

Ocena dolegliwości związanych z łagodnym rozrostem prostaty

Evaluation of symptoms associated with benign prostate hyperplasia

Radosław Boniecki

I Klinika Urologii, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Streszczenie

Wstęp. Prostata to gruczoł krokowy, którego koncentryczne powiększenie powoduje zwężenie światła cewki moczowej. To choroba związana z wiekiem. Schorzenie rozwija się powoli, cechując się stopniowym powiększeniem gruczołu krokowego i nasileniem cech przeszkody podpęcherzowej. Choroba stanowi poważny problem społeczny ze względu na częstość występowania, a wobec starzejącej się populacji wkrótce będzie dolegliwością powszechną. Na szczęście, badania profilaktyczne i odpowiednio wcześniej podjęte leczenie zwykle umożliwia szybkie i skuteczne zniwelowanie objawów choroby. **Celem pracy** było zgromadzenie i analiza danych empirycznych, pochodzących z obserwacji mężczyzn z rozpoznaniem łagodnym rozrostem stercza. Badanie realizowane było w okresie jednego roku, od kwietnia 2009 do kwietnia 2010 roku. Status badacza przyznano 1488 razy lekarzom specjalistom urologii z różnych regionów Polski. Łącznie obserwacji poddano 83 846 mężczyzn. Dla celów niniejszego opracowania spośród jego uczestników wyłoniono grupę losową, która liczyła 14 350 mężczyzn. Najmłodszy uczestnik miał 20, a najstarszy 94 lata. **Wyniki.** Badani mężczyźni zgłaszali uciążliwe objawy dysuryczne, w tym najczęściej: częste oddawanie moczu, trudności w rozpoczęciu mikcji oraz osłabiony strumień moczu. Po badaniu przedmiotowym, podmiotowym oraz zaleceniu wykonania dodatkowych badań diagnostycznych postawiono rozpoznanie wstępne i zalecono leczenie farmakologiczne z użyciem pojedynczych preparatów, jak i terapii dwulekowej. Podczas wizyty kontrolnej po zastosowaniu leczenia farmakologicznego, lekarze stwierdzili wyraźną poprawę stanu klinicznego pacjentów. Poprawie uległy przede wszystkim takie objawy dysuryczne, jak: częste oddawanie moczu, wykapywanie moczu po mikcji, zmniejszenie mikcji nocnych, konieczność nagłego oddania moczu oraz całkowitego zatrzymania moczu. Oparta na badaniu przedmiotowym, podmiotowym i na wynikach badań dodatkowych diagnoza potwierdziła występowanie łagodnego rozrostu prostaty. **Wnioski.** Prawie wszyscy chorzy z zaburzeniami w oddawaniu moczu wymagają leczenia farmakologicznego, a niemal 25% mężczyzn powyżej 65 roku życia może wymagać leczenia zabiegowego. Wskazaniem do zastosowanego leczenia farmakologicznego w blisko 100% badanych przypadków był łagodny rozrost gruczołu krokowego oraz związane z nim dolegliwości ze strony dolnych dróg moczowych. Wszyscy badacze potwierdzali wysoką skuteczność wdrożonej farmakoterapii oraz dobrą tolerancję, zwłaszcza po zastosowaniu terapii skojarzonej i dłuższym czasie jej stosowania. W ponad 85% wykazali istotną poprawę stanu klinicznego, polepszenie jakości życia oraz zmniejszenie lub nawet ustąpienie zgłaszanych uprzednio dolegliwości dysurycznych. Leczenie farmakologiczne łagodnego rozrostu stercza ma na celu zmniejszenie lub zniesienie dolegliwości związanych z objawami z dolnego odcinka dróg moczowych. *Geriatrics 2011; 5: 257-266.*

Słowa kluczowe: gruczoł krokowy, łagodny rozrost stercza (ŁRS), leczenie farmakologiczne, dolegliwości dysuryczne

Abstract

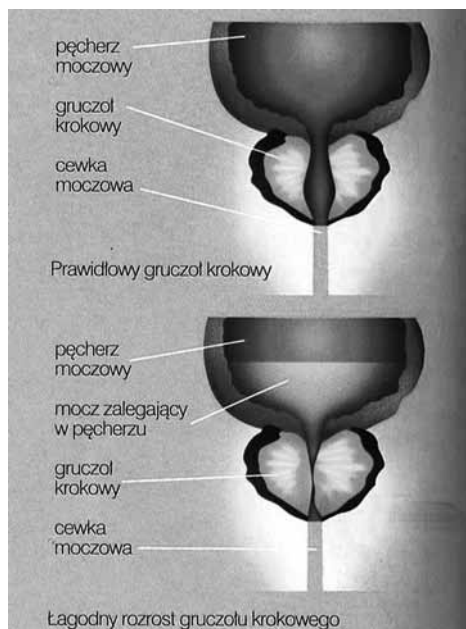
Background. Concentric enlargement of the prostate gland may cause narrowing of urethral lumen. This is the process associated with aging. It develops slowly and is characterized by gradual prostate enlargement accompanied by infravesical urinary tract obstruction. The condition is of a significant social concern due to its high

prevalence. It may even become more common because of aging society. Thankfully, prophylactic examination and early treatment usually allows for prompt and effective symptom reduction. **The aim** of the study was to collect and analyse empirical data from observation of men diagnosed with benign prostate hyperplasia (BPH). The study was conducted within one year, from April 2009 till April 2010. The status of the researcher was given 1488 times, to urologists from different regions of Poland. For the purpose of the study a group of 14350 men was randomly selected from all participants. The patients were between 20 and 94 years of age. **Results.** Patients complained of lower urinary tract symptoms (LUTS), mainly: frequency, hesitancy, poor stream. After the initial examination and additional tests a provisional diagnosis was established and one or two drug regimen treatment was initiated. There was a significant improvement of symptoms at follow-up visits. The highest improvement was observed in following LUTS: frequency, postvoid dribbling, nocturia, urgency, acute urinary retention. The final diagnosis, based upon physical examination and additional tests results, confirmed the presence of BPH. **Conclusion.** Almost all subjects with LUTS require pharmacological treatment. 25% of patients older than 65 require surgical treatment. The indication for pharmacological treatment in almost 100% of cases was BPH and associated LUTS. All investigators confirmed high efficacy and good tolerance of implemented pharmacological treatment, especially the two drug regimen. More than 85% of patients significantly improved clinically and in terms of quality of life and LUTS. Pharmacological treatment of LUTS aims at improving or eliminating LUTS. *Geriatrics 2011; 5: 257-266.*

