

Доброкачествена простатна хиперплазия

Д-р В. Василев

Клиника по урология, УМБАЛ "Александровска" - гр. София
www.Urology.bg

Доброкачествената простатна хиперплазия (ДПХ), също много известна и със старото си название аденом на простатата е едно от най-често срещаните бенигни заболявания сред възрастните мъже. Смята се, че около половината от мъжете над 60 години имат проблеми с простатата, като с напредването на възрастта този процент нараства значително. Казано по друг начин - почти няма възрастен мъж, който да няма някакви оплаквания от простатата.

Едва ли има общопрактикуващ лекар, за когото доброкачествената простатна хиперплазия и "N40" да не са ежедневие. С т.нар. "застаряване на населението", както и с популяризирането на проблемите с простатата, мъжете, които търсят помощ или просто искат да "проверят" простатата си са все повече и повече.

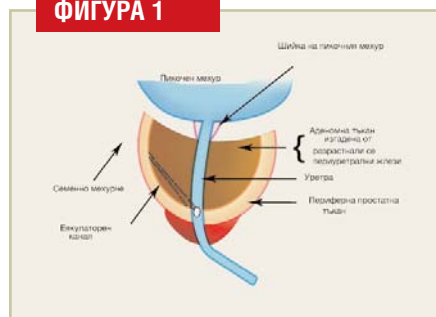
Целта на тази статия не е да ви затрупам с отегчаващи факти и термини, а да ви дам основни насоки и полезни, практически съвети, за това как да отговорите на нуждите на пациентите си.

■ Кратка анатомия на простатата

Простатната жлеза е част от мъжката пикочо-полова система и освен да създава проблеми, играе важна роля в оплодителния процес.

При младите мъже тя е с форма и размери на кестен, разположена е под пикочния мехур и пред ректума и обгражда като маншон началото на уретрата (Фиг. 1). Хистологично представлява съвкупност от жлезни елементи, наречени ацини (нормално 30-50 на брой), съставени от жлезисти елементи, които секретират простатния секрет. Секретът се отделя непрекъснато и се изхвърля чрез урината. При полова възбуда обемът му се увеличава, а при еякулация секретът

ФИГУРА 1



се смесва със сперматозоидите, идващи от тестисите и заедно със секретата на семенните мехурчета образуват спермата. Простатният секрет представлява 25-35% от обема на еякулата. Той играе основна роля в оплодителния процес чрез активацията на сперматозоидите, които преди да се смесят с него са неподвижни.

Простатната жлеза се състои от два вида жлези - периуретрални (разположени около уретрата) и периферни, които практически изграждат простатната жлеза. Аденомът на простатната жлеза представлява доброкачествено, хиперпластично (т.е. увеличаване на броя) разрастване на периуретралните жлези, откъдето идва и името - доброкачествена простатна хиперплазия.

■ На какво се дължи хиперплазията на простатата?

Добър въпрос, на който за съжаление все още няма отговор.

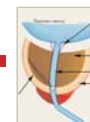
Два са основните фактора за болестното развитие - възраст и наличие на мъжки хормони. Аденомът на простатата не се среща при евнуси, а след премахване на тестисите се наблюдава регресия на заболяването.

Смята се, че дериватът на тестостерона - 5-алфа-дихидротестостерон (ДНТ), е основният хормон, свързан с регулацията на простатния растеж и чиято концентрация в човешки простатни жлези с хиперплазия е значително по-висока. Разрастването на простатата започва след 35-40-годишна възраст и продължава до края на живота. Разбира се, темповете на хиперплазия са различни и се смята, че голяма роля има и генетичната предрасположеност.

■ Защо увеличената простата предизвиква проблеми?

Анатомичната позиция на простатата е основната причина за симптомите на долните пикочни пътища (СДПП) при ДПХ. Тъй като тя обхваща подобно на маншон началото на уретрата, разрастването ѝ води до нейното притискане и стеснение и появата на т.нар. обструктивни симптоми - симптоми на запушване или симптоми, свързани с изпразването на пикочния мехур (Фиг. 2).

Непрекъснатото "дразнене" на мускулатурата на мехура, която трябва



ФИГУРА 2



ва се "бори" с все по-голямо и по-голямо съпротивление, е причина за другата голяма група симптоми - т.нар. възпалителни симптоми или такива, свързани с резервоарната функция на пикочния мехур - с една дума, мехурът не "понася" урината в него.

Към обструктивните симптоми спадат:

- Забавено начало на уринирането.
- Прекъсване на струята по време на уриниране.
- Слаба струя.
- Остатъчна урина.
- Ретенция на урината (задръжка на урината).

Към възпалителните симптоми спадат:

- Нощно уриниране - това е много чест симптом, характерен за аденома на простатната жлеза. Много рядко имаме клинично изявен случай на ДПХ без поне две ставания нощем.
- Често уриниране - особено през деня, в интервали по-малки от 2 часа.

