

Медикаментозная терапия у лиц с доброкачественной гиперплазией предстательной железы в послеоперационном периоде

В.В. Спиридоненко, В.Р. Пепенин, С.В. Пепенин, Ю.В. Гонцов, О.В. Зинченко, Е.Ю. Вагапова
 ГУ «Луганский государственный медицинский университет»
 Луганская областная клиническая больница

Проведено сравнительное исследование эффективности медикаментозной терапии в послеоперационный период у пациентов, которым выполнили трансуретральную резекцию аденомы предстательной железы (ПЖ). Пациенты I группы получали в течение 3 мес тамсулозин (Флосин) и Простамол уно, II группы – доксазозин, пациенты III группы – не получали α_1 -адреноблокаторы вообще. При применении комбинации Флосин + Простамол уно у пациентов отмечалось улучшение качества жизни (QoL) и показателей IPSS в отличие от доксазозина, вызывавшего побочные эффекты в виде ортостатических реакций, что затрудняло реабилитацию пациентов с данной патологией. Доказано, что назначение Флосина и Простамола уно до и после трансуретральной резекции аденомы ПЖ обеспечивает уменьшение выраженности симптомов ирритации и обструкции, улучшение заживления тканей в ложе ПЖ, сокращение сроков нормализации мочеиспускания, что способствует оптимизации послеоперационного периода.
Ключевые слова: трансуретральная резекция, аденома предстательной железы, тамсулозин, экстракт пальмы *S. repens*, Флосин, Простамол уно.

Проблема терапии доброкачественной гиперплазии предстательной железы (ДГПЖ) и сопровождающих симптомов нижних мочевых путей (СНМП) продолжает оставаться одной из наиболее актуальных в урологии. Применение одной из наиболее эффективных фармакологических групп – селективных α_1 -адреноблокаторов – является современной тактикой, позволяющей в сжатые сроки ликвидировать или уменьшить выраженность СНМП. Эффекты селективных α_1 -адреноблокаторов направлены на снижение активности автономной нервной системы мочевого пузыря, уменьшение гипоксии в детрузоре, минимизацию морфологических изменений в стенке мочевого пузыря. В предстательной железе (ПЖ) подобные изменения носят более выраженный характер и в условиях хронического воспаления способствуют углублению венозного застоя и отека тканей. Имеющие место уретропростатические рефлюксы как результат усиления тонуса гладкомышечных элементов в ПЖ усугубляют нарушения симпатической регуляции и способствуют гиперактивации α_1 -адренорецепторов [2]. Появление ирритации зачастую происходит задолго до верификации ДГПЖ и является отображением функциональных изменений в виде нестабильного мочевого пузыря [12, 16].

Оперативное лечение у лиц с ДГПЖ преследует цель ликвидации инфравезикальной обструкции, но практические в течение всего послеоперационного периода СНМП не исчезают или, наоборот, усиливаются за счет операционной травмы. Индивидуальность человеческого организма, методика оперативного пособия, его техника, условия проведения, модели до- и послеоперационной тактики лечения, вы-

бор препаратов и их комбинации, психологическая атмосфера – вот тот неполный перечень условий получения эффекта от оперативного лечения по поводу ДГПЖ.

Наиболее распространенным представителем группы α_1 -адреноблокаторов является тамсулозин, который большинством исследователей считается наиболее тропным к α_1A -адренорецепторам, составляющим более 70% от всех α_1 -адренорецепторов ПЖ и до 40% в мочевом пузыре [2, 14].

Назначение тамсулозина в послеоперационный период за счет известного фармакологического действия способствует эффективному уменьшению выраженности СНМП, облегчая течение послеоперационного периода у пациентов с ДГПЖ после трансуретральной резекции (ТУР) аденомы.

Варианты комбинаций тамсулозина с другими препаратами, потенцирующими эффекты α_1 -адреноблокаторов, включают, как правило, фитопрепараты или селективные M-холиноблокаторы.

