

Ведение больных с доброкачественной гиперплазией предстательной железы (краткая версия)

Основой для создания данной версии служит полная версия клинического руководства: «2010 Update: Guidelines for the management of benign prostatic hyperplasia»

Список разработчиков полной версии руководства: Этот документ был подготовлен и разработан J. Curtis Nickel, MD, FRCSC; Carlos E. Méndez-Probst, MDH;† Thomas F. Whelan, MD, FRCSC; ‡Ryan F. Paterson, MD, FRCSC; Hassan Razvi, MD, FRCSC;† и Канадским советом по здоровью предстательной железы и Комитетом по руководствам Канадской урологической ассоциации‡; Can Urol Assoc J 2010;4(5):310-316

Цель клинического руководства:	предоставить рекомендации для врачей при диагностике, лечении и ведении пациентов с доброкачественной гиперплазией предстательной железы
Список Рабочей группы по адаптации руководства:	Тургунов Е.М. - заведующий кафедрой хирургических болезней № 2, Карагандинский государственный медицинский институт; Оспанов О.Б.- заведующий кафедрой лапароскопической и инновационной хирургии ФНПР и ДО, Медицинский университет Астана; Досмаилов Б.С. - заведующий отделением травмы конечностей, Научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии; Такабаев А.К.- доцент кафедры хирургических болезней № 2, Медицинский Университет Астана; Булгакова А.А.- директор филиала, Казахский ордена «Знак почета» научно-исследовательский институт глазных болезней; Конкаев А.К.- заведующий отделением анестезиологии и реанимации, Научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии; Джандаев С.Ж.- заведующий кафедрой оториноларингологии ФНПР и ДО, Медицинский университет Астана; Чингисова Ж.К.- заместитель директора, Казахский научно-исследовательский институт онкологии и радиологии; Семенова Ю.М. - руководитель центра доказательной медицины, Государственный медицинский университет г. Семей; Рустемова К.Р.- заместитель руководителя, Центр стандартизации Республиканский центр развития здравоохранения МЗ РК; Исаханова Т.А.- методолог по разработке клинических руководств и протоколов, Центр стандартизации Республиканский центр развития здравоохранения МЗ РК.
Рецензенты клинического руководства	1.Алчинбаев М.К.- генеральный директор Научного центра урологии им. Б.У. Джарбусынова, д.м.н., профессор 2.Хайрли Г.З. – д.м.н., профессор, Медицинский

	университет Астана	
Клиническое руководство было утверждено на заседании Экспертного Совета МЗ РК (протокол № 11 от «06» июля 2012 года)		
Дата пересмотра руководства: при появлении новых доказанных данных по ведению больных с доброкачественной гиперплазией предстательной железы, но не реже чем 1 раз в 4 года		
Пользователи руководства:	урологи, врачи хирургического профиля на всех уровнях оказания медицинской помощи	
Категория пациентов:	мужчины старше 50 лет, с симптомами со стороны нижних мочевыводящих путей (СНМП), которые обусловлены доброкачественной обструкцией предстательной железы (ДОП)	
Ключевые слова:	гиперплазия предстательной железы, диагностика, лечение	
Уровни доказательности		
Уровень доказательности	Описание	
1	Мета-анализ рандомизированных контролируемых исследований (РКИ) или качественных РКИ	
2	Низкое качество РКИ или мета-анализ качественных проспективных когортных исследований	
3	Качественные ретроспективные исследования случай-контроль или серии случаев	
4	Экспертное заключение на основе клинического опыта или описательные исследования отдельных лиц	
Степень рекомендаций		
A	Обычно соответствует первому уровню доказательств	
B	Соответствует 2 или 3 уровню доказательств или большинству доказательств из РКИ	
C	Соответствует 4 уровню доказательств, большинству доказательств с уровня 2 или 3, мнению экспертов	
D	Нет рекомендаций из-за недостаточных или противоречивых данных	
Рекомендации		
Диагностика		
1.формальный набор симптомов (например, международная система суммарной оценки симптомов болезней простаты в баллах IPSS или шкала симптомов нарушенного мочеиспускания Американской урологической ассоциации) рекомендованы для объективной оценки симптомов при первичном осмотре, для оценки прогрессирования симптомов при выжидательной тактике, а также для оценки реакции на лечение.	Уровень доказательств 2	Степень рекомендаций C
Исследование на простатспецифический антиген (ПСА) необходимо предлагать пациентам-мужчинам старше 50 лет, за исключением больных старше 75 лет с установленным диагнозом рака предстательной железы. Среди пациентов без рака предстательной железы, исследование сывороточного ПСА может быть полезным суррогатным маркером размера предстательной железы и может также прогнозировать риск прогрессирования доброкачественной гиперплазии предстательной железы (ДГПЖ).		
Алгоритм диагностики.		
СНМП = симптомы со стороны нижних мочевыводящих путей; ФО = физикальный осмотр; И/М		