Keywords: prostate, benign prostate hyperplasia, pharmacological treatment, lower urinary tract symptoms

Wstęp

Prostata to gruczoł krokowy, którego koncentryczne powiększenie powoduje zwężenie światła cewki moczowej. To choroba związana z wiekiem. Dotyczy około połowy mężczyzn powyżej 50. roku życia i ponad 70% panów, którzy ukończyli 60 lat. Schorzenie rozwija się powoli, cechując się stopniowym powiększeniem gruczołu krokowego (objętość > 30 cm³) i nasileniem cech przeszkody podpęcherzowej (zmniejszenie przepływu cewkowego Q_{max} < 15 ml/s). Choroba stanowi poważny problem społeczny ze względu na częstość występowania, a wobec starzejącej się populacji wkrótce będzie dolegliwością powszechną. Na szczęście, badania profilaktyczne i odpowiednio wcześnie podjęte leczenie zwykle umożliwia szybkie i skuteczne zniwelowanie objawów choroby. Pierwsze objawy są prawie niezauważalne. Stopniowo pojawiają się trudności w oddawaniu moczu, uczucie niecałkowitego opróżnienia pęcherza, a zaleganie moczu prowadzi do przerostu mięśniówki pęcherza i potęgowania objawów. Może to sprzyjać zakażeniom dróg moczowych i kamicy moczowej, a w konsekwencji doprowadzić do całkowitego zatrzymania moczu. Objawy te nie muszą oznaczać łagodnego rozrostu stercza (ŁRS), mogą być związane z bakteryjnym lub niebakteryjnym zapaleniem gruczołu krokowego, a także nowotworem złośliwym [1-5]



Istnieją trzy możliwości prowadzenia terapii u chorych z rozpoznaniem ŁRS:

1. Baczna obserwacja (watchful waiting).
2. Leczenie farmakologiczne.
3. Leczenie zabiegowe.

Leczenie łagodnego rozrostu jest uzależnione od stopnia zaawansowania choroby. Wybór odpowiedniego postępowania zależy od wieku chorego i stanu ogólnego, nasilenia dolegliwości, chorób współistnie-

jących oraz akceptacji proponowanej metody leczenia przez pacjenta. Przy nieznacznie wyrażonych objawach oraz przy braku ryzyka rozwoju raka gruczołu krokowego zaleca się jedynie obserwację. W zależności od rodzaju i stopnia nasilenia objawów w ŁRS występują cztery stadia.

Leczenie farmakologiczne łagodnego rozrostu stercza w sytuacji, gdy można wybrać kilkadziesiąt leków o różnym działaniu, nie jest łatwe. W I i II stadium choroby, leczenie farmakologiczne jest stosowane u osób z umiarkowanymi lub średnio nasilonymi dolegliwościami LUTS. Zachowawczo leczą się także chorzy, którzy nie wyrażają zgody na leczenie zabiegowe (pomimo wskazań) oraz chorzy, których nie można operować z powodu nadmiernego ryzyka (stan ogólny, możliwość powikłań).

Wszystkie leki stosowane w leczeniu farmakologicznym łagodnego rozrostu stercza pochodzą z następujących grup:

- leki pochodzenia roślinnego,
- leki alfa-adrenolityczne,
- leki blokujące 5-alfa reduktazę,
- kombinacje ww. grup.

Leczenie chirurgiczne stosowane jest zwykle w III i IV stadium zaawansowania choroby, gdy nasilają się objawy przeszkodowe, doprowadzające do zatrzymania moczu lub jego zalegania po mikcji. Operuje się również pacjentów z nasilonymi dolegliwościami mikcyjnymi, niepoddającymi się leczeniu farmakologicznemu. Wykonywane zabiegi chirurgiczne są wówczas uzależnione od wieku, stanu chorego oraz od wielkości (objętości) gruczołu krokowego. Złotym standardem w leczeniu zabiegowym jest przezcewkowa elektroresekcja stercza (TURP). Do innych metod zaliczamy: otwartą operację przepięcherzową (adenomektomia), termoterapię, krioterapię oraz zabiegi z użyciem lasera [2,4-9].

Cel pracy

Celem badania epidemiologicznego *Ocena dolegliwości związanych z łagodnym przerostem prostaty* było zgromadzenie i analiza danych empirycznych, pochodzących z obserwacji mężczyzn z rozpoznaniem łagodnym rozrostem stercza (ŁRS).

Materiał i metoda

Badanie realizowane było w okresie jednego roku

(od kwietnia 2009 do kwietnia 2010 roku) w czterech odrębnych etapach, w układzie dwóch wizyt programowych. Status Badacza przyznano 1488 lekarzom specjalistom urologii z różnych regionów Polski. Każdy urolog prowadził obserwację 30/75, bądź 40/100 pacjentów z rozpoznaniem łagodnym rozrostem prostaty. Łącznie obserwacji poddano 83 846 mężczyzn. Dla celów niniejszego opracowania spośród jego uczestników wyłoniono grupę losową, która liczyła 14 350 mężczyzn, co stanowi 17,11% ogółu badanych chorych (przedział ufności przyjęto na poziomie 99%, a margines błędu estymacji mniejszy niż 1%).

