Доброкачественная гиперплазия предстательной железы

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые · редакция 2024 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: N40 · Общероссийская общественная организация "Российское общество урологов"

ДГПЖ — доброкачественное разрастание периуретральной зоны простаты, которое может вызывать инфравезикальную обструкцию и симптомы нижних мочевых путей. Рекомендация описывает диагностику СНМП у мужчин, выбор наблюдения, лекарственной терапии и операции, а также контроль осложнений.

Главное

- Клинический критерий ДГПЖ — доброкачественное увеличение простаты более 25 см³; дополнительные признаки: СНМП, инфравезикальная обструкция и возраст старше 40 лет.
- СНМП неспецифичны: симптомы накопления, опорожнения и постмиктурические жалобы могут быть связаны не только с ДГПЖ, но и с мочевым пузырем, инфекцией, простатитом, опухолями и нейрогенными нарушениями.
- IPSS используют у всех мужчин с СНМП: 0 баллов — нет симптомов, 1–7 — легкие, 8–19 — умеренные, 20–35 — тяжелые; УУР А, УДД 3.
- ПСА нужен для исключения рака простаты у мужчин старше 50 лет, а при семейном анамнезе РПЖ — старше 45 лет; условная граница нормы ПСА — 4 нг/мл; УУР С, УДД 5.
- Урофлоуметрия: Qmax >15 мл/с считают нормой при ДГПЖ, 10–15 мл/с — умеренное нарушение, <10 мл/с — значительное; только по УФМ нельзя надежно подтвердить или исключить обструкцию; УУР С, УДД 5.
- Альфа-адреноблокаторы — первая линия при умеренных и тяжелых СНМП; они уменьшают IPSS на 30–40% и повышают Qmax примерно на 20–25%, но не уменьшают простату и не предотвращают прогрессирование; УУР А, УДД 1.
- Операция показана при рецидивирующей задержке мочи, выраженной обструкции, камнях мочевого пузыря, интермиттирующей макрогематурии, гидронефрозе из-за ДГПЖ, большом объеме остаточной мочи или неэффективности лекарств; один большой объем простаты без тяжелых симптомов — не показание.

Диагностика

1. Начните с жалоб и анамнеза: разделите симптомы на накопления, опорожнения и постмиктурические; уточните ОЗМ, гематурию, неврологические и системные болезни, операции, препараты, образ жизни и ранее проводимое лечение; УУР С, УДД 5.
2. Заполните IPSS/QoL всем мужчинам с СНМП; при дневной или ночной поллакиурии назначьте дневник мочеиспусканий минимум на 3 суток; УУР А, УДД 3 для IPSS, УУР С, УДД 4 для дневника.
3. Проведите осмотр: надлобковая область, наружные половые органы, грубая оценка моторики и чувствительности нижних конечностей; всем при подозрении на ДГПЖ выполните ПРИ с оценкой простаты и признаков РПЖ; УУР С, УДД 5/4.
4. Лабораторно выполните общий анализ мочи, креатинин крови и общий ПСА по возрастным показаниям; при повышенном ПСА или подозрительном ПРИ дальнейшее обследование ведите по рекомендациям по РПЖ.
5. Инструментальная база: трансабдоминальное УЗИ простаты и мочевого пузыря, определение остаточной мочи; ТРУЗИ — при подозрении на РПЖ, перед операцией или при грубых изменениях простаты на УЗИ; УУР С, УДД 5.
6. Выполните урофлоуметрию до лечения, желательно не менее двух раз при объеме мочеиспускания 150–350 мл и естественном позыве; после УФМ целесообразно измерить остаточную мочу; УУР С, УДД 5.
7. КУДИ нужно при возрасте <50 лет, объеме мочеиспускания <150 мл, остаточной моче ≥300 мл, Qmax ≥15 мл/с на фоне СНМП, подозрении на нейрогенную дисфункцию/нейропатию, симптомах после операции или неэффективности консервативной терапии; УУР С, УДД 5.

Лечение

- Динамическое наблюдение подходит при неосложненных легких или умеренных СНМП, если пациент симптомами не обеспокоен; УУР А, УДД 2.

- Поведенческая терапия нужна всем при нехирургической тактике: ограничение жидкости в неудобные периоды, уменьшение кофеина и алкоголя, двойное/расслабленное мочеиспускание, тренировка мочевого пузыря, коррекция препаратов, особенно диуретиков; контроль у уролога каждые 6–12 мес; УУР B, УДД 2.
- Альфа-адреноблокаторы при умеренных и тяжелых СНМП: тамсулозин 0,4 мг/сут, алфузозин 10 мг/сут, силодозин 8 мг 1 раз/сут, теразозин с титрацией 1–10 мг/сут преимущественно на ночь, доксазозин с 1 до 8 мг/сут; УУР A, УДД 1.
- Ингибиторы 5-альфа-редуктазы назначают при умеренных/тяжелых СНМП и простате >40 см³ или ПСА >1,4–1,6 нг/мл: финастерид 5 мг/сут, дутастерид 0,5 мг/сут. Эффект ожидают не раньше 6–12 мес; препараты снижают ПСА примерно в 2 раза; УУР A, УДД 1.
- При преобладании симптомов накопления и сопутствующем ГАМП используют антагонисты мускариновых рецепторов: фезотеродин, оксибутинин, солифенацин, толтеродин, троспия хлорид; нужен УЗ-контроль остаточной мочи, при выраженной обструкции и большом ООМ не показаны; УУР B, УДД 3.
- Мирабегрон 50 мг применяют при умеренных/тяжелых СНМП с ГАМП и преобладанием симптомов накопления; перед стартом и далее контролируют АД, противопоказан при САД >180 мм рт. ст. или ДАД >110 мм рт. ст.; УУР A, УДД 2.
- Тадалафил — единственный иФДЭ5, разрешенный для СНМП при ДГПЖ: 5 мг/сут ежедневно, можно при наличии или отсутствии эректильной дисфункции; не сочетать с нитратами, противопоказан при ряде недавних сердечно-сосудистых событий и неконтролируемых состояниях; УУР C, УДД 3.
- Комбинация альфа-блокатор + ингибитор 5-альфа-редуктазы показана при умеренных/тяжелых СНМП, простате >40 см³ и низком Qmax, курс не менее 12 мес; УУР A, УДД 2.

Когда направить и как наблюдать

- Плановая госпитализация показана при наличии показаний к операции.
- Экстренная госпитализация нужна при острой задержке мочи или макрогематурии.
- Выписка из стационара возможна при восстановлении уродинамики, отсутствии признаков системного воспаления и отсутствии риска осложнений.
- Диспансерное наблюдение у уролога проводят 1 раз в 6–12 мес; включают УЗИ мочевой системы с остаточной мочой, урофлоуметрию и дневник мочеиспускания; УУР C, УДД 5.
- После операции наблюдение обязательно; заживление раневой поверхности после большинства операций может занимать до 2,5–3 мес, а качество мочеиспускания в этот период постепенно улучшается; УУР C, УДД 5.

Частые вопросы

Какие критерии нужны для диагноза ДГПЖ?

Патоморфологический критерий — гистологическое подтверждение. Клинически ориентируются на доброкачественное увеличение простаты более 25 см³; дополнительны СНМП, признаки обструкции и возраст старше 40 лет.

Как интерпретировать IPSS?

0 баллов — симптомов нет, 1–7 — легкая степень, 8–19 — умеренная, 20–35 — тяжелая. Шкала помогает количественно оценить СНМП и качество жизни, но не подтверждает инфравезикальную обструкцию.

Что входит в первичное обследование пациента с СНМП и подозрением на ДГПЖ?

Диагностика основывается на жалобах, анамнезе, данных физического обследования, лабораторных и инструментальных методов исследования; обследование нужно для подтверждения диагноза, оценки клинического профиля и выбора тактики лечения.

Когда выбирать альфа-блокатор, а когда ингибитор 5-альфа-редуктазы?

Альфа-блокаторы — первая линия при умеренных и тяжелых СНМП. Ингибиторы 5-альфа-редуктазы назначают при умеренных и тяжелых СНМП и увеличенной простате >40 см³ или ПСА >1,4–1,6 нг/мл; их эффект развивается через 6–12 мес.

Когда при ДГПЖ нужна операция?

Операция показана при рецидивирующей задержке мочи, выраженной обструкции, камнях мочевого пузыря, интермиттирующей макрогематурии, гидронефрозе из-за ДГПЖ, большом объеме остаточной мочи или неэффективности лекарственной терапии. Само по себе большое увеличение простаты без тяжелых симптомов не является показанием.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/6-dobrokachestvennaya-giperplaziya-predstatelnoj-zhelezy. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/6_2