10. Кретов Р.С. Эффективность применения фототерапии у больных после операции на наружных половых органах / Р.С. Кретов, И.В. Шабунова, А.В. Кузьменко, Т.А. Гяргиев // Системный анализ и управление в биомедицинских системах. - 2015. - Т. 14, №3. - С. 540-543.
11. Гамидов С.И. Мужское бесплодие и эректильная дисфункция: Влияние ингибиторов фосфодиэстеразы 5-го типа на сперматогенез / С.И. Гамидов, Р.И. Овчинников, А.Ю. Попова // РМЖ. - 2015. - Т. 23, №11. - С. 626-629.
12. Гамидов С.И. Комбинированная терапия эректильной дисфункции / С.И. Гамидов, Р.И. Овчинников, А.Ю. Попова // Эффективная фармакотерапия. - 2017. - №32. - С. 12-20.
13. Кузьменко А.В. Хронобиологические аспекты применения комплекса «Нейродоз» у больных с эректильной дисфункцией / А.В. Кузьменко, В.В. Кузьменко, Т.А. Гяргиев, Д.Е. Строева // Урология.- 2014. - №5. - С. 90-94.
14. Ибишев Х.С. Проблема дефицита тестостерона и эректильной дисфункции у мужчин (обзор литературы) / Х.С. Ибишев, И.А. Хрипун, З.Р. Гусова, И.И. Белоусов, А.А. Черный, Е.О. Дзантиева, М.И. Коган // Урология. – 2014. - №6. – С. 104–107.
15. Коган М.И. Ассоциация симптомов нижних мочевыводящих путей с дефицитом тестостерона при сахарном диабете 2 типа у мужчин / М.И. Коган, И.И. Белоусов, Х.С. Ибишев, А.А. Черный, И.А. Хрипун, С.В. Воробьев, Д.В. Сизякин // Урология. – 2016.- №6. – С. 22-27.

**Кузьменко А.В., Кузьменко В.В., Гяргиев Т.А., Селютина Д.Г.
Сравнительный анализ различных вариантов комбинированной терапии у
больных с ДГПЖ**

*ФГБОУ ВО "Воронежский государственный медицинский университет
им. Н.Н. Бурденко" Минздрава России
(Россия, Воронеж)*

doi:10.18411/lj-04-2018-113

idsp: 000001:lj-04-2018-113

Аннотация

В этой статье приведены результаты обследования и лечения 60 пациентов с доброкачественной гиперплазией предстательной железы. Больные были разделены на две группы. В 1 группу были включены пациенты, которым проводилось лечение комбинацией препаратов из группы альфа-блокаторов и ингибиторов 5-альфа-редуктазы. Во 2 группе проводилось лечение комбинированным препаратом. Оценка эффективности лечения включала урофлоуметрию, ТРУЗИ простаты, оценку количества пациентов с побочными эффектами, а также оценивалась комплаентность лечения за 12 месяцев терапии.

Ключевые слова: ДГПЖ, Дуодарт, ингибиторы 5-альфа-редуктазы и альфа-блокаторы.

Введение. Доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ) – одна из самых распространенных урологических патологий среди мужчин старше 45 лет. Необратимый процесс старения населения приводит к возрастанию числа заболевших ДГПЖ. По данным зарубежных эпидемиологических исследований, клинические признаки ДГПЖ обнаруживаются у 14% мужчин в возрасте 45-50 лет, а к 80 годам достигают 90% [1, 2]. Кроме того, данная патология может являться причиной развития острой задержки мочи, воспалительных заболеваний, мочекаменной болезни [3-8].

Возникновение симптомов ДГПЖ обусловлено повышением тонуса гладкой мускулатуры предстательной железы и мочевого пузыря, содержащих в себе альфа-1-адренорецепторы, а также вследствие усиления деления и созревания клеток паренхимы и стромы предстательной железы, которое определяется повышением активности фермента 5-альфа-редуктазы [9, 10].

Лечение ДГПЖ, несмотря на развитие новых технологий, остается актуальной задачей. На современном этапе выделяют консервативную терапию и хирургическое вмешательство, которое проводится на поздних стадиях. Учитывая современные

тенденции развития медицины, медикаментозная терапия находит более широкое применение [11, 12].

