

ΑΛΕΞΑΝΔΡΕΙΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΊΔΡΥΜΑ

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
ΜΕ ΘΕΜΑ**

**ΚΑΛΟΘΗΣ ΥΠΕΡΠΛΑΣΙΑ
ΠΡΟΣΤΑΤΗ**

Εισηγήτρια : ΖΑΓΚΟΤΣΗ ΕΙΡΗΝΗ

Φοιτήτριες: ΤΖΙΒΛΙΚΑΚΗ ΒΑΡΒΑΡΑ

ΤΣΕΡΠΕΛΗ ΑΘΗΝΑ



ΘΕΣ/ΝΙΚΗ 2007

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

1. ΠΡΟΛΟΓΟΣ	σελ.3
2. ΕΙΣΑΓΩΓΗ	σελ.4
ΜΕΡΟΣ Α΄	
3. 1 ^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ	
-ΓΕΝΝΗΤΙΚΑ ΟΡΓΑΝΑ ΑΡΡΕΝΟΣ	σελ.5
-ΠΡΟΣΤΑΤΗΣ (ΑΝΑΤΟΜΙΑ-ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ)	σελ.8
4. 2 ^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ	
-ΚΑΛΟΗΘΗΣ ΥΠΕΡΠΛΑΣΙΑ ΠΡΟΣΤΑΤΗ(ΓΕΝΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ)	σελ.12
-ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ	σελ.15
-ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΙΑΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ	σελ.17
-ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ	σελ.17
5. 3 ^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ	
-ΠΡΟΛΗΨΗ	σελ.21
-ΘΕΡΑΠΕΙΑ (ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ- ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ)	σελ.22
6. 4 ^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ	
-ΕΠΠΛΟΚΕΣ	σελ.42
ΜΕΡΟΣ Β΄	
7. 5 ^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ	
-ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΡΡΩΣΤΟΥ	σελ.44
-ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	σελ.46

-ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΙΤΙΚΕΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΔΙΑΓΝΩΣΕΙΣ	σελ.47
-ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΙΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣσελ.60
-ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΙΤΙΚΕΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΔΙΑΓΝΩΣΕΙΣ	σελ.61
-ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗσελ.86
8. ΕΠΙΛΟΓΟΣσελ.98
9. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑσελ.101
10.ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑσελ.119

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

ΚΑΛΟΗΘΗΣ ΥΠΕΡΠΛΑΣΙΑ ΠΡΟΣΤΑΤΗ ΕΝΑ ΜΕΓΑΛΟ ΑΝΤΡΙΚΟ ΤΑΜΠΟΥ!

Η καλοήθης υπερπλασία του προστάτη είναι η πιο κοινή νόσος του «ισχυρού» φύλου αλλά κανένας δεν θέλει να μιλάει για αυτήν. Η καλοήθης υπερπλασία του προστάτη, όπως ονομάζεται αυτή η αύξηση μεγέθους του ανδρικού αδένου, είναι ίσως η κοινότερη ανδρική νόσος. Παρ' όλα αυτά οι άνδρες δεν αρέσκονται στο να μιλούν για αυτό. Όπως και με άλλα θέματα τα οποία αφορούν την... ευρύτερη περιοχή της κάτω κοιλιακής χώρας, έτσι και το θέμα του προστάτη αποτελεί ταμπού. Ίσως επειδή δεν αξιολογούμε ως ενδιαφέρον ένα θέμα που έχει να κάνει με συμπτώματα του κατώτερου ουροποιητικού συστήματος. Ίσως πάλι επειδή οι ασθενείς εκτιμούν ότι απειλείται η σεξουαλική ικανότητά τους και δεν θέλουν αυτό να γίνει γνωστό. Ωστόσο το να είναι κανείς ανοιχτός σχετικά με την υπερπλασία του προστάτη και η έγκαιρη όμως επίσκεψη στον γιατρό αποτελεί ένα πολύ έξυπνο βήμα γιατί μόνον τότε είναι αποτελεσματική η αντιμετώπιση της νόσου.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Πολλά είναι τα προβλήματα που απασχολούν το ανδρικό φύλο την σημερινή εποχή. Δεν είναι μόνο τα προβλήματα κοινωνικής φύσεως αλλά και τα προβλήματα σχετικά με την υγεία τους. Η κακή ποιότητα ζωής, το άγχος, το στρές, και οι κακές συνήθειες όπως το κάπνισμα, το αλκοόλ, η κακή διατροφή κ.τ.λ. αυξάνουν τα προβλήματα υγείας και καταστρέφουν την ποιότητα ζωής τους.

Ένα από αυτά τα προβλήματα είναι και η καλοήθης υπερπλασία του προστάτη. Απασχολεί το 80% των ανδρών ηλικίας άνω των 60 ετών. Στην συγκεκριμένη εργασία θα αναπτυχθούν τα προβλήματα που προκαλούνται από την ΚΥΠ όπως και οι τρόποι αντιμετώπισης τους, η νοσηλευτική προσέγγιση του θέματος και η αποκατάσταση τους.

Ομολογουμένως η ΚΥΠ είναι καθαρά ένα ανδρικό πρόβλημα υγείας αλλά δεν είναι καθαρά ανδρικό θέμα λόγω του ότι επηρεάζοντας τη ποιότητα ζωής των ανδρών επηρεάζονται και οι προσωπικές τους σχέσεις με τη σύντροφό τους και το κοινωνικό τους περιβάλλον δημιουργώντας κατά αυτό τον τρόπο προβλήματα επικοινωνίας με την οικογένεια και το φιλικό περιβάλλον.

Λαμβάνοντας υπόψη αυτές τις παραμέτρους θεωρούμε ότι η ΚΥΠ είναι ένα ζήτημα που μας αφορά όλους έμμεσα και πρέπει να έχουμε κάποιες υποτυπώδεις γνώσεις γύρω από το θέμα για να μπορούμε να αντιληφθούμε την ψυχολογική κατάσταση του πάσχοντος και να βοηθήσουμε όσο το δυνατόν περισσότερο για την πρόληψη και την αποκατάσταση των προβλημάτων που δημιουργούνται.

Αυτοί οι λόγοι μας οδήγησαν στο να επιλέξουμε και να ασχοληθούμε με αυτό το θέμα τόσο για την προσωπική μας ενημέρωση όσο και για την ενημέρωση των υπολοίπων ενδιαφερωμένων.

ΜΕΡΟΣ Α΄

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

Στο κεφάλαιο αυτό θα γίνει μια αναφορά στα ανατομικά και φυσιολογικά στοιχεία του προστάτη και στην ανατομία των ανδρικών γεννητικών οργάνων

ΓΕΝΝΗΤΙΚΑ ΟΡΓΑΝΑ ΑΡΡΕΝΟΣ

(Ανατομικά στοιχεία)

Τα γεννητικά όργανα αναλόγως του φύλου διακρίνονται στα γεννητικά όργανα του αρρένου και τα γεννητικά όργανα του θήλεος. Τα γεννητικά όργανα και των δυο φύλων, ανάλογα με την θέση τους χωρίζονται σε έσω και έξω γεννητικά όργανα.

➤ ΕΞΩ ΓΕΝΝΗΤΙΚΑ ΟΡΓΑΝΑ ΤΟΥ ΑΡΡΕΝΟΣ

ΠΕΟΣ

Αποτελεί τα έξω γεννητικά όργανα. Έχει σχήμα επίμηκες κυλινδρικό και εμφανίζει 3 μέρη, τη βάλανο, το σώμα και τη ρίζα. Χρησιμεύει στη συνουσία, το μήκος του κατά μέσο όρο είναι 12-14 εκ. σε στύση. Βρίσκεται πάνω από το όσχεο και μπροστά από την ηβική σύμφυση. Το πέος σχηματίζεται με την συνένωση δύο σηραγγωδών σωμάτων και του συραγγωδούς σώματος της ουρήθρας. Τα σηραγγώδη αυτά σώματα περιβάλλονται από κοινή περιτονία. Τα συραγγώδη σώματα του πέους είναι δύο, ξεκινούν από τα σύστοιχα σκέλη τα οποία καλύπτονται από τους ισχυοσηραγγωδούς μύες και αποτελούν τη ρίζα του πέους. Τα σκέλη δημιουργούν ένα ενιαίο σώμα κατά την άνω επιφάνεια στην οποία πορεύεται η μονοφυής ραχιαία φλέβα του πέους και εκατέροθεν αυτής η ραχιαία αρτηρία

και το ραχιαίο νεύρο του πέους. Κατά την κάτω επιφάνεια υπάρχει η ουρηθραία αύλακα η οποία υποδέχεται το σηραγγώδες σώμα της ουρήθρας. Στο κέντρο κάθε σηραγγώδους σώματος πορεύεται η εν τω βάθει αρτηρία του πέους.1,2

➤ ΕΣΩ ΓΕΝΝΗΤΙΚΑ ΟΡΓΑΝΑ ΤΟΥ ΑΡΡΕΝΟΣ

ΟΙ ΟΡΧΕΙΣ

Οι όρχεις είναι δυο και κατά την εμβρυϊκή ζωή κατασκηνώνουν μέσα στην κοιλιά του εμβρύου από όπου και εξέρχονται μετά το πέρας της εγκυμοσύνης. Βρίσκονται στη ρίζα του πέους και έχουν βάρος 20-25 γρ. περίπου. Μέσα στο όσχεο οι όρχεις κρέμονται κάτω από την ρίζα του πέους και μάλιστα ο δεξιός χαμηλότερα του δεξιού. Ο κάθε όρχης έχει σχήμα ελειψοειδές αποπλατισμένο και εμφανίζει έσω και έξω επιφάνεια άνω και κάτω άκρο, πρόσθιο και οπίσθιο χείλος. Η έξω επιφάνεια χωρίζεται από τον κόλπο της επιδιδυμίδως και από την επιδιδυμίδα.

Το άνω ακρο στρέφεται προς τα πάνω μπρόστα και έξω συναπτόμενο μετά την κεφαλή της επιδιδυμίδως .

Το κάτω άκρο συνδέεται με το οσχεικό σύνδεσμο μετά το όσχεο .

Το πρόσθιο χείλος είναι ελεύθερο και στρέφεται προς τα έξω και εμπρός.

Το οπίσθιο χείλος συνάπτεται μετά του σώματος και της ουράς της επιδιδυμίδως και στρέφεται προς τα μέσα και πίσω. 1,2

ΕΠΙΔΙΔΥΜΙΔΑ

Είναι μοίρα της εκφορητικής οδού του όρχι και αποτελείται από την κεφαλή, το σώμα και την ουρά. Το σώμα και η ουρά συνδέονται με το οπίσθιο χείλος του όρχεως μέχρι το κάτω άκρο του. Η ουρά στο κάτω άκρο του όρχεως ανακάμπει προς τα πάνω και

καταλήγει στο σπερματικό πόρο. Περιβάλεται από τον ελιτροειδή χιτώνα που περιβάλλει τους όρχεις . 1,2

ΣΠΕΡΜΑΤΙΚΟΣ ΠΟΡΟΣ

Ο σπερματικός πόρος είναι ο εκφορητικός πόρος του όρχεως και αποτελεί συνέχεια της ουράς της επιδιδυμίδας. Αρχίζει από το κάτω άκρο του όρχη, πορεύεται κατά μήκος του οπίσθιου χείλους του όρχη εντός του σπερματικού τόνου μέχρι τον βουβονικό πόρο, διασταυρώνεται με τα έξω λαγώνιο και θυροειδή αγγεία όπως επίσης και με τον ουρητήρα, διευρύνεται κατά την πορεία του από τον ουρητήρα μέχρι τον προστάτη και σχηματίζει τη σπερματοδόχο λήκυθο. 1,2

ΕΚΣΠΕΡΜΑΤΙΚΟΣ ΠΟΡΟΣ

Αυτός είναι το πέρας του σπερματικού πόρου και εκβάλει στο σπερματικό λοφίδιο της προστατικής μοίρας της ουρήθρας διασχίζοντας τον προστάτη. 1

ΒΟΛΒΟΥΡΗΘΡΑΙΟΙ ΑΔΕΝΕΣ

Είναι δυο μικροί αδένες οι οποίοι βρίσκονται κοντά στον προστάτη και παράγουν έκκριμα το οποίο φέρεται με τον εκφορητικό τους πόρο και αποχετεύεται στην ουρήθρα. Το έκκριμα του βοηθάει στην καλή κινητικότητα του σπέρματος. Έχουν μέγεθος φάκης και βρίσκονται μέσα στο ουρογεννητικό τρίγωνο πίσω από το βολβό της ουρήθρας. Εκβάλλουν μπροστά στο ανεύρισμα της συραγγώδους ουρήθρας. 1,2

ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΚΑΙ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΠΡΟΣΤΑΤΗ

Ο προστάτης είναι ιδιαίτερο ανδρικό όργανο. Έχει σχήμα και μέγεθος κάστανου, αν και οι διαστάσεις του ποικίλλουν από άτομο σε άτομο, ένας μέσος υπολογισμός τους είναι ο εξής :Ο προστάτης μετρά 4 εκ. πλάτος και 3 εκ. μήκος. Το κανονικό βάρος του είναι περίπου 18γρ. Διαπερνάτε από την ουρήθρα και περικλείει μέσα του τους εκσπερματικούς πόρους και τον προστατικό κόλπο. Όσον αφορά τη θέση του σε σχέση με τα υπόλοιπα ανατομικά όργανα του γεννητικού συστήματος, μπορεί να ειπωθεί στην υποπεριτοναϊκή χώρα της μικρής πυέλου μεταξύ του πιο κάτω μέρους της ηβικής σύμφυσης και της ληκύθου του ορθού, κάτω από την ουροδόχο κύστη, τις σπερματοδόχους κύστες και από τις σπερματικούς ληκύθους και πάνω από το ουρογεννητικό όργανο. Για τη συγκράτηση και σταθεροποίηση του σε αυτή τη θέση συμμετέχουν οι ηβοπροστατικοί σύνδεσμοι, η ανώτερη περιτονία του ουρογεννητικού τριγώνου (που επενδύει τον προστάτη και το αρχικό μεμβρανικό τμήμα της ουρήθρας) και τα πρόσθια τμήματα του ανελκτήρα μυ (που περνούν πίσω από το ηβικό οστό και ενεγκαλίζουν τις πλευρές του προστάτη). Η στήριξη που προσφέρουν στον προστάτη είναι η αιτία για την ξεχωριστή ονομασία τους ως ανελκτήρες του προστάτη.5,6,11,24

Ο προστάτης διακρίνεται από σταθερότητα καθώς και από ελαφρά δυσκαμψία στην αφή. Η υφή του δηλαδή είναι έντονης πυκνότητας και ισχυρής ανθεκτικότητας σε εξωτερικές πιέσεις. Το δε χρώμα της περιγράφεται ελαφρά γκριζοκόκκινο. Η φυσιολογική λειτουργία του προστάτη είναι η έκκριση του προστατικού υγρού που αποτελεί το 13-32% του όγκου μιας εκσπερμάτισης. 6

Είναι πλούσιο σε ηλεκτρολύτες και ένζυμα, που σκοπό έχουν την ενεργειακή υποστήριξη και την αύξηση της κινητικότητας των σπερματοζωαρίων.11

Ο προστάτης αιματώνεται από τη μέση αιμορροϊδική και την κάτω κυστική αρτηρία. Οι φλέβες του εκβάλουν στο περιβάλλον του προστατοκυστικού φλεβικού πλέγματος.11

Στην οξεία φλεγμονή του αδένος εμφανίζονται διάχυτες φλεγμονώδεις αλλοιώσεις, οίδημα, λευκοκυτταρική διήθηση, αιμορραγικές εστίες καθώς και αποστήματα.5

Στη χρόνια φλεγμονή του αδένος κυριαρχούν τα λεμφοκύτταρα και παρατηρείται αύξηση του ινώδους ιστού. Γύρω από τους αδένες συγκεντρώνονται πλασματοκύτταρα και μακροφάγα, ενώ οι πόροι των αδένων συχνά αποφράσσονται από νεκρωμένα στοιχεία.⁵

Ο προστάτης αδένος όπως όλα τα όργανα του ανθρωπίνου σώματος παρουσιάζει εξατομικευμένες παραλλαγές οι οποίες αφορούν το σχήμα, το μέγεθος και την υφή του. Επιπλέον ο προστάτης αδένος με την αύξηση της ηλικίας υφίσταται μεγάλες αλλαγές οι οποίες αποδεικνύονται και υπερηχογραφικά.²¹

Ο νεανικός προστάτης στην υπερηχογραφική απεικόνισή του εμφανίζεται περίπου τριγωνικός με τάση αποστρογγυλοποίησης. Σε μεγαλύτερη ηλικία καθίσταται ημισφαιρικός. Σε ανάπτυξη περιουρηθρικού αδενώματος το σχήμα του γίνεται στρογγυλό. Όταν τέλος, αναπτύσσεται καρκίνος τότε λόγω της διαταραχής της σχέσης οβελιαίας και εγκάρσιας διαμέτρου μπορεί να λάβει αχλαδοειδές ή κωδωνοειδές σχήμα. Ένα βασικό υπερηχογραφικό κριτήριο για την εκτίμηση της κατάστασης του προστάτη είναι η εμφάνιση του περιγράμματος του αδένος τόσο στην υπερηβική όσο και στη διορθική υπερηχογραφική εξέταση. Κατά την υπερηχογραφική απεικόνιση του προστάτη συχνά είναι δυνατή η διάκριση των περιουρηθρικών αδένων από τους πραγματικούς προστατικούς. Η υπερπλασία των περιουρηθρικών αδένων έχει σαν αποτέλεσμα τη συμπίεση των προστατικών αδένων από το κέντρο προς την περιφέρεια οι οποίοι μαζί με την ανατομική κάψα σχηματίζουν τη γνωστή χειρουργική κάψα του προστάτη. Στα άρια των δύο αδενικών τμημάτων ανευρίσκονται πολύ συχνά επαβεστωμένα εκκρίματα των προστατικών αδένων σε σχηματισμούς μικρών ή μεγάλων αμυλοειδών σωμάτων. Τα αμυλοειδή σώματα δεν έχουν καμιά νοσολογική αξία ανευρίσκονται όμως συχνότερα στις χρόνιες προστατίτιδες και όχι σπάνια δίνουν τη χαρακτηριστική ακουστική σκιά η οποία εμφανίζεται στους λίθους. Πολλές φορές κοιλιακά και πλάγια του προστάτη εμφανίζονται άγηρα κενोटόπια που αντιστοιχούν σε διατομές του φλεβικού πλέγματος του Santorini. Λίγο περιφερικότερα από αυτά μπορεί να εντοπιστεί το πρόσθιο τμήμα του έσω θυροειδούς μυός, ενώ ο ανελκτήρας μυς του πρωκτού σπάνια γίνεται ορατός.^{5,6,21}

ΓΝΩΣΕΙΣ ΑΠΟ ΤΗ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΠΡΟΣΤΑΤΗ

Ο προστάτης περιβάλλει τον κυστικό αυχένα και είναι ένας αδένας με ινομυϊκό και αδενικό ιστό. Αποτελείται από πλούσιο δίκτυο αδένων και εκφορητικών πόρων, έκρινει δε ένα λεπτόρρευστο γαλακτώδες αλκαλικό υγρό, έκκριμα που περιέχει μεταξύ των άλλων και κιτρικό οξύ, ασβέστιο, ψευδάργυρο, όξινη φωσφατάση και ινοδολυσίνη. Ορισμένες ουσίες του εκκρίματος αυτού είναι βέβαιο ότι έχουν σχέση με τη γονιμότητα του ατόμου, για τις περισσότερες όμως δεν έχει τίποτα ακόμη προσδιοριστεί όσον αφορά τη λειτουργική τους αποστολή στον οργανισμό. Η φυσιολογική ανάπτυξη και διατήρηση του προστατικού αδένου στηρίζεται στο σύστημα ελέγχου του κυτταρικού πληθυσμού, δηλαδή τη διατήρηση της φυσιολογικής σχέσης μεταξύ του πολλαπλασιασμού των κυττάρων, της κυτταρικής διαφοροποίησης και την εκτέλεση των συγκεκριμένων λειτουργιών και του προγραμματισμένου κυτταρικού θανάτου. Η διαδικασία αυτή όπως και στα υπόλοιπα όργανα του οργανισμού, αρχίζει από τη σύλληψη του εμβρύου και συνεχίζεται για όλη τη διάρκεια της ζωής. Οι ρυθμιστικές αυτές εντολές πέρνονται από το γονιδίωμα, στο οποίο υπάρχουν καταγεγραμμένες και κωδικοποιημένες όλες οι γενετικές πληροφορίες. Οι πληροφορίες αυτές αφορούν τον τρόπο παραγωγής ορισμένων και με συγκεκριμένη δομή και λειτουργία πρωτεϊνών. 9,11,21

Κάθε κύτταρο που δημιουργείται μετά τη διαίρεση του μητρικού κυττάρου, διανύει ένα κύκλο ζωής, άλλοτε άλλου χρόνου ανάλογα με τη λειτουργία την οποία εκτελεί. Ο κύκλος αυτός τελειώνει είτε με μια νέα διαίρεση του κυττάρου αυτού, είτε με το προγραμματισμένο για αυτό θάνατο. Τα περισσότερα διαφοροποιημένα προστατικά κύτταρα βρίσκονται στη φάση της ηρεμίας, είναι μεταβολικά ενεργοί και δεν διπλασιάζεται γενετικό τους υλικό. Οι εντολές για την παραμονή του κυττάρου στη φάση της ηρεμίας ή για να εισέλθει στη φάση της διαιρέσεως ή για το θάνατο του, είναι σε μας άγνωστο από που δίδονται και πως εκτελούνται. Το μόνο γνωστό είναι ότι ο πολλαπλασιασμός και η διαφοροποίηση των κυττάρων δρομολογούνται μετά από την επίδραση ορισμένων και μόνο αυξητικών παραγόντων. Ο ρόλος τους γίνεται περισσότερο ενδιαφέρον σε παθολογικές καταστάσεις όπως είναι τα καρκινώματα στα οποία παρατηρείται μια υπέρ μετρη λειτουργική εκδήλωση, ή στη γύρανση του κυττάρου και στις διαταραχές ανάπτυξης,

όπου παρατηρείται μια υποβαθμισμένη λειτουργική εκδήλωση των παραγόντων αυτών.17,25

Μικροσκοπικά, παρατηρούνται λόβια με υπερπλασία, αλλά χωρίς υπερτροφία του αδενικού επιθηλίου, η οποία χαρακτηρίζεται από θηλοεδής προσεκβολές μονόστοιβου κυλινδρικού επιθηλίου στον αυλό των αδένων. Στα ίδια λοβία μερικές αδενοκυψέλες καθίστανται κιστικές, έχουν ακανόνιστο σχήμα και επαλείφονται από πλακώδες επιθήλιο. Σε μερικές από τις κύστες παρατηρείται και έκκριμα. Ο μεσολόβιος συνδετικός ιστός αυξάνει και εμφανίζεται με τη μορφή ευραίων δοκίδων, οι οποίες παρουσιάζουν και κάποιο βαθμό ενδολόβιας επέκτασης. Ο διάμεσος συνδετικός ιστός, σε ορισμένες περιπτώσεις, παρουσιάζει συγκεντρώσεις μονοπυρήνων κυττάρων.17,26

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

Στο προηγούμενο κεφάλαιο έγινε μια αναφορά στα ανατομικά στοιχεία στο γεννητικό σύστημα του αρένου και στη λειτουργικότητα του προστάτη. Στο κεφάλαιο αυτό θα ασχοληθούμε με την καλοήγη υπερπλασία προστάτη με τους παράγοντες που την προδιαθέτουν και με τα διαγνωστικά στοιχεία.