■ Какви са оплакванията на мъжете с ДПХ?

Важно е да отбележим, че ДПХ не означава задължително наличие на оплаквания. Разбира се, обикновено размерът на жлезата корелира с тежестта на симптомите, но е възможно пациенти с "големи простати" да ня-

мат никакви или много слаби оплаквания, както и обратното - пациенти с "малки простати" да имат "жестоки" проблеми.

Въпреки че тя не е животозастрашаващо състояние, клинична проява на ДПХ под формата на симптоми на долните пикочни пътища (СДПП) нарушава значително качеството на живот на пациента.

Тъй като симптомите на ДПХ се развиват бавно и в продължение на години, често мъжете, урижени от проблемите с "кръвното, сърцето, захарта", не могат да осъзнаят или типично по балкански игнорират проблемите с простатата и не са рядкост случаите да търсят помощ, едва когато симптомите са изключително тежки.

Тук е ролята на личния лекар да повдигне темата за простатата и активно да търси проблемите, свързани с нея - обикновено само няколко въпроса са достатъчни, за да се ориентирате:

"Колко пъти ставате нощем?"

Едно ставане нощем е нормално. Това е много чест симптом, много характерен за аденома на простатната жлеза. Много рядко имаме клинично изявен случай на ДПХ без поне две ставания нощем.

"Понякога струята да е по-слаба или да прекъсва?"

Понякога струята е по-тънка от обичайното - оттук произлиза и приказката, с която се шегуват възрастните мъже: "Да гледаш надалеко и да пикаеш наблизо".

"Понякога налага ли се да се напъвате, за да тръгне струята или да пускате чешмата?"

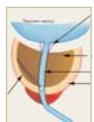
Много често уринирането не започва веднага и на пациентите им се налага да се напъват, да пускат водата от чешмата с надеждата да провокират уринирането. Този симптом е особено характерен сутрин след ставане.

За да може да се даде количествена оценка на състоянието в практиката, е въведен т.нар. Международен простатен симптоматичен индекс (IPSS), чрез който успяваме да си отговорим не само на въпроса "Има ли оплаквания?", но и ако ги има, то "Колко са тежки?". Въпросникът е изключително удобен и полезен, защото не само спестява време, тъй като много ясно онагледява симптомите на пациента, но и дава възможност за обективизиране на състоянието, а оттам и ефекта от евентуалното лечение.

■ Преглед и изследвания

Наистина прегледът на простатата не е мъчителен за пациентите, обикновено отнема 15-20 мин. и цели да отговори на няколко основни въпроса.

- Да се установи наличие на симптоми от простатата - разговорът с пациента в комбинация с въпросника IPSS/QL много бързо ни ориентират в ситуацията и състоянието на пациента.
- Да се установи наличие на ДПХ - трансабдоминалната ехография ни дава възможност бързо, лесно и точно да установим размерите на жлезата, нейната хомогенност и очертания и да си отговорим има ли хиперплазия или не.
- Да се изключи съмнение за рак на простатата - комбинацията от изследване на PSA, трансабдоминална или трансректална ехография и ректално туширане има детекционна способност над 70% и е много подходяща за скрининг на рак на простатата. Именно по тази причина от началото на 2011 г. Министерството на здравеопазването въведе задължителни ежегодни прегледи на простатата при мъжете над 50 години, включващи и изследване на PSA.
- Да се установи тежестта на симптомите и евентуалната нужда от лечение.



Много е важно да отбележим, че ДПХ е заболяване, което засяга качеството на живот, а не неговата продължителност. Пациентът усеща симптомите и именно те го подтиква да търси помощ, която да облекчи състоянието му. И ако те го измъчват, той трябва да бъде лекуван. Трябва да се има предвид, че едни и същи симптоми се възприемат по различен начин от различни болни - при едни леките симптоми са много притеснителни, докато други мъже изобщо не ги усещат. Също така, единствено обемът на простатата, дори и да е значително увеличен, не трябва да се възприема като индикация за каквото и да е лечение.

Именно тук се проявява професионализъмът и "майсторлъкът" на опитния уролог, който успява първо да си отговори на въпроса "Налага ли се изобщо някакво лечение?" и ако е така, да предложи най-подходящото и ефективно такова, съобразено с изискванията и нуждите на конкретния пациент.

■ Лечение на ДПХ и симптомите на долните пикочни пътища

През последните години все повече се говори за лечение на симптомите на долните пикочни пътища, отколкото за лечение на ДПХ, тъй като понякога е трудно или дори невъзможно да се направи пряка връзка между тези симптоми, хиперплазията на простатата или обструкцията, причинена от нея.

