

Возможности применения ингибиторов 5 α -редуктазы в лечении пациентов с доброкачественной гиперплазией предстательной железы

А.Г. Мартов^{1,2,3}, Д.В. Ергаков^{1,2}

¹Городская клиническая больница № 57 Департамента здравоохранения г. Москвы

²Институт повышения квалификации ФМБА России, кафедра урологии

³Российская медицинская академия последилового образования Минздрава России

Эффективная фармакотерапия. 26/2013

В статье приводятся результаты исследования эффективности и безопасности длительного приема финастерида 5 мг у пациентов с доброкачественной гиперплазией простаты. Финастерид назначался в качестве моно- и комбинированной консервативной терапии, перед планируемым оперативным лечением, а также после него для профилактики развития клинически значимого рецидива заболевания. Результаты исследования подтвердили необходимость и безопасность длительной терапии ингибиторами 5 α -редуктазы, которые позволяют улучшить уродинамические показатели и повысить качество жизни пациентов. Впервые публикуются результаты позитивного опыта применения финастерида в послеоперационный период.

Ключевые слова: доброкачественная гиперплазия предстательной железы, ингибиторы 5 α -редуктазы, финастерид.

Доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ) является одним из самых распространенных урологических заболеваний. По данным, представленным на последнем конгрессе Европейской ассоциации урологов [1], ДГПЖ страдают 24–90% мужчин старше 40 лет. Оперативное лечение проводится только пациентам с уже имеющимися осложнениями заболевания (острая и хроническая задержка мочеиспускания, камни мочевого пузыря), а также по поводу резистентных к консервативной терапии симптомов нижних мочевых путей. Ведущее место в терапии пациентов с ДГПЖ занимает консервативная терапия.

В консервативной терапии ДГПЖ традиционно используются два основных класса препаратов – альфа-адреноблокаторы (доксазозин, альфузозин, теразозин, тамсулозин и силодозин) и ингибиторы 5 α -редуктазы (финастерид, дутастерид). Растительные экстракты, согласно рекомендациям Европейской ассоциации урологов, не являются препаратами с четко доказанным терапевтическим эффектом и поэтому не могут использоваться в качестве рекомендованных препаратов для терапии ДГПЖ.

В двух длительных рандомизированных плацебо-контролируемых исследованиях (M-TOPS – Medical Therapy of Prostatic Symptoms, COMBAT – Combination Of Avodart And Tamsulosin) была продемонстрирована эффективность длительного приема ингибиторов 5 α -редуктазы для профилактики прогрессирования заболевания [2, 3]. В исследовании M-TOPS было показано, что длительный прием финастерида статистически достоверно снижает риск прогрессии заболевания (повышение суммы баллов более чем на 4 балла по Международной шкале оценки простатических симптомов (International Prostate Symptom Score, IPSS)) на 30% по сравнению с плацебо и снижает объем предстательной железы на 19% по сравнению с увеличением на 24% в группе плацебо [2]. Была также доказана целесообразность длительного приема препарата для профилактики разви-

тия острой задержки мочеиспускания и при необходимости хирургического лечения. Кроме того, для врачей-урологов, работающих в стационаре, важен такой терапевтический эффект финастерида, как снижение кровотока в предстательной железе и уменьшение риска кровотечения во время трансуретральной резекции предстательной железы. Учитывая накопленные данные по необходимости длительного применения ингибиторов 5 α -редуктазы в терапии ДГПЖ, нами было принято решение о проведении собственного исследования с целью изучения эффективности и безопасности длительного приема финастерида (Пенестер, «Зентива») у пациентов с ДГПЖ, находившихся на лечении в нашем стационаре.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