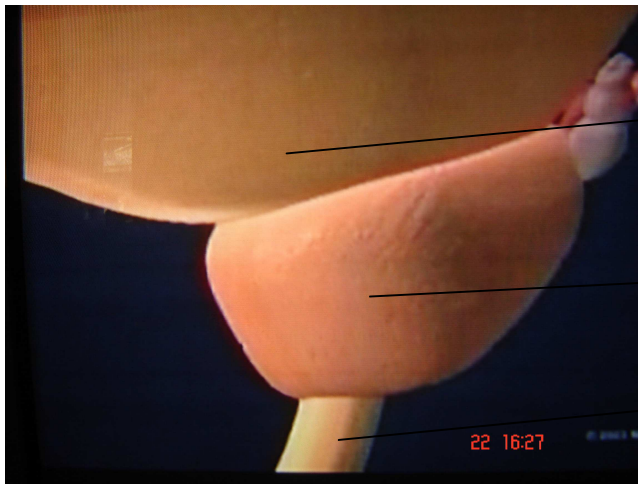
ΚΑΛΟΗΘΗΣ ΥΠΕΡΠΛΑΣΙΑ ΠΡΟΣΤΑΤΗ (ΓΕΝΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ)

Η καλοήγη υπερπλασία του προστάτη (ΚΥΠ) είναι η συχνότερη καλοήγη νεοπλασία στους άνδρες. Ο επιπολασμός της ΚΥΠ αυξάνεται προοδευτικά με την αύξηση της ηλικίας. Με το προσδόκιμο επιβίωσης να πλησιάζει τα 80 χρόνια σε πολλές χώρες, υπολογίζεται ότι υπάρχει μια πιθανότητα 88% για τους άνδρες αυτούς να εμφανίζουν ΚΥΠ. Υπολογίζεται ότι ο αριθμός των ανδρών με συμπτώματα της ΚΥΠ θα αυξηθεί κατά περίπου 45% τα επόμενα 10 χρόνια.^{13,14}

Περισσότεροι από τους μισούς άνδρες άνω των 60 ετών έχουν διογκωμένο και υπερτροφικό προστάτη και οι πιθανότητες εμφάνισης καλοήθους υπερπλασίας αυξάνουν με το πέρασμα του χρόνου (το όριο ηλικίας για την εμφάνιση της ΚΥΠ έχει πέσει στα 45 χρόνια από τα 50-60 χρόνια που ήταν παλιότερα λόγω αλλαγής στα δεδομένα της, οπότε δικαιολογημένα οι άνδρες μετά τα 45 έχουν αυτή την ανησυχία.) Στην ηλικία των 80 ετών, περίπου το 80% των ανδρών έχει διογκωμένο προστάτη, αλλά μόνον το 40 - 50% παρουσιάζει πράγματι κάποιο σύμπτωμα που να οφείλεται στην καλοήγη υπερπλασία.^{13,14}

Η καλοήγη υπερπλασία του προστάτη (ΚΥΠ) αρχικά αφορά μόνο το εσωτερικό τμήμα του προστάτη, που περιβάλλει την ουρήθρα. Η διόγκωση του προστάτη σταδιακά συμπιέζει την ουρήθρα στο σημείο που αυτή διασχίζει τον προστάτη. Ως εκ τούτου εμφανίζεται δυσκολία στην ούρηση και άλλα προβλήματα ούρησης. Σε γενικές γραμμές η υπερπλασία του προστάτη δεν σχετίζεται με διαταραχές της σεξουαλικής ζωής. Δεν αποτελεί κίνδυνο για τη ζωή του ασθενή και δεν υπάρχουν στοιχεία που να αποδεικνύουν ότι η υπερπλασία οδηγεί στον καρκίνο του προστάτη. Ωστόσο, τα συμπτώματα στο κατώτερο ουροποιητικό (κύστη, ουρήθρα), μειώνουν την ποιότητα ζωής του ασθενή.

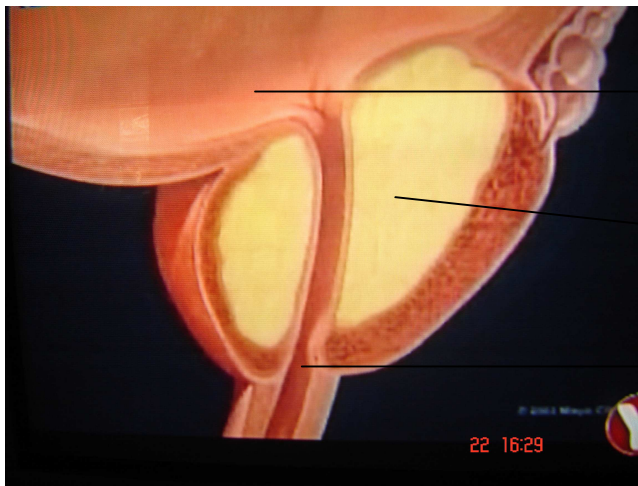
Ενοχλητικά συμπτώματα μπορεί να συμβούν στο 30% των ανδρών μεγαλύτερων των 65 ετών. Επιπλέον τα άτομα αυτά, συγκριτικά με τα άτομα χωρίς ΚΥΠ, έχουν μειωμένη ευεξία που οφείλεται στην ανησυχία που υπάρχει για τη λειτουργία του ουροποιητικού, ανησυχία για πιθανή ύπαρξη καρκίνου του προστάτη, ανησυχία σε σχέση με τη σεξουαλική λειτουργία, ανησυχία για επιδείνωση της λειτουργίας του ουροποιητικού κ.α. Οι άνδρες ηλικίας 55 - 65 χρόνων με μέτρια και σοβαρά συμπτώματα του ουροποιητικού, έχουν χειρότερη ποιότητα ζωής συγκριτικά με τους υγιείς άνδρες της ίδιας ηλικίας. Είναι σημαντικό να γνωρίζει κανείς ότι η ΚΥΠ δεν είναι καρκίνος ούτε προδιαθέτει στην εμφάνιση καρκίνου. Ωστόσο, είναι δυνατόν ένας άνδρας με ΚΥΠ να έχει επίσης και καρκίνο του προστάτη.^{13,20,25}



Ουροδόχος κύστη

Προστάτης

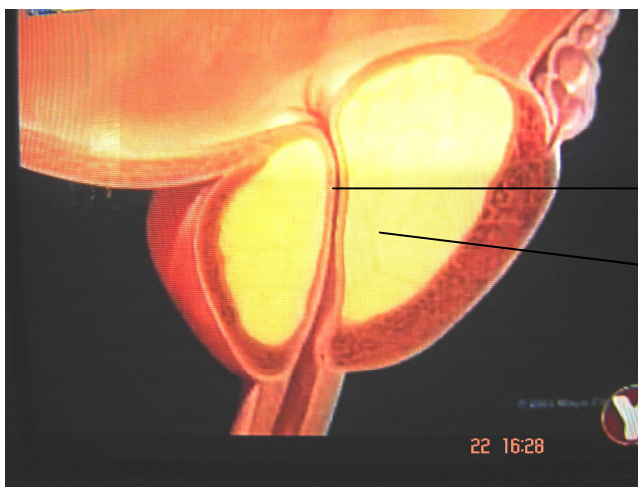
Ουρήθρα



Ουροδόχος κύστη

Υπερπλαστικό μέρος προστάτη

Φυσιολογική διατομή
ουρήθρας



Στένωση ουρήθρας

Διογκωμένο υπερπλαστικό μέρος

ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ (ΚΥΠ)

Όπως προαναφέρθηκε, πολλοί άνδρες πρακτικά δεν έχουν κανένα σύμπτωμα. Όταν η ΚΥΠ αρχίζει να επηρεάζει τη ροή των ούρων αρχίζουν να εμφανίζονται ορισμένα χαρακτηριστικά συμπτώματα, τα οποία μπορεί να είναι μηχανικά (π.χ. διαφυγή ούρων), και λειτουργικά (π.χ. σύσπαση προστάτη):

1. Συχνουρία: ανάγκη συχνής ούρησης
2. Νυχτουρία: διακοπή του ύπνου και έγερση περισσότερες από δύο φορές κάθε νύχτα για ούρηση
3. Ξαφνική ανάγκη για ούρηση κατά τη διάρκεια της ημέρας.
4. Ακράτεια ούρων
5. Δυσκολία στην έναρξη της ούρησης
6. Δυσφορία κατά τη διάρκεια της ούρησης
7. Αδύναμη ροή ούρων
8. Απαίτηση προσπάθειας προκειμένου να ολοκληρωθεί η έξοδος των ούρων
9. Κατακράτηση ούρων: αδυναμία να αδειάσει πλήρως η κύστη

Τα συμπτώματα αυτά προκαλούνται από τον τρόπο με τον οποίο η ΚΥΠ επηρεάζει την ουρήθρα και αργότερα την κύστη. Στα πρώτα στάδια της ΚΥΠ ο μυς της ουροδόχου κύστης καταφέρνει και σπρώχνει τα ούρα διαμέσου της στενής ουρήθρας συσπώμενος πιο ισχυρά. Με την πάροδο του χρόνου, όμως, ο μυς αυτός υπερτρέφεται, γίνεται πιο παχύς και περισσότερο ευαίσθητος, δημιουργώντας έτσι το αίσθημα της πολύ συχνής επιθυμίας για ούρηση.^{14,20}

Σε μερικές περιπτώσεις, καθώς η διόγκωση του προστάτη προχωρά και η ουρήθρα συμπιέζεται πάρα πολύ, η κύστη αδυνατεί να ξεπεράσει τα προβλήματα που

δημιουργούνται από το στένεμα της ουρήθρας. Όταν συμβαίνει αυτό, το άδειασμα της κύστης από τα ούρα δεν είναι πλήρες.²⁵

Μπορεί επίσης να συμβεί και ανάπτυξη μικροβίων λόγω της στάσης των ούρων, αυτό που ονομάζεται ουρολοίμωξη, οπότε αναπτύσσεται αίσθημα καψίματος και πόνου κατά την ούρηση. Σε μικρό ποσοστό ασθενών, η ΚΥΠ μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα επανειλημμένες ουρολοιμώξεις, απότομη και ολοσχερή αδυναμία ούρησης (επίσχεση ούρων), καθώς και προοδευτική βλάβη της κύστης και των νεφρών.^{20,25}

Μερικές φορές μπορεί να υπάρχουν διαταραχές στη σεξουαλική δραστηριότητα πιθανόν στη στύση (κυρίως λόγω κακής ψυχολογικής κατάστασης) και πιο συχνές διαταραχές στην εκσπερμάτιση (μειωμένη ποσότητα, μείωση στην ένταση ροής και στην ποιότητα του σπέρματος.)^{17,20}

ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΙΑΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Προδιαθεσιακοί παράγοντες για τον καρκίνο του προστάτη είναι η κληρονομικότητα, κακή διατροφή, λανθασμένος τρόπος ζωής, αυξημένη πρόσληψη λίπους από τις τροφές, καθιστική ζωή, κάπνισμα, κατανάλωση αλκοόλ. Πολλοί από αυτούς τους παράγοντες ενοχοποιούνται και για την καλοήγη υπερπλασία (αποκλείουμε την κληρονομικότητα) επειδή δεν γνωρίζουμε το ακριβές αίτιο. Η κακή περιποίηση της περιοχής, οι συχνές προστατίτιδες και οι λοιμώξεις μπορούν να θεωρηθούν προδιαθεσιακοί παράγοντες για την ΚΥΠ χωρίς όμως αυτό να είναι απόλυτο. Μετά τα 25 χρόνια του άνδρα υπάρχει μία φυσιολογική εξέλιξη και αύξηση του αδένα λόγω ανδρικών ορμονών χωρίς να υπάρχει κάποιο αίτιο που να το προκαλεί. Όπως προαναφέρθηκε ενοχοποιούνται πολλοί παράγοντες επειδή ακριβώς δεν γνωρίζουμε το ακριβές αίτιο αυτής της υπερπλασίας.

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ (ειδικές εξετάσεις)

Το ινστιτούτο προληπτικής ιατρικής παροτρύνει τους άνδρες που έχουν φτάσει στο 40^ο-45^ο έτος της ηλικίας τους να εξεταστούν από ουρολόγο για καλοήγη υπερπλασία ή οποιαδήποτε ανωμαλία του προστάτη αδένα. Υπάρχουν κάποιες προληπτικές εξετάσεις οι οποίες μπορούν να διαγνώσουν έγκαιρα τις τυχόν ανωμαλίες που μπορεί να έχουν προκύψει. Κάποιες από αυτές είναι: η δακτυλική εξέταση με την οποία μπορούμε να δούμε το μέγεθος του προστάτη, εάν είναι επώδυνος ή ανώδυνος και το εάν υπάρχει κάποια σκληρία. Το υπερηχογράφημα με το οποίο εντοπίζουμε κάποια δοκίδωση ή κολπώματα στον προστάτη (μπορεί να είναι διορθικό για την ανάγκη βιοψίας ή διακοιλιακό για τον εντοπισμό βλαβών). Οι εξετάσεις αυτές θα λέγαμε ότι είναι περισσότερο διαγνωστικές γιατί με την εφαρμογή τους γίνεται διάγνωση και όχι πρόληψη της υπερπλασίας.^{15,16}

Οι ελάχιστες διαγνωστικές εξετάσεις περιλαμβάνουν:

1. Δακτυλική εξέταση του προστάτη. Ο ιατρός, φορώντας γάντια και με λιπαντική αλοιφή, εισάγει ένα δάκτυλο (τον δείκτη) στο ορθό (παχύ έντερο) προκειμένου να

ψηλαφίσει τον προστάτη και να διαπιστώσει αν υπάρχουν ανωμαλίες στο μέγεθος, το σχήμα και την υφή του. Αν και η εξέταση αυτή μπορεί να προκαλέσει κάποια δυσφορία, δεν είναι επίπονη και διαρκεί λίγα μόνο λεπτά.15,16,18

2. Εξετάσεις αίματος (PSA). Το PSA είναι ένζυμο που παράγεται από τα κύτταρα του προστάτη και ο ρόλος του είναι να ρευστοποιεί το σπέρμα μετά την εκσπερμάτιση. Συνήθως, μικρή μόνο ποσότητα του PSA βρίσκεται στο αίμα, αλλά όταν υπάρχει υπερπλασία του προστάτη, η ποσότητα αυτή είναι αυξημένη.15,16,
3. Γενική εξέταση ούρων, δίνει στοιχεία για την ύπαρξη φλεγμονής ή αιματουρίας.15
4. Μέτρηση της κρεατινίνης στο αίμα, για να διαπιστωθεί το αν υπάρχει κάποια δυσλειτουργία στα νεφρά15,16,18

✓ Τα ευρήματα των παραπάνω εξετάσεων και το ιστορικό του ασθενούς θα καθορίσουν την ανάγκη να διενεργηθούν περαιτέρω διαγνωστικές εξετάσεις όπως:

1.Απεικόνιση του κατώτερου ουροποιητικού, δηλαδή της κύστης, με υπερηχογράφημα. Η εξέταση αυτή δεν αποτελεί εξέταση ρουτίνας σε όλους τους ασθενείς αλλά βοηθά στην διάγνωση επιπλοκών της νόσου.13,15

2.Απεικόνιση του ανώτερου ουροποιητικού με υπερηχογράφημα ή ενδοφλέβια ουρογραφία παρέχει πληροφορίες για την λειτουργία των νεφρών. Το διορθικό υπερηχογράφημα είναι η μέθοδος για τον καθορισμό του όγκου του προστάτη και το περίγραμμά του. Η απεικόνιση του προστάτη με υπερηχογράφημα, είτε διορθικό είτε διακοιλιακό είναι προαιρετική. 13,15

Η σωστή ερμηνεία των υπερηχογραφικών ευρημάτων σε μια εξέταση του προστάτη γίνεται όταν, της υπερηχογραφικής εξέτασης, προηγείται δακτυλική από το ορθό εξέταση από τον ίδιο ουρολόγο ο οποίος εκτελεί την υπερηχογραφική εξέταση. Η υπερηχογραφική εξέταση του προστάτη έχει ένα μεγάλο πλεονέκτημα στο οποίο πρέπει να αποδοθεί ιδιαίτερη σημασία, δηλαδή η δυνατότητα απεικόνισης ενός παρεγχυματικού οργάνου στο σύνολό του ανεξάρτητα από τη λειτουργική κατάστασή του χωρίς τη χρησιμοποίηση οποιασδήποτε

σκιαστικής ουσίας. Η απεικόνιση μάλιστα είναι τόσο καλύτερη όσο μεγαλύτερη ποσότητα υγρού παρεμβάλλεται στην πορεία των υπερηχητικών κυμάτων και όσο μικρότερη είναι η απόσταση του οργάνου από την εφαρμογή της κεφαλής. Γι' αυτό σε ασθενείς με μικρό πάχος των κοιλιακών τοιχωμάτων είναι εφικτή μια πλήρης και λεπτομερής υπερηβική εξέταση ενώ όσο αυξάνεται το πάχος των ασθενών, τόσο οι συνθήκες καθίστανται δυσκολότερες και περιορίζονται οι περιοχές του προστάτη που μπορούν να μελετηθούν. Ο προστάτης αδένας έχει το πλεονέκτημα της χρησιμοποίησης δύο οδών για υπερηχογραφική εξέταση δηλαδή την υπερηβική και την διορθική. Η υπερηβική υπερηχογραφική εξέταση του προστάτη γίνεται πάντα με γεμάτη την ουροδόχο κύστη. Ο προστάτης εξετάζεται πάντα σε επιμήκεις και εγκάρσιες διατομές ώστε να έχουμε μια πλήρη εικόνα του συνολικού αδένα. Τα ψηλαφητά ευρήματα του προστάτη πρέπει να φωτογραφίζονται ώστε να είναι συγκρίσιμα σε επόμενες υπερηχογραφικές εξετάσεις. η διορθική υπερηχογραφική εξέταση του προστάτη πραγματοποιείται με τοποθέτηση του ασθενή σε αριστερή πλάγια θέση. Η ενόχληση από την είσοδο στο ορθό του καθετήρα των 22 char., όταν γίνεται με γιμοσοχή και επιτηδειότητα, είναι μικρότερη από την ενόχληση μιας δακτυλικής εξέτασης. Η διορθική κεφαλή και το ενδιάμεσο μέσο (μικρή κύστη με 40 ml νερό) καλύπτονται, πριν από την είσοδο στο ορθό, με ένα κοινό προφυλακτικό για λόγους υγιεινής.^{13,20}

Παράγοντες που επηρεάζουν την καλή διορθική υπερηχογραφική εικόνα είναι:

- a. Η ύπαρξη στο πρόσθιο τοίχωμα του ορθού ποσότητας αέρα ή κοπράνων. Στην περίπτωση αυτή πριν από την εξέταση είναι απαραίτητη η εκκένωση του εντέρου είτε δακτυλικώς είτε με υποκλυσμό.
- b. Η μικρή ενυδάτωση του ασθενή.
- c. Η μικρή ποσότητα ύδατος σαν ενδιάμεσο μέσο.
- d. Η κακή ρύθμιση του φωτισμού της εικόνας (Contrast.)

e. Η μη διάθεση ικανοποιητικού χρόνου από τον εξεταστή (15'-20" λεπτά.)

3. Με τη διορθική υπερηχογραφική εξέταση επιτυγχάνεται ένας πλήρης και συστηματικός έλεγχος της κύστης, των σπερματοδόχων κύστεων και του προστάτη από τη βάση μέχρι την κορυφή του σε εγκάρσιες και επιμήκεις διατομές. Τα μεμονωμένα υπερηχογραφικά επίπεδα μπορούν κάθε φορά να φωτογραφίζονται έτσι ώστε με μια σειρά φωτογραφικών λήψεων να είναι δυνατή η απεικόνιση όλου του οργάνου. Σε επιμήκεις διατομές απεικονίζονται σαφώς το έδαφος και ο αυχένας της κύστης, η κορυφή του μέσου λοβού, οι πλάγιοι λοβοί όχι όμως και τα πλάγια όρια του αδένου.²⁰

4. Η κυστεοσκόπηση συνιστάται όταν υπάρχει υποψία άλλων παθολογικών καταστάσεων του κατώτερου ουροποιητικού (κύστη, ουρήθρα) ενώ βοηθά επίσης στην εκτίμηση του μεγέθους και του σχήματος του προστάτη.^{11,13}

5. Ουροροομετρία- Πρόκειται για εύκολη και ανώδυνη εξέταση που καθορίζει το χρόνο της ούρησης, την ταχύτητα ροής και την ποσότητα των ούρων. Ο υπολογισμός του ποσού των ούρων που παραμένουν στην κύστη μετά την ούρηση είναι συνήθως χρήσιμος και γίνεται με το υπερηχογράφημα ή με τοποθέτηση καθετήρα. Σε κάποιες περιπτώσεις μπορεί να χρειαστεί να γίνει και ουροδυναμικός έλεγχος για τον ακριβή καθορισμό της ύπαρξης απόφραξης από τον προστάτη.^{14,15}

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

Στο προηγούμενο κεφάλαιο αναφέρθηκαν γενικά στοιχεία της ΚΥΠ, τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς και η ειδικές εξετάσεις για την διάγνωση της. Παρακάτω σε αυτό το κεφάλαιο θα αναφερθει η φαρμακευτική και χειρουργική θεραπεία, οι τρόποι της σωστής επιλογής, και η πρόληψη.

