



УКРАЇНА

(19) UA

(11) 62442

(13) A

(51) 7 A61B10/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС

ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ
НА ВИНАХІДВИДАЄТЬСЯ ПІД
ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ
ВЛАСНИКА
ПАТЕНТУ

(54) СПОСІБ ВИБОРУ МЕТОДУ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА НЕУСКЛАДНЕНУ ГІПЕРПЛАЗІЮ ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ

1

2

(21) 2003032556

(22) 25 03 2003

(24) 15 12 2003

(46) 15 12 2003, Бюл. № 12, 2003 р

(72) Божко Микола Микопаєвич

(73) Божко Микола Микопаєвич

(57) 1 Спосіб вибору методу медикаментозного лікування хворих на неускладнену гіперплазію передміхурової залози шляхом оцінки суб'єктивних і об'єктивних критеріїв ступеня інтравезикальної обструкції, який включає використання міжнародного опитувальника IPSS з оцінкою якості життя, урофлуорометрію і ультразвукове дослідження, який відрізняється тим, що висновки про наявність інтравезикальної обструкції роблять, якщо при максимальній швидкості сечовипускання $Q_{\max} < 10$ мл/с і урофлуорометричному індексі $UD < 0,8$ загальний час сечовипускання $T_{\text{заг}} > 25$ с, при цьому, якщо об'єм залози не перевищує 50 см^3 і артеріальний тиск у межах норми, призначають

α -адреноблокатори, наприклад омнік, по одній таблетці 1 раз на день вранці, якщо при таких самих показниках інтравезикальної обструкції об'єм залози не перевищує 50 см^3 , але у хворого підвищений артеріальний тиск, призначають препарат кардуру (доксазозин), причому у перший тиждень

хворий одержує 1-2 мг на добу, у подальшому протягом місяця дозу збільшують до 4-8 мг на добу під контролем тиску, а якщо у хворого об'єм залози перевищує 50 см^3 , крім того підтверджена наявність інтравезикальної обструкції, призначають

сполучення препаратів α_1 -адреноблокатора, наприклад омнік і інгібітори 5 α -редуктази, наприклад, проскар, відповідно 0,4 мг 1 раз на день і 5 мг на день

2 Спосіб вибору методу медикаментозного лікування хворих на неускладнену гіперплазію передміхурової залози, який відрізняється тим, що при пограничній ситуації, коли значення максимальної об'ємної швидкості сечовипускання варіює від 10 до 15 мл/с при урофлуорометричному індексі від 0,8 до 1,1, але загальний час сечовипускання при цьому перевищує 50 с, також припускають наявність інтравезикальної обструкції і призначають з урахуванням об'єму передміхурової залози (V_p) і

наявності АТ або α_1 -адреноблокатори, відповідно, або сполучення їх з інгібіторами 5 α -редуктази

Винахід належить до медицини, а саме урології, і може бути використаний для консервативного лікування хворих на неускладнені форми доброякісної гіперплазії передміхурової залози (ГПЗ)

Аденома передміхурової залози, або доброякісна гіперплазія простати, або (як домовились останнім часом її називати) гіперплазія передміхурової залози є найбільш розповсюдженим захворюванням у чоловіків похилого і старечого віку і має тенденцію до росту від 9,2 у віці 40-49 років, до 869 у 60-69 років на 10000 населення (Возіанов А Ф і соавт., 1988)

Клінічна картина ГПЗ характеризується триадою синдромів

збільшенням об'єму передміхурової залози понад 20мл,
наявністю дизуричних явищ,

наявністю інтравезикальної обструкції, яка констатується при значенні максимальної об'ємної швидкості сечовипускання менше 15мл/с

Вибір методу лікування ГПЗ ґрунтується на двох параметрах вираженні симптоматики і наявності ускладнень При відсутності ускладнень кращою визнають медикаментозну терапію, яка дозволяє контролювати ріст аденоматозних вузлів, зменшувати розміри простати, покращувати якість життя пацієнтів у вигляді зниження частоти нічного сечовипускання, покращання струменя сечі Це стосується також чоловіків, яким загальний стан здоров'я не дозволяє викуватись від аденоми передміхурової залози хірургічним шляхом У той же час, консервативну терапію доводиться застосовувати у порівняно молодих пацієнтів, які відмовляються від операцій через ризик погіршення