Одной из наиболее часто применяемых групп препаратов являются альфа-адреноблокаторы, снижающие тонус гладкой мускулатуры шейки мочевого пузыря, задней уретры и предстательной железы и ликвидирующие динамический компонент обструкции [13]. При этом альфа-адреноблокаторы не влияют на размеры предстательной железы. С этой целью могут применяться ингибиторы 5- α -редуктазы. Препараты данной группы уменьшают объем предстательной железы и способствуют устранению механического компонента обструкции [12]. Эффект от приема ингибиторов 5- α -редуктазы отмечается через 6–12 мес. постоянного приема и также подразумевает проведение длительного (многолетнего) курса терапии. Назначение их короткими курсами неэффективно.

На сегодняшний день, наиболее эффективным считается комбинированный прием альфа-адреноблокаторов и ингибиторов 5- α -редуктазы, который позволяет воздействовать как на динамический, так и на механический компонент обструкции [12, 13]. Тем не менее, учитывая необходимость длительного приема нескольких препаратов, их относительно высокую рыночную стоимость, у многих пациентов отмечается низкая приверженность к проводимой терапии, что может негативно отражаться на результатах лечения. Таким образом, актуальной задачей является подбор схем терапии, которые позволили бы повысить комплаентность пациентов, а, следовательно, и результаты проводимой консервативной терапии.

Целью нашего исследования является оценить эффективность различных вариантов комбинированной медикаментозной терапии больных с аденомой простаты.

Материалы и методы. Объектом исследования данной работы стали 60 пациентов с доброкачественной гиперплазией предстательной железы. Возраст больных от 50-70 лет.

Все пациенты при первом визите прошли предварительное обследование, которое включало в себя следующие параметры согласно рекомендациям Всемирной организации здравоохранения: заполнение специального опросника IPSS, оценка качества жизни по 6-балльной шкале, пальцевое ректальное исследование (ПРИ), общеклинические анализы мочи и крови, ультразвуковое исследование (УЗИ) предстательной железы с определением наличия и количества остаточной мочи, исследование скорости потока мочи (урофлоуметрия), определение уровня простатспецифического антигена (ПСА) в сыворотке крови.

Пациенты соответствовали следующим критериям включения: суммарный балл IPSS более 12, объем предстательной железы (Vпж) более 30 см³, объем остаточной мочи (Vом) от 50-100 мл, максимальная скорость мочеиспускания (Q max) <14 мл/сек, возраст не старше 50, ПСА от 1-4 нг/л.

Критериями исключения служили: конкременты мочевого пузыря и дистального отдела мочеточников, гематурия, подозрение на рак простаты, мочевого пузыря, отягощенный аллергический анамнез, оперативные пособия на органах малого таза, инфекции мочевыводящих путей, острый простатит, нейрогенная дисфункция мочевого пузыря.

В дальнейшем методом случайной выборки пациенты были распределены на 2 группы по 30 человек.

В 1 группу были включены пациенты, которым проводилось лечение комбинацией препаратов из группы альфа-адреноблокаторов (тамсулозин 0,4 мг 1р/д) и ингибиторов 5-альфа-редуктазы (дутатерид 0,5 мг 1р/д).

Во 2 группе проводилось лечение комбинированным препаратом Дуодарт 5 мг 1р/д.

Оценка эффективности лечения проводилась в ходе 4-х визитов: 1 визит, 2 визит (через 3 месяца), 3 визит (через 6 месяцев), 4 визит (через 12 месяцев). Она включала

следующие показатели: урофлоуметрию ($Q_{\max}$), ТРУЗИ простаты с определением объема ($V_{\text{см}^3}$) простаты и остаточной мочи, оценку количества пациентов с побочными эффектами, а также оценивалась комплаентность, данный показатель выражался в процентах больных, которые соблюдали рекомендации доктора на протяжении 12 месяцев медикаментозной терапии.