ΠΡΟΛΗΨΗ

Οι καταστάσεις που εκθέτουν σε κίνδυνο τον προστάτη όπως παλιές χειρουργικές επεμβάσεις, πιθανός παλιός τραυματισμός του προστάτη, η κακή περιποίηση της περιοχής, οι συχνές προστατίτιδες και οι λοιμώξεις, απαιτούν αυστηρό ιατρικό έλεγχο για την κατάσταση του προστάτη. Ολοι οι άντρες άνω των 40 ετών πρέπει να επισκέπτονται σε τακτά χρονικά διαστήματα κάποιον ουρολόγο για να έχουν μια καλή εκτίμηση της πορείας του προστάτη αδένα. Επιπλέον θα πρέπει να προσέχουν τον τρόπο ζωής τους, να τρέφονται σωστά, να αθλούνται **και** να μην καταναλώνουν μεγάλες ποσότητες αλκοόλ και άλλων βλαπτικών για τον οργανισμό ουσιών.^{14,27}

Οι εξετάσεις στις οποίες πρέπει να υποβληθούν για την έγκυρη διάγνωση της ΚΥΠ είναι οι εξής:

1. Κυστεοσκόπηση
2. Ενδοφλέβια ουρογραφία
3. Ουρηθρογράφημα (όχι πάντα)
4. Απεκκριτική κυστεογραφία
5. Λειτουργικές δοκιμασίες νεφρού
6. Δακτυλική εξέταση προστάτη
7. Εξετάσεις αίματος (PSA)
8. Γενική εξέταση ούρων²⁷

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ(γενικά)

Απλή παρακολούθηση. Στις περιπτώσεις που τα συμπτώματα είναι ήπια ενδέχεται να μην χρειαστεί η θεραπεία αλλά ο τακτικός έλεγχος για την εξέλιξη. Θα πρέπει να αποφεύγεται η λήψη μεγάλης ποσότητας αλκοόλ ή υγρών, ιδιαίτερα κατά την διάρκεια της νύχτας. Επειδή δεν μπορούμε να προβλέψουμε ποια θα είναι η εξέλιξη και οι επιπλοκές της καλοήθους υπερπλασίας του προστάτη, ο τακτικός έλεγχος- που σημαίνει ότι δεν θα χορηγηθεί θεραπεία- είναι η καλύτερη επιλογή για όσους έχουν πολύ λίγα συμπτώματα που δεν είναι ιδιαίτερα ενοχλητικά. Στην περίπτωση αυτή χρειάζεται να γίνονται επισκέψεις στον ιατρό περίπου μία φορά τον χρόνο, προκειμένου να γίνεται έλεγχος της εξέλιξης των συμπτωμάτων, να εξεταστεί ο άνδρας από τον ιατρό του και να γίνουν οι απαραίτητες εργαστηριακές εξετάσεις. Η αποφυγή της λήψης υγρών την νύχτα μπορεί να μειώσει την νυχτερινή ούρηση.^{13,14}

Φαρμακευτική αγωγή. Ο ιατρός μπορεί να συστήσει την χρήση φαρμάκων (π.χ. φιναστερίδη ή ντουταστερίδη) για να περιοριστεί ο όγκος του προστάτη, ή φάρμακα που χαλαρώνουν τους μύες του προστάτη (α - αναστολείς) για την ταχεία ανακούφιση των συμπτωμάτων.^{13,14}

Διουρηθρική αφαίρεση του προστάτη είναι η πιο συχνή χειρουργική θεραπεία. Με την μέθοδο αυτή αντιμετωπίζεται το 70-80% των αδενωμάτων. Ένα ειδικό εργαλείο εισάγεται από το πέος στην ουρήθρα και φτάνει μέχρι την κύστη. Στην άκρη του υπάρχει ένας ειδικός μηχανισμός που κόβει τον προστάτη σε μικρά κομμάτια (φέτες) τα οποία αφαιρούνται διουρηθρικά.¹³

Διουρηθρική τομή του αυχένα του προστάτη. Στην περίπτωση αυτή, γίνεται τομή στο σημείο που ο προστάτης ενώνεται με την κύστη. Με αυτόν τον τρόπο, χαλαρώνει το στόμιο της κύστης (ο αυχένος της κύστης) μειώνοντας την απόφραξη της ροής των ούρων

από την κύστη. Η μέθοδος αυτή ενδείκνυται σε μικρά αδενώματα, σε υπερτροφικό αυχένα και σε ηλικιωμένα άτομα.13

Ανοιχτή προστατεκτομή- Όταν ο προστάτης είναι ιδιαίτερα μεγάλος, χρειάζεται να γίνει χειρουργική αφαίρεση του προστάτη μέσα από τομή που γίνεται συνήθως στο κάτω μέρος της κοιλιάς.13,14, 20

Διουρηθρική προστατεκτομή με laser- είναι μια νέα τεχνική με αποτελέσματα εφάμιλλα της κλασικής διουρηθρικής προστατεκτομής.20

Διουρηθρική θεραπεία του προστάτη με μικροκύματα- Υπερθερμία. Δίνεται θερμότητα στους ιστούς του προστάτη για να μειωθούν τα συμπτώματα της υπερπλασίας. Το πλεονέκτημα αυτής της θεραπείας είναι ότι μπορεί να εφαρμοστεί στα εξωτερικά ιατρεία ή σε εξασθενημένους ασθενείς που πάσχουν από άλλα προβλήματα υγείας. 3,5,8,9,12

A. ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ

α- αναστολείς (τεραζοσίνη-ταμσουλοσίνη) Λαμβάνονται από το στόμα, συνήθως μία φορά την ημέρα. Τα φάρμακα αυτά βοηθούν ώστε να χαλαρώσουν οι μύες του προστάτη και να μειωθούν τα συμπτώματα που εμφανίζονται στην ούρηση.¹⁷

Κατά την διάρκεια των πρώτων τριών ή τεσσάρων εβδομάδων λήψης του φαρμάκου, ίσως χρειαστεί να γίνουν τακτικές επισκέψεις στον ιατρό για να παρακολουθεί την εξέλιξη. Ο ιατρός θα ελέγχει τα συμπτώματα, ώστε να επιβεβαιώσει την λήψη της κατάλληλης δόσης. Στην συνέχεια, θα γίνονται επισκέψεις περισσότερο αραιά, ώστε να ελέγχεται η πορεία της ΚΥΠ. Η χρήση των φαρμάκων αυτών δεν συνεπάγεται ότι δεν θα χρειαστεί να ακολουθηθεί χειρουργική επέμβαση στο μέλλον. ^{14,15,17}

Από τα μέχρι σήμερα δεδομένα, φαίνεται ότι η μείωση των συμπτωμάτων διατηρείται για αρκετά χρόνια. Πιθανές παρενέργειες περιλαμβάνουν πονοκεφάλους, ναυτία, κόπωση, μείωση της ποσότητας του σπέρματος κατά την εκσπερμάτιση ενώ πιο σπάνια, προβλήματα στο στομάχι ή το έντερο, χαμηλή πίεση και ‘μπούκωμα’ στην μύτη.^{14,15,17}

Φιναστερίδη / Ντουταστερίδη

Η φιναστερίδη και η ντουταστερίδη λαμβάνεται σε μορφή ταμπλέτας από το στόμα μία φορά την ημέρα. Μπορεί να επιφέρει συρρίκνωση του προστάτη και πολλοί άνδρες διαπιστώνουν βελτίωση στα συμπτώματα της ούρησης. Αν και είναι πιθανό να υπάρξουν σημάδια βελτίωσης στην αρχική περίοδο χρήσης του φαρμάκου, το μέγεθος του προστάτη μειώνεται μετά από περίπου έξι μήνες θεραπείας.¹⁷

Τα φάρμακα αυτά μειώνουν την πιθανότητα να χρειαστεί χειρουργική επέμβαση. Πιθανές παρενέργειες περιλαμβάνουν την στυτική δυσλειτουργία, μειωμένη σεξουαλική επιθυμία και μείωση της ποσότητας του σπέρματος κατά την εκσπερμάτιση.¹⁷

ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Η φαρμακευτική αντιμετώπιση στηρίζεται στη χορήγηση των αναστολέων της 5^α ρεδοουκτάσης: φιναστερίδη (αναστολέας του δεύτερου ισοενζύμου) και ντουταστερίδη (αναστολέας και των δύο ισοενζύμων), αλλά και των αδρενεργικών αναστολέων: τεραζοσίνη, δοξαζοσίνη, αλφουζοσίνη, και ταμσουλοσίνη.^{13,14}

Η φιναστερίδη συνοδεύεται από βελτίωση των συμπτωμάτων κατά 15% και βελτίωση της ροής των ούρων κατά 1,3-1,6 sec . Η βελτίωση στην ποιότητα ζωής διαπιστώθηκε με τη χρήση του ΒΠ , ενώ αμφισβητήθηκε κατά τη σύγκριση της με την τεραζοσίνη. Οι διαφορές αυτές αποδίδονται κατά κύριο λόγο στο μεγάλο χρονικό διάστημα που απαιτείται για τη διαπίστωση της δράσης της φιναστερίδης (6-12 μήνες) και στο γεγονός ότι σε προστάτες μεγέθους μικρότερου από 40gr η αποτελεσματικότητα της μειώνεται. Η χορήγηση της φιναστερίδης συνοδεύεται από σεξουαλικές διαταραχές (στυτική δυσλειτουργία, μείωση επιθυμίας και διαταραχές εκσπερμάτισης) σε ποσοστό 15% με αρνητική επίπτωση στην ποιότητα ζωής των ασθενών. Ανάλογα είναι και τα πρώτα αποτελέσματα των μελετών με ντουταστερίδη.^{14,15}

Οι α-αδρενεργικοί αναστολείς συνοδεύονται από βελτίωση των συμπτωμάτων κατά 20-50% και βελτίωση της ροής των ούρων κατά 20-30% . Δεν φαίνεται να υπάρχουν ουσιαστικές διαφορές, όσον αφορά την αποτελεσματικότητα, μεταξύ των διαφόρων α-αναστολέων. Η χορήγηση της τεραζοσίνης και της δοξαζοσίνης συνοδεύεται από περισσότερες ανεπιθύμητες ενέργειες κυρίως όσον αφορά την πτώση της αρτηριακής πίεσεως ενώ η νεότερη ταμσουλοσίνη συνοδεύεται από υψηλότερα ποσοστά παλίνδρομης εκσπερμάτισης. Για την αξιολόγηση της επίπτωσης των μεταβολών αυτών στην ποιότητα ζωής των ασθενών χρησιμοποιήθηκαν διάφορα ειδικά ερωτηματολόγια. Παρά το γεγονός ότι μεθοδολογία που ακολουθήθηκε δεν είναι κοινή, παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική βελτίωση σε διάφορες παραμέτρους της ποιότητας ζωής. Η ταχύτατη βελτίωση των συμπτωμάτων εντός ολίγων ημερών καθιέρωσε τους α-αναστολείς στη θεραπευτική αντιμετώπιση της καλοήθους υπερπλασίας ακόμα και σε συνδυασμό με φιναστερίδη.^{15,17}

Για την καλύτερη κατανόηση της επίπτωσης των διαφόρων φαρμάκων στην ποιότητα ζωής έγινε μια προσπάθεια συγκριτικής παρουσίασης των μελετών που

χρησιμοποίησαν παρόμοια μεθοδολογία. Η γενική παρατήρηση που προέκυψε είναι ότι οι ασθενείς με πιο σοβαρά συμπτώματα παρουσίαζαν 5 φορές μεγαλύτερη βελτίωση σε σχέση με τους ασθενείς με πιο ύπια συμπτώματα. Επίσης τα ποσοστά της βελτίωσης από το εικονικό φάρμακο διέφεραν σημαντικά. Για το λόγο αυτό, μία τεχνική που μπορεί να χρησιμοποιηθεί είναι η αφαίρεση από το ποσοστό βελτίωσης του υπό μελέτη φαρμάκου, το ποσοστό βελτίωσης του εικονικού φαρμάκου. Με βάση την αρχή αυτή παρουσιάζονται στον πίνακα αποτελέσματα από τις διάφορες μελέτες. Από τη μελέτη του πίνακα αυτού φαίνεται ότι οι α -αναστολείς υπερτερούν της φιναστερίδης στη βελτίωση της ποιότητας ζωής.^{13,14}

Πίνακας 4. Βελτίωση (%) στην ποιότητα ζωής μετά τη Θεραπευτική χορήγηση φιναστερίδης ή α -αναστολέων αφού αφαιρέθηκε η βελτίωση από το εικονικό φάρμακο

Εκτίμηση των ασθενών για τη Θεραπευτική αγωγή		Βαθμολογία		BPH Impact Index (BII)	
Φάρμακο	%	Φάρμακο	%	Φάρμακο	%
Φιναστερίδη [36]	5	Φιναστερίδη [36]	1	Φιναστερίδη [36]	0
Φιναστερίδη [26]	9	Φιναστερίδη [24]	3	Φιναστερίδη [26]	3
Ταμσουλοσίνη [22]	9	Φιναστερίδη [24]	4	Φιναστερίδη [25]	4
Φιναστερίδη [25]	12	Δοξαζοσίνη [37]	6	Τεραζοσίνη [36]	5
Αλφουζοσίνη [6]	12	Δοξαζοσίνη [33]	6	Τεραζοσίνη + Φιναστερίδη [36]	9
Φιναστερίδη [24]	13	Δοξαζοσίνη [34]	8	Τεραζοσίνη [35]	10
Φιναστερίδη [24]	14	Τεραζοσίνη [36]	9		
Τεραζοσίνη [36]	22	Τεραζοσίνη + Φιναστερίδη [36]	10		
Τεραζοσίνη + Φιναστερίδη [36]	26	Τεραζοσίνη [35]	11		

Η αποτελεσματικότητα των α -αναστολέων υπολείπεται σαφώς τις διουρηθρικής προστατευτικής όπως δείχθηκε σε μια συγκριτική μελέτη με τη χρήση του DAN-PSS-1.

Ανασκοπώντας τη διεθνή βιβλιογραφία διαπιστώνουμε ότι υπάρχει πληθώρα μελετών που αναφέρονται στην αποτελεσματικότητα, άλλα κυρίως στην ασφάλεια των α -αναστολέων τόσο στους νεότερους όσο και στους γηραιότερους ασθενείς όπου μάλιστα φαίνεται ότι η ευεργετική επίδραση των φαρμάκων αυτών (τεραζοσίνη) πάνω στη ροή των ούρων και στα αποφρακτικού και ερεθιστικού τύπου συμπτώματα δεν επηρεάζεται από την ηλικία. Η ασφάλεια κατέχει τον πρώτο λόγο ιδίως ηλικιωμένους ασθενείς και έπονται οι

ευεργετικές επιδράσεις των φαρμάκων αυτών πάνω στα συμπτώματα της υπερπλασίας του προστάτη. 13,14,16

Παλαιότερες μελέτες(12) έδειχναν ότι πολλές φορές η κλινική με βελτίωση των συμπτωμάτων από τη χρήση των α1-αναστολέων (τεραζοσίνη) αντισταθμιζόταν από την έντονη εμφάνιση ανεπιθύμητων καταστάσεων (όπως ορθοστατική υπόταση, ζάλη, ίλιγγος, κεφαλαλγία,κ.λ.π.) πράγμα το οποίο μάλλον φάνηκε να ξεπερνιέται με την εμφάνιση των υπερεκλεκτικών α1Α-αναστολέων του συμπαθητικού (ταμσουλοσίνη). Οι ανεπιθύμητες δράσεις των α1-αναστολέων οφείλονται κυρίως στην συστηματική αγγειοδιαστολή που μπορούν να προκαλούν με αποτέλεσμα την εμφάνιση υποτασικών επεισοδίων και όλων εκείνων των δυσάρεστων καταστάσεων που προέρχονται από αυτή.

Η ανακάλυψη των υπέρ εκλεκτικών α1Α-αναστολέων με τη δράση της τοπικά στους α1Α- υποδοχείς του αυχένα της κύστης της προστατικής ουρήθρας, αναφέρετε ότι μπορούν να περιορίσουν το πρόβλημα των συστηματικών αυτών αντιδράσεων.

Επίσης άλλες μελέτες δείχνουν ότι οι α1-αναστολείς μπορούν να δοθούν με ασφάλεια και στους νορμοτασικούς αλλά και στους υπερτασικούς που ήδη βρίσκονται από αντιυπερτασική αγωγή και μάλιστα ότι δεν ισχύει απόλυτα η γνωστή αντένδειξη συγχορήγησης των α1- αναστολέων με τους αναστολείς των δίαυλων ασβεστίου.

Τα δικά μας αποτελέσματα έδειξαν ότι οι α1-αναστολείς του συμπαθητικού (τεραζοσίνη- ταμσουλοσίνη),είναι αποτελεσματικοί και στους υπερήλικες ασθενείς με συμπτωματολογία καλοήθους υπερπλασίας προστάτη, αλλά παράλληλα παρέχουν και την απαιτούμενη ασφάλεια σε αυτή την ευαίσθητη ομάδα ασθενών με τα ποικίλα προβλήματα υγείας και τους διάφορους συνδυασμούς φαρμάκων που λαμβάνουν.

Πρέπει να ειπωθεί όμως ότι ο μικρός αριθμός των ασθενών, η έλλειψη ομάδος μαρτύρων, και πιθανώς η έλλειψη μεθοδολογικών και στατιστικών στοιχείων περιορίζουν ίσως την γενίκευση των συμπερασμάτων μας.(έρευνα σελ.)

-Τα παυσίπονα προστατεύουν από την καλοήγη υπερπλασία προστάτη (ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 6)

B. ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Ποιοι ασθενείς χρειάζεται να ακολουθήσουν χειρουργική θεραπεία;

Οι περισσότεροι ασθενείς ζητούν φαρμακευτική αγωγή για την αντιμετώπιση του προβλήματος. Όντως υπάρχουν περιστατικά που μπορούν να αντιμετωπιστούν με φάρμακα αλλά όχι όλα. Η χειρουργική αντιμετώπιση συνιστάται ανάλογα με τη συμπτωματολογία και όχι με το μέγεθος του προστάτη.

Διουρηθρική χειρουργική επέμβαση

Η διουρηθρική χειρουργική επέμβαση θεωρείται η καλύτερη θεραπεία για την καλοήγη υπερπλασία του προστάτη. Οι περισσότερες επεμβάσεις για υπερπλασία του προστάτη γίνονται με την διουρηθρική χειρουργική επέμβαση.14,20

Με την επέμβαση αυτή αφαιρούνται ιστοί από το εσωτερικό του προστάτη με την χρήση του ηλεκτροτόμου. Πρόκειται για ένα μακρύ και λεπτό όργανο που περνάει μέσα από την ουρήθρα για να φτάσει στην κύστη. Στην άκρη του υπάρχει μια μικρή θηλή που κόβει τους ιστούς του προστάτη και κλείνει τα αιμοφόρα αγγεία με ηλεκτρικό ρεύμα. Τα κομμάτια των ιστών που κόβονται συσσωρεύονται στην κύστη και απομακρύνονται με πλύσεις μέσω του ηλεκτροτόμου. Οι ιστοί που αφαιρούνται στέλνονται στο εργαστήριο για να γίνει βιοψία για καρκίνο του προστάτη. Η διαδικασία αυτή γίνεται με γενική ή ραχιαία αναισθησία.14,20

Μετά την ολοκλήρωση της επέμβασης, τοποθετείται ένας καθετήρας μέσω της ουρήθρας στην κύστη για να αποφευχθεί η δημιουργία θρόμβων αίματος. Ο καθετήρας παραμένει εκεί για 1-3 μέρες. Μετά την αφαίρεση του καθετήρα οι περισσότεροι άνδρες βιώνουν για περίπου 12-24 ώρες επιτακτική ανάγκη ούρησης. Συχνά χρειάζεται η παραμονή στο νοσοκομείο για 1-2 μέρες. Οι περισσότεροι άνδρες αισθάνονται ελάχιστο ή καθόλου πόνο μετά την επέμβαση και η πλήρης ανάρρωση συνήθως επιτυγχάνεται σε τρεις εβδομάδες. 14

Η μείωση των συμπτωμάτων είναι εμφανής αμέσως μετά από την επέμβαση και είναι μεγαλύτερη σε όσους είχαν έντονα συμπτώματα. Σημαντική βελτίωση υπάρχει στο 93% των ανδρών με έντονα συμπτώματα και στο 80% των ανδρών με μέτριας έντασης συμπτώματα- η βελτίωση είναι μεγαλύτερη από αυτή που επιτυγχάνεται με την φαρμακευτική αγωγή ή την προσεκτική παρακολούθηση. Επίσης, πάνω από το 95% των ανδρών που υποβάλλονται σε διουρηθρική επέμβαση δεν θα χρειαστεί περαιτέρω θεραπεία τα επόμενα 5 χρόνια.14,15,20

Ανοιχτή προστατεκτομή

Η ανοικτή προστατεκτομή είναι η θεραπεία επιλογής όταν ο προστάτης έχει μεγαλώσει τόσο (περισσότερο από 80-100 γρ) ώστε να μην επιτρέπει να εφαρμοστεί η διουρηθρική επέμβαση με ασφάλεια. Υπάρχουν δύο ήδη ανοικτής προστατεκτομής: διακυστική και οπισθοβική. Και στις δύο περιπτώσεις γίνεται μια τομή που εκτείνεται από τον ομφαλό έως το εφηβαίο. Στην διακυστική προστατεκτομή γίνεται τομή στην κύστη και αφαιρείται το προστατικό αδένωμα. Στην οπισθοβική, το προστατικό αδένωμα αφαιρείται χωρίς να ανοιχτεί η κύστη. Και οι δύο διαδικασίες γίνονται με γενική ή ραχιαία αναισθησία. Όπως και στη διουρηθρική επέμβαση, οι ιστοί πηγαίνουν στο εργαστήριο για να γίνει βιοψία για καρκίνο του προστάτη. 20

Μετά από την διακυστική προστατεκτομή, τοποθετείται καθετήρας στην κύστη για 7 μέρες. Μετά από την οπισθοβική προστατεκτομή, τοποθετείται ένας καθετήρας στην κύστη μέσω της ουρήθρας και παραμένει εκεί για 5 ημέρες. Η παραμονή στο νοσοκομείο (είναι περίπου 5-7 μέρες) και η περίοδος ανάρρωσης (είναι 4-6 εβδομάδες) είναι μεγαλύτερη συγκριτικά με την διουρηθρική χειρουργική επέμβαση.14,20

Όπως η διουρηθρική χειρουργική επέμβαση, έτσι και η ανοικτή προστατεκτομή, είναι αποτελεσματική μέθοδος για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της καλοήθους υπερπλασίας του προστάτη. Η ανοικτή προστατεκτομή προτιμάται όταν ο άνδρας είναι υγιής και ο προστάτης πολύ μεγάλος. 14,20,26

Οι χειρουργικές μέθοδοι αντιμετώπισης της υπερπλασίας του προστάτη περιλαμβάνουν την διουρηθρική προστατεκτομή (TURP), την ανοικτή προστατεκτομή που εφαρμόζεται σε μεγάλους προστάτες και την διατομή του προστάτη (TUIP) που εφαρμόζεται κυρίως σε μικρούς προστάτες με απουσία μέσου λοβού. Αναμφισβήτητα πρόκειται για τις αποτελεσματικότερες μεθόδους αντιμετώπισης της καλοήθους υπερπλασίας του προστάτη που συνοδεύονται από βελτίωση των συμπτωμάτων κατά 70% και βελτίωση της μέγιστης ροής ούρησης κατά 115-150%. Πρόκειται όμως για επεμβατικές μεθόδους που απαιτούν αναισθησία και νοσηλεία και συνοδεύονται και από τις περισσότερες επιπλοκές. Με την εξαίρεση των απόλυτων ενδείξεων (υποτροπιάζουσα επίσχεση, ουρολοιμώξεις, μεγάλη αιματοουρία, λιθίαση της κύστης, νεφρική ανεπάρκεια) το κυριότερο κριτήριο επιλογής από τους ασθενείς μιας χειρουργικής μεθόδου είναι η αποτυχία της φαρμακευτικής αγωγής ή μιας ελάχιστα επεμβατικής μεθόδου ενώ συνήθως μόνο οι ασθενείς με πολύ έντονα συμπτώματα καταφεύγουν εξ αρχής στη χειρουργική αντιμετώπιση.^{4,14,20}

Οι TURP αποτελεί τη θεραπευτική μέθοδο με την οποία συγκρίνονται όλες οι άλλες. Όπως αναφέρθηκε προηγουμένως η TURP υπερτερεί τόσο σε αποτελεσματικότητα όσο και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών.