С января 2010 г. по декабрь 2011 г. на базе поликлиники и стационара Городской клинической урологической больницы № 47 (в настоящее время Городская клиническая больница № 57) было проведено обследование, лечение и последующее динамическое наблюдение 1256 пациентов с диагнозом «ДГПЖ». Возраст пациентов варьировал от 52 до 78 лет. Показатели простатоспецифического антигена (ПСА) составляли 2,2–9,3 нг/мл. Показаниями для проведения биопсии простаты у пациентов с нормальными показателями ПСА являлись изменения при пальцевом ректальном или ультразвуковом исследовании. Объем предстательной железы был в пределах 52–176 см³. При биопсии предстательной железы у 78 пациентов был выявлен рак предстательной железы. Еще 142 пациентам было проведено оперативное лечение по поводу осложнений заболевания (камни мочевого пузыря, цистостома). Из оставшихся 1036 пациентов 126 больным в течение последующих 6 мес было проведено плановое оперативное лечение по поводу резистентных к консервативной терапии симптомов нарушенного мочеиспускания или по поводу большого (более 200 мл) количества остаточной мочи. Через 6 мес еще 29 пациентам потребовалось выполнение повторной биопсии предстательной железы. Оставшиеся пациенты (n=881) были распределены на получение консервативной терапии: альфа-адреноблокаторов, ингибиторов 5 α -редуктазы, фитотерапии или комбинированной терапии (табл. 1).

В течение года наблюдения из данной группы 107 пациентам было проведено оперативное лечение. Для оценки эффективности проводимого консервативного лечения нами оценивались основные субъективные (IPSS, индекс качества жизни – quality of life, QoL) и объективные показатели (объем простаты – V_{пр}, количества остаточной мочи – V_{рес}, показатель ПСА) до и после проводимого лечения. Таким образом, из всей группы пациентов (n=1256) оперативному лечению (трансуретральная моно- или биполярная резекция предстательной железы) были подвергнуты 375 больных. В сроки от 1 до 6 мес перед операцией 180 больных принимали Пенестер 5 мг, остальные 195 пациентов подоб-

Таблица 1

Распределение пациентов в зависимости от вида проводимого лечения

Терапия	Количество пациентов, n (%)
Альфа-адреноблокаторы	345 (38)
Ингибиторы 5-альфа-редуктазы	244 (28)
Фитотерапия или динамическое наблюдение	131 (15)
Комбинирования терапия	161 (19)
Всего	881 (100)

ного лечения не получали. Сроки предоперационной подготовки финастеридом (Пенестер, «Зентива») варьировали в зависимости от показаний для проведения оперативного лечения. Так, для пациентов с имеющимися цистостомическими дренажами или камнями мочевого пузыря они составляли 1 мес, в случае необходимости планового оперативного лечения – варьировали от 3 до 6 мес. Для оценки эффективности предоперационной подготовки нами проводилась оценка основных интраоперационных параметров, а также частоты развития геморрагических осложнений. Через 1 мес после операции всем 375 пациентам было проведено контрольное обследование, при котором у 75 (20%) пациентов были выявлены резидуальные ткани переходной зоны. Для профилактики развития клинически значимого рецидива ДГПЖ 40 пациентам был назначен финастерид (Пенестер, «Зентива») на срок 6 мес, а 35 пациентов находились под динамическим наблюдением. Через 6 мес всем пациентам было проведено повторное контрольное обследование. В течение всего времени исследования проводилась регистрация нежелательных явлений, связанных с приемом препарата Пенестер.

Полученные результаты нами были занесены в программу Statistica 6.0 и подвергнуты стандартной статистической обра-

ботке, достоверность межгрупповых различий оценивалась с помощью критерия Стьюдента, достоверными признавались отличия при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Для удобства клинической интерпретации полученных результатов мы разделили наше исследование на несколько частей. В первой части исследования была проведена оценка сравнительных возможностей консервативной терапии пациентов с ДГПЖ. В табл. 2 приведены данные о динамике клинико-лабораторных показателей в группе консервативной терапии (n=881). Как уже отмечалось выше, в течение года исследования из данной группы выбыло 107 пациентов. Распределение этих больных по группам лечения представлено в табл. 3.