Применение фитопрепаратов при ДГПЖ в мировой практике имеет очень большое распространение, так как лечение натуральными экстрактами из трав с минимумом химических субстанций является желанным видом терапии для большинства мужчин старшей возрастной группы [8]. По статистике лечение ДГПЖ и СНМП с помощью фитотерапевтических препаратов назначают часто, а интерес к применению фитотерапии при ДГПЖ неуклонно растет. Странами, где популярность фитотерапии очень высока, являются Германия, Франция, Австрия, Швейцария, Испания, Италия и Япония [5]. Применение растительных препаратов в первой линии терапии для лечения пациентов с легкими и умеренными симптомами ДГПЖ и СНМП в Германии составляет до 90% от всех препаратов, назначаемых по этому поводу. В Италии также фитопрепараты при ДГПЖ назначают в 5 раз чаще, чем α_1 -адреноблокаторы или финастерид [19]. Использование финастерида в терапии ДГПЖ является оправданным и эффективным, однако не все пациенты готовы его принимать, мотивируя это синтетическим составом препарата, выраженными побочными реакциями и отсутствием у него быстрого развития эффекта.

Применение экстракта *Serenoa repens* как природного ингибитора 5 α -редуктазы давно и эффективно используют в официальной урологии стран Западной Европы, США и Азии. Монотерапия экстрактом *S. repens* проводят у лиц с легкими и умеренными СНМП, сопровождающими ДГПЖ. Существует возможность комбинации этого препарата с тамсулозином и при более выраженных симптомах ДГПЖ, а также в до- и послеоперационный период в случаях оперативного лечения ДГПЖ [9]. Основной чертой данного вида терапии является продолжительное применение комбинации препаратов в течение нескольких месяцев, что способствует нормализации акта мочеиспускания [10]. Многолетний опыт применения монотерапии Простамолом уно (экс-

тракта *S. gerens*) у лиц, оперированных по поводу ДГПЖ [27], основывается на наличии у него противовоспалительного, противоотечного и трофического эффектов. Противовоспалительное действие экстрактов *Serenoa gerens* обусловлено:

а) ингибированием синтеза простагландинов [7, 22], метаболитов 5-оксигеназы и арахидоновой кислоты в ПЖ, активных кислотных радикалов в нейтрофильных гранулоцитах человека [23], регуляцией уровня цитокинов;

б) подавлением пролиферации эпителиальных клеток ПЖ – угнетением уровня эпидермального фактора роста [9, 22];

в) ингибированием роста ПЖ посредством связывания пролактина с рецепторами в железе, антиэстрогенным эффектом [8, 23].

Доказанным является факт способности экстракта *Serenoa gerens* ингибировать 5 α -редуктазу и уменьшать объем ПЖ при ДГПЖ. При проведении сравнительного рандомизированного исследования *S. gerens* и финастерида при лечении ДГПЖ была доказана их терапевтическая эквивалентность [6].

Таким образом, возможности экстракта *Serenoa gerens* (Простамол) базируются на ряде доказанных фактов:

- эквивалентности терапевтического эффекта экстракта *Serenoa gerens* (Простамол уно) и финастерида;
- минимизации развития побочных эффектов и влияния на андрогензависимые параметры, что нашло отражение в Рекомендациях ЕАУ;
- ориентации на эмпирическое правило оценки эффективности фитопрепарата спустя 6 нед (отсутствие эффекта после короткого приема дискредитирует методу лечения).

Имеются результаты мультифокальной биопсии ПЖ после 3-месячной терапии экстрактом *Serenoa gerens*, свидетельствующие о достоверном увеличении стромально-паренхиматозного соотношения, уменьшении воспалительной реакции в ткани ПЖ с возможным влиянием на течение простатической дисплазии [3]. О антипролиферативном действии экстракта *Serenoa gerens* сообщают авторы, исследовавшие тканевую концентрацию эпителиального фактора роста (EGF) в ткани ПЖ лиц, получавших препарат в дозе 320 мг/сут в течение 3 мес и установившие существенное снижение уровня EGF при сравнении с контролем [9].

Перспективность комбинирования тамсулозина и Простамол, доложенная на 61-м Конгрессе Немецкой Ассоциации урологов, основана на суммировании их терапевтического эффекта у пациентов, перенесших оперативное вмешательство различной сложности по поводу ДГПЖ. Фармакологические эффекты Простамол, перечисленные выше, способствуют оптимизации репарации тканей в зоне оперативного вмешательства (ТУР аденомы, вапоризация тканей, открытая аденомэктомия). А повышение эффективности данного вида консервативной терапии введением в схемы селективных α_1 -адреноблокаторов значительно сокращает сроки реабилитации мужчин старшей возрастной группы [1].

