



**Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale al
Republicii Moldova**

Hiperplazie benignă de prostata

Protocol clinic național

PCN-77

Chișinău, 2020

Aprobat prin ședința Consiliului de experți al Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale al Republicii Moldova din 03.07.2020 proces verbal nr. 2
Aprobat prin Ordinul Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale al Republicii Moldova nr.842 din 19.09.2020 cu privire la aprobarea Protocolului clinic național „Hiperplazie benignă de prostata”

Cuprins

ABREVIERILE FOLOSITE ÎN DOCUMENT	5
PREFAȚĂ.....	5
A. PARTEA INTRODUCȚIVĂ.....	6
În diagnosticul obligator vor fi reflectate următoarele compartimente:	6
Exemple de diagnostice clinice:	6
A.2. Codul bolii (CIM 10): N40	6
A.3. Utilizatorii.....	6
A.4. Scopurile protocolului	6
A.7. Lista și informațiile de contact ale autorilor și ale persoanelor care au participat la elaborarea protocolului	7
A.8. Definițiile folosite în document.....	7
A.9. Informația epidemiologică	8
Beneficiile respectării protocolului clinic	8
B. PARTEA GENERALĂ.....	9
C.1. ALGORITMI DE CONDUCĂ.....	12
C.2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI A PROCEDURILOR	13
C.2.1. Clasificarea clinică	13
C.2.2. Factorii de risc	13
C.2.3. Profilaxia hiperplaziei benigne de prostată	14
C.2.5. Conduita pacientului.....	15
C.2.5.1. Anamneza.....	15
Acuzele:.....	15
• Determinarea scorului IPSS și a reducerii calității de viață, cauzate de HBP (<i>anexa 5</i>)......	15
• Hematurie, pierdere ponderală, apariția ganglionilor limfatici inghinali palpabili reprezintă semne de alarmă pentru adenocarcinomul de prostată.	15
C.2.5.2. Examenul clinic	16
C.2.5.4. Diagnosticul pozitiv și cel diferențial	19
• Prezența factorilor de risc în HBP și dezvoltarea complicațiilor lui (<i>casetele 2-4</i>)......	19
• Diagnosticul diferențial principal se efectuează între gradele de severitate a HBP (<i>casetă 1</i>),.....	19
C.2.5.6. Tratamentul	20
C.2.5.6.2. Tratamentul medicamentos	21
• Sindromul algic ușor:	24
• Sindromul algic moderat:.....	24
• Sindromul algic pronunțat:	24
• Tratamentul antispastic se recomandă în cazuri de dureri colicative:	24

• Premedicația preoperatorie, anestezia intervenției chirurgicale și tratamentul analgezic postoperatoriu se efectuează conform regulilor convenționale și recomandărilor în do- meniul respectiv.....	24
C.2.5.7. Criteriile de externare și de transfer.....	27
C.2.5.8. Supravegherea pacienților.....	28
C.2.5.9. Evoluția hiperplaziei benigne de prostata	29
C.2.6. Complicațiile.....	29
D. RESURSELE UMANE ȘI MATERIALELE NECESARE PENTRU RESPECTAREA PREVEDERILOR DIN PROTOCOL.....	30
E. INDICATORII DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII PROTOCOLULUI.....	34
ANEXE.....	35
Anexa 1. Ghidul pacientului cu HBP.....	35
Anexa 2. Formular pentru obținerea de accord al pacientului.....	37
Anexa 3. Fișa de monitorizare a pacienților – formular de înregistrare a acțiunilor ulterioare referitoare la pacienți, efectuate în baza protocolului.....	39
Anexa 4. Sala de operații și instrumentele chirurgicale	40
• Sala de operații, asigurată cu apă (rece și caldă), încălzire, sistem de ventilație.....	40
• Instrumentele chirurgicale	40
• Material de sutură.....	40
• Mijloacele de protecție (pentru fiecare chirurg, asistentă medicală din sala de operație, infirmieră) ..	40
• Consumabile (sterile de unică folosință sau sterilizate).....	40
• Instrumentar și set de medicamente necesare pentru efectuarea anesteziei locale și generale (conform standardelor naționale corespunzătoare)	40
• Alcool etilic 96%, alcool etilic 70%	40
BIBLIOGRAFIE	43

Sumarul recomandarilor

- ✓ În Hiperplasia Benignă de Prostată, conform gradului de evoluție a acestuia, ca alternativă a supravegherii expectative se recomandă tratamentul conservativ medicamentos cu scop de ameliorare a stării pacientului, atunci când intervenția chirurgicală încă nu este indicată sau este contraindicată, sau pacientul refuză operația (2a;A).
- ✓ În predominarea simptomelor iritative ale dereglărilor micției medicamentele de prima elecție vor fi α - adrenoblocanții și, în special cele înalt uroselective, iar a simptomelor mecanice ale obstrucției- inhibitorii 5α -reductazei (2a;A).
- ✓ Pentru ameliorarea stării pacientului la timp cu stoparea ulterioară a progresării hiperplaziei și reducerea volumului prostatei prezintă interes asocierea α - AB cu inhibitorii 5α -reductazei (inhibitorii 5α -reductazei + α - adrenoblocanți), iar în caz de HPB cu procese inflamatoare – asociere și cu fitopreparate (trianol, serenoa etc.) (2a;B).
- ✓ În cazurile de HPB ce necesită tratament chirurgical cu scop de a amâna în timp pe cât e posibil operația, sau pentru ameliorarea condițiilor de efectuare a ei și reducerea esențială a complicațiilor intra – și postoperatorii se recomandă efectuarea curelor de tratament medicamentos cu inhibitorii 5α -reductazei și asocierea lor cu preparate antiinflamatoare (trianol, serenoa) (2a;B).
- ✓ Pentru diagnosticarea mai precisă a lobului median hiperplaziat în HBP și aprecierea mobilității acestuia e necesar de executat examinarea ultrasonoră transvezicală în momentul

- micțiunii (2a;C).
- ✓ Efectuarea electrovaporizării și a vaporizării cu plasmă este mai rațională în volume ale prostatei ce nu depășesc 40 cm³, deoarece la vaporizarea unui volum mare de țesut hiperplaziat al prostatei se mărește semnificativ timpul de realizare a intervenției (2a;C).
 - ✓ Aplicarea pe larg a laserului transuretral permite ca această metodă să fie recomandată bolnavilor cu hiperplazie benignă de prostată, cărora le este contraindicată efectuarea electrorezeccției transuretrale a prostatei sau prostatectomiei deschise din motivul prezenței unor maladii asociate severe (2a;B).
 - ✓ Rezeccția transuretrală plasmocinetică trebuie efectuată după metodologia „sectorială”, folosită la executarea rezeccției transuretrale monopolare standard, începând cu înlăturarea lobului median intravezical, urmată de rezeccția lobilor hiperplaziați laterali și finalizată cu înlăturarea țesuturilor apicale (2a;C).
 - ✓ În cazul pacienților cu scleroza colului vezicii urinare și a prostatei și care prezintă un nivel înalt de risc operațional, metodele de selecție a tratamentului chirurgical sunt rezeccția transuretrală bipolară, VBP și rezeccția cu laser Ho:YAG, datorită traumatismului lor redus și posibilităților de limitare a duratei intervenției chirurgicale (2a;B).
 - ✓ Pentru profilaxia complicațiilor inflamatoare după uretrotomia internă e necesar de înlocuit drenajul cistostomic înainte de operație, pacientul va urma în perioada postoperatorie un tratament antibacterian în conformitate cu rezultatele cercetării microbiologice preoperatorii a urinei (2a;C).
 - ✓ Uretrotomia optică internă pentru tratamentul primar al stricturii uretrei printr-o singură intervenție se recomandă numai la pacienții cu o strictură unică (≤ 1 cm) a uretrei și cu gradul de îngustare al lumenului ei $< 75\%$ (2a;B).
 - ✓ În agravarea parametrilor postoperatorii ca: viteza maximă și viteza medie a jetului urinar, volumul urinei restante, suma de puncte conform scalei IPSS și a indexului calității vieții, la 3 luni după uretrotomia optică internă, se recomandă de selectat o altă metodă de tratare pentru a preveni agravarea procesului patologic (2a;C).
 - ✓ La pacienții cu HBP de dimensiuni mari pentru micșorarea hemoragiei intraoperatorii în timpul intervențiilor endoscopice este rațională folosirea metodei electrochirurgicale combinate (asocierea electrovaporizării și TUR monopolară a prostatei) (2a;C).
 - ✓ Pentru obținerea ablației unui volum considerabil de țesut al prostatei hiperplaziate se va folosi metoda combinată, asocierea vaporizării cu plasmă cu rezeccția bipolară (2a;B).
 - ✓ La efectuarea tratamentului chirurgical repetat după intervențiile cu laser se va prefera electrorezeccția transuretrală a prostatei, din cauza cicatrizării pronunțate a țesutului ce apare după intervenția cu laser (2a;C).
 - ✓ Pacienților cu obstrucția infravezicală provocată de scleroza prostatei și a colului vezicii urinare li se va efectua anterior operației uretrocistografia retrogradă pentru a exclude complicarea afecțiunii cu strictura uretrei (2a;C).
 - ✓ În perioada postoperatorie fără complicații după executarea operației transuretrale la prostată, se recomandă înlăturarea cateterului uretral peste 12-24 ore pentru prevenirea dezvoltării complicațiilor inflamatoare și a reduce riscul apariției obliterației colului vezicii urinare și a stricturii uretrei, declanșatoare a obstrucției infravezicale (2a;B).
 - ✓ Profilaxia formării stricturilor recidivante sau apariției lor în zona recanalizării uretrei se obține printr-o terapie medicamentoasă complexă pe fundalul dilatării periodice cu bujii a uretrei (2a;C).
 - ✓ La toți pacienții cu OIV postoperatorie, este indicată dispensarizarea activă pentru profilaxia, diagnosticarea și tratarea la timp a OIV cu potențial recidivant (2a;B).

ABREVIERILE FOLOSITE ÎN DOCUMENT

AMT	asociație medicală teritorială
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>)
MSMPS	Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale
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	rezeție 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

PREFAȚĂ

Acest protocol a fost elaborat de grupul de lucru al Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale al Republicii Moldova (MSMPS RM), constituit din reprezentanții catedrei Urologie și Nefrologie Chirurgicală a Universității de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu” și ai Centrului de Dializă și Transplant Renal al IMSP Spitalului Clinic Republican „Timofei Moșneaga”.

Protocolul clinic național este elaborat în conformitate cu ghidurile internaționale privind managementul adenomului de prostată, iar recomandările și algoritmilor expuși corespund principiilor medicinei bazate pe dovezi și va servi drept bază pentru elaborarea protocoalelor

instituționale. La recomandarea MSMPS RM, pentru monitorizarea protocoalelor instituționale pot fi folosite formulare suplimentare, care nu sunt incluse în protocolul clinic național.