ΕΛΑΧΙΣΤΑ ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ

Οι ελάχιστα επεμβατικές μέθοδοι αντιμετώπισης της καλοήθους υπερπλασίας του προστάτη περιλαμβάνουν την θερμοθεραπεία του προστάτη (TUMP), την διουρηθρική με βελόνα (TUNA), την laser προστατεκτομή και τη χρήση υπερήχων υψηλής ισχύος (HIFU). Το κύριο πλεονέκτημά τους είναι η δυνατότητα εφαρμογής τους ακόμα και σε εξωτερικούς ασθενείς ενώ οι επιπλοκές είναι σπάνιες. Οι TUMP έχει υποστεί πολλές τεχνικές βελτίωσης και σήμερα χρησιμοποιούνται γενικά 2 θεραπευτικά πρωτόκολλα ανάλογα με την ισχύ των μικροκυμάτων που εφαρμόζονται: χαμηλής και υψηλής ισχύος. Τα υψηλής ισχύος πρωτόκολλα χαρακτηρίζονται από μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα αλλά συνοδεύονται και από περισσότερες επιπλοκές. Πρόκειται για μια αποτελεσματική μέθοδο που συνοδεύεται από βελτίωση της μέγιστης ροής των ούρων κατά 35-50% με διάρκεια ανταπόκρισης από 1-5 χρόνια με αντίστοιχη μείωση της βαθμολογίας των συμπτωμάτων. Η εφαρμογή μεθόδου συνοδεύεται και από βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών. Απαραίτητη είναι όμως η επιλογή των ασθενών καθώς απαιτείται το μέγεθος του προστάτη να κυμαίνεται μεταξύ 35-150mg, η υπερπλασία να αφορά κυρίως τους πλάγιους λοβούς, να μην υπάρχει δυσλειτουργία του εξωστήρα και η βαθμολογία συμπτωμάτων στο IPSS να είναι μεγαλύτερη από 12.^{3,4,5,}

Τα συγκριτικά δεδομένα με τις άλλες καθιερωμένες θεραπευτικές μεθόδους δείχνουν ότι η TUMP φαίνεται να υπερτερεί της χορήγησης των α-αναστολέων ενώ υπολείπεται της TURP. Η TUMP συνοδεύτηκε από μείωση της βαθμολογίας συμπτωμάτων κατά 50% ενώ η χορήγηση των α-αναστολέων κατά 33%. Βελτίωση της ροής μεγαλύτερη από 50% παρατηρήθηκε στο 65% και το 10% των ασθενών αντίστοιχα, το ποσοστό αποτυχίας μετά 18 μήνες ήταν μεγαλύτερο στους α-αναστολείς αλλά οι μεταβολές στην ποιότητα ζωής των ασθενών ήταν παρόμοιες. Τα αποτελέσματα αυτά πρέπει να αξιολογηθούν με προσοχή και να επιβεβαιωθούν και από άλλες μελέτες καθώς οι ασθενείς που υποβάλλονται σε TUMP είναι συνήθως επιλεγμένοι σε σχέση με τους ασθενείς στους οποίους χορηγούνται α-αναστολείς. Η TUMP μπορεί να αποτελέσει εναλλακτική μέθοδο αντιμετώπισης ακόμα και της οξείας επίσχεσης ουρών. Σε μια άλλη μελέτη παρατηρήθηκε βελτίωση των συμπτωμάτων κατά 68% με την TUMP ενώ η βελτίωση μετά την TURP ήταν 78%.^{3,13,26}

Η TUNA είναι μια μέθοδος που χαρακτηρίζεται κυρίως από την ουσιαστική απουσία επιπλοκών. Είναι αποτελεσματική σε επιλεγμένους ασθενείς καθώς συνοδεύεται από βελτίωση των συμπτωμάτων κατά 40-70% και της ροής κατά 26-121%. Δεν υπάρχουν όμως δεδομένα που να δείχνουν μείωση του μεγέθους του προστάτη μετά την TUNA ενώ η βελτίωση των ουροδυναμικών παραμέτρων και της ποιότητας ζωής συγκριτικά με την TURP είναι σαφώς μικρότερη.^{3,14}

Η laser προστατεκτομή είναι μια αποτελεσματική μέθοδος σε ασθενείς με μέγεθος προστάτη μικρότερο από 100gr, σε ασθενείς με αντιπηκτική αγωγή ή αιμορραγική διάθεση και σε ασθενείς που επιθυμούν να διατηρήσουν την εκσπερμάτιση. Συνοδεύεται από βελτίωση τόσο των ουροδυναμικών παραμέτρων (βελτίωση ροής έως και 50%) όσο και της ποιότητας ζωής των ασθενών. Έτσι μπορεί να αποτελέσει μια εναλλακτική θεραπευτική μέθοδο σε επιλεγμένους ασθενείς. Ένα από τα προβλήματα εκτίμησης της αποτελεσματικότητας είναι η απαραίτητη αναμονή μέχρι την υποχώρηση των ερεθιστικών συμπτωμάτων. ^{3,5,13}

Η HIFU είναι μια μέθοδος που βρίσκεται σε διαρκή εξέλιξη με λίγες μελέτες στη βιβλιογραφία. Τα μέχρι σήμερα δεδομένα δείχνουν βελτίωση της ροής των ούρων κατά 40-50% και των συμπτωμάτων κατά 50-60%. Η διάρκεια της βελτίωσης όμως είναι σχετικά περιορισμένη με ποσοστό αποτυχίας 10% σε κάθε χρόνο. Σε μια μόνο μελέτη φαίνεται ότι συνοδεύεται και από βελτίωση της ποιότητας ζωής.³

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον έχει η συγκριτική παρουσίαση της αποτελεσματικότητας των μεθόδων αυτών με τη διουρηθρική προστατεκτομή σε ομάδες ασθενών με ανάλογα χαρακτηριστικά. Από τον πίνακα αυτόφαινετα ότι ενώ όλες οι μέθοδοι συνοδεύονται από βελτίωση των συμπτωμάτων και της ποιότητας ζωής, η βελτίωση αυτή δε συνοδεύεται και από στατιστικά σημαντική μεταβολή της ροής των ούρων και το υπολειπόμενου σε όλες τις περιπτώσεις ενώ η ικανοποίηση των ασθενών από τη διουρηθρική προστατεκτομή είναι σαφέστατα μεγαλύτερη. Η εξέλιξη όμως των νεότερων θεραπευτικών μεθόδων έχει μειώσει αν όχι εξαλείψει τις διαφορές αυτές όπως δείχνει και μια συγκριτική μελέτη μεταξύ της διουρηθρικής προστατεκτομής, της laser προστατεκτομής (contact laser) και της ηλεκτροεξάχνωσης ^{3,20}

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΩΝ ΜΕΘΟΔΩΝ-ΣΥΓΚΡΙΣΗ

Τα τελευταία χρόνια δόθηκε ιδιαίτερη σημασία στην ανακούφιση των συμπτωμάτων ασθενών με ΚΥΠ και στην ικανοποίηση τους όπως καθορίζεται από τα ερωτηματολόγια βαθμολογίας των συμπτωμάτων και της ποιότητας ζωής καθώς αυτό επιζητούν και αξιολογούν οι ασθενείς. Για να είναι δυνατή η συγκριτική αξιολόγηση των διαφόρων θεραπευτικών μεθόδων για την αντιμετώπιση της ΚΥΠ πρέπει οι διάφορες μελέτες να χρησιμοποιούν κοινά κριτήρια. Με την τυποποίηση των κριτηρίων εισόδου και αποκλεισμού των ασθενών από τις διάφορες μελέτες αλλά και των κριτηρίων αξιολόγησης, θα καταστεί δυνατή η άμεση σύγκριση της αποτελεσματικότητας των διαφόρων θεραπευτικών μεθόδων που θα επιτρέψει την επιλογή της καταλληλότερης θεραπευτικής μεθόδου για κάθε ασθενή ξεχωριστά.

ΕΙΣΑΓΩΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Η ΚΥΠ συνοδεύεται από συμπτώματα από το κατώτερο ουροποιητικό που διακρίνονται σε ερεθιστικού και αποφρακτικού τύπου καθώς και από επιπλοκές όπως είναι η επίσχεση των ούρων και οι ουρολοιμώξεις. Για την αντιμετώπιση τους χρησιμοποιείται σήμερα μια πληθώρα θεραπευτικών μεθόδων. Οι μέθοδοι αυτοί περιλαμβάνουν τη φαρμακευτική αγωγή με αναστολείς της 5^α-ρεδουκτάσης και α-αδρενεργικούς αναστολείς, τις παραδοσιακές χειρουργικές μεθόδους με την διουρηθρική και την ανοιχτή προστατεκτομή και τις ελάχιστα επεμβατικές μεθόδους που περιλαμβάνουν την θερμοθεραπεία (TUMT), την TUNA, τα laser, τη χρήση υπερήχων (HIFU). Η πληθώρα των διαθέσιμων θεραπευτικών μεθόδων καθιστά απαραίτητη την αξιολόγηση τους με σκοπό την εφαρμογή της καταλληλότερης μεθόδου σε κάθε ασθενή ξεχωριστά.

Τα αποτελέσματα των διάφορων μελετών στη διεθνή βιβλιογραφία για κάθε θεραπευτική μέθοδο δείχνουν ότι όλες συνοδεύονται από καλά αποτελέσματα. Η αξιολόγηση των μελετών παραδοσιακά βασίζεται στην ανάλυση των αποτελεσμάτων σε

σύγκριση με εικονικό φάρμακο ή μέθοδο (plasebo) με σκοπό τη διαπίστωση στατιστικά σημαντικών διαφορών όσον αφορά την υποχώρηση των συμπτωμάτων, τη μείωση του όγκου του προστάτη, τη βελτίωση της ροής των ούρων και τις παραμέτρους από τις μελέτες πίεσης-ροής. Πραγματικά σχεδόν κάθε μέθοδος συνοδεύεται από στατιστικά σημαντική βελτίωση των διαφόρων παραμέτρων. Αυτό που έχει όμως πραγματική σημασία για τον ασθενή είναι η κλινική βελτίωση. Έτσι γενικά μια βελτίωση στη ροή των ούρων κατά 4-6 ml/sec, μια μείωση του υπολειπομένου κατά 50% ή μια μείωση του συνολικού αριθμού ουρήσεων κατά 30% μπορεί να συνοδεύονται από αντίστοιχη κλινική βελτίωση σε έναν ασθενή αλλά η σημασία τους μπορεί να είναι μικρότερη ή αμελητέα σε κάποιον άλλον. Για το λόγο αυτό την τελευταία δεκαετία στις διάφορες μελέτες προστέθηκε και η αξιολόγηση των μεταβολών στην ποιότητα ζωής των ασθενών με σκοπό την ουσιαστική εκτίμηση της αποτελεσματικότητας κάθε θεραπείας στην καθημερινή ζωή του ασθενή.^{5,8,14,15}

Μέθοδοι αξιολόγησης των αποτελεσμάτων από την εφαρμογή των θεραπευτικών μεθόδων

Η άποψη κάθε ασθενή για τα συμπτώματα του είναι μια υποκειμενική παράμετρος. Η χρήση διαφόρων ερωτηματολογίων έχει σκοπό την προσπάθεια κατανόησης αυτής της υποκειμενικής εκτίμησης και την αντικειμενική καταγραφή του προβλήματος σε κλίμακες καλύπτοντας όλους τους τομείς με το ελάχιστο δυνατό λάθος.^{3,23}

Τα αποτελέσματα από την κάθε θεραπευτική μέθοδο διακρίνονται σε άμεσα και έμμεσα. Τα άμεσα αποτελέσματα είναι αυτά που ο ασθενής μπορεί να αισθανθεί και τον ενδιαφέρουν, όπως είναι η βελτίωση των συμπτωμάτων, η ενόχληση από τα συμπτώματα και η ποιότητα ζωής. Τα έμμεσα αποτελέσματα όπως είναι το μέγεθος του προστάτη, η ροή των ούρων, το υπολειπόμενο ή οι παράμετροι από τις μελέτες πίεσης-ροής δεν μπορούν να γίνουν αισθητά από τους ίδιους τους ασθενείς. Για πολλά χρόνια γίνονταν προσπάθεια αξιολόγησης των θεραπευτικών μεθόδων με βάση τα έμμεσα αποτελέσματα. Έτσι η προστατεκτομή (διουρηθρική ή ανοικτή) που συνοδεύεται κατά τεκμήριο από μεγαλύτερη

βελτίωση σε καθεμία από τις ανωτέρω παραμέτρους αποτέλεσε τη «χρυσή» περίοδο με βάση την οποία συγκρίνεται κάθε άλλη.^{3,23,26}

Κάθε προσπάθεια αντιμετώπισης μιας πάθησης με βάση την εκτίμηση των έμμεσων μόνο αποτελεσμάτων είναι καταδικασμένη να αποτύχει καθώς δεν ενδιαφέρει ουσιαστικά τους ασθενείς . Για παράδειγμα η βελτίωση της ροής των ούρων δεν έχει καμία σημασία για τον ασθενή αν δεν συνοδεύεται από βελτίωση των συμπτωμάτων του ή μείωση του βαθμού ενόχλησης από αυτά. Είναι ιδιαίτερα σημαντικό το γεγονός ότι όταν ζητήθηκε από τους ασθενείς να αξιολογήσουν τα πιθανά αποτελέσματα από την αντιμετώπιση της καλοήθους υπερπλασίας του προστάτη, η σημαντικότερη παράμετρος ήταν η βελτίωση των συμπτωμάτων. Αυτό βέβαια δεν σημαίνει ότι τα έμμεσα αποτελέσματα δεν πρέπει

να αξιολογούνται στις διάφορες κλινικές μελέτες. Παραμένουν ιδιαίτερα σημαντικά εργαλεία για τον επιστημονικό κόσμο και πρέπει να εξετάζεται η συσχέτισή τους με τα άμεσα αποτελέσματα. Οι ουροδυναμικές μεταβολές μετά την διουρηθρική προστατεκτομή συνοδεύονται από ανάλογη βελτίωση των συμπτωμάτων και της ποιότητας ζωής.^{3,20}

Ο λόγος για τον οποίο οι ασθενείς προσέρχονται για εξέταση είναι η ανακούφιση από τα συμπτώματα και πολύ σπανιότερα για την αντιμετώπιση επιπλοκών όπως η επίσχεση των ούρων, οι ουρολοιμώξεις, η αιματουρία, ή η νεφρική ανεπάρκεια. Είναι χαρακτηριστικό ότι το 90% των διουρηθρικών προστατεκτομών στις ΗΠΑ γίνονται για το σκοπό αυτό. Οι εκτίμηση της βελτίωσης των συμπτωμάτων στην κλινική πράξη μετά από την εφαρμογή κάποιας θεραπευτικής μεθόδου γίνεται συνήθως από μια γενική ερώτηση από το γιατρό προς τον ασθενή όπως: «Συνολικά τα συμπτώματα βελτιώθηκαν, έμειναν αμετάβλητα ή επιδεινώθηκαν;». Φυσικά η απάντηση του ασθενή σε μία τέτοια ερώτηση είναι σημαντική αλλά πρέπει να ληφθούν υπόψη διάφοροι παράγοντες που μπορεί να επηρεάσουν την απάντηση. Συνήθως οι απαντήσεις είναι καλύτερες όταν δίνονται προσωπικά στον θεράποντα γιατρό σε σχέση με το αν δοθούν με ένα απρόσωπο ερωτηματολόγιο που τους έχει δώσει μια νοσηλεύτρια ή αν ο γιατρός που κάνει την εκτίμηση δεν είναι ο θεράπων. Παρά το γεγονός ότι σε μελέτες μετά από διουρηθρική προστατεκτομή παρατηρήθηκε γενικά συμφωνία στην εκτίμηση των συμπτωμάτων από

τους γιατρούς και τους ασθενείς, δεν είναι απίθανο οι γιατροί να εκτιμούν σε υψηλότερο βαθμό την ποιότητα ζωής των ασθενών από ότι οι ίδιοι. Δυστυχώς όμως πάλι η κατάσταση δεν είναι ξεκάθαρη καθώς η χρήση μόνο μιας γενικής ερώτησης δεν αξιολογεί τα συμπτώματα προ της εφαρμογής της μεθόδου. Έτσι συνήθως οι ασθενείς που έχουν εντονότερα συμπτώματα υποβάλλονται σε διουρηθρική προστατεκτομή. Οι ασθενείς που υποβάλλονται σε επεμβατικές μεθόδους έχουν την τάση να αισθάνονται μεγαλύτερη βελτίωση.^{3,13,14}

Για να αντιμετωπιστούν τα ανωτέρω προβλήματα αναπτύχθηκαν διάφορα ερωτηματολόγια «αναφέρονται και ως εργαλεία» που αξιολογούν όχι μόνο τη βελτίωση των συμπτωμάτων αλλά εκτιμούν και την ποιότητα ζωής των ασθενών. Το πρώτο ερωτηματολόγιο εκτίμησης της ποιότητας ζωής δημοσιεύθηκε το 1988 άλλα σχετικά ευρεία εφαρμογή των σχετικών ερωτηματολογίων άρχισε το 1993 μετά την υιοθέτηση του IPSS που περιλαμβάνει 7 ερωτήσεις εκτίμησης των συμπτωμάτων(τις ίδιες με το AUA Symptom Score) και μια επιπλέον γενική ερώτηση εκτίμησης της ποιότητας ζωής. Άλλα ερωτηματολόγια είναι το BPH Impact Index (BII), Boyarski Symptom and brother Score, Symptom Problem Index(SPI), Urolife Scale, BPH Health- Related QOL Survey και το Danish Prostate Symptom Score (DAN-PSS-1). Τα ερωτηματολόγια αυτά έχουν υποστεί την απαραίτητη αξιολόγηση(με την εξαίρεση του Boyarski Symptom and brother Score) που έδειξε την αξιοπιστία και την επαναληψιμότητα τους. Ιδιαίτερα το IPSS έχει αξιολογηθεί στις περισσότερες γλώσσες και η εφαρμογή του είναι ιδιαίτερα διαδεδομένη χωρίς όμως να στερείται περιορισμών. Η παρουσία συμπτωμάτων από το κατώτερο ουροποιητικό συνοδεύεται από σαφώς αρνητική επίπτωση στη γενική ποιότητα ζωής των ασθενών που είναι τόσο μεγαλύτερη όσο πιο έντονα είναι τα συμπτώματα. Κυριότερα σημεία αρνητικής επίπτωσης της πάθησης στη γενική ποιότητα ζωής είναι η διαταραχή του ύπνου λόγω της νυχτουρίας και η ανησυχία για την επίπτωση της νόσου στη σεξουαλική δραστηριότητα και στην εγκράτεια των ούρων.^{3,24,26}

Πίνακας 2. Μεταβολή στη συνολική βαθμολογία των IPSS μετά Θεραπευτική αγωγή ανάλογα με την υποκειμενική εκτίμηση των ασθενών

Υποκειμενική εκτίμηση	Μέση μεταβολή στο IPSS βελτίωσης
Αξιοσημείωτη	-8,8±0,34
Μέτρια	-5,1±0,29
Μικρή	-3,0±0,27
Καμία	-0,7±2,31
Επιδείνωση	+2,7±0,93

Τα δεδομένα από την ανάλυση των αποτελεσμάτων των ερωτηματολογίων αυτών είναι ιδιαίτερα ενδιαφέροντα. Η μέση μεταβολή στη βαθμολογία του IPSS που μπορεί να γίνει αντιληπτή από τους ασθενείς είναι 3 βαθμοί (Πιν.2). Αυτό σημαίνει ότι μικρότερες μεταβολές στη συνολική βαθμολογία δεν μπορούν αξιολογηθούν. Η συνολική βαθμολογία διαχωρίζει επίσης τους ασθενείς σε κατηγορίες βαρύτητας των συμπτωμάτων: 0-7 βαθμοί χαρακτηρίζουν τα συμπτώματα ήπια, 8-19 βαθμοί μέσης βαρύτητας και 20-35 ως μεγάλης βαρύτητας. Η βαθμολογία αυτή είναι βέβαια σχετική και σε καμία περίπτωση δεν σημαίνει ότι ένας ασθενής με επτά βαθμούς διαφέρει σημαντικά από έναν ασθενή με οχτώ βαθμούς. Η μόνη πραγματικά κλινική χρησιμότητα του διαχωρισμού αυτού είναι το γεγονός ότι ένας ασθενής με ήπια συμπτώματα σπάνια ενοχλείται αρκετά ώστε να αναζητήσει ιατρική βοήθεια. Ο βαθμός ενόχλησης των ασθενών παίζει σημαντικό ρόλο στην επιλογή της θεραπευτικής μεθόδου. Οι ασθενείς είναι όλο και καλύτερα ενημερωμένοι και συμμετέχουν περισσότερο ενεργά στην επιλογή θεραπευτικής μεθόδου. Πράγματι φαίνεται ότι οι ασθενείς που επιζητούν φαρμακευτική αγωγή έχουν μέσης ή μεγάλης βαρύτητας συμπτώματα αλλά όχι τόσο πολύ ώστε να επιζητήσουν επεμβατική μέθοδο. Σε μία μελέτη οι ασθενείς που τυχαιοποιήθηκαν σε παρακολούθηση ή διουρηθρική προστατεκτομή διαπιστώθηκε ότι ο βαθμός ενόχλησης από τα συμπτώματα ήταν ο μόνος ουσιαστικά προγνωστικός παράγοντας επιλογής της επέμβασης από τους ίδιους.^{3,4,14}

Από τα δεδομένα αυτά γίνεται σαφές ότι ο κύριος παράγοντας που καθορίζει την επιτυχία της θεραπευτικής αγωγής είναι η εκτίμηση της μεταβολής των συμπτωμάτων του ασθενή, του βαθμού ενόχλησης και τις επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής. Όλες οι σύγχρονες κλινικές μελέτες περιλαμβάνουν κάποιο ερωτηματολόγιο εκτίμησης των παραγόντων αυτών χωρίς να περιορίζονται στην κλασική βελτίωση της μέγιστης ροής

των ούρων στην ουροροομετρία ή την βελτίωση των παραμέτρων στις μελέτες πίεσης-ροής.³

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΩΝ ΜΕΘΟΔΩΝ

Κατά τη διάρκεια της τελευταίας δεκαετίας πολλές νέες θεραπευτικές μέθοδοι αντιμετώπισης της καλοήθους υπερπλασίας του προστάτη προστέθηκαν στις κλασικές χειρουργικές μεθόδους. Η φαρμακευτική αντιμετώπιση αλλά κι οι ελάχιστα επεμβατικές μέθοδοι προσέφεραν νέες θεραπευτικές δυνατότητες αλλά δυσκόλεψαν ακόμα την επιλογή της καταλληλότερης μεθόδου καθώς δεν είναι εύκολη συγκριτική αξιολόγησή τους. ^{3,5,15}

ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ (WATCHFUL WAITING) ΚΑΙ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΕΙΚΟΝΙΚΟΥ ΦΑΡΜΑΚΟΥ(PLACEBO)

