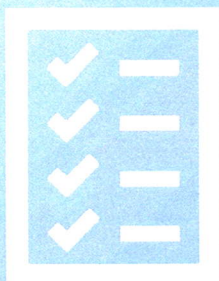




MINISTERUL SĂNĂTĂȚII AL REPUBLICII MOLDOVA
Instituția Medico-Sanitară Publică
SPITALUL CLINIC REPUBLICAN „Timofei Moșneaga”



**PROTOCOL CLINIC
INSTITUȚIONAL**

**Hiperplazia
benignă de prostată
PCN-77**



2024

APROBAREA PROTOCOLULUI CLINIC INSTITUȚIONAL "HIPERPLAZIE BENIGNĂ DE PROSTATĂ"

La Ședința Consiliului Calității din 03.02.2023, proces verbal nr. 3

Acest protocol este elaborat de grupul de lucru al IMSP Spitalul Clinic Republican "Timofei Moșneaga" conform ord. nr. 161 din 07.10.2022 „Cu privire la elaborarea Protocoalelor Clinice Naționale”

Nr.	Nume, prenume	Sbdiviziunea
1.	Vitalii Ghicavii	Șef cabinet de endourologie
2.	Adrian Tanase	Catedra de urologie și nefrologie chirurgicală
3.	Alexei Pleșacov	Medic urolog
4.	Ivan Vladanov	Medic urolog
5.	Andrei Galescu	Șef secție Urologie

ABREVIERI ȘI NOTĂȚII CONVENȚIONALE

HBP	Hiperplazie benignă de prostată
AgHBs	antigen superficial (s) al virusului hepatitic B
anti-HBc	anticorpi către antigenul HBc (IgM+IgG sau „total”)
anti-VHC	anticorpi către spectrul de proteine ale virusului hepatic C
BCR	boală cronică de rinichi
DZ	diabet zaharat
FCC	frecvență a contracțiilor cardiace
FG	filtrație glomerulară
NPP	nume, prenume, patronimic
HTA	hipertensiune arterială
IPSS	Scorul internațional al simptomelor provocate de adenomul de prostată (<i>International prostate symptom score</i>)
IRA	insuficiență renală acută
IRC	insuficiență renală cronică
IRM	imagistică prin rezonanță magnetică
ITU	infecție a tractului urinar
i.m.	intramuscular
i.v.	intravenos
i.r.	intrarectal
LUTS	simptome din partea tractului urinar inferior (<i>lower urinary tract symptoms</i>)
MS	Ministerul Sănătății
QoL	calitate de viață
PSA	antigenul specific de prostată (<i>prostate specific antigen</i>)
RM	Republica Moldova
SATI	secție de anesteziologie și terapie intensivă
SIRS	Sindromul de răspuns inflamator sistemic (<i>systemic inflammatory response syndrome</i>), actualmente este preferat față de termenul „sepsis”.
s.c.	subcutanat
TA	tensiune arterială
TC	tomografie computerizată
TUIP	rezeccție transuretrală (endoscopică) a adenomului de prostată
TURP	incizie transuretrală (endoscopică) a prostatei
UR	urină reziduală
USG	ultrasonografie
USMF	Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie
VSC	volum al sîngelui circulant

A. PARTEA INTRODUCȚIVĂ

A.1. Diagnosticul. Exemple de formulare a diagnosticului clinic:

În diagnosticul obligator vor fi reflectate următoarele compartimente:

- Entitate nosologică de bază (adenomul de prostată sau hiperplazie benignă a prostatei).
- Severitatea manifestărilor hiperplaziei benigne de prostată cu indicarea IPSS și QoL.
- Numărul și dimensiunile nodurilor hiperplaziei benigne de prostată
- Urină reziduală în vezica urinară, cu indicarea volumului.

- Complicațiile hiperplaziei benigne de prostată .
- Intervențiile urologice efectuate (*denumirea, complicațiile, data efectuării*).
- În caz de o afecțiune renală asociată este solicitată indicarea stadiului BCR conform clasificării KDOQI, 2002, sau ISN, 2005 (*sunt identice*).
- Bolile asociate și complicațiile lor.

Exemple de diagnostice clinice:

1. Hiperplazie benignă de prostată, gr. I. IPSS = 9. QoL = 1 Urină reziduală = 20 ml. HTA esențială, gr. I, risc redus.
2. Hiperplazie benignă de prostată, gr. II. IPSS = 17. QoL = 3. Urină reziduală = 70 ml. ITU. Cistita cronică în acutizare. Diverticulul vezicii urinare. DZ, tipul II, insulinoinddependent, forma ușoară.
3. Hiperplazie benignă de prostată, gr. III. IPSS = 29. QoL = 5. 3 noduli adenomatoși cu diametrul 1,5, 1,6 și 2,3 cm. Urină reziduală = 600 ml. Retenție cronică de urină. ITU. Cistită cronică în acutizare. Calcul al vezicii urinare. Reflux vezicoureteral bilateral, gr. III. Pielonefrită cronică secundară, acutizare medie. BCR, st. III (KDOQI, 2002). Retenție acută de urină. Cateterizarea vezicii urinare. Rezecție transuretrală a prostatei.

A.2. Codul bolii

Actualmente în Republica Moldova se aplică clasificarea internațională a maladiilor CIM-10. Conform recomandărilor OMS:

- **N40 – Hiperplazie benignă de prostată**

A.3. Utilizatorii

Medicii, asistenții medicali și personalul auxiliar al instituției din:

- Secția de internare
- Serviciul de laborator
- Farmacia
- Serviciul statistic
- Serviciul sanitar-epidemiologic

Notă: Protocolul la necesitate poate fi utilizat și de alți specialiști, implicați în asistența medicală acordată pacienților cu complicațiile stricturii uretrei la bărbați.

A.4. Obiectivele protocolului

- Ameliorarea diagnosticării HBP.
- Micșorarea ratei de complicații acute la pacienții cu HBP.
- Sporirea eficienței tratamentului în HBP.
- Sporirea de calitate în supravegherea pacienților cu HBP.

A.5. Definiții folosite

Terminologia actuală, legată cu HBP, a fost introdusă la Conferință de Consens privind Hiperplazia Benignă a Prostatei, care a avut loc în Monaco în 1995. **Adenomul de prostată** (AP, echivalent cu „*hiperplazie benignă a prostatei*”) reprezintă o condiție patologică manifestată prin

dezvoltarea nodulilor adenomatoși, preponderent în zonă centrală a prostatei, asociate cu dereglările fluxului urinar prin uretră și manifestate prin simptomatologia căilor urinare inferioare (LUTS). Termenul **LUTS (lower urinary tract symptoms– simptomele tractului urinar inferior)** a înlocuit termenul *prostatism*, fiindcă manifestarea acestor simptome este posibilă la ambele sexe și ele nu sunt specifice doar afecțiunilor prostatei. Sindromul TUR– hipervolemie, hiperhidratație și diselectrolitemie din cauza unei absorbției sporite a lichidului de irigare în circulație sangvină în timpul intervenției chirurgicale (ex., în caz de TURP).