A. PARTEA INTRODUCATIVĂ

A.1. Diagnosticul: Hiperplazie benignă de prostată

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, insulinoindependent, 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 (CIM 10): N40

A.3. Utilizatorii

- Prestatorii serviciilor de asistență medicală primară (medici de familie)
- Prestatorii serviciilor de asistență medicală specializată de ambulator (urologi, chirurghi).
- Echipele AMU (medici și felceri de urgență, asistente medicale de urgență).
- Centrele consultative raionale (urologi, chirurghi).
- Secțiile de chirurgie și de urologie, secțiile de reanimare și de terapie intensivă (SATI).

Notă: Protocolul, la necesitate, poate fi utilizat și de alți specialiști.

A.4. Scopurile protocolului

- Depistarea activă a pacienților cu LUTS la niveluri de asistență medicală primară și de ambulatoriu specializată.
- 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. Data elaborării protocolului: 2011

A.6. Data revizirii: 2020 **Data revizirii următoare:** 2025

A.7. Lista și informațiile de contact ale autorilor și ale persoanelor care au participat la elaborarea protocolului

Numele	Funcția deținută
Vitalie Ghicavii	d.h.ș.m., conferențiar universitar, Catedra de urologie și nefrologie chirurgicală USMF „Nicolae Testemițanu”
Adrian Tănase	d.h.ș.m., profesor universitar, Șef Catedra de urologie și nefrologie chirurgicală USMF „Nicolae Testemițanu”
Alexei Pleșacov	Doctorand, Catedra de urologie și nefrologie chirurgicală USMF „Nicolae Testemițanu”
Ivan Vladanov	Doctorand, Catedra de urologie și nefrologie chirurgicală USMF „Nicolae Testemițanu”
Ghenadie Scutelnic	d.ș.m., conferențiar universitar, Catedra de urologie și nefrologie chirurgicală USMF „Nicolae Testemițanu”
Petru Cepoida	Director medical, BB Dializa SRL

Protocolul a fost discutat și aprobat

Denumirea	Numele
Seminarul științific de profil 321.13 Chirurgie; 321.14 Chirurgie pediatrică; 321.22 Urologie și andrologie	Eva Gudumac
Societatea urologilor din Republica Moldova	Adrian Tănase
Catedra de Farmacologie și farmacologie clinică, USMF „Nicolae Testemițanu”	Nicolae Bacinschi
Catedra de medicina de laborator, USMF „Nicolae Testemițanu”	Valentin Gudumac
Catedra de medicină de familie, USMF „Nicolae Testemițanu”	Ghenadie Curocichin
Agenția Medicamentului și Dispozitivelor Medicale	Silvia Cibotari
Compania Națională de Asigurări în Medicină	Angela Belobrov
Consiliul de experți al Ministerului Sănătății	Aurel Grosu

A.8. Definițiile folosite în document

Terminologia actuală, legată cu HBP, a fost introdusă la Conferința de Consens privind Hiperplazia Benignă a Prostatai, 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 nodurilor 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.9. 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 AP, va contribui la distribuire optimă a resurselor umane și a celor materiale, avînd 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.10. Clase de recomandare și nivele de evidență

Clasa I	Condiții pentru care există dovezi și/sau acord unanim asupra beneficiului și eficienței unei proceduri diagnostice sau tratament	Este recomandat/este indicat
Clasa II	Condiții pentru care dovezile sunt contradictorii sau există o divergență de opinie privind utilitatea/ eficacitatea tratamentului sau procedurii	
Clasa IIa	Dovezile/opiniile pledează pentru beneficiu/eficiență	Ar trebui luat în considerare
Clasa IIb	Beneficiul/eficiența sunt mai puțin concludente	Ar putea fi luat în considerare
Clasa III	Condiții pentru care există dovezi și/sau acordul unanim că tratamentul nu este util/eficient, iar în unele cazuri poate fi chiar dăunător	Recomandare slabă, sunt posibile abordări alternative

Nivel de evidență A	Date provenite din mai multe studii clinice randomizate
Nivel de evidență B	Date provenite dintr-un singur studiu clinic randomizat sau studiu clinic non-randomizat de amploare
Nivel de evidență C	Consensul de opinie al experților și/sau studii mici, studii retrospective, registre

B. PARTEA GENERALĂ

B.1. Nivel de asistență medicală primară

Descriere (măsuri)	Motive (repere)	Pași (modalități și condiții de realizare)
I	II	III
1. Profilaxia secundară <i>C.2.2, C.2.3</i>	Ameliorarea manifestărilor clinice ale HBP. Prevenirea dezvoltării complicațiilor în HBP.	<ul style="list-style-type: none"> Recomandarea consultației la urologului
2. Screening-ul <i>C.2.4, algoritmul C.1.1</i>	Identificarea HBP în grupurile de risc cu simptome LUTS (IPSS > 7).	<ul style="list-style-type: none"> Efectuarea <i>screening</i>-ului în grupurile de risc cu simptomatologia LUTS, preponderent la vârsta > 45 de ani, prin aplicarea chestionarului IPSS (IPSS>7), inclusiv și prin forma de autotestare (<i>anexa 5; ca- seta 9</i>) și îndreptarea la urolog.
3. Spitalizarea pacientului <i>C.2.5.5</i>	Asigurarea la timp a spitalizării, la necesitate.	<ul style="list-style-type: none"> Criteriile de spitalizare de urgență (<i>tabelul 3</i>).

B.2. Nivel de asistență medicală urgentă la etapa prespitalicească (echipe AMU generale)

Descriere (măsuri)	Motive (repere)	Pași (modalități și condiții de realizare)
I	II	III
1. Diagnosticul <i>C.2.5</i>	Depistarea stărilor de urgență și a complicațiilor acute în HBP.	<ul style="list-style-type: none"> Anamneza (<i>caseta 9</i>). Examenul clinic (<i>caseta 10</i>).
2. Tratamentul <i>C.2.5.6</i>	Prevenirea agravării complicațiilor acute ale HBP. Ameliorarea simptomatică a stării pacientului.	<ul style="list-style-type: none"> Acordarea primului ajutor și a tratamentului de urgență la etapa prespitalicească (la necesitate) (<i>tabelul 7; antișoc – D.1</i>).
3. Transportare în staționar <i>C. 2.5.5</i>	Transferul în instituții medico-sanitară de profil.	<ul style="list-style-type: none"> Aprecierea posibilităților de transportare a pacientului conform criteriilor de spitalizare de urgență (<i>tabelul 3</i>).

B.3. Nivel de asistență medicală specializată de ambulatoriu (urologi)

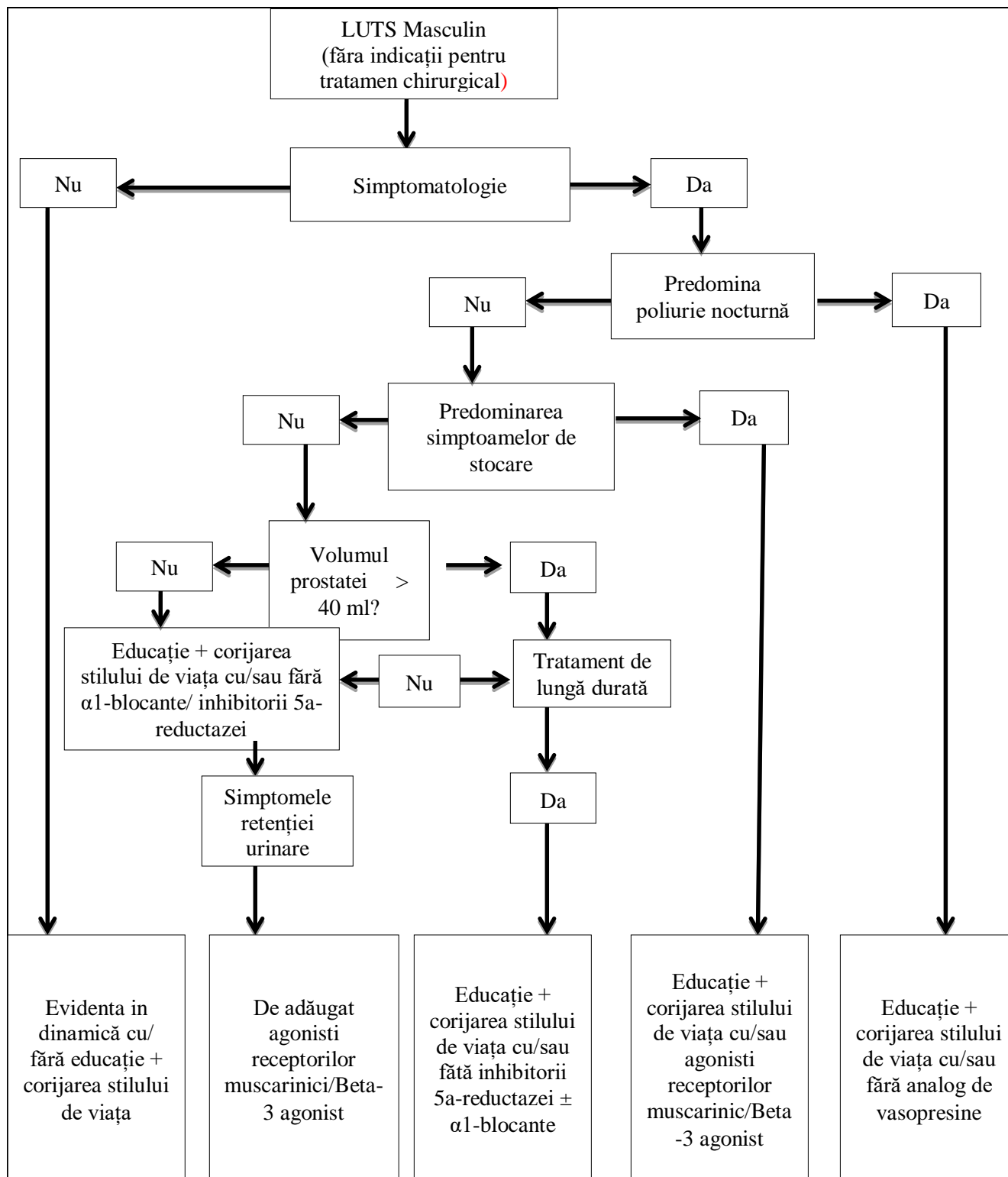
10 Descriere (măsuri)	Motive (repere)	Pași (modalități și condiții de realizare)
I	II	III
1. Profilaxia secundară <i>C.2.2, C.2.3</i>	Ameliorarea manifestărilor clinice ale HBP. Prevenirea dezvoltării complicațiilor în HBP.	<ul style="list-style-type: none"> Realizarea complexului de măsuri privind „așteptare vigilentă” (<i>watchful waiting</i>) (<i>caseta 7</i>). Spitalizarea de urgență (<i>tabelul 3</i>). Tratamentul ambulatoriu în cazuri de HBP, gr. I și gr. II (<i>tabelele 5, 6; casetele 12-20</i>).
2. Screening-ul <i>C.2.4</i>	Identificarea HBP în grupurile de risc cu simptome LUTS (IPSS > 7).	<ul style="list-style-type: none"> <i>Screening-ul</i> se efectuează în grupurile de risc la pacienți cu IPSS > 7 (<i>caseta 8; anexa 5</i>).
3. Diagnosticul pozitiv și cel diferențial <i>C.2.5</i> <i>Algoritmul C.1.1</i>	Evaluarea prezumtivă a severității HBP. Diagnosticul complicațiilor. Diferențierea inițială cu alte condiții patologice, care se pot manifesta prin LUTS.	<ul style="list-style-type: none"> Anamneza (<i>caseta 9</i>). Examenul clinic (<i>caseta 10; anexa 5</i>). Investigațiile paraclinice (<i>tabelul 2</i>). Consultația altor specialiști (<i>la necesitate</i>). Efectuarea investigațiilor necesare pentru diagnosticul diferențial al HBP și al complicațiilor în HBP.
4. Tratamentul <i>C.2.5.6 Algoritmul C.1.1</i>	Prevenirea dezvoltării complicațiilor acute și cronice ale HBP. Ameliorarea simptomatică a stării pacientului, în special din punct de vedere al LUTS (scorul IPSS) și al calității de viață (scorul QoL).	<ul style="list-style-type: none"> Acordarea primului ajutor și a tratamentului de urgență la etapa prespitalicească (<i>la necesitate</i>) (<i>antișoc – D.1</i>). Tratamentul ambulatoriu în HBP, ușoară și medie (<i>casetele 12-20</i>). Terapia de suport ambulatoriu după externarea din spital.
5. Spitalizarea pacientului <i>C.2.5.5</i>	Asigurarea la timp a spitalizării, la necesitate.	<ul style="list-style-type: none"> Evaluarea criteriilor de spitalizare de plan și de urgență (<i>tabelul 3</i>). Evaluarea indicațiilor și a contraindicațiilor pentru intervenție chirurgicală și IMSP capabile s-o efectueze (<i>caseta 22</i>).
6. Supravegherea <i>C.2.5.8</i> <i>Algoritmul C.1.1</i>	Prevenirea complicațiilor acute și cronice ale HBP. Asigurarea la timp a consultației la medicii specialiști.	<ul style="list-style-type: none"> Supravegherea se efectuează conform algoritmilor special (<i>algoritmul C.1.1; caseta 30</i>). Consultația medicilor specialiști (<i>la necesitate</i>).
7. Recuperarea <i>C. 2.5.6.1, C.2.5.9</i>	Sporirea calității de viață a pacientului. Prevenirea dezvoltării complicațiilor postoperatorii.	<ul style="list-style-type: none"> Implementarea modificărilor în stilul de viață (<i>caseta 7</i>). Tratamentul ambulatoriu (<i>casetele 12-20</i>), inclusiv managementul maladiilor asociate (<i>la necesitate</i>), în perioada postoperatorie.