Цель исследования: изучить влияние комбинированной терапии тамсулозина с Простамолом на уменьшение выраженности СНМП у мужчин после ТУР ПЖ по поводу ДГПЖ на протяжении 3 мес.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Были обследованы 80 пациентов с ДГПЖ II стадии, подвергшихся ТУР аденомы ПЖ. Их разделили на 3 клинические

группы – основную и две контрольные. В I группу вошли пациенты (n=47), получавшие в послеоперационный период тамсулозин (Флосин®, Берлин-Хеми, Менарини Групп) и *Serenoa gerens* (Простамол уно®, Берлин-Хеми, Менарини Групп), во II – пациенты (n=14), получавшие в послеоперационный период доксазозин в дозе 4 мг/сут, в III – пациенты (n=19), не получавшие в послеоперационный период α_1 -адреноблокаторы и фитопрепараты (контроль).

Учет результатов проводили спустя 30 и 90 сут от начала приема препарата. *Критериями оценки эффективности лечения служили:* результаты опроса пациента по шкале симптомов IPSS и определения QoL; результаты оценки объективного статуса, данных УЗИ (размеры оперированной ПЖ), анализа мочи общего, показателя артериального давления (АД), У ПЖ (г) и PSA крови.

Критерии включения из исследования: пациенты с СНМП/ДГПЖ, имеющие показания к проведению ТУР ПЖ (остаточная моча не более 100 мл, отсутствие вторичного гидронефроза, стриктуры мочеиспускательного канала); отсутствие в анамнезе операций на ПЖ, мочеиспускательном канале и мочевом пузыре, синкопе, гипотензии, ортостатических реакций.

Критерии исключения в исследовании: пациенты, ранее оперированные по поводу ДГПЖ, имеющие в анамнезе операции на мочеиспускательном канале, мочевом пузыре, сужение мочеиспускательного канала другого генеза, противопоказания для оперативного лечения методом ТУР аденомы, пациенты с ортостатическими реакциями и индивидуальной непереносимостью тамсулозина, случаи ДГПЖ, осложненные почечной недостаточностью, лица принимающие участие в других исследованиях.

Обработку результатов исследований проводили с использованием общепринятых методик на компьютере Acer Travel Mate 2410 с пакетами «QPRO» и «Statgraf».

Терапию у лиц основной группы проводили в течение 90 сут препаратом Флосин® (Берлин-Хеми, Менарини Групп) в режиме внутрь по 1 капсуле после завтрака, а Простамол уно по 1 таблетке (320 мг) на ночь после еды.

Возраст пациентов составлял от 59 до 77 лет, в среднем 62,5 \pm 0,9 года. Срок заболевания составлял от 2,5 до 6,5 года (средний 3,5 \pm 0,4 года). Всем пациентам до начала лечения проводили обследование, включавшее сбор жалоб и анамнеза, клинико-биохимические анализы крови, анализ мочи общий, оценку симптомов по анкете IPSS с определением качества жизни (QoL), пальцевое ректальное исследование, УЗИ и ТРУЗИ (масса и объем ПЖ, остаточная моча), определение простатоспецифического антигена (PSA), определение частоты побочных эффектов от терапии.

Определение эффективности и переносимости пациентами Флосина® в послеоперационный период после ТУР проводили на основании сравнения данных между исследуемыми группами.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

До операции все пациенты имели практически одинаковые жалобы и проявления болезни. В 100% случаев диагностировали СНМП, сопровождающиеся макрогематурией в 17% случаев, болевым синдромом – в 9,0% случаев.

По шкале IPSS у 67 пациентов установлено тяжелое проявление симптомов (от 20 до 35 баллов, в среднем 24 \pm 1,5), у остальных 13 пациентов – среднетяжелое проявление симптомов (от 8–19 баллов, в среднем 16 \pm 0,5). Средний показатель IPSS у всех исследуемых до операции составил 19,6 \pm 1,0

Результаты после 30 сут терапии α_1 -адреноблокаторами

Показатель	I группа (n=47) Флосин®+Простамол УНО®	II группа (n=14) Доксазозин	III группа (n=19) Контроль
IPSS, баллы	7,3±0,3	8,8±0,4	11,2±0,5
QoL, баллы	2,2±0,1*	2,8±0,2*	4,2±0,3*
У ПЖ, г	17,2±1,0	19,2±1,0	19,6±0,9
Количество остаточной мочи, мл	5,5±1,3	8,0±1,5	18,5±2,5
PSA, нг/мл	6,88±0,2*	6,9±0,23	7,0±0,21*

Примечание: * – при $p < 0,01$.