Во второй части исследования была проведена оценка влияния предоперационной терапии препаратом Пенестер на частоту развития геморрагических осложнений во время и после трансуретральной резекции простаты. В табл. 4 приведены основные предоперационные данные двух групп пациентов. В первую группу вошли 180 пациентов, принимавших 5 мг финастерида (Пенестер, «Зентива») до операции, в контрольную группу были отобраны 195 пациентов, прооперированных без предварительного приема препарата. Финастерид на дооперационном этапе назначался при наличии ДГПЖ больших размеров с целью их уменьшения. В дальнейшем нами проведена оценка основных параметров интра- и послеоперационного периода у данной категории пациентов. Результаты приведены в табл. 5. Значительная часть исследования включала в себя оценку эффективности приема финастерида для профилактики развития рецидива заболевания после операции. У 75 (20%) пациентов после операции был отмечен ложный рецидив (неудаленная ткань) ДГПЖ, 40 из них был назначен Пенестер в дозе 5 мг. Через 6 мес всем пациентам с ложным рецидивом ДГПЖ после проведенного оперативного лечения было проведено контрольное обследование (табл. 6). Нами не было отмечено случаев отмены препа-

Таблица 2

Результаты консервативной терапии ДГПЖ: до лечения и контрольное обследование через год (динамика изменения показателей, %)

Терапия	IPSS, балл		QoL, балл		V, см ³		V _{res} , мл		ПСА, нг/мл	
	До лечения	Через год	До лечения	Через год	До лечения	Через год	До лечения	Через год	До лечения	Через год
Альфа-адреноблокаторы	16,4	13,1 (-20%)	3,2	2,5 (-21%)	56	66 (18%)	67	41 (-39%)	2,8	2,8 (0%)
Ингибиторы 5-альфа-редуктазы	12,1	10,5 (-13%)	3,2	2,5 (-21%)	87	62 (-28%)	62	50 (-19%)	4,6	2,5 (-47%)
Фитотерапия или динамическое наблюдение	11,9	13,4 (13%)	2,9	3 (4%)	54	64 (19%)	31	45 (45%)	2,6	3,6 (38%)
Комбинирования терапия	19,8	12,1 (-39%)	3,4	2,4 (-29%)	78	58 (-25%)	89	42 (-52%)	4,5	2,5 (-44%)

IPSS – Международная шкала оценки простатических симптомов; QoL – индекс качества жизни; V_n – объем простаты; количество остаточной мочи; ПСА – простатспецифический антиген.

Таблица 3

Распределение пациентов, прооперированных в течение года (n=107)

Терапия	Количество пациентов / Общее количество пациентов в группе (%)
Альфа-адреноблокаторы	24/345 (7)
Ингибиторы 5-альфа-редуктазы	22/244 (9)
Фитотерапия или динамическое наблюдение	42/131 (32)*
Комбинирования терапия	19/161 (12)
Всего	107/881 (12)

* – $p < 0,05$.

Предоперационные данные пациентов с ДГПЖ (n=375)

Показатель	Финастерид 5 мг/сут (n=180)	Без терапии (n=195)
Возраст, лет	74	73
V _{пр} , см ³	112	115
ПСА, нг/мл	2,42	2,37
IPSS, балл*	24,3	24,8
QoL, балл	5,0	5,0
Q, мл/с*	7,6	7,5
V _{рес} , мл*	189	173

* – Определялось только у пациентов без дренажей и камней мочевого пузыря. V, см³ – объем простаты; ПСА – простатоспецифический антиген; IPSS – Международная шкала оценки простатических симптомов; QoL – индекс качества жизни; Q_{max} – максимальная скорость мочеиспускания; V, мл/с – количество остаточной мочи.

рата в связи с развитием нежелательных явлений, которые можно было бы связать с приемом финастерид 5 мг/сут (Пенестер, «Зентива»).