A.6. Clasificarea hiperplaziei benigne de prostată

Caseta 1. Clasificarea hiperplaziei benigne de prostată

- **Clasificarea HBP conform severității (American Association of Urology 2003/2006):**
 - ✓ **Ușoară (gr. I):** IPSS = 0-7, QoL = 0-2. Absența complicațiilor HBP.
 - ✓ **Medie (gr. II):** IPSS = 8-19, QoL = 3-4. Eventual, prezența complicațiilor cronice ale HBP.
 - ✓ **Severă (gr. III):** IPSS = 20-35, QoL = 5-6. Prezența complicațiilor cronice ale HBP. Eventual, prezența complicațiilor acute.
- **Clasificarea clinică a hiperplaziei benigne de prostată:**
 - ✓ **Stadiul I (compensat):** prezența LUTS ușoare, urină reziduală lipsește sau este minimă.
 - ✓ **Stadiul II (subcompensat):** LUTS medii/severe, prezența urinei reziduale < 150 ml.
 - ✓ **Stadiul III (decompensat):** LUTS severe inclusiv pseudoîncontinență și globul vezical palpabil, dezvoltarea complicațiilor acute și/ sau cronice, inclusiv IRC.
- **Dimensiunile prostatei:**
 - ✓ Normale < 20 cm³; HBP de volum mic = 20-30 cm³; HBP de volum mediu = 30-80 cm³; HBP de volum mare > 80 cm³.

A.7. Informația epidemiologică

Hiperplazie benignă de prostată reprezintă una din cele mai frecvente tumori benigne la bărbați adulți și senili. HBP are o prevalență sporită și crește de la 5%, la bărbații în vârstă de 40 de ani, până la 30% la bărbații în vârstă de 60 de ani, și > 50%, la bărbații în vârstă de 80 de ani. Această maladie prezintă pericol de viață, dar semnificativ afectează calitatea vieții.

Beneficiile respectării protocolului clinic

Respectarea protocolului clinic național va standardiza diagnosticarea și managementul pacienților cu hiperplazie benignă de prostată, va contribui la distribuire optimă a resurselor umane și a celor materiale, având ca obiectiv asigurarea unui nivel înalt de acordare a serviciilor medicale, obținerea unui beneficiu maxim pentru pacienți și micșorarea cheltuielilor nefundamentate în domeniul sănătății.

A.8 Factori principali de risc în dezvoltarea H

Caseta 2. Factori principali de risc în dezvoltarea HBP

Prevalența hiperplaziei benigne de prostată este minoră pînă la 30 de ani, de circa 7-10% – la cei în vîrstă de 40 de ani și este de 30-50% la pacienții în vîrstă peste 60 de ani.

- **Dovediți cu certitudine:**
 - ✓ Vîrsta înaintată.
 - ✓ Disfuncțiile hormonale
- **Presuși în baza rezultatelor studiilor epidemiologice:**
 - ✓ Diabet zaharat.
 - ✓ Hipertensiune arterială.
- **Rolul obezității, fumatului și al consumului de alcool la moment nu este confirmat.**

Caseta 3. Factori de risc asociați cu necesitatea tratamentului chirurgical al HBP

- Vîrsta înaintată.
- Scorul IPSS , în special severitatea nocturiei, și calitatea vieții (*anexa 1-3*).
- Q max redusă (viteză maximă a fluxului urinar în timpul micțiunii).
- Nivelul de testosteron și de alți hormoni sexuali masculini.

Caseta 4. Factori de risc în dezvoltarea retenției acute de urină, cauzate de HBP

- Factorii care majorează riscul:
 - ✓ Dimensiunile prostatei.
 - ✓ Concentrația PSA.
- Factorii care reduc riscul:
 - ✓ Tratament medicamentos cu inhibitorii 5- α reductazei.
 - ✓ Tratamentul chirurgical al HBP.

A.9 Profilaxia și screening al hiperplaziei benigne de prostată

Caseta 5. Profilaxia primară a HBP

- La moment nu sunt măsuri de profilaxie primară propriu-zisă a HBP.

Caseta 6. Profilaxia secundară a HBP

- Depistarea activă a HBP în grupurile de risc (*casetele 2-4*).
- Examinarea clinică și paraclinică țintită a pacienților cu suspectare la HBP (*casetele 9-11*).
- Aplicarea la timp a metodelor de diagnostic diferențial imagistic, precum și a tratamentului corespunzător (*anexa 4*)

Caseta 7. „Așteptare vigilentă” (*watchful waiting*)

- Este recomandată pacienților cu HBP ușor (IPSS = 0-7, QoL = 0-2) și unor bolnavi cu HBP mediu (IPSS = 8-19, QoL = 3-4).
- Acordarea asistenței educaționale pacientului:
 - ✓ Pacientului i se prezintă o informație selectată despre HBP.
 - ✓ Informarea pacientului despre faptul că HBP progresează numai la o parte dintre bolnavi, iar complicațiile severe sunt rare.

- ✓ Asigurarea pacientului că riscul cancerului prostatei la pacienții cu LUTS nu este superior celui la pacienți fără LUTS.
- ✓ Pacientul cu LUTS necesită o monitorizare dinamică, fiind solicitate vizitele repetate la distanță de 6-12 luni sau la înrăutățirea simptomatologiei LUTS.
- ✓ Pentru a confirma obiectiv agravarea manifestărilor HBP la această etapă se recomandă:
 - Scorul IPSS (*anexa 1,3*).
 - Scorul QoL (calitatea de viață) (*anexa 2,3*).
 - Viteza fluxului urinar în timpul micțiunii (*tabelul 1*).
 - Evaluarea volumului urinei reziduale (USG transabdominală) (*tabelul 1*).
- Examinările clinică și paraclinică țintite ale pacienților cu suspecție de HBP (*casetele 9-11, Tabel 11*).
- Modificările stilului de viață:
 - ✓ Limitarea aportului de lichid la nivel de 1,5 l, cu micșorarea consumului înainte de somn sau în timpul activităților publice.
 - ✓ Limitarea sau evitarea consumului de alcool și al cafeinei, care au efecte diuretic și iritant, potențând astfel LUTS.
 - ✓ Aplicarea metodei de urinare dublă pînă la evacuarea mai completă a urinei din vezica urinară.
- Tehnici distractive (ex., respirație profundă etc.), pentru a controla simptomele iritative.
- Revizuirea medicației pacientului, cu suspendare sau cu înlocuirea medicamentelor cu efect potențial negativ asupra LUTS (ex., diuretice, antihistaminice).
- Tratatamentul condițiilor, care agravează suplimentar LUTS: DZ, HTA, ICC, constipații. Acordarea ajutorului necesar pacienților cu dereglările motorice sau ale statusului mintal.

Caseta 8. Screening-ul HBP

- Identificarea activă a pacienților din grupurile de risc sporit (*casetele 2-4*), cu evaluarea anamnesticalui și a acuzelor sugestive pentru HBP (*casetele 9-10*), cu determinarea IPSS și QoL.
- Examinările clinice (*casetele 9-11*), paraclinice (*tabelul 1*) (minim: PSA, USG prostatei/vezicii urinare, determinarea UR, uroflowmetrie) în caz de $IPSS \geq 8$ și $QoL \geq 3$.

A.10 Conduita pacientului

Caseta 9. Anamneza în HBP

Acuzele:

• Simptomatologia nemijlocit asociată cu HBP:

- ✓ Simptome obstructive, cauzate de blocarea evacuării urinei de către hiperplaziei benigne de prostată:
 - Început dificil al actului de micțiune (întârzierea micțiunii involuntare).
 - Jet urinar slab, filiform, intermitent.
 - Disurie: pacientul urinează cu forță, cu contracția musculaturii abdominale, pentru a evacua urina.
 - Micțiune prelungită.
 - Senzație de golire incompletă a vezicii urinare.
 - Retenție de urină.
- ✓ Simptome iritative:
 - Polakiurie și nocturie (urinările frecvente din timpul zilei și al nopții).
 - Micțiune imperioasă.

