

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

УТВЕРЖДАЮ

Первый заместитель Министра

Д.Л.Пилевич



2019 г.

Регистрационный № 034-0419

**МЕТОД ОПРЕДЕЛЕНИЯ ВЕРОЯТНОСТИ ПРОГРЕССИИ
ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ
ЖЕЛЕЗЫ**

инструкция по применению

УЧРЕЖДЕНИЕ-РАЗРАБОТЧИК:

Государственное учреждение образования: «Белорусская медицинская академия последипломного образования»

АВТОРЫ:

д.м.н., доцент Питкин Д.М., Милопавский П.В., д.м.н., профессор Гресь А.А., Юрага Т.М., Соловей О.М.

Минск, 2019

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ**

УТВЕРЖДАЮ

Первый заместитель министра

_____ Д. Л. Пиневиц

25.04.2019

Регистрационный № 034-0419

**МЕТОД ОПРЕДЕЛЕНИЯ ВЕРОЯТНОСТИ ПРОГРЕССИИ
ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ
ЖЕЛЕЗЫ**

инструкция по применению

УЧРЕЖДЕНИЕ-РАЗРАБОТЧИК: ГУО «Белорусская медицинская академия
последипломного образования»

АВТОРЫ: д-р мед. наук, доц. Д. М. Никитин, П. В. Милошевский, д-р мед. наук,
проф. А. А. Гресь, Т. М. Юрага, О. М. Соловей

Минск 2019

В настоящей инструкции по применению (далее — инструкция) изложен метод диагностики, который может быть использован в комплексе медицинских услуг, направленных на определение вероятности прогрессии доброкачественной гиперплазии предстательной железы (ДГПЖ). Использование метода, изложенного в настоящей инструкции, позволяет повысить эффективность ранней диагностики ДГПЖ и снизить вероятность развития урологических и неврологических осложнений.

Настоящая инструкция предназначена для врачей-урологов, врачей-андрологов, врачей-хирургов, врачей общей практики и иных врачей-специалистов организаций здравоохранения, оказывающих медицинскую помощь пациентам с ДГПЖ в стационарных и амбулаторных условиях.

ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ

Доброкачественная гиперплазия предстательной железы (N 40).

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ПРИМЕНЕНИЯ

Отсутствуют.

ПЕРЕЧЕНЬ НЕОБХОДИМОГО ОБОРУДОВАНИЯ, РЕАКТИВОВ, СРЕДСТВ, ИЗДЕЛИЙ МЕДИЦИНСКОЙ ТЕХНИКИ

1. Аппарат УЗИ с конвексным датчиком С5-2.
2. Урофлоуметр.
3. Автоматический биохимический анализатор.
4. Фотометр универсальный.
5. Медицинские изделия, необходимые для определения содержания в крови:

глюкозы;

мочевой кислоты;

общего холестерина;

холестерина липопротеидов высокой плотности;

холестерина липопротеидов низкой плотности;

холестеринового коэффициента атерогенности;

триглицеридов;

аполипопротеина-А1;

аполипопротеина-В;

цинка;

фолликулостимулирующего гормона (ФСГ);

лютеинизирующего гормона (ЛГ);

пролактина;

тестостерона общего;

тестостерона свободного;

эстрадиола;

пролактина;

простатспецифического антигена общего (ПСА общ.);

простатспецифического антигена свободного (ПСА своб.);

лептина;
инсулина;
интерлейкина-6 (ИЛ-6);
интерлейкина-8 (ИЛ-8);
фактора некроза опухоли (α -ФНО).

ОПИСАНИЕ ТЕХНОЛОГИИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДА

Диагностика ДГПЖ должна учитывать основные звенья этиологии и патогенеза. Мужчинам старше 45 лет показано следующее:

определение клинических признаков ДГПЖ: оценка жалоб, анамнеза (наличие сопутствующей патологии — сердечно-сосудистая патология, сахарный диабет, болезни нервной системы), приема лекарственных средств по поводу сопутствующих заболеваний, ранее перенесенных воспалительных процессов предстательной железы, хирургических операций на органах мочеполовой системы); заполнение анкеты пациентов с помощью международной шкалы оценки простатических симптомов в баллах (IPSS); оценка физикальных/антропометрических данных (индекса массы тела, объема талии, артериального давления); осмотр наружных половых органов для исключения патологии, способной вызывать симптомы нижних мочевых путей; пальцевое ректальное исследование предстательной железы;

инструментальные исследования: УЗИ предстательной железы; определение внутрипузырной протрузии простаты, объема остаточной мочи; урофлоуметрия;

лабораторные исследования: оценка общего анализа крови, мочи, биохимического анализа крови (СРБ, общий белок, мочевины, креатинин, мочевиная кислота), ПСА общ.