Результаты. Сравнительная характеристика результатов исследований, полученных в течение 12 месяцев, в 2-х группах представлена в таблице 1.

Таблица 1.

Сравнительная характеристика результатов исследований, полученных в течение 12 месяцев, в 2-х группах.

Визиты	В.1		В.2		В.3		В.4	
Группы	Гр. 1	Гр. 2	Гр. 1	Гр. 2	Гр. 1	Гр. 2	Гр. 1	Гр. 2
$Q_{\max}$ (мл/сек)	8,6± 1,0	8,7± 1,2	10,9± 1,5	10,9± 1,4	11,0± 1,5	11,5± 1,3*	11,0± 1,5	11,5± 1,3*
V простаты (см^3)	78,7± 20,0	79,8± 19,0	73,0± 20,6	72,5± 19,8	62,5± 19,2	59,7± 17,1*	59,2± 15,9	52,5± 13,8*
V ост. мочи (см^3)	62,3± 26,4	63,3± 25,1	32,5± 17,2	32,7± 17,2	30,5± 15,3	31,0± 15,3	30,5± 15,3	31,0± 15,3
Количество пациентов с побочными эффектами (%)	-	-	23,3	20,0	23,3	20,0	23,3	20,0
Количество пациентов с ОЗМ (%)	-	-	-	-	-	-	7	3
Количество случаев хирургического лечения (%)	-	-	-	-	-	-	10	3
Комплаентность (%)	100	100	93	100	90	100	77	93

*- достоверность различий с Группой 1 $p < 0,05$

Как видно из полученных данных, исходно группы были однородны, достоверных различий в исследуемых показателях выявлено не было. При втором визите у всех пациентов было отмечено увеличение $Q_{\max}$, а также по данным УЗИ-уменьшение объема остаточной мочи и простаты в исследуемых группах. Кроме того была отмечена высокая комплаентность лечения, несмотря на то что двое пациентов из 1 группы не выполняли предписания врача, следовательно комплаентность в данной группе снизилась до 93%. В группе 1 выявлено 23,3% пациентов с нежелательными явлениями. В группе 2 данный показатель составил 20,0 %.

По данным полученным при третьем визите, у пациентов групп существенных изменений выявлено не было. Комплаентность лечения в 1 группе составила 100%, во 2 группе снизилась до 90%. Новых случаев нежелательных явлений выявлено не было.

К четвертому визиту было выявлено, что среднее значение объема предстательной железы во 2 группе достоверно меньше, чем в 1 ($p < 0.05$). Комплаентность во всех трех группах снизилась. Однако наиболее низкое значение данного показателя отмечено в группе 1 (77%), в то время как в группе 2 оно составило 93%.

За 12 месяцев терапии в группе 1 были отмечены эпизоды ОЗМ у 7% пациентов. В группе 2 данный показатель был ниже и составил 3%. Количество случаев хирургического лечения в группе 1 составило 10%, в группе 2 – 3%.

Заключение. При сравнительном анализе различных видов комбинированной терапии, было отмечено увеличение $Q_{\max}$, а также по данным УЗИ-уменьшение объема остаточной мочи и простаты в исследуемых группах. Однако при применении препарата Дуодарт, степень комплаентности была выше по сравнению с 1 группой, которая получала комбинацию препаратов, чем на наш взгляд и обусловлено снижение количества случаев острой задержки мочи и необходимости оперативного вмешательства.

Таким образом, данное исследование позволяет сделать вывод о том, что применение препарата Дуодарт у больных с ДГПЖ позволяет повысить комплаентность к терапии, устранить СНМ и снизить риск прогрессирования заболевания, тем самым, способствуя повышению качества жизни данной категории больных.