Στις θεραπευτικές μεθόδους συμπεριλαμβάνεται η παρακολούθηση και η χορήγηση εικονικού φαρμάκου(placebo). Σχεδόν όλες οι μελέτες χορήγησης εικονικού φαρμάκου δείχνουν μια υψηλή αποτελεσματικότητα που χαρακτηρίζεται από 30-40% μείωση των συμπτωμάτων ενώ βέβαια δεν συνοδεύεται από επιπλοκές. Το υψηλό ποσοστό διατηρείται για 4-6 μήνες, στη συνέχεια προοδευτικά υποχωρεί αλλά κάποια βελτοίωση παραμένει ακόμα και μετά από 12 μήνες. Ο κυριότερος λόγος εγκατάλειψης της παρακολούθησης και επιλογής της διουρηθρικής προστατεκτομής ήταν ο βαθμός ενόχλησης από τα συμπτώματα. Τα δεδομένα αυτά δείχνουν ότι μια μέθοδος που συνοδεύεται από βελτίωση των συμπτωμάτων κατά 30-40% πρέπει να θεωρείται αναποτελεσματική ενώ ουσιαστικά επιβάλλουν τη χρησιμοποίηση του εικονικού φαρμάκου σε κάθε νέα προοπτική και τυχαίοποιημένη μελέτη. Η απλή παρακολούθηση μπορεί να συνοδεύεται από βελτίωση των συμπτωμάτων στο 42% των ασθενών. Στο 32% τα συμπτώματα θα επιδεινωθούν ενώ στο υπόλοιπο 26% παραμένουν αμετάβλητα. Ανάλογα αποτελέσματα έδειξαν και άλλες

μελέτες με 3 και 5 χρόνια παρακολούθησης αντίστοιχα. Στην πρώτη, στο 17% των ασθενών παρουσιάζεται επιδείνωσή των συμπτωμάτων μετά 3 χρόνια. Στη δεύτερή το 32% παραμένει βελτιωμένο, το 51% αμετάβλητο και το 16% παρουσιάζει επιδείνωση μετά 5 χρόνια. Βελτίωση στην ποιότητα ζωής αναμένεται επίσης σε υψηλά ποσοστά που φτάνουν το 55%. 3,16,22

ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΓΙΑ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΚΑΙ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Μια θεραπευτική μέθοδος συνοδεύεται από επιτυχία όταν αντιμετωπίζει το πρόβλημα του ασθενή. Έτσι απαιτείται να γίνει κατάλληλη αξιολόγηση της κάθε θεραπευτικής μεθόδου. Η αξιολόγηση πρέπει να βασίζεται κυρίως στην ανακούφιση των συμπτωμάτων του ασθενή και την ικανοποίησή του από την εφαρμογή της όπως καθορίζεται από τα ερωτηματολόγια βαθμολογίας των συμπτωμάτων και της ποιότητας ζωής και όχι μόνο στις έμμεσες παραμέτρους (ροή ούρων, παράμετροι πίεσης – ροής). Φυσικά η εφαρμογή κάθε θεραπευτικής μεθόδου δεν μπορεί να γίνεται σε κάθε ασθενή ανεξαιρέτως αλλά πρέπει να αναζητείται ο κατάλληλος ασθενής σε κάθε μέθοδο. Οι προσδοκίες κάθε ασθενή από τη θεραπευτική αντιμετώπιση παίζουν καθοριστικό ρόλο η μεγάλη βελτίωση των συμπτωμάτων από μια επεμβατική μέθοδο δεν συνοδεύεται πάντα κι από ικανοποίηση του ασθενή. Πολλοί ασθενείς είναι πιθανό να επιλέξουν μια μέθοδο που συνοδεύεται από μικρότερη ανακούφιση από τα συμπτώματα αλλά και από λιγότερες επιπλοκές 3,5,15

Για να είναι δυνατή η συγκριτική αξιολόγηση των διαφόρων θεραπευτικών μεθόδων για την αντιμετώπιση της καλοήθους υπερπλασίας του προστάτη πρέπει να χρησιμοποιούνται κοινά κριτήρια στις διάφορες μελέτες. Οι ασθενείς με συμπτώματα από το κατώτερο ουροποιητικό αποτελούν μια πολύ μεγάλη και ανομοιογενή ομάδα με διαφορετική βαρύτητα συμπτωμάτων και ενόχληση από αυτά αλλά και διαφορετικές τιμές στη ροή των ούρων. Τα κριτήρια εισαγωγής των ασθενών στις μελέτες δεν είναι κοινά και επομένως είναι πολύ δύσκολο να υπάρχουν συγκριτικά αποτελέσματα. Η αξιολόγηση των αποτελεσμάτων μιας θεραπευτικής μεθόδου πρέπει να γίνεται με βάση παραμέτρους εισαγωγής των ασθενών στη μελέτη. Η αξιολόγηση των άμεσων αποτελεσμάτων (βαθμολογίες συμπτωμάτων, ποιότητα ζωής) είναι απαραίτητη καθώς αυτά είναι τα μόνα που τελικά αντιλαμβάνεται ο ασθενής. Τα έμμεσα αποτελέσματα πρέπει να συνεχίσουν να καταγράφονται τόσο για επιστημονικούς σκοπούς όσο και για να σχετιστούν, αν είναι δυνατόν, με τα άμεσα αποτελέσματα.4,13,14

Με την τυποποίηση των κριτηρίων εισόδου και αποκλεισμού των ασθενών από τις διάφορες μελέτες αλλά και των κριτηρίων αξιολόγησης, θα καταστεί δυνατή η άμεση

σύγκριση της αποτελεσματικότητας των διαφόρων θεραπευτικών μεθόδων. Η συγκριτική αυτή αξιολόγηση θα βοηθήσει ασφαλώς τους ασθενείς να επιλέξουν την καταλληλότερη για αυτούς θεραπευτική μέθοδο με βάση τις προσωπικές τους επιλογές αλλά θα βοηθήσει επίσης και τους γιατρούς και τις υπηρεσίες υγείας για ένα καλό σχεδιασμό, όπως είναι η επιλογή μεταξύ δύο παρόμοιας αποτελεσματικότητας μεθόδων, αυτής που συνδέεται από λιγότερες επιπλοκές και είναι μικρότερου κόστους. 12,14

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

Είναι σημαντικό να γνωρίζουμε τους τρόπους θεραπείας και αντιμετώπισης του προβλήματος όπως αναφέρθηκαν στο προηγούμενο κεφαλαίο. Για να επιλέξουμε όμως τον τρόπο θεραπείας θα πρέπει να λαμβάνουμε υπ' όψη τη συχνότητα των συμπτωμάτων αλλά και τις πιθανές επιπλοκές που μπορεί να παρουσιαστούν όπως θα δούμε σ' αυτό το κεφάλαιο.

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΚΥΠ

Πολλά είναι τα προβλήματα που μπορούν να παρουσιαστούν σε κάποιο ασθενή με ΚΥΠ. Τα πιο συνηθισμένα είναι:

1. Κίνδυνοι λοίμωξης και σχηματισμού λίθων από στάση ούρων και υπολειμματικά ούρα
2. Κίνδυνοι καταστροφής νεφρικού παρεγχύματος
3. Αγωνία, φόβος (μεταβολές στο σχήμα ούρησης, διαγνωστικές εξετάσεις)
4. Ηλικιακά προβλήματα

Πολλές είναι και οι επιπλοκές που μπορεί να προκύψουν ξεκινώντας προεγχειρητικά όπως:

1. Εκκολπώματα κύστης
2. Λίθοι νεφρού- κύστης
3. Κυστίτιδα
4. Υδρονέφρωση
5. Νεφρική ανεπάρκεια
6. Πλήρης απόφραξη ουρήθρας (αδύνατη η εισαγωγή του καθετήρα. Απαραίτητη η υπερηβική κυστεοστομία)

Και συνεχίζοντας μετεγχειρητικά:

1. Αιμορραγία
2. Δηλητηρίαση με νερό, εξαιτίας της μεγάλης ποσότητας υγρών που χρησιμοποιούνται για την πλήση κατά την διουρηθρική εκτομή
3. Απόφραξη του κατώτερου αποχετευτικού ουροποιητικού συστήματος
4. Κυστίτιδα
5. Πυελονεφρίτιδα

6. Νεφρική ανεπάρκεια 19,27

Οι πιο συχνές επιπλοκές μετά την διουρηθρική επέμβαση περιλαμβάνουν αιμορραγία, ουρολοιμώξεις, και επίσχεση ούρων. Μακρόχρονες επιπλοκές αφορούν στυτική δυσλειτουργία, παλίνδρομη εκσπερμάτιση και ακράτεια ούρων. Ωστόσο, δύο μελέτες που χρησιμοποίησαν τυχαιοποιημένο δείγμα έδειξαν ότι σε άνδρες με έντονα συμπτώματα, οι πιθανότητες εμφάνισης στυτικής δυσλειτουργίας και ακράτειας ούρων είναι ίδιες είτε έχουν υποβληθεί σε διουρηθρική χειρουργική επέμβαση, είτε βρίσκονται σε απλή παρακολούθηση. Το ποσοστό θανάτου μετά από διουρηθρική επέμβαση είναι ελάχιστο (0.1%). 19,27

Οι πιο συχνές επιπλοκές αμέσως μετά την ανοικτή προστατεκτομή είναι η αιμορραγία (ίσως χρειαστεί μετάγγιση), και μόλυνση της πληγής (συνήθως επιφανειακή). Όταν πρόκειται να υποβληθεί ένας άνδρας σε ανοικτή προστατεκτομή, μπορεί να δώσει αίμα πριν την εγχείρηση για την περίπτωση που χρειαστεί να γίνει μετάγγιση κατά την διάρκεια ή μετά την επέμβαση. 19,27

Πιο σοβαρές επιπλοκές της ανοικτής προστατεκτομής, αν και σπάνιες, είναι η καρδιακή προσβολή, πνευμονία, και πνευμονική εμβολή. Ασκήσεις αναπνοής, κινήσεις των ποδιών στο κρεβάτι και το περπάτημα μπορούν να μειώσουν τις πιθανότητες να συμβούν οι επιπλοκές αυτές. Μακρόχρονες επιπλοκές όπως η στυτική δυσλειτουργία, ακράτεια ούρων και καθυστερημένη εκσπερμάτωση είναι λίγο πιο συχνές στην ανοικτή προστατεκτομή από ότι στην διουρηθρική χειρουργική επέμβαση. 19,27

ΜΕΡΟΣ Β΄

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΑΜΒΑΣΕΙΣ(ΠΡΟΛΗΨΗ – ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ)

Η νοσηλευτική φροντίδα αρρώστων με παθήσεις του ουροποιητικού συστήματος είναι έργο μεγάλης ευθύνης. Ο νοσηλευτής που παρέχει αυτή τη φροντίδα πρέπει να είναι εφοδιασμένος με πολλές γνώσεις και επαρκή εμπειρία στην παθολογική και χειρουργική νοσηλευτική, θα πρέπει να παρατηρεί, να ξέρει καλά τον σκοπό και την τεχνική των διαφόρων δοκιμασιών, όπως τον τύπο του δείγματος που χρειάζεται σε κάθε περίπτωση, τον τρόπο συλλογής, τοποθετήσεις, φύλαξης και διατήρησης του, τη φαρμακευτική και διαιτητική αγωγή του άρρωστου, τη σημασία της- με σχολαστική ακρίβεια- μέτρησης των προσλαμβανομένων και αποβαλλομένων υγρών και του βάρους του σώματός του άρρωστου. Ο νοσηλευτής μπορεί να χρειαστεί να αντιμετωπίσει διάφορες ψυχολογικές διαταραχές του άρρωστου, που δυνατόν να οφείλονται σε οργανική ή συγκινησιακή αιτία. Μπορεί να δοκιμαστούν οι ικανότητες του για κλινική παρατήρηση εξαιτίας της ποικιλίας σημείων και συμπτωμάτων, που μπορεί να παρουσιάσει ο άρρωστος, και εξαιτίας του γεγονότος ότι αυτά μπορεί να αντανakλούν τη συμμετοχή οποιουδήποτε οργάνου ή συστήματος του Οργανισμού .27

Θα πρέπει επίσης να γνωρίζει τις αρχές εφαρμογής καθετήρα (για να μην προκαλέσει τραυματισμό) και θα πρέπει να έχει την ιδιότητα να εκτιμά σωστά την ισοροπία υγρών και ηλεκτρολυτών και την διατήρηση επαρκούς αποβολής ούρων (για να προλάβει τοιχών επιπλοκές του ουροποιητικού).27

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΡΡΩΣΤΟΥ(προεγχειρητικά-μετεγχειρητικά)

Η καλοήθης υπερπλασία του προστάτη πρέπει να αντιμετωπίζεται αποτελεσματικά και όχι με επιπολαιότητα γιατί δημιουργεί προβλήματα στον ασθενή μπορεί να μην απειλεί την ζωή του αλλά εγκυμονεί σοβαρούς κινδύνους για τη γενικότερη υγεία του. Όταν τα ούρα δεν εξωθούνται πλήρως από την κύστη συσσωρεύονται σιγά σιγά και αυτή η συσσώρευση πέραν του ότι μπορεί να προκαλέσει ουρολοιμώξεις, πέτρες, εκκολπώματα κτλ. Μπορεί αυτή η συσσώρευση και η διάταση να επεκταθεί και στους νεφρούς οι οποίοι με τον καιρό σε ένα παραμελημένο προστάτη να καταλήξουν σε νεφρική ανεπάρκεια. Γι' αυτό γίνετε λόγος για έγκαιρη διάγνωση.19,27

Τα συμπτώματα της ΚΥΠ μειώνουν την ποιότητα ζωής του ασθενούς σε μεγάλο βαθμό. Περιορίζουν την κοινωνικότητα του. Οι άντρες αυτοί περιορίζουν σε πολύ μεγαλύτερο ποσοστό τη λήψη υγρών πριν από ταξίδι, περιορίζουν τη λήψη υγρών πριν τον ύπνο, εμφανίζουν αδυναμία οδήγησης για 2 ώρες συνεχώς, δεν κοιμούνται αρκετά, αποφεύγουν να πηγαίνουν σε μέρη χωρίς τουαλέτα, αποφεύγουν τα υπαίθρια αθλήματα, αποφεύγουν το θέατρο, κινηματογράφο, εκκλησία κ.λ.π.19,27

Από χειρουργική αντιμετώπιση της καλοήθους υπερπλασίας μπορεί να δημιουργηθούν προβλήματα στην εκσπερμάτιση όπως παλίνδρομη εκσπερμάτιση μέσα στην κύστη, χωρίς όμως να υπάρχουν άλλα προβλήματα ο ασθενής παρουσιάζει καλή στύση με ικανότητα οργασμού.16

Ένας ασθενής που έχει υποβληθεί σε ριζική προστατεκτομή πριν την έξοδο του από το νοσοκομείο θα πρέπει να ελέγχει τον πόνο του, να μην εμφανίζει σημεία και συμπτώματα επιπλοκών, να γνωρίζει και να είναι ικανός να εκτελεί την αναγκαία περιποίηση του ουροκαθετήρα και του συστήματος παροχέτευσης. Να γνωρίζει τρόπους για την αντιμετώπιση της ακράτειας ούρων ή ακόμη και κοπράνων εάν εμφανιστεί. Να αναγνωρίζει σημεία και συμπτώματα που πρέπει να αναφέρει στο γιατρό και να κατανοήσει την σπουδαιότητα της εξωνοσοκομειακής αγωγής και να την ακολουθεί όπως επίσης την φαρμακευτική αγωγή, την περιποίηση του τραύματος τις οδηγίες της επιτρεπόμενης δραστηριότητας και της μελλοντικής θεραπευτικής αγωγής. Να ενθαρρύνεται στο να μοιράζεται τα αισθήματα και τις ανησυχίες του.16,27

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Στο 1^ο μέρος αναφέρθηκαν στοιχεία για την πάθηση, τρόποι θεραπείας και αντιμετώπισης όπως και επιπλοκές που μπορεί να προκληθούν. Στο 2^ο μέρος θα αναπτυχθούν οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις και η νοσηλευτική προσέγγιση στο θέμα. Αυτά τα προγράμματα φροντίδας εστιάζονται σε ασθενείς που θα υποβληθούν σε κάποια χειρουργική επέμβαση. Τα προγράμματα αυτά ενώ έχουν κάποια βασικά βήματα ποτέ δεν είναι δεδομένα, προσαρμόζονται πάντα σύμφωνα με τις ανάγκες του κάθε ασθενή, αντιμετωπίζουν τον άρρωστο σαν βιοψυχοκοινωνική οντότητα και προσπαθούν να τον προετοιμάσουν σωματικά και ψυχολογικά για την επέμβαση(προεγχειρητική φροντίδα) και για την αντιμετώπιση των επιπλοκών μετά από αυτήν(μετεγχειρητική φροντίδα).

ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Πριν από την επέμβαση ο άρρωστος πρέπει να προετοιμαστεί ψυχολογικά, να εκφράσει τα συναισθήματα του και τις σκέψεις του σχετικά με την επέμβαση και τα αναμενόμενα αποτελέσματα της. Να καταλάβει τη συνήθη διαδικασία της προεγχειρητικής και μετεγχειρητικής φροντίδας και το τι θα πρέπει να αναμένει όσον αφορά την αίσθηση μετά το χειρουργείο. Να δείξει ότι είναι ικανός για τις δραστηριότητες που θα ακολουθήσουν για την αποφυγή μετεγχειρητικών επιπλοκών.16,19,27

ΠΙΘΑΝΕΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΔΙΑΓΝΩΣΕΙΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΟΥ ΘΑ ΥΠΟΒΛΗΘΟΥΝ ΣΕ ΚΑΠΟΙΟΥ ΕΙΔΟΥΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΠΕΜΒΑΣΗ

Σε αυτό το σημείο αξίζει να αναφερθεί ένα πλάνο γενικευμένων νοσηλευτικών διαγνώσεων χειρουργημένων ασθενών. Θα μας βοηθούσε να αντιληφθούμε τα προβλήματα που αντιμετωπίζει ο ασθενής προεγχειρητικά και τις δυσκολίες της μετεγχειρητικής φάσης. Θα μπορούσαμε να πούμε ότι υπάρχει ένας κορμός νοσηλευτικών διαγνώσεων, γενικός για όλους τους χειρουργημένους ασθενείς, ο οποίος μεταβάλλεται ανάλογα με το είδος της επέμβασης, το σημείο επέμβασης, τις ανάγκες και την προσωπικότητα του νοσηλευόμενου ασθενή.16,19

ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΔΙΑΓΝΩΣΕΙΣ

1. Άγχος για την αλλαγή του περιβάλλοντος και γενικότερα για αυτά που πρόκειται να αντιμετωπίσει.
2. Διαταραχές ύπνου λόγω αλλαγής περιβάλλοντος
3. Θλίψη για τις αναμενόμενες εξελίξεις
4. Έλλειμμα γνώσεων, άγνοια για τις διαδικασίες της επέμβασης19

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΕΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΛΟΗΘΗ ΥΠΕΡΠΛΑΣΙΑ ΠΡΟΣΤΑΤΗ

Το πρόγραμμα της νοσηλευτικής διεργασίας εστιάζεται στην έγκαιρη αντιμετώπιση πιθανών προβλημάτων που μπορεί να παρουσιαστούν σε έναν νοσηλευόμενο ασθενή. Στην περίπτωση της ΚΥΠ οι επιπλοκές θα είναι σχετικές με το ουροποιητικό σύστημα την ψυχολογική του κατάσταση σχετικά με την νοσηλεία του και την επιλογή της θεραπείας που θα πρέπει να υποβληθεί.

ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΔΙΑΓΝΩΣΕΙΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ 1

Έλλειμμα γνώσεων σχετικά με τις συνήθειες νοσηλευτικές εργασίες που σχετίζονται με την εγχείρηση, την προετοιμασία για τη διουρηθρική προστατεκτομή, την αίσθηση που έχει ο ασθενής συνήθως μετά το χειρουργείο και την αναισθησία και τη μετεγχειρητική αγωγή.¹⁹

ΑΝΑΜΕΝΟΜΕΝΟ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ

Ο ασθενής κατανοεί τη συνήθη προεγχειρητική και μετεγχειρητική αγωγή (ο άρρωστος θα εκφράσει λεκτικά ότι κατάλαβε τη προεγχειρητική και τη μετεγχειρητική φροντίδα καθώς και ότι θα πρέπει να περιμένει όσον αφορά την αίσθηση μετά το χειρουργείο και την αναισθησία)^{16,19}

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ/ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

1. Δώστε πληροφορίες σχετικά με τη συνηθισμένη προεγχειρητική ρουτίνα της επέμβασης στην οποία πρόκειται να υποβληθεί (π.χ. εξετάσεις αίματος, ηλεκτροκαρδιογράφημα, γενική ούρων, ακτινογραφία Θώρακα, τοποθέτηση ουροκαθετήρα και/ή ρινογαστρικού καθετήρα, προετοιμασία του εντέρου και του δέρματος, αφαίρεση προσθετικών εξαρτημάτων).¹⁹
2. Δώστε πληροφορίες σχετικά με:
 - A. Τον προγραμματισμένο χρόνο και την υπολογιζόμενη διάρκεια της χειρουργικής επέμβασης
 - B. Τον περιορισμό σε τροφή και υγρά προεγχειρητικά
 - Γ. Την προεγχειρητική φαρμακευτική αγωγή
 - Δ. Τη θέση του σώματος στο χειρουργικό τραπέζι
 - E. Τις αίθουσες προνάρκωσης και ανάνηψης (π.χ. Το σκοπό τους και τον υπολογιζόμενο χρόνο παραμονής σ' αυτές)¹⁹
 - Στ. Το τι αισθάνεται συνήθως κανείς από την χειρουργική επέμβαση και τη νάρκωση.
3. Τονίστε τη διδασκαλία και τις πληροφορίες που δόθηκαν από τον αναισθησιολόγο και τον χειρουργό.²⁷
4. Πληροφορήστε τον άρρωστο για τη μετεγχειρητική φροντίδα:
 - A . Τα εξαρτήματα (π.χ. Γάζες, ενδοφλέβιες γραμμές, σωλήνες παροχέτευσης, όργανα έλξης, ελαστικές κάλτσες ή επιδέσμους, κάλτσα ή μπότες με διακοπτόμενη πίεση αέρας)
 - B . Τους περιορισμούς στη δραστηριότητα και τα αναμενόμενα αποτελέσματα
 - Γ . Τις τροποποιήσεις στη δίαιτα
 - Δ .τις πιθανές θεραπευτικές παρεμβάσεις (π.χ. Αναπνευστική φροντίδα αντιμετώπιση κυκλοφοριακού, περιποίηση τραύματος) και την αναμενόμενη

συχνότητα εφαρμογής αυτών

E. Τις μετρήσεις (π.χ. Προσλαμβανόμενα και αποβαλλόμενα, ακρόαση πνευμόνων, ζωτικά σημεία, νευρολογικές εξετάσεις, εντερικοί ήχοι και την αναμενόμενη συχνότητα πραγματοποίησης των μετρήσεων

Στ. Τη φαρμακευτική αγωγή (π.χ. Αντιεμετικά, αναλγητικά, αντιβιοτικά)

Z. Τις μεθόδους ελέγχου του πόνου (π.χ. Θέση σώματος, φαρμακευτική αγωγή, διαδερμική ηλεκτρική διέγερση νεύρων, ασκήσεις προοδευτικής χαλάρωσης, αναλγησία ελεγχόμενη από τον άρρωστο)19,27