(13) A

(11) 62442

(19) UA

статевої функції

За останні роки були запропоновані десятки препаратів для консервативного лікування хворих на доброякісну гіперплазію передміхурової залози. Доведено, що медикаментозне лікування хворих на ГПЗ ефективно лише тоді, коли воно патогенетично обґрунтовано. Останніми роками у пресі з'явилися роботи про ефективність інгібиторів 5 α -редуктази і блокаторів α_1 -адренорецепторів у лікуванні хворих на ГПЗ.

Так, наприклад, відомий спосіб лікування ГПЗ з використанням препарату проскар (фінастерід), який належить до групи інгібиторів 5 α -редуктази [Н.А. Лопаткин, П.Дж. Ройланс, Э. Стонер. Длительное лечение больных с доброкачественной гиперплазией предстательной железы проскаром // Урол и нефрол — 1996 — №1 — С 1-4], згідно з яким препарат використовують у дозі 5мг/доб тривало. Відзначено зменшення розмірів передміхурової залози протягом 3 міс на 17%, через 6 міс на 28%. При збільшенні тривалості лікування до 12 міс відзначено подальше покращання. Швидкість струменя сечі через 6 міс збільшилась у середньому на 3,7мл/с. Позитивна динаміка досягла плато протягом 2-го року. В цілому, сприятливі результати терапії зберігались понад 4 роки. У 60% хворих об'єм передміхурової залози знизився на 24%, а у 40% - на 60%. У 1/3 хворих швидкість струменя сечі досягала 15мл/с.

До числа недоліків способу належить, насамперед, те, що він впливає не лише на одну ланку патогенезу ГПЗ, являючись потужним селективним інгібітором 5 α -редуктази і впливаючи, в основному, на зменшення об'єму передміхурової залози, у той час, як йому не притаманний вплив на α_1 -адренорецептори, які дозволяють ліквідувати динамічний компонент інтравезикальної обструкції, що, мабуть, і є причиною того, що 50% хворих, які одержували проскар, змушені припинити лікування із-за його неефективності. Не на користь проскару, як і інших інгібиторів 5 α -редуктази, у порівнянні з блокаторами α_1 -адренорецепторів, говорить те, що позитивна динаміка при їх використанні спостерігається лише через декілька місяців. Крім того, такі побічні реакції, які спостерігаються при лікуванні проскаром, як зниження лібідо, імпотенція і порушення еякуляції, більшістю чоловіків, особливо молодих, визнаються серйозним недоліком, спонукавшим їх припинити лікування.

Відомий спосіб лікування хворих на ГПЗ [Лопаткин Н.А., Лоран О.Б., Пушкарь Д.Ю. и др. Опыт применения доксазозина у больных доброкачественной гиперплазией простаты // Урол и нефрол — 1998 — №3 — С 3-5] з використанням селективного α_1 -адреноблокатора доксазозину (кардура). Ефективність застосування α_1 -блокаторів порівняна з ефективністю прийому фінастериду, а за ступенем зменшення симптоматики α_1 -блокатори значно його перевищують: воно досягається у значно коротший період часу. Препарати цієї групи блокують відповідні адренергічні рецептори передміхурової залози, шийки сечового міхура, уретри, і тим самим, ліквіднують динамічний компонент інтравезикальної обструкції, зумовленої спазмом гладкої мускулатури цих органів.

