

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ДОБРОКАЧЕСТВЕННАЯ ГИПЕРПАЗИЯ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

I. ВВОДНАЯ ЧАСТЬ

1. Полное название: Доброкачественная гиперплазия предстательной железы

2. Код протокола:

3. Код по МКБ-10:

N40 – Гиперплазия предстательной железы

4. Сокращения, используемые в протоколе:

БАК-биохимический анализ крови

ДГПЖ- Доброкачественная гиперплазия предстательной железы

ИВО- инфравезикальная обструкция.

ОАМ-общий анализ мочи

ПСА-простатоспецифический антиген

УЗИ-ультразвуковое исследование

5. Дата разработки протокола: 2013 год

6. Категория пациентов: мужчины в возрасте от 45 лет и более, с жалобами на затрудненное мочеиспускание, у которых по данным УЗИ имеется ДГПЖ

7. Пользователи протокола: врачи-урологи, врачи-андрологи, врачи-хирурги

II. МЕТОДЫ, ПОДХОДЫ И ПРОЦЕДУРЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

8. Определение:

Доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ) – доброкачественная опухоль развивающаяся в следствии гиперплазии преимущественно железистых (эпителиальных) и менее стромальных клеток простаты, на фоне нарушения рецепторного аппарата простаты, взаимодействующего с метаболитами тестостерона, что приводит к увеличению массы органа, а также ухудшению пассажа мочи из мочевого пузыря (инфравезикальная обструкция), за счет сдавления задней уретры (простата окружает мочеиспускательный канал). Процесс имеет хроническое течение,

вследствие чего наступает декомпенсация сократительной функции мочевого пузыря, увеличение остаточной мочи, формирование уретерогидронефроза, возникновение и прогрессирование воспалительных заболеваний почек, мочевого пузыря, почечной недостаточности. (Лопаткин Н.А.1998г.)

9. Клиническая классификация:

- 1 стадия – возникновение расстройства мочеиспускания при полном опорожнении мочевого пузыря,
- 2 стадия – значительное нарушение функции мочевого пузыря, появление остаточной мочи,
- 3 стадия – развитие полной декомпенсации функции мочевого пузыря, появление парадоксальной ишурии. (Лопаткин Н.А.1998г.)

10. Показания к госпитализации (плановой):

Затрудненное, учащенное мочеиспускание, ночная поллакиурия, остаточная моча, хроническая задержка мочи, невозможность самостоятельного мочеиспускания, с наличием цистостомы или уретрального катетера.

11. Перечень основных и дополнительных диагностических мероприятий:

11.1 Обследования необходимые до плановой госпитализации:

Наименование	Кратность (срок годности результата)
ОАК	1 (не более 10 дней)
ОАМ	1 (не более 10 дней)
БАК(общий белок, мочевины, креатинин, глюкоза, общий билирубин, прямой билирубин, АЛТ, АСТ)	1 (не более 10 дней)
ЭКГ с заключением	1 (не более 10 дней)
Бак.посев мочи	1 (не более 10 дней)
Коагулограмма	1 (не более 10 дней)
Микрореакция	1(не более 15 дней)
Группа крови и Резус фактор	1(с печатью и подписью)
Флюорография	1 (не более 10 дней)
Анализ на ВИЧ	1(не более 6 мес)
Маркеры гепатитов В и С	1(не более 6 мес)
Осмотр терапевта, ЛОР-врача, стоматолога	1 (не более 10 дней)
Консультация узких специалистов при наличии выраженных сопутствующих заболеваниях(кардиолог, эндокринолог, невролог и др)	1 (не более 10 дней)

Экскреторная урография с нисходящей цистографией	1 (не более 2 мес)
--	--------------------

11.2 Обследования необходимые в плановом стационаре:

Наименование услуги	Основные	Дополнительные
Общий анализ крови (6 параметров)	1(каждые 10 дней)	
Общий анализ мочи	1 (каждые 10 дней)	
БАК(с определением мочевины, глюкозы, общего и прямого билирубина, креатинина, АЛТ, АСТ)		1(каждые 10 дней)
Осмотр анестезиолога	1	
Гистологические исследования ткани	1	
ЭКГ		1
УЗИ мочевыделительной системы		1
Урография внутривенная с нисходящей цистографией		1
Компьютерная томография мочевыделительной системы		1
Определение уровня ПСА общего.	1	
Урофлоуметрия	1	
Консультация узких специалистов при наличии выраженных сопутствующих заболеваниях(кардиолог, эндокринолог, невролог и др)		1

12. Диагностические критерии:

12.1 Жалобы и анамнез: жалобы на затрудненное мочеиспускание, учащенное ночное мочеиспускание, чувство остаточной мочи в течении длительного времени, или острая задержка мочеиспускания, повлекшая катетеризацию или цистостомию.

12.2 Физикальные данные: ректально простата увеличена в размерах, аденоматозно изменена, плотноэластической консистенции, также при наличии большого объема остаточной мочи, при пальпации мочевого пузыря в надлобковой области пальпируется переполненный мочевой пузырь.

12.3 Лабораторные исследования:

- в ОАМ- возможна лейкоцитурия, бактериурия, гематурия

-при длительной ИВО в БАК возможны повышение мочевины и креатинина крови

12.4 Инструментальные данные:

- по данным УЗИ исследования: остаточная моча, эхографические признаки ДГПЖ
- по урофлоуметрии: нарушение уродинамики нижних мочевых путей
- на рентгеноцистографии: дефект наполнения по нижнему контуру мочевого пузыря

12.5 Показания для консультации специалистов: с учетом выраженности сопутствующих заболеваний:

- при коронарной патологии-кардиолог
- при сахарном диабете-эндокринолог
- при хронической почечной недостаточности-нефролог
- повышенном ПСА и гематурии-онколог и др.

12.6 Дифференциальная диагностика:

Признаки	Рак предстательной железы	ДГПЖ
Особенности анамнеза	Дизурия, терминальная макрогематурия. потеря веса, общее недомогание за счет паранеопластического процесса. Чаше односторонний лимфатический отек за счет лимфостаза.	Дизурия, никтурия остаточная моча, слабость недомогание за счет сопутствующего инфекционного процесса мочеполовой системы, возможны симметричные отеки за счет обострений хронического пиелонефрита.
Ректально простата	Несколько увеличена в размерах или обычных размеров деревянистой консистенции (особенно по периферии), контур неровный бугристый.	Простата плотноэластической консистенции, аденоматозно изменена, увеличена в размерах, контур ровный
Рентгенологические признаки	Односторонний уретерогидронефроз, за счет прорастания устья мочеточника, неровный контур дефекта	Возможен 2 сторонний уретерогидронефроз за счет сдавления устьев мочеточников

	наполнения на цистограмме	симптом «рыболовных крючков», ровный дефект наполнения по нижнему контуру на цистограмме
Компьютерная томография УЗИ	Признаки прорастания опухоли за пределы органа	Опухоль ровная аденоматозной структуры не выходит за пределы капсулы
Уровень простатоспецифического антигена	Повышен, резко повышен	Норма, небольшое повышение за счет аденомита или после ректального исследования
Биопсия простаты	Раковые клетки простаты	Клетки ДГПЖ

13. Цели лечения:

Устранение ДГПЖ как причины инфравезикальной обструкции, дренирование с целью разгрузки нижних мочевых путей. В течение госпитализации больного определяется объем необходимого дообследования с целью определения объема ДГПЖ и сопутствующей патологии, что предопределяет объем и вид оперативного вмешательства, а также меры предоперационной подготовки и особенностей послеоперационного ведения больных.