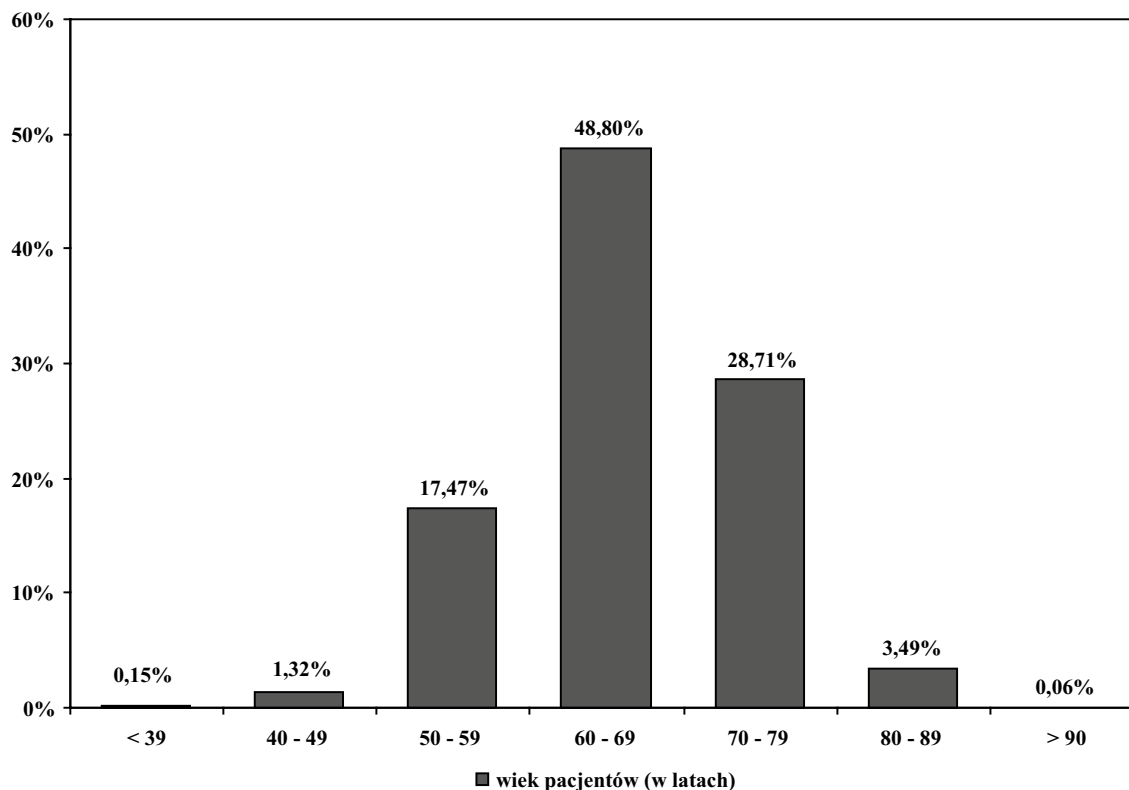
Najmłodszy uczestnik miał 20, a najstarszy 94 lata (średni wiek badanych mężczyzn wyniósł 65,71 lat). Analiza struktury wieku badanych pacjentów polegała na wyodrębnieniu siedmiu grup wiekowych, w odstępach co 10 lat. Najbardziej liczny przedział stanowili mężczyźni w wieku od 60 do 69 lat – dokładnie 48,80% uczestników badania. W grupie do 39 lat oraz od 40 do 49 lat stanowili 0,15% oraz 1,32% odpowiednio. Pacjenci w wieku od 50 do 59 lat stanowili 17,47%, w wieku 70 do 79 lat - 28,71%, w wieku 80-89 lat - 3,49%, a powyżej 90 roku życia stanowili 0,06% badanej grupy (wykres 1).

Wartość mediany (Me = 66,00 lat) mówi, że połowa badanych mężczyzn była w wieku co najwyżej 66 lat, zaś pozostała połowa miała co najmniej 66 lat. Wartość modalna (Mo = 62 lat) pokazuje, że wśród badanych chorych przeważali liczebnie mężczyźni w wieku 62 lat.

Dane uzyskiwane w ramach pierwszej wizyty obejmowały: dolegliwości zgłaszane przez badanych pacjentów ze strony układu moczowego, występowanie choroby współistniejącej, wykonanie badania *per rectum* (DRE), zalecenia badań diagnostycznych, zalecenia farmakoterapii oraz ustalenia rozpoznania wstępnego. Termin wizyty kontrolnej wyznaczano w odstępach minimum 3 miesięcy. Wizyta druga, kontrolna pozwoliła zdobyć informacje odnośnie: poprawy stanu klinicznego, stopnia nasilenia/osłabienia dolegliwości dysurycznych zgłaszanych przez pacjentów w porównaniu z wizytą poprzednią, ustalenia rozpoznania końcowego w uzupełnieniu o wyniki badań oraz kontynuacji, zmiany dotychczasowego leczenia.

Wyniki

Najczęstszymi objawami dysurycznymi, które zgłaszali badani mężczyźni we wstępnej fazie leczenia były: częste oddawanie moczu - 74,49%, trudności



Wykres 1. Badana grupa pacjentów według wieku

w rozpoczęciu oddawania moczu – 63,36%, osłabiony strumień moczu – 52,36%, konieczność nagłego oddania moczu, czyli tzw. parcie naglące raportowało u 36,86%, wykapywanie moczu po zakończonej mikcji - 35,70%, uczucia niecałkowitego opróżnienia pęcherza moczowego po mikcji doświadczało 26,68%, konieczność oddawania moczu w porze nocnej - 14%. Badani mężczyźni, którzy zgłaszali występowanie nykturii, oddawali mocz w porze nocnej średnio 4,95 razy, najczęściej czynili to dziewięć razy w ciągu nocy. Połowa spośród tych badanych chorych oddawała mocz nocą co najmniej cztery razy, zaś pozostała połowa co najwyżej cztery razy. Krwimocz wystąpił u 5,37%, a całkowite zatrzymanie moczu stwierdzono wśród 4,89% badanych chorych (wykres 2).

Choroby współtowarzyszące: nadciśnienie tętnicze – 45,70%, cukrzyca – 19,20%, choroba niedokrwienna serca – 5,80%, inne (w tym stan po zawale mięśnia sercowego, stan po udarze mózgu, astma, arytmia serca, migotanie przedsionków, RZS, padaczka, żyłaki kończyn dolnych i choroby układu trawiennego) występowały u 0,33% badanych.