= исследование мочи; ПСА = простатспецифический антиген; ООМ = объем остаточной мочи, ПРО = пальцевое ректальное обследование, УЗИ/ТРУЗИ=ультразвуковое исследование/трансректальное ультразвуковое исследование

МУЖЧИНА С СНМП



ОБЯЗАТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА

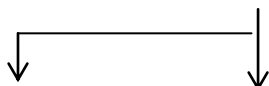
Анамнез
ФО, включающее ПРО
И/М (общий анализ и микроскопия, посев и определение чувствительности)



РЕКОМЕНДУЕМОЕ

Набор симптомов
ПСА (отдельные случаи)
При повышении ПСА - биопсия

ПОКАЗАНИЯ НА ОПЕРАЦИЮ



Слабо выраженные
симптомы
Отсутствие
беспокойства

Умеренные/сильные симптомы



Другие диагностические тесты при
необходимости
(цистоскопия, уродинамика, УЗИ/ТРУЗИ)

НЕОБЯЗАТЕЛЬНОЕ

Креатинин
Цитология мочи
Суточный мониторинг мочеиспускания, проводимый самим пациентом
(количество, кратность, цвет, наличие боли)
Скорость тока мочи
ООМ
Анкета по половой функции

Принципы лечения

Пациентам со слабо выраженными симптомами (например, IPSS<7) необходимо рекомендовать модификацию образа жизни и выжидательную тактику. Пациентам со слабо выраженными симптомами и сильным беспокойством необходимо пройти дальнейшее обследование.

Варианты лечения для пациентов с умеренно тяжелыми (например, IPSS 8 – 18) и тяжелыми (например, IPSS 19 – 35) симптомами ДГПЖ включают: выжидательную тактику/изменение образа жизни, а также лекарственные, минимально инвазивные методы лечения или хирургическое лечение.

Изменение образа жизни в сочетании с выжидательной тактикой могут включать:

- Ограничение жидкости, в частности перед сном
- Отказ от кофеинсодержащих напитков, острой пищи
- Отказ/мониторинг приема некоторых лекарственных средств (например, диуретиков, противоотечных средств, антигистаминных средств, антидепрессантов)
- Установленное по времени или организованное мочеиспускание (переобучение мочевого пузыря)
- Упражнения на укрепление тазовой диафрагмы
- Предотвращение или лечение запора

