложнений ТУР и требует проведения гемотрансфузии, а также затрудняет визуализацию операционного поля и удлиняет вмешательство (4). Назначение финастерида уменьшает размеры простаты, склерозирует ее, что является профилактикой интраоперационных кровотечений и позволяет убрать больше ткани простаты за единицу времени, сократить длительность операции.  $\alpha$ 1-адреноблокаторы улучшают функциональное состояние мочевого пузыря и тем самым позволяют выиграть время, необходимое для проведения терапии, направленной на уменьшение размеров простаты, предупреждают развитие острой задержки мочеиспускания.

В урологической клинике ММА им. И.М. Сеченова в период с января 2008 г. по январь 2009 г. проведена оценка клинической эффективности и безопасности примене-

**Комбинированная терапия с применением селективного  $\alpha$ 1-адреноблокатора тамсулозина (Сонизин) и ингибитора 5 $\alpha$ -редуктазы финастерида (Простерид) демонстрирует высокую эффективность у пациентов с ДГПЖ путем достоверного улучшения параметров мочеиспускания, уменьшения объема предстательной железы, уменьшения объема остаточной мочи и достоверного улучшения качества жизни. При этом не отмечается каких-либо значимых нежелательных реакций, в том числе в плане гемодинамических показателей.**

# ПРОСТЕРИД®

финастери́д

*Поток  
преимуществ!*



**Устраняет причину ДГПЖ**

**Хорошо переносится**

**Снижает риск развития  
осложнений ДГПЖ**



**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)

**Таблица 1. Результаты предоперационной подготовки комбинацией препаратов Сонизин® (0,4 мг) и Простерид® (5 мг)**

Группа	Возраст	Объем простаты, см <sup>3</sup>	Объем простаты после лечения, см <sup>3</sup>	I-PSS	I-PSS после лечения	Q <sub>max</sub> , мл/с	Q <sub>max</sub> после лечения, мл/с
Основная	63,8 ± 4	95,81 ± 8	61,36 ± 9	21,3 ± 2	14,1 ± 3	8,3 ± 4,5	10,5 ± 3,4
Контрольная	65,3 ± 5	92,1 ± 5	94,1 ± 5	20,9 ± 2	16,1 ± 3	8,9 ± 3,2	9,3 ± 2,5

**Таблица 2. Результаты интраоперационных исследований**

Группа	Время ТУР, мин.	Объем удаленной ткани, г	Объем кровопотери, мл
Основная	90,2 ± 3,8	41,4 ± 6,2	158,78 ± 12,2
Контрольная	101,61 ± 5,3	27,3 ± 5,3	269,38 ± 11,3

ния в качестве предоперационной (перед ТУР) подготовки препаратов тамсулозин (Сонизин) и финастерид (Простерид) у 40 мужчин в возрасте от 54 до 80 лет. Объем предстательной железы, баллы по шкале I-PSS, показатели урофлоуметрии, ПСА были рандомизированы.

Из исследования были исключены больные с подозрением на рак простаты (повышенным ПСА), высоким риском развития острой задержки мочеиспускания (ОЗМ) (эпизоды ОЗМ в анамнезе, Q<sub>max</sub> < 5 мл/с, остаточная моча > 100 мл), камнями мочевого пузыря. Пациенты были разделены на две группы: основную (20 больных), в которой проводилась предоперационная подготовка комбинацией Сонизина (0,4 мг) с Простеридом (5 мг), и контрольную (20 пациентов), в которой подготовка проводилась только препаратом Сонизин (0,4 мг) ежедневно в течение 6 месяцев.