Badaniem *per rectum* (DRE) stwierdzono prostatę o małym rozmiarze u 10,00%, o średnim rozmiarze – u 49,06% a o dużym rozmiarze - u 40,94% badanych.

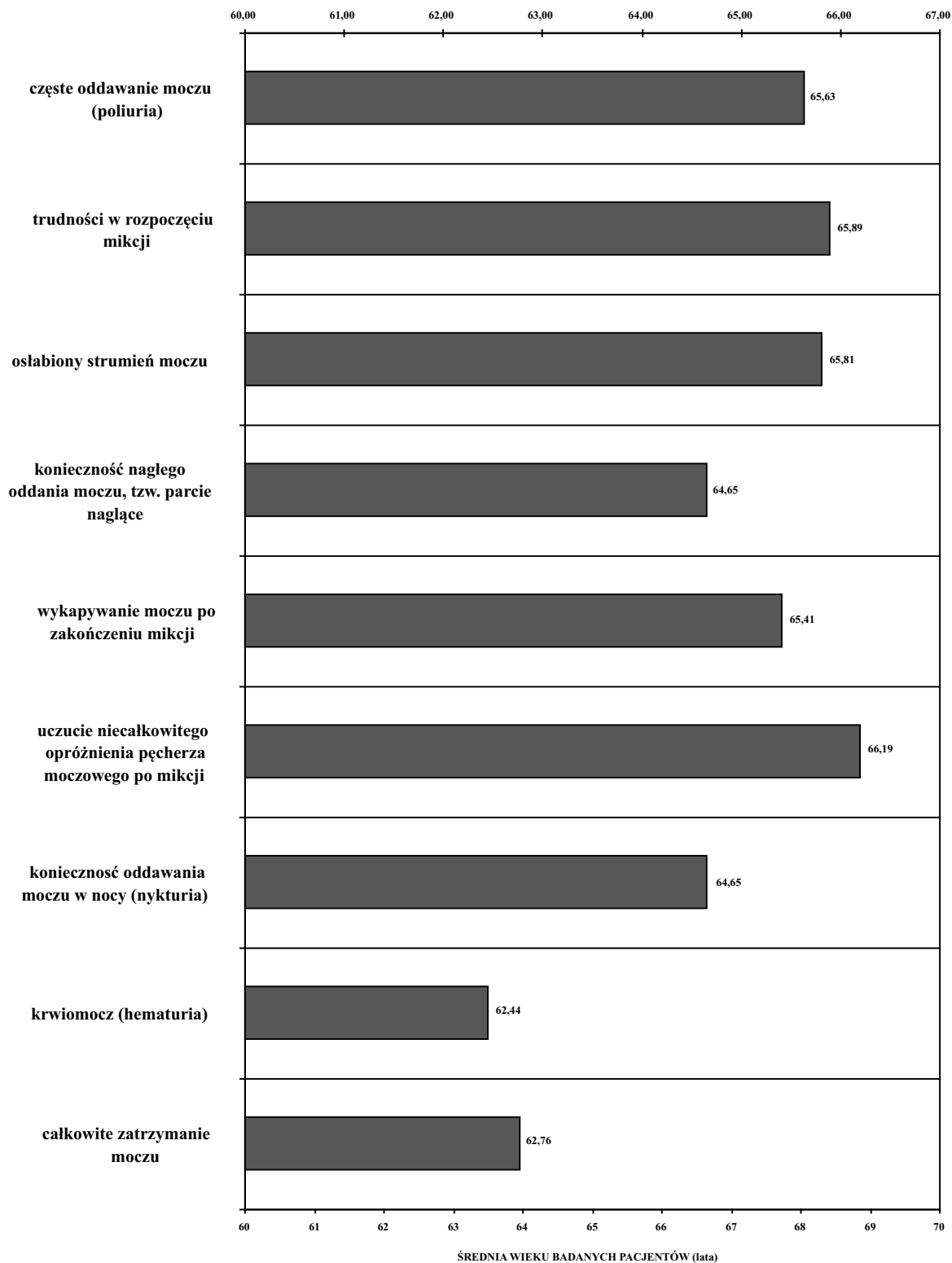
W toku analizy stwierdzono, że stopień powiększenia w obrębie gruczołu krokowego skorelowany był z wiekiem badanych mężczyzn. Oznacza to, że im młodszy badani pacjenci, tym mniejszy stwierdzano rozmiar narządu w badaniu *per rectum*.

Dodatkowo, bolesność prostaty w trakcie badania DRE stwierdzono u 6,76% pacjentów.

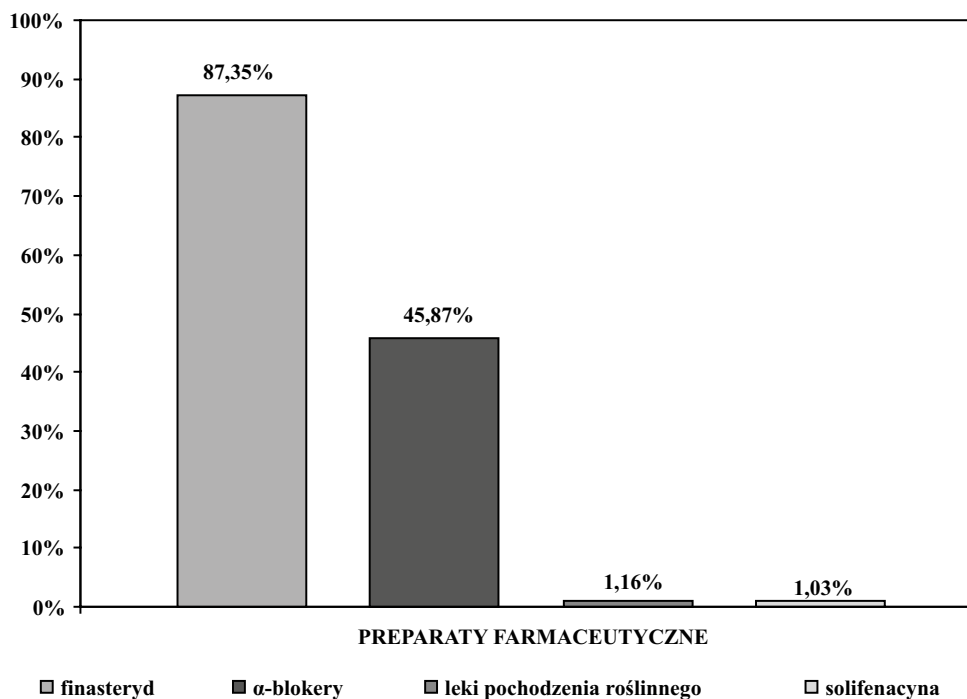
Na podstawie dolegliwości zgłaszanych przez pacjentów, badania *per rectum* badacze postawili wstępną diagnozę:

- łagodny rozrost stercza (ŁRS) u 96,50%;
- podejrzenie raka gruczołu krokowego u 2,30%;
- nadmierna aktywność pęcherza moczowego u 2,46% badanych mężczyzn.

Leczenie farmakologiczne w ramach pierwszej wizyty zastosowano u 77,95% badanych pacjentów. Preparat finasterydu zalecono u 87,35%, leki blokujące receptory α -adrenergiczne zaordynowano u 45,87%, a u ponad 1% badacze zapisywali leki roślinne i preparaty



Wykres 2. Dolegliwości dysuryczne zgłaszane przez pacjentów podczas pierwszej wizyty



Wykres 3. Farmakoterapia zalecona podczas pierwszej wizyty

solifenacyny (wykres 3). Wyniki nie sumują się do 100,00%, ponieważ lekarz mógł zaordynować więcej niż jeden preparat, bądź wynikało to z braku danych.

Leczenie farmakologiczne z uwzględnieniem tylko preparatu finasterydu zastosowano u 54,13%, z uwzględnieniem tylko leków blokujących receptory α -adrenergiczne u 11,67%, zaś leczenie skojarzone, tj. preparat finasterydu z lekiem α -blokującym u 34,20% badanych mężczyzn. Lekarze stosowali terapię skojarzoną z zastosowaniem leków blokujących receptory α -adrenergiczne, w tym: preparat doksazosyny u 48,22% badanych mężczyzn (najczęściej w dawce dobowej 4 mg – 74,81%, w dawce 2 mg u 25,19%, odpowiednio), preparat alfuzosyny zapisano u 18,12% uczestników (w dawce 5 mg – 63,54%, oraz 10 mg w ciągu doby u 36,46%), preparat tamsulosyny (dawka 0,4 mg na dobę) u 18,11%, oraz preparat terazosyny (dawka 5 mg) u 15,55% badanych osób.

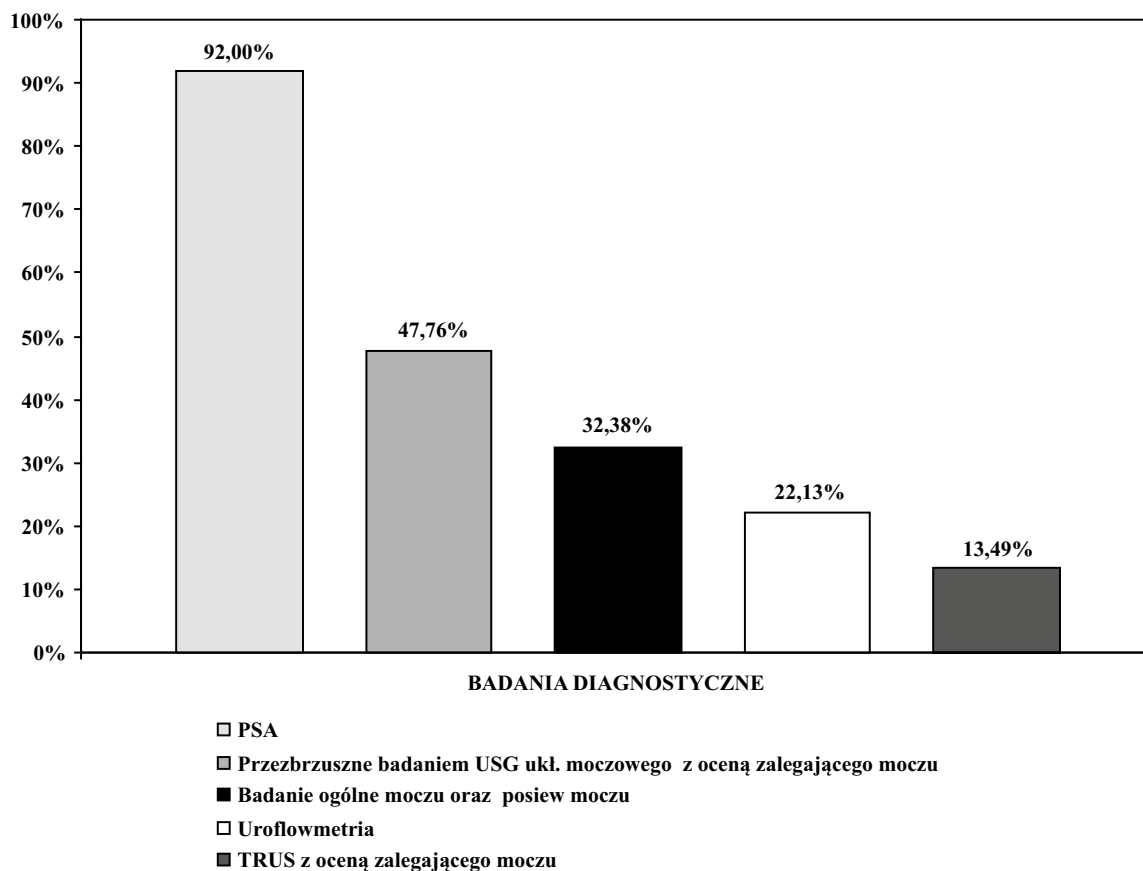
Badania diagnostyczne zalecone podczas pierwszej wizyty obejmowały: oznaczenie antygenu swoistego PSA – 92%, przezbrzuszne badanie USG dróg moczowych z oceną zalegającego moczu po mikcji - 47,76%, badanie ogólne moczu z posiewem – 32,38%, ocenę przepływu cewkowego moczu (uroflowmetria) – 22,13% oraz przezodbytnicze badanie ultrasonogra-

ficzne prostaty (TRUS) z oceną zalegającego moczu u 13,49 badanych. (Wyniki nie sumują się do 100,00%, ponieważ lekarz mógł zlecić więcej niż jedno badanie diagnostyczne).

