

КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

УДК: 616.65-008.6-072.7

ОБЗОР НОВЫХ КЛИНИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ ЕВРОПЕЙСКОЙ АССОЦИАЦИИ УРОЛОГОВ ПО ЛЕЧЕНИЮ И ВЕДЕНИЮ БОЛЬНЫХ С НЕНЕЙРОГЕННЫМИ СИМПТОМАМИ НИЖНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ (СНМП И С ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ПРОСТАТИЧЕСКОЙ ОБСТРУКЦИЕЙ)

Локишин К.Л.

Урологическое отделение Клинического госпиталя «Лапино», г.Москва
НИИ уронефрологии и репродуктивного здоровья человека Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова, г.Москва
Адрес: 143081, Московская область, Одинцовский район, 1-е Успенское шоссе, Лапино, 111.
Эл.почта: k_lokshin@hotmail.com

В марте 2013 года в официальном печатном органе Европейской Ассоциации Урологов, в журнале European Urology, были опубликованы новейшие клинические рекомендации по лечению и ведению больных с доброкачественной гиперплазией простаты. В этих клинических рекомендациях в отношении больных с гиперплазией простаты использовано определение: «больные с ненейрогенными симптомами нижних мочевых путей (СНМП) и с доброкачественной простатической обструкцией». Мы представляем первый русскоязычный обзор данных клинических рекомендаций. Обзор содержит в сжатом виде исключительно информацию, представленную в оригинальной статье журнала European Urology, без собственных дополнений или комментариев.

Ключевые слова: европейская ассоциация урологов, клинические рекомендации, симптомы нижних мочевых путей, доброкачественная гиперплазия предстательной железы

REVIEW OF EAU GUIDELINES ON THE TREATMENT AND FOLLOW-UP OF NON-NEUROGENIC MALE LOWER URINARY TRACT SYMPTOMS INCLUDING BENIGN PROSTATIC OBSTRUCTION

Lokshin K.L.

Department of Urology of Clinical Hospital «Lapino», Moscow
Research Institute of Urology and Human Reproductive Health of First
Moscow State Medical University I.M. Sechenov, Moscow

Original Authors: Matthias Oelke^a, Alexander Bachmann^b, Aure'lien Descazeaud^c, Mark Emberton^d, Stavros Gravas^e, Martin C. Michel^f, James N'Dow^g, Jørgen Nordling^h, Jean J. de la Rosetteⁱ

^aDepartment of Urology, Hannover Medical School, Hannover, Germany;

^bDepartment of Urology, University Hospital Basel, Basel, Switzerland;

^cDepartment of Urology, Dupuytren Hospital, University of Limoges, Limoges, France;

^dDivision of Surgical and Interventional Science, University College London, London, UK;

^eDepartment of Urology, University of Thessaly, Larissa, Greece;

^fDepartment of Pharmacology, Johannes-Gutenberg-University, Mainz, Germany;

^gAcademic Urology Unit, University of Aberdeen, Aberdeen, UK;

^hDepartment of Urology, Herlev Hospital, University of Copenhagen, Herlev, Denmark;

ⁱDepartment of Urology, Academic Medical Centre, University of Amsterdam, Amsterdam, The Netherlands

EUROPEAN UROLOGY 64 (2013) 118–140, <http://dx.doi.org/10.1016/j.eururo.2013.03.004>.

Key words: European Association of Urology, clinical guidelines, lower urinary tract symptoms, benign prostatic hyperplasia

В марте 2013 года в официальном печатном органе Европейской Ассоциации Урологов, в журнале *European Urology*, были опубликованы новейшие клинические рекомендации по лечению и ведению больных с доброкачественной гиперплазией простаты. В этих клинических рекомендациях в отношении больных с гиперплазией простаты использовано определение: «больные с ненейрогенными симптомами нижних мочевых путей (СНМП) и с доброкачественной простатической обструкцией».

Мы представляем первый русскоязычный обзор данных клинических рекомендаций. Хотелось бы подчеркнуть,

что обзор содержит в сжатом виде исключительно информацию, представленную в оригинальной статье журнала *European Urology*, без собственных дополнений или комментариев.