B.4. Nivel de asistență medicală spitalicească (raional, municipal, republican)

Descriere (măsuri)	Motive (repere)	Pași (modalități și condiții de realizare)
I	II	III
1. Profilaxia secundară C.2.2, C.2.3	Ameliorarea manifestărilor clinice ale HBP. Prevenirea dezvoltării complicațiilor în HBP.	<ul style="list-style-type: none"> • Respectarea unui set de măsuri de diagnostic pozitiv și diferențial (<i>caseta 11</i>). • Acordarea tratamentelor conservator și chirurgical adecvate (<i>caselele 12-27; tabelele 5-7</i>).
2. Spitalizarea și transferul C.2.5.5, C.2.5.7	Precizarea diagnostică, efectuarea diagnosticului diferențial. Optimizarea terapiei și asigurarea volumului adecvat de tratament, inclusiv al celui chirurgical.	<ul style="list-style-type: none"> • Necesitatea și direcția spitalizării urgente și de plan se efectuează conform criteriilor de spitalizare (<i>tabelele 3</i>). • Evaluarea criteriilor de transfer în SATI (<i>tabelul 4</i>). • Evaluarea criteriilor de transfer în alte secții (<i>caseta 28</i>).
3. Diagnosticul C.2.5, C.2.7 <i>Algoritmul C.1.1</i>	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.	<ul style="list-style-type: none"> • Anamneza (<i>caseta 9</i>). • Examenul clinic (<i>caseta 10; anexa 5</i>). • Investigațiile paraclinice obligatorii și recomandabile (<i>tabelul 2</i>). • Evaluarea diagnosticului pozitiv și al severității HBP (<i>caseta 11</i>) și a complicațiilor lui.
4. Tratamentul C 2.5.6 <i>Algoritmul C.1.1</i>	Prevenirea dezvoltării sau agravării complicațiilor acute și cronice. Ameliorarea stării pacientului.	<ul style="list-style-type: none"> • Continuarea tratamentului de urgență inițiat la etapa prespitalicească (<i>la necesitate</i>) (<i>tabelul 7; anti șoc D.1.</i>). • Modificarea de regim (<i>tabelul 6</i>) și tratamentul nemedicamentos (<i>tabelul 5</i>). • Tratamentul medicamentos (<i>caselele 12-20</i>). • Tratamentul chirurgical (<i>caselele 21-27</i>).
5. Supravegherea C.2.5.8 <i>Algoritmul C.1.1</i>	Prevenirea complicațiilor intra- și postoperatorii. Asigurarea la timp a consultației la medicii specialiști.	<ul style="list-style-type: none"> • Supravegherea în staționar (<i>caseta 29</i>). • Consultația medicilor specialiști (<i>la necesitate</i>).
6. Externarea sau transferul C.2.5.7	Revenirea pacientului în câmpul de muncă. Asigurarea condițiilor de recuperare eficientă în continuare.	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluarea criteriilor de externare și de transfer (<i>caseta 28</i>).

C.1. ALGORITMI DE CONDUITĂ

C.1.1. Algoritm general de conduită a pacientului cu hiperplazie benignă de prostată (*clasa de recomandare IIa*)



C.2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI A PROCEDURILOR

C.2.1. Clasificarea clinică

Caseta 1. 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.

Tabelul 1. Clasificarea riscului letal din cauza complicațiilor infecțioase

Indice/ Risc	Risc scăzut	Risc moderat	Risc sporit
SIRS	Lipsa SIRS	SIRS (= sepsis)	sepsis sever, șoc septic

Notă: Pentru implementarea practică a conceptului SIRS în infecțiile urinare, consultați PCN *Pielonefrita cronică la adult.*

C.2.2. Factorii de risc (clasa de recomandare I)

Caseta 2. Factori principali de risc în dezvoltarea HBP

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

- **Dovediți cu certitudine:**
 - ✓ Vârsta înaintată.
 - ✓ Disfuncțiile hormonale
- **Presupuși 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

- Vârsta înaintată.
- Scorul IPSS (*anexa 5*), în special severitatea nocturiei, și calitatea vieții (*anexa 5*).
- 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.

C.2.3. Profilaxia hiperplaziei benigne de prostată (clasa de recomandare IIa)**Caseta 5. Profilaxia primară a HBP**

- La moment nu sunt măsuri de profilaxie primară propriu-zisă a HBP.
- Manifestarea clinică a LUTS secundare HBP poate fi atenuată cu ajutorul modificărilor stilului de viață, enumerate în *caseta 7*.

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*).
- Modificarea stilului de viață (*caseta 7*).
- Aplicarea la timp a metodelor de diagnostic diferențial imagistic, precum și a tratamentului corespunzător (*algoritmul C.1.1; tabelele 2, 5-6; casetele 12-20*).

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 (*anexa 1*).
 - ✓ 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 5*).
 - Scorul QoL (calitatea de viață) (*anexa 5*).
 - Viteza fluxului urinar în timpul micțiunii (*tabelul 2*).
 - Evaluarea volumului urinei reziduale (USG transabdominală) (*tabelul 2*).
- Examinările clinică și paraclinică țintite ale pacienților cu suspjecție de HBP (*casetele 9-11*).
- 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.

C.2.4. Screening-ul hiperplaziei benigne de prostată (clasa de recomandare I)

Caseta 8. Screening-ul HBP

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

C.2.5. Conduita pacientului

C.2.5.1. Anamneza (clasa de recomandare I)

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 (înfîrzierea 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 5).**
- **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.

C.2.5.2. Examenul clinic (*clasa de recomandare I*)**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.
- **Tușul 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 (*anexa 5*).
- **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.

C.2.5.3. Examenul paraclinic

Tabelul 2. *Investigații instrumentale și de laborator în HBP (clasa de recomandare III)*

Examenul de laborator sau instrumental	Manifestare în adenomul de prostată	Nivelul de acordare a asistenței medicale		
		AMP	AMSA	AMS
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)	R	O	O
FG ^{I,Rp}	Gradul de afectare a funcției de filtrație (în prezența diurezei nocturne cel puțin 500 ml)	-	-	O
Analiza generală de sânge ^{I,Rp,U}	Leucocitoza, neutrofiloza, deviere spre stîngă și creșterea VSH-ului ca reacția la leziunile inflamatorii și necrotice. Celule plasmatice și granulație toxică (intoxicație).	R	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.	R	O	O
Examinările imunologice de bază ^{I,Rp}	PSA (în cazuri incerte PSA fracție liberă) – obligatoriu inclusiv la nivelul AMT . AgHbs, Anti VHC, anti-HBc IgG+M (total), (patologia hepatică), analiza SIDA, reacția MRS; Rh și grupă de sânge (transfuziile de sânge)	-	R	O
Examinările culturale ^{I,Rp}	Urocultura, hemocultura, însămînțarea din alte țesuturi și lichide biologice (sepsis, procesul infecțios postoperator). Se efectuează cu o determinare obligatorie a antibioticosenibilității	-	R	O
ECG ^{I,U}	Prezența complicațiilor cardiovasculare (cardiopatie ischemică, infarctul acut de miocard)	R	O	O
Radiografia/MRF toracică ^{I,U}	Complicațiile cardiorespiratorii (ex., pleurezie, sindrom tromboembolic sau pneumonie în perioada postoperatorie)	-	O	O
Uroflowmetria ^{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., hidronefroză, deformarea sistemului calice-bazinet, nefroscleroză) și vezical (vezică „de forță”, diverticulul, calcul vezical).	-	O	O
Ex. radiologic a sistemului uropoietic ^{I,Rp}	Se aplică în caz de rezultatele neconcludente ale USG sau la suspectarea malformațiilor congenitale/ evaluare postoperatoriu.	-	R	R
Uretrocistoscopie ^{I,Rp}	Majorarea prostatei în dimensiuni cu obstrucția uretrei, obstrucția colului vezical, hipertrofia detrusorului, calculi vezicale, diverticulele vezicale, urină reziduală în vezică urinară.	-	R	R