Po zastosowanym leczeniu farmakologicznym w/w lekami, na uwagę bezsprzecznie zasługuje poprawa stanu zdrowia badanych pacjentów, która wiązała się ze zmniejszeniem bądź ustąpieniem zgłaszanych podczas pierwszej wizyty dolegliwości dysurycznych.

Częste oddawanie moczu, poprawę odnotowano u 94,25% przypadków, wykapywanie moczu po mikcji nie obserwowano u 91,57%, trudności w rozpoczęciu mikcji ustąpiły u 90,25%, nykturia – poprawa dotyczy 88,99%, ból w cewce moczowej podczas oddawania moczu nie pojawił się u 88,39%, wydłużonego czasu mikcji nie obserwowano już u 86,55%, wzmożonego parcia na mocz nie zgłaszało 85,71%, oddawanie moczu barwy krwistej ustąpiło u 80,90%, a zatrzymanie moczu nie dotyczyło 79,73% badanych mężczyzn.

Na wizycie kontrolnej w oparciu o badania diagnostyczne lekarze ustalili rozpoznanie końcowe. Łagodny rozrost gruczołu krokowego dotyczył 96,50%, wstępnie rozpoznano u 96,33% mężczyzn. Raka gruczołu krokowego rozpoznano u 2,21%, poprzednio 2,30%. Pęcherz nadreaktywny dotyczył 2,68%, wcześniej



Wykres 4. Badania diagnostyczne zlecone badanym pacjentom

2,46%. Drobne zaledwie różnice pomiędzy diagnozą końcową w porównaniu z wizytą pierwszą nie były istotne statystycznie.

Podczas tej wizyty lekarze zadecydowali o kontynuacji dotychczasowego leczenia u 77,95%, a u 22,05% badanych zadecydowali o zmianie leku (zmianę lub dodanie dodatkowego). Różnica nieznamienne statystycznie.

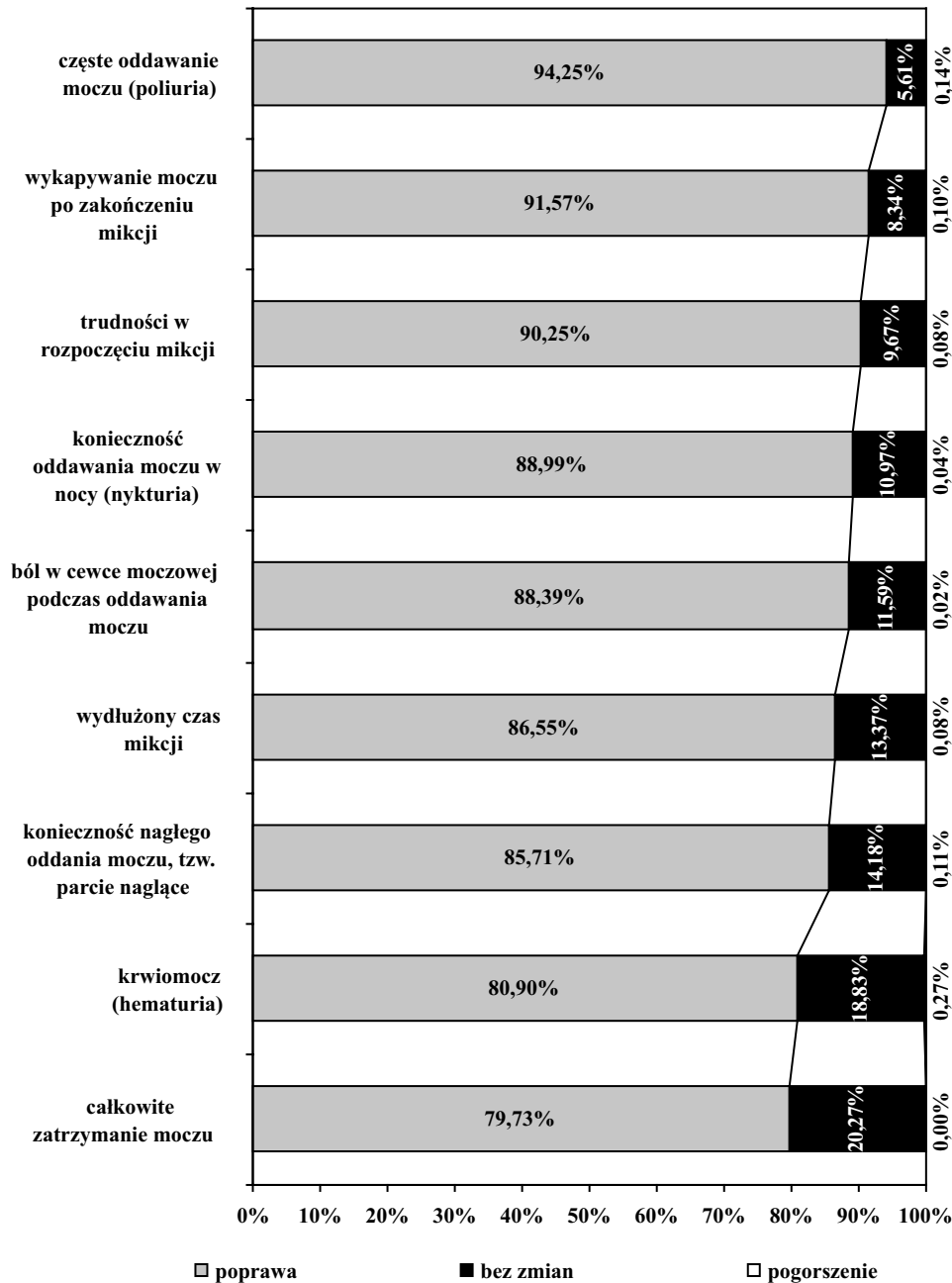
Badacze zalecali pacjentom przyjmowanie preparatu finasterydu u 95,04% odpowiednio 87,35% ($p < 0,001$), leków α -blokujących u 59,13% odpowiednio 45,87%, ($p < 0,001$), oraz preparatów solifenacyny – 3,19% poprzednio 1,03% ($p < 0,001$). Woli uzupełnienia, podczas wizyty kontrolnej nikt nie zapisał leku pochodzenia roślinnego. Wyniki nie sumują się do 100,00%, ponieważ badacz mógł zalecić więcej niż jeden lek.