## РЕЗУЛЬТАТЫ

В основной группе через 6 месяцев от начала лечения суммарный балл симптомов по шкале I-PSS снизился на 7,2 ± 1,3, объем простаты сократился на 34,5 см<sup>3</sup> ± 8,3 (p < 0,05). Максимальная скорость мочеиспускания увеличилась до 10,5 ± 3,4 мл/с. В контрольной группе также отмечено снижение


суммарного балла симптомов по шкале I-PSS на 4,8 ± 1,5 и улучшение параметров мочеиспускания до 9,3 ± 2,5 мл/с (p = 0,08), размеры предстательной железы не изменились (таблица 1). Ни у одного пациента в обеих группах не возникла задержка мочеиспускания за 6 месяцев до операции.

Длительность оперативного пособия в основной группе составила 90,2 ± 3,8 мин., в контрольной группе – 101,6 ± 5,3 мин. Вес удаленной ткани за время оперативного пособия составил (в пересчете на сухой остаток) в основной группе 41,4 ± 6,2 г, в контрольной группе – 27,3 ± 5,3 г. Объем кровопотери в основной группе – 158,78 ± 12,2 мл, в контрольной – 269,38 ± 11,3 мл (таблица 2). Все операции проводились двумя опытными хирургами.

Интраоперационных осложнений ни у одного пациента не отмечено. Длительность дренирования мочевого пузыря в послеоперационном периоде существенно не отличалась у пациентов обеих групп и в среднем составляла одни сутки. В раннем послеоперационном периоде после ТУР в основной группе кровотечения не было, у 1 пациента контрольной группы возникло кровотечение, потребовавшее повторного вмешательства и остановки кровотечения. В позднем послеоперационном периоде

в основной группе кровотечения не было, в контрольной – возникла тампонада мочевого пузыря у 1 больного, что потребовало отмывания сгустков и электрокоагуляции сосудов ложа простаты. На момент выписки из стационара максимальная скорость мочеиспускания увеличилась до 21,3 ± 5,4 мл/с в основной группе и до 19,6 ± 4,8 мл/с в контрольной. Пациенты обеих групп опорожнялись мочевой пузырь полностью.

Комбинированная терапия с применением селективного α1-адреноблокатора тамсулозина (Сонизин) и ингибитора 5α-редуктазы финастерид (Простерид) демонстрирует высокую эффективность у пациентов с ДГПЖ путем достоверного улучшения параметров мочеиспускания, уменьшения объема предстательной железы, уменьшения объема остаточной мочи и достоверного улучшения качества жизни. При этом не отмечается каких-либо значимых нежелательных реакций, в том числе в плане гемодинамических показателей.

Кроме того, комбинированное применение Сонизина и Простерида возможно в качестве подготовки к ТУР предстательной железы, поскольку снижается интенсивность интра- и вероятность послеоперационного кровотечения, улучшается визуализация операционного поля, удаляется больший объем гиперплазированной ткани, что в целом улучшает результаты оперативного лечения больных гиперплазией предстательной железы. 

## Литература

1. Мартов А.Г., Лопаткин Н.А. Эффективность и перспективы современной эндouroлогии. Материалы X Российского съезда урологов. М., 2002. С. 655-684.
2. Винаров А.З. Медикаментозное лечение больных гиперплазией предстательной железы. Дисс. ... д. м. н. М., 1999.
3. Мартов А.Г., Ерганов Д.В. Опыт применения дутастерида (Аводарта) перед трансуретральной резекцией доброкачественной гиперплазии простаты больших размеров. Первый Российский Конгресс по эндouroлогии. М., 2008. С. 64-65.
4. John D. McConnell, M.D., Claus G. Roehrborn, M.D., Oliver M. Bautista et al. The Long-Term Effect of Doxazosin, Finasteride, and Combination Therapy on the Clinical Progression of Benign Prostatic Hyperplasia // The new England Journal of medicine 25, 2003; Volume 349: 2387-2398.
5. Roehrborn Claus G. Combination Medical Therapy for Lower Urinary Tract Symptoms and Benign Prostatic Hyperplasia Department of Urology, University of Texas Southwestern Medical Center at Dallas, Dallas, TX Rev Urol. 2005; 7(Suppl 8): S43-S51.