- Pseudoincontinența din cauza vezicii urinare suprapline de urină reziduală.
- **Determinarea scorului IPSS și a reducerii calității de viață, cauzate de HBP (anexa 1-3).**
- **Simptomatologia complicațiilor HBP:** „vezică de luptă”, retenție acută de urină, reflux vezicoureteral, boală cronică de rinichi (ex., hidronefroza, insuficiență renală cronică):
 - ✓ Dureri pubiene, disconfort sau greutate în regiune pubiană.
 - ✓ În cazuri depășite:
 - Retenție acută de urină.
 - Ruptura vezicii urinare, cu ameliorarea consecutivă a durerilor și cu dezvoltarea tabloului de peritonită.
 - Lumbalgii.
 - HTA nefrogenă secundară.
 - Dezvoltarea IRC și manifestarea clinică a sindromului uremic.
- **Hematurie, pierdere ponderală, apariția ganglionilor limfatici inghinali palpabili reprezintă semne de alarmă pentru adenocarcinomul de prostată.**
- **Antecedentele:**
 - Prezența factorilor de risc pentru dezvoltarea HBP și a complicațiilor lui (casetele 2-4).
 - Evoluția în timp a acuzelor pacientului, cu HBP suspectat sau diagnosticat.

Caseta 10. Examenul clinic la pacienții cu HBP

- **Picături „scăpate” de urină pe lenjerie/ pantaloni;**
- **Glob vezical** (determinat la inspecție, la percuție și/ sau la palpație): evaluarea este obligatorie pentru excluderea retenției acute de urină.
- **Tușeul rectal:** determinarea aproximativă a dimensiunilor hiperplaziei benigne de prostată, a consistenței ei, a numărului și a dimensiunilor nodulilor și diagnosticul diferențial orientativ cu cancerul prostatei;
- **Prezența semnelor SIRS:** febră, frisoane, transpirații, prezența focarului de infecție la nivelul sistemului uropoietic, fatigabilitate sporită, slăbiciune generală.
- **Aprecierea stării altor organe și sisteme** cu evidențierea manifestărilor patologice, caracteristice pentru maladiile asociate și disfuncția acestor organe și sisteme. Maladiile asociate și complicațiile lor.

Tabelul 1. Investigații instrumentale și de laborator în HBP

Examenul de laborator sau instrumental	Manifestare în adenomul de prostată	Nivelul de acordare a asistenței medicale	
		Urolog	Staționar specializat
Analiza generală de urină ^{I,Rp,U}	Leucocituria (≥ 5 în c/v, indică ITU). Microhematuria (mai ales în HBP mici sau medii). Macrohematurie (≥ 100 c/v sau acoperă c/v, de obicei, în HBP medii sau severe)	O	O
EG ^{I, Rp}	Gradul de afectare a funcției de filtrație (în prezența	-	O

	diurezei nocturne cel puțin 500 ml)		
Analiza generală de sânge ^{I, Rp, U}	Leucocitoza, neutrofiloza, deviere spre stînga și creșterea VSH-ului ca reacția la leziunile inflamatorii și necrotice. Celule plasmaticice și granulație toxică (intoxicație).	O	O
Examinări biochimice de bază ale sîngelui ^{I, Rp, U}	Creatinina, ureea (severitatea sindromului uremic), glicemia (diabet zaharat), ALT (sindromul citolizei hepatice), bilirubina (directă, indirectă și totală), sodiul, potasiul.	O	O
Examinările imunologice de bază ^{I, Rp}	PSA (în cazuri incerte PSA fracție liberă) – <u>obligatoriu inclusiv la nivelul AMT</u>. AgHbs, Anti HCV, anti-HBc IgG-M (total), (patologia hepatică), analiza SIDA, reacția MRS; Rh și grupă de sânge (transfuziile de sânge)	R	O
Examinările bacteriologice ^{I, Rp}	Urocultura, hemocultura, însămînțare din alte țesuturi și lichide biologice (sepsis, procesul infecțios postoperator). Se efectuează cu o determinare obligatorie a antibioticilor sensibilității	R	O
ECG ^{I, U}	Prezența complicațiilor cardiovasculare (cardiopatie ischemică, infarctul acut de miocard)	O	O
Radiografia/MRF Toracică ^{I, Rp}	Complicațiile cardiorespiratorii (ex., pleurezie, sindrom tromboembolic sau pneumonie în perioada postoperatorie)	O	O
Uroflowmetrie ^{I, Rp}	Determinare în dinamică a vitezei maxime de flux urinar în timpul micțiunii (Q max)	R	O
USG prostatei (transrectală) ^{I, Rp}	Dimensiunile și forma prostatei, localizarea și dimensiunile nodulilor adenomatoși, prezența calcinatelor. Este recomandată cuplarea cu examenul Doppler.	R	O
USG Renovezicală ^{I, Rp, U}	Caracteristică dimensiunilor și a particularităților structurale ale rinichilor și ale vezicii urinare, ale volumului rezidual de urină în vezică urinară, ale eventualelor modificări patologice la nivelul renal (ex., hidronefroza, deformarea sistemului calice-bazinet, nefroscleroză) și vezical (vezică „de forță”, diverticulul, calcul vezical).	O	O
Ex. radiologic a sistemului urinar ^{I, Rp}	Se aplică în caz de rezultate neconcludente ale USG sau la suspectarea malformațiilor congenitale/ evaluare postoperatoriu.	R	R

Notă: Caracterul implementării metodei diagnostice: **O** – obligatoriu; **R** – recomandabil.

Modelul monitorizării: **I** – evaluare inițială; **Rp** – repetat la necesitate; **U** – urgent.

Caseta 11. Diagnosticul pozitiv al HBP

- **Prezența factorilor de risc în HBP și dezvoltarea complicațiilor lui** (casetele 2-4).
- **Acuzele** (caseta 9). Obligatoriu sunt apreciate IPSS și QoL (anexa 1-3).
- **Calendarul micțional noctemeral:** important pentru evaluarea inițială și monitorizarea dinamică a severității LUTS. Pacienții înregistrează simptome neplăcute și notează frecvența, volumul și orarul urinărilor.
- **Datele clinice** (caseta 10). Tușeul rectal este obligatoriu.
- **Datele de laborator** (tabelul 1).
 - ✓ PSA, inclusiv fracție liberă (diagnosticul diferențial cu adenocarcinomul prostatei).
 - ✓ *Suplimentar (diagnosticul eventualelor complicații): creatinina sîngelui, analiză generală de sînge, analiză generală de urină (evaluare inițială și dinamică), urocultură (preoperatoriu), în special la persoanele cu risc sporit de ITU.*
- **Datele examinărilor instrumentale** (tabelul 1):
 - ✓ **Ecografia transrectală a prostatei:** Prezența adenomului de prostată, numărul de noduli, localizarea și dimensiunile lor.
 - ✓ **Uroflowmetria:** Determinarea *ad hoc* și monitorizarea dinamică a Q max (vitezei maxime a fluxului urinar în timpul micțiunii).
 - ✓ **Sunt recomandate, în special preoperatoriu:** evaluarea endoscopică (uretrocistoscopie), ecografia renovezicală.
- **Diagnosticul diferențial principal se efectuează între gradele de severitate a HBP** (caseta 1), între AP și adenocarcinomul prostatei.
- **Cercetarea aprofundată este solicitată în caz de:** rezultate suspecte ale tușeului rectal, valori ridicate ale PSA (în special, ale fracției libere) sau creșterea lui în dinamică, tratament medicamentos precedent ineficace al LUTS/ HBP, DZ, traumatism/ chirurgie pelviene, IRC, afecțiuni ale sistemului nervos central și periferic (în special, dizautonomia). În caz de suspecție la cancerul prostatei, se recomandă puncția-biopsia prostatei.

A.12 Tratamentul chirurgical

Caseta 12. Indicații pentru tratamentul chirurgical în HBP

- **Indicații absolute:**
 - ✓ Retenție acută de urină, refractară la tratamentul aplicat.
 - ✓ Retenție acută recidivantă de urină.
 - ✓ Hematurie recurentă, refractară la tratament cu inhibitorii 5- α reductazei.
 - ✓ Insuficiență renală secundară HBP.
 - ✓ Calculi în vezica urinară.
- Manifestările clinice, care reduc semnificativ calitatea vieții (IPSS $\geq$ 20, QoL $\geq$ 4, în special 5-6) reprezintă indicațiile cele mai frecvente pentru intervenția chirurgicală de plan.

