

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

(Последняя версия, март 2005)

М. Ёльке (председатель), Г. Аливицатос, М. Эмбертон, С. Гравас, С. Мадерсбахер, М. Мичел, Дж. Нордлинг, К. Риоа Санц, Дж. де ля Розетта

Основные данные

Доброкачественная гиперплазия простаты (ДГП) является одним из самых распространенных доброкачественных заболеваний среди мужчин, которые могут привести к доброкачественному увеличению предстательной железы (ДУП), доброкачественной простатической обструкции (ДПО) и/или симптомам нижних мочевых путей (СНМП). Доставляющие беспокойство СНМП случаются примерно у 30% мужчин старше 65 лет.

Этиологию этого заболевания определяет множество факторов: возраст, ПСА и объём простаты являются истинными факторами, связанными с развитием заболевания. Учитывая эти специфические факторы риска, можно выявить группу пациентов с повышенным риском прогрессии, которым следовало бы начать лечение на ранней стадии. Необходимость прибегать к хирургическому вмешательству для лечения ДГП возрастает с возрастом и зависит от степени начальных клинических симптомов. Ноктурия и изменение потока мочи являются наиболее предсказательными симптомами.

Оценка мужчин с ДГП

Данные рекомендации могут использоваться лишь при диагностике мужчин старше 50 лет и без особого риска СНМП иной (не ДГП) этиологии. Мужчинам с сопутствующими неврологическими заболеваниями, более молодого возраста, с предшествующим заболеванием нижних мочевых путей или перенесенной операцией требуются диагностические процедуры более расширенного

характера. Точный и ранний диагноз ДГП приводит к лучшему исходу лечения и влияет на выбор метода лечения. Диагностические исследования подразделяются на три категории (Таблица 1):

1. Рекомендуемые: Применение этих исследований подкреплено фактами и поэтому их следует проводить во всех случаях с ДГП.

- История болезни: для выявления других (не ДГП) причин СНМП.
- Оценка симптоматики: помогает определиться с выбором лечения и контролировать ответную на него реакцию. Рекомендуется применять анкету шкалы симптомов IPSS вследствие её широкого распространения и использования.
- Физикальное обследование: Пальцевое ректальное исследование (ПРИ) и базовое неврологическое исследование – минимум необходимых процедур. ПРИ может помочь в определении размеров простаты и выявить другие поражения предстательной железы.
- Простато-специфический антиген (ПСА): помимо диагностики рака простаты ПСА (в качестве параметра, коррелирующего с объемом простаты) можно использовать для оценки риска острой задержки мочи и необходимости оперативного вмешательства.
- Определение концентрации креатинина: ДГП может вызвать расширение верхних мочевых путей и почечную недостаточность хотя в прошлом риск этой связи был переоценен. Минимальное требование при оценке состояния верхних мочевых путей – определение концентрации креатинина или, в качестве альтернативы, УЗИ почек.
- Общий анализ мочи: для исключения других причин СНМП (например, инфекции мочевых путей или рака мочевого пузыря).
- Урофлоуметрия: может выявить нарушения мочеиспускания. Для получения показательных результатов

по объемной скорости потока мочи рекомендуется проведение двух и более регистраций изменений показателей при объеме мочеиспускания 150 мл.

- Остаточная моча указывает на дисфункцию мочевого пузыря. Следует провести два и более исследований (желательно ультразвуковых). Большие объемы остаточной мочи (> 200 мл) предсказывают менее благоприятный результат лечения.

2. По усмотрению дополнительно: эти исследования не требуются для диагностики или начальной оценки, но они могут оказаться полезными в процессе принятия решения относительно лечения.