Без да навлизаме в подробности, ще споменем, че най-новите проучвания и тенденции показват, че не всички симптоми на долните пикочни пътища при възрастните мъже са непременно свързани с простатната хиперплазия и могат да бъдат причинени както от пикочния мехур (детрузорна хиперактивност - синдром на свръхактивен пикочен мехур), така и от детру-

ФИГУРА 3

зорна недостатъчност или дори от самите бъбреци (нощна полиурия).

Това налага нов поглед върху лечението на ДПХ и разнообразието на СДПП, свързани с нея, представени на графиката (Фиг. 3).

■ Консервативно лечение

При мъже с налични, но леки симптоми на долните пикочни пътища, които не се оплакват от тях и не повлияват качеството им на живот може да се приложи т.нар. активно наблюдение (Active surveillance), тъй като еволюцията на ДПХ при всеки пациент е непредвидима. Обикновено с промяна на начина на живот с избягване на факторите, които "дразнят" простатата (злоупотреба с алкохол, особено концентрати, люти храни, кафе) може да се очаква подобрене на състоянието.

■ Медикаментозно лечение

1. α_1 -блокери

Това са първите медикаменти, въведени в урологичната практика за лечение на ДПХ и СДПП през 1978 г. Запушването на уринарния ток при аденома на простатата има два компонента:

- Пасивен - резултат от уголемената простата.
- Динамичен - резултат от увеличаване на тонуса на гладката мускулатура на простатата и уретрата.

Блокирайки α_1 -рецепторите, които са специфични за простатата, те отпускат гладкомускулните влакна в нея и намаляват динамичния компонент на обструкцията (запушването) на уринарния поток. Ефектът от тези лекарства е бърз - за няколко дни пациентът започва да чувства значително подобрене, но и нетраен - няколко дни след спирането им състоянието се връща в изходната позиция. Трябва да отбележим, че тези медикаменти действат симптоматично, т.е. не повлияват развитието на аденома, а само облекчават симптомите.

Първите медикаменти от тази група са блокирали не само простатните α_1 , но също и α_2 -рецепторите в тялото и са имали много странични ефекти: хипотензия - спадане на кръвното налягане, замаяност, ретроградна еякулация. При модерните α_1 -суперселективни блокери - Tamsulosin, Alfuzosin, Terazosin, тези странични действия са сведени до минимум.

2. Инхибитори на 5- α -редуктазата

Тази група лекарства забавят или дори обръщат простатния растеж, намалявайки нивото на DHT, който е пряко отговорен за развитието на ДПХ, като концентрацията на тестостерона остава непроменена. Намалявайки обема на жлезата, те действат върху пасивната компонента на уринната обструкция. Ефектът при тях започва по-бавно, но затова пък е по-траен в сравнение с алфа-блокери. Възможно е намаляване на либидото (при 5-6% от пациентите), импотенция (8%), намаляване на количеството на еякулата (3%) и при по-малко от 1% увеличаване и напрегнатост в гърдите. Важно е да отбележим, че при употреба на тези препарати е възможно занижаване на стойностите на PSA, което трябва да се има предвид по отношение на скрининга на рака на простатата, тъй като може да се замаскира наличието на карцином.

Представители: Finsteride, Dutasteride.



3. Антихолинергични препарати

През последните години започна да се обръща все по-голямо внимание на иритативните симптоми при ДПХ, които както вече споменахме се дължат не толкова на обструкцията на долните пикочни пътища, колкото на "дразненето" на самия пикочен мехур. Обикновено при тези пациенти обструкцията не е толкова силно изразена, но качеството им на живот е силно засегнато от императивните позиви за уриниране, нощното ставане по 4-5 и повече пъти, инконтиненцията. Най-често при такива пациенти ефектът от "класическата терапия" с α_1 -блокери или 5- α -редуктазни инхибитори в повечето случаи е незадоволителен.

Блокирайки мускариновите рецептори в гладко-мускулните влакна на пикочния мехур, антихолинергичните препарати осигуряват контрол върху иритативната компонента и неволните контракции на пикочния мехур и са много подходящи при тези пациенти както като монотерапия, така и в комбинация с α_1 -блокери.

Медикаментите от тази група могат да имат типичните атропино-подобни странични ефекти (вследствие на блокадата на мускариновите рецептори) - сухота в устата и/или очите, горни и долни гастроинтестинални симптоми, тахикардия, парализа на акомодацията и са противопоказани при тясноъгълна глаукома.

При препаратите от последна генерация, М3-селективни блокери, като Солифенацин, Фесотеродин, Толтеродин по-горните странични ефекти са много по-редки и се понасят значително по-добре от пациентите.

4. Фито (билкови) препарати.