14. Тактика лечения:

14.1 Немедикаментозное лечение: режим стационарный, полупостельный, стол №15

14.2 Медикаментозное лечение при плановой госпитализации:

- **антибактериальная терапия** (цефалоспорины 3 поколения по 1г x 2р/д в/м, амикацин 0,5г x 2р/д в/м, метронидазол 100мл x1-2 р/д /в/в, ципрофлоксацин 100мл x 1-2р/д в/в, левофлоксацин 500мг x 1 р/д в/в)
- **гемостатическая терапия** (дицинон 2,0 x 2 р/д в/м, этамзилат 2,0 x 2 р/д в/м, трамин 10% 5 мл x1-2 р/д в/в)
- **общеукрепляющая терапия** (глюкоза 5% 250 мл x 1р/д в/в, вит С 10,0 x 1 р/д в/в, вит В1 1,0 x 1 р/д в/м, вит В6 1,0 x 1 р/д в/в)
- **метаболические препараты с иммуномодулирующим эффектом:** витапрост суппозитории 1 раз в сут. 10 дней
- **болеутоляющая терапия** (кетопрофен 2,0 x 2 р/д в/м, промедол 2% 1,0 x 1р/д в/м)
- **спазмолитическая терапия** (дротаверин 2,0 x 2 р/д в/м)
- **препараты улучшающие моторику кишечника** (метоклопрамид 2,0 x 2 р/д в/м)

14.3 Другие виды лечения: нет

14.4 Хирургическое лечение: Троярная цистостомия, чрезпузырная аденомэктомия, трансуретральная фотоселективная лазерная вапоризация ДГПЖ, трансуретральная плазменная вапоризация ДГПЖ, трансуретральная микроволновая термотерапия ДГПЖ, моно- и би-полярная трансуретральная резекция ДГПЖ, высокое сечение мочевого пузыря эпицистостомия (Золотой стандарт – Трансуретральная резекция ДГПЖ-, при аденоме простаты до 80 грамм)

14.5 Профилактические мероприятия:

- препараты ингибиторы альфа 5 редуктазы: дутастерид 500мкг x 1 р/д-3-6 мес, финастерид 500мкг x 1 р/д-3-6 мес, простамол-уно 320мг x 1 р/д-3мес
- альфа адрено- блокаторы: доксазозин по 1 таб x 1 р/д и его формы , тамсулозин 0,4мгпо 1 капсуле x 1 раз в день и его формы;
- метаболическая терапия: витапрост таблетки по 100мг x 2 раза/день 30 дней;
- наблюдение уролога, контроль ОАК, ОАМ ,УЗИ почек, мочевого пузыря, простаты, объем остаточной мочи- через 1 месяц, при необходимости проведение противовоспалительной терапии, с целью санации хронических очагов инфекции мочевой системы.

14.6 Дальнейшее ведение:

- в течении 1 месяца после операции: не принимать антикоагулянты, антиагреганты
- ограничение физических нагрузок
- контроль АД (не выше 140/90 мм рт.ст.)
- не принимать горячие водные процедуры
- проводить профилактику обстипации кишечника (при дефекации не натуживаться).

15. Индикаторы эффективности лечения и безопасности методов диагностики и лечения, описанных в протоколе:

- уменьшение или отсутствие объема остаточной мочи, свободное мочеиспускание, светлая моча
- при аденомэктомии- заживление раны первичным натяжением, состоятельность швов, сухая и чистая послеоперационная рана
- в лабораторных анализах отсутствие высокого лейкоцитоза, допускается лейкоцитурия, умеренные снижение уровней гемоглобина и эритроцитов.

III. ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ВНЕДРЕНИЯ ПРОТОКОЛА

16. Список разработчиков протокола:

Директор НЦ урологии д.м.н. Алчинбаев М.К.

17. Указание на отсутствие конфликта интересов: отсутствует.

18.Рецензенты: д.м.н., Хайрли Г.З.

19.Указание условий пересмотра протокола: Пересмотр протокола через 5 лет после его вступления в действие и/или при появлении новых методов диагностики/лечения с более высоким уровнем доказательности.

20. Список использованной литературы:

- 1.Лопаткин Н.А. Доброкачественная гиперплазия предстательной железы. – М., 1998.
- 2.Гориловский Л.М. Заболевания предстательной железы в пожилом возрасте. – М., 1999.
- 3.Трапезникова М.Ф. Классификация методов лечения доброкачественной гиперплазии предстательной железы - М., 1997.