Консервативная терапия занимает ведущее место в лечении пациентов с ДГПЖ [4]. Традиционно для проведения консервативной терапии использовались три класса препаратов: альфа-адреноблокаторы, ингибиторы 5 α -редуктазы, фитопрепараты. Учитывая многогранность клинической картины заболевания, в последнее время для коррекции отдельных симптомов с успехом используются ингибиторы 5-фосфодиэстеразы (эректильная дисфункция), M-холиноблокаторы (гиперактивность детрузора), бета-3-адреномиметики (гиперактивность детрузора). Подавляющее количество исследований и стандартов по ведению пациентов свидетельствует о необходимости комбинированной терапии. Это связано с тем, что ДГПЖ является прогрессирующим заболеванием и при отсутствии патогенетического лечения симптоматическая терапия приводит лишь к отсрочке оперативного лечения, а также способствует увеличению числа пациентов с ДГПЖ больших размеров и выраженными интеркуррентными заболеваниями [5]. Финастерид (Пенестер, «Зентива») является одним из наиболее широко применяемых и изученных препаратов для патогенетической терапии ДГПЖ. По химическому строению финастерид относится к 4-азастероидам и является мощным конкурентным ингибитором 5 α -редуктазы, преимущественно типа 2. Препарат блокирует превращение тестостерона в более активный андроген – 5 α -дигидротестостерон (ДГТ) – на уровне предстательной железы. При длительной терапии финастеридом (Пенестер, «Зентива») уменьшается объем предстательной железы, уровень ДГТ сыворотки крови снижается на 70–75%, а показатель ПСА – примерно на 50%. Установлен механизм воздействия финастерид на патогенез ДГПЖ через факторы роста. Определено специфическое влияние препарата на сигнальную систему TGF β (transforming growth factor-beta – трансформирующий ростовой фактор бета), которая оказывает ингибирующее действие на пролиферацию ткани предстательной железы, приводит к железистой атрофии и стимулирует процесс клеточной смерти (апоптоз). Кроме того, происходит достоверное снижение (преимущественно в перипростатической зоне) внутрипростатических уровней ДГТ и EGF (epidermal growth factor – эпидермальный фактор роста) и уменьшение присутствия bFGF (basic fibroblast growth factor – основной фактор роста фибробластов) в строме предстательной железы больших ДГПЖ [5].

В первой части исследования проводилась оценка эффективности применения Пенестера в консервативной терапии пациентов с ДГПЖ. Была выявлена хорошая переносимость препарата, не было отмечено случаев выхода из исследования в связи с его непереносимостью.

Анализ результатов консервативной терапии ДГПЖ в зависимости от вида проводимого лечения (см. табл. 1) свидетельствует о высокой эффективности комбинированной терапии. Именно постоянное применение ингибиторов 5 α -редуктазы и альфа-адреноблокаторов позволяет достичь максимального клинического эффекта, по данным как субъективных показателей, так и контрольных клинико-лабораторных обследований. После курса комбинированной терапии показатель IPSS снизился на 39%, показатель качества жизни улучшился на 29%. Объем простаты уменьшился на 25%, показатель остаточной мочи снизился вдвое, а показатель ПСА – на 44% (см. табл. 2).

Монотерапия ингибиторами 5 α -редуктазы позволяет достичь статистически неотличимых результатов, за исключением показателей IPSS и количества остаточной мочи. На основании полученных данных можно сделать вывод о том, что монотерапия ингибиторами 5 α -редуктазы наиболее показана пациентам с изначально невысокими показателями IPSS и небольшим количеством остаточной мочи. Максимальный эффект от монотерапии ингибиторами 5 α -редуктазы следует ожидать у пациентов с большими размерами ДГПЖ и соответствующими им показателями ПСА. При наличии расстройств мочеиспускания и остаточной мочи пациенту следует рекомендовать комбинированную терапию ингибиторами 5 α -редуктазы и 5 α -адреноблокаторами. Фитотерапия или динамическое наблюдение не могут рассматриваться в настоящее время в качестве альтернативы традиционным методам консервативного лечения ДГПЖ. Более того, результаты контрольного обследования данной группы больных, а также высокий (32%) процент перехода к оперативному лечению свидетельствуют о том, что ДГПЖ является прогрессирующим заболеванием, требующим активного лечения. Динамическое наблюдение или фитотерапия не могут гарантировать пациентам сохранения достаточного качества жизни и предотвратить развитие осложнений заболевания. В процессе терапии нами не было отмечено новых случаев возникновения эректильной дисфункции и снижения либидо.