Экспертный совет подготовил данные клинические рекомендации, проведя анализ исследований, опубликованных в медицинских базах данных PubMed, Medline, Web of Science и Cochrane в период с 1966 г по 31 октября 2012 года.

Уже стандартно в рекомендациях была использована Оксфордская классификация уровня доказательности (таблица 1) и градации/степени рекомендаций (таблица 2).

Таблица 1. Оксфордская классификация уровней доказательности

Уровень	Тип данных
1a	Данные, полученные путем метаанализа рандомизированных исследований
1b	Данные, полученные на основании хотя бы одного рандомизированного исследования
2a	Данные, полученные на основании данных одного контролируемого нерандомизированного исследования
2b	Данные, полученные на основании по крайней мере одного хорошо спланированного квазиэкспериментального исследования
3	Данные, полученные в ходе описательных исследований исследования «случай-контроль», сравнительных исследований корреляционных исследований и описаний клинических случаев
4	Данные заключений экспертных комитетов и мнения признанных специалистов

Таблица 2. Оксфордская классификация степени рекомендаций

Степень	Основание рекомендаций
A	Основаны на клинических исследованиях хорошего качества, включающих хотя бы одно рандомизированное исследование
B	Основаны на данных хорошо организованных клинических исследований не включающих рандомизированные клинические исследования
C	Сформулированы, несмотря на отсутствие качественных клинических исследований в данной области

Экспертный комитет планирует производить обновление данных рекомендаций каждые 2 года.

1. Клинические рекомендации по динамическому наблюдению

Динамическое наблюдение показано при незначительных (International Prostate Symptom Score – IPSS ≤ 7) или умеренных (IPSS 8-19) СНМП, не доставляющих пациенту ощутимого беспокойства.

Противопоказано при наличии осложненной ДГПЖ (абсолютных показаний к оперативному лечению, см. раздел рекомендаций, посвященный хирургическому лечению).

Динамическое наблюдение подразумевает периодические обследования больного, образование/информирование пациента и предоставление рекомендаций по образу жизни, включая:

- ✦ ограничение приема жидкостей (например, на ночь)
- ✦ •снижение потребления алкоголя и кофеин-содержащих напитков
- ✦ использование методик расслабления при мочеиспускании и двойного мочеиспускания
- ✦ «поддаивание» уретры во избежание подтекания мочи после мочеиспускания
- ✦ методики отвлечения внимания и тренировка мочевого пузыря (при urgentных симптомах)
- ✦ оценку и смену времени приема сопутствующих препаратов (например, диуретиков)

✦ обеспечение помощи при нарушениях координации, подвижности или психического состояния

✦ лечение запоров

2. Клинические рекомендации по медикаментозной терапии

2.1. Антагонисты альфа-1-адренорецепторов (альфа-1-адреноблокаторы) являются препаратами первой линии, показаны при умеренных и выраженных СНМП (**1a, A**).

В настоящее время в клинической практике используются 5 препаратов данной группы: альфузозин, доксазозин, силодозин, тамсулозин, теразозин.

Препараты имеют сходную эффективность и быстрое начало действия, способны улучшать как симптомы накопления, так и симптомы опорожнения.

При использовании альфа-1-адреноблокаторов имеет место снижение балла IPSS в среднем на 30-40%, повышение Q_{max} в среднем на 20-25%. Размер простаты не оказывает существенного влияния на эффективность.

Альфа-1-адреноблокаторы не уменьшают размер простаты и не снижают риск ОЗМ.

При постоянном приеме антагонистов альфа-1-адренорецепторов, снижение балла IPSS и повышение Q_{max} сохраняется на протяжении, как минимум, 4-х лет.

Отличия в переносимости препаратов данной группы обусловлены их фармакокинетикой и степенью селективности.

Наиболее часто регистрируемыми нежелательными явлениями являются: астения, головокружение и ортостатическая гипотензия. Наличие сердечно-сосудистых заболеваний, а также прием вазоактивных препаратов повышают риски развития нежелательных явлений (НЯ). Установлено, что риск гипотензии при приеме силодозина сравним с таковым у плацебо. При использовании тамсулозина описано развитие интраоперационного синдрома атоничной ра- дужки.

В систематическом обзоре установлено, что альфа-1-адреноблокаторы не оказывают негативного влияния на ли- бидо. Препараты способны несколько улучшать эректильную функцию, но иногда приводят к нарушениям эякуля- ции (уменьшение объема или исчезно- вение эякулята). Наиболее часто нару- шения эякуляции регистрируются при приеме силодозина.

2.2. Ингибиторы 5-альфа-редуктазы показаны при умеренных и выражен- ных СНМП и при объеме простаты бо- лее 40 см куб., ПСА >1,4 нг/мл (**1b, A**).

В настоящее время в клинической практике используются 2 препарата данной группы: дутастерид и финасте- рид. Финастерид ингибирует 5-альфа- редуктазу 2 типа, дутастерид – как 2- ого, так и 1-ого типа.

Препараты имеют сходную клиниче- скую эффективность, и для них харак- терно медленное развитие эффекта. По- сле 2-4 лет лечения ингибитором 5-

альфа-редуктазы имеет место снижение балла IPSS в среднем на 15-30%, сни- жение объема простаты в среднем на 18-28%, повышение Qmax в среднем на 1,5-2,0 мл/с. Установлено также, что чем больше исходный объем простаты, тем выше эффективность препаратов данной группы. У больных с V проста- ты >30 см³ эффективность дутастерида по уменьшению СНМП не уступа- ет/превосходит таковую у тамсулозина.

В отличие от альфа-1-адреноблока- торов, ингибиторы 5-альфа-редуктазы способны снижать риск прогрессирова- ния ДГПЖ за счет уменьшения риска острой задержки мочи (ОЗМ) и риска хирургического лечения (**1b, A**). На фо- не приема ингибиторов 5-альфа-ре- дуктазы риск развития ОЗМ снижается на 57-68%, риск оперативного лечения – на 34-64%.

Наиболее частые НЯ: снижение ли- бидо, эректильная дисфункция, редко – гинекомастия, эякуляторные наруше- ния.

2.3. Антагонисты мускариновых ре- цепторов (М-холиноблокаторы) пока- заны при умеренных и выраженных СНМП – преимущественно при сим- птомах накопления (**1b, B**).

В настоящее время в клинической практике используются 6 препаратов данной группы: дарифенацин, фезоте- родин, оксибутинин, пропиверин, со- лифенацин, толтеродин и хлорид трос- пия. Препараты имеют сходную эффек- тивность и переносимость. Однако, ис-

следований по длительному их применению пока нет. Назначать М-холиноблокаторы надо с осторожностью, с регулярной оценкой IPSS и объема остаточной мочи.

Имеется небольшое количество исследований по изучению монотерапии антагонистами мускариновых рецепторов больных с простатической обструкцией и гиперактивностью мочевого пузыря (ГМП). В исследовании толтероидина и тамсулозина – в группе толтероидина было отмечено только снижение частоты ургентного недержания. Лучше эффект от терапии М-холиноблокаторами больных с маленькими простатами и при ПСА <1,3 нг/мл.

Наиболее часто регистрируемыми нежелательными явлениями являются: сухость во рту (<16%), запоры (<4%), затруднение мочеиспускания (<2%), назофарингит (<3%), головокружение (<5%). При отсутствии простатической обструкции, прием антагонистов мускариновых рецепторов сопряжен с частотой ОЗМ не отличающейся от таковой при приеме плацебо (0-1,3% и 0-1,4%, соответственно).

2.4. Ингибиторы фосфодиэстеразы 5 типа (ФДЭ-5) показаны при умеренных и выраженных СНМП (и накопления, и опорожнения) в сочетании или без ЭД (**1b, A**).

У больных с гиперплазией простаты в рандомизированных контролируемых исследованиях изучались силденафил, тадалафил и варденафил. Однако

только тадалафил 5 мг зарегистрирован для лечения СНМП.

По данным мета-анализа терапия ингибитором ФДЭ-5 в сравнении с плацебо приводит к значимому снижению суммарного балла IPSS (-2,8 балла), без влияния на Qmax. При использовании тадалафила субъективное улучшение отмечается достаточно быстро – через 1 неделю с начала приема. Тадалафил 5 мг у больных ДГПЖ снижает балл IPSS на 22-37%.

В одном из последних исследований, не включенном в упомянутый мета-анализ, при лечении тадалафилом имело место статистически значимое увеличение Qmax, по сравнению с плацебо (+2,4 мл/с). Тадалафил не оказывал значимого влияния на объем остаточной мочи.

Наиболее выраженный эффект от терапии ингибиторами ФДЭ-5 отмечается у более молодых пациентов с низким индексом массы тела и с тяжелыми СНМП.

Влияние ингибиторов ФДЭ-5 на прогрессирование заболевания и на объем простаты пока не изучено.

Наиболее частые НЯ: головные боли, боль в спине, головокружения, диспепсия. Препараты противопоказаны при приеме нитратов, активаторов калиевых каналов и альфа-1-адреноблокаторов; при перенесенном менее 3 мес. назад инфаркте миокарда или менее 6 мес. назад инсульте; при сердечной недостаточности более чем 2 стадии (по

НУНА); при гипотензии и нестабильном артериальном давлении; при значительной печеночной или почечной недостаточности; при передней ишемической офтальмопатии в анамнезе.

2.5. Фитотерапия.

Наиболее широко используются экстракты *Cucurbita perpo*, *Hypoxis rooperi*, *Pygeum africanum*, *Secale cereale*, *Serenoa repens*, *Utricularia*.

Проблематичным представляется, что разные производители используют различные методы экстрагирования и в препаратах могут быть неодинаковые концентрации активных компонентов.

По данным мета-анализа при использовании экстракта *Pygeum africanum* при сравнении с плацебо в 2 раза чаще имело место симптоматическое улучшение, (в исследованиях однако не применялся IPSS).

По данным мета-анализа при использовании экстракта *Secale cereale* (пыльцы) положительный эффект отмечался в 2 раза чаще, чем при приеме плацебо.

По данным мета-анализа при использовании экстракта *Serenoa repens* последний не превосходил плацебо, финастерид или тамсулозин по действию на балл IPSS (сходная эффективность в исследованиях с финастеридом и тамсулозином может расцениваться, как эквивалентность лечебного эффекта).

В связи с гетерогенностью препаратов, несовершенством регуляторной базы и существенными методологическими недостатками опубликованных

исследований и мета-анализов, экспертный совет не может дать сколь либо определенных рекомендаций по использованию растительных экстрактов для лечения СНМП у мужчин.

2.6. Аналог вазопрессина (десмопрессин) может быть использован для лечения ноктурии, обусловленной ночной полиурией (**1b, A**).

По данным мета-анализа при приеме десмопрессина в сравнении с плацебо имеет место статистически значимое снижение количества ночных мочеиспусканий и увеличение продолжительности сна без пробуждения.

Наиболее частые НЯ: головная боль, тошнота, диарея, боль в животе, головокружение, сухость во рту, гипонатриемия (5-7,6%), периферические отеки (2%), гипертензия (5%).

При назначении десмопрессина необходимо ограничение приема жидкостей за 1 час до и в течение 8 часов после приема, контроль уровня натрия в крови на 3, 7 сутки и затем регулярно.

2.7. Комбинированная терапия

2.7.1. Комбинированная терапия альфа-1-адреноблокатором и ингибитором 5-альфа-редуктазы показана при умеренных и выраженных СНМП, увеличенной простате, сниженной Qmax (другими словами, при высоком риске прогрессирования гиперплазии простаты) (**1b, A**).

Данная комбинированная терапия эффективней монотерапии каждым из препаратов в снижении балла IPSS и

увеличении Q_{\max} . Комбинированная терапия ингибитором 5-альфа-редуктазы и альфа-1-адреноблокатором в сравнении с монотерапией тамсулозином обеспечивает существенное снижение риска прогрессирования ДГПЖ (на 66%), ОЗМ (на 67,8%), необходимости хирургического лечения по поводу ДГПЖ (на 70,6%), симптоматического ухудшения (на 41,3%) (4 года наблюдения).

2.7.2. Комбинированная терапия альфа-1-адреноблокатором и М-холиноблокатором может быть назначена при умеренных и выраженных СНМП, когда монотерапия альфа-1-АБ или М-ХБ недостаточно эффективна в отношении симптомов накопления (**2b, B**).

Эта комбинация препаратов более эффективна, чем монотерапия альфа-1-АБ или плацебо в уменьшении частоты мочеиспусканий и эпизодов ургентного недержания, ночной поллакиурии и суммарного балла IPSS.

У больных с СНМП и с гиперактивностью детрузора при сохранении СНМП на фоне терапии альфа-1-АБ добавление М-ХБ существенно снижает степень выраженности симптомов.

На фоне комбинированного лечения несколько чаще, чем при монотерапии, встречаются сухость во рту и нарушения эякуляции. Также при комбинированном лечении установлено клинически незначимое увеличение объема остаточной мочи, при этом риск ОЗМ остается низким.

Данный вид терапии должен с осторожностью назначаться при инфравезикальной обструкции – рекомендуется динамический контроль объема остаточной мочи.

3. Клинические рекомендации по хирургическому лечению

3.1. Трансуретральная резекция простаты (ТУРП) и трансуретральная инцизия простаты (ТУИП)

ТУРП – стандарт хирургического лечения умеренных/выраженных СНМП при объеме простаты 30-80 см³ (**1a, A**).

Инцизия – стандарт хирургического лечения умеренных/выраженных СНМП при объеме простаты <30 см³ и при отсутствии средней доли (**1a, A**).

По данным мета-анализа (20 рандомизированных исследований, до 5 лет наблюдения) эффективность ТУРП следующая: Q_{\max} (+162%), IPSS (–70%), QoL (–69%), Vост. (–77%). Отдаленные результаты после ТУРП хорошие. Неудачи лечения чаще связаны с гиперактивностью, а не с инфравезикальной обструкцией.

По данным мета-анализа (включено 6 иссл.) частота повторных операций составляет 18,4% после инцизии и 7,2% после ТУРП.

До операции обязательно лечение мочевой инфекции.

Частота осложнений растет с увеличением объема простаты. Ближайшие осложнения после ТУРП: летальность – 0,1%, ТУР-синдром – 0,8%, необходимость гемотрансфузии – 2%, ОЗМ –

4,5%, тампонада – 4,9%, мочева инфекция – 4,1%. Отдаленные осложнения после ТУРП: недержание мочи – 2,2%, ОЗМ, инфекция, склероз шейки – 4,7%, стриктура уретры – 3,8%, ретроградная эякуляция – 65,4%, ЭД – 6,5%.

Осложнения после инцизии: ближайшие – ТУР-синдром – 0%, гемотрансфузия – 0%; отдаленные – стриктура уретры – 4,1%, ретроградная эякуляция – 18,2%.

3.2. Биполярная трансуретральная резекция простаты

Ближайшие и среднесрочные результаты биполярной трансуретральной резекции простаты аналогичны таковым при монополярной ТУРП (**1a, A**).

По сравнению с монополярной ТУРП, у биполярной ТУРП меньшая частота ранних осложнений: нет ТУР синдрома, ниже частота кровотечений, тампонад, меньше продолжительность катетеризации (**1a, A**).

3.3. Открытая аденомэктомия является стандартом хирургического лечения умеренных/выраженных СНМП при объеме простаты более 80 см куб (**1b, A**). В то же время, она является самым инвазивным и морбидным методом хирургического лечения гиперплазии простаты (**1b, A**).

Только энуклеация гольмиевым лазером достигает сходной с открытой аденомэктомией результативности при меньшей частоте осложнений.

Эффективность открытой аденомэктомии следующая: Qmax (+375%), IPSS

(–63-86%), QoL (–60-87%), Vост. (–86-98%).

Ближайшие осложнения: летальность – 0,25%, необходимость гемотрансфузии – 7-14%.

Отдаленные осложнения: недержание мочи – 10%, склероз шейки или стриктура уретры – 6%.

3.4. Трансуретральная микроволновая терапия (ТУМТ) позволяет достигать улучшения СНМП, сходное с ТУРП при меньшей морбидности, но и при меньшем улучшении параметров мочеиспускания (**1a, A**). Продолжительность эффекта после ТУМТ короче, а частота повторных вмешательств выше по сравнению с ТУРП (**1a, A**).

Перед проведением ТУМТ обязательна уретроцистоскопия для исключения средней доли и точного определения протяженности простатического отдела уретры. Для выполнения ТУМТ не требуется анестезия – манипуляция показана больным с высоким анестезиологическим риском. Результат вмешательства хуже при маленьких простатах и при невыраженной симптоматике. Эффективность ТУМТ следующая: Qmax (+75%), IPSS (–65%).

По сравнению с ТУРП после микроволновой термотерапии больше продолжительность катетеризации, выше частота дизурии и ОЗМ.

При этом, ниже частота гематурии, тампонады, гемотрансфузии, ТУР-синдрома, стриктуры уретры, склероза шейки и эректильной дисфункции.

3.5. Трансуретральная игольная абляция простаты позволяет достигать улучшения СНМП сходного с ТУРП при меньшей морбидности, но и при меньшем улучшении параметров мочеиспускания (**1a, A**). Продолжительность эффекта игольной абляции по сравнению с ТУРП меньше, а частота повторных вмешательств выше (**1a, A**).

Для проведения процедуры требуется местная анестезия и седация больного. При $V_{\text{простаты}} > 75 \text{ см}^3$ и при большой средней доле результаты данного вмешательства неудовлетворительные.

Эффективность трансуретральной игольной абляции: Q_{max} (+70%), IPSS (–50%).

Частота повторных вмешательств составляет 19,1%, частота ОЗМ – 13-42% (1-3 день), в первые 4-6 недель имеет место высокая частота симптомов накопления.

По сравнению с ТУРП после игольной абляции ниже частота гематурии, инфекции, тампонады, гемотрансфузии, ТУР-синдрома, стриктуры уретры, недержания мочи, ЭД и нарушений эякуляции.

3.6. Гольмиевая лазерная энуклеация является стандартом хирургического лечения умеренных/выраженных СНМП при объеме простаты более 80 см^3 (**1b, A**).

По объективным и субъективным параметрам эффективности у больных с умеренными и выраженными СНМП гольмиевая лазерная энуклеация является альтернативой ТУРП (**1a, A**).

Данная операция имеет сходные с открытой аденомэктомией отдаленные результаты при существенно меньшей морбидности.

При сравнении с ТУРП: продолжительность гольмиевой энуклеации больше, степень улучшения симптоматики сходная или выше, а Q_{max} (через 1 год после операции) значительно выше.

Ближайшие осложнения гольмиевой энуклеации: летальность – 0,05%, гемотрансфузия – 1%, инфекция – 2,3%. Отдаленные осложнения: стриктура шейки – 0,8%, стриктура уретры – 3,2%, повторная операция – 2,8%

Гольмиевая энуклеация безопасна при приеме антикоагулянтов.

По сравнению с ТУРП: при гольмиевой энуклеации короче время катетеризации, меньше кровопотеря и частота гемотрансфузии.

3.7. Выпаривание простаты зеленым (532 нм) лазером по объективным и субъективным параметрам эффективности у больных с умеренными и выраженными СНМП является альтернативой ТУРП (**1a, A**). Среднесрочные функциональные результаты выпаривания зеленым лазером сравнимы с таковыми после ТУРП (**1b, A**).

Интраоперационная безопасность выпаривания зеленым лазером выше, чем у ТУРП (**1b, A**); рассматриваемое вмешательство целесообразно у пациентов, получающих антикоагулянты и с высоким кардио-васкулярным риском (**3, B**).

Частота повторных вмешательств после выпаривания зеленым лазером 8,9-14,8%

По сравнению с ТУРП: больше время операции; меньше продолжительность катетеризации, госпитализации; ниже частота гемотрансфузии, тампонады; сходная частота ОЗМ, инфекции, стриктуры уретры, шейки мочевого пузыря.

3.8. Выпаривание простаты диодным лазером. После операций с использованием диодного лазера в краткосрочной перспективе имеет место объективное и субъективное улучшение мочеиспускания (3, С).

С использованием диодного лазера может производиться контактная или бесконтактная вапоризация, а также энуклеация гиперплазии простаты.

В настоящее время нет рандомизированных исследований по сравнению с ТУРП и открытой аденомэктомией.

В одном рандомизированном исследовании получены сходные результаты энуклеации диодной энуклеации и биполярной ТУРП.

При операциях с использованием диодного лазера нет интраоперационных кровотечений.

По сравнению с выпариванием зеленым лазером: чаще дизурия из-за отхождения струпа, выше частота повторных вмешательств по поводу сужения шейки и обструкции струпом (33% vs 4%), выше частота стрессового недержания мочи (9,1% vs 0%). Выпаривание простаты диодным лазером может быть

рекомендовано в качестве стандартного лечения гиперплазии простаты.

3.9. Хирургическое лечение с использованием тулиевого лазера. Вапоризация тулиевым лазером может быть альтернативой ТУРП при простате малых и средних размеров (1b, А).

В краткосрочной и среднесрочной перспективе после выпаривания тулиевым лазером имеет место объективное и субъективное улучшение мочеиспускания (3, С).

Тулиевый лазер представляется безопасным с точки зрения интраоперационных осложнений и возможностей гемостаза (3, С).

С использованием тулиевого лазера может производиться вапоризация, вапоризация, вапоэнуклеация и энуклеация аденомы простаты.

К настоящему времени проведено мало рандомизированных исследований по сравнению операций с использованием тулиевого лазера с ТУРП и нет исследований по сравнению с открытой аденомэктомией.

Максимальный период наблюдения после операций – 18 мес.

Результаты тулиевой энуклеации (по параметрам IPSS, Qmax, V ост.) сравнимы с таковыми после гольмиевой энуклеации. При тулиевой энуклеации отмечена сходная с гольмиевой энуклеацией продолжительность операции, при меньшей кровопотере.

Частота стриктур уретры после тулиевой вапоризации – 1,6-1,9%, суже-

ния шейки – 1,8%, повторных вмешательств (6-12 мес.) – 0-7,1%.

3.10. Простатические стенты являются альтернативой катетеризации у пациентов с противопоказаниями к оперативному лечению (3, С).

При использовании стента UroLume: снижение IPSS – на 10-12,4 баллов, повышение Qmax – на 4,2-13,1 мл/с.

При установке стента MemoCath: снижение IPSS – на 11-19 баллов, повышение Qmax – на 3-11 мл/с

Применение простатических стентов сопряжено с высоким риском миграции, инкрустации и усиления СНМП.

3.11. Новые хирургические методики.

3.11.1. Интрапростатическое введение этанола – при умеренных/выраженных СНМП – экспериментальная методика, может использоваться только в клинических исследованиях (3, С).

Позволяет достигать снижения суммарного балла IPSS на 6,7-16,5 баллов, повышения Qmax – на 3,2-11 мл/с.

Высокая частота повторных вмешательств – 41% в течение 1 года наблюдения.

Для проведения вмешательства требуется местная анестезия с седацией, региональная или общая анестезия.

Осложнения: боли в промежности, симптомы накопления (до 40%), гематурия (до 40%), инфекция и ОЗМ.

3.11.2 Интрапростатическое введение ботулинического токсина при умеренных/выраженных СНМП – экспериментальная методика, может исполь-

зоваться только в клинических исследованиях (3, С). Приводит к уменьшению объема простаты. Продолжительность эффекта от 3 до 30 мес.

В самом большом рандомизированном исследовании по IPSS, QoL и Qmax отличий от плацебо нет.

Хорошо переносится.

Необходимы дополнительные исследования.

ВЫБОР МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ

Ниже представлены предлагаемые экспертами Европейской Ассоциации Урологов алгоритмы консервативного медикаментозного (схема 1) и оперативного лечения (схема 2) больных с СНМП.

Оперативное лечение абсолютно показано больным с:

- ✦ рецидивирующей инфекцией мочевых путей,
 - ✦ повторившейся после удаления катетера или с рецидивирующей острой задержкой мочи,
 - ✦ парадоксальной ишурией,
 - ✦ устойчивой к терапии макрогематурией,
 - ✦ двусторонним уретерогидронефрозом с почечной недостаточностью (или без нее),
 - ✦ камнями мочевого пузыря,
 - ✦ дивертикулом мочевого пузыря больших размеров,
- обусловленными инфравезикальной обструкцией, гиперплазией простаты.

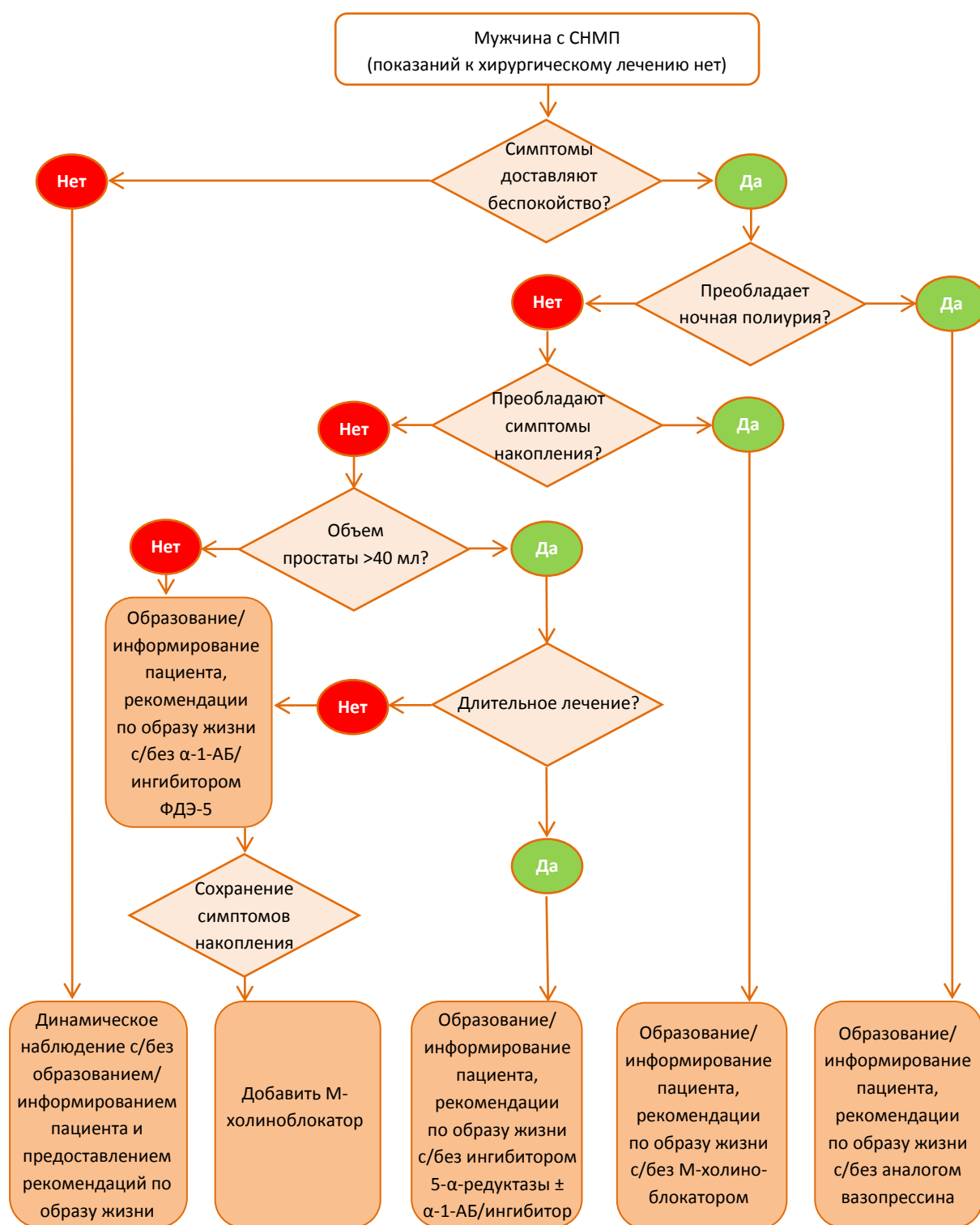


Схема 1. Алгоритм выбора консервативного/медикаментозного метода лечения у больного с СНМП

