

РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ
Министерство здравоохранения Забайкальского края

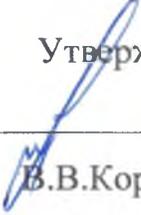
Государственное учреждение здравоохранения
КРАЕВАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА

672038, г.Чита, ул. Коханского, д. 7

тел. (302-2) 72 02 71, 28 20 95

E-mail: priem@kkb.chita.ru

от 26 октября 2023 г. № 905 -о

Утверждаю
Главный врач _____

В.В.Коренев

Информационное письмо

Алгоритм диагностики и лечения пациентов с
ДГПЖ

Н.Б.Тюменцев, заведующий отделением урологии, Р.Е.Минашкин, врач-уролог

Алгоритм диагностики и лечения пациентов с ДГПЖ:

Доброкачественная гиперплазия предстательной железы — разрастание железистой ткани и стромы переходной зоны простаты, приводящее к увеличению органа.

Классификация ДГПЖ:

- I стадии заболевания у пациентов возникают расстройства мочеиспускания при полном опорожнении мочевого пузыря;
- II стадии значительно нарушается функция мочевого пузыря и появляется остаточная моча;
- III стадии наступают полная декомпенсация функции мочевого пузыря и парадоксальная ишурия, развиваются осложнения со стороны почек и верхних мочевых путей.

Симптомы фазы накопления ранее называли ирритативными. Они возникают в фазе накопления (хранения) мочи. К ним относят: - частое мочеиспускание малыми порциями - ночная поллакиурия - императивность позывов (ургентность), чувство неполного опорожнения мочевого пузыря - неудержание мочи.

Симптомы фазы опорожнения связаны с актом мочеиспускания. Ранее их обозначали как обструктивные. Это затрудненное и/или прерывистое мочеиспускание, слабая струя мочи, необходимость натуживаться при мочеиспускании, отделение мочи по каплям и парадоксальная ишурия

Критерии установления диагноза ДГПЖ:

Основные критерии установления диагноза ДГПЖ:

- патоморфологический - гистологическое подтверждение наличия ДГПЖ;
- клинический - доброкачественное увеличение объема предстательной железы более 25 см³.

Дополнительные клинические критерии:

- наличие СНМП (разной степени выраженности);
- наличие ИВО (разной степени выраженности);

- возраст старше 40 лет.

Диагностика:

1. УЗИ мочевого пузыря с определением объема остаточной мочи
2. ТРУЗИ предстательной железы
3. анализ крови на ПСА
4. Урофлоуметрия
5. шкала IPSS

Лечение:

- 1) динамическое наблюдение (ТРУЗИ/анализ крови на ПСА 1 раз в год).
- 2) альфа-адреноблокаторы (Омник, Альфузозин, Доксазозин) Рекомендуется назначать альфа1-адреноблокаторы (тамсулозин, алфузозин, силодозин, теразозин, доксазозин) как препараты «первой линии» у пациентов с умеренными или тяжелыми симптомами нижних мочевыводящих путей для снижения выраженности клинических проявлений и улучшения качества жизни. Тамсулозин в дозе 0,4 мг/сут. Препараты на основе тамсулозина обладают благоприятным профилем безопасности и удобством приема (не требуют подбора дозы, принимаются 1 раз в сутки). Алфузозин назначается в дозе 10 мг/сут и также обладает высоким уровнем безопасности. Силодозин применяется
- 3) ингибиторы 5-а-редуктазы (Финастерид, Дутастерид) пациентам с умеренными и тяжелыми СНМП и увеличенным объемом простаты (>40 см³) или повышенным значением ПСА (>1,4–1,6 нг/мл) для уменьшения объема предстательной железы и снижения риска оперативного вмешательства. Финастерид назначается в дозе 5 мг/сут Дутастерид — в дозе 0,5 мг/сут
- 4) ингибиторы ФДЭ5 (Тадалафил) Рекомендуется назначать ингибитор фосфодиэстеразы 5-го типа (иФДЭ5) тадалафил в дозировке 5 мг/сут, имеющий зарегистрированные показания, пациентам с умеренными и средневыраженными СНМП фаз опорожнения и накопления как при наличии, так и в отсутствии нарушения эректильной функции для уменьшения выраженности симптомов и улучшения качества жизни.
- 5) Агонисты бета-3-адренорецепторов (Мирабегрон) Рекомендуется назначать Мирабегрон в соответствии с инструкцией к препарату пациентам с умеренными и тяжелыми симптомами нижних мочевыводящих путей с сопутствующим ГАМП, проявляющим себя преобладанием симптомов накопления для купирования симптомов и улучшения качества жизни пациентов.

б) М-холиноблокаторы (Солифенацин/Везикар) Рекомендуется назначать препараты для лечения частого мочеиспускания и недержания мочи, спазмолитические средства (М-холиноблокаторы) (солифенацин, толтеродин и фезотеродин пациентам с умеренными и тяжелыми симптомами нижних мочевыводящих путей с сопутствующим ГАМП, проявляющим себя преобладанием симптомов накопления для уменьшения выраженности клинических проявлений и улучшения качества жизни

Показания к оперативному лечению ДГПЖ:

- рецидивирующая задержка мочеиспускания;
- выраженная инфравезикальная обструкция;
- камни мочевого пузыря;
- интермиттирующая макрогематурия;
- гидронефроз, обусловленный ДГПЖ, с или без ХБП;
- большое количество остаточной мочи (хроническая задержка мочеиспускания);
- неэффективность предшествующей медикаментозной терапии.

Оперативные вмешательства: Эпицистостомия, ТУР предстательной железы, позадилоная/чрезпузырная аденомэктомия, лазерная энуклеация предстательной железы.