Leczenie preparatem finasterydu łącznie z α -blokerem zastosowano u 55,40%, wcześniej 34,20%, Wyraźnie rzadziej lekarze skłaniali się ku stosowaniu finasterydu w monoterapii – 40,40% odpowiednio

54,13%, oraz α -bloker – 4,20%, poprzednio 11,67%. Z grupy leków α -blokujących badacze wybierali następujące preparaty: preparat doksazosyny – 46,98%, wcześniej 48,22% ($p < 0,001$); preparat alfuzosyny – 35,44% odpowiednio 18,12% ($p < 0,001$); preparat tamsulosyny – 15,50%, poprzednio 18,11% ($p < 0,001$) oraz preparat terazosyny u 2,08%, wcześniej u 17,70% badanych ($p < 0,001$).

Wnioski

Leczenie farmakologiczne łagodnego rozrostu stercza ma na celu zmniejszenie lub zniesienie dolegliwości związanych z objawami z dolnego odcinka dróg moczowych. W ostatnich latach zwiększyła się znacznie skuteczność leczenia farmakologicznego przez wprowadzenie leczenia skojarzonego. Liczne wielośrodkowe, międzynarodowe, randomizowane badania kliniczne potwierdziły i udowodniły w sposób bezsprzeczny wysoką skuteczność terapeutyczną



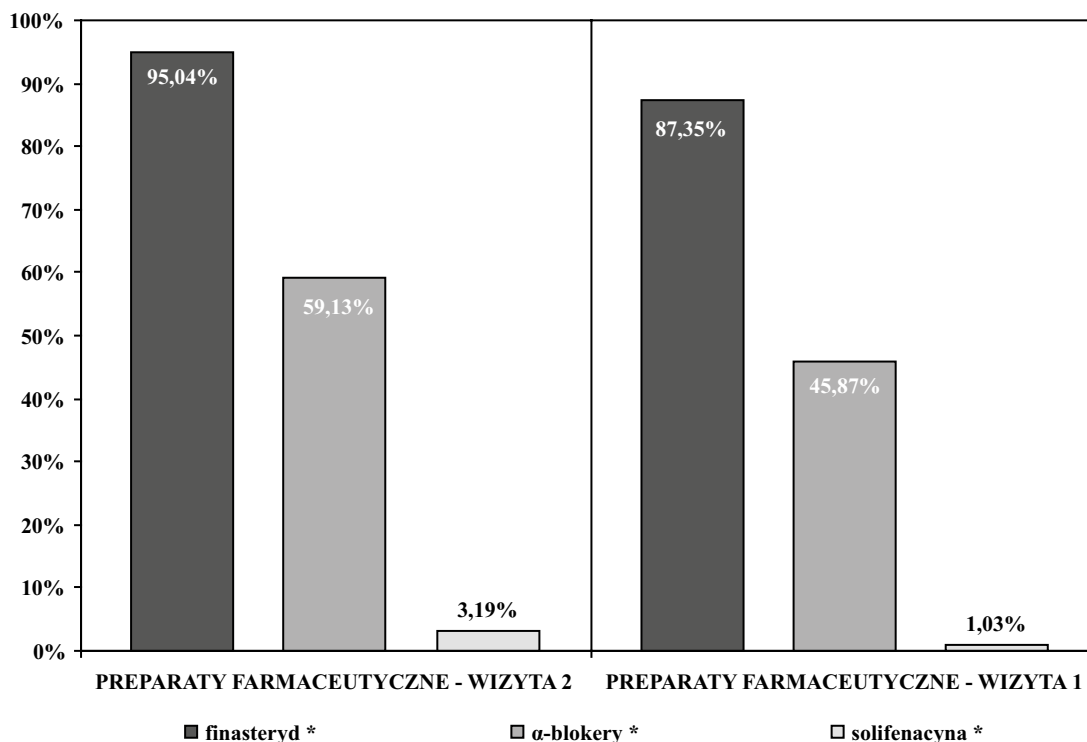
Wykres 5. Dolegliwości dysuryczne zgłaszane przez pacjentów podczas wizyty kontrolnej

wszystkich wymienionych powyżej leków.

Badanie MTOPOS oraz CombBAT potwierdziło, że połączenie zalet alfa-blokera - szybki początek działania, szybkie łagodzenie objawów z zaletami inhibitorów 5 alfa reduktazy - zmniejszenie objętości stercza, zahamowanie progresji choroby jest istotną

opcją terapeutyczną u mężczyzn z ŁRS. Farmakoterapia opóźnia lub wyklucza konieczność leczenia operacyjnego. Szczególne znaczenie terapia ta może mieć u chorych, którzy nie chcą, bądź nie mogą, być leczeni operacyjnie [1,6,9].