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

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

C.2.5.4. Diagnosticul pozitiv și cel diferențial (clasa de recomandare Iib)

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 5).
- **Calendarul micțional nictemeral:** 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 2).
 - ✓ 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 2):
 - ✓ **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 suspexie la cancerul prostatei, se recomandă puncția-biopsia prostatei.**

C.2.5.5. Criteriile de spitalizare și de transfer

Tabelul 3. Indicații pentru spitalizare și de transfer în HBP

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 (tabelul 10)	
HBP agravată cu complicațiile acute	Secție specializată (Urologie); inițial – poate fi Chirurgie (la nivel raional)

Tabelul 4. Indicațiile pentru transfer în SATI la pacienții cu HBP

Starea patologică	Indicații
Șoc (indiferent de etiologie)	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorizarea funcțiilor vitale • Necesitatea efectuării terapiei intensive • Efectuarea tratamentului de suport • Sedarea pacientului • Suportul funcțiilor vitale (ex., respirație asistată)
Dereglările de cunoștință	
Sindromul tromboembolic pulmonar mediu sau sever, în special asociat cu insuficiența cardiorespiratorie	
După intervenție chirurgicală complicată (ex., după ruptura vezicii urinare)	

C.2.5.6. Tratamentul

C.2.5.6.1. Tratamentul nemedicamentos

Tabelul 5. Alimentația pacienților cu HBP (clasa de recomandare IIa)

Dieta	Recomandările
<i>Aportul hidric</i>	Aportul zilnic de lichide se limitează la nivelul pînă la 1,5 l. La fiecare 5°C în plus al mediului ($\geq 25^{\circ}\text{C}$) și la fiecare 1°C în plus al temperaturii corpului ($\geq 37^{\circ}\text{C}$) se recomandă creșterea aportului de apă cu 0,5-1 L/zi. Este importantă evitarea consumului sporit de lichid, care poate agrava evoluția LUTS.
<i>Prelucrarea produselor alimentare</i>	Se recomandă administrarea felurilor de mîncare termic prelucrate, ușor digerabile, fără adaos de condimente. <i>Se exclud</i> felurile de mîncare iute, acre, sărate, condimentate, gustări acre, produse alimentare sărate și afumate, cafea, ceai și cacao tare, băuturi alcoolice . <i>În timpul aflării în SATI poate fi necesară alimentația parenterală sau cea enterală artificială, efectuată conform normelor convenționale.</i>
<i>Aportul caloric</i>	Se recomandă la nivelul 25-30 kcal/kg/zi, iar în caz de sepsis și/ sau IRA hiperkatabolică poate atinge 30-50 kcal/kg/zi. Obezitate crește riscul DZ tip II și potențial poate agrava evoluția LUTS.
<i>Aportul proteic</i>	Este recomandat aportul obișnuit de proteine (1-1,2 g/kg/zi) cu excepția pacienților cu patologii renale preexistente și BCR \geq st. III. Cel puțin 1/2 din proteine trebuie să fie de proveniență animalieră.
<i>Aportul de lipide</i>	0,7-1,0 g/kg/zi, cel puțin 1/3 din grăsimi trebuie să fie de proveniență vegetală (acizii grași polinesaturați).
<i>Glucidele</i>	Se recomandă la nivelul 4-5 g/kg/zi. La pacienții aflați în staționar se preferă glucidele ușor digerabile.
<i>Potasiul</i>	Se limitează la pacienții cu IRA sau cu BCR \geq st. III (fructe și produse din ele).
<i>Sodiul</i>	Se limitează pînă la 3-5 g/zi în caz de edeme și/sau HTA.
<i>Fosforul</i>	Se limitează începînd cu BCR st. IV (carne, pește, produse lactate).

Tabelul 6. Regimul pacientului în funcție de gravitatea HBP

Regimul / severitatea TR	La pat	De salon	Liber
HBP, gr. III	după operație sau după dezvoltarea complicațiilor acute	tratamentul în staționar	după externare

HBP, gr. II	după operație	tratamentul în staționar	tratament ambulatoriu înainte și după externare
HBP, gr. I	–	–	tratament ambulatoriu

Notă: Se recomandă limitarea și evitarea stresurilor emoționale și a eforturilor fizice sporite. Pe parcursul întregii perioade de tratament chirurgical pentru HBP, plus o lună după externare din staționar, pacientul trebuie să evite deplasările, serviciile de noapte, orele de muncă suplimentare.

C.2.5.6.2. Tratamentul medicamentos

Tabelul 7. Managementul stărilor de urgență (clasa de recomandare II)

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 (<i>caseta 17, risc relativ redus</i>).
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 vasoconstrictoare (Norepinephrinum*, Phenylephrinum), glucocorticoستيoizi (Hydrocortizonum sau Prednisolonum).
Hiperpotasemie	Sol. Glucosum 40% + Insulinum humanum (cu durată rapidă de acțiune, 1 Un per 4 g de Glucosum) + Natrii hydrocarbonatis (2,4% – 200 ml, i.v.) + sol. Calcii gluconas 10% sau sol. Calcii chloridum 5% + β-adrenomimetice (Salbutamolom, inhalatii).

Notă: pentru precizarea conduitei în starea de urgență, consultați protocoalele clinice naționale respective.

Caseta 12. Tratamentul patogenetic al HBP

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

Caseta 13. Inhibitorii 5- α reductazei în tratamentul HBP (clasa de recomandare I)

- Eficiența este confirmată în mai multe trialuri clinice, este dovedită diminuarea volumului prostatei, ameliorarea LUTS și creșterea moderată a vitezei de flux urinar. Reduc riscul retenției acute de urină și necesitatea în tratament chirurgical.
- În special este eficient la pacienții cu volumul prostatei > 40 cm³ și cu nivelul inițial crescut de PSA.
- Avantajele suplimentare:
 - ✓ Sunt eficienți în tratamentul hematuriei asociate cu HBP.
 - ✓ Efectul maxim este realizat în primele 6 luni, iar în continuare se păstrează timp de 5-10 ani de administrare.
 - ✓ Nu au fost depistate interacțiuni cu alte preparate medicamentoase.
 - ✓ Efectele adverse sunt considerate nesemnificative. Incidența efectelor adverse este independentă de vîrstă.

- Dezavantajele: diminuarea libido și a potenței, micșorarea volumului de ejaculat. În trialuri au fost înregistrate la 5-10% dintre pacienți. Aceste efecte adverse sunt maxime în primul an de tratament. Astfel, administrarea la pacienții tineri, pînă la 40 de ani, este restrînsă.
- Particularități: micșorează nivelul PSA total cu $\approx 50\%$ după tratament timp de un an, dar nu creează dificultăți în diagnosticul diferențial cu adenocarcinomul de prostată (studii prospective în cohortă, inclusiv confirmate histologic). Nivelul PSA, fracției libere, scade sau rămîne neschimbat conform datelor diferitelor cercetări științifice.
- Reprezentanți și posologie:
 - ✓ Finasteridum: 5 mg/zi. Preponderent suprimă activitatea 5- α reductazei de tipul I.
 - ✓ Dutasteridum 0,5 mg/zi. Suprimă activitatea atît 5- α reductazei, tipul I și tipul II.
- Asocierea inhibitorilor 5- α reductazei cu antagoniștii receptorilor α -adrenergici este benefică, iar ultimii după realizarea efectului inițial pozitiv pot fi suspențați la distanță de 9-12 luni, fără nici o agravare a simptomatologiei LUTS.

Caseta 14. Antagoniștii receptorilor α -adrenergici (clasa de recomandare I)

- Eficiența în ameliorarea simptomatologiei este comparabilă sau superioară inhibitorilor 5- α reductazei. Efectul pozitiv se realizează net mai rapid (timp de 48 de ore), în comparație cu inhibitorii 5- α reductazei. La distanță de o lună se recomandă verificarea eficienței (IPSS).
- În special sunt eficienți la pacienții cu participarea unei componente funcționale mai pronunțate, care participă în manifestarea LUTS (ex., persoane cu adenomul relativ mic, volum rezidual redus de urină în caz de IPSS și QoL relativ înalte, fără complicații cronice).
- Avantajele suplimentare: ameliorare rapidă a simptomatologiei LUTS. Poate ajuta la rezolvarea retenției acute de urină, fără cateterizare. Însă la majoritatea pacienților episodul retenției acute de urină se repetă pe parcursul ultimelor 2 luni.
- Dezavantajele: efectele adverse cuprind diferite dereglări ale sistemului nervos vegetativ. Datele clinice publicate demonstrează că eficiența clinică se păstrează la distanță $> 6-12$ luni de administrare permanentă, dar la moment nu există trialuri dublu-oarbe în această privință. Preparatele „hiperselective” (ex., Tamsulosinum sau Afluzozinum) sunt mai bine suportate de către pacienți în ședințe lungi de tratament.
- Particularități:
 - ✓ Preparatele, cu selectivitatea redusă, (ex., Prazosinum* și Doxazosinum*) au un efect antihipertensiv semnificativ. Administrarea lor este recomandată în caz de asociere a AP și a HTA. Aceste preparate inițial se administrează în doza terapeutică minimă (1 mg) seară înainte de somn din cauza riscului sporit de hipotensiune la prima administrare.
 - ✓ La pacienții normotensivi, în special cu DZ, există risc sporit de dezvoltare a hipotensiunii ortostatice. Astfel, la normotensivi și la diabetici sunt recomandate preparatele mai noi, cu selectivitate sporită (ex., Tamsulosinum sau Afluzozinum).
- Reprezentanții și posologie:
 - ✓ Inhibitorii receptorilor α -adrenergici neselectivi:
 - Fenoxibezamină. Practic nu se utilizează datorită efectelor adverse pronunțate.
 - ✓ Inhibitorii receptorilor α -1-adrenergici selectivi:
 - Tamsulosinum: o capsulă de 0,4 mg dimineață.
 - Afluzozinum: 1-3 comprimate (5-15 mg) o dată pe zi.
 - Terazosinum*: 1 mg x 2 ori/zi cu majorarea treptată pînă la 10 mg/zi (2 prize).
 - Doxazosinum*: 1 mg/zi cu majorare treptată pînă la 4-8 mg/zi (2 prize).
 - Prazosinum*: 3-4 mg/zi cu majorare treptată a dozei pînă la 15-20 mg/zi (3-4 prize).
 - Silodozinum: 8mg/zi o priză