Вторая часть нашего исследования была посвящена изучению эффективности применения ингибиторов 5 α -редуктазы для подготовки пациентов к трансуретральной резекции простаты больших размеров. Серией морфологических исследований было продемонстрировано, что финастерид приводит к атрофическим процессам в железистой и стромальной тканях предстательной железы, причем в первом случае изменения обнаруживаются уже через 3, а во втором – через 6 мес лечения [6]. По данным литературы, терапия финастеридом примерно на 50% уменьшает долю эпителиальной ткани в предстательной железе и эпителиально-стромальное соотношение, преимущественно в транзитной зоне [7]. Обе группы пациентов (см. табл. 4), которым проводилось оперативное лечение, были сопоставимы по возрастным характеристикам и результатам

Основные параметры интра- и послеоперационного периода

Показатель	Финастерид 5 мг/сут (n=180)	Без терапии (n=195)
Время операции, мин	69	85
Количество резецированной ткани, г	93	84
Объем ирригационной жидкости, л	17,7	20,3*
Интраоперационная кровопотеря, мл	92,5	140*
Натяжение катетера, ч	10	19*
Промывная система, ч	25	35*
Послеоперационный койко-день	4,5	5,5*
«ТУР-синдром» – лабораторные признаки (гипергликемия, гипонатриемия)	0	4
Послеоперационная тампонада мочевого пузыря	4	21*
Гемотрансфузия	2	38*
Экстренная операция по поводу раннего послеоперационного кровотечения	6	17*

* $p < 0,05$ (при $n < 30$ использовался точный критерий Фишера).

клинико-лабораторного обследования. Это позволило нам корректно провести сравнительный анализ результатов лечения.

Применение финастерида перед операцией позволило статистически достоверно снизить показатели интраоперационной кровопотери (92 мл против 140 мл). В результате при статистически недостоверном различии в массе резецированной ткани и времени операции снизился объем ирригационной жидкости, необходимый для выполнения пособия, сократились сроки функционирования промывной системы, уменьшились сроки дренирования мочевого пузыря уретральным катетером, что привело к сокращению пребывания пациентов в стационаре (см. табл. 5). Нами были выявлены и определены основные преимущества выполнения трансуретральной резекции на фоне предварительного приема финастерида. При проведении инструмента отсутствовала контактная кровоточивость, что позволило избежать травмы нижних мочевых путей и произвести адекватный осмотр мочевого пузыря. При выполнении собственной резекции тканей сохранялась хорошая эндоскопическая видимость, ткани меньше кровоточили из-за отсутствия диффузной кровоточивости, были четко видны артериальные сосуды, требовавшие немедленной коагуляции. Благодаря хорошей визуализации удавалось поддерживать высокую скорость удаления тканей, с минимальным риском повреждения устьев мочеточников, наружного сфинктера и перфорации простаты. На этапе окончательного гемостаза время, затрачиваемое на коагуляцию, было значительно меньше, чем при выполнении операции без предварительной терапии финастеридом. Выраженные интеркуррентные заболевания у пациентов, прием аспирина в качестве антиагреганта после кардиохирургических вмешательств в сочетании с большими размерами ДГПЖ обуславливают актуальность проблемы профилактики развития геморрагических осложнений после трансуретральной резекции простаты [8, 9]. Применение финастерида 5 мг перед трансуретральной резекцией предстательной железы позволяет снизить уровень послеоперационных геморрагических осложнений. Так, частота послеоперационных кровотечений, частота гемотрансфузии и частота повторных операций по поводу тампонады мочевого пузыря были статистически достоверно выше в группе пациентов, не получавших предоперационную терапию финастеридом. В случае наличия абсолютных показаний для оперативного лечения (цистостомический дренаж, камни мочевого пузыря) срок предоперационной терапии составлял 1 мес, в данной группе пациентов были также определены вышеуказанные изменения. Однако максимальный эффект финастерида был отмечен в группе пациентов с резистентными к консерва-