5. Δώστε πρόσθετες πληροφορίες σχετικά με την αγωγή μετά από διουρηθρική προστατεκτομή: εξηγήστε στον ασθενή ότι συνήθως επιβάλλεται κατάκλιση για 6-18 ώρες μετά την εγχείρηση, στη συνέχεια η δραστηριότητα αυξάνει βαθμιαία (το επίπεδο της επιτρεπόμενης δραστηριότητας εξαρτάται από την προτίμηση του ιατρού, το μέγεθος της εκτομής και τη μετεγχειρητική αιμορραγία που εμφανίζει ο ασθενής) εξηγήστε ότι ο ουροκαθετήρας θα παραμείνει για 24-72 ώρες μετά την εγχείρηση (συνήθως τοποθετείται διουρηθρικός καθετήρας με 3 αυλούς [π.χ. Καθετήρας 3-way-foley] έτσι ώστε ταυτόχρονα με την αποβολή ούρων να είναι δυνατή η έγχυση διαλύματος εκπλύσεως της κύστης εάν χρειάζεται) περιγράψτε στον ασθενή τη διαδικασία και τη λογική των πλύσεων της κύστης, εξηγήστε του ότι μπορεί να εφαρμοστεί έλξη στον καθετήρα επί 4-6 ώρες μετεγχειρητικά και στη συνέχεια αν χρειαστεί, ώστε να ασκείται πίεση με το μπαλόνι τον καθετήρα στο σημείο της εγχείρησης για τον έλεγχο της αιμορραγίας (η έλξη επιτυγχάνεται με το τράβηγμα του καθετήρα προς τα κάτω και τη σταθεροποίησή του στο πόδι τού ασθενούς ώστε να παραμένει υπό τάση)16,19,27

6. Εξηγήστε ότι πρέπει να αναμένονται τα κάτωθι:

A. Ερυθρά χροιά ούρων που βαθμιαία παρέρχεται (συνήθως το χρώμα των ούρων αλλάζει από έντονο ερυθρό σε ροδόχροο εντός 24-36 ωρών και σε κίτρινο εντός 72 ωρών) συχνά όμως γίνεται παροδικά περισσότερο ερυθρό όταν αυξάνεται η σωματική δραστηριότητα16

B. Λίγα πήγματα αίματος στα ούρα

Γ. Μικρή ποσότητα αιματηρής ροής από την ουρήθρα

Δ. Περιγράψτε τα σημεία και συμπτώματα που μπορεί να είναι ενδεικτικά σπασμού της κύστης (π.χ. Διαφυγή ούρων γύρω από τον καθετήρα, αίσθημα έπειξης για ούρηση ή κένωση, πίεση στην κύστη) τονίστε ότι αυτά τα σημεία και συμπτώματα πρέπει να αναφέρονται στη νοσηλεύτρια έτσι ώστε να ελεγχθεί η βατότητα του καθετήρα και να χορηγηθούν φάρμακα για την ελάττωση της δυσφορίας 19

7. Εξηγήστε ότι μετά την αφαίρεση του καθετήρα:

A. Μπορεί να υπάρχει ελαφρό έως μέτριο αίσθημα καύσους κατά την ούρηση που αναμένεται να ελαττωθεί και να εξαλειφθεί εντός 1 ή 2 ημερών

B. Τα συμπτώματα κατά την ούρηση που υπήρχαν προεγχειρητικά (π.χ. Έπειξη, συχνότητα, δυσχέρεια, διαφυγή) μπορεί να υπάρχουν ακόμη ή και παροδικά να επιταθούν μετεγχειρητικά λόγω του μειωμένου μυϊκού τόνου της κύστης ή και λόγω τραύματος των ιστών κατά την εγχείρηση και από τον καθετήρα.27

Γ. Τονίστε τις εξηγήσεις του ιατρού σχετικά με τις συνέπειες της διουρηθρικής προστατεκτομής στη σεξουαλική λειτουργία (μετά την εγχείρηση, ο ασθενής συνήθως εμφανίζει παλίνδρομη εκσπερμάτωση ως αποτέλεσμα τραυματισμού του έσω σφιγκτήρα ή και λόγω διεύρυνσης του αυχένα της ουροδόχου κύστης. Η φυσιολογική λειτουργία της εκσπερμάτωσης συνήθως επανέρχεται εντός εβδομάδων ή μηνών).19

8. Διαθέστε χρόνο για τις ερωτήσεις και τις απορίες σχετικά με τις πληροφορίες που δώσατε.

A. Δείξτε στον άρρωστο τις δραστηριότητες που αναμένεται να τις εκτελεί μετεγχειρητικά. Αυτές μπορεί να περιλαμβάνουν:

α. Αποτελεσματικό βήχα και βαθιές αναπνοές

β. Σωστή χρήση του σπιρόμετρου με ορισμένο στόχο

γ. Ενεργητικές ασκήσεις άκρου ποδός και κάτω άκρου

δ. Σωστό τρόπο για την αλλαγή θέσης και αύξηση της δραστηριότητας (π.χ. Με αργή κίνηση, κρατώντας το σώμα σε σωστή ευθυγράμμιση χρησιμοποιώντας

σωστή μηχανική του σώματος, αναζητώντας βοήθεια εάν χρειαστεί).19

B. Δώστε στον ασθενή πρόσθετες οδηγίες για την πρόληψη επιπλοκών μετά από διουρηθρική προστατεκτομή:

A . Όταν επιτραπεί η λήψη υγρών από το στόμα μετά την εγχείρηση, να πίνει ο ασθενής ένα ποτήρι υγρών κάθε ώρα όσο είναι ξύπνιος, ώστε τα ούρα να μένουν αραιά (έτσι διατηρείται η βατότητα του καθετήρα και μειώνεται ο κίνδυνος ουρολοιμώξεως)

β . Να αποφεύγει δραστηριότητες που συνεπάγονται άσκηση υπερβολικής πίεσης στο σημείο της εγχείρησης (π.χ. Εργώδεις κενώσεις, προσπάθεια για ούρηση γύρω από τον καθετήρα, έντονος βήχας, τράβηγμα του καθετήρα, βάδιση ή καθιστή θέση για μακρό χρονικό διάστημα).

γ . Διαθέστε χρόνο για τις ερωτήσεις και την πρακτική εξάσκηση του ασθενούς.27

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ 2

Διαταραχές του ύπνου που οφείλονται σε:

A) Άγχος, φόβο, μειωμένη δραστηριότητα, ξένο περιβάλλον και δυσφορία λόγω των προβλημάτων που αντιμετωπίζει.¹⁹

B) Μεταβολές των σταδίων του ύπνου λόγω της ηλικίας που προκαλούν συχνές περιόδους αφυπνίσεως και αύξηση του ολικού χρόνου εγρήγορσης του ασθενούς.¹⁹

ANAMENOMENO ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ

Ο ασθενής δεν παρουσιάζει διαταραχές ύπνου, όπως φαίνεται, από την απουσία συχνών χασμουρητών, μαύρων κύκλων κάτω από τα μάτια και τρόμου χεριών. Σύμφωνα με τα λεγόμενα αισθάνεται ξεκούραστος και έχει καλό επίπεδο συνείδησης. ¹⁹

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ / ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Εκτιμήστε σημεία και συμπτώματα διαταραχών του ύπνου όπως πρόβλημα στην προσπάθεια του να κοιμηθεί, αίσθημα ανεπαρκούς ανάπαυσης, αποπροσανατολισμός, λήθαργος, ευερεθιστότητα, συχνά χασμουρητά, μαύροι κύκλοι κάτω από τα μάτια, ελαφρός τρόμος χεριών.²⁷

Προσδιορίστε τις συνήθειες ύπνου του ασθενούς και εφαρμόστε μέτρα για την διευκόλυνση του ύπνου:

1. Βοηθήστε τον ασθενή να προσδιορίσει το διάστημα της νύχτας κατά το οποίο κοιμάται καλύτερα και φροντίστε ώστε ο χρόνος του ύπνου να συμπίπτει με τους προηγούμενους ρυθμούς του όσο αυτό είναι δυνατόν.

2. Εξηγήστε του ότι δεν πρέπει να έχει μακρά διαστήματα ύπνου κατά τη διάρκεια της ημέρας εκτός εάν αντιλαμβάνεστε ότι υπάρχουν σημεία στέρησης ύπνου (πρέπει να έχετε υπ' όψην ότι στους ηλικιωμένους ίσως είναι αναγκαία μικρά διαστήματα ύπνου την ημέρα για να αντισταθμίσουν τον χαμένο χρόνο ύπνου τη νύχτα λόγω των συχνών αφυπνίσεων.)
3. Εφαρμόστε μέτρα για τη μείωση του φόβου και του άγχους
4. Ενημερώστε τον ασθενή για τις φυσιολογικές μεταβολές του ύπνου που συμβαίνουν με την πάροδο της ηλικίας με σκοπό να μειώσετε τις ανησυχίες του σχετικά με τα αναγκαία διαστήματα ύπνου για τη διατήρηση της υγείας του
5. Ενθαρρύνετε τη συμμετοχή του σε δραστηριότητες χαλάρωσης κατά το απόγευμα
6. Αποθαρρύνετε τη λήψη υγρών πλούσιων σε καφεΐνη (π.χ. Καφές, τσάι, ποτά τύπου cola), ιδιαίτερα το βράδυ
7. Προσφέρετε στον ασθενή κατά το βράδυ ένα μικρό έδεσμα πλούσιο σε πρωτεΐνη (π.χ. Τυρί, γάλα) εκτός εάν υπάρχει αντένδειξη
8. Επιτρέψτε στον ασθενή να συνεχίζει τις συνήθειές του πριν τον ύπνο (π.χ. Θέση, προετοιμασία πριν τον ύπνο, ανάγνωση) εφόσον είναι δυνατό
9. Ικανοποιήστε τις βασικές του ανάγκες (άνεση, θέρμανση) πριν τον ύπνο
10. Διατηρήστε ήσυχη και ήρεμη ατμόσφαιρα.
11. Εφαρμόστε τακτικές χαλάρωσης (ασκήσεις χαλάρωσης, μασάζ, απαλή μουσική) πριν τον ύπνο.
12. Αερίζετε καλά το χώρο
13. Εάν κριθεί απαραίτητο χορηγήστε ηρεμηστικά-υπνωτικά (πάντα με εντολή γιατρού) και με μεγάλη προσοχή διότι στον ηλικιωμένο ασθενή ο μεταβολισμός, η κατανομή και η αποβολή των φαρμάκων είναι συχνά διαταραγμένες

14. Για να συμπληρωθεί ένας κύκλος ύπνου απαιτούνται 80-100 λεπτά αδιάλειπτου ύπνου. Για να πραγματοποιηθεί αυτό εφαρμόστε μέτρα για τον περιορισμό διακοπής του ύπνου: α. Περιορίστε τις επισκέψεις και τις άσκοπες εισβολές στο θάλαμο. Β. Ρυθμίστε κατάλληλα τις ώρες νοσηλευτικής φροντίδας (περιποίηση , φάρμακα, εξετάσεις)όσο αυτό είναι εφικτό.
15. Συμβουλευτείτε το γιατρό εάν τα σημάδια στέρησης ύπνου επιμένουν ή επιδεινώνονται.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ 3

Κατακράτηση ούρων λόγω απόφραξης της ουρήθρας ή και του αυχένα της κύστης από το διογκωμένο προστάτη. Είτε απώλεια μυϊκού τόνου της κύστης λόγω υπερτροφίας του τοιχώματος της (καθώς αναπτύσσεται η υπερπλασία του προστάτη ο εξωστήρας μυς υπερτρέφεται προσπαθώντας να εξωθήσει τα ούρα μέσω του αυχένα της κύστης ή της ουρήθρας. Ο υπερτροφικός αυτός μυς έχει μικρή συσταλτικότητα)

ANAMENOMENO ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ

Ο ασθενής δεν εμφανίζει κατακράτηση ούρων όπως φαίνεται από την διακοπή παραπύων για αίσθημα πληρώσεως της κύστης, υπερηβική δυσφορία και απουσία διάτασης της κύστης, φυσιολογικό ισοζύγιο προσλαμβανομένων και αποβαλλομένων υγρών

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ / ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Προσδιορίστε το συνήθη τρόπο ούρησης του ασθενούς . Ελέγξτε για τυχόν σημεία και συμπτώματα κατακράτησης όπως :

1. Συχνή αποβολή μικρών ποσοτήτων (25-60 ml) ούρων
2. Παράπονα για αίσθημα πληρότητας της κύστης ή για υπερηβική δυσφορία
3. Διάταση της κύστης
4. Διαφυγή ούρων
5. Αποβαλλόμενα υγρά λιγότερα από τα προσλαμβανόμενα.

Εφαρμόστε μέτρα για την αντιμετώπιση της κατακράτησης ούρων εάν υπάρχει:

1. Τοποθετήστε ή βοηθήστε στην τοποθέτηση ενός ουροκαθετήρα σύμφωνα με τις εντολές (εάν η δίοδος του καθετήρα είναι δυσχερής λόγω απόφραξης της προστατικής ουρήθρας ή του αυχένα της κύστης μπορεί να απαιτηθεί η χρήση σκληρού καθετήρα με κατάλληλη γωνία)
2. Βοηθήστε στην τοποθέτηση υπερηβικού καθετήρα εάν η δίοδος διουρηθρικού καθετήρα είναι αδύνατη λόγω της απόφραξης.

εάν υπάρχει ουροκαθετήρας, εφαρμόστε μέτρα για την εξασφάλιση της βατότητάς του ώστε να προληφθεί η κατακράτηση ούρων:

1. Διατηρείτε τον σωλήνα χωρίς κάμψεις
2. Διατηρείτε τον σάκο συλλογής κάτω από το επίπεδο της κύστης
3. Σταθεροποιείτε τον καθετήρα στο κοιλιακό τοίχωμα ή το μηρό ώστε να προληφθεί τυχόν ακούσια μετατόπισή του.

Συμβουλευθείτε τον ιατρό εάν τα σημεία και συμπτώματα κατακράτησης ούρων επιμένουν παρά την εφαρμογή των παραπάνω μέτρων.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ 4

Αυξημένος κίνδυνος λοίμωξης που οφείλεται στην κατακράτηση ούρων λόγω της ατελούς κένωσης της κύστης και της στάσης των ούρων.

ΑΝΑΜΕΝΟΜΕΝΟ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ

Ο ασθενής δεν εμφανίζει συμπτώματα λοίμωξης όπως φαίνεται από την απουσία συμπτωμάτων.(απουσία πυρετού, ρίγους, φυσιολογικό όριο σφυγμών, φυσιολογικούς αναπνευστικούς ήχους, διαυγή ούρα χωρίς παράπονα για καύσος ή ενόχληση κατά την ούρηση, την απουσία πόνου, ερυθρότητας, ή οιδήματος σε κάποια περιοχή, φυσιολογικά επίπεδα λευκών αιμοσφαιρίων)

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ / ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Αξιολογήστε την κατάσταση του ασθενούς και αναφέρετε τυχόν σημεία λοίμωξης:

1. Ασυνήθηστη άνοδο της θερμοκρασίας (εχετε υποψη οτι η συνηθης θερμοκρασία στους ηλικιωμένους μπορεί να είναι κάτω των 37° C)
2. Ρίγη
3. Ταχυσφυγμία (ο ηλικιωμένος ασθενής ίσως δεν δείχνει την κλασική ταχυσφυγμία κατά τη λοίμωξη λόγω της ελαττώσεως της ανταπόκρισης του συμπαθητικού)
4. Παθολογικοί αναπνευστικοί ήχοι
5. Θολερά, δύσοσμα ούρα
6. Παράπονα για καύσος κατά την ούρηση
7. Παράπονα για αύξηση της συχνότητας και έπειξη προς ούρηση
8. Παρουσία στα ούρα λευκών αιμοσφαιρίων, μικροβίων
9. Καύσος, πόνος, ερυθρότητα, οίδημα σε κάποια περιοχή

10. Σύγχυση, έκπτωση επιπέδου συνείδησης

11. Αύξηση του αριθμού των λευκών αιμοσφαιρίων ή/και σημαντική μεταβολή στον τύπο τους.

Στείλτε δείγματα για καλλιέργειες με εντολή γιατρού (π.χ. Ούρα, πύελα, στοματικό επίχρισμα). Αναφέρατε θετικά αποτελέσματα. Εφαρμόστε μέτρα για την πρόληψη της λοίμωξης:

1. Χορηγήστε τουλάχιστον 1500-2000 ml υγρών την ημέρα εκτός εάν υπάρχει αντένδειξη
2. Πλύνετε καλά τα χέρια σας και ενθαρρύνετε τον ασθενή να κάνει το ίδιο
3. Διατηρήστε αυστηρά άσηπτες συνθήκες κατά τη διάρκεια όλων των επεμβατικών χειρισμών (π.χ. Καθετηριασμοί, παρακεντήσεις φλεβών και αρτηριών, ενέσεις)
4. Αλλάζετε τις συσκευές ορού, τους φλεβοκαθετήρες και διαλύματα και ζτ+ο, εναλλάσσετε τα σημεία παρακεντήσεως τακτικά
5. Αλλάζετε τακτικά τον εξοπλισμό και τα διαλύματα που λ χρησιμοποιούνται για την περιποίηση τραυμάτων και την έκπλυση σωλήνων
6. Προστατέψτε τον ασθενή από άλλα άτομα με λοίμωξη και συμβουλευτείτε τον να συνεχίσει το ίδιο και μετά την έξοδο από το , νοσοκομείο
7. Εφαρμόστε μέτρα διατήρησης επαρκούς επιπέδου θρέψης
8. Εφαρμόστε μέτρα πρόληψης ή αντιμετώπισης της κατακράτησης ούρων με σκοπό την πρόληψη της στάσης των ούρων
9. Εφαρμόστε μέτρα για την πρόληψη εισόδου των μικροοργανισμών στο ουροποιητικό (π.χ. Βοηθήστε τον ασθενή στην περιποίηση της περινεϊκής περιοχής, εφαρμόζετε αποστειρωμένες τεχνικές κατά τη διάρκεια καθετηριασμού της ουροφόρου οδού)
10. Συμβουλευτείτε τον ασθενή να υποβληθεί σε εμβολιασμούς έναντι της πνευμονοκοκκικής πνευμονίας, του τετάνου, της διφθερίτιδας και της γρίπης στα συνιστώμενα χρονικά διαστήματα.

(Νοσηλευτικές παρεμβάσεις 19,27)

ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Τα κριτήρια μετεγχειρητικής φροντίδας σχετίζονται με την αντιμετώπιση των επιπλοκών της εγχείρησης και επικεντρώνονται κυρίως στην ομαλή ανάρρωση του ασθενούς και την έξοδο του από το νοσοκομείο. Πριν την έξοδο ο άρρωστος θα πρέπει

1. Να ανέχεται την προτεινόμενη δίαιτα,
2. Να ανέχεται το αναμενόμενο επίπεδο δραστηριότητας,
3. Να μην πονάει
4. Να μην έχει σημεία και συμπτώματα επιπλοκών
5. Να γνωρίζει τρόπους αποφυγής της μετεγχειρητική λοίμωξης
6. Να έχει την ικανότητα να περιποιείται το χειρουργικό τραύμα
7. Να μπορεί να αναφέρει σημεία και συμπτώματα στο προσωπικό
8. Να μπορεί να εκφράζει τις σκέψεις του για την επέμβαση ,τη διάγνωση, την πρόγνωση και το θεραπευτικό σχήμα
9. Να κατανοεί την αναγκαιότητα της μετεγχειρητικής παρακολούθησης, και την σπουδαιότητα των ιατρικών οδηγιών^{19,27}

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΔΙΑΓΝΩΣΕΙΣ

1. Διάφορες διαταραχές στην αιμάτωση των ιστών, στην ισορροπία υγρών και ηλεκτρολυτών (έλλειμμα όγκου υγρών, περίσσεια όγκου υγρών ή δηλητηρίαση με νερό, υποκαλιαιμία, υπογλωραιμία, και μεταβολική αλκάλωση)
2. Διαταραχές θρέψης ανεπαρκής κάλυψη των αναγκών του σώματος , ξηρότητα στο βλεννογόνο του στόματος
3. Διαταραχή στη φυσιολογική κινητικότητα και στον ύπνο
4. Αναποτελεσματικός τρόπος αναπνοής και καθαρισμός των αεροφόρων οδών
5. Αυξημένος κίνδυνος για διαταραχή ακεραιότητας δέρματος , κίνδυνος για το τραύμα και κίνδυνος εισρόφησης
6. Αυξημένος κίνδυνος λοίμωξης : πνευμονία, μόλυνση τραύματος, ουρολοίμωξη
7. Δυσανεξία στην κόπωση, πόνος
8. Μειωμένη αυτοεξυπηρέτηση
9. Κατακράτηση ούρων, δυσκοιλιότητα
10. Ανησυχία : διάταση κοιλίας και πόνος από αέρια, ναυτία και εμετός, λόξυγκας
11. Άγχος – άγνοια – έλλειμμα γνώσεων¹⁹

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΙΤΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ 5

Κατακράτηση ούρων λόγω απόφραξης του ουροκαθετήρα.

ΑΝΑΜΕΝΟΜΕΝΟ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ

Ο ασθενής δεν παραπονιέται για δυσφορία στην υπερηβική χώρα ούτε για πλήρωση ή διάταση της κύστης. Το ισοζύγιο προσλαμβανομένων και αποβαλλομένων υγρών είναι σε φυσιολογικά όρια τις πρώτες 48 ώρες μετά την εγχείρηση.19

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ / ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Εφαρμόστε μέτρα με σκοπό την βατότητα του ουροκαθετήρα και την αποφυγή κατακράτησης ούρων:

α) διατηρήστε τον ουροσυλλέκτη σε χαμηλότερο επίπεδο από την κύστη για την ευκολότερη ροή των ούρων και την αποφυγή παλινδρόμησης .

β) φροντίστε να μην μετακινείται ακούσια ο ουροκαθετήρας (σταθεροποιήστε τον στο κοιλιακό τοίχωμα ή στο μηρό) για την αποφυγή τραυματισμού ή κάμψης του σωλήνα.

γ) προσπαθήστε να διατηρήσετε τους σωλήνες χωρίς κάμψεις για να μην παρεμποδίζεται η διαφυγή των ούρων.

δ) εφαρμόστε πλύσεις στην κύστη για την απομάκρυνση τυχών πηγμάτων αίματος γιατί μπορεί να προσκολληθούν στον καθετήρα (πάντα με εντολή γιατρού)

Αξιολογήστε και αναφέρεται τυχόν σημεία και συμπτώματα κατακράτησης ούρων όπως παράπονα για δυσφορία στην υπερηβική χώρα , διάταση κύστης, απουσία ούρων από τον ουροσυλλέκτη , αποβολή ούρων μικρότερη από τα προσλαμβανόμενα υγρά 48 ώρες μετά την εγχείρηση.