балла ($p < 0,05$).

Тест QoL до операции показал, что у 69 исследуемых мужчин уровень качества жизни был в среднем $5 \pm 0,3$ балла, а у 11 – в среднем $4 \pm 0,3$ балла, что в общей группе составило $4,7 \pm 0,3$ балла ($p < 0,05$).

Объем ПЖ при ТРУЗИ до операции составил в среднем $64,5 \pm 3,6$ г, количество остаточной мочи (мл) – $90,5 \pm 9,0$, PSA (нг/мл) – $4,4 \pm 0,2$ ($p < 0,05$).

Во время исследования состояние гемодинамики оценивали на основании измерения АД и подсчета частоты сердечных сокращений (ЧСС) Клинический анализ крови до лечения, на 30-е сутки и в конце исследования на 90-е сутки не имел существенных отклонений. Биохимические тесты (билирубин, АСАТ, АЛАТ, тимоловая проба, общий белок, мочевины и креатинин плазмы крови) на протяжении лечения не имели существенных отклонений и в группах не отличались между собой.

Выявленные изменения в моче (лейкоцитурия, микро- и макрогематурия, протеинурия) отражали течение обструктивного процесса в нижних мочевых путях и наличия операционной травмы. Это корректировалось согласно протоколов с помощью антибактериальной, противовоспалительной и других видов фармакотерапии, показанной в послеоперационный период после ТУР. Последний был условно разделен на 2 этапа: ранний (первые 7 дней после операции) и поздний (последующие дни до 3 мес). Ранний послеоперационный период характеризовался постоянным отведением мочи с помощью уретрального катетера, наличием макрогематурии, выраженным проявлением СНМП и продолжительным пребыванием пациента в клиностазе. Период спустя 7 сут после операции характеризовался восстановлением самостоятельного акта мочеиспускания, активизацией пациента и уменьшением приведенных выше симптомов.

Данные, полученные в I группе, свидетельствовали о достоверном улучшении состояния на фоне приема тамсулозина (Флосин®+Простамол уно®), которое выражалось уменьшением выраженности СНМП, при сравнении с данными у лиц контрольной группы.

Проявления СНМП в двух первых группах были сходными с контролем на протяжении 7 дней раннего послеоперационного периода. Клинически важным моментом являлась необходимость индивидуального подбора дозы во II группе, где доза доксазозина титровалась от 2 до 4 мг. В ряде случаев ($n=2$; 14,3%) доза 4 мг была снижена из-за возникших ортостатических реакций, что снижало эффективность терапии, или доксазозин был отменен ($n=1$; 7,2%) из-за развития коллапса. Таким образом, уровень клинически значимых осложнений у лиц II группы составил 21,4%, что в 4 раза меньше, при сравнении данными в I группе – 6,3% (1 пациент), что было в 10 раз меньше ($p < 0,05$).

Терапия комбинацией Флосин®+Простамол уно® после проведения ТУР по поводу ДППЖ способствовала уменьшению ирритативных симптомов, вызванных оперативной травмой или наличием уретрального катетера. Действие фармакологической комбинации в стенках нижних мочевых путей (НМП) уменьшает миотонус, патогенетически воздействует на адренергическое звено, уровни цитокинов и различные провоспалительные факторы в послеоперационный период. Учитывая операционную травму тканей мочеиспускательного канала, простаты и мочевого пузыря после ТУР аденомы, возможно усиление гиперактивности детрузора, что суммируется с клиникой раздражения инородным телом (катетер) и приводит к значительному нарушению IPSS и QoL в ранний послеоперационный период.

Проведение терапии Флосин®+Простамол уно® в течение 30 сут способствовало снижению ирритации и обструкции, что приведено в табл. 1. Так, в I группе отмечалось улучшение показателей IPSS в 2,5 раза (60,8%) и QoL на 53,2% (в 2,1 раза, при $p < 0,01$). Проведение терапии у лиц II группы давало худшие результаты, при этом с большим уровнем побочных действий неселективного α_1 -адреноблокатора доксазозина (в 3 случаях препарат был отменен).