Тази група е съставена от много и различни билкови екстракти, продавани под различни търговски марки и цени. Проведени са само няколко, краткосрочни клинични проучвания, които доказват известна клинична

ефективност на екстрактите от *Serepoa repens* и *Pygeum africanum*.

■ Оперативно лечение

Както при медикаментозното лечение на ДПХ, така и при хирургичното, първо трябва да си отговорим на въпроса "Трябва ли да се оперира?" въпросният пациент или можем да продължим медикаментозното лечение.

Препоръките на Европейската урологична асоциация (EAU) ни дават отговор на въпроса кога е дошло времето да предложим на пациента спиране на медикаментозното и преминаване към хирургично лечение. Според EAU оперативно лечение трябва да се има предвид при появата на едно от следните усложнения:

- Рецидивираща и неповлияваща се медикаментозно уринна задръжка (след направен опит да се махне катетърът).
- Повтарящи се уринарни инфекции.
- Повтаряща се хематурия, неподдаваща се на лечение.
- Бъбречна недостатъчност.
- Пикочно-мехурни камъни.
- Значителното увеличаване на остатъчната урина.

Важно е да отбележим, че в индикациите за оперативно лечение не фигурира размерът на простатата.

Хирургичното лечение на ДПХ се разделя на две големи групи - трансуретрално (т.нар. "безкръвно") и класическа отворена "аденомектомия", като целта и при двете е да се отстрани хиперплазиралата тъкан и по този начин да се отстрани обструкцията на пътя на урината.

Трансуретралната хирургия (Фиг. 4) е най-често използваният хирургичен метод (85%) и е определен като "златен стандарт" за оперативно лечение на ДПХ. Същественото при тази операция е, че тя се извършва през уретрата, която е естествен отвор на

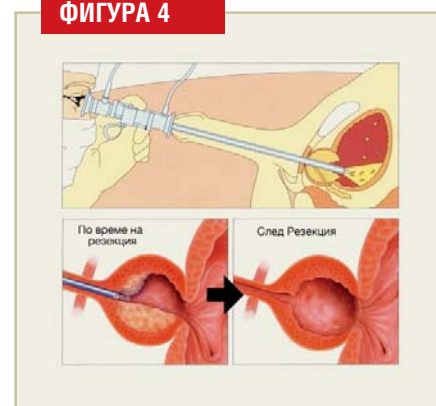
тялото, без да се правят допълнителни разрези и без да остават белези. Ето защо пациентите го наричат "безкръвен".

При трансуретралната хирургия могат да се използват различни "режещи" средства, като монополярен или биполярен ток, плазмена вапоризация, различни видове лазер, като всеки от тях си има своите специфични показания и противопоказания, но те не са обект на тази статия.

За разлика от трансуретралната хирургия, при "отворената операция" (Фиг. 5) след разрез на кожата и подлежащите тъкани в областта под пъпа се прави малък отвор на пикочния мехур, през който с пръст се изважда (енуклеира) само аденоматозната тъкан, а не цялата простатна жлеза.

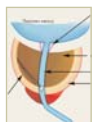
С напредването на ендоскопските технологии, които позволяват трансуретрална енукеация (напр. лазерна

ФИГУРА 4



ФИГУРА 5





енуклеация на простатата) дори на най-големите жлези, тази оперативна техника се практикува все по-рядко, тъй като крие повече пери- и постоперативни рискове.

За съжаление, цената на новите технологии все още е много висока както за урологичните клиники, така и за пациентите. Разбира се, по отношение на ДПХ може да се каже още много. Надявам се, че статията ще ви бъде полезна. ■

КНИГОПИС:

1. European Association of Urology - Guidelines on the Treatment of Non-neurogenic Male LUTS - 2011. M. Oelke (chairman), A. Bachmann, A. Descazeaud, M. Emberton, S. Gravas, M.C. Michel, J. N'Dow, J. Nordling, J.J. de la Rosette.
2. Stohrer M, Blok B, Castro-Diaz D, et al. EAU guidelines on neurogenic lower urinary tract dysfunction. Eur Urol 2009 Jul; 56(1):81-8.
3. Andriole G, Bruchovsky N, Chung LW, et al. Dihydrotestosterone and the prostate: the scientific rationale for 5 α -reductase inhibitors in the treatment of benign prostatic hyperplasia. J Urol 2004 Oct.
4. Safety and Tolerability of Solifenacin Add-on Therapy to α -Blocker Treated Men With Residual Urgency and Frequency Steven A. Kaplan, Kurt McCammon, Roger Fincher, Allam Fakhoury, Weizhong He. The Journal of Urology Volume 182, Issue 6, Pages 2825-2830, December 2009.
5. Madersbacher S, Berger I, Pohnholzer A, et al. Plant extracts: sense or nonsense? Current Opin Urol 2008 Jan; 18(1):16-20.
6. Василев В., Urology.bg, 2010.