Доксазозин (кардура) володіє тривалим пері-

одом виведення його з організму, що дозволяє застосовувати препарат один раз на добу у дозі 2-8мг. Позитивним моментом використання доксазозину є те, що він не вступає у взаємодію з іншими лікарськими препаратами і може призначатись незалежно від терапії супровідних захворювань. Однак, в результаті лікування препаратом не відзначено ні вірогідного рівня зниження PSA у сироватці крові, ні вірогідного зменшення об'єму передміхурової залози. Крім того, не можна ігнорувати той факт, що α_1 -адреноблокатори (які первісно використовують при лікуванні артеріальної гіпертонії (АГ), не лише ефективно переривають патологічно підвищену стимуляцію гладком'язових клітин і призводять до розслаблення сечовивідних шляхів, зменшуючи вираженість симптомів нижніх сечових шляхів при ГПЗ, але й чинять негативну дію - втручання у фізіологічну регуляцію артеріального тиску. Необхідно пам'ятати, що втручання в α -адренергічний контроль збільшує ризик надмірного падіння тиску при вертикальному положенні тіла (ортостатична гіпотензія) з можливим з'явленням симптомів (слабкість, головокружіння, переднепритомний стан, непритомність). Цей ризик особливо високий у похилих, тому що в них підтримання гомеостазу у більшій мірі визначається саме α -адренергічним компонентом регуляції, причому у більшому ступені, ніж у молодих. Порушення контролю артеріального тиску із-за втручання в α -адренергічну систему не просто спричиняє пацієнту невелику незручність. Більшість пацієнтів з ГПЗ - похилі люди і мають високий ризик серйозних ускладнень в результаті ортостатичної гіпотензії. Насправді, головокружіння і непритомність у похилих пацієнтів під час вставання особливо небезпечні, тому що вони схильні падати по-іншому, ніж молоді люди. Якщо молоді падають вперед, пошкоджуючи при цьому частіше передпліччя або ключицю, то похилі падають назад і ризикують одержати перелом шийки стегна - ускладнення з високою летальністю. Таким чином, пацієнтам зі сполученням ГПЗ і АГ ефективна α -адреноблокада корисна лише, якщо вона залишає контроль артеріального тиску інтактним.

Відомий спосіб комбінованого лікування ГПЗ, при якому одночасно призначають інгібітори 5 α -редуктази і блокатори α_1 -адренорецепторів. Згідно з цим способом [В.Н. Ткачук, С.Х. Аль-Шукри, А.Э. Лукьянок и др. Комбинированное применение ингибиторов 5 α -редуктазы и блокаторов α_1 -адренорецепторов у больных доброкачественной гиперплазией простаты // Урол и нефрол — 1998 — №3 — С 5-7], обраним за прототип, хворі одержували одночасно інгібітор 5 α -редуктази проскар (фінастерід, MSD, США) і уроселективний блокатор α_1 -адренорецепторів альфузозин (дальфаз, "Synthelabo Group", Франція). Проскар хворі одержували протягом 12-14 міс, альфезозин - протягом перших 4-5 міс. Препарати призначали одночасно, але перші 2-3 дні хворі одержували лише альфузозин на ніч. Доза проскару складала 5мг 1 раз на добу вранці, а доза альфузозину - 5мг 2 рази на день (вранці і ввечері).

Як повідомляють автори, спосіб-прототип забезпечує можливість швидко (вже протягом 2-3 тижнів) одержати клінічний ефект за рахунок α -

блокатора, який у подальшому посилюється дією інгібітора 5 α -редуктази, однак, автори замовчують питання про відсоток хворих, для яких вказане комбіноване лікування виявилось неефективним.

Незважаючи на різноманітність лікарських засобів, які застосовуються для лікування ДГПЗ у нинішній час, ще не достатньо розроблені критерії відбору хворих для медикаментозної терапії, відсутні чіткі показання для призначення того чи іншого препарату в конкретній клінічній ситуації [Аполихин О.И. Рациональный подход к ведению больных ДГПЖ на основе принципов стандартизации диагностики // «Новый взгляд на патогенез и лечение ДГПЖ. Мировой опыт», Сателитный симпозиум X российский съезд урологов, Москва, 1 окт 2002 г. — С 10-12].

Запропонований винахід вирішує задачу створення способу вибору оптимального методу медикаментозного лікування доброякісної гіперплазії передміхурової залози першої стадії за допомогою об'єктивного обстеження хворого і з урахуванням найбільш значущих критеріїв, відібраних на підставі ретроспективного аналізу ефективності лікування за матеріалами медичної документації 256 хворих, які одержували консервативне лікування протягом від 1-го до 2-х років.