При IPSS >19, объеме простаты >30 см³, максимальной скорости мочеиспускания <4 мл/с, ПСА общ. >1,5<4 нг/мл, внутрипузырной протрузии простаты >15 мм, объеме остаточной мочи > 150 см³ вероятность прогрессии ДГПЖ высокая — имеет место риск развития острой задержки мочи и вероятность хирургического лечения. Этой категории лиц при наличии показаний можно рекомендовать хирургическое лечение в соответствии с клиническими протоколами диагностики и лечения пациентов с урологическими заболеваниями при оказании медицинской помощи в амбулаторных и стационарных условиях районных, областных и республиканских организаций здравоохранения Республики Беларусь.

При IPSS <7, объеме простаты <30 см³, максимальной скорости мочеиспускания >12 мл/с, ПСА общ. <1 нг/мл, внутрипузырной протрузии простаты <5 мм, объеме остаточной мочи <40 см³ вероятность прогрессии ДГПЖ низкая — можно рассматривать динамическое наблюдение с контролем данных показателей 1 раз в год.

При IPSS >7, но <19, объеме простаты >30 см³, максимальной скорости мочеиспускания <12, но >4 мл/с, ПСА общ. <1,5 нг/мл, внутрипузырной протрузии простаты >5 мм, но <15 мм, объеме остаточной мочи > 40 см³, но <150 см³ вероятность прогрессии ДГПЖ умеренная. Этой категории пациентов

необходима клинико-лабораторная диагностика метаболического синдрома и возрастного андрогенного дефицита.

Клинико-лабораторная диагностика метаболического синдрома включает: измерение индекса массы тела, объема талии, АД; определение уровня сывороточной глюкозы, общего холестерина, холестерина липопротеидов высокой плотности, холестерина липопротеидов низкой плотности; расчет холестерина коэффицента атерогенности; оценку содержания триглицеридов, аполипопротеина-А1, аполипопротеина-В.

Клинико-лабораторная диагностика возрастного андрогенного дефицита включает: определение содержания общего тестостерона, свободного тестостерона, инсулина, лептина, пролактина, эстрадиола, лютеинизирующего гормона, фолликулостимулирующего гормона, расчет тестостерон-эстрадиолового индекса.

При наличии у этой категории пациентов метаболического синдрома (индекс массы тела >25 кг/м², объем талии >93 см, АД $>130/85$ мм рт. ст., сывороточная глюкоза $\geq 5,6$ ммоль/л, общий холестерин $\geq 5,2$ ммоль/л, холестерин липопротеидов высокой плотности $<1,03$ ммоль/л, холестерин липопротеидов низкой плотности $>2,59$ ммоль/л, холестерин коэффицент атерогенности $>3,5$ относительных единиц, триглицериды $\geq 1,7$ ммоль/л, аполипопротеин-А1 $>161 < 121$ мг/дл, аполипопротеин-В $>105 < 69$ мг/дл), андрогенного дефицита (общий тестостерон ≤ 12 нмоль/л), гиперинсулинемии (инсулин >122 пмоль/л), гиперэстрогемии (эстрадиол >200 пмоль/л), снижении тестостерон-эстрадиолового индекса $<1,4$, повышении уровня лептина в сыворотке крови $>27,6$ нг/мл вероятность прогрессии ДГПЖ становится высокой. Этой категории лиц можно рекомендовать консервативное лечение ДГПЖ, а также корректирующую терапию метаболического синдрома, андрогенного дефицита в соответствии с клиническими протоколами диагностики и лечения пациентов с урологическими заболеваниями при оказании медицинской помощи в амбулаторных и стационарных условиях районных, областных и республиканских организаций здравоохранения Республики Беларусь.

Пациентам с умеренной вероятностью прогрессии ДГПЖ без признаков метаболического синдрома и возрастного андрогенного дефицита показана диагностика системного хронического воспаления с определением: антиоксидантной активности, содержание цинка, ИЛ-6, ИЛ-8, α -ФНО.

При наличии у этой категории пациентов хронического воспаления (антиоксидантная активность $<1,1 > 1,3$ мкмоль/л, уровень цинка <17 мкмоль/л, ИЛ-6 >10 пг/мл, ИЛ-8 >10 пг/мл, α -ФНО >12 пг/мл) вероятность прогрессии ДГПЖ становится высокой. У этой категории лиц можно проводить консервативное лечение ДГПЖ, а также системного хронического воспаления в соответствии с клиническими протоколами диагностики и лечения пациентов с урологическими заболеваниями при оказании медицинской помощи в амбулаторных и стационарных условиях районных, областных и республиканских организаций здравоохранения Республики Беларусь.

При отсутствии у этой категории пациентов хронического воспаления вероятность прогрессии ДГПЖ низкая — можно рекомендовать динамическое наблюдение с контролем данных показателей 1 раз в год.

ПЕРЕЧЕНЬ ВОЗМОЖНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ИЛИ ОШИБОК ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ И ПУТИ ИХ УСТРАНЕНИЯ

1. Нарушение технологии выполнения анализа.
2. Использование реагентов с истекшим сроком годности.
3. Несоблюдение условий хранения образцов биоматериала.

В зависимости от особенностей метаболических и гормональных нарушений, определяемых методом, изложенным в настоящей инструкции, лечащим врачом принимаются меры по лечению и профилактике ДГПЖ.