- Исследование «давление-поток»: единственное исследование, которое позволяет отличить синдром инфравезикальной обструкции от пониженной сокращаемости детрузора; его следует проводить до оперативного вмешательства при определенных условиях:
 - объем мочи < 150 мл при повторных измерениях урофлоу
 - максимальная объемная скорость мочеиспускания > 15 мл/с
 - СНМП у мужчин возраста > 80 лет
 - подозрение на нейрогенную дисфункцию мочевого пузыря
 - после радикальной операций на органах таза
 - после неэффективного инвазивного лечения ДГП.
- Эндоскопия: Рекомендуется проводить уретро-цистоскопию до (минимально-инвазивного) оперативного вмешательства для того, чтобы определить форму и размеры простаты, что может повлиять на выбор метода терапии. Дополнительно, уретро-цистоскопия назначается, чтобы исключить другие патологии при СНМП у мужчин, в истории болезни которых присутствуют гематурия, стриктуры уретры, рак мочевого пузыря или перенесших оперативное вмешательство на нижних мочевых путях.

- Визуализация мочевых путей: предпочтительно УЗИ следует сделать всем мужчинам, которым не определяли концентрацию креатинина. Помимо расширения верхних мочевых путей УЗИ может выявить опухоли почек, оценить состояние мочевого пузыря и измерить объём остаточной мочи наряду с объёмом простаты. Для выбора типа хирургического вмешательства (трансуретральное удаление простаты — ТУУП, ТУРП или открытая простатэктомия (удаление предстательной железы) рекомендуется проведение трансабдоминального или трансректального (предпочтительней) УЗИ, позволяющего определить размеры и форму предстательной железы; его следует проводить до минимально-инвазивной или лекарственной терапии ингибиторами 5-альфа-редуктазы.
- Дневники мочеиспускания: для получения объективной информации о частоте и объеме мочеиспускания; обычно достаточно записей в течение суток.

3. Не рекомендуются: нет доказательств, подтверждающих необходимость применения следующих процедур при диагностическом исследовании среднестатистического пациента: экскреторная урография, цистометрия наполнения, ретроградная уретрография, КТ или МРТ.

Лечение ДГП

Цель лечения — облегчение СНМП и улучшение качества жизни пациента, а также предотвращение осложнений, связанных с ДГП.

- 1. Выжидательное наблюдение (ВН):** его следует рекомендовать пациентам с легкой симптоматикой или пациентам с умеренной/тяжелой симптоматикой, не влияющей или минимально влияющей на их качество жизни. Для оптимизации ВН рекомендуются убеждение, обучение пациентов, периодический контроль и изменения в образе жизни пациентов.

2. Медикаментозная терапия:

- Альфа-блокаторы — лечебная опция для пациентов с умеренными /тяжелыми СНМП. Все α1-блокаторы (альфузозин, доксазозин, тамсулозин, теразозин) обладают схожей клинической эффективностью, в тоже время профиль побочных эффектов, очевидно, более благоприятный при приеме альфузозина и тамсулозина.
- ингибиторы 5-альфа-редуктазы (финастерид или дутастерид) — лечебные опции для пациентов с умеренными /тяжелыми СНМП и увеличенной предстательной железой (>30-40мл). Оба препарата уменьшают объем простаты на 20-30% и, по всей видимости, обладают схожей клинической эффективностью. Ингибиторы 5-альфа-редуктазы могут предотвратить прогрессирование ДГП. Такие вопросы, как длительность лечения лекарствами, побочные эффекты, расходы на лечение, рак предстательной железы следует обсудить с пациентом.
- Комбинированное лечение альфа-блокатором и ингибитором 5-альфа-редуктазы представляется более эффективным и дающим более стойкие результаты, чем монотерапия каждым из препаратов. Данные по комбинированной терапии ограничиваются результатами исследования MTOPS, где проводился анализ финастерида и доксазозина.
- Препараты растительного происхождения всё еще не могут быть рекомендованы для лечения СНМП у пациентов с ДГП. Следует и в дальнейшем изучать эти препараты в рандомизированных, плацебо-контролируемых исследованиях длительного характера.