Celem badania epidemiologicznego było zgroma-



Wykres 6. Farmakoterapia zalecana podczas wizyty kontrolnej

dzenie i analiza danych empirycznych, pochodzących z obserwacji mężczyzn z rozpoznaniem łagodnym rozrostem stercza. Badanie realizowane w ciągu jednego roku w czterech odrębnych etapach. Dzięki temu możliwa stała się ocena stanu klinicznego pacjentów oraz ocena skuteczności i bezpieczeństwa zastosowanego leczenia farmakologicznego. Badani mężczyźni zgłaszali uciążliwe objawy dysuryczne: w tym najczęściej: częste oddawanie moczu (ponad 75% badanej próby), trudności w rozpoczęciu mikcji (ponad 63%) oraz osłabiony strumień moczu (ponad 52%). Po badaniu przedmiotowym, podmiotowym oraz zaleceniu wykonania dodatkowych badań diagnostycznych postawiono rozpoznanie wstępne i zalecono leczenie farmakologiczne z użyciem pojedynczych preparatów jak i terapii dwulekowej.

W toku analizy stwierdzono, że stopień powiększenia gruczołu krokowego skorelowany był z wiekiem badanych mężczyzn. Oznacza to, że im młodszy badani pacjenci, tym mniejszy stwierdzano rozmiar narządu w badaniu *per rectum*.

Podczas wizyty kontrolnej po zastosowaniu leczenia farmakologicznego, lekarze stwierdzili wyraźną poprawę stanu klinicznego pacjentów. Poprawie uległy

przede wszystkim takie objawy dysuryczne, jak: częste oddawanie moczu (dotyczy ponad 94% badanych), wykapywanie moczu po mikcji (dotyczy prawie 92%), trudności w rozpoczęciu mikcji (dotyczy powyżej 90%), mikcji nocnych (dotyczy prawie 89%), konieczność nagłego oddania moczu (ponad 85%) oraz całkowitego zatrzymania moczu u ponad 79% badanych. Oparta na badaniu przedmiotowym, podmiotowym i na wynikach badań dodatkowych diagnoza potwierdziła występowanie łagodnego rozrostu prostaty u ponad 96% mężczyzn.

Prawie wszyscy chorzy z zaburzeniami w oddawaniu moczu wymagają leczenia farmakologicznego, a niemal 25% mężczyzn powyżej 65 roku życia może wymagać leczenia zabiegowego. W Polsce leczeniu zabiegowemu z powodu łagodnego rozrostu stercza poddaje się rocznie ponad 10 tys. mężczyzn, a leczonych zachowawczo jest ponad 10 razy więcej [1]. W związku z poprawą stanu zdrowia badanych mężczyzn, farmakoterapię utrzymano u około 78% uczestników, a u pozostałych 22% zdecydowano o zmianie leku (różnica nieznamienna statystycznie). Podczas wizyty kontrolnej lekarze znacznie częściej decydowali się na leczenie skojarzone: preparat finaste-

rydu łącznie z lekiem α -blokującym u 55,40% wcześniej u 34,20%. Tym samym, wyraźnie rzadziej stosowali finasteryd, jak i α -bloker w monoterapii ($p < 0,001$). Wskazaniem do zastosowanego leczenia farmakologicznego w blisko 100% badanych przypadków był łagodny rozrost gruczołu krokowego oraz związane z nim dolegliwości ze strony dolnych dróg moczowych. Badacze brali pod uwagę wiek chorego, występowanie chorób towarzyszących oraz wynik badania *per rectum* (wielkość, spistość, tkiwość gruczołu krokowego). Wszyscy badacze potwierdzali wysoką skuteczność wdrożonej farmakoterapii oraz dobrą tolerancję, zwłaszcza po zastosowaniu terapii skojarzonej i dłuższym czasie jej stosowania. W ponad 85% wykazali istotną poprawę stanu klinicznego, polepszenie jakości życia oraz zmniejszenie lub nawet ustąpienie zgłaszanych uprzednio dolegliwości dysurycznych. Postawili kontynuować dotychczasowe leczenie farmakologiczne z uwagi na jego wysoką skuteczność, dobrą tolerancję

wśród pacjentów, brak działań niepożądanych oraz zauważalną poprawę komfortu życia chorych.

Na koniec można stwierdzić, że w leczeniu farmakologicznym łagodnego rozrostu stercza wszystkie w/w. leki mają swoje miejsce. Należy tylko wiedzieć, w jakim okresie choroby i u którego chorego można zastosować wybrany lek. Do tego potrzebna jest nie tylko wiedza, ale także ogromne doświadczenie lekarskie [1,7].

Adres do korespondencji:

Radosław Boniecki

I Klinika Urologii UM w Łodzi

90-549 Łódź, ul. Żeromskiego 113.

☎ (+48 42) 639 35 31

✉ rboniecki@op.pl

Konflikt interesów / Conflict of interest

Brak/None

Piśmiennictwo

1. Kwias Z. Łagodny rozrost stercza - podstawowe wiadomości dla lekarza rodzinnego. *Przew Lek* 2000, 9, 47-57.
2. Dutkiewicz A. Aktualne zasady postępowania i leczenia łagodnego rozrostu stercza. *Przew Lek* 2008;4:62-70.
3. Kozłowski R. Powikłania łagodnego rozrostu stercza. *Przegl Urol* 2003;4(2).
4. Kierstan A, Sosnowski M. Łagodny rozrost stercza - diagnostyka i leczenie. *Przew Lek* 2007; 5: 26-35.
5. Maranda R. Łagodny przerost prostaty. *Poradnik dla pacjentów i ich rodzin*. Tuszynek 2000.
6. Dadej R, Jędrzejczak-Dadej A. Farmakoterapia łagodnego rozrostu stercza - leki oryginalne a odwórcze. *Geriatra Pol* 2008;2:349-357.
7. Boniecki R. Ocena skuteczności leczenia łagodnego rozrostu stercza (ŁRS) z zastosowaniem finasterydu. *Geriatra Pol* 2010; 4: 43-50.
8. Wolski Z. Skojarzone leczenie farmakologiczne objawów z dolnego odcinka dróg moczowych u mężczyzn z łagodnym rozrostem gruczołu krokowego. *Przegl Urol* 2009;10(2).
9. Sosnowski M. Postępy w diagnostyce i terapii w urologii - farmakologiczne leczenie łagodnego rozrostu stercza. *Przew Lek* 2010; 2: 58-62.