Таким образом, при сравнении эффективности комбинации Флосин®+Простамол уно® и доксазозина в послеоперационный период после ТУР аденомы ПЖ оказалось, что эффективность препаратов по шкале IPSS имела преимущество в пользу I группы, а прием доксазозина способствовал повышению риска развития ортостатических реакций. Это, как и необходимость индивидуального подбора дозы доксазозина, не является приемлемым в послеоперационный период, когда риск развития ортостатических реакций выше, чем у неоперированных лиц.

У лиц III группы установлен высокий уровень СНМП по шкале IPSS, усилившихся операционной травмой и требовавших применения большего количества препаратов в послеоперационный период (НПВП, М-холиноблокаторов и т.д.). Это повышало риск развития побочных эффектов терапии, наиболее частыми из которых были аллергические реакции, слабость, гипотензия. Данные опросника IPSS и показатель QoL были значительно нарушенными и не улучшались в контрольные сроки, в отличие от таковых в I и II группах.

При сравнении результатов к концу 3-месячной терапии в I группе был получен наиболее позитивный эффект – улучшение показателей IPSS на 76,2% и QoL на 68,1% (что в 3 раза меньше исходных, при $p < 0,01$). Пациенты отмечали значительное снижение выраженности СНМП спустя 1 мес от начала приема комбинации Флосин®+Простамол уно®.

Аналогичные показатели у лиц II группы были достоверно худшими (в среднем на 20%) и уровень развития по-

Таблица 2

Результаты после 3-месячной терапии α_1 -адреноблокаторами

Показатель	I группа (n=47) Флосин®+ Простамол УНО®	II группа (n=14) Доксазозин	III группа (n=19) Контроль
IPSS, баллы	4,5±1,3	5,9±1,3	8,2±1,3
QoL, баллы	1,5±0,2*	2,0±0,1*	2,8±0,1*
У ПЖ, г	15,2±1,3	17,2±1,3	18,2±1,3
Количество остаточной мочи, мл	2,5±1,0	4,0±0,6	15,5±1,0
PSA, нг/мл	3,12±0,1*	3,9±0,2	3,8±0,21*

Примечание: * – при $p < 0,01$.

Таблица 3

Симптомы, сходные с побочными эффектами α_1 -адреноблокаторов (до и спустя 90 сут от начала лечения)

Симптомы	I группа (n=47) Флосин®+ Простамол УНО®		II группа (n=14) Доксазозин		III группа (n=19) Контроль	
	До лечения	3-й месяц	До лечения	3-й месяц	До лечения	3-й месяц
Гипотензия	-	-	-	1	1	-
Сонливость	-	-	-	-	-	-
Слабость	1	2	1	-	2	2
Головокружение	-	-	-	1	1	1
Снижение «жизненной силы»	1	1	2	-	1	1
Обморок	-	-	-	1	-	-
Сумма эффектов побочного действия		6,3%		21,4%		5,2%

бочных ортостатических эффектов был высоким (17,2±1,1%), а возможности контроля над ними в условиях амбулаторного лечения незначительными.

Анализ побочных эффектов, связанных с приемом α_1 -адреноблокаторов, проводили до лечения и на 90-е сутки от начала приема препарата (табл. 3).

Преимущество применения схемы Флосин®+Простамол уно® в послеоперационный период у лиц, перенесших ТУР аденомы ПЖ, заключается в его эффекте селективного снижения адренергической активности в структурах НМП, на фоне многогранного противовоспалительного и противовоспалительного эффектов Простамол. Существуют исследования, свидетельствующие об опосредованном влиянии тамсулозина на снижение активности дегидротестостерона, что способствует уменьшению процессов гипертрофии в ткани парауретральных желез. Наряду с этим, применение тамсулозина, по данным из выборок в больших популяциях пациентов с ДГПЖ, не оказывало значительного влияния на эректильную функцию (снижение у 6%, патологическая эякуляция – 0,3%, снижение либидо – 3%) и соотносилось с эффектом плацебо [6]. В пользу применения тамсулозина в аспекте сохранения эректильной функции свидетельствуют некоторые факты:

- улучшение качества жизни пациента с ДГПЖ и его сексуальной активности за счет снижения выраженности СНМП;

- факт наличия способности у тамсулозина влиять на норадренергическую активность (снижение симпатического тонуса структур ПЖ и нервов полового сплетения).