*Produsele nu sunt înregistrate în Nomenclatorul de Stat al Medicamentelor, dar recomandate de Ghidurile internaționale bazate pe dovezi

Caseta 15. Preparate fitoterapeutice cu acțiune asupra HBP (clasa de recomandare II)

- Unele trialuri și metaanalize demonstrează eficiența similară a preparatelor fitoterapeutice cu inhibitorii 5- α reductazei și antagoniștii receptorilor α 1-adrenergici.
- Avantajele suplimentare: pot fi administrate în monoterapie sau în tratament combinat al HBP, administrarea îndelungată nu se asociază cu reducerea eficienței sau cu apariția efectelor adverse. În același timp, inhibitorii 5- α reductazei și antagoniștii receptorilor α -adrenergici sunt mai bine studiați și reprezintă medicamentele de prima linie.
- Dezavantajele: standardizarea preparatelor halenice este totdeauna dificilă. Efectele adverse principale includ reacții alergice și dereglările gastrointestinale.
- Particularități: mecanismul de acțiune rămâne incert și necesită cercetare în continuare.
- Reprezentanți și posologie:
 - ✓ Extract din *Serenoa repens*: 160-320 mg o dată/zi.
 - ✓ Scoarța *Pygeum africanum*: 50 mg x 2 ori/zi.
 - ✓ Adenoprosinum, 1 sup. (250 mg) i.r. 1-2 ori/ zi.

Caseta 16. Profilaxia sindromului tromboembolic pulmonar la pacienții cu HBP în perioada postoperatorie (clasa de recomandare II)

- Se administrează anticoagulatele directe (Heparină și heparinele cu masa moleculară mică).
- Administrarea heparinelor de masă moleculară mică este mai avantajoasă din punct de vedere economic, secundar implicației reduse a personalului medical în administrare, precum și ratei net reduse de efectele adverse (reacții alergice, hemoragii, trombocitopenie).
- Se administrează în ziua intervenției chirurgicale + 5-7 zile (până la mobilizarea completă a pacientului).
- Posologie recomandată:
 - ✓ Heparini natrium: 2500 – 5000 UI x 4 ori/zi, s.c. (în funcție de masa pacientului).
 - ✓ Nadroparini calcium (2850 UI/ 0,3 ml), s.c., o dată / zi.
 - ✓ Dalteparinum sodium (5,000 – 10,000 UI anti-Xa/0,2 ml – 0,4 ml), s.c., o dată / zi.

Caseta 17. Terapia antibacteriană în HBP: medicație empirică (clasa de recomandare II)

- **Tratamentul antibacterian este inițial empiric, iar în continuare este guvernat conform antibiocosensibilității germenului bacterian depistat.**
- **AP cu scop profilactic (risc relativ redus – tabelul 1), durata 5-7 zile:**
 - ✓ Monoterapia cu formele solide: Levofloxacinum (500 mg sau 750 mg) o dată pe zi sau Cefuroximum (500 mg) x 2 ori/zi
- **AP cu scop profilactic după intervenție chirurgicală (risc relativ redus – tabelul 1), durata tratamentului, durata 7-10 zile (în special după cateterizarea vezicii urinare):**
 - ✓ Monoterapie cu formule parenterale, eventual biterapie (al 2-lea preparat poate fi sub formă de comprimate anterior citate): Levofloxacinum (500 mg) o dată pe zi sau Cefuroximum (750 mg) x 3 ori/zi sau Ceftriaxonum (1,0) x 2 ori/zi
- **Infecție urinară postoperatorie sau infectarea plăgii (risc relativ mediu – tabelul 1), durata tratamentului \geq 14 zile:**
 - ✓ Biterapie parenterală: Ampicilinum (2,0) x 3-4 ori/zi sau Cefazolinum (1,0) x 4 ori/zi, sau Amoxicilinum (1,0) x 4 ori/zi, sau Ceftriaxonum (1,0) x 2 ori/zi, sau Ceftazidimum (1,0) x 2 ori/zi + Ciprofloxacinum (200 mg dizolvate per 200 ml sol. Natrii chloridum 0,9%), sau Amikacinum (0,25 – 10 ml x 3 ori/zi).

- **HBP complicată cu sepsis sau cu complicațiile septicopurulente (risc relativ sporit – tabelul I), durata tratamentului ≥ 21-28 de zile:**
 - ✓ Tratamentul chirurgical (bloc renal sau existența unui focar purulent bine exprimat).
 - ✓ Tratamentul antibacterian:
 - Ceftazidimum (2,0) x 2 ori/zi *sau* Ceftriaxonum (2,0) x 2 ori/zi + Ciprofloxacinum (200 mg sau 400 mg dizolvate în 200 ml sol. Natrii chloridum 0,9%).
 - Imipenemum + Cilastinum (0,5 + 0,5 – soluție pentru infuzii) x 4 ori/zi.
 - Amikacinum (0,25 – 10 ml x 3 ori/zi) + [Amoxicilinum + Acidum clavulanicum (1000 mg + 200 mg) x 4 ori zi], *sau* Ceftazidimum (2,0) x 2 ori/zi.
- **Germei bacterieni particulari:**
 - ✓ Coci gram-pozitivi rezistenți la Meticilinum (Oxacilină): Vancomycinum (infuzii pe 200 ml sol. Natrii chloridum 0,9% câte 0,5 – 1,0 x 2 ori/zi).
 - ✓ *Ps. aeruginosa*: Cefipimum (sol. i.v. pînă la 4 g/zi) *sau* Imipenemum + Cilastinum (0,5 + 0,5) x 4 ori/zi, *sau* combinația Amikacinum (0,25 – 10 ml x 3 ori/zi) + aminopeniciline protejate (ex., Amoxicilinum + Acidum clavulanicum, 1000 mg + 200 mg) x 4 ori zi.
 - ✓ Anaerobe: în asociere la regimul terapeutic Metronidazolium (0,5 – 100 ml) x 2 ori/zi.

Caseta 18. Tratamentul analgezic în HBP (clasa de recomandare II)

- **Sindromul algic ușor:**
 - ✓ Nimesulidum: suspensie pentru administrare *per os* – câte 100 mg în plic x 3 ori/zi.
 - ✓ Paracetamolium 0,5 x 3-4 ori/zi.
- **Sindromul algic moderat:**
 - ✓ Ketorolacum: inițial sol. 30 mg – 1 ml pînă la 3 ori/zi, apoi trecere la comprimate – câte 10 mg x 2 ori/zi.
 - ✓ Diclofenacum: inițial pulbere 75 mg – 3 ml pînă la 3 ori/zi, apoi trecere la comprimate – câte 50 mg x 3 ori/zi sau supozitorii de Diclofenacum câte 50 mg i.r. 1-2 ori/zi (în special, la vîrstnici).
 - ✓ Metamizoli Natrium: sol. 50% – 2 ml pînă la 3-4 ori/zi.
- **Sindromul algic pronunțat:**
 - ✓ Tramadolium: inițial sol. 50 mg – 1 ml pînă la 3 ori/zi, apoi trecere la capsule câte 100 mg x 3 ori/zi.
 - ✓ La necesitate se administrează preparatele opioide (sol. Morphină 1%/1 ml sau sol. Trimepiridinum 2%/1 ml) (ex., postoperatoriu).
- **Tratamentul antispastic se recomandă în cazuri de dureri colicative:**
 - ✓ Durata recomandată de administrare ≤ 3 zile.
 - ✓ Lipsa eficienței la distanță de 3 zile subîncelește alt mecanism pentru sindromul algic.
 - ✓ Drotaverină 1-2 tab. (0,04-0,08) x 3 ori/zi (sindrom algic nepronunțat).
 - ✓ Lipsa efectului de la administrarea dozei unice perorale fundamentează trecere la formele parenterale de preparate antispastice: sol. Drotaverinum 2% – 2 ml x 3-4 ori/zi sau sol. Platyphyllinum* 0,2% – 1 ml, s.c. x 3-4 ori/zi (sindrom algic moderat sau pronunțat).
- **Premedicația preoperatorie, anestezia intervenției chirurgicale și tratamentul analgezic postoperatoriu se efectuează conform regulilor convenționale și recomandărilor în domeniul respectiv.**

Caseta 19. Tratament hemostatic în HBP (clasa de recomandare II)

