

Шифр по МКБ-10
N40 ДГПЖ.

Доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ)

**Лектор: доцент кафедры урологии КГМИП и ПК
Абдыкалыков М.Б**



Цель обучения

- Предоставить рекомендации для врачей при диагностике, лечении и ведении пациентов с ДГПЖ.
- Для назначения эффективных вмешательств, избегание необоснованных вмешательств, снижение числа врачебных ошибок, повышение качества медицинской помощи.

[5]

Ожидаемые результаты.

- Улучшение качества оказания медицинской помощи больным с ДГПЖ,
- рациональное назначение лекарственных средств, соблюдение принципов антибиотикотерапии,
- снижение числа врачебных ошибок, полипрагмазии,
- избегание необоснованных вмешательств, необоснованной госпитализации,
- осложнений ДГПЖ

[6]

Клиника

-
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-

[7]

Диагностика

- Жалобы, анамнез, данные физикального, лабораторного и инструментальных методов обследования .
- Жалобы больных с подозрением на ДГПЖ выявляют и анализируют с помощью Международного индекса простатических симптомов (IPSS), который обладает высокой специфичностью (79%) и чувствительностью (83%).

[8]

Международный индекс простатических симптомов (IPSS)

- Международный индекс простатических симптомов состоит из 8 вопросов, включающих семь вопросов по симптомам и один вопрос по качеству жизни.
- Семь вопросов по симптомам (относящихся к последнему месяцу) позволяют оценить ощущение неполного опорожнения мочевого пузыря, слабую струю мочи, прерывистость мочеиспускания, натуживание, а также учащенное мочеиспускание, urgenность и никтурию (накопительные симптомы).
- Варианты ответа могут быть от «никогда» (0 баллов) «до почти всегда» (5 баллов) с максимальным показателем 35 баллов. Показатель шкалы IPSS рассчитывается на основании симптомов и градируется по степени нарушений как бессимптомные (0 баллов), легкой степени (1-7 баллов), умеренной степени (8-19 баллов) и тяжелой степени (20-35 баллов).

[9]

Дневник мочеиспусканий

- Составление дневника мочеиспусканий является простым и вместе с тем информативным методом оценки характера и выраженности СНМ⁷. Одним из ключевых вопросов, на который дает ответ дневник мочеиспусканий, является «эффективный объем мочеиспускания» – объем мочи, выделяемый пациентом при микции.
- Дневник мочеиспусканий заполняется в течение 72 ч и содержит данные относительно времени и объема мочеиспусканий, а также времени и объема выпитой жидкости, времени отхода ко сну и пробуждения, использования урологических прокладок, наличия императивных позывов к мочеиспусканию и эпизодов недержания мочи, что позволяет рассчитать суточный и ночной диурез, а также объективно оценить клиническую картину.

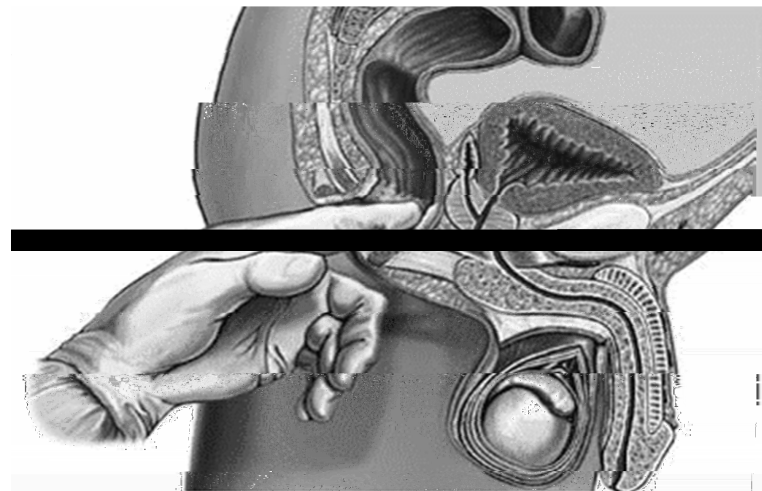
[10]

Физикальное обследование

- Пальцевое ректальное исследование (ПРИ) предстательной железы предназначено для определения ее размеров, признаков рака предстательной железы (РПЖ), признаков воспаления, тонуса сфинктера прямой кишки (например, для исключения неврологических заболеваний).

[11]

Пальцевое ректальное исследование



[12]

Обязательные лабораторные исследования.

- Общий анализ мочи.
- Простат специфический антиген (ПСА)
- Общий анализ крови.
- Посев мочи на микрофлору с определением степени бактериурии и чувствительности к антибиотикам.
- Концентрация креатинина, мочевины, остаточного азота в сыворотке крови.