Присоединение к терапии Простамол способствует подавлению воспаления в тканях, подвергшихся операции, со-

здает условия для более природной гармонизации местного гормонального фона и является патогенетически обоснованной.

В результате исследований терапевтическая схема Флосин®+Простамол уно® оказалась эффективным компонентом терапии у лиц после ТУР ПЖ по поводу ДГПЖ и была одобрена врачами и пациентами (эффективность в среднем 98,2%), в отличие от контрольной группы, где эффективность терапии была в 3,0 раза меньшей.

У пациентов с ДГПЖ спустя 90 сут после операции ТУР отмечалась положительная ультразвуковая динамика (ТРУЗИ), которая выражалась в исчезновении остаточной мочи ($p < 0,05$) и уменьшении объема ПЖ ($p < 0,05$). Как ранее отмечалось, подобные объективные изменения отражались нормализацией данных IPSS и QoL в I и II группе, но различались по показателю QoL во II группе, где он оставался сниженным из-за высокого уровня развития ортостатических эффектов.

Учитывая положительную динамику симптомов IPSS как наиболее важного прогностического фактора при ДГПЖ эффективность схемы Флосин®+Простамол уно® была оценена как высокая. Нежелательные эффекты, возникающие при приеме доксазозина (блокада α_1 -адренорецепторов с уратой контроля над механизмами сосудистой регуляции во время перехода из клиностаза в ортостаз, снижение венозного оттока и сердечного притока), требовали дополнительно времени для титрования дозы, чего при приеме тамсулозина не отмечалось вообще.

Клинической особенностью у таких пациентов является наличие кардиваскулярной патологии, по поводу которой пациент получает как в до-, так и в послеоперационный пе-

риод соответствующую терапию. В этом ключе важным эффектом тамсулозина является его незначительная способность к взаимодействию с большинством антигипертензивных препаратов [10].

На фоне применения схемы Флосин®+Простамол уно® в течение 90 сут отмечено снижение либидо в 2 случаях, что было сравнимо с данными в контроле. Ликвидация СНМП после ТУР аденомы с помощью оптимизации послеоперационного периода введением в протокол селективного α_1 -адреноблокатора и природного ингибитора 5 α -редуктазы способствовали оптимизации сексуальной функции у пациентов с ДГП.

Следует отметить, что развитие достоверного эффекта при применении тамсулозина, как и экстракта *Serenoa repens*, происходит не ранее 1 мес, поэтому назначение их лицам после ТУР ДГПЖ должно длиться не менее 3 мес ежедневного приема суточной дозы.

ВЫВОДЫ

1. Назначение Флосина и Простамол Уно до и после трансуретральной резекции аденомы ПЖ обеспечивает снижение симптомов ирритации и обструкции и способствует оптимизации послеоперационного периода;

2. При применении комбинации Флосин®+Простамол уно® отмечалось улучшение качества жизни (QoL) и показателей IPSS в отличие от доксазозина, вызывавшего у пациентов побочные эффекты в виде ортостатических реакций в 21,4% случаев.

3. Использование Простамол и Флосина в послеоперационный период обеспечивает улучшение заживления тканей в ложе ПЖ и значительно сокращает сроки нормализации мочеиспускания.

Медикаментозна терапія в осіб із доброякісною гіперплазією передміхурової залози в післяопераційному періоді

В.В. Спиридоненко, В.Р. Пепенін, С.В. Пепенін, Ю.В. Гонцов, О.В. Зінченко, О.Ю. Вагапова

Проведено порівняльне дослідження ефективності медикаментозної терапії у післяопераційний період у пацієнтів, яким виконали трансуретральну резекцію аденоми передміхурової залози (ПЗ). Пацієнти I групи отримували протягом 3 міс тамсулозин (Флосин) і Простамол уно, II групи – доксазозин, пацієнти III групи – не отримували α_1 -адреноблокатори взагалі.

У разі застосування комбінації Флосин + Простамол уно у пацієнтів відзначали покращання якості життя (QoL) і показників IPSS на відміну від доксазозину, який спричинює побічні ефекти у вигляді ортостатичних реакцій, що ускладнює реабілітацію пацієнтів із даною патологією.

Доведено, що призначення Флосину та Простамолу уно до та після трансуретральної резекції аденоми ПЗ забезпечує зменшення вираженості симптомів іритації й обструкції, покращання загоєння тканин у ложе ПЗ, скорочення термінів нор-

малізації сечовипускання, що сприяє оптимізації післяопераційного періоду.