Лекарственная терапия

2. Альфа-блокаторы (алфузозин, доксазозин, тамсулозин и теразозин) – распространенные препараты первого выбора для мужчин с симптомами беспокойства, которые желают пройти лечение.	Уровень доказательств 1	Степень рекомендаций А
3. Ингибиторы 5-альфа-редуктазы (дутастерид и финастерид) – соответствующие и эффективные варианты лечения пациентов с СНМП, обусловленными очевидной гипертрофией предстательной железы. Наряду с нормализацией симптомов, может быть изменено естественное течение ДГПЖ посредством снижения риска острой задержки мочи (ОЗМ) и необходимости в хирургическом вмешательстве.	Уровень доказательств 1	Степень рекомендаций А
4. Сочетанное применение блокатора альфа-адренергического рецептора и ингибитора 5-альфа-редуктазы в течение 6-9 месяцев – соответствующая и эффективная стратегия лечения пациентов с СНМП, обусловленными гипертрофией предстательной железы, которая в значительной степени приводит к улучшению по шкале симптомов и восстановлению максимальной скорости тока мочи в сравнение с одним из вариантов монотерапии.	Уровень доказательств 1	Степень рекомендаций А
5. Для отдельных пациентов с обструкцией выходного отверстия мочевого пузыря вследствие ДГПЖ и с сопутствующей гиперактивностью детрузора, может быть полезным сочетание антагонистов альфа-рецепторов с антихолинергическим средством. Но рекомендуется соблюдать осторожность при рассмотрении возможности применения данных препаратов для мужчин с повышенным объемом остаточной мочи, или с эпизодами спонтанной задержки мочи в анамнезе.	Уровень доказательств 1	Степень рекомендаций А
6. Некоторые растительные экстракты, такие как Карликовая пальма (экстракт ягод пальмы сереноа) и кора африканской сливы (африканская слива), показали некоторую эффективность.	Уровень доказательств 3	Степень рекомендаций В
<u>Оперативное вмешательство</u>		
- <u>Трансуретральная резекция (ТУР) предстательной железы</u> Абсолютные показания для рекомендации ТУР включают: задержку мочи (хроническую) и почечную недостаточность (вследствие ДОП). Относительные показания для рекомендации ТУР включают: отсутствие эффекта медикаментозной терапии, рецидивирующий цистит, камни в мочевом пузыре и постоянное простатическое кровотечение. - <u>Открытая простатэктомия</u> остается показанной для мужчин, у которых предстательная железа, по мнению лечащего уролога, слишком велика для ТУР из-за опасений по поводу неполной резекции, значительного кровотечения или риска дилуционной гипонатриемии (синдром ТУР).		
7. Монополярная трансуретральная резекция (ТУР) предстательной железы остается золотым стандартом лечения пациентов с умеренным и тяжелым СНМП, которые требуют активного ведения или не отвечают на лекарственную терапию либо отказываются от нее.	Уровень доказательств 2	Степень рекомендаций В
8. Биполярная ТУР становится эквивалентной альтернативой монополярному методу. Биполярная резекция связана со	Уровень доказательств	Степень рекомендаций

снижением риска дилуционной гипонатриемии (синдром ТУР), улучшениями в интраоперационной видимости и может привести к сокращению времени катетеризации.	2	В
9. Гольмиевый лазер для энуклеации аденомы (ГоЛЭА) можно эффективно использовать при больших железах и у пациентов, принимающих антикоагулянты. Имеются сведения о сокращении сроков госпитализации, частоты кровотечения и длительности катетеризации. Сравнение ГоЛЭА с ТУР и с открытой простатэктомией продемонстрировали благоприятные результаты, особенно среди мужчин с более крупной предстательной железой.	Уровень доказательств 1-2	Степень рекомендаций В
10.«Зеленый лазер» или фотоселективная вапоризационная простатэктомия (ФВП) является подходящим вариантом лечения для большинства мужчин, рассматривающих возможность хирургических альтернатив, в частности, для тех кто, принимает антикоагулянты.	Уровень доказательств 2	Степень рекомендаций В

Варианты терапии, доступные пациенту с беспокоящими СНМП, разделенные по тяжести симптомов и размеру предстательной железы

СНМП = симптомы со стороны нижних мочевых путей.

