

# Доброкачествена Простатна Хиперплазия

Увеличената простатна жлеза, наричана още **доброкачествената простатна хиперплазия** е състояние, характерно за възрастните мъже. С напредването на възрастта, следствие на мъжките полови хормони, при мъжете след 35-40 годишна възраст простата постепенно започва да нараства (хиперплазира). В началото, разрастването е слабо и не се усеща, но в един момент (обикновено около 60-65 г.) мъжете вече започват да усещат увеличената простата и се появяват първите симптоми свързани с уринирането. Казано по друг начин - почти няма възрастен мъж, който да няма някакви оплаквания от простатата.



Едва ли има общо-практикуващ лекар, за който **доброкачествената простатна хиперплазия** и **"N40"** да не са ежедневие. С т.нар. "застаряване на населението", както и с популяризирането на пролемите с простатата и "самолета", мъжете които търсят помощ или просто искат да "проверят" простатата си са все повече и повече. Целта на тази статия не е да Ви затрупваме с отегчаващи факти и термини, а да ви дадем основни насоки и полезни, практически съвети, за това как да отговорите на нуждите на пациенти си.

## Кратка анатомия на простатата

Простатната жлеза е част от мъжката пикочополова 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. Хистологично тя 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 се смесва със сперматозоидите, идващи от тестисите и заедно със секрета на



семенните мехурчета образуват спермата. Просатания секрет представлява 25-35 % от обема на еякулата. Той играе основна роля в оплодителния процес, чрез активацията на сперматозидите, които преди да се смесят с него са неподвижни.

Простатната жлеза се състои от 2 вида жлези – периуретрални (разположени около уретрата), и периферни, които практически изгаждат простатната жлеза. Аденомът на простатната жлеза, представлява доброкачествено, хиперпластично (т.е. увеличаване на броя) разрастване на периуретралните жлези, от където 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**. Аденома 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 (DHT) 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 предиспозиция.

## Защо увеличената простата предизвиква проблеми и какви са оплакванията на мъжете с ДПХ ?

През последните години настъпи сериозна промяна в разбиранията за симптомите на долните пикочни пътища при мъжете.

Исторически, в началото се е смятало, че единствено простатата е “виновна” за всички оплаквания свързани с уринирането. В последствие се възприело мнението, че простатата е отговорна за т.нар. “обструктивни” симптоми, а пикочния мехур – за т.нар. “иритативни” симптоми, за да се стигне през последните години до виждането за **комплексното** взаимодействие между простатата и пикочния мехур, както помежду им, така и с други органи и системи.



Обструкцията на нивото на простатата е отговорна за т.нар. симптоми на **изпразване** на пикочния мехур, докато патологичните промени в стената на пикочния мехур са отговорни за симптомите на **съхранение** на урината. От друга страна, обструкцията на нивото на простатата може да доведе до патологични изменения и в пикочния мехур.

Във тази връзка през последните години, понятията като простатизъм, симптоми на ДПХ, клинично изявена ДПХ и т.н., се замениха от термина **Симптоми на Долните Пикочни Пътища (СДПП)**, който се разделят на 3 големи групи:

Важно е да отбележим, че не всяка хиперплазия на простатата води до обструкция, както и **не всички** симптоми на долните пикочни пътища са съпроводени или причинени от ДПХ или обструкция.

При част от пациентите превалират симптомите на изпразване, при други симптомите на съхранение, а при трети оплакванията са комбинирани.

**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 2 ставания нощем.

***“Понякога струята да е по-слаба или да прекъсва?”***

Понякога струята е по-тънка от обичайното – от тук произлиза и приказката, с която се шегуват възрастните мъже: „Да гледаш надалеко и да пикаеш наблизно“.

***“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, прегледа на простатата не е мъчителен за пациентите, обикновено отнема 15-20 мин. и цели да отговори няколко основни въпроса:

**-да се установи наличие на симптоми от простатата** - разговора 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 година, Министерството на здравеопазването въведе задължителни ежегодни прегледи на простатата при мъжете над 50 години, включващи и изследване на PSA.

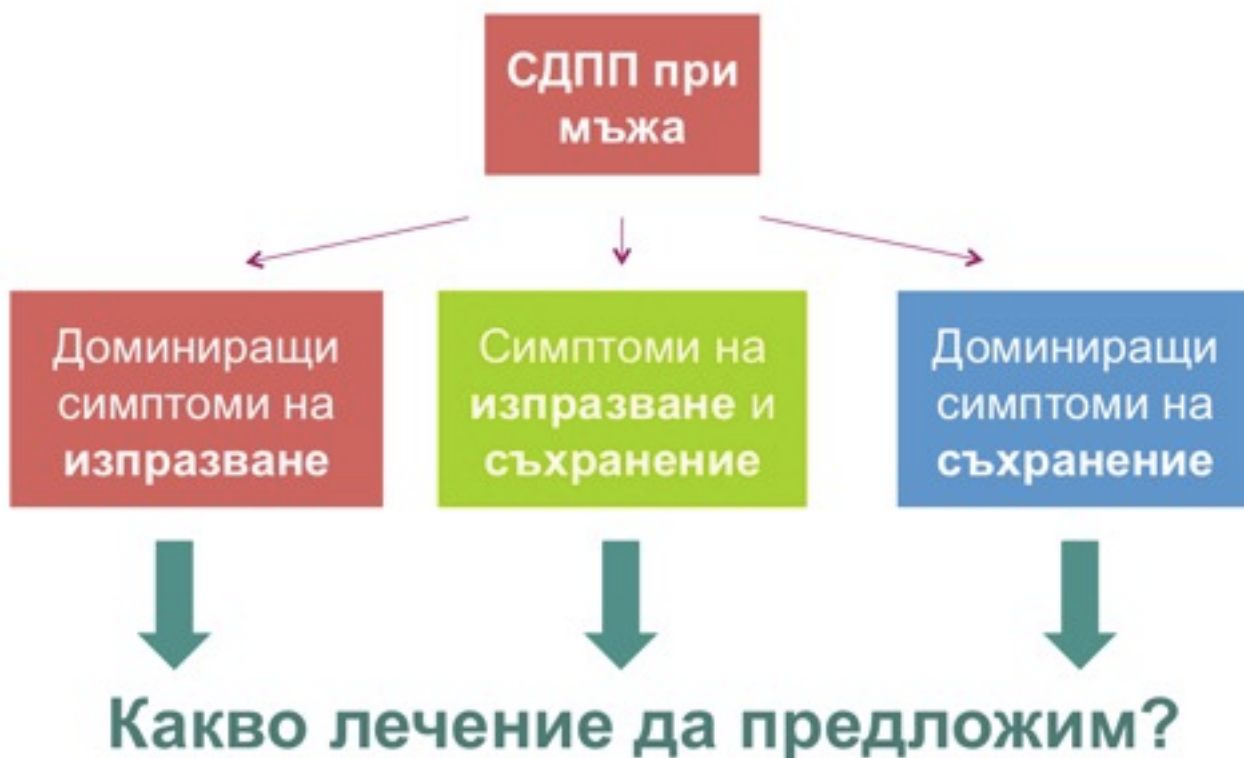
**-да се установи тежестта на симптомите и евентуалната нужда от лечение** -

Много е важно да отбележим, че ДПХ е заболяване, което засяга качеството на живота, а **не** неговата продължителност. Пациента усеща симптомите и именно те го подтикват да търси помощ, която да облекчи състоянието му. И ако те го измъчват то той трябва да бъде лекуван. Трябва да се има в 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 обема 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 професионализма и “майсторлъка” 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

Истината е, че пациентите търсят лекарска помощ по повод на техните симптоми, а не защото имат ДПХ. И именно поради тази причина се очаква поведението ни да бъде по-скоро симптомо-ориентирано, въз основата на специфичните оплаквания (на изпразване, на съхранение на урината или смесени), отколкото въз основа на наличието или не на ДПХ.



Съществуват няколко големи групи медикамента и подхода, с които можем да повлияем симптомите от увеличена простата:

**Активно наблюдение** – използва се при мъже, които са с леко изразени симптоми, без все още да е нарушено качеството им на живот. При тях се препоръчва промяна на хранително-диетичния режим с избягване на люто, концентриран алкохол, кафе,



мазни храни, както и ежегодни профилактични прегледи, за да се следи прогресията увеличената простата.

**Фито-препарати** – резултатите от редица клинични проучвания показват, че ефекта на съществуващите на пазара билкови екстракти е сходен с този на плацебо, т.е. почти нямат ефект. Поради това те не се използват често в клиничната практика.

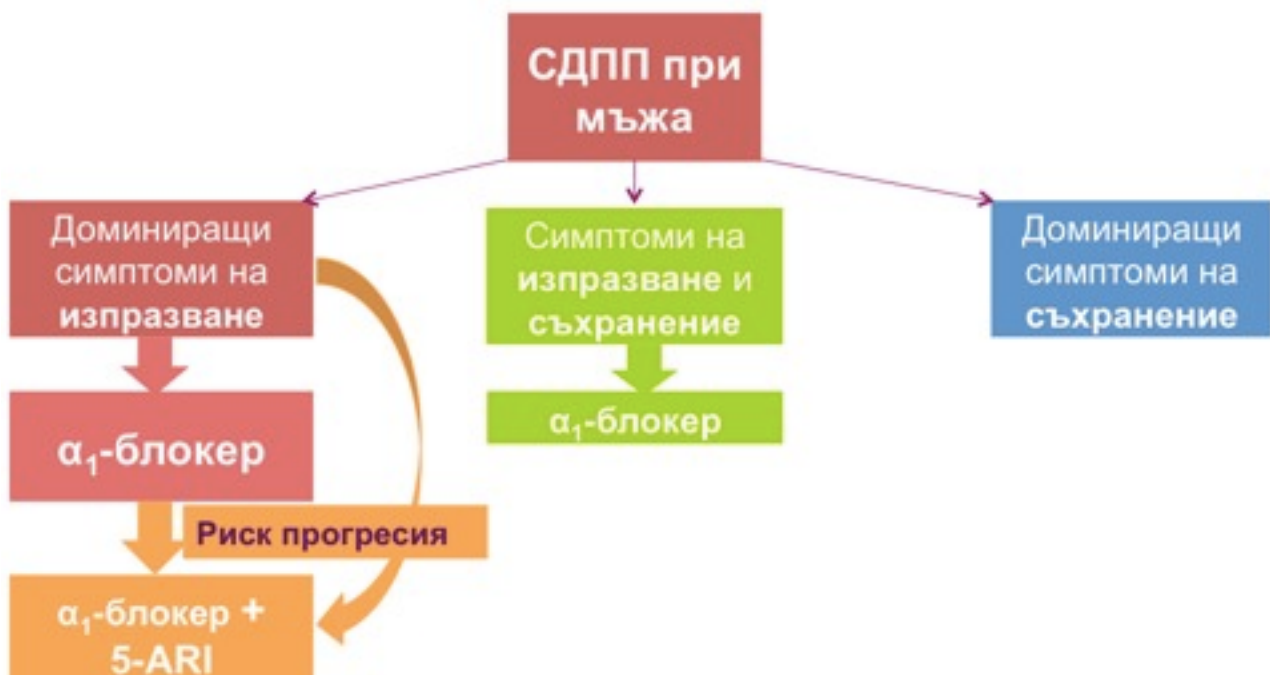
**Алфа 1 блокери** – първа линия на терапия на при увеличена простата. Те въздействат на гладката мускулатура разположена в простатната капсула и изхода на мехура (мехурната шийка). По този начин намаляват стеснението на уретрата и улесняват уринирането, като подобряват и са подходящи при пациенти с преобладаващи **симптомите на изпразване**. Характерно за тях е, че те действат **бързо** – в рамките само на няколко дни. Подходящи са като единствена терапия при пациенти, с леко до умерено увеличена простатна жлеза. Те не променят хода на развитие на простатната хиперплазия и не повлияват размера на простатната жлеза.



Основни представители алфа-блокери са тамсулозин, афлуозин, теразозин и др. Тези медикаменти са се използвали за лечение на хипертония, затова основен страничен ефект при първата генерация алфа-блокери е бил замайването, ортостатичната хипотония, ниското артериално налягане. При втората генерация (селективни алфа-блокери) тези странични ефекти са сведени до минимум и в комбинация с вечерен прием лесно се избягват тези недостатъци.

**5 – алфа редуктазни инхибитори** - тези медикаменти прекъсват преобразуването на тестостерона до дехидротестостерон, който се счита за основен "виновник" за увеличението на простата. Употребата на тези медикаменти води до постепенно намаляване на обема на жлезата с около 20%, като действието им настъпва бавно и за пълно разгръщане на ефекта са нужни около 6-12 месеца. Тази група медикаменти са подходящи за пациенти със симптоми на изпразване на урината и със силно увеличена простатна жлеза. През последните години, поради бавния им ефект, 5-алфа редуктазните инхибитори се използват все по-рядко като самостоятелна терапия и все по-често в комбинация с алфа-блокери. Основни представители са дутастерид и финастерид. За тези медикаменти трябва да се има предвид, че намаляват стойността на PSA с около 50%, което е от значение за проследяването му, а като странични ефекти може да се наблюдава намалено

либидо, гинекомастия и др.



**Антимускаринови медикаменти** – използват се при пациенти с преобладаващи симптоми на задръжка на урината. Те потискат действието на опеределени рецептори в стената на пикочния мехур, като по този начин намалява спазмите и подобрява тонуса на мехурната стена, подобрява пълненето на мехура и съответно задръжането на урината в него. Това води до нормализиране честотата и неотложните и императивни позиви за уриниране. Представители на тази група са солифенацин, троспиум и др. Някои странични ефекти са сухост в устата, констипация и замъглено зрение.



Както става ясно от статията до тук, съвременната урология разполага с богата палитра от медикаменти за лечение на оплакванията от увеличена простата. Точно тук е ролята на добрия уролог, който в разговора с пациентна и проведения преглед се ориентира за естеството на неговите индивидуални оплаквания и симптоми (на изпразване или на съхранение на урината) въз основа, на които предлага адекватна терапия.

## Оперативно лечение

Както и при медикаментозното лечение на ДПХ, така и при хирургичното, първо трябва да си отговорим на въпроса **“Трябва ли да се оперира”** въпросния 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 в предвид при появата на едно от следните усложнения:

**-Рецидивираща и неповлияваща се медикаментозно уринна задръжка (след направен опит да се махне катетъра)**

**-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 размера на простатата.

Хирургичното лечение на ДПХ са разделя на 2 големи групи – трансуретрално ( т.нар. “Безкръвно”) и класическа отворена “простатектомия”, като целта и при двете е да се отстрани хиперплазираната тъкан и по този начин да отстрани обструкцията на пътя на урината.

**Трансуретралната хирургия** 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 обект на тази статия.

За разлика от трансуретралната хирургия, при **“отворената операция”**, 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 енуклеация (например





лазерна 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 клиници, така и за пациентите.

Разбира се, по отношение на ДПХ може да се каже още много. Надяваме се, че статията ще ви бъде полезна.

Д-р Васил Василев – уролог

[www.urology.bg](http://www.urology.bg)

#### Библиография:

-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

-Stöhrer M, Blok B, Castro-Diaz D, et al. EAU guidelines on neurogenic lower urinary tract dysfunction.

Eur Urol 2009 Jul;56(1):81-8

-Andriole G, Bruchofsky N, Chung LW, et al. Dihydrotestosterone and the prostate: the scientific

rationale for 5 $\alpha$ -reductase inhibitors in the treatment of benign prostatic hyperplasia. J Urol 2004 Oct;

-Safety and Tolerability of Solifenacin Add-on Therapy to  $\alpha$ -Blocker Treated Men With Residual Urgency and Frequency h Steven A. Kaplan, Kurt McCammon, Roger Fincher, Allam Fakhoury, Weizhong He. The Journal of Urology Volume 182, Issue 6 , Pages 2825-2830, December 2009

-Madersbacher S, Berger I, Ponholzer A, et al. Plant extracts: sense or nonsense? Current Opin Urol

2008 Jan;18(1):16-20

-Василев В., Urology.bg, 2010