тивной терапии симптомами нижних мочевых путей, у которых плановое оперативное вмешательство проводилось в сроки 3–6 мес от момента начала терапии. Применение финастерида перед операцией позволило нам значительно расширить показания к трансуретральной резекции при ДГПЖ больших размеров. Заключительная часть нашего исследования представляет собой проспективное и на данный момент продолжающееся исследование, направленное на изучение эффективности длительности терапии финастеридом в отдаленный послеоперационный период после трансуретральной резекции предстательной железы. Планируется изучение терапевтических возможностей препарата и при отсутствии ложного рецидива после операции в качестве профилактики развития истинного рецидива в отдаленный послеоперационный период. К настоящему моменту у нас имеются данные о промежуточном контрольном обследовании (6 мес) пациентов с ложным рецидивом (неудаленная часть) ДГПЖ. В результате первого промежуточного контрольного обследования нами не было отмечено какого-либо влияния препарата на клиническую картину заболевания, пациенты в обеих группах отмечали одинаковую симптоматику по шкале IPSS, равнозначное качество жизни, у них определялись сходные показатели уродинамики и отсутствие остаточной мочи. Однако уже к 6-му месяцу у пациентов, получавших терапию финастеридом, отмечалось более выраженное уменьшение размера всей предстательной железы при сохранении тех же объемов не полностью удаленных участков гиперплазии (табл. 6). В контрольной группе наблюдалась другая тенденция. Размер самой предстательной железы оставался неизменным при увеличении объема переходной зоны с 16 до 22 см³. При этом межгрупповые различия с первой группой стали статистически достоверными (12 против 22 см³). Полученные данные пока не имеют клинического значения. Однако, по нашему мнению, выявленные изменения через определенный временной промежуток могут повлиять на клиническую картину заболевания и стать причиной повторной медикаментозной терапии или хирургического лечения по поводу рецидива ДГПЖ.

Одним из возможных обоснований для применения финастерида в послеоперационный период является его возможность блокировать выработку фактора роста сосудов (Vascular endothelial growth factor, VEGF) в тканях предстательной железы, таким образом, отсутствует возможность дальнейшей пролиферации неудаленных тканей [10, 11]. Данное терапевтическое действие финастерида требует дальнейшего изучения. Нами планируется продолжить исследование, направленное на изучение сроков послеоперационной терапии финастеридом, возмож-

Результаты послеоперационного обследования пациентов с выявленным «рецидивом» заболевания через 1 и 6 мес после трансуретральной резекции предстательной железы

Показатель	Финастерид 5 мг/сут (n=40)		Динамическое наблюдение (n=35)	
	Через 1 мес	Через 6 мес	Через 1 мес	Через 6 мес
V _{пр} , см ³	46	36	52	52
V _{переходной зоны} , см ³	12	12	16	22*
IPSS, балл	8	7	8	8
QoL, балл	3	2	3	2
ПСА, нг/мл	1,2	1,2	1,3	1,3
Q _{max} , мл/с	26	22	25	23
Половая жизнь	Не определялся	32/40 (80%)	Не определялся	27/35 (77%)

* p<0,05 по сравнению с группой пациентов, получавших финастерид 6 мес. V_{пр} – объем простаты; IPSS – Международная шкала оценки простатических симптомов; QoL – индекс качества жизни; ПСА – простатоспецифический антиген; Q_{max} – максимальная скорость мочеиспускания.

ности применения препарата как у пациентов с наличием резидуальных тканей, так и без рецидива для профилактики развития истинного рецидива заболевания.

ВЫВОДЫ

Финастерид применяется для лечения пациентов с ДГПЖ более двух десятков лет. За это время накоплен значительный материал по эффективности и безопасности длительного применения препарата.

В проведенном исследовании показана эффективность длительной монотерапии финастеридом у пациентов с незначительно выраженными расстройствами мочеиспускания, наличием узлов гиперплазии больших и средних размеров (более 30 см³) и уровнем ПСА выше 1,5 нг/мл. В случае наличия симптомов нижних мочевых путей максимально возможный терапевтический эффект позволяет достичь длительная комбинированная терапия ингибиторами 5-альфа-редуктазы и альфа-адреноблокаторами. Неиспользование ингибиторов 5-альфа-редуктазы в терапии пациентов с данным заболеванием приводит к его прогрессированию.

Терапия финастеридом в течение 3–6 мес перед плановой трансуретральной резекцией предстательной железы позволяет снизить риск развития геморрагических осложнений, улучшить качество выполнения операции.