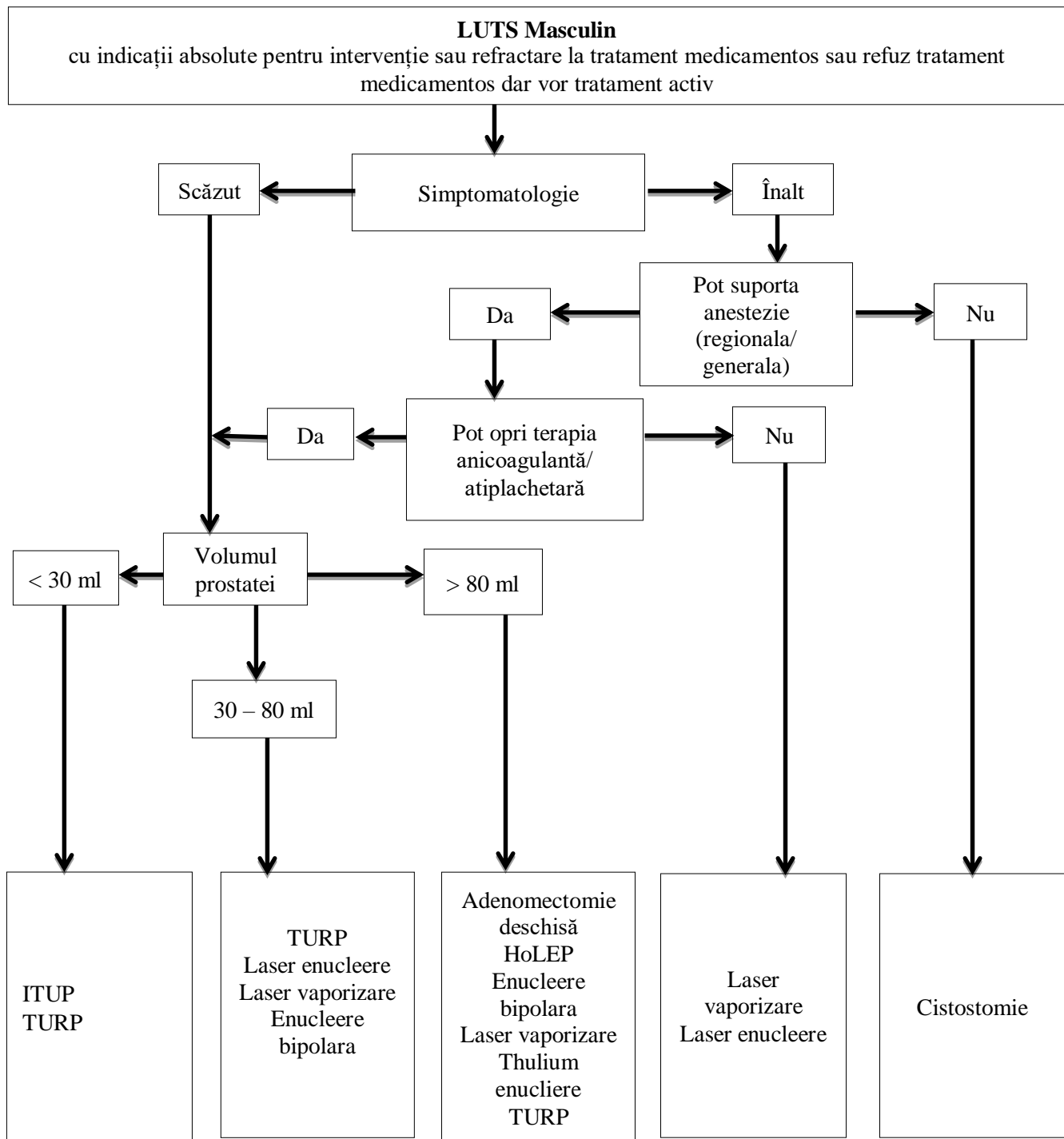
- Hematuria refractară la tratament cu inhibitorii 5- α reductazei reprezintă una dintre indicațiile absolute în tratamentul chirurgical al hiperplaziei benigne de prostată.
- În macrohematurie pot fi recomandate instalarea sondei uretrale și lavajul vezicii urinare.
- Hemoragia postoperatorie (inclusiv, macrohematuria) poate servi drept indicație pentru intervenția chirurgicală repetată.
- În hemoragia apreciată $\geq 0,5$ l se inițiază suplینirea volemică cu soluții coloide și cristaloide (*dextranii și Hidroxietilamidon sunt contraindicați*).
- În hemoragia apreciată $\geq 1,0$ l este solicitată administrarea sîngelui sau a masei eritrocitare.
- Plasma proaspăt congelată este obligatoriu administrată la pacienții cu semnele sindromului coagulării intravasculare diseminate.
- Cu scop hemostatic se utilizează pînă la micșorarea hematuriei și/ sau a hemoragiei + 2-3 zile:
 - ✓ Calci gluconas sol. 10% – 5 sau 10 ml) sau Calci chloridum (sol. 5% – 5 sau 10ml) x 2-3 ori/zi, i.v.
 - ✓ Etamsylatum sol. 12,5% – 2 ml x 3 ori/zi, i.v., i.m.
 - ✓ Acidum aminocapronicum sol. 5% – 100 ml x 1-2 ori/zi, i.v.
- La pacienții cu microhematurie pot fi administrate antioxidantele cu efect vasoprotector (Acidum ascorbicum, comprimate cîte 0,5 x 3 ori/zi, *per os*, sau sol. 5%-5 ml, i.v., și Tocopherolum, capsule – cîte 400 UI x 1-2 ori/zi, *per os*).

Caseta 20. Fitoterapia și uroantiseptice în ITU asociate ale sistemului uropoietic (clasa de recomandare II)

- Se administrează în cure îndelungate cu scop profilactic.
- Se recomandă schimbarea preparatului vegetal fiecare 10-14 zile.
- Infuzia sau, mai rar, maceratul apos reprezintă formele farmacologice principale.
- Preparatele vegetale posedă proprietățile antiinflamatoare, emoliente, spasmolitice, diuretice, antibacteriene.
- Preparatele vegetale tabletate
- Preparatele vegetale cu acțiune preponderent antiinflamatorie: muguri de Ppn (*Turiones Pini*), muguri de plop (*Gemmae Populi*), frunze și rădăcini de nalbă mare (*Folium et Radix Althaea*), nalbă de grădină (*Althaea rosea*), mugur de mesteacăn (*Gemmae Betulae*).
- Uroantiseptice: ex., Nitroxolinum 1-3 comprimate – cîte 50 mg x 3-4 ori/zi sau

C.2.5.6.3. Tratamentul chirurgical

Caseta 21. *Tratamentul chirurgical în HBP (clasa de recomandare IIa)*



Caseta 22. 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. 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 (> 80-100 cm³, 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”.

C.2.5.7. Criteriile de externare și de transfer

Caseta 23. Criterii de externare în HBP

- Dispariția semnelor de inflamație, locală și generală (*anexa 5*), apreciate clinic și paraclinic.
- Local: cicatrizarea primară sau secundară.
- Absența hematuriei.
- Stabilizarea funcției de urinare de sine stătător, apreciate clinic și paraclinic (cu excepția situațiilor după efectuarea operațiilor paliative (*casetele 21-22; algoritmul C.1.1*)).

Caseta 24. 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.)

C.2.5.8. Supravegherea pacienților (clasa de recomandare II)

Tabelul 8. Monitorizare minimă a pacientului cu HBP în funcție de tratamentul aplicat

Modalitatea de tratament	Periodicitatea supravegherii	IPSS și QoL	USG transrectală cu determinarea volumului rezidual de urină	Uroflow-metrie	Histologie
Așteptare vigilentă	6 luni anual	Da	Da	Da	Nu
Inhibitori ai 5 α -reductazei	12 săptămâni 6 luni anual	Da	Da	Da	Nu
adrenoblocante	6 săptămâni 3 luni anual	Da	Da	Da	Nu
Intervenție chirurgicală	6 săptămâni 3 luni anual	Da	Da	Da	Da
Metode alternative	6 săptămâni 3 luni; 6 luni anual	Da	Da	Da	Da

Caseta 25. Supravegherea pacienților cu HBP în spital

- Conduita generală a pacientului cu HBP (*algoritmul C.1.1*).
- Conduita pacientului după externare din spital (*caseta 23*).
- Abordarea complexă în timpul tratamentului în staționar și după externare (*algoritmul C.1.1; casetele 7, 12-22; tabelele 5-7*).
 - ✓ Reglementarea comportamentului pacientului, particularităților dietetice (*tabelul 5*).
 - ✓ Evaluarea necesității transferului în SATI, a continuării tratamentului în SATI sau a transferului din SATI în secție (*tabelele 4 și 7*).
 - ✓ Stabilirea volumului și a caracterului măsurilor terapeutice (*casetele 12-20*) și diagnostice la etapele consecutive de management (*tabelul 2*).
 - ✓ Tratamentul chirurgical al HBP (*algoritmul C.1.1; casetele 21-22*).

Caseta 26. Evaluarea pacienților cu HBP, externați după tratament chirurgical

- Evaluarea este efectuată inițial de urolog la distanță de 1, 3 și de 12 luni postoperatoriu. Dacă pacientul rămâne stabil în continuare el este supravegheat de medicul de familie.
- Agravarea vădită a stării pacientului sau dezvoltarea complicațiilor acute solicită reevaluare urgentă la urolog.

- Profilul diagnostic cuprinde:
 - ✓ Evoluția HBP
 - ✓ Evaluarea diagnostică a maladiilor asociate sistemului uropoietic conform protocoalelor clinice naționale sau ghidurilor existente în domeniu.
 - ✓ Acuzele, în special, persistența disuriei și a dereglărilor de micțiune (LUTS) în perioada postoperatorie. Aprecierea dinamică este importantă pentru excluderea altor cauze LUTS decât HBP, precum și diagnosticarea timpurie a recidivei HBP.
 - ✓ Examenul fizic: TA, FCC, status volemic, *per rectum*
 - ✓ Investigațiile de laborator: creatinină cu calcularea FG, uree, analiză generală de sânge, analiză generală de urină.
 - ✓ Investigațiile instrumentale: Uroflowmetrie.

C.2.5.9. Evoluția hiperplaziei benigne de prostata

Caseta 27. 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.

C.2.6. Complicațiile

Tabelul 9. Complicațiile HBP

Complicații	Descriere
Acute	<ul style="list-style-type: none"> • Retenție acută de urină • ITU acută: cistită acută, pielonefrită acută • Insuficiență renală acută prin obstrucție infrarenală • Ruptură a vezicii urinare
Intraoperatorii și postoperatorii	<ul style="list-style-type: none"> • Sindromul TUR (risc sporit la fumători, hemoragii masive și HBP mare) • Hemoragie din loja prostatică, eventual cu șoc hemoragic • Infecție la nivelul plăgii postoperatorii, eventual cu șoc toxicoinfecțios • Sindromul tromboembolic pulmonar • Incontinență de urină, contractura colului vezical și strictura uretrei • Disfuncțiile sexuale • Fistule postchirurgicale • Reintervenție: 1-2% per an • Infecțiile cronice ale căilor de drenaj urinar (ex., cateter uretral)
Cronice	<ul style="list-style-type: none"> • 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)

D. RESURSELE UMANE ȘI MATERIALELE NECESARE PENTRU RESPECTAREA PREVEDERILOR DIN PROTOCOL

D.1. Instituțiile de asistență medicală primară	Personal: <ul style="list-style-type: none"> • Medic de familie. • Asistentă a medicului de familie. • Laborant cu studii medii.
	Aparataj, utilaj: <ul style="list-style-type: none"> • Tonometru și fonendoscop. • Laborator clinic, capabil să efectueze analiză generală de sânge, analiză generală de urină, creatinină în sânge.
	Medicamente, instrumentar: <ul style="list-style-type: none"> • Set antișoc: glucocorticosteroizi (ex., Prednisolonum 30 mg în fiole, nr.10); vasoconstrictoare (ex., Norepinephrinum* 0,1% – 1 ml, în fiole, nr. 2), antihistaminice (ex., Difenhidraminum 1% – 1ml, în fiole, nr. 5), analgezice (ex., Diclofenacum 75 mg – 3 ml, în fiole, nr. 5), suport volemic (sol. Natrii chloridum 0,9% <i>sau</i> sol. Glucosum 5%, flacoane câte 500 ml, nr. 2), seringe, ace, set pentru perfuzie (de unică folosință). • Mănuși.
D.2. Serviciul de asistență medicală urgentă și etapa prespitalicească	Personal: <ul style="list-style-type: none"> • Medic de urgență/felcer. • Asistenta medicală de urgență.
	Aparataj, utilaj: <ul style="list-style-type: none"> • Tonometru și fonendoscop.
	Medicamente, instrumentar: <ul style="list-style-type: none"> • Set antișoc: vezi D.1.
D.3. Instituțiile / secțiile de asistență medicală specializată de ambulatoriu	Personal: <ul style="list-style-type: none"> • Urologi, chirurgi. • Asistentele medicale. • Medic de laborator și laborant cu studii medii.
	Aparataj, utilaj: <ul style="list-style-type: none"> • Tonometru și fonendoscop. • Electrocardiograf. • Ultrasonograf. • Laborator clinic pentru determinare de: capabil să efectueze analiză generală de sânge și urină; creatinină, uree, glicemie, potasiu în sânge, PSA și PSA, fracție liberă (recomandabil); Rh-factorul și grupul sangvinic, AgHbs, anti-VHC, analiza SIDA, reacția MRS.
	Medicamente, instrumentar: <ul style="list-style-type: none"> • Set antișoc: vezi D.1. • Mănuși. • Medicația antibacteriană: vezi D.4 (secțiile nespecializate). • Medicațiile antispastică și analgezică: vezi D.4. • Medicamentele cu acțiune patogenetică asupra AP: vezi D.4. • Fitoterapia HBP: vezi D.4. • Fitoterapia ITU: vezi D.4.