Ключові слова: трансуретральна резекція, аденома передміхурової залози, тамсулозин, екстракт пальми *S.repens*, Флосин, Простамол уно.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гурженко Ю.Н., Спиридоненко В.В., Кисса С.И. 61-й Конгресс Немецкой Ассоциации урологов // Здоровье мужчины, 2 (33). – 2010. – С. 2–5.
2. Переверзев А.С., Сергиенко Н.Ф. Аденома предстательной железы. – К., 1998. – 278 с.
3. Зивков А.В., Кудрявцев Ю.В., Медведев А.А., Разумов С.В., Кочетов С.А. Морфологические изменения в ткани предстательной железы больных с доброкачественной гиперплазией предстательной железы при лечении Пермиксоном® // Урология, № 5. – 2004.
4. Asplund R. Nocturia in relation to sleep, health and medical treatment in the elderly. *BJU Int.* 2005; 96 (Suppl.1): P. 15–21.
5. Buck A.C. Phytotherapy for the prostate // *Brit. J. Urology.* 1996. – Vol. 78. – P. 325–336.
6. Di Silverio F et al. Effects of long-term treatment with *Serenoa repens* on the concentrations and regional distribution of androgens and epidermal growth factor in benign prostatic hyperplasia. *Prostate* 1998; 37: 77–83.
7. Donovan J.L., Kay H.E., Peters T.J. et al. Using the ICSQOL to measure the impact of lower urinary tract symptoms on quality of life: evidens from the ICS-BPH study. *Br.J.Urol.* 80: 712–721, 1997.
8. Faure C. et al. Identification of 61-adrenoceptor subtypes present in the human prostate. *Life Sci.* 1994; 54 (21): 1595–1605.
9. Farmer R., Clifford J.G. Incidence and prevalence of LUTS/BPH in the UK in the 1990s. *B.J.U. Int.* 90 (suppl 2): 74, 2002 abstract UP-1.3.07.
10. Forray C., Bard J.A., Wetzel J.M. et al. The α_1 -adrenergic receptor that mediates smooth muscle contraction in human prostate has the pharmacological properties of the cloned human 61c subtype. *Mol. Pharmacol.* 1994; 45 (4): 703–708.
11. Kakehi Y., Segawa T., Wu X.X. et al. Down-regulation of macrophage inhibitory cytokine-1/prostate derived factor in benign prostatic hyperplasia. *Prostate.* 2004; 59: 351–6.
12. Liorente C. New concept in epidemiology of lower urinary tract symptoms in men. *Eur. Urol. Suppl.* 2010; 9. – P. 477–481.
13. Logic J.W., Clifford G.M., Farmer R.D.T. et al. Lower urinary tract symptoms suggestive of benign prostatic obstruction: Triumph – the role of general practice data-bases. *Eur.Urol.(suppl 3):* 42–4762001.
14. Marks LS, Hess DL, Dorey FJ, Luz Macairan M, Cruz Santos PB, Tyler VE. Tissue effects of saw palmetto and finasteride: use of biopsy cores for in situ quantification of prostatic androgens. *Urology.* 2001 May; 57 (5): 999–1005.
15. Marks L.S., Partin A.W., Epstein J.I. et al. Effects of saw palmetto herbal blend in man with symptomatic benign prostatic hyperplasia // *J. Urol.* – 2000. – Vol. 163. – P. 1451–1456.
16. Novara G., Galfano A., Boscolo Berto R., Ficarra V., Vella Navarrete R., Artibani W. Inflammation, apoptosis and BPH: What is the evidens? *Eur. Urol. Suppl.* 2006; 5: 401–9.
17. Roehrborn C.G. Benign prostatic hyperplasia: An overview. *Rev. Urol.* 2005; 7(Suppl.9): S3–S14.
18. Steiner G.E., Newman M.E., Paik D. et al. Expression and function of pro-inflammatory interleukin IL-17 and IL-17 receptor in normal, benign hyperplastic and malignant prostate. *Prostate.* 2003; 56: 171–82.
19. Van Leenders G.J.L.H., Gage W.R., Hicks J.L. et al. Intermediate cttls in human prostatic epithelium are enriched in proliferative inflammatory atrophy. *Am. J. Pathol.* 2003; 162: 1529–37.