1. Аляев Ю.Г. Медикаментозное лечение симптомов нижних мочевых путей у мужчин. Роль уроселективности в выборе препарата / Ю.Г. Аляев, З.К. Гаджиева, Л.М. Рапопорт, Ю.Б. Казилов // Андрология и генитальная хирургия. -2014. -№ 1. - С. 6-14.
2. Гаджиева З.К. Новые возможности лечения комбинированных симптомов нижних мочевыводящих путей у пациентов с доброкачественной гиперплазией предстательной железы - предпосылки и преимущества/ З.К. Гаджиева, Ю.Б. Казилов// Урология. -2017. - № 1. - С. 95-102.
3. Гяургиев Т. А. Лечение больных с хроническим рецидивирующим циститом в стадии обострения в комплексе с фототерапией с использованием аппарата «Светозар»/ Т.А. Гяургиев, А.В. Кузьменко, В.М. Вахтель, П.А. Лукьянович// Системный анализ и управление в биомедицинских системах. – 2014 - Т13, №4 – С. 821-824.
4. Гяургиев Т. А. Оценка эффективности хронотерапии и фототерапии в комплексном лечении больных хроническим рецидивирующим бактериальным циститом в стадии обострения/Т.А. Гяургиев, А. В. Кузьменко, Ж. В. Власова, М. Н. Химичева// Системный анализ и управление в биомедицинских системах. – 2015. - №3. – Т 14. – С. 422 – 425.
5. Гяургиев Т.А. Морфометрический анализ эффективности хронотерапии и фототерапии в лечении больных хроническим рецидивирующим бактериальным циститом в стадии обострения/ Т.А. Гяургиев, А.В. Кузьменко, А.Л. Лавренов // Системный анализ и управление в биомедицинских системах.– 2015 – Т14, №3 – С. 477-481.
6. Кузьменко А. В. Результаты применения фототерапии и хронотерапии в лечении женщин с хроническим рецидивирующим бактериальным циститом в стадии обострения/ А.В. Кузьменко [и др.] // Системный анализ и управление в биомедицинских системах. -2016 - Т15, № 4. - С. 614-619.
7. Кузьменко А.В. Хронобиологический статус больных с хроническим простатитом на фоне аденомы простаты / А.В. Кузьменко, В.В. Кузьменко, Т.А. Гяургиев, И.И. Баранников //Системный анализ и управление в биомедицинских системах. - 2017. – Т.16. №3. – С. 513-316.
8. Кузьменко А.В. Хронобиологический подход к терапии хронического рецидивирующего бактериального цистита в стадии обострения / А.В. Кузьменко, В.В. Кузьменко, Т.А. Гяургиев // Урология. - 2017. – №2. – С. 60-65.
9. Гаджиева З.К. Об особенностях выбора медикаментозной терапии при обструктивных заболеваниях нижних мочевыводящих путей / З.К. Гаджиева, Ю.Г. Аляев, А.З. Винаров // Эффективная фармакотерапия. - 2016. - № 41. - С. 16-26.
10. Спивак Л.Г. Обзор клинических исследований комбинированной терапии ингибиторами 5α-редуктазы и А1-адреноблокаторами пациентов с гиперплазией предстательной железы / Л.Г. Спивак, К.Л. Локшин, А.З. Винаров// Урология. - 2015.- № 4.- С. 125-133.
11. Неймарк А.И. Тактика ведения больного доброкачественной гиперплазией предстательной железы при крупном ее объеме / А.И. Неймарк, Б.А. Неймарк, Д.В. Торбик // Бюллетень медицинской науки. - 2017. - № 1 (5). - С. 44-53.
12. Кузьменко А.В. Комбинированная медикаментозная терапия больных с ДГПЖ / А.В. Кузьменко, В.В. Кузьменко, Т.А. Гяургиев // Урология. – 2018. – № 1. – С. 48-52.

Кузьменко А.В., Кузьменко В.В., Гяургиев Т.А., Меньшикова С.С., Ухин Д.Е.
Диагностическая ценность различных методов исследования у пациентов с раком предстательной железы

*ФГБОУ ВО "Воронежский государственный медицинский университет
им. Н.Н. Бурденко" Минздрава России
(Россия, Воронеж)*

doi:10.18411/lj-04-2018-114

idsp: 000001:lj-04-2018-114

Аннотация

В этой статье приведены данные исследования медицинских карт пациентов, поступивших для проведения первичной биопсии с подозрением на рак предстательной железы. Материалы и методы. Клинико-статистический анализ 115 медицинских карт