D.4. Instituțiile de asistență medicală spitalicească: secții specializate (urologie) sau de profil general	Personal: <ul style="list-style-type: none"> • Medici specialiști (urolog, chirurg). • Alți specialiști (funcționalist, imagist). • Asistentele medicale. • Medici laboranți și laboranți cu studii medii. • Specialiștii serviciului morfologic.
	Aparataj, utilaj: <ul style="list-style-type: none"> • Tonometru și fonendoscop. • Electrocardiograf (se preferă portabil). • Ultrasonograf (pentru secții specializate suplimentar pentru examinarea organelor interne în regimul Doppler color). • Aparat radiografic (se preferă mobil). • Laborator clinic pentru determinarea următorilor parametri: <ul style="list-style-type: none"> ✓ <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-VHC, 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 fibrinolică, 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: <ul style="list-style-type: none"> - proba Reberg (probele renale funcționale); - proba Neciporenko. • În secțiile specializate (urologie, nefrologie) suplimentar: <ul style="list-style-type: none"> • Posibilitate de efectuare a cistoscopiei. • Laborator de medicină nucleară care să efectueze scintigrafia renală dinamică. • Posibilitate de efectuare de: TC (obligatoriu), angiografie și IRM.
	Medicamente, instrumentar: <ul style="list-style-type: none"> • Set antișoc: <i>vezi D.1.</i> • Mănuși. • Cistoscop. • Catetere uretrale: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Foley. ✓ Nelaton. • Inhibitorii 5-α reductazei: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Finasteridum (comprimate câte 5 mg). ✓ Dutasteridum (capsule câte 0,5 mg).

	<ul style="list-style-type: none"> • Antagoniștii receptorilor α-adrenergici: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Tamsulosinum (capsule – câte 0,4 mg). ✓ Afluzozinum (comprimate – câte 5 și 10 mg). ✓ Terazosinum* (comprimate – câte 1 și 5 mg). ✓ Doxazosin* (comprimate – câte 1 și 2 mg). ✓ Prazosinum* (comprimate – câte 1 și 5 mg). • Preparatele fitoterapeutice cu acțiune la AP: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Extract din <i>Serenoa repens</i> (capsule – câte 160 sau 320 mg). ✓ Extract din scoarța <i>Pygeum africanum</i> (capsule 50 mg). ✓ Adenoprosinum, supozitoare rectale – câte 250 mg. • Anticoagulanții: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Nadroparini calcium (2850 UI/ 0,3 ml). ✓ Dalteparinum natrium (10,000 UI anti-Xa/0,4 ml). ✓ Heparini natrium (5000 UI/ ml). • Medicația antibacteriană: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Cefalosporinele: Cefazolinum (pulbere 1,0 în flacon) și Ceftriaxonum (pulbere 1,0 în flacon). ✓ Aminopeniciline: Ampicillinum (comprimate/capsule – 0,5 și pulbere 1,0 în flacon) sau Amoxicillinum (comprimate/capsule – 0,5 și pulbere 1,0 în flacon). ✓ Fluorchinolone: Ciprofloxacinum (comprimate/capsule – 500 mg și sol. 200 mg – 100 ml). ✓ Metronidazolum (comprimate – 500 mg). ✓ Ketoconazolum (comprimate/capsule – 200 mg) sau Fluconazolum (comprimate/capsule – 100 mg). ✓ Preparatele medicamentoase accesibile numai la nivel de secții specializate (Urologie): <ul style="list-style-type: none"> - Amoxicillinum + Acidum clavulanicum (pulbere 500 mg + 100 mg sau 1000 mg + 200 mg). - Ceftazidimum (pulbere 1,0 în flacon). - Metronidazolum (sol. 500 mg – 100 ml). - Vancomycinum (pulbere liofilizată pentru infuzii 0,5 sau 1,0). - Amikacinum (pulbere liofilizată 0,25 – 10 ml). - Imipenemum + Cilastinum (0,5 + 0,5 – soluție pentru infuzii). • Medicația hemostatică: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Preparatele sîngelui (masă eritrocitară, plasmă proaspăt congelată) ✓ Calcii gluconas (sol. 10% – 5 sau 10 ml) sau Calcii chloridum (sol. 5% – 5 sau 10 ml). ✓ Etamsylatum sol. 12,5% – 2 ml. ✓ Acidum aminocapronicum sol. 5% – 100 ml.
--	--

- **Medicația analgezică:**
 - ✓ Nimesulidum (suspensie pentru administrare *per os*, câte 100 mg în plic) sau Paracetamolum (comprimate câte 500 mg).
 - ✓ Ketorolacum (comprimate câte 10 mg și pulbere 30 mg – 1 ml) sau Diclofenacum (comprimate câte 50 mg, supozitorii rectale câte 50 mg și pulbere 75 mg – 3 ml) sau Metamizoli natrium (sol. 50% - 2 ml).
 - ✓ Tramadolium (sol. 50 mg – 1 ml și capsule câte 100 mg).
 - ✓ **Preparatele medicamentoase accesibile numai la nivel de secții specializate (Urologie):**
 - Morphinum (sol. 1% – 1 ml).
 - Trimeperidinum (sol. 2% – 1 ml).
- **Terapia de dezintoxicare:**
 - ✓ Sol. Natrii chloridum 0,9% – 200 sau 500 ml.
 - ✓ Sol. Glucosum 5% – 200 sau 500 ml și 40% – 10 sau 20 ml.
- **Medicația antispastică:**
 - ✓ Drotaverinum (comprimate – câte 40 sau 80 mg și sol. 2% – 2 ml).
 - ✓ Platyphyllinum (sol. 0,2% – 1ml).
- **Medicația antioxidantă:**
 - ✓ Acidum ascorbicum (comprimate – câte 0,5 și sol. 5% – 5 ml).
 - ✓ Tocopherolum (capsule – câte 400 UI).
- **Fitoterapeutice pentru ITU:**
 - ✓ Ceai renal.
- **Uroantiseptice pentru ITU:**
 - ✓ Nitroxalinum, comprimate – câte 50 mg.
 - ✓ Nitrofurantoinum, comprimate – câte 100 mg.
- **Antihipotensive: Caffeinum** sol. 20% – 1ml și **Nikethamidum*** sol. 25% –1 ml.
- **Ace, seringi (2, 5, 10, 20 ml), set pentru perfuzii (de unică folosință).**
- **Fașă, bint, tamponașe.**
- **Antiseptice (ex., Betadină).**
- **Dezinfectante.**
- **Sală de operații și instrumente chirurgicale (anexa 4).**
- **Sală chirurgicală de pansamente.**

E. INDICATORII DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII PROTOCOLULUI

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 (în %)	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 \geq 8 în vîrstă 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 (în %)	Numărul de pacienți cu LUTS cu IPSS \geq 8 în vîrstă 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 \geq 8, în vîrstă 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 (în %)	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 (în %)	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 (în %)	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

ANEXE

Anexa 1. Ghidul pacientului cu HBP

Prostata reprezintă o glandă specială, care face parte din sistemul reproductiv masculin și participă în formarea ejaculatului. Este situată sub vezica urinară și înainte de rect. Țesutul prostatei înconjoară uretra.

Hiperplazie benignă de prostată reprezintă cea mai frecventă tumoare a umanității. **Se definește ca o tumoare benignă a prostatei, care afectează fluxul urinar prin împiedicarea scurgerii normale a urinei.** Hiperplazie benignă de prostată are o prevalență sporită la bărbații vârstnici: prevalența lui 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 cei în vârstă de 80 de ani. Această maladie prezintă pericol de viață, dar poate semnificativ afecta calitatea vieții. Hiperplazie benignă de prostată practic niciodată nu malignizează.

Hiperplazie benignă de prostată se dezvoltă sub acțiunea hormonilor sexuali masculini. Mecanismul definitiv de apariție și de progresie a hiperplaziei benigne de prostată rămâne până la momentul actual neelucidat.

Simptomatologia hiperplaziei benigne de prostată include: ***simptome obstructive*** (început dificil al actului de micțiune (întârzierea micțiunii involuntare), jet urinar slab, jet urinar intermitent, disurie (pacientul urinează cu forță pentru a evacua vezica urinară), micțiune prelungită, senzație de golire incompletă a vezicii urinare, retenție de urină, pseudoincontinența din cauza vezicii urinare suprapline de urină reziduală) și ***simptome iritative*** (polakiurie și nocturie (urinarile frecvente din timpul zilei și al nopții) și senzația neplăcută că dacă nu va urina, va „scăpa” urina în pantaloni).

Diagnosticul hiperplaziei benigne de prostată este stabilit în baza acuzelor, a datelor examenului clinic (obligatoriu include determinarea picăturilor „scăpate” de urină pe lenjerie/pantaloni, globului vezical și tușeul rectal) și a unor investigații paraclinice: determinarea PSA (antigenul specific al prostatei, nivelul lui ridicat este caracteristic pentru cancerul prostatei), uroflowmetria (cel mai important indice este Q max – viteza maximă a fluxului urinar în timpul micțiunii) și aprecierea ultrasonografică a dimensiunilor adenomului prostatei și caracteristica nodulilor adenomatoși, cuantificarea volumului rezidual de urină după micțiune. Gradul de severitate a hiperplaziei benigne de prostată este determinat în baza scorului special de simptomatologie clinică și severitatea afectării calității vieții.

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 reieșind din beneficiul maxim al pacientului și din posibilitățile sistemului de sănătate.