Εάν τα σημεία και τα συμπτώματα επιμένουν συμβουλευθείτε τον γιατρό.19,27

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ 6

Ο ασθενείς παρουσιάζει διαταραχές στην ούρηση (δυσχέρεια ούρησης μετά από αφαίρεση του ουροκαθετήρα που μπορεί να οφείλεται στην απώλεια του μυϊκού τόνου της κύστης λόγω υπερτροφίας του εξωστήρος μυός με την ανάπτυξη της καλοήθους υπερπλασίας του προστάτη και την υπερδιάταση της κύστης προεγχειρητικά, διέγερση των συμπαθητικών νεύρων της κύστης και των σφιγκτήρων λόγω του αισθήματος δυσφορίας τοπικά, του φόβου και του άγχους, απόφραξη της ουρήθρας και του αυχένα της κύστης από πύγματα αίματος ή από οίδημα που οφείλεται στο χειρουργικό τραύμα και σε ερεθισμό από τον ουροκαθετήρα, ιδιαίτερα εάν έχει εφαρμοστεί έλξη στον καθετήρα για τον έλεγχο της αιμορραγίας,)¹⁹

ANAMENOMENO ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ

Ο ασθενής δεν παραπονιέται για δυσφορία στην υπερηβική χώρα ούτε για πλήρωση ή διάταση της κύστης. Το ισοζύγιο προσλαμβανομένων και αποβαλλομένων υγρών είναι σε φυσιολογικά όρια τις πρώτες 48 ώρες μετά την εγχείρηση. Η ποσότητα των αποβαλλομένων ούρων σε αναμενόμενα διαστήματα μετά την αφαίρεση του ουροκαθετήρα είναι επαρκή.¹⁹

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ / ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Παρακολουθήστε σημεία και συμπτώματα κατακράτησης ούρων παρουσία του καθετήρα (π.χ. παράπονα για αίσθημα πλήρωσης της κύστης ή για υπερηβική δυσφορία, διάταση της κύστης, απουσία υγρού στο σωλήνα παροχέτευσης, αποβολή ούρων που συνεχίζει να είναι λιγότερη των προσλαμβανομένων υγρών 48 ώρες μετά την εγχείρηση)

Σημεία και συμπτώματα προοδευτικής στένωσης της ουρήθρας ή του αυχένα της κύστης μετά την αφαίρεση του καθετήρα (π.χ. παράπονα για μείωση της ακτίνας ούρησης, καταβολή προσπάθειας προς ούρηση και εντεινόμενη έπειξη)

Σημεία και συμπτώματα κατακράτησης ούρων μετά την αφαίρεση του καθετήρα όπως

παράπονα για αίσθημα πληρότητας της κύστης ή για υπερηβική δυσφορία, συχνή αποβολή μικρών ποσοτήτων ούρων [25-60 ml], διάταση της κύστης, αποβολή ποσότητας ούρων σταθερά λιγότερης των προσλαμβανομένων υγρών επί 48 ώρες μετά την εγχείρηση.^{19,27}

Για την πρόληψη κατακράτησης ούρων μετά την αφαίρεση του ουροκαθετήρα εφαρμόστε τα παρακάτω μέτρα:

1. Δώστε στον ασθενή δοχείο ούρων ή βοηθήστε τον να πηγαίνει στο μπάνιο κάθε 2-3 ώρες, αν υπάρχει ένδειξη
2. Συμβουλέψτε τον ασθενή να ουρεί με την πρώτη έπειξη (η κύστη είναι ακόμη υποτονική και μπορεί εύκολα να διαταθεί)
3. Εφαρμόστε μέτρα για τη διευκόλυνση της χαλάρωσης κατά την προσπάθεια προς ούρηση (π.χ. Εξασφαλίστε την απομόνωσή του, ενθαρρύνετε τον ασθενή να διαβάζει προς απόσπαση της προσοχής)
4. Εφαρμόστε μέτρα για την ύφεση της δυσφορίας
5. Εφαρμόστε μέτρα για τη δημιουργία ερεθισμάτων που μπορεί να βοηθήσουν στη διέγερση του αντανακλαστικού της ούρησης και τη διευκόλυνση της εκούσιας χάλωσης των περινεϊκών μυών και του έξω σφιγκτήρα (π.χ. Ροή νερού, τοποθέτηση των χειρών σε ζεστό νερό)
6. Επιτρέψτε στον ασθενή να λαμβάνει φυσιολογική θέση προς ούρηση εκτός εάν υπάρχει αντένδειξη.
7. Εάν εμφανιστούν σημεία και συμπτώματα κατακράτησης ούρων μετά την αφαίρεση του καθετήρα, συμβουλευθείτε τον ιατρό σχετικά με την ένδειξη διαλείπουσας τοποθέτησης καθετήρα ή επανατοποθέτησης καθετήρα.^{19,27}

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ 7

Ο ασθενής εμφανίζει διαταραχές στην ούρηση(ακράτεια ούρων) μετά την αφαίρεση του ουροκαθετήρα λόγω τραυματισμού των σφιγκτήρων κατά την εγχείρηση και της παρουσίας του καθετήρα. Επίσης ελάττωση της χωρητικότητας της κύστης εξαιτίας της συνεχούς αποσυμπίεσης της λόγω ύπαρξης του καθετήρα.27

ΑΝΑΜΕΝΟΜΕΝΟ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ

Ο ασθενής εμφανίζει έλεγχο της ούρησης 27

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ / ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Ελέγξτε για ακράτεια ούρων μετά την αφαίρεση του ουροκαθετήρα (ο καθετήρας συνήθως αφαιρείται 1-3 ημέρες μετά την εγχείρηση).

Εφαρμόστε μέτρα για τη διατήρηση του ελέγχου της ούρησης:

1.Εφαρμόστε μέτρα για την αποφυγή τραυματισμού των σφιγκτήρων όσο υπάρχει καθετήρας με σκοπό να μειωθεί ο κίνδυνος ακράτειας ούρων μετά την αφαίρεση του καθετήρα:

- a. Εάν η άσκηση έλξης στον καθετήρα είχε σκοπό τον έλεγχο αιμορραγίας, διακόψτε την μόλις επιτραπεί (η έλξη δεν πρέπει να διατηρείται πέρα των 4-6 ωρών χωρίς διακοπή της) ώστε να ελαττωθεί η πίεση και η πιθανή βλάβη του έσω σφιγκτήρα
- b. Σταθεροποιείτε τον καθετήρα στην κοιλία ή το μηρό ώστε να προληφθεί ακούσια μετακίνησή του19

2.Μετά την αφαίρεση του καθετήρα:

- a. Διατηρείτε το δοχείο ούρων πλησίον του ασθενούς και διευκολύνετε την πρόσβασή του στο λουτρό
- b. Επιτρέψτε στον ασθενή να λαμβάνει φυσιολογική θέση ούρησης εκτός εάν υπάρχει αντένδειξη, ώστε να διευκολύνεται η πλήρης κένωση της κύστης
- c. Συμβουλέψτε τον ασθενή να εκτελεί ασκήσεις περινέου (π.χ. Σύσπαση των γλουτών και χάλαση, διακοπή και επανέναρξη της ούρησης), με σκοπό την ενίσχυση των μυών του εδάφους της πυέλου
- d. Συμβουλέψτε τον ασθενή να περιορίσει την νυχτερινή λήψη υγρών για να μειωθούν οι πιθανότητες νυχτερινής ακράτειας και να μην καταναλώνει ροφήματα και ποτά που περιέχουν καφεΐνη (η καφεΐνη είναι ήπιο διουρητικό και μπορεί να δυσχεράνει τον έλεγχο της ούρησης
- e. Συμβουλέψτε τον ασθενή να κατανέμει εξίσου τα προσλαμβανόμενα υγρά σε όλη τη διάρκεια της ημέρας αντί να πίνει μεγάλες ποσότητες κάθε φορά (η ταχεία πλήρωση της κύστης μπορεί να προκαλέσει ακράτεια εάν ο ασθενής έχει μειωμένο τόνο του σφιγκτήρα).

3.Εάν η ακράτεια ούρων επιμένει, συμβουλευθείτε τον ιατρό σχετικά με την ανάγκη διαλείποντος καθετηριασμού, τοποθέτησης καθετήρα ή χρήσης εξωτερικού καθετήρα.19

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ 8

Ο ασθενής μπορεί να εμφανίζει ακράτεια ούρων.19

ΑΝΑΜΕΝΟΜΕΝΟ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ

Δεν πρέπει να εντοπίζεται ακούσια απώλεια ούρων. Ο ασθενής εμφανίζει έλεγχο της ούρησης

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ / ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

1. Αξιολογήστε και αναφέρεται στο γιατρό συμπτώματα ακράτειας ούρων
 - Η πρόωπη αναγνώριση επιτρέπει την έγκαιρη αντιμετώπιση της ακράτειας
2. Βοηθήστε στον ουροδυναμικό έλεγχο (π.χ.κυστομανομετρία), μετά από εντολή γιατρού.
 - Ο ουροδυναμικός έλεγχος μπορεί να καθορίσει την αιτία της ακράτειας. Ο έλεγχος μας δίνει στοιχεία για την πλήρωση, την χωριτικότητα, και την κένωση της κύστης.
3. Φροντίστε να υπάρχουν ειδικά κλινοστρώματα ή πάνες. Εάν ενδείκνυται βοηθήστε τον ασθενή να πηγαίνει στο μπάνιο κάθε 2-3 ώρες .
 - Ο ασθενής που αδυνατεί να αντιδράσει στην έπειξη προς ούρηση εμφανίζει ακράτεια όταν η πίεση στην κύστη υπερβεί την πίεση των σφιγκτήρων. Η τακτική κένωση της κύστης πριν την άνοδο της πίεσης μειώνει τον κίνδυνο ακράτειας.
4. Διευκολύνεται την πρόσβαση στο μπάνιο και συμβουλευτείτε τον ασθενή να φοράει ρούχα που βγαίνουν ευκολα
 - Κάθε καθυστέρηση στην πρόσβαση στο μπάνιο ή στην αφαίρεση των ρούχων αυξάνει τον κίνδυνο ακράτειας.
5. Να εξηγήσετε στον ασθενή τον τρόπο να εκτελεί ασκήσεις των μυών του περινέου(εκτός εάν υπέρχει αντένδειξη)

- Οι ασκήσεις του περινέου ισχυροποιούν τους περιουριθρηκούς και πυελικούς μυς, αυξάνουν την ισχύ των έξω σφιγκτήρων και μειώνουν τον κίνδυνο ακράτειας.
6. Συμβουλευτέ τον ασθενή να προσλαμβάνει μικρές ποσότητες υγρών αλλά όλη τη διάρκεια της ημέρας.
- Η λήψη μεγάλων ποσοτήτων υγρών προκαλεί την γρήγορη πλήρωση της κύστης με αποτέλεσμα να αυξάνετε η πίεση και ο κίνδυνος ακράτειας.
7. Συμβουλευτέ τον να περιορίσει την λήψη υγρών κατά τις βραδινές ώρες
- Κατά τον ύπνο ο ασθενής είναι λιγότερο πιθανό να αντιληφθεί και να αντιδράσει στην έπειξη προς ούρηση. Με τον περιορισμό των υγρών τις βραδινές ώρες, η πλήρωση της κύστης κατά τη νύκτα μειώνεται.
8. Συμβουλευτέ τον ασθενή να αποφεύγει τα ροφήματα που περιέχουν καφεΐνη
- Η καφεΐνη αυξάνει την παροχή ούρων λόγω της ήπιας διουρητικής της δράσης. Με την αύξηση του ποσού των ούρων, αυξάνεται η πίεση στην κύστη.
9. Χορηγήστε φάρμακα πάντα μετά από εντολή γιατρού(χολινεργικά, μυοχαλαρωτικά ή συμπαθομιμητικά)
- Εάν η ακράτεια οφείλεται σε ατελή κένωση της κύστης, τα χολινεργικά μπορούν να διεγείρουν τη σύσπαση των μυών της κύστης, διευκολύνοντας την κένωσή της. Η υπερευερεθιστότητα των μυών της κύστης μπορεί να προκαλέσει αιφνίδια άνοδο της πίεσής της και ακράτεια. Τα μυοχαλαρωτικά μειώνουν τη μυϊκή δραστηριότητα και τον κίνδυνο ακράτειας. Εάν στην ακράτεια συμβάλλει και η μειωμένη αντίσταση στην έξοδο των ούρων, τα συμπαθομιμητικά αυξάνουν τον τόνο των σφιγκτήρων.
10. Παρακολουθείτε την πορεία του ασθενούς και ενημερώστε τον γιατρό για τυχόν αλλαγές
- Η έγκαιρη ενημέρωση επιτρέπει την τροποποίηση της αγωγής με αποτέλεσμα την καλύτερη αντιμετώπιση.19,27

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ 9

Αίσθημα δυσφορίας λόγω σπασμού της κύστης που οφείλεται στον ερεθισμό των τοιχωμάτων της κύστης από τον ουροκαθετήρα, ή λόγω τραυματισμού της κατά την εγχείρηση, ή ακόμη και κατά την ταχεία έγχυση του διαλύματος εκπλύσεως και λόγω διάτασης της κύστης σε περίπτωση αποφράξεως της ροής των ούρων.¹⁹

Επίσης από αυξημένη πίεση στον αυχένα της κύστης και στην κοιλότητα του προστάτη λόγω έλξης που έχει εφαρμοστεί στον ουρηθρικό καθετήρα (η έλξη μπορεί να εφαρμοστεί για να τραβηχτεί ο αεροθάλαμος του καθετήρα στην κοιλότητα του προστάτη ώστε να ασκείται πίεση σε αιμορραγούντα αγγεία)¹⁹

ΑΝΑΜΕΝΟΜΕΝΟ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ

Ο σπασμός της κύστης υποχωρεί όπως φαίνεται από την μείωση της υπερηβικής δυσφορίας, την απουσία παραπόνων για έπειξη προς ούρηση ή κένωση και την απουσία διαφυγής ούρων γύρω από τον ουροκαθετήρα.¹⁹

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ / ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

1. Αξιολογήστε σημεία και συμπτώματα σπασμού της κύστης όπως : παράπονα για υπερηβική δυσφορία, διαμαρτηρίες του ασθενούς ότι αισθάνεται έπειξη για ούρηση ή κένωση, διαφυγή ούρων γύρω από τον καθετήρα.

2. Εφαρμόστε μέτρα για την ελάττωση του κινδύνου σπασμού της κύστης:

- a. Εξασφαλίστε τη βατότητα του καθετήρα (π.χ. Εκτελείτε εκπλύσεις, διατηρείτε το σωλήνα χωρίς κάμψεις) ώστε να αποφευχθεί η διάταση της κύστης
- b. Εφαρμόστε μέτρα για να αποφευχθεί ο ερεθισμός του βλεννογόνου της κύστης από τον καθετήρα: σταθεροποιήστε τον καθετήρα στην κοιλία ή το μηρό

του ασθενούς συμβουλευτέ τον ασθενή να αποφεύγει να τραβά ή να στρέφει ή να κάμπτει τον καθετήρα

- c. Χαλαρώστε την έλξη του καθετήρα μόλις επιτραπεί, ώστε να ελαττωθεί η πίεση στον αυχένα της κύστης και στην κοιλότητα του προστάτη
- d. Μην αυξάνετε τη συχνότητα των πλύσεων της κύστης εκτός εάν υπάρχει αιμορραγία ή πύγματα διότι το διάλυμα πλύσεως μπορεί να ερεθίσει το βλεννογόνο της κύστης
- e. Συμβουλευτέ τον ασθενή να αποφεύγει την προσπάθεια ούρησης γύρω από τον καθετήρα και την έντονη προσπάθεια ούρησης μετά την αφαίρεσή του (οι έντονες προσπάθειες προκαλούν σύσπαση της κύστης και πιθανώς σπασμούς του τοιχώματός της)
- f. Εφαρμόστε μέτρα για την πρόληψη κατακράτησης ούρων μετά την αφαίρεση του καθετήρα με σκοπό την πρόληψη της διάτασης της κύστης

3. Εάν εμφανιστούν σπασμοί της κύστης:

- a. Ενθαρρύνετε τον ασθενή να κάνει μικρούς, συχνούς περιπάτους εκτός εάν υπάρχει αντένδειξη (η βάδιση φαίνεται ότι ελαττώνει τους σπασμούς)
- b. Ελαττώστε το ρυθμό της συνεχούς έκπλυσης της κύστης εάν τα ούρα δεν είναι πλέον ερυθρά και δεν υπάρχουν πύγματα
- c. Χορηγήστε τα κάτωθι φάρμακα επί εντολής:

Υπόθετα από το ορθό belladonna και opium (ο συνδυασμός ενός αντιμουσκαρινικού και ναρκωτικού αναλγητικού μειώνει το σπασμό των μυών της κύστης και το αίσθημα δυσφορίας, συνήθως όμως χορηγείται όταν υπάρχει καθετήρας διότι μπορεί να προκαλέσει κατακράτηση ούρων)

Άλλα μυοχαλαρωτικά των λείων μυϊκών ινών της περιοχής (π.χ. Oxybutynin, flavoxate).

4. Εάν οι σπασμοί συνεχίζονται και μετά την εφαρμογή των παραπάνω μέτρων απευθυνθείτε στο γιατρό. 19,27

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ 10

Διαταραχή ισοζυγίου υγρών (υπερφόρτωση με υγρά ή «δηλητηρίαση εξ ύδατος» («σύνδρομο TUR»)) λόγω υπερβολικής χορήγησης ή/και απορρόφησης υγρών κατά τη διάρκεια της εγχείρησης ή και αμέσως μετά από αυτή . Ακόμη και από αυξημένη παραγωγή αντιδιουρητικής ορμόνης (η έκκριση της ADH διεγείρεται από το τραύμα, τον πόνο, τα αναισθητικά φάρμακα και τα ναρκωτικά αναλγητικά)19

ΑΝΑΜΕΝΟΜΕΝΟ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ

Ο ασθενής δεν εμφανίζει πλεόνασμα όγκου υγρών ή «δηλητηρίαση εξ ύδατος» όπως φαίνεται από το σταθερό σωματικό βάρος , τη σταθερή αρτηριακή πίεση, την έλλειψη καρδιακού τόνου S3, φυσιολογικό ισοζύγιο αποβαλλομένων- προσλαμβανομένων υγρών μέσα στις πρώτες 48 ώρες , τη συνήθη διανοητική κατάσταση, τους φυσιολογικούς αναπνευστικούς ήχους , τις φυσιολογικές τιμές της ουρίας , αιματοκρίτη , νατρίου ορού και της οσμωτικότητας , την έλλειψη δύσπνοιας , ορθόπνοιας, οιδήματος και διόγκωσης των φλεβών του τραχήλου, την ελάττωση του χρόνου πλήρωσης των μικρών φλεβών σε 3-5 δευτερόλεπτα και τη φυσιολογική τιμή της κεντρικής φλεβικής πίεσης 19

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ / ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Αναφέρεται σε περίπτωση που παρατηρήσετε σημεία και συμπτώματα περίσσειας όγκου υγρών και δηλητηρίασης με νερό όπως :

1. Αύξηση σωματικού βάρους
2. Αυξημένη αρτηριακή πίεση(εάν το υγρό έχει μετακινηθεί έξω από τον ενδοαγγειακό χώρο η πίεση δεν θα αυξηθεί)
3. Ακρόαση καρδιακού τόνου S3

4. Πρόσληψη υγρών που συνεχίζει να είναι μεγαλύτερη από την αποβαλλόμενη ποσότητα 48 ώρες μετά την εγχείρηση (για τις πρώτες 48 ώρες αναμένεται να είναι μεγαλύτερη η προσλαμβανόμενη ποσότητα λόγω αύξησης έκκρισης της ADH)
5. Αλλαγή της διανοητικής κατάστασης
6. Τρίζοντες ήχοι , ελάττωση ή εξαφάνιση των αναπνευστικών ήχων
7. Χαμηλό νάτριο ορού και οσμωτικότητα (χαρακτηριστική ένδειξη δηλητηρίασης με νερό)
8. Ελάττωση της ουρίας και του αιματοκρίτη(ο χαμηλός αιματοκρίτης δείχνει και απώλεια αίματος)
9. Ελάττωση του ειδικού βάρους των ούρων
10. Δύσπνοια , ορθόπνοια
11. Οίδημα (όταν είναι περιφερικό δείχνει περίσσεια όγκου υγρών, όταν είναι κυτταρικό δείχνει δηλητηρίαση με νερό)
12. Διάταση φλεβών του τραχήλου
13. Παράταση χρόνου κένωσης των μικρών φλεβών (πάνω από 3-5 δευτερόλεπτα)
14. Αύξηση της κεντρικής φλεβικής πίεσης 19,27

Εάν και εφ' όσον μπορείτε παρακολουθήστε την ακτινογραφία θώρακα και αναφέρεται ευρήματα συμφόρησης πνευμονικών αγγείων , υπεζωκοτικής συλλογής υγρού ή πνευμονικού οιδήματος

Πάρτε μέτρα για να προλάβετε ή να αντιμετωπίσετε θεραπευτικά αυτή τη διαταραχή:

1. Χορηγήστε θεραπεία υποκατάστασης υγρών με προσοχή ειδικά μέσα στις πρώτες 48 ώρες μετά την εγχείρηση
2. Διατηρήστε τους περιορισμούς σε υγρά σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες
3. Χορηγήστε διουρητικά σύμφωνα με τις οδηγίες

Εάν τα σημεία και τα συμπτώματα δεν υποχωρούν μετά την εφαρμογή των μέτρων συμβουλευτείτε τον γιατρό.

Εφαρμόστε μέτρα για τη μείωση της απορρόφησης υγρού μέσω των προστατικών φλεβών ώστε να ελαττωθεί περαιτέρω ο κίνδυνος υπερφόρτωσης από υγρά ή δηλητηριάσεως εξ ύδατος:

1. Χρησιμοποιείτε για τις πλύσεις της κύστης φυσιολογικό ορό αντί για υπότονα διαλύματα
2. Μην αυξάνεται τη συχνότητα των πλύσεων της κύστης εκτός και αν υπάρχει ένδειξη.19,27

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ 11

Αυξημένος κίνδυνος λοίμωξης λόγω μικροβίων που εισέρχονται κατά την εγχείρηση, την ύπαρξη καθετήρα, και τις συχνές πλύσεις κύστης. Όπως επίσης και αυξημένο πολλαπλασιασμό βακτηριδίων λόγω στάσης ούρων που οφείλετε σε μειωμένη κίνηση ή κατακράτηση ούρων.¹⁹

ΑΝΑΜΕΝΟΜΕΝΟ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ

Ο ασθενής δεν παρουσιάζει λοίμωξη στο ουροποιητικό σύστημα. Όπως φαίνεται από την έλλειψη ασυνήθους οσμής στα ούρα, τα ούρα είναι διαυγή, δεν εμφανίζεται συχνουρία με έντονη έπειξη και καύσος κατά την ούρηση, η ουροκαλιέργεια είναι αρνητική και υπάρχει απουσία ρίγους και πυρετού όπως επίσης έλλειψη νιτρωδών, βακτηρίων και λευκών αιμοσφαιρίων στα ούρα.¹⁹

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ / ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Παρατηρήστε τυχόν σημεία και συμπτώματα ουρολοίμωξης όπως θολερά και δύσοσμα ούρα, συχνή και έντονη έπειξη προς ούρηση και/η καύσος κατά την ούρηση, ρίγη και αύξηση της θερμοκρασίας

Αναφέρετε την ύπαρξη νιτρωδών, βακτηρίων και/ή λευκών αιμοσφαιρίων στη γενική ούρων. Στείλτε δείγμα ούρων για καλλιέργειες και έλεγχο ευαισθησίας με εντολή γιατρού και αναφέρετε παθολογικά αποτελέσματα.