3. Хирургическое лечение:

- Опция лечения первой линии — это трансуретральная инцизия простаты (ТУИП) при объеме простаты < 30мл и без удаления средней доли, трансуретральная резекция простаты (ТУРП) при объеме простаты 30-80мл и открытая простатэктомия с объемом простаты

- > 80мл. Хирургическое лечение следует назначать:
 - пациентам, которым не помогло медикаментозное лечение
 - тем, кто отказывается от медикаментозного лечения и требует активной терапии
 - при наличии серьёзных показаний к лечению (рефракторная задержка мочи, почечная недостаточность из-за ДГП, камни в мочевом пузыре, рецидивирующая инфекция мочевых путей, рецидивирующая гематурия резистентная к ингибитору 5-альфа-редуктазы).
- Трансуретральная электровапоризация (ТУВП) — альтернатива ТУРП особенно для пациентов группы высокого риска при небольшом объеме простаты.
- Различные виды лазерной терапии (визуальная лазерная абляция простаты (ВЛАП), интерстициальная лазерная коагуляция (ИЛК) или гольмиевым лазером) обычно назначаются пациентам группы высокого риска, которым требуется инвазивное лечение ДГП. Резекция гольмиевым лазером является альтернативой ТУРП и простатэктомии в независимости от какой бы то ни было анатомической конфигурации.
- Трансуретральную микроволновую термотерапию (ТУМТ) следует приберечь для пациентов, которые предпочитают избегать хирургического вмешательства, пациентов, более не реагирующих на лекарственные препараты или не желающих их длительного применения. ТУМТ также подходит для пациентов группы высокого риска с рецидивирующей задержкой мочи.
- Трансуретральная игловая абляция простаты (ТУИА) назначается пациентам группы высокого риска, которым противопоказана операция по состоянию здоровья.

4. **Простатические стенты:** показаны лишь в качестве альтернативы катетеризации у пациентов группы высокого риска с рецидивирующей задержкой мочи, а

также тем пациентам, которым не подходят другие виды хирургического вмешательства. Часто случаются такие осложнения, как инкрустации, инфекции мочевых путей или хроническая боль.

- 5. Новейшие методы:** фокусированный ультразвук высокой интенсивности (HIFU), химиоабляция простаты, водондущиваемая водотерапия (WIT) и плазменная энергия в солевом растворе (Плазмакинетик®) следует использовать лишь в клинических испытаниях.
- 6. Устаревшие методы:** для лечения ДГП уже не рекомендуются баллонная дилатация и трансректальная/трансуретральная гипертермия.

Наблюдение

Всем пациентам, проходящим лечение ДГП, необходимо последующее наблюдение (включая ВН). Графики последующего наблюдения зависят от типа назначенного лечения. Таблица 2 может использоваться в качестве примерного выбора последующего наблюдения.

Таблица 2: Рекомендуемые исследования при наблюдении после назначенного лечения ДГП

Метод лечения	1-й год после лечения			В дальнейшем, ежегодно
	6 недель	12 недель	6 месяцев	
Выжидательное наблюдение (ВН)	-	-	+	+
Ингибиторы 5-альфа-редуктазы	-	+	+	+
Альфа-блокаторы	+	-	+	+
Хирургическое или минимально инвазивное вмешательство	+	+	+	+

Таблица 1: Диагностические процедуры для мужчин с ДГП

Рекомендуемые	Дополнительные	Нерекомендуемые
Медицинская история Оценка симптоматики (шкала IPSS) Физикальное обследование Лабораторные исследования (ПСА, креатинин) Общий анализ мочи Урофлоуметрия Количество остаточной мочи	Исследование «давление-поток» Эндоскопия Лучевая визуализация мочевых путей Дневник мочеиспускания	Выделительная урография Цистометрия с наполнения Ретроградная уретрография КТ МРТ

Основой для текста этой небольшой брошюры служит опубликованное руководство (Европейская Урология, 2004;46:547-554) и более развернутое руководство EAU (ISBN 90-70244-19-5), которое доступно для всех членов Европейской ассоциации урологии на их вебсайте – <http://www.uroweb.org>.