Поставлена задача розв'язується шляхом оцінки суб'єктивних і об'єктивних критеріїв - анатомічному збільшенні простати, наявності обструктивних та іритативних симптомів, уродинамічно доведеної обструкції, яка включає використання міжнародного опитувальника I-PSS з оцінкою якості життя, урофлуорометрію та ультразвукове дослідження, причому висновки про наявність інтравезикальної обструкції роблять, якщо при максимальній швидкості сечовипускання $Q_{\text{макс}} < 10 \text{ мл/с}$ і урофлуорометричному індексі $UI < 0,8$ загальний час сечовипускання $T_{\text{заг}} > 25 \text{ с}$, при цьому, якщо об'єм залози не перевищує 50 см^3 і артеріальний тиск у межах норми, призначають α_1 -адреноблокатори, наприклад, омнік по 1 таблетці 1 раз на день вранці, якщо при тих же показниках інтравезикальної обструкції, об'єм залози не перевищує 50 см^3 , але у хворого підвищений артеріальний тиск, призначають препарат кардуру (доксазозин), причому у перший тиждень хворий одержує 1-2 мг на добу, у подальшому протягом місяця дозу збільшують до 4-8 мг на добу під контролем тиску, а якщо у хворого об'єм залози перевищує 50 см^3 , крім того підтверджена наявність інтравезикальної обструкції, призначають сполучення препаратів α_1 -адреноблокатора, наприклад, омнік і інгібітори 5 α -редуктази, наприклад, проскар, відповідно, 0,4 мг 1 раз на добу і 5 мг на день.

При пограничній ситуації, коли значення максимальної об'ємної швидкості сечовипускання варіює від 10 до 15 мл/с при урофлуорометричному індексі від 0,8 до 1,1, але загальний час сечовипускання при цьому перевищує 50 с, також припускають наявність інтравезикальної обструкції і призначають з урахуванням об'єму передміхурової залози (V_p) і наявності АТ або α_1 -адреноблокатори, відповідно, або сполучення їх з інгібіторами 5 α -редуктази.

Новим у заявленому технічному рішенні є вибір більш значущих критеріїв для оцінки симптомів

нижніх сечових шляхів (СНСШ) при доброякісній гіперплазії передміхурової залози, які є інформативними для вирішення питання про призначення того чи іншого препарату у конкретній клінічній ситуації. Дані критерії визначені в процесі ретроспективного аналізу і математичної обробки даних за результатами консервативного лікування 256 хворих, які знаходились у клініці в 1997-2002 рр.

Спосіб здійснюють таким чином.

Обстежують хворого за суб'єктивними показниками, використовуючи міжнародний опитувальник (I-PSS) з оцінкою якості життя хворих з захворюваннями передміхурової залози. Для медикаментозного лікування відбирають хворих, в яких сумарний бал I-PSS знаходиться в межах від 8 до 19 (у хворих з сумарним індексом від 0 до 7 проводять динамічне спостереження, а у хворих з сумарним балом понад 20 рекомендують, як правило, хірургічне лікування).

для виключення раку передміхурової залози визначають рівень загального простатичного специфічного антигену (I-PSS),

для виключення гострих запальних захворювань нижніх сечових шляхів і сечового міхура виконують лабораторні аналізи сечі і крові,

проводять ректальне пальцеве дослідження передміхурової залози,

виконують урофлуорометричне дослідження, визначаючи вид урофлуорометричної кривої і параметри сечовипускання: максимальну ($Q_{\text{макс}}$) і середню ($Q_{\text{сер}}$) об'ємні швидкості сечовипускання, загальний час сечовипускання ($T_{\text{заг}}$), час досягнення максимального струменя сечі ($T_{\text{макс}}$) і урофлуорометричний індекс (UI),

проводять трансабдоминальне і трансректальне сонографічне дослідження передміхурової залози і сечового міхура, сонографію нирок, змірюють АТ.

Об'єм передміхурової залози (V_p) визначають за формулою Terris-Stamey [Terris M.K., Stamey T.A. Determination of prostate volume by transrectal ultrasound // J. Urol. — 1991 — Vol 145 P 984-987].