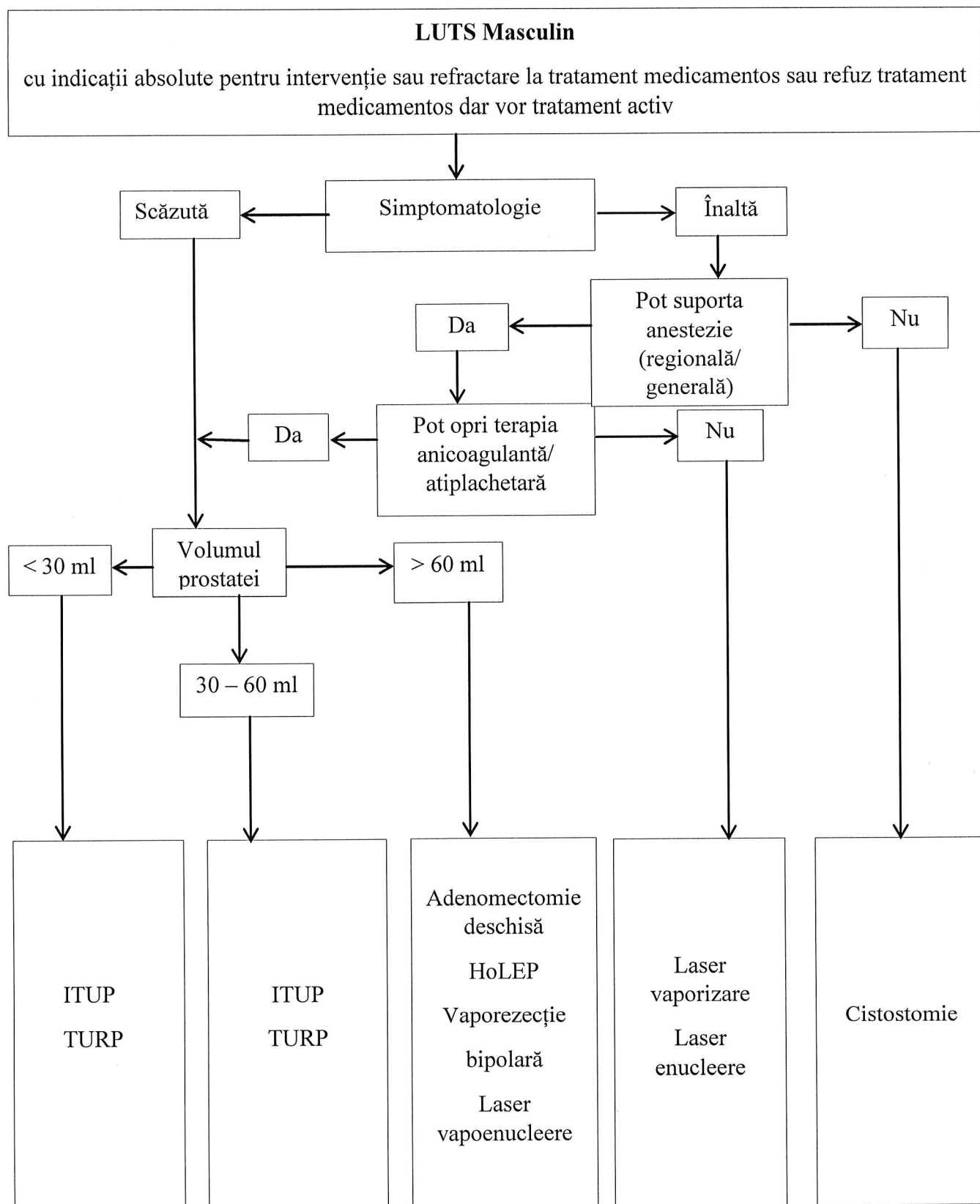
Caseta 13. Rezultatele așteptate ale intervenției chirurgicale

- Ameliorarea LUTS (obiectivizare prin IPSS).
- Creșterea vitezei fluxului urinar în timpul micțiunii (Q max determinată cu ajutorul uroflowmetriei).
- Diminuarea volumului rezidual de urină (obiectivizat cu ajutorul USG transrectale.)

- Volumul rezidual mare de urină în vezica urinară, de asemenea, poate servi drept indicație pentru intervenția chirurgicală. Însă varietățile lui și lipsa corelației directe cu riscul retenției acute de urină și severitatea LUTS nu permit obiectivizarea cantitativă a acestei indicații.
- Indicații pentru **adenomectomie deschisă**: HBP mare de prostată ($> 60\text{-}100\text{ cm}^3$, diverticulul vezicii urinare sau calculi mari ai vezicii urinare).

Notă: Metodele paliative se utilizează nu numai la pacienții cu contraindicații pentru tratamentul chirurgical radical al adenomului de prostată, ci și la pacienții internați pe urgență, ex., cu retenție acută de urină. Tratamentul radical este efectuat în astfel de cazuri „la rece”.

Figura 1. Tratamentul chirurgical în HBP



Complexitatea intervențiilor cu utilizarea energiei laser și energiei bipolare necesită posesia competențelor respective (specializare, masterclass) de lucru cu echipamentul dat, dovedit prin prezența documentelor confirmative și acordului administrației IMSP.

Caseta 25. Supravegherea pacienților cu HBP în spital

- Conduita generală a pacientului cu HBP (A.10).
- Abordarea complexă în timpul tratamentului în staționar (figura 1, casetele 12,13)
 - ✓ Stabilirea volumului și a caracterului măsurilor terapeutice și diagnostice la etapele consecutive de management (tabelul 1, caseta 12).
 - ✓ Tratamentul chirurgical al HBP (figura 1).

B. PARTEA GENERALĂ**B1. Nivel de asistență medicală spitalicească (urologi)****B.1. Nivel de staționar**

Descriere (măsuri)	Motive(repere)	Pași (modalități și condiții de realizare)
I	II	III
1. Profilaxia secundară	Ameliorarea manifestărilor clinice ale HBP. Prevenirea dezvoltării complicațiilor în HBP.	• Respectarea unui set de măsuri de diagnostic pozitiv și diferențial (caseta 11). • Acordarea tratamentelor conservator și chirurgical adecvate (casetele 12-13; figura 1).
2. Spitalizarea	Precizarea diagnostică, efectuarea diagnosticului diferențial. Optimizarea terapiei și asigurarea volumului adecvat de tratament, inclusiv al celui chirurgical.	• Necesitatea și direcția spitalizării se efectuează conform indicațiilor pentru tratament chirurgical (caseta 12).
3. Diagnosticul	Confirmarea prezenței de HBP. Depistarea severității și a caracteristicilor în HBP. Stabilirea prezenței de complicații acute și cronice ale HBP , precum și de maladii asociate, care pot influența managementul HBP.	• Anamneza (caseta 9). • Examenul clinic (caseta 10;). • Investigațiile paraclinice obligatorii și recomandabile (tabelul 1). • Evaluarea diagnosticului pozitiv și al severității HBP (caseta 11).