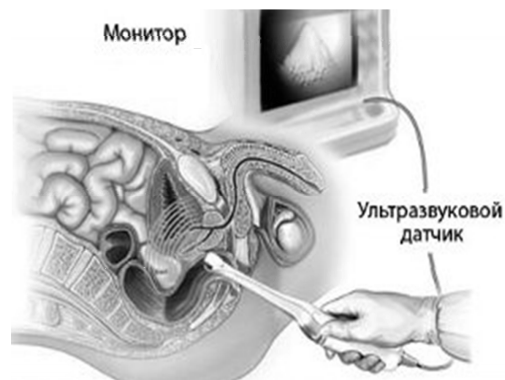
[13]

Инструментальные исследования Обязательные инструментальные исследования:

- ТРУЗИ простаты с определением объема простаты (см³).
- УЗИ верхних и нижних мочевыводящих путей с определением объема остаточной мочи.
- Обзорная и экскреторная урография с нисходящей цистографией (по показаниям)

[14]

ТРУЗИ простаты



[15]

Инструментальные исследования по показаниям:

- Уретроцистоскопия при подозрении на патологию мочевого пузыря или уретры, или перед выполнением малоинвазивного хирургического лечения.
- Биопсия для исключения рака предстательной железы
- МРТ в отдельных случаях для исключения рака мочевого пузыря и РПЖ

[16]

Дифференциальная диагностика

- Фимоз
- Меатостеноз
- Стриктура уретры
- Рак предстательной железы
- Камень мочевого пузыря
- Уретриты
- Острый простатит
- Хронический простатит
- Нейрогенный мочевой пузырь
- Склероз шейки мочевого пузыря (Болезнь Мариона)
- Рак мочевого пузыря
- Склероз простаты

[17]

Лечебные варианты в зависимости от Международного индекса простатических симптомов

- Слабо выраженная симптоматика
- (IPSS 1-7 баллов)
- Динамическое наблюдение

[18]

Международного индекса простатических симптомов

- Умеренная симптоматика (IPSS 8-19 баллов)
- Динамическое
- наблюдение *или*
- Терапия альфа блокаторами
- *или*
- Комбинированная терапия с ингибиторами 5 альфа редуктазой.

[19]

Варианты терапии в зависимости от международного индекса простатических симптомов

- Выраженная симптоматика (IPSS 20-35 баллов)
- Терапия альфа блокаторами
- *или*
- Комбинированная терапия с ингибиторами 5 альфа редуктазой.
- *или*
- Хирургические варианты.

[20]

Динамическое наблюдение

- Динамическое наблюдение обычно включает следующие компоненты.
- Обучение (по заболеванию).
- Убеждение пациента в том, что расстройство мочеиспускания не связано с раком простаты.
- Периодический мониторинг (заполнение IPSS, УЗИ с определением объема остаточной мочи).
- Рекомендации по образу жизни:
- Уменьшить прием жидкости на ночь или перед выходом из дома, ограничить прием кофе или алкоголя, опорожнение в сидячем положении, избегать приема диуретиков и т.д.

[21]

Лекарственная терапия

- (алфузозин, доксазозин, тамсулозин и теразозин) – препараты первого ряда для мужчин с умеренными и выраженными симптомами, которые желают пройти лечение
- (дутастерид и финастерид) – эффективный вариант лечения пациентов с СНМ обусловленными явной 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

[22]

лечение

- течение 6-9 месяцев – эффективная стратегия лечения пациентов с СНМ, обусловленными гипертрофией предстательной железы, которая в значительной степени приводит к улучшению симптомов и восстановлению максимальной скорости тока мочи по сравнению с одним из вариантов монотерапии.

в

[23]

Альфа-адреноблокаторы.

- Тамсулозин: назначается в дозе 0,4 мг 1 раз в сутки утром после еды. В случае слабого эффекта доза может быть увеличена до 0,8 мг.
- или
- Доксазозин: требует титрования дозы, терапия начинается с 1 мг внутрь перед сном, с постепенным повышением дозы до 2-4 мг в течении 1-2 недель. Поддерживающая доза 2-4 мг/сут, максимальная 8 мг/сут.

[24]

Ингибиторы 5-альфа-редуктазы

- Финастерид: назначается по 5 мг (1 таблетка) внутрь по 1 раз в сутки не разжевывая. Лечение обычно длительное (до 6 месяцев), его сроки определяются индивидуально.
или
- Дутастерид: рекомендуемая доза при приеме внутрь составляет 500 мкг 1 раз в сутки, следует продолжать не менее 6 месяцев.

[25]

Антихолинергические препараты

- Солифенацин принимается внутрь (независимо от приема пищи, запивая достаточным количеством жидкости) 1 раз в сутки по 5 мг; возможно увеличение дозы, при необходимости, до 10 мг 1 раз в сутки.
- или
- Оксибутинин 5 мг 2-3 раза в день. Максимальная суточная доза 20 г. Пожилым пациентам — 2,5 мг 2 раза в сутки, если есть необходимость — 5 мг дважды.

[26]

Ингибиторы фосфодиэстеразы 5 типа

- Могут назначаться в режиме монотерапии и в комбинации с α -адреноблокаторами.
- Тадалафил 5 мг 1 раз в сутки перед сном, в течении нескольких месяцев.
- или
- Силденафил 25-100 мг 1 раз в сутки

[27]

ОПЕРАТИВНОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО

- Трансуретральная резекция (ТУР) предстательной железы.
- Открытая простатэктомия.
- Гольмиевый лазер для энуклеации аденомы (ГолЭА).
- «Зеленый лазер» или фотоселективная вапоризационная простатэктомия (ФВП).
- Трансуретральная инцизия предстательной железы
- Трансуретральная игольчатая абляция предстательной железы
- Лазерная вапоризация,
- Электровапоризация,
- Ультразвуковая абляция,
- Радиочастотная абляция,

[28]

ТУР- простаты

