



НСОПЛБ



**РЪКОВОДСТВО ЗА ПОВЕДЕНИЕ НА ОПЛ
ПРИ ДОБРОКАЧЕСТВЕНА ХИПЕРПЛАЗИЯ
НА ПРОСТАТАТА**

ISBN 978-954-92577-1-7



Автори:
проф. Димитър Младенов, дмн
д-р Любомир Киров, специалист по ВБ и ОМ

Рецензенти:
проф. Митко Цветков, дмн
ст.н.с. д-р Георги Иванов, дмн

Ръководството се издава с любезното съдействие на ГлаксоСмитКлайн

София, 2010



КАКВО Е РЪКОВОДСТВО ЗА ПОВЕДЕНИЕ...?

„систематично изградени изложения, чиято цел е да подпомагат лекаря и пациента при вземането на правилните решения относно здравната грижа при специфични клинични обстоятелства”.(1)

1. **Lohr KN, Field MJ.** A provisional instrument for assessing clinical practice guidelines. In Field MJ, Lohr KN eds. *Guidelines for Clinical Practice. From Development to Use.* Washington DC: National Academy Press, 1992 2
2. **Hayward RSA, Wilson MC, Tunis SR et al.** for the Evidence Based Medicine Working Group. Users' guides to the Medical Literature. VIII. How to use clinical practice guidelines. A. Are the recommendations valid? *JAMA* 1995;



ЗАЩО СЪЗДАДОХМЕ ТОВА РЪКОВОДСТВО?

- В световен мащаб ~ 30 млн.
- В България ~ 500 000. Около 300 000 - подходящи за медикаментозна терапия.
- Повишен риск от усложнения.
- Възможности за забавяне/спиране на прогреса в ранен етап- съвременно, ефективно медикаментозно лечение.
- ДХП ≠ „нормална” възрастова промяна.



ЗАЩО СЪЗДАДОХМЕ ТОВА РЪКОВОДСТВО?

- В България няма Ръководство за поведение при ДХП за ОПЛ.
- Малко са Ръководствата за ОПЛ и в световен мащаб.
- Ясно определяне на нивата на компетентност за действие, отговорност и начин на взаимодействие между ОПЛ и Уролози.
- Адаптирано към спецификата на българската система на здравеопазване.
- Представяне на съвременни подходи при лечение – медикаментозни и инвазивни.
- В полза на пациента и улеснение на лекаря.



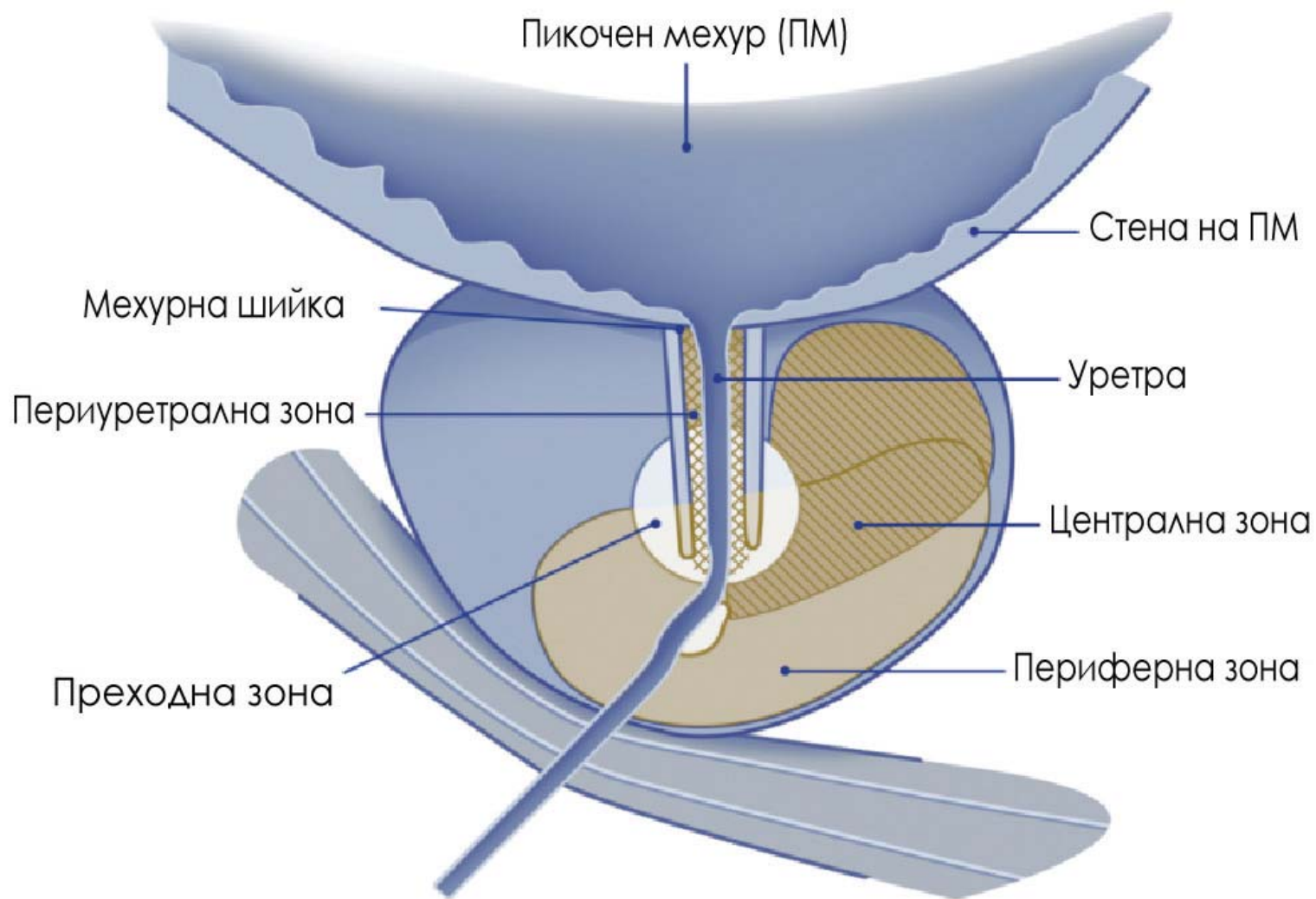


СТРУКТУРА

- Въведение.
- Анатомия и физиология ПЖ. Патогенеза на ДХП.
- Дефиниция.
- Диагностичен арсенал на ОПЛ при ДХП.
- Първоначална консултация на мъж с оплаквания, суспектни за ДХП в амбулаторията на ОПЛ.
- Лечение на ДХП в Общата медицинска практика.
- Съпътстващи заболявания и ДХП.
- Проследяване и контрол над състоянието на пациенти с ДХП.
- Хирургично лечение.
- Минимално инвазивни процедури.
- Въпроси, които пациентът с ДХП си задава често, но не винаги споделя „на глас” дори с лекуващия си лекар.
- Холистичният подход в Общата медицинска практика при пациенти с ДХП



АНАТОМИЯ





ПАТОГЕНЕЗА

- Хормонално зависим процес.
- Тестостерон 5 α -редуктаза → DHT.
- Провокиращ фактор (DHT).
- ↑ клетъчна пролиферация и ↓ ниво на апоптоза.
- Разрастване на жлезната тъкан и фибромускулната строма.
- ДХП се развива в Преходната зона.

Уголемена простата ≠ Обструкция



ДЕФИНИЦИЯ

- **Патологоанатомична**

Стромна и епителна клетъчна хиперплазия и уродинамично изявена простатна обструкция.

- **Клинична**

Хронично, постепенно прогресиращо състояние, умерени до тежки СДПП = по - висок сбор по IPSS, увеличен обем на ПЖ и намалена скорост на максималния уринен дебит.



ДИАГНОСТИЧЕН АРСЕНАЛ НА ОПЛ ПРИ ДХП

Анамнеза - проблемно ориентирана

- голяма част от възрастните *мъже приемат симптомите като „нормална” промяна.*
- начало и продължителност на симптомите
- обща и минала анамнеза

Задължителни въпроси

- „Ставате ли, за да уринирате през нощта?”
- „Уринирате ли нормално или има нещо, което Ви притеснява?”



ДИАГНОСТИЧЕН АРСЕНАЛ НА ОПЛ ПРИ ДХП

СИМПТОМИ ОТ ДОЛНИТЕ ПИКОЧНИ ПЪТИЦА

сдпп

Обструктивни

- затруднено начало на уринирането
- прекъсване на струята
- слаба струя (намаляване на траекторията)
- напъване при уриниране (включване на коремна преса)
- продължително уриниране
- чувство за непълно изпразване на ПМ след уриниране
- абдоминално напрежение
- капки в края и след приключване на уринирането

Иритативни

- неотложен позив за уриниране
- често уриниране
- нощно уриниране
- императивна инкотиненция
- супрапубична болка



ДИАГНОСТИЧЕН АРСЕНАЛ НА ОПЛ ПРИ ДХП

IPSS

Осем за симптоми.

Седем за тежест.

Един за оценка качеството на живот.

Скала за оценка на тежестта.

Сборът от точките → информация

ТЕЖЕСТТА НА СИМПТОМИТЕ ПО IPSS.

<i>Леки</i>	<i>Умерени</i>	<i>Тежки</i>
0 до 7	8 до 19	20 до 35



ДИАГНОСТИЧЕН АРСЕНАЛ НА ОПЛ ПРИ ДХП

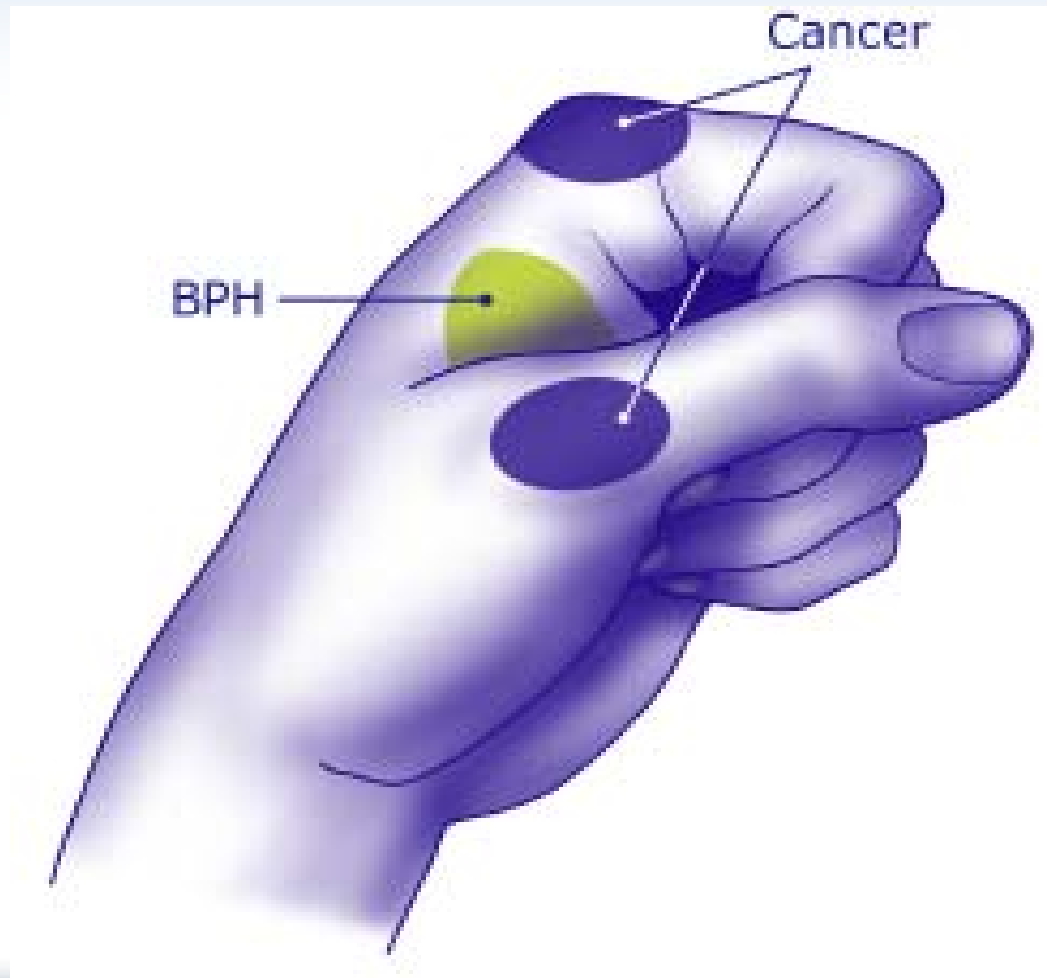
Клиничен преглед

Оглед, физикално изследване на гениталиите, корема, **ректално туширане** (РТ), неврологичен статус.





ДИАГНОСТИЧЕН АРСЕНАЛ НА ОПЛ ПРИ ДХП







ДИАГНОСТИЧЕН АРСЕНАЛ НА ОПЛ ПРИ ДХП

Лабораторни изследвания, които назначава ОПЛ.

- Урина (микроскопско или с тест-лента) - информация за съпътстваща инфекция или микроскопска хематурия.
- Изследване на креатинин - съпътстваща бъбречна недостатъчност.
- Простатен специфичен антиген (PSA).

Интерпретиране на резултатите.



PSA И ВЪЗРАСТТА

Възраст в години	50 – 59	60 – 69	>70
Горна граница на нормални стойности на PSA (ng/ml)	<3.0	<4.0	<5.0

PSA може да предскаже и големината на простатата- при описаните в таблицата по-долу стойности има голяма вероятност ПЖ да е с обем над 40 мл, като специфичността на индикатора е 70%, а чувствителността 65-70%.

Възраст (години)	PSA стойност*(ng/mL)
50–59	>1.6
60–69	>2.0
≥70	>2.3



PSA - ИНТЕРПРЕТИРАНЕ

↑ на PSA с > 0.75 за 12 месеца	Абсолютна индикация за консултация с уролог.
Установено при изследване ниво на PSA над 10 ng/ml.	В значителна степен предполага карцином на ПЖ.
При завишени за съответната възраст, но по-ниски от 10 ng/ml стойности на PSA при пациенти с установена ДХП.	Повишен риск от прогресия на ДХП, влошаване на симптомите и скоростта на уриниране, ОЗУ и свързана с ДХП оперативна намеса.
Нормални стойности на PSA и нормална находка при РТ.	Относително чувствителна комбинация, която изключва карцином на ПЖ.
Стойности на PSA ≥ 1.4 ng/ml са маркер за обем на ПЖ ≥ 30 ml и повишен риск за прогресия на ДХП.	

В литературата има различни мнения, относно интерпретацията на стойностите на PSA. В таблицата са изброени тези, които са общо приети, което ги прави задължителни в ежедневната практика.



РИСКОВИ ФАКТОРИ ЗА ПРОГРЕСИЯ, ОСТРА ЗАДРЪЖКА НА УРИНА И ОПЕРАТИВНА НАМЕСА

- Напреднала възраст
- Уголемена простата (обем ≥ 30 ml)
- PSA ≥ 1.4 ng/ml като маркер за обема на ПЖ
- Умерени до тежко изразени симптоми (СДПП скор > 7)
- Влошаване качеството на живот
- Слаба струя на урината
- След микция при добре напълнен ПМ- обем на остатъчна урина > 100 ml.

PSA ≥ 1.4 ng/ml - маркер за обем на ПЖ ≥ 30 ml



ПОКАЗАНИЯ И СРОК ЗА ЗАДЪЛЖИТЕЛНА КОНСУЛТАЦИЯ С УРОЛОГ

Възраст < 45 години с изявиени симптоми на СДПП (до две седмици)	Макроскопска хематурия (до две седмици)
Патологично завишени нива на PSA (до две седмици)	Дизурия, „стерилна пиурия” с левкоцити в урината и отрицателна бактериална култура (вероятна туберкулоза на бъбреците) (спешно)
↑ на PSA с > 0.75 ng/ml за 12 месеца (до две седмици)	Рецидивиращи инфекции на пикочните пътища (в рамките на един месец)
Остра задръжка на урина (незабавно)	Хронична задръжка на урина (приоритетно при повишени нива на креатинин)
Палпиране на съмнителни възли при РТ (до две седмици)	Когато нивото на PSA не се намали с 50% след 6 месеца лечение с 5 ARI (до две седмици)
При първия знак за влошаване на симптомите по време на медикаментозно лечение	
Незадоволително повлияване на СДПП след 3-6 месеца лечение	



ЛЕЧЕНИЕ НА ДХП В ОБЩАТА МЕДИЦИНСКА ПРАКТИКА

Подходи

- Изчаква и наблюдава внимателно (watchful waiting).
- Назначава медикаментозна терапия.
- Насочва пациента за консултация с оглед хирургично лечение.



МЕДИКАМЕНТОЗНО ЛЕЧЕНИЕ- ЦЕЛИ

Краткосрочни

- ✓ *бързо подобряване на СДПП и ↓ тревожащите пациента симптоми;*
- ✓ *облекчаване на уринния поток и подобряване качеството на живот.*

Дългосрочни

- ✓ *предотвратяване прогресията на заболяването;*
- ✓ *поддържане на уринния поток;*
- ✓ *↓ обема на ПЖ;*
- ✓ *↓ риска от ОЗУ и нуждата от хирургична интервенция.*



? Лечение предпочитат пациентите?
Повлияване в далекосрочен план,
не просто облекчаване на симптомите.

! Предпочитание - недооценено от лекарите!

↓
Разминаване в гледните точки и очакванията.

! Различие в предпочитанията при избор на лечение!
Уролози – бързо повлияване(симптомите).
ОПЛ- дългосрочен ефект.

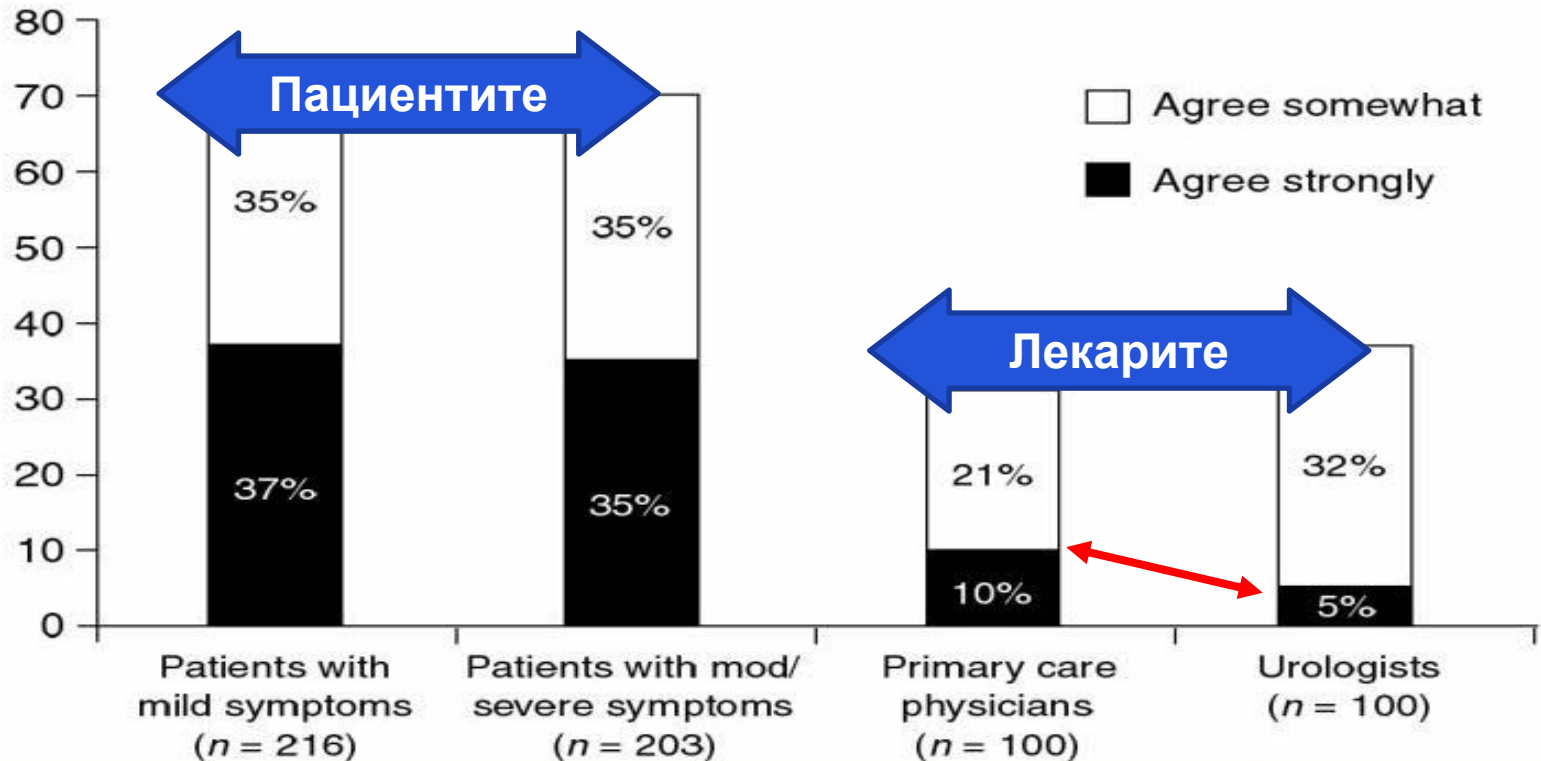
From [International Journal of Clinical Practice](#)

Medical Treatment of Benign Prostatic Hyperplasia: Physician and Patient Preferences and Satisfaction-M. Emberton-Posted: 09/30/2010



Medscape

Proportion of patients and doctors agreeing that patients are more worried about long-term effects



Source: Int J Clin Pract © 2010 Blackwell Publishing Ltd.

Most of the men in the Kaplan survey were more worried about long-term risks of benign prostatic hyperplasia than with immediate symptoms.

On the other hand, most physicians believed that patients were more concerned with immediate symptom relief than with long-term effects.^[19]

Reproduced from Ref.^[19] with permission from Wiley Blackwell



ВАРИАНТИ НА МЕДИКАМЕНТОЗНО ЛЕЧЕНИЕ

α -блокери

Бързо повлияване на симптомите (монотерапия).

5 α - редуктазни инхибитори

Модифициране прогресията на заболяването, намаляване риска от усложнения- остра задръжка на урина и хирургична намеса (монотерапия).

Комбинирана терапия (5 ARI с α -блокери)

5 ARI модифицират процеса на хиперплазия.

α -блокери - добър контрол върху съпътстващите симптоми още при започване на лечението.



α - БЛОКЕРИ

- Блокират α - 1- адренергичните рецептори в ПЖ, уретрата и ПМ
→ релаксация на гладката мускулатура.
- Показание за лечение- неусложнени СДПП.
- Подобрение на симптомите възможно след 48 часа.
- Не ↓ дългосрочния риск от ОЗУ или свързана с ДХП оперативна интервенция.
- Нежелани реакции- главоболие, виене на свят, ортостатична хипотония, астения, сънливост, назална конгестия и ретроградна еякулация



α - БЛОКЕРИ

Генерично наименование	Търговско наименование	Дневна доза
Doxazosin	Zoxon (1,2,4 mg) Cardura (1,2,4 mg) Kamiren (1,2,4 mg) Cardura XL (4,8 mg) Dozone (2,4 mg) Нyxazin (4 mg) Doxazosin (1,2,4,8 mg)	1 до 8 mg (еднократен прием) МДД- 16 mg Лечението обикновено започва с 1 mg дневно, като постепенно се титрира към повишаване на дозата. Средната ефективна доза е 2-4 mg дневно.
Tamsulosin	Fokusin (0,4 mg) Urimax (0,4 mg) Tamsudil (0,4 mg) Omnic (0,4 mg) Omnic Tocas (0,4 mg) Tamsol (0,4 mg) Tanyz (0,4 mg)	0,4 mg (еднократен прием)
Alfuzosin	Xatral SR (10 mg)	10 mg (еднократен прием)

Повишено внимание при пациенти, с нарушена чернодробна функция и приемащи антихипертензивни медикаменти.



5 α -редуктазни инхибитори

- 5 ARI ~~→~~ → конверсията на тестостерона до DHT и ↓ нивото на DHT → задържане на процеса на хиперплазия и ↓ обема на ПЖ.
- Доказано ↓ прогреса на ДХП и ↓ риска от ОЗУ или свързана с ДХП оперативна интервенция.
- Осезаем полезен ефект- след поне 6 месеца.
- Показани при пациенти със СДПП и уголемяване на ПЖ (обем на ПЖ >30ml и PSA \geq 1,4 ng/ml).
- Нежелани реакции- понижено либидо, нарушения в еякулацията (намаляване броя на сперматозоидите или на количеството сперма), еректилна дисфункция (ЕД).

**ПОНИЖАВАНЕ НА PSA С 50% ОБИКНОВЕНО 6 МЕСЕЦА СЛЕД
ЗАПОЧВАНЕ НА ТЕРАПИЯТА**



Finasteride инхибира тип II изоензима → **70%**.

Dutasteride – инхибира и двата (тип I и тип II) → **93%**.

Генерично наименование	Търговско наименование	Дневна доза
Dutasteride	Avodart (0,5 mg)	1 таблетка от 0,5 mg дневно (еднократен прием)
Finasteride	Penester (5 mg) Proscar (5 mg) Prezera (5 mg) Hyplafin (5 mg) Propecia (1 mg)	1 таблетка дневно (еднократен прием)

**Повишено внимание при пациенти с нарушена чернодробна
функция.**



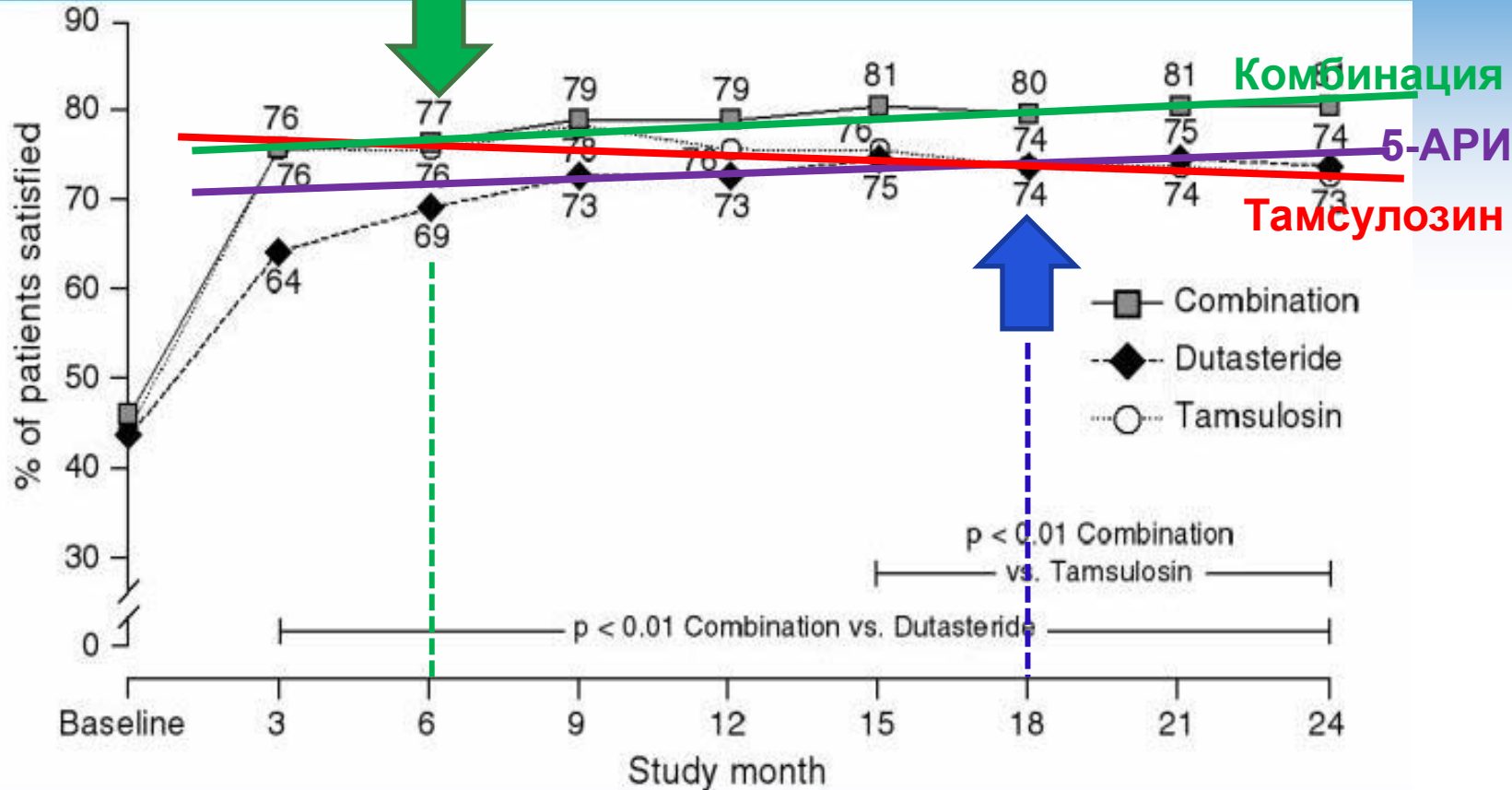
КОМБИНИРАНА ТЕРАПИЯ

5 AR I и α -БЛОКЕРИ

- Съчетава полезните ефекти на двете групи медикаменти.
- Подходяща при пациенти с умерени и тежки СДПП по IPSS (8-19 и 20-35).
- Най-голямо и най-бързо подобрене на симптомите при мъжете с по-големи ПЖ.
- Страничните ефекти- сходни с тези при монотерапия с отделните групи медикаменти.



Medscape



Source: Int J Clin Pract © 2010 Blackwell Publishing Ltd.

At month 24, the proportion of patients reporting any satisfaction with treatment in response to question 11 was significantly higher with combination (81%) than with dutasteride (74%) and than with tamsulosin (73%), and the onset of significance was from month 3 for combination vs. dutasteride ($p < 0.001$) and from month 15 for combination vs. tamsulosin ($p < 0.01$).^[4] Reproduced from Ref.^[4] with permission from Wiley Blackwell

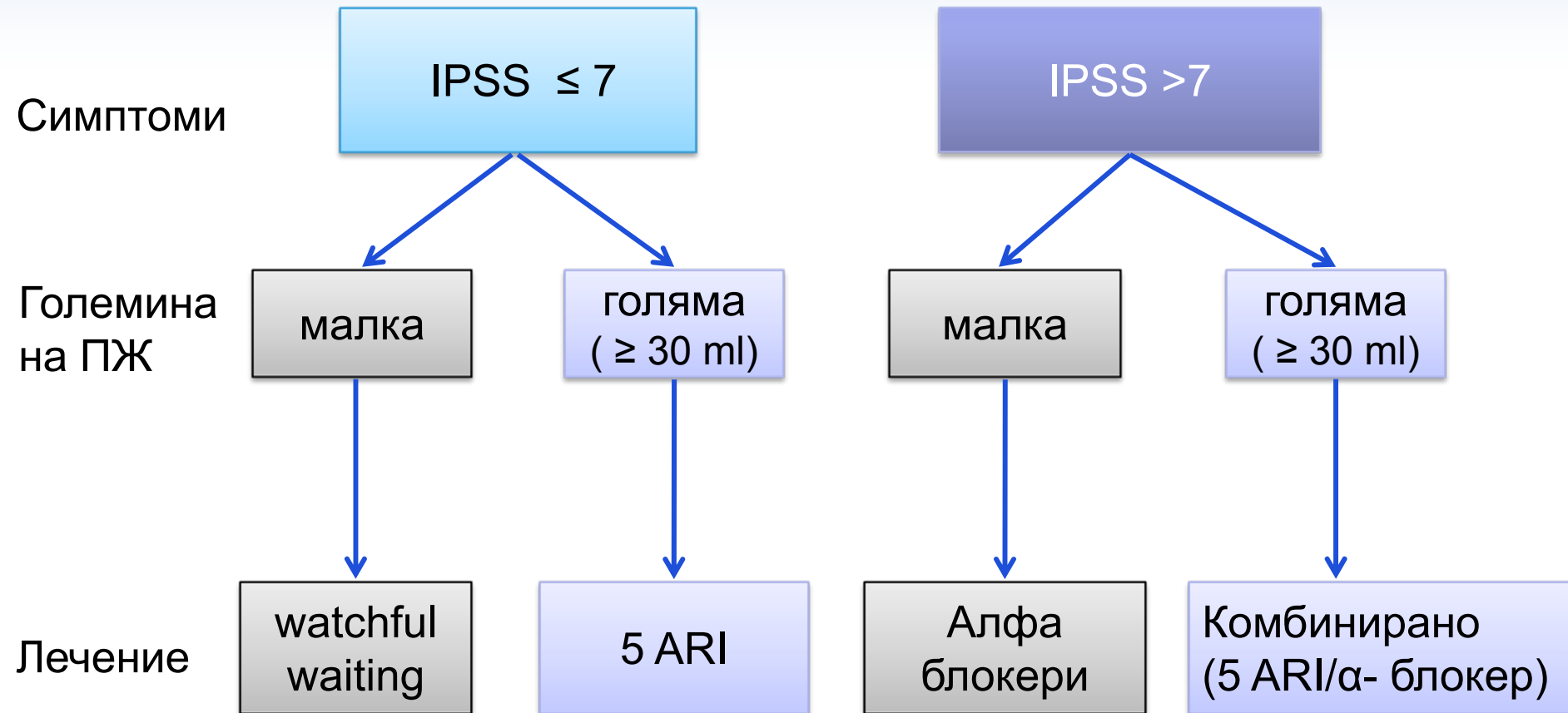


В България вече е регистриран комбиниран препарат- 5 AR1 и α -блоккер.

<i>Генерично наименование</i>	<i>Търговско наименование</i>	<i>Дневна доза</i>
<i>0,5 mg Dutasteride и 0,4 mg Tamsulosin hydrochloride (еквивалентен на 0,367 mg tamsulosin)</i>	<i>Duodart (0,5 mg/0,4 mg)</i>	1 таблета дневно, приета около 30 минути след едно и също хранене
<i>Повишено внимание при пациенти с нарушена чернодробна функция, хипертония и сърдечна недостатъчност.</i>		



Терапевтично поведение при ДХП





ПРОСЛЕДЯВАНЕ И КОНТРОЛ

Времева схема за провеждане на контролни прегледи след започване на лечение при пациенти с ДХП

Лечение	На 6 седмици	На 12 седмици	На 6 месеца	1 път/годишно
<i>Изчакване и внимателно наблюдение</i>				
<i>5 ARI</i>				
<i>Алфа- блокери</i>				
<i>Комбинирано лечение</i>				
<i>Хирургично лечение и малкоинвазивни процедури</i>				



ВЪПРОСИ, КОИТО ПАЦИЕНТЪТ СИ ЗАДАВА ЧЕСТО, НО НЕ ВИНАГИ СПОДЕЛЯ „НА ГЛАС” ДОРИ С ЛЕКУВАЩИЯ СИ ЛЕКАР.

Влияе ли медикаментозното лечение на ДХП върху сексуалността?

ОПЛ трябва да предупреди пациента за възможните странични ефекти - болка по време на полов акт, намалена еякулация и еректилна дисфункция.

Ще запази ли сексуалността си мъжът след преживяна оперативна намеса, свързана с ДХП?

Урологът, извършил операцията трябва да обясни това. ОПЛ също. Би могло да има временно отражение, но повечето мъже напълно възстановяват сексуалната си активност в рамките на година. Оперативната намеса рядко е причина за еректилна дисфункция.

По-честа последица е ретроградната еякулация, която не води до намаляване на удоволствието от половия акт, но е проблем, ако се цели оплождане.

Какво да бъде поведението на пациента след операция? От какво да се пази?

Посъветвайте пациента да следва указанията, дадени от извършилия операцията лекар.



ХОЛИСТИЧНИЯТ ПОДХОД

- достъпен, изчистен от медицински термини език;
- ангажиране на семейството и други важни за него личности;
- избор на най- ефективна диета и медикаментозно лечение (ако е необходимо такава), които отговарят на финансовите и културални възможности и особености на пациента;
- достатъчно време за обсъждане на лечебния план и възможност пациента да участва във вземане на окончателното решение;
- насърчаване на пациента да обсъди темата с близките си;
- поощряване и възнаграждаване на пациента (например с похвала);
- обвързване часа на приема на медикамента с определени ежедневни дейности;
- стимулиране на самоконтрола на пациента чрез редовни прегледи и поощрение при спазване на изискванията.