Урофлуорометричний індекс розраховують за формулою Roehrborn'a - $UI = (Q_{\text{макс}} + Q_{\text{сер}}) / (V_p / 20 + 15)$, де $Q_{\text{макс}}$ - максимальна швидкість сечовипускання, $Q_{\text{сер}}$ - середня швидкість сечовипускання, V_p - об'єм сечовипускання.

Таким чином, вибір методу лікування здійснюють на підставі трьох основних критеріїв захворювання: анатомічному збільшенні простати, наявності обструктивних та іритативних симптомів, уродинамічно доведеної обструкції.

При призначенні лікування використовують такі критерії: якщо максимальна швидкість сечовипускання $Q_{\text{макс}} < 10 \text{ мл/с}$ і урофлуорометричний індекс $UI < 0,8$ при загальному часі сечовипускання $T_{\text{заг}} > 25 \text{ с}$, а крім того об'єм передміхурової залози не перевищує 50 см^3 і артеріальний тиск у межах норми, призначають α_1 -адреноблокатори, наприклад, омнік по одній таблетці 1 раз на день вранці, якщо при тих же показниках інтравезикальної обструкції об'єм залози не перевищує 50 см^3 , але у хворого підвищений артеріальний тиск, призначають препарат кардуру (доксазозин), причому в перший тиждень хворий одержує 1-2 мг на добу, у

подальшому протягом місяця дозу збільшують до 4-8мг на добу під контролем тиску, а якщо у хворого об'єм залози перевищує 50см³, крім того підтверджена наявність інтравезикальної обструкції, призначають сполучення препаратів α -адреноблокатора, наприклад, омнік і 5 α -редуктази, наприклад, проскар, відповідно 0,4мг 1 раз на день і 5мг на день

Результати медикаментозного лікування хворих на ДГПЗ наведені у таблицях 1, 2, 3, 4. Як видно з таблиці 1 (результати лікування доксазозином (кардура), динаміка уродинамічних показників свідчить про об'єктивне зменшення інтравезикальної обструкції, однак вірогідного змінення V_p не було зареєстровано. При цьому, було зниження АТ із 180/100 до 142/90мм рт.ст.

В результаті застосування омніку (таблиця 2) відзначено, що терапевтичний ефект досягався уже через 12 тижнів. Про це свідчить покращання уродинамічних параметрів сечовипускання. Треба відзначити, що омнік (тамсулозин) також практично не впливає на об'єм передміхурової залози.

Результати лікування проскаром (фінастеридом) відображені в таблиці 3. Як видно з таблиці, цей препарат активно впливає на механічний компонент інтравезикальної обструкції, суттєво зменшуючим V_p .

Результати комбінованого лікування омніком і проскаром відображені у табл. 4. При комбінованому медикаментозному лікуванні проскаром і омніком відзначено значне зниження IPSS, V_p (об'єм залишкової сечі), збільшення Q_{\max} , а клінічний ефект настає раніше і більш виражений, ніж при застосуванні одного проскару.

Приклади конкретного використання способу

Приклад 1. Хворий С., історія хвороби № 2356, 56 років. Поступив в урологічне відділення клініки ДОКТМО 10.05.98р з дизуричними явищами: послаблення струменя сечі, відчуття неповноти спорожнення сечового міхура, ніктурія до 2 разів, АТ - 180/100мм рт.ст. Сумарний бал за міжнародним опитувальником IPSS - 17. Якість життя - 3.

Виконано ректальне пальцеве дослідження: розмір залози приблизно 4,5х4, цупкої, еластичної консистенції, міжчасточкова борозенка згладжена, залоза безболісна. Слизова прямої кишки в області простати м'яка, зміщується легко. Ректально ознаки ГПЗ. Загальний PSA - 2,2 (N 0-4нг/мл). Діагноз - ДГПЗ.

За даними УЗД нирок - без особливостей. ТРУЗД передміхурової залози: ехогенність підвищена, залоза збільшена 4,5х4,5х4, капсула передміхурової залози збережена на усьому протязі. $V_p=40,5\text{см}^3$.