La momentul actual nu există metode de ***profilaxie*** primară a hiperplaziei benigne de prostată. Tehnicile existente pot ameliora simptomatologia din partea tractului urinar inferior. ***Modificările*** recomandate ale ***stilului de viață*** cuprind: 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 cafeinei, care au un efect diuretic și iritant; aplicarea metodei de urinare dublă până la evacuarea mai completă a urinei din vezica urinară; tehnici distractive (ex., respirație profundă etc.) pentru a controla mai bine simptomele iritative; suspendarea sau înlocuirea medicamentelor cu efect potențial negativ asupra simptomatologiei hiperplaziei benigne de prostată (ex., diuretice, antihistaminice); tratamentul condițiilor, care agravează suplimentar evoluția adenomului de prostată: diabet zaharat, hipertensiune arterială, insuficiență cardiacă congestivă, constipații.

Anexa 2. Formular pentru obținerea de accord al pacientului

N.P.P.	
Adresa	
Persoana și telefonul de contact	
Nr. poliței de asigurare	
Nr. buletinului de identitate	
Vîrstă/ sex/ invaliditate	

Acord privind aplicarea măsurilor diagnostice, terapeutice, anestezice, de reanimare și a intervenției chirurgicale

1. Autorizez medicul curant și medicii din instituția medicală să execute asupra mea procedurile diagnostice și de tratament medical sau chirurgical, considerate necesare.
2. Am fost informat privind etiologia, patogenеза, evoluția, prognosticul și complicațiile posibile ale *hiperplaziei benigne de prostată*, cu specificarea particularităților cazului meu, necesitatea aplicării măsurilor diagnostice și de tratament la fiecare etapă de acordare a ajutorului medical. Am primit răspuns la întrebările adresate.
3. Am fost informat asupra naturii și scopului procedurilor diagnostice și terapeutice, a intervenției chirurgicale, asupra beneficiilor și prejudiciilor posibile privind complicațiile și riscurile posibile. Mi s-a răspuns la întrebările adresate.
4. Sunt conștient că, în decursul intervenției diagnostice, chirurgicale sau al unui act terapeutic pot apărea situații imprevizibile, care necesită proceduri diferite de cele preconizate. Consimt efectuarea intervențiilor chirurgicale și a procedurilor diagnostice, pe care medicii le consideră necesare.
5. Privind intervenția programată, declar că am fost informat despre tipul de anestezie, la care voi fi supus și despre tehnicile de monitorizare a funcțiilor vitale. Mi s-a explicat că există un risc în anumite complicații. Accept ca anesteziologul să modifice tratamentul anestezic programat.
6. Rezultatele examinărilor, lichidelor biologice, țesuturilor sau al părților de organe, obținute în urma intervenției chirurgicale sau a procedurii diagnostice, pot fi folosite în scopuri medicale și științifice.
7. Fiind conștient de beneficiile și de riscurile măsurilor diagnostice, terapeutice, anestezice, de reanimare, chirurgicale, le accept fără a solicita asigurări suplimentare în privința rezultatelor.
8. Confirm că am citit și am înțeles în întregime cele expuse mai sus.

Indice	Medic de familie	Medic de urgență	Nivel consultativ specializat	Nivel spitalicesc (inclusiv secții specializate)
Data				
Acordul de obținere a anamnezei și de efectuare a examenului fizic				
Acordul de efectuare a investigațiilor instrumentale și de laborator				
Acordul de efectuare a tratamentului nemedicamentos				
Acordul de efectuare a tratamentului medicamentos				
Acordul de efectuare a intervențiilor chirurgicale				

Notă: Dacă pacientul este inconștient și la momentul implementării măsurilor diagnostice, terapeutice, anestezice, de reanimare, a intervențiilor chirurgicale, atunci documentul este semnat de o persoană însoțitoare.

Anexa 3. Fișa de monitorizare a pacienților – formular de înregistrare a acțiunilor ulterioare referitoare la pacienți, efectuate în baza protocolului

N.P.P.			
Adresa			
Persoana, telefonul de contact			
Nr. poliței de asigurare			
Nr. buletinului de identitate			
Vârsta		Sexul	
Invaliditatea			
Înălțimea		Masa	
Indice		Nivel prespitalicesc	
		Nivel consultativ specializat	
Nivel de staționar			
Data		Ora	
Severitatea AP			
IPSS			
QoL			
Complicații			
Manifestarea clinică			
TA, PS			
Hematuria, leucocituria			
Leucocitoza, VSH-ul			
Creatinina, ureea			
PSA, PSA fracție liberă			
USG prostatei			
Uroflowmetria			
TC sau RMN			
Tratamentul conservator			
Tratamentul chirurgical			
Medicul curant			
Asistenta medicală			

Anexa 4. Sala de operații și instrumentele chirurgicale

- **Sala de operații, asigurată cu apă (rece și caldă), încălzire, sistem de ventilație**
 - ✓ Lampă chirurgicală
 - ✓ Masă chirurgicală (funcțională)
 - ✓ Lămpi UV
 - ✓ Troleu de endourologie
 - **Instrumentele chirurgicale**
 - ✓ Coagulator
 - ✓ Bisturii
 - ✓ Pense Coher, Mosquit, Fiodorov
 - ✓ Foarfece curbe și drepte
 - ✓ Depărtătoare
 - ✓ Sonde
 - ✓ Seringă Janet
- **Material de sutură**
 - ✓ Catgut nr. 1, 2, 3, 4, 5, 6
 - ✓ Vikril 0, 1
 - ✓ Capron nr. 1, 2, 3, 4, 5, 6
- **Mijloacele de protecție (pentru fiecare chirurg, asistentă medicală din sala de operație, infirmieră)**
 - ✓ Halat
 - ✓ Costum chirurgical
 - ✓ Mască
 - ✓ Mănuși
 - ✓ Ochelarii de protecție
 - ✓ Bahile
- **Consumabile (sterile de unică folosință sau sterilizate)**
 - ✓ Biurete hemostatice
 - ✓ Drenuri
 - ✓ Seringi
 - ✓ Ace chirurgicale
 - ✓ Ace vasculare
 - ✓ Sisteme de perfuzii
 - ✓ Catetere ureterale 4, 5, 6
 - ✓ Catetere Foley 20, 22
 - ✓ Catetere Petzer 28, 30, 32
 - ✓ Fașă
 - ✓ Tamponașe
 - ✓ Tifon
 - ✓ Șervețele
- **Instrumentar și set de medicamente necesare pentru efectuarea anesteziei locale și generale (conform standardelor naționale corespunzătoare)**
- **Set antișoc (vezi D.I)**
- **Alcool etilic 96%, alcool etilic 70%**
- **Iod, Betadină**
- **Dezinfectante**

Anexa 5. Scorurile pentru aprecierea gravității hiperplaziei benigne de prostată

Tabelul 11. Evaluarea scorului IPSS (Scorul Internațional al Simptomelor Prostatice – International Prostate Symptom Score)

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 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 =

Tabelul 12 Index de evaluare a calității vieții

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

Scorul total QoL =

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

- **Ușoară (gradul I):** IPSS = 0-7, QoL = 0-2. Absența complicațiilor AP

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

- **Medie (gradul II):** IPSS = 8-19, QoL = 3-4. Eventual, prezența complicațiilor cronice ale AP;
- **Severă (gradul III):** IPSS = 20-35, QoL = 5-6. Prezența complicațiilor cronice ale AP. Eventual, prezența complicațiilor acute.

Anexa 6.

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	
16	Investigații i 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;	
17	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;	
18	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	
19	Investigații indicate de către specialist	nu = 0; da = 1; nu a fost necesar = 5; nu se știe = 9	
ISTORICUL MEDICAL AL PACIENȚILOR			
20	Respectarea indicațiilor de spitalizare și de transfer de urgență	nu = 0; da = 1; nu se știe = 9	
21	Respectarea indicațiilor de spitalizare și de transfer de plan	nu = 0; da = 1; nu se știe = 9	
22	Starea pacientului la internare	ușoară = 6; medie = 7; severă = 8	

23	Prezența complicațiilor	nu = 0; da = 1; nu se știe = 5 renale = 2; septicopurulente= 3; cardiovasculare = 4; hormonale și metabolice = 5;	
24	Maladii concomitente	nu = 0; da = 1; nu se știe = 9	
25	Factorii identificabili de risc	risc scăzut = 1; risc moderat = 2; risc sporit = 3 nu se știe = 9	
26	Evidența dispanserică	nu = 0; da = 1; pacient primar = 2; nu se știe = 9 nefrolog = 3; urolog = 4	
	TRATAMENTUL		
27	Unde a fost inițiat tratamentul	AMP = 1; AMU = 2; Secția consultativă = 3; Spital = 4; Instituție medicală privată = 5; nu se cunoaște = 9	
28	Tratamentul etiologic	nu = 0; da = 1; nu se știe = 5 antibacterian = 1; chirurgical = 2;	
29	Tratamentul patogenetic	nu = 0; da = 1; nu se știe = 9; antiinflamator = 2; analgezic = 3; antispastic = 4; antihipertensiv = 5; antiagregant = 6; fitoterapie = 7	
30	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	
31	Efecte adverse înregistrate	nu = 0; da = 1; nu știu = 9	
32	Rezultatele tratamentului	ameliorare = 1; stabilizare = 2; fara schimbări = 3; progresare = 4; complicații = 8; nu se știe = 9	
33	Respectarea criteriilor de externare și de transfer	nu = 0; da = 1; nu știu = 9 dispariția semnelor de inflamație locală și generală = 2 agravarea evoluție unor maladii = 3; dezvoltarea complicațiilor purulente = 4 dezvoltarea șocului = 5	
34	Data externării/transferului sau decesului	Data externării/transferului (ZZ: LL: AAAA) sau necunoscută = 9	
		Data decesului (ZZ: LL: AAAA) sau necunoscută = 9	

BIBLIOGRAFIE

1. AUA practice guideline committee. AUA guidelines on management of benign prostatic hyperplasia // American Urological Association Education and Research, Updated 2018
2. EAU Guidelines. 2018 edition. Management of Non-Neurogenic Male LUTS.
3. EAU Pocket Guidelines 2017
4. Campbell-Walsh Urology, 11th Edition. 2016. Alan J. Wein, MD, PhD (Hon), FACS, Louis R. Kavoussi, MD, MBA, Alan W. Partin, MD, PhD and Craig A. Peters, MD. ISBN: 978-1-4557-7567-5
5. Лопаткин Н.А. Урология. Национальное руководство. ГЭОТАР-Медиа. 2009. ISBN: 978-5-9704-0983-1
6. I. Sinescu, G, Gluck – *Tratat de urologie*, Editura Universitară Carol Davila,. 2008
7. Protocol clinic national. Adenomul de prostată. 2009