Использование финастериды в течение 6 мес после проведенной трансуретральной резекции предстательной железы у пациентов с наличием ложного рецидива позволяет снизить

риск прогрессирования заболевания и избежать повторного хирургического лечения. Для детального изучения применения препарата нами планируется проведение более длительных исследований. Неизученным остается использование финастериды в послеоперационный период у пациентов с отсутствием рецидива. За более чем двадцатилетний период использования препарата в клинике нами не было отмечено случаев развития серьезных нежелательных явлений, которые бы послужили поводом для отмены препарата, а также существенного влияния препарата на эректильную функцию. Таким образом, терапия ингибиторами 5-альфа-редуктазы является патогенетическим лечением ДГПЖ, а ее длительное проведение обоснованно с точки зрения контроля над заболеванием.

5-alpha-reductase inhibitors for the treatment of benign prostatic hyperplasia A. G. Martov, D. V. Yergakov

Efficacy and safety of long-term therapy with finasteride 5 mg were studied in patients with benign prostatic hyperplasia. Finasteride alone or in combination therapy was used before and after the surgery to prevent clinically significant relapses. The results of the study demonstrated that long-term therapy with 5 alpha reductase inhibitors was effective and safe and produced improvement of urodynamics and quality of life scores. This is the first report on the positive experience with finasteride for post-operative treatment in patients with benign prostatic hyperplasia.

Key words: benign prostatic hyperplasia, 5-alpha-reductase inhibitors, finasteride.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Oelke M., Bachmann A., Descazeaud A. et al. EAU Guidelines on the Treatment and Follow-up of Non-neurogenic Male Lower Urinary Tract Symptoms Including Benign Prostatic Obstruction // Eur. Urol. 2013. Pii: S0302-2838(13)00228-5.
2. Fwu C.W., Eggers P.W., Kaplan S.A. et al. Long-term effects of doxazosin, finasteride, and combination therapy on quality of life in men with benign prostatic hyperplasia // J. Urol. 2013. Pii: S0022-5347(13)00097-9.
3. Roehrborn C.G., Wilson T.H., Black L.K. Quantifying the contribution of symptom improvement to satisfaction of men with moderate to severe benign prostatic hyperplasia: 4-year data from the CombAT trial // J. Urol. 2012. – Vol. 187, № 5. – P. 1732–1738.
4. Kaplan S.A., Chung D.E., Lee R.K. et al. A 5-year retrospective analysis of 5-alpha-reductase inhibitors in men with benign prostatic hyperplasia: finasteride has comparable urinary symptom efficacy and prostate volume reduction, but less sexual side effects and breast complications than dutasteride // Int. J. Clin. Pract. 2012. – Vol. 66, № 11. – P. 1052–1055.
5. Tacklind J., Fink H.A., Macdonald R. et al. Finasteride for benign prostatic hyperplasia // Cochrane Database Syst. Rev. – 2010. – Vol. 6, № 10. – CD006015.
6. Zong H.T., Peng X.X., Yang C.C. et al. A systematic review of the effects and mechanisms of preoperative 5-alpha-reductase inhibitors on intraoperative haemorrhage during surgery for benign prostatic hyperplasia // Asian. J. Androl. – 2011. – Vol. 13, № 6. – P. 812–818.
7. Lekas A.G., Lazaris A.C., Chrisofos M. et al. Finasteride effects on hypoxia and angiogenic markers in benign prostatic hyperplasia // Urology. – 2006. – Vol. 68, № 2. – P. 436–441.
8. Мартов А.Г., Лопаткин Н.А. Руководство по трансуретральной эндоскопической электрохирургии аденомы простаты. – М.: Триада X, 1997. – 144 с.
9. Мартов А.Г., Меринов Д.С., Корниенко С.И. и др. Послеоперационные урологические осложнения трансуретральных операций на предстательной железе // Урология. – 2006. – № 2. – С. 25–32.
10. Pastore A.L., Mariani S., Barrese F. Transurethral resection of prostate and the role of pharmacological treatment with dutasteride in decreasing surgical blood loss // J. Endourol. – 2013. – Vol. 27, № 1. – P. 68–70.
11. Nickel J.C., Gilling P., Tammela T.L. Comparison of dutasteride and finasteride for treating benign prostatic hyperplasia: the Enlarged Prostate International Comparator Study (EPICS) // BJU Int. 2011. – Vol. 108, № 3. – P. 388–394.