Урофлуорометрія $Q_{\max}=11,2\text{мл/с}$, $Q_{\text{сер}}=6,2\text{мл/с}$, $V=185\text{мл}$, $UI=0,72$, $T_{\text{заг}}=45\text{с}$.

Крива урофлуорометрії відповідає обструкції виносного тракту сечового міхура (ОВТСМ). УЗД сечового міхура $V_{\text{залиш сечі}}=60\text{мл}$.

Призначено лікування препаратом кардура 1мг 1 раз на день вранці протягом тижня, потім 2мг 1 раз на день вранці протягом тижня. Потім 2мг 1 раз на день вранці тривало. Контроль 1 раз у два тижні протягом перших 3-х місяців.

Контроль через 2 тижні $Q_{\max}=11,8\text{мл/с}$, $Q_{\text{сер}}=6,3$, $UD=0,82$, $V_{\text{залиш}}=50\text{мл}$, $T_{\text{общ}}=40\text{с}$, сумар-

ний бал IPSS=15, якість життя - 3 (змішане почуття), АТ - 160/95, V_p - без змін. Через 3 місяці $Q_{\max}=13,1\text{мл/с}$, $Q_{\text{сер}}=6,5$, $UD=0,84$, $V_{\text{залиш}}=40\text{мл}$, $T_{\text{заг}}=35\text{с}$, сумарний бал IPSS=11, якість життя - 2 (задовільна), АТ - 142/90, V_p - без змін.

У подальшому хворих одержав лікування препаратом Кардура протягом року. Результати порівняльні з результатами 3-х місячного лікування. Обсяг простати не змінювався.

Приклад 2. Хворий К. Історія хвороби №4235, 59 років. Поступив в урологічне відділення клініки ДОКТМО 01.09.2001р з дизуричними явищами: послаблення струменя сечі, відчуття неповного спорожнення сечового міхура, ніктурія до 2 разів. Сумарний бал за міжнародним опитувальником IPSS - 18. Якість життя - 3.

Виконано ректальне пальцеве дослідження: розмір залози приблизно 4,5х4,5 цупкої, еластичної консистенції, міжчасточкова борозенка згладжена, залоза безболісна. Слизова прямої кишки в області простати м'яка, зміщується легко. Ректально ознаки ГПЗ. Загальний PSA - 2,8нг/мл. Діагноз - ДГПЗ.

За даними УЗД нирок - без особливостей. ТРУЗД передміхурової залози: ехогенність підвищена, залоза збільшена 4,5х4,5х4,5, капсула передміхурової залози збережена на усьому протязі. $V_p=45,5\text{см}^3$. Урофлуорометрія $Q_{\max}=11,4\text{мл/с}$, $Q_{\text{сер}}=6,3\text{мл/с}$, $V=200\text{мл}$, $UD=0,8$, $T_{\text{заг}}=40\text{с}$.

Крива урофлуорометрії відповідає обструкції виносного тракту сечового міхура (ОВТСМ). УЗД сечового міхура $V_{\text{залиш сечі}}=70\text{мл}$. Призначено лікування препаратом омнік (тамсулозин) 0,4мг 1 раз на день вранці. Контроль через 2 тижні $Q_{\max}=12,0\text{мл/с}$, $Q_{\text{сер}}=6,4\text{мл/с}$, $UD=0,8$, $T_{\text{заг}}=37\text{с}$, $V_{\text{залиш сечі}}=60\text{мл}$. Сумарний бал IPSS=11, якість життя - 3, V_p - колишній. АТ - 130/70.

Контроль через 3 місяці $Q_{\max}=13,8\text{мл/с}$, $Q_{\text{сер}}=6,8\text{мл/с}$, $UD=0,84$, $T_{\text{заг}}=33\text{с}$, $V_{\text{залиш сечі}}=45\text{мл}$. Сумарний бал IPSS=11, якість життя - 2, V_p - колишній. АТ - 130/70.