МУЖЧИНЫ С СНМП



Особые ситуации

11. Использование альфа-блокаторов у пациентов с ОЗМ (особенно, тамсулозина и алфузолина) в течение периода катетеризации увеличивает шансы успешного мочеиспускания после снятия катетера и может уменьшить риск оперативного лечения предстательной железы в будущем.	Уровень доказательств 1	Степень рекомендаций А
12. У мужчин с гематурией на фоне ДГПЖ является целесообразным использование 5-альфа-редуктазы. Если кровотечение продолжается - рекомендуется ТУР.	Уровень доказательств 3	Степень рекомендаций В

13. Пациентам с ДГПЖ с повышенным уровнем сывороточного ПСА и отрицательной биопсией предстательной железы можно рекомендовать использование финастерида - селективного ингибитора 5-альфа-редуктазы второго типа или дутастерида - двойного ингибитора 5-альфа-редуктазы первого и второго типа для уменьшения риска развития рака предстательной железы.	Уровень доказательств 1	Степень рекомендаций А
Индикаторы мониторинга/ аудита	Ссылки на определенные рекомендации	
1. % пациентов с умеренным и тяжелым СНМП, требующих активного ведения или не отвечающих на лекарственную терапию или отказывающихся от нее, которым была проведена монополярная трансуретральная резекция (ТУР) предстательной железы <i>Формула:</i> (пациенты с умеренным и тяжелым СНМП, требующие активного ведения или не отвечающие на лекарственную терапию или отказывающиеся от нее, которым была проведена монополярная трансуретральная резекция (ТУР) предстательной железы)/ (все пациенты с умеренным и тяжелым СНМП, требующие активного ведения или не отвечающие на лекарственную терапию или отказывающиеся от нее) X 100 % <i>Источник данных:</i> амбулаторная карта, история болезни <i>Частота определения:</i> раз в полгода Показатель должен стремиться к 100 %	Рекомендация 7	
2. % пациентов с ОЗМ на фоне ДГПЖ, которым была назначена терапия альфа-блокаторами в течение периода катетеризации <i>Формула:</i> (пациенты с ОЗМ на фоне ДГПЖ, которым была назначена терапия альфа-блокаторами в течение периода катетеризации)/ (все пациенты с ОЗМ на фоне ДГПЖ в периоде катетеризации)X 100 % <i>Источник данных:</i> история болезни <i>Частота определения:</i> раз в полгода Показатель должен стремиться к 100 %	Рекомендация 11	
3. % пациентов с ДГПЖ с повышенным уровнем сывороточного ПСА и отрицательной биопсией предстательной железы, которым назначено использование селективных или двойных ингибиторов 5-альфа-редуктазы второго типа <i>Формула:</i> (пациенты с ДГПЖ с повышенным уровнем сывороточного ПСА и отрицательной биопсией предстательной железы, которым назначены селективные или двойные ингибиторы 5-альфа-	Рекомендация 13	

редуктазы второго типа для уменьшения риска развития рака предстательной железы)/ (все пациенты ДГПЖ с повышенным уровнем сывороточного ПСА и отрицательной биопсией предстательной железы)

Источник данных: амбулаторная карта. история болезни

Частота определения: раз в полгода

Показатель должен стремиться к 100 %

Методология написания клинического руководства

В данном документе предпринимается попытка резюмировать современные знания, касающиеся ДГПЖ и выделить важную диагностическую и терапевтическую информацию. Информация, включенная в данный документ, была извлечена посредством осуществленного поиска литературы на английском языке в MEDLINE. Рекомендации по ведению основаны на литературе, опубликованной в промежутке между 2000 и 2009 годами.

При помощи консультантов канадской консалтинговой компании CSIH был произведен поиск соответствующего клинического руководства в международных медицинских базах данных. При выборе нескольких клинических руководств консультантам проведена экспертиза и оценка их при помощи инструмента AGREE. На основании результатов оценки было рекомендовано данное клиническое руководство для адаптации рабочей группой в Казахстане. В процессе проведения адаптации были просмотрены все рекомендации клинического руководства и принято решение о возможности сохранения, модификации или отклонения рекомендаций для соответствия потребностям и контексту внедрения в Казахстане.

Ссылки

www.rcrz.kz

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2950766/>