Λάβετε κατάλληλα μέτρα για την πρόληψη της ουρολοίμωξης :

Ενεργήστε για την πρόληψη της κατακράτησης ούρων (ανάλογα μέτρα έχουν αναφερθεί παραπάνω)

Βοηθήστε τον άρρωστο στη φροντίδα του περινέου μετά την ούρηση και την αφόδευση

Διατηρήστε την ημερήσια πρόσληψη υγρών σε 2500 ml/ημέρα εκτός εάν υπάρχει αντένδειξη

Συμβουλευστε τον άρρωστο να είναι δραστήριος όσο επιτρέπεται και το ανέχεται για να μειωθεί η στάση των ούρων

Χρησιμοποιήστε άσηπτη τεχνική κατά τον καθετηριασμό και τις πλύσεις της ουροδόχου κύστης

Εάν απαιτούνται συχνές εκπλύσεις της κύστης, συμβουλευθείτε τον ιατρό για την εφαρμογή συνεχούς, κλειστού συστήματος πλύσεων για να μειώσουμε τον κίνδυνο εισόδου μικροβίων.

Εάν έχει τοποθετηθεί ουροκαθετήρας:

1. Καθλώστε τον καθετήρα στην κάτω κοιλιά ή στο μηρό για να ελαχιστοποιηθεί ο κίνδυνος τυχαίου τραβήγματος και συνεπώς τραύματος στην κύστη και στην ουρήθρα
2. Καθαρίστε τον καθετήρα όσο συχνά χρειάζεται για να αποφευχθεί η συγκέντρωση βλέννας γύρω από το έξω στόμιο της ουρήθρας
3. Διατηρείτε τον ουροσυλλέκτη σε επίπεδο κατώτερο από την ουροδόχο κύστη συνεχώς για να αποφευχθεί η παλινδρόμηση και στάση των ούρων
4. Συμβουλευθείτε το γιατρό για να αφαιρέσετε τον ουροκαθετήρα μόλις τα ούρα γίνουν διαυγή και χωρίς πύγματα (ο κίνδυνος της ουρολοίμωξης αυξάνεται όσο μεγαλύτερος είναι ο χρόνος παραμονής του καθετήρα)
5. Συνεχίστε τις παραπάνω ενέργειες σε περίπτωση ουρολοίμωξης και χορηγήστε αντιβιοτικά σύμφωνα με τις οδηγίες του γιατρού.19,27

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ 12

Πιθανή φλεγμονή του τραύματος λόγω επιμόλυνσής του (ιδιαίτερα σε περινεϊκή προσπέλαση λόγω γειτνίασης με τον πρωκτό)¹⁹

ΑΝΑΜΕΝΟΜΕΝΟ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ

Το τραύμα του ασθενούς παραμένει σε καλή κατάσταση χωρίς σημάδια φλεγμονής (οίδημα, ερυθρότητα, θερμότητα γύρω από το τραύμα, αρνητικά αποτελέσματα καλλιεργείων, φυσιολογικά επίπεδα λευκών αιμοσφαιρίων)¹⁹

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ / ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

1. Αναφέρετε σημεία και συμπτώματα διαπύησης του τραύματος όπως οίδημα, θερμότητα, ερυθρότητα στην περιοχή του τραύματος, ασηνήθηστη δυσσομία του τραύματος, εκροή υγρού κ.τ.λ.
2. Αναφέρετε οποιαδήποτε αλλαγή του τύπου των λευκών αιμοσφαιρίων ή κάποια επίμονη αύξηση του αριθμού τους
3. Στείλτε καλλιέργειες από την παροχέτευση του τραύματος σύμφωνα με τις οδηγίες του γιατρού και αναφέρετε παθολογικά αποτελέσματα.
4. Λάβετε προληπτικά μέτρα για την αποφυγή της διαπύησης του τραύματος:
 - a. Βοηθήστε στην καλύτερη και γρηγορότερη επούλωση του τραύματος:
 - b. Διατηρήστε ένα επαρκές επίπεδο θρέψης σε συνεργασία με τον διαιτολόγο του νοσοκομείου σύμφωνα με τις ανάγκες του ασθενούς

- c. Φροντίστε ώστε να γίνεται καλή αιμάτωση στη περιοχή (μην δένεται πολύ σφικτά το τραύμα εκτός κ εάν υπάρχει οδηγία για πιεστική περιδέση)
- d. Ελέγχεται αν το τραύμα είναι κλεισμένο καλά και δεν ερεθίζεται από κάποιο ρούχο εσώρουχο κ.τ.λ.
- e. Η περιποίηση του τραύματος θα γίνεται με μεγάλη προσοχή και άσηπτη τεχνική
- f. Ενημερώστε τον ασθενή ότι πρέπει να κρατάει τα χέρια του μακριά από το τραύμα
- g. Διδάξτε τον ασθενή κινήσεις για να μειώνεται η τάση στο τραύμα (να μην κάνει απότομες κινήσεις, να υποστηρίζει την περιοχή όταν κινείται κ.τ.λ.)

5. Πλένετε καλά τα χέρια σας και ενθαρρύνετε τον άρρωστο να κάνει το ίδιο
6. Ενημερώστε τον άρρωστο να αποφεύγει να αγγίζει την τομή, τις γάζες, τους σωλήνες παροχέτευσης και τα ανοικτά τραύματα
7. Διατηρήστε σχολαστικά άσηπτη τεχνική κατά τις αλλαγές και την περιποίηση του τραύματος
8. Προστατεύστε τον άρρωστο από άτομα με λοιμώξεις
9. Χορηγήστε αντιβιοτικά εάν υπάρχει οδηγία
10. Εάν υπάρχουν τα σημεία και τα συμπτώματα της λοίμωξης, συνεχίστε τις πιο πάνω ενέργειες.19,27

Σε περίπτωση περινεϊκής προσπελάσεως θα χρειαστεί να εφαρμόσετε επιπλέον μέτρα, όπως:

1. Συμβουλευστε και βοηθήστε τον ασθενή στην εκτέλεση καλής υγιεινής του περινέου αμέσως μετά τις κενώσεις
2. Σταθεροποιήστε με ασφάλεια τις επιδέσεις του περινέου διότι η μετακίνησή τους

μπορεί να προκαλέσει ερεθισμό του δέρματος και δερματική βλάβη

3. Βοηθήστε στη λήψη λουτρού σε καθιστή θέση επί εντολής, για τον καθαρισμό του τραύματος και τη διευκόλυνση της επούλωσης (το λουτρό αυτό συνιστάται συνήθως μετά την αφαίρεση της παροχέτευσης του περινέου αν και ορισμένοι ιατροί αναμένουν μέχρις ότου αφαιρεθεί και ο ουροκαθετήρας).19,27

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ 13

Ο ασθενής μπορεί να παρουσιάσει υποογκαιμικό shock που οφείλεται σε αιμορραγία λόγω πλούσιας αγγείωσης του προστάτη και σε ανεπαρκή υποκατάσταση των υγρών¹⁹

ΑΝΑΜΕΝΟΜΕΝΟ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ

Ο ασθενής δεν αναπτύσσει υποογκαιμικό shock όπως φαίνεται από το συνήθες επίπεδο συνήδησης τα σταθερά ζωτικά σημεία, το ζεστό ξηρό δέρμα , τις ψηλαφητές περιφερικές σφύξεις , και την καλή αποβολή ούρων.¹⁹

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ / ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

1. Αξιολογήστε και αναφέρατε τα κάτωθι:

A .Υπερβολική αιμορραγία στο σημείο της εγχείρησης:

1. Έντονα ερυθρά, παχύρρευστα υγρά (μπορεί να σημαίνει αρτηριακή αιμορραγία) ή επίμονη σκούρου χρώματος παροχή υγρού (φλεβική αιμορραγία) στον ουροκαθετήρα
2. Επίμονη ερυθρότητα ή/και πήγματα αίματος στα δοχεία συλλογής ούρων μετά την αφαίρεση του καθετήρα
3. Σημαντική μείωση της τιμής των ερυθροκυττάρων του αιματοκρίτη και της αιμοσφαιρίνης

B. Σημεία και συμπτώματα υποογκαιμικού shock:

1. Ανησυχία, αγωνία, σύγχυση

2. Σημαντική πτώση της αρτηριακής πίεσης
3. Ορθοστατική υπόταση
4. Ταχύς , νηματοειδής σφυγμός
5. Γρήγορες αναπνοές
6. Ψυχρό, υγρό δέρμα
7. Ωχρότητα κυάνωση
8. Μείωση ή έλειψη των περιφερικών σφύξεων
9. Ωριαία παραγωγή ούρων μικρότερη από 30ml την ώρα

2.Λάβετε μέτρα για την πρόληψη και αντιμετώπιση του υποογκαιμικού shock:

- A. Σε περίπτωση αιμορραγίας εφαρμόστε ισχυρή παρατεταμένη πίεση στην περιοχή
- B. Πάρτε μέτρα για την πρόληψη του ελλείμματος όγκου υγρών (φροντίστε ο άρρωστος να ενυδατώνεται καλά)
- C. Σε περίπτωση που υπάρχουν σημεία και συμπτώματα υποογκαιμικού shock συνεχίστε τις ενέργειες για τον έλεγχο της αιμορραγίας, και την πρόληψη του ελλείμματος όγκου υγρών, τοποθετήστε τον άρρωστο στο κρεβάτι σηκώνοντας τα πόδια , εκτός και αν υπάρχει αντένδειξη, καταγράφεται τα ζωτικά σημεία κάθε μια ώρα, χορηγήστε οξυγόνο, χορηγήστε παράγωγα του αίματος ή και παράγοντες που αυξάνουν τον όγκο του κυκλοφορούντος αίματος, εάν υπάρχει οδηγία, προετοιμάστε τον άρρωστο για τοποθέτηση συσκευών για αιμοδυναμικές μετρήσεις(π.χ. Καθετήρες μέτρησης κεντρικής φλεβικής πίεσης, ενδοαρτηριακοί καθετήρες)

3.Εφαρμόστε πρόσθετα μέτρα για την πρόληψη ή τον έλεγχο αιμορραγίας ώστε να αποφευχθεί το υποογκαιμικό shock:

- a. Διατηρείτε την άσκηση έλξης στον ουροκαθετήρα σύμφωνα με τις

εντολές

- b. Εφαρμόστε μέτρα για την πρόληψη τραυματισμού ή μη αναγκαίας πίεσης στην περιοχή του προστάτη:
- c. Σταθεροποιήστε το σωλήνα του καθετήρα στην κοιλία ή το μηρό του ασθενούς ώστε να περιοριστούν οι κινήσεις του
- d. Τονίστε στον ασθενή ότι πρέπει να αποφεύγει να τραβά τον καθετήρα
- e. Συμβουλέψτε τον να κάνει σύντομους και όχι μακρούς περιπάτους και να αποφεύγει να μένει καθιστός επί μακρόν
- f. Συμβουλέψτε τον ασθενή να αποφεύγει τον έντονο βήχα, το πτάρνισμα και τις εργώδεις κενώσεις, συμβουλευτείτε τον ιατρό σχετικά με την πιθανή χρήση υπακτικών εάν χρειάζεται
- g. Εφαρμόστε μέτρα για την πρόληψη κατακράτησης ούρων όπως αναφέρονται παραπάνω με σκοπό την αποφυγή διάτασης της κύστης και άσκηση τάσης στα τραυματισμένα αιμοφόρα αγγεία

4.Εάν τα ούρα γίνουν περισσότερο κόκκινα όταν ο ασθενής βαδίζει ή κάθεται σε καρέκλα, συμβουλέψτε τον να επιστρέφει στην κλίνη του και να περιορίζει τη δραστηριότητά του για λίγες ώρες.16,19,27

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ 14

Ο ασθενής μπορεί να εμφανίσει θρομβοεμβολικά επεισόδια (πιθανή πνευμονική εμβολή) λόγω φλεβικής στάσης που οφείλεται σε:

1. Άσκηση πίεσης στα αγγεία της πυέλου και της γαστροκνημίας κατά την εγχείρηση (ο ασθενής συνήθως ευρίσκεται σε θέση λιθοτομής)
2. Μειωμένη σωματική δραστηριότητα
3. Έλλειμμα όγκου υγρών

ΑΝΑΜΕΝΟΜΕΝΟ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ

Ο άρρωστος δεν παρουσιάζει σημεία και συμπτώματα εν τω βάθει φλεβικής θρομβώσεως όπως φαίνεται από την έλλειψη πόνου, οίδηματος, αίσθημα βάρους και διάταση των επιπολής αγγείων των άκρων, τη φυσιολογική θερμοκρασία των άκρων και το αρνητικό σημείο Homan.

Επίσης, δεν θα παρουσιάσει πνευμονική εμβολή όπως φαίνεται από την απουσία ξαφνικού πόνου στο στήθος, την έλλειψη προσπάθειας για αναπνοή (συχνότητα αναπνοής 14-20 ανά λεπτό), το φυσιολογικό σφυγμό (60-100 σφύξεις το λεπτό,) τη συνήθη διανοητική κατάσταση και τις φυσιολογικές τιμές αερίων του αίματος.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ/ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

1. Πριν ξεκινήσετε τις νοσηλευτικές ενέργειες θα πρέπει να λάβετε υπόψη σας ότι η προφυλακτική χορήγηση αντιπηκτικών και αντιαιμοπεταλιακών φαρμάκων συνήθως αντενδείκνυται λόγω του κινδύνου αιμορραγίας κατά και μετά την εγχείρηση του πλούσιου σε αιμάτωση προστάτη.

A. Ελέγξτε για σημεία και συμπτώματα εν τω βάθει φλεβικής θρόμβωσης όπως πόνος, οίδημα ή αίσθημα βάρους στο άκρο, αύξηση της διαμέτρου ή διάταση των επιπολής αγγείων του άκρου, ασυνήθιστη θερμότητα και θετικό σημείο Homan (το οποίο δεν είναι πάντα

αξιόπιστος δείκτης)19

B. Φροντίστε για την πρόληψη σχηματισμού θρόμβου διατηρώντας καλή ενυδάτωση χορηγώντας 2500ml/ ημέρα (εφόσον δεν υπάρχει αντένδειξη) για την πρόληψη του ελλείμματος όγκου υγρών και της αύξησης γλοιότητας του αίματος που οδηγεί σε φλεβική στάση. Χορηγήστε αντιπηκτικά(ηπαρίνες χαμηλού μοριακού βάρους) ή αντιαιμοπεταλιακούς παράγοντες(χαμηλή δόση ασπιρίνης) πάντα με την οδηγία του γιατρού. Επίσης μπορείτε να ενεργήσετε για την αποτροπή της περιφερικής λίμνασης του αίματος, αυξάνοντας την φλεβική επαναφορά:

1. Μάθετε στον άρρωστο να εκτελεί ενεργητικές ασκήσεις στο κάτω άκρο και στο πόδι με συχνότητα 1-2 ώρες όταν είναι ξύπνιος
2. Μόλις επιτραπεί η κινητοποίηση του συμβουλέψτε τον να σηκώνει αντί να σέρνει τα πόδια του για να βοηθήσει να αυξηθούν οι μυικές συσπάσεις
3. Μην του επιτρέπετε να παίρνει θέσεις που εμποδίζουν τη ροή του αίματος στα κάτω άκρα (σταύρωμα ποδιών, μαξηλάρια κάτω από τα γόνατα κ.τ.λ.)
4. Συζητήστε με τον γιατρό τη χρήση ελαστικών καλτσών ή επιδέσμων εάν αναμένεται παρατεταμένος περιορισμός της δραστηριότητας , (όταν χρησιμοποιούνται οι ελαστικές κάλτσες θα πρέπει να αφαιρούνται τουλάχιστον για 30-60 λεπτά την ημέρα από δύο φορές)
5. Χρησιμοποιήστε ή διατηρήστε κάλτσες ή μπότες διακοπτόμενης πίεσης αέρος εάν παραγγελθούν.

C. Σε περίπτωση που υπάρχουν σημεία και συμπτώματα εν τω βάθει φλεβικής θρόμβωσης ενεργήστε ως εξής :

1. Διατηρήστε τον άρρωστο στο κρεβάτι σε ακινησία μέχρι να δοθεί εντολή κινητοποίησης
2. Υψώστε το κάτω τμήμα του κρεβατιού 15-20° ψηλότερα από το επίπεδο της καρδιάς σύμφωνα με τις οδηγίες του γιατρού (χρησιμοποιήστε καθηλωτική συσκευή γόνατος

για να διατηρείται η κνήμη σε ελαφριά κάμψη)

3. Μην του επιτρέπετε να παίρνει θέσεις που εμποδίζουν τη ροή του αίματος στα κάτω άκρα (σταύρωμα ποδιών, μαξιλάρια κάτω από τα γόνατα, κάθισμα για μεγάλα χρονικά διαστήματα)
 4. Εφαρμόστε επιθέματα ζεστά και υγρά ή θερμοφόρα στην πάσχουσα περιοχή σύμφωνα με τις οδηγίες.
 5. Προετοιμάστε τον άρρωστο για διαγνωστικό έλεγχο εάν ενδείκνυται (φλεβογραφία, πληθυσμογραφία κ.τ.λ.)
 6. Χορηγήστε αντιπηκτικά σύμφωνα με οδηγίες και προετοιμάστε τον άρρωστο για τοποθέτηση φίλτρου στον αυλό της κάτω κοίλης φλέβας ή για θρομβεκτομή εάν προγραμματιστούν
- D. Σε περίπτωση που εντοπίσετε σημεία και συμπτώματα πνευμονικής εμβολής όπως ξαφνικός πόνος στο στήθος, δύσπνοια ταχύπνοια, ταχυκαρδία, ανησυχία, απάθεια ,χαμηλό paO_2 ενεργήστε ως εξής:
1. Κρατήστε τον άρρωστο σε αυστηρή ανάπαυση στο κρεβάτι σε ημι-ή υψηλή θέση Fowler
 2. Διατηρήστε τη θεραπεία με οξυγόνο σύμφωνα με οδηγίες γιατρού
 3. Προετοιμάστε τον άρρωστο για τις διαγνωστικές εξετάσεις που θα υποβληθεί (αέρια αίματος, σπινθηρογράφημα αερισμού-διάχυσης των πνευμόνων, αγγειογραφία της πνευμονικής αρτηρίας)
 4. Χορηγήστε αντιπηκτικά σύμφωνα με τις οδηγίες του γιατρού
 5. Προετοιμάστε τον άρρωστο για τοποθέτηση φίλτρου στον αυλό της κάτω κοίλης φλέβας για την αποφυγή επιπρόσθετων πνευμονικών εμβολών ή για εμβολεκτομή εάν προγραμματιστούν
 6. Υποστηρίξτε τον άρρωστο και την οικογένεια του συναισθηματικά

2. Στην περίπτωση που δεν υπάρχουν αναζητήστε και αναφέρεται σημεία και συμπτώματα πνευμονικής εμβολής και λάβετε μέτρα για την πρόληψη της όπως :

- A. Ενεργήστε για την πρόληψη και την θεραπεία της εν τω βάθει φλεβικής θρόμβωσης όπως αναφέρονται παραπάνω
- B. Συστήστε του να μην κινείται , να μην ελέγχεται για σημείο Homan και να μην γίνεται μασάζ σε οποιοδήποτε άκρο με γνωστή θρόμβωση
- C. Ενημερώστε τον άρρωστο ότι πρέπει να αποφεύγει δραστηριότητες που προκαλούν δοκιμασία Valsalva (π.χ. Έντονη προσπάθεια για να κινητοποιηθεί το έντερο, κράτημα της αναπνοής κατά την κίνηση για να αποφευχθεί η αποκόλληση των ήδη υπαρχόντων θρόμβων)

ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ 15

Ο ασθενής μπορεί να εμφανίσει διαταραχή στη σεξουαλική λειτουργία που μπορεί να οφείλετε σε ανικανότητα λόγω ψυχολογικών παραγόντων ή σε τρόση κάποιου αγγείου από λάθος χειρισμό του χειρουργού κατά την επέμβαση, ελάττωση της libido που οφείλετε σε φόβο για ακράτεια ούρων μετά την αφαίρεση του καθετήρα, δυσφορία στο σημείο της επέμβασης, αδυναμία εκσπερμάτωσης λόγω παλίνδρομης εκσπερμάτισης στην κύστη, άγχος και κατάθλιψη¹⁹

ΑΝΑΜΕΝΟΜΕΝΟ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ

Ο ασθενής αρχίζει να συμβιβάζεται με την καινούργια κατάσταση και να αποδέχεται τα αποτελέσματα της όπως φαίνεται από την προφορική έκφραση αποδοχής και τη διατήρηση της σχέσης με τη σύντροφο του.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ/ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

1. Αξιολογήστε σημεία και συμπτώματα διαταραχής της σεξουαλικής λειτουργίας (π.χ. Έκφραση ανησυχιών, μεταβολή της σχέσης με τη σύντροφο, περιορισμοί λόγω της επέμβασης)
2. Δώστε ακριβείς πληροφορίες για τις συνέπειες της επέμβασης στη σεξουαλική λειτουργία.
3. Ενθαρρύνετε τη διατύπωση ερωτήσεων και απαντήστε τις απορίες του ασθενούς.
4. Εφαρμόστε μέτρα για τη διευκόλυνση της σεξουαλικής λειτουργίας:
 - A. Διευκολύνετε την επικοινωνία μεταξύ ασθενούς και συντρόφου
 - B. Συζητήστε, τρόπους δημιουργικότερης έκφρασης του ερωτισμού του

- C. Εξασφαλίστε απομόνωση κατά τη διάρκεια της νοσηλείας εάν το , επιθυμεί το ζευγάρι
- D. Φροντίστε για την καλή ψυχολογική κατάσταση του ασθενούς συζητήστε μαζί του τις πραγματικές βελτιώσεις της κατάστασης του, ενθαρρύνετε την επίσκεψη σε έναν ειδικό, και πάρτε μέτρα για την αντιμετώπιση της θλίψης του :
1. Βοηθήστε τον ασθενή να αναγνωρίσει τις απώλειες που υπέστη έτσι ώστε να αρχίσει η διαδικασία αντιμετώπισης της Θλίψης• αξιολογήστε τους παράγοντες που αναστέλλουν ή διευκολύνουν τη διεργασία αυτή
 2. Συζητήστε τη διεργασία της Θλίψης και βοηθήστε τον ασθενή να αποδεχτεί τις φάσεις της ως μια αναμενόμενη αντίδραση στις επελθούσες απώλειες
 3. Διαθέστε χρόνο στον ασθενή να διέλθει μέσω των φάσεων (σταδίων) της θλίψης (οι φάσεις ποικίλλουν ανάλογα με τους ειδικούς από τό shock και το συναγερμό έως την αποδοχή), έχοντας υπόψη ότι δεν εκφράζονται όλες οι φάσεις σε όλους τους ασθενείς, ότι η υποτροπή τους είναι συνήθης και ότι η όλη διαδικασία διαρκεί από μήνες έως και έτη
 4. Δημιουργήστε ατμόσφαιρα φροντίδας και ενδιαφέροντος (π.χ. Εξασφαλίστε την απομόνωση του ασθενούς, παραμένετε διαθέσιμοι και χωρίς κριτική διάθεση, επιδείξτε συμπάθεια και