Покращання настало протягом перших 2-х тижнів з подальшим зростанням клінічного ефекту і максимальним результатом після 3-х місяців безперервного лікування. У подальшому при лікуванні протягом року результат утримувався на тому ж рівні.

Приклад 3. Хворий Г. Історія хвороби №4156, 61 рік. Поступив в урологічне відділення клініки ДОКТМО 10.02.2002р з дизуричними явищами: послаблення ступеня, відчуття неповного спорожнення сечового міхура, ніктурія до 3 разів, АТ - 180/100мм рт.ст. Сумарний бал за міжнародним опитувальником IPSS - 19. Якість життя - 3.

При ректальному пальцевому дослідженні: розмір залози приблизно 5х5, цупкої, еластичної консистенції, міжчасточкова борозенка згладжена, залоза безболісна. Слизова прямої кишки в області простати м'яка, зміщується легко. Ректально ознаки ГПЗ. Загальний PSA - 3,1нг/мл. Діагноз - ДГПЗ.

За даними УЗД нирок - без особливостей. ТРУЗД передміхурової залози: ехогенність підвищена, залоза збільшена 5х5х4,5, капсула передміхурової залози збережена на усьому протязі.

$V_p=56\text{см}^3$

Урофлуорометрія $Q_{\text{макс}}=11,0\text{мл/с}$,
 $Q_{\text{сер}}=5,0\text{мл/с}$, $V=225\text{мл}$, $УД=0,72$, $T_{\text{заг}}=45\text{с}$

Крива урофлуорометрії відповідає обструкції
 виносного тракту сечового міхура (ОВТСМ) УЗД
 сечового міхура $V_{\text{залиш сеч}}=75\text{мл}$ Призначено ліку-
 вання омнік 0,4мг вранці, проскар - 5мг 1 раз на
 день

Контроль через місяць $V_{\text{ост}}=85\text{мл}$,
 $Q_{\text{макс}}=12,2\text{мл/с}$, $Q_{\text{сер}}=6,1\text{мл/с}$, $УД=0,8$, $T_{\text{заг}}=40\text{с}$,
 $V_{\text{залиш сеч}}=65\text{мл}$ Сумарний бал IPSS=16, якість
 життя - 3, $V_p=55\text{см}^3$ АТ - 150/80

Контроль через 6 місяців $V_{\text{залиш}}=45\text{мл}$,
 $Q_{\text{макс}}=13,8\text{мл/с}$, $Q_{\text{сер}}=6,8\text{мл/с}$, $УД=0,83$, $T_{\text{заг}}=34\text{с}$,
 $V_{\text{залиш сеч}}=85\text{мл}$ Сумарний бал IPSS=12, якість
 життя - 2, $V_p=50\text{см}^3$ Через рік лікування $V_p=45\text{см}^3$
 Продовжує лікування

Як показує аналіз, в цілому при використанні
 способу вибору медикаментозного лікування при
 ДГПЗ згідно з заявленим рішенням змогли значно
 підвищити ефективність лікування (див таблиці),
 зменшити кількість випадків припинення прийому
 призначувального препарату внаслідок його не-
 ефективності або небажаних ускладнень

Таблиця 1

Результати медикаментозного лікування доксазозином (Кардура) 18 (8%) хворих ДГП

Показники	Одиниця ви- мірювання	Строки лікування				
		До ліку- вання	Через 2 тижні	Зміни в %	Через 12 тижнів	Зміни в %
Σ , I-PSS	бали	18,5±2,2	10±2	-46	8,6±1,8	-53,5
QL, індекс якості життя	бали	3,8±0,3	2,8±0,2	-26,3	2,5±0,2	-34,2
V_p , об'єм простати	мл	45,8±4,1	45,7±4	-0,03	45,6±3,9	-0,04
V_v , об'єм залишкової сечі	мл	85±5	62±4	-27	45±10	-47
$Q_{\text{макс}}$, максимальна швидкість плину сечі	мл/с	11,2±0,7	12,6±0,9	+12,5	12,9±0,9	+15,1
УД, урофлуорометричний індекс	ум од	0,73±0,01	0,82±0,01	+12,3	0,84±0,01	+15
АТ	мм рт ст	180 ± 6	148 ± 4		142 ± 2	
		100 ± 4	92 ± 2		90 ± 2	

Таблиця 2

Результати медикаментозного лікування тамсулозином (Омнік) 53 (23,6%) хворих на ДГП

Показники	Одиниця ви- мірюван- ня	Строки лікування						
		До ліку- вання	Через 4 тижні	Зміни в %	Через 8 тижнів	Зміни в %	Через 12 тижнів	Зміни в %
Σ , I-PSS	бали	16,7±2,1	11,5±2	-31,1	9±1,8	-46,1	8,3±1,7	-51,3
QL, індекс якості життя	бали	3,5±0,2	2,8±0,2	-20	2,5±0,1	-28,6	2,3±0,1	-34,3
V_p , об'єм простати	мл	46,1±5	45,8±4,9	-0,7	45,5±4,8	-1,3	45,2±4,8	-2
V_v , об'єм залишкової сечі	мл	44,8±4	29,1±4	-35,5	24,5±3	-45,3	23,7±3	-47,2
$Q_{\text{макс}}$, максимальна швид- кість плину сечі	мл/с	10,8±0,6	12,7±0,7	+17,5	13,2±0,8	+22,2	13,2±0,8	+22,2
УД, урофлуорометричний індекс	ум од	0,70±0,01	0,83±0,01	+18,6	0,86±0,01	+22,9	0,86±0,01	+22,9
АТ	мм рт ст	146 ± 2	144 ± 2		142 ± 2		140 ± 2	
		88 ± 2	86 ± 2		86 ± 2		84 ± 2	

Таблиця 3

Результати медикаментозного лікування фінастерідом (Проскар) 102 (45,3) хворих ДГП

Показники	Одиниця ви- мірювання	Строки лікування				
		До ліку- вання	Через 12 місяців	Зміни в %	Через 24 місяці	Зміни в %
Σ , I-PSS	бали	17,8±2,2	9,9±1,4	-44,6	8,6±1,3	-51,7
QL, індекс якості життя	бали	3,4±0,1	2,6±0,1	-23,6	2,2±0,1	-35,3
V_p , об'єм простати	мл	46,5±3,5	37,2±2,6	-20	34,8±2,8	-25,2
V_v , об'єм залишкової сечі	мл	106±15	75±8	-29,3	59±6	-44,4
$Q_{\text{макс}}$, максимальна швидкість плину сечі	мл/с	11,1±0,6	12,8±0,8	+15,3	13,3±0,9	+19,8
УД, урофлуорометричний індекс	ум од	0,72±0,01	0,83±0,01	+15,2	0,85±0,01	+18

Результати комбінованого медикаментозного лікування Омніком і Проскаром хворих на ДГП

Показники	Одиниця вимірювання	Строки лікування						
		До лікування	Через 1 місяць	Зміни в %	Через 6 місяців	Зміни в %	Через 12 місяців	Зміни в %
Σ , I-PSS	бали	18,1 \pm 2,4	10,8 \pm 2	-40,4	8,8 \pm 1,3	-51,4	6,5 \pm 1,1	-64,1
QL, індекс якості життя	бали	3,5 \pm 0,2	2,6 \pm 0,2	-25,8	2,2 \pm 0,2	-37,2	2 \pm 0,2	-42,9
V _p , об'єм простати	мл	51,4 \pm 4,1	48,4 \pm 3,7	-5,9	43,8 \pm 3,2	-14,8	39,5 \pm 2,1	-23,2
V _v , об'єм залишкової сечі	мл	140 \pm 20	115 \pm 12	-17,9	100 \pm 10	-28,6	90 \pm 10	-35,8
Q _{max} , максимальна швидкість плинусечі	мл/с	10,7 \pm 0,5	12,8 \pm 0,6	+11,9	13 \pm 0,9	+21,5	13,9 \pm 1	+29,9
УД, урофлуориметричний індекс	ум од	0,70 \pm 0,01	0,83 \pm 0,01	+18,5	0,85 \pm 0,01	+21,4	0,9 \pm 0,01	+28,5