D.RESURSE UMANE ȘI MATERIALE NECESARE PENTRU RESPECTAREA PCI

D.1. Secție de urologie	Personal: • Medici specialiști (urolog, chirurg). • Alți specialiști (funcționalist, imagist). • Asistentele medicale. • Medici laboranți și laboranți cu studii medii. • Specialiștii serviciului morfologic. Aparataj, utilaj: • Tonometru și fonendoscop. • Electrocardiograf. • Ultrasonograf (pentru secții specializate suplimentar pentru examinarea organelor interne în regimul Doppler color). • Aparat radiografic (se preferă mobil). • Laborator clinic pentru determinarea următorilor parametri: ✓ <i>biologici</i> – analiză generală de sânge, analiză generală de urină; ✓ <i>biochimici (în sânge)</i> – creatinină, uree, glicemie, potasiu, sodiu; în secțiile specializate (urologie) suplimentar: calciu (total și ionizat), bilirubină, ALT, amilază, fosfatază alcalină; ✓ <i>imunologici</i> – PSA și PSA, fracției libere; Rh și grupul sangvinic, AgHbs, anti-HbcIg total, anti-HCV, analiza SIDA, reacția MRS; ✓ <i>culturali:</i> urocultură, hemocultură; în secțiile specializate (urologie) suplimentar: însămânțare din alte țesuturi și lichide biologice normale și patologice, cu determinarea antibioticosensibilității; ✓ <i>coagulogramă</i> – protrombină, fibrinogen; în secțiile specializate (urologie) suplimentar: activitatea fibrinolitică, timpul trombinic, timpul de tromboplastină parțial activat, testul cu o-fenantrolină, D-dimerii pentru determinarea produselor de degradare a fibrinogenului. ✓ în secțiile specializate (urologie) suplimentar: - proba Reberg (probele renale funcționale); - proba Neciporenko. • În secțiile specializate (urologie, nefrologie) suplimentar: • Posibilitate de efectuare a cistoscopiei. • Laborator de medicină nucleară care să efectueze scintigrafia renală dinamică. • Posibilitate de efectuare de: CT, angiografie și IRM.
	Medicamente, instrumentar: • Set antișoc • Mănuși. • Cistoscop. • Catetere uretrale: ✓ Foley. ✓ Nelaton. • Inhibitorii 5-α reductazei: ✓ Finasteridă (comprimate câte 5 mg). ✓ Dutasteridă (capsule câte 0,5 mg).

E. INDICATORII DE PERFORMANȚĂ

Nr.	Scopul	Indicatorul	Metoda de calculare a indicatorului	
			Numărător	Numitor
1.	Depistarea activă a pacienților cu LUTS la niveluri de asistență medicală primară și de ambulatoriu specializată	Ponderea persoanelor/pacienților cu LUTS, cărora în mod documentat, li s-a oferit informații sub formă de discuții/ ghid al pacientului etc. despre HBP de către medicul specialist (urolog), pe parcursul unui an	Numărul de persoane/pacienți cu LUTS, cărora de către medicul specialist (urolog), în mod documentat, li s-a oferit informații sub formă de discuții/ ghid al pacientului etc. despre HBP, pe parcursul ultimului an x100	Numărul de pacienți cu LUTS, care se află sub supravegherea medicului specialist (urolog), pe parcursul ultimului an
2.	Ameliorarea diagnosticării HBP	Ponderea pacienților cu LUTS cu IPSS ≥ 8 în vârstă de peste 40 de ani, care s-au adresat la medicul specialist (urolog) și cărora li s-a efectuat tușeul rectal, PSA, USG transrectală a prostatei și uroflowmetria	Numărul de pacienți cu LUTS cu IPSS ≥ 8 în vârstă de peste 40 de ani, care s-au adresat la medicul specialist (urolog) și cărora li s-a efectuat tușeul rectal, PSA, USG transrectală a prostatei și uroflowmetria, pe parcursul ultimului an x 100	Numărul de pacienți cu LUTS cu IPSS ≥ 8 , în vârstă de peste 40 de ani, care se află sub supravegherea medicului specialist (urolog), pe parcursul ultimului an
3.	Micșorarea ratei de complicații acute la pacienți cu HBP	Ponderea pacienților cu HBP, asociat cu complicații acute, spitalizați în instituția medico-sanitară, pe parcursul anului	Numărul de pacienți cu HBP, asociat cu complicații acute, spitalizați în instituția medico-sanitară, pe parcursul ultimului an x 100	Numărul de pacienți cu HBP, spitalizați în instituția medico-sanitară, pe parcursul ultimului an
4.	Sporirea eficienței tratamentului în HBP	Ponderea pacienților cu HBP tratați conform protocolului clinic național <i>Hiperplazie benignă de prostată</i> în IMSP, pe parcursul anului	Numărul de pacienți cu HBP, tratați conform protocolului clinic național <i>Hiperplazie benignă de prostată</i> în IMSP, pe parcursul ultimului an x 100	Numărul total de pacienți cu HBP, spitalizați în instituția medico-sanitară, pe parcursul ultimului an
5.	Sporirea de calitate în supravegherea pacienților cu HBP	Ponderea pacienților cu HBPP, monitorizați conform protocolului clinic național <i>Hiperplazie benignă de prostată</i> , de medicul specialist (urolog), pe parcursul anului	Numărul de pacienți cu HBP, monitorizați conform protocolului clinic național <i>Hiperplazie benignă de prostată</i> , de medicul specialist (urolog), pe parcursul ultimului an x 100	Numărul total de pacienți cu HBP care se află sub supravegherea medicului specialist (urolog), pe parcursul ultimului an

F.ASPECTE MEDICO-ORGANIZAȚIONALE

Tratamentul pacienților cu Hiperplazia benignă de prostată în cadrul IMSP SCR ”Timofei Moșneaga” se efectuează în cadrul secției Urologie cu cabinet de endourologie.

Investigațiile specificate în protocol vor fi efectuate în Laboratorul planic și de urgență al instituției. Examinările USG, ECG, ECHOCG se vor efectua în cadrul secției Diagnostic funcțional. Examinările radiologice se vor efectua la SRL EUROMED conform programului de lucru.

Telefoanele de contact pentru coordonarea asistenței medicale

Funcția	Telefon de contact
Vicedirector medical	(022) 403694
Vicedirector Management în sănătate	(022) 403550
Șef secție internare	(022) 728369
Sef Departament ATI	(022) 403657
Șef Departament chirurgie	(022) 403534
Șef secție urologie	(022) 403607
Șef cabinet de chirurgie endourologică	(022) 403607
Șef departament de bioinginerie	(022) 403601
Șef secție diagnostic funcțional	(022) 403636
Șef serviciu epidemiologic	(022) 403687

Telefoanele de urgență

Secția	Număr de telefon, serviciu	Telefon intern
Secția internare	(022) 728314	
Oformarea fișelor	067100184	
Paza		5-15
Serviciul tehnic		7-77
Laborator planic		5-62
Laborator de urgență		4-86

ANEXE

Anexa 1. Scorul IPSS

Scorul simptomelor	Deloc	Mai puțin de o dată pe zi	Mai puțin de ½ din timp	Aproximativ ½ din timp	Mai mult de ½ din timp	Aproape întotdeauna
În ultima lună, cât de des ați avut senzația că nu ați golit complet vezica după ce ați terminat de urinat?	0	1	2	3	4	5
În ultima lună, cât de des a trebuit să urinați din nou la mai puțin de 2 ore după ultima urinare?	0	1	2	3	4	5
În ultima lună, cât de des s-a întâmplat că, în timp ce urinați, să se oprească jetul pentru că apoi să se reia?	0	1	2	3	4	5
În ultima lună, cât de des vi s-a părut dificil să amânați urinatul?	0	1	2	3	4	5
În ultima lună, cât de des ați avut un jet urinar slab?	0	1	2	3	4	5
În ultima lună, cât de des a trebuit să împingeți sau să forțați începutul urinatului?	0	1	2	3	4	5
În ultima lună, de câte ori v-ați trezit să urinați noaptea?	deloc	1 dată	de 2 ori	de 3 ori	de 4 ori	de 5 sau mai multe ori

Scorul total IPSS

Aneza 2. Indexul QoL

Calitatea vieții datorată simptomelor urinare	Încântat	Satisfăcut	Mai mult satisfăcător	Satisfăcut și nesatisfăcut în egală măsură	Mai mult nesatisfăcut	Nefericit	Îngrozitor
Dacă ar fi să vă petreceți tot restul vieții în situația actuală	0	1	2	3	4	5	6

Scorul QoL

Anexa 3. Interpretarea severității LUTS conform scorului IPSS și indexului QoL

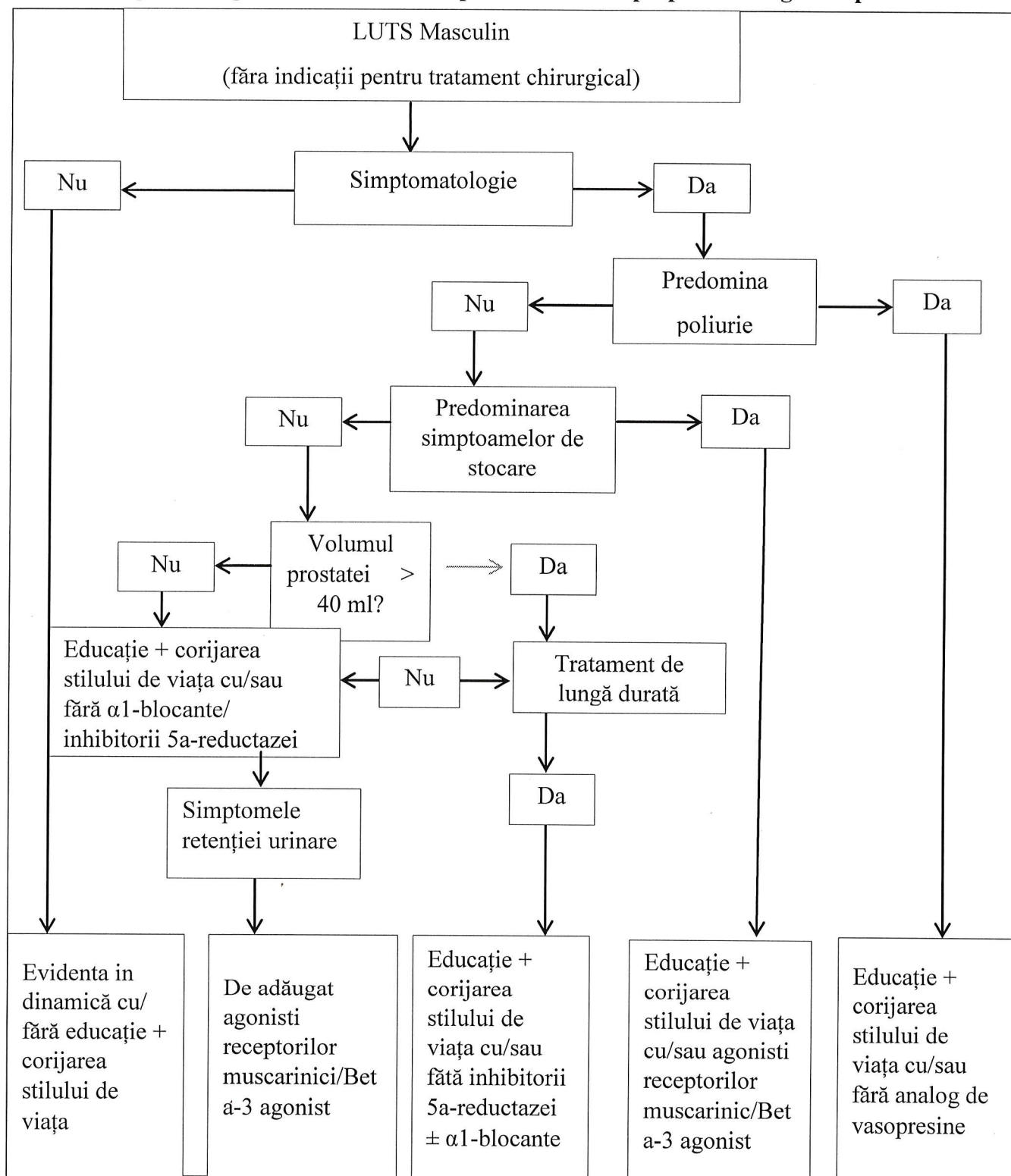
Ușoară (gr. I): IPSS = 0-7, QoL = 0-2. Absența complicațiilor LUTS;

- Medie (gr. II): IPSS = 8-19, QoL = 3-4. Eventual, prezența complicațiilor cronice ale LUTS;

Pacientul cu IPSS > 7 sau QoL > 2 este îndreptat la urolog pentru evaluarea LUTS

- Gravă (gr. III): IPSS = 20-35, QoL = 5-6. Prezența complicațiilor cronice ale LUTS. Eventual, prezența complicațiilor acute.

Anexa 4. Algoritmul general de conduită a pacientului cu hiperplazie benignă de prostată



ANEXA 5.

FIȘA STANDARDIZATĂ DE AUDIT MEDICAL BAZAT PE CRITERII PENTRU PROTOCOLUL CLINIC NAȚIONAL " HIPERPLAZIE BENIGNĂ DE PROSTATĂ" staționar			
			Cazul 1
	Domeniul Prompt	Definiții și note	
1	Denumirea IMSP evaluată prin audit	Denumirea oficială	
2	Persoana responsabilă de completarea fișei	Nume, prenume, telefon de contact	
3	Numărul fișei medicale		
4	Ziua, luna, anul de naștere a pacientului	ZZ-LL-AAAA sau necunoscută = 9	
5	Sexul pacientului	bărbat = 1; femeie = 2	
6	Mediul de reședință	urban = 1; rural = 2; nu știu = 9	
7	Numele medicului curant	Nume, prenume, telefon de contact	
INTERNAREA			
8	Instituția medicală unde a fost solicitat ajutorul medical primar	AMP = 1; AMU = 2; Secția consultativă = 3; Spital = 4; Instituție medicală privată = 5; nu se cunoaște = 9	
9	Data și ora internării în spital	Data (ZZ: LL: AAAA); ora (00:00) sau necunoscută = 9	
10	Data și ora internării în terapie intensivă	Data (ZZ: LL: AAAA); ora (00:00); nu a fost necesar = 5; necunoscută = 9	
11	Durata internării în Terapia Intensivă (zile)	număr de ore nu a fost necesar = 5	
12	Durata internării în spital (zile)	număr de zile	
13	Transferul în alte secții	nu = 0; da = 1; nu a fost necesar = 5; nu se știe = 9 urologie = 2; chirurgie = 3; alte secții = 4	
DIAGNOSTICUL			
14	Anamneza epidemiologică	prezentă – 1; absentă - 3	
15	Gradul de severitate a acutuzării	ușoară = 1; medie = 2; severă = 3 necunoscut = 9	

1 6	Investigații de laborator	A fost efectuat: nu = 0; da = 1; nu știu = 9 analiza gen. a sângelui = 2; analiza gen. a urinei = 3; proba Neciporencu = 4; proba Zimnițki = 5; FG = 6; analiza biochimică a sângelui = 7; urocultura = 8; hemocultura = 10; proba urinei cu trei pahare = 11;	
1 7	Investigații instrumentale	nu = 0; da = 1; nu se știe = 9; ECG = 2; MRF = 3; USG renală și a căilor urinare = 4; urografie i.v. = 5; scintigrafia renală dinamică = 6; IRM = 7; TC = 8;	
1 8	Cosultat de alți specialiști	nu = 0; da = 1; nu a fost necesar = 5; nu se știe = 9; urolog = 2; cardiolog = 2; endocrinolog = 3; alți specialist = 4	
1 9	Investigații indicate de către specialist	nu = 0; da = 1; nu a fost necesar = 5; nu se știe = 9	
	ISTORICUL MEDICAL AL PACIENȚILOR		
2 0	Respectarea indicațiilor de spitalizare și de transfer de urgență	nu = 0; da = 1; nu se știe = 9	
2 1	Respectarea indicațiilor de spitalizare și de transfer de plan	nu = 0; da = 1; nu se știe = 9	
2 2	Starea pacientului la internare	ușoară = 6; medie = 7; severă = 8	
2 3	Prezența complicațiilor	nu = 0; da = 1; nu se știe = 5 renale = 2; septicopurulente = 3; cardiovasculare = 4; hormonale și metabolice = 5;	
2 4	Maladii concomitente	nu = 0; da = 1; nu se știe = 9	
2 5	Factorii identificabili de risc	risc scăzut = 1; risc moderat = 2; risc sporit = 3 nu se știe = 9	
2 6	Evidența dispanserică	nu = 0; da = 1; pacient primar = 2; nu se știe = 9 nefrolog = 3; urolog = 4	
	TRATAMENTUL		
2 7	Unde a fost inițiat tratamentul	AMP = 1; AMU = 2; Secția consultativă = 3; Spital = 4; Instituție medicală privată = 5; nu se cunoaște = 9	
2 8	Tratamentul etiologic	nu = 0; da = 1; nu se știe = 5 antibacterian = 1; chirurgical = 2;	

2 9	Tratamentul patogenetic	nu = 0; da = 1; nu se știe = 9; antiinflamator = 2; analgezic = 3; antispastic = 4; antihipertensiv = 5; antiagregant = 6; fitoterapie = 7	
3 0	Tratamentul simptomatic (inclusiv cel de urgență)	nu = 0; da = 1; nu a fost necesar = 5; nu se știe = 9 diuretice de ansă = 2; steroizi = 3; vasoconstrictori = 4; β-adrenoblocatoare = 6; β- adrenomimetice = 7; glicozide cardiace = 8; alte grupe de medicamente = 10	
3 1	Efecte adverse înregistrate	nu = 0; da = 1; nu știu = 9	
3 2	Rezultatele tratamentului	ameliorare = 1; stabilizare = 2; fara schimbări = 3; progresare = 4; complicații = 8; nu se știe = 9	
3 3	Respectarea criteriilor de externare și de transfer	nu = 0; da = 1; nu știu = 9 dispariția semnelor de inflamație locală și generală = 2; agravarea evoluției unor maladii = 3; dezvoltarea complicațiilor purulente = 4 dezvoltarea șocului = 5	
3 4	Data externării/transferului sau decesului	Data externării/transferului (ZZ: LL: AAAA) sau necunoscută = 9	
		Data decesului (ZZ: LL: AAAA) sau necunoscută = 9	



IMSP SCR „TIMOFEI MOȘNEAGA” SECȚIA CONSULTATIVĂ

Protocolul clinic al locului de lucru al medicului specialist urolog

„Hiperplazie benignă de prostată” – 77

Adenomul de prostată (AP, echivalent cu „*hiperplazie benignă a prostatei*”) reprezintă o condiție patologică manifestată prin dezvoltarea nodulilor adenomatoși, preponderent în zonă centrală a prostatei, asociate cu dereglările fluxului urinar prin uretră și manifestate prin simptomatologia căilor urinare inferioare (LUTS).

Codul bolii (CIM 10): N40

Clasificarea hiperplaziei benigne de prostată (clasa de recomandare I)

Clasificarea HBP conform severității (American Association of Urology 2003/2006):

Ușoară (gr. I): IPSS = 0-7, QoL = 0-2.

Absența complicațiilor HBP.

Medie (gr. II): IPSS = 8-19, QoL = 3-4.

Eventual, prezența complicațiilor cronice ale HBP.

Severă (gr. III): IPSS = 20-35, QoL = 5-6.

Prezența complicațiilor cronice ale HBP.

Eventual, prezența complicațiilor acute.

Clasificarea clinică a hiperplaziei benigne de prostată:

Stadiul I (compensat): prezența LUTS ușoare, urină reziduală lipsește sau este minimă.

Stadiul II (subcompensat): LUTS medii/severe, prezența urinei reziduale < 150 ml.

Stadiul III (decompensat): LUTS severe inclusiv pseudoincontinență și globul vezical palpabil, dezvoltarea complicațiilor acute și/ sau cronice, inclusiv IRC.

Dimensiunile prostatei:

Normale < 20 cm³; HBP de volum mic = 20-30 cm³; HBP de volum mediu = 30-80 cm³; HBP de volum mare > 80 cm³.

Conduita pacientului

Acuzele:

Simptomatologia nemijlocit asociată cu HBP:

Simptome obstructive, cauzate de blocarea evacuării urinei de către hiperplazie benignă de prostată:

- Început dificil al actului de micțiune (întârzierea micțiunii involuntare).
- Jet urinar slab, filiform, intermitent.
- Disurie: pacientul urinează cu forță, cu contracția musculaturii abdominale, pentru a evacua urina.
- Micțiune prelungită.
- Senzație de golire incompletă a vezicii urinare.
- Retenție de urină.

Simpptome iritative:

- Polakiurie și nocturie (urinările frecvente din timpul zilei și al nopții).
- Micțiune imperioasă.
- Pseudoincontinența din cauza vezicii urinare suprapline de urină reziduală.
- Determinarea scorului IPSS și a reducerii calității de viață, cauzate de HBP.
- **Simptomatologia complicațiilor HBP:** „vezică de luptă”, retenție acută de urină, reflux vezicoureteral, boală cronică de rinichi (ex., hidronefroza, insuficiență renală cronică):

Dureri pubiene, disconfort sau greutate în regiune pubiană.

În cazuri depășite:

- Retenție acută de urină.
- Ruptura vezicii urinare, cu ameliorarea consecutivă a durerilor și cu dezvoltarea tabloului de peritonită.
- Lumbalgii.
- HTA nefrogenă secundară.
- Dezvoltarea IRC și manifestarea clinică a sindromului uremic.
- Hematurie, pierdere ponderală, apariția ganglionilor limfatici inghinali palpabili reprezintă semne de alarmă pentru adenocarcinomul de prostată.

Examenul clinic

Examenul clinic la pacienții cu HBP

- Picături „scăpate” de urină pe lenjerie/pantaloni;
- Glob vezical (determinat la inspecție, la percuție și/sau la palpație): evaluarea este obligatorie pentru excluderea retenției acute de urină.
- Tușeul rectal: determinarea aproximativă a dimensiunilor hiperplaziei benigne de prostată, a consistenței ei, a numărului și a dimensiunilor nodulilor și diagnosticul diferențial orientativ cu cancerul prostatei;
- Prezența semnelor SIRS: febră, frisoane, transpirații, prezența focarului de infecție la nivelul sistemului uropoietic, fatigabilitate sporită, slăbiciune generală.
- Aprecierea stării altor organe și sisteme cu evidențierea manifestărilor patologice, caracteristice pentru maladiile asociate și disfuncția acestor organe și sisteme. Maladiile asociate și complicațiile lor.

Investigații instrumentale și de laborator în HBP

O – obligatoriu	R – recomandabil
Analiza generală de urină I, Rp, U	Examinările imunologice de bază I, Rp
Analiza generală de sînge I, Rp, U	Examinările culturale I, Rp
Examinări biochimice de bază ale sîngelui I, Rp, U	Uroflowmetria I, Rp
ECGI, U	USG prostatei (transrectală) I, Rp
Radiografia/MRF toracică I, U	Ex. radiologic a sistemului uropoietic I, Rp
USG renovezicală I, Rp, U	Uretrocistoscopie I, Rp
Notă: Caracterul implementării metodei diagnostice: O – obligatoriu; R – recomandabil.	
Modelul monitorizării: I – evaluare inițială; Rp – repetat la necesitate; U – urgent.	

Diagnosticul pozitiv al HBP

- Prezența factorilor de risc în HBP și dezvoltarea complicațiilor lui.
- Acuzele. Obligatoriu sunt apreciate IPSS și QoL.
- Calendarul micțional nocturnal: important pentru evaluarea inițială și monitorizarea dinamică a severității LUTS. Pacienții înregistrează simptome neplăcute și notează frecvența, volumul și orarul urinărilor.

•Datele clinice . Tușeul rectal este obligatoriu.

•Datele de laborator. PSA, inclusiv fracție liberă (diagnosticul diferențial cu adenocarcinomul prostatei).
Suplimentar (diagnosticul eventualelor complicații): creatinina sîngelui, analiză generală de sînge, analiză generală de urină (evaluare inițială și dinamică), urocultură (preoperatoriu), în special la persoanele cu risc sporit de ITU.

•**Datele examinărilor instrumentale :**
Ecografia transrectală a prostatei: Prezența adenomului de prostată, numărul de noduli, localizarea și dimensiunile lor.
Uroflowmetria: Determinarea ad hoc și monitorizarea dinamică a Q max (vitezei maxime a fluxului urinar în timpul micțiunii).
Sunt recomandate, în special preoperatoriu: evaluarea endoscopică (uretrocistoscopie), ecografia renovezicală.
•Diagnosticul diferențial principal se efectuează între gradele de severitate a HBP, între AP și adenocarcinomul prostatei.
•Cercetarea aprofundată este solicitată în caz de: rezultate suspecte ale tușeului rectal, valori ridicate ale PSA (în special, ale fracției libere) sau creșterea lui în dinamică, tratament medicamentos precedent ineficace al LUTS/ HBP, DZ, traumatism/ chirurgie pelviene, IRC, afecțiuni ale sistemului nervos central și periferic (în special, dizautonomia).

Tratamentul hiperplaziei benigne de prostată se bazează pe modificările stilului de viață, administrarea preparatelor din 3 grupe farmacologice (eficiența dovedită au antagoniștii receptorilor α -adrenergici și inhibitorii 5- α reductazei, iar în ultimul timp au apărut datele privind eficacitatea unor preparate fitoterapeutice în terapia adenomului de prostată), tratamentul chirurgical și mini- invaziv. Tratamentul chirurgical este recomandat pacienților cu afectare importantă a calității de viață, cu volumul sporit de urină reziduală după micțiune. Indicațiile absolute pentru tratament includ: retenție acută de urină, refractară la tratamentul aplicat, retenție acută recidivantă de urină, hematurie recurentă, refractară la tratament cu inhibitorii 5- α reductazei, insuficiență renală secundară HBP, calculi în vezica urinară. Există mai multe modalități ale tratamentului chirurgical; selectarea tehnicii chirurgicale este efectuată reeșind din beneficiul maxim al pacientului și din posibilitățile sistemului de sănătate.

Criteriaile de spitalizare și de transfer

Indicații pentru spitalizare	Particularitățile de spitalizare
Spitalizarea de plan se efectuează pentru tratament chirurgical. Înainte de spitalizare sunt evaluate indicațiile și contraindicațiile pentru intervenția chirurgicală. Dacă maladiile asociate complică evident eventuala intervenție chirurgicală, atunci operația poate fi amînată pînă la stabilizarea stării pacientului.	
HBP gr. II – III (medie-severă)	Secție specializată (Urologie)
Spitalizarea de urgență este solicitată în caz de dezvoltare a complicațiilor acute HBP	
HBP agravată cu complicațiile acute	Secție specializată (Urologie); inițial – poate fi Chirurgie (la nivel raional)

Tratamentul medicamentos

Starea de urgență	Managementul recomandat
Retenție acută de urină	Introducerea cateterului uretral (Foley, Nelaton), efectuarea cistostomiei sau aplicarea cistofixului. Toate manoperele chirurgicale sunt efectuate de urgență după stabilirea diagnosticului de retenție acută de urină. Antibiotico-terapie profilactică
Ruptura vezicii urinare	Laparotomie de urgență cu lichidarea consecințelor peritonitei. Este solicitată prezența cel puțin a 2 specialiști urologi, eventual asistată de un chirurg visceral (abdominal).
Șoc toxicoseptic	Suplinire volemică (soluții coloidale sau cristaloide), medicamente vaso-constrictoare (Norepinephrinum*, Phenylephrinum), glucocorticosteroizi (Hydrocortizonum sau Prednisolonum).
Hiperpotasemie	Sol. Glucosum 40% + Insulinum humanum (cu durată rapidă de acțiune, 1 Un per 4 gde Glucosum) + Natrii hydrocarbonatis (2,4% – 200 ml, i.v.) + sol. Calcii gluconas 10% sau sol. Calcii chloridum 5% + β -adrenomimetice (Salbutamol, inhalatii).

Tratamentul patogenetic al HBP

- Inhibitorii 5- α reductazei.
- Antagoniștii receptorilor α -adrenergici.
- Preparate fitoterapeutice cu acțiune asupra HBP

Indicații pentru tratamentul chirurgical în HBP

Indicații absolute:

- Retenție acută de urină, refractară la tratamentul aplicat.
- Retenție acută recidivantă de urină.
- Hematurie recurentă, refractară la tratament cu inhibitorii 5- α reductazei.
- Insuficiență renală secundară HBP.
- Calculi în vezica urinară.

Manifestările clinice, care reduc semnificativ calitatea vieții (IPSS $\geq$ 20, QoL $\geq$ 4, în special 5-6) reprezintă indicațiile cele mai frecvente pentru intervenția chirurgicală de plan.
Volumul rezidual mare de urină în vezica urinară, de asemenea, poate servi drept indicație pentru intervenția chirurgicală. Indicații pentru adenomectomie deschisă: HBP mare de prostată.

Monitorizare minimă a pacientului cu HBP în funcție de tratamentul aplicat

Modalitatea de tratament	Periodicitatea supravegherii	IPSS și QoL	USG transrectală	Uroflow-metrie	Histologie
Așteptare vigilentă	6 luni anual	Da	Da	Da	Nu
Inhibitori ai 5 α -	12 săptămîni, 6 luni anual	Da	Da	Da	Nu

reductazei					
adrenoblocante	6 săptămîni, 3 luni anual	Da	Da	Da	Nu
Intervenție chirurgicală	6 săptămîni, 3 luni anual	Da	Da	Da	Da
Metode alternative	6 săptămîni, 3 luni; 6 luni anual	Da	Da	Da	Da
Evoluția hiperplaziei benigne de prostata Variantele de evoluție a HBP Evoluție subclinică, fără dezvoltare a complicațiilor clinic manifeste. Evoluție subclinică, cu dezvoltarea complicațiilor, care nu afectează semnificativ calitatea vieții. Dezvoltare a complicațiilor cronice, care solicită tratament chirurgical. Evoluție clasică cu complicații acute, eventual cu necesitatea intervenției chirurgicale urgente de corecție. Cazuri depășite, cu acordarea tratamentului chirurgical paliativ.		Complicațiile Acute Retenție acută de urină ITU acută: cistită acută, pielonefrită acută Insuficiență renală acută prin obstrucție infrarenală Ruptură a vezicii urinare Cronice Cistită cronică și ITU repetate Calcul al vezicii urinare Diverticulul vezicii urinare Boală cronică de rinichi: reflux vezicoureteral, hidrocalicoză și hidronefroză, pielonefrită cronică Insuficiență renală cronică, HTA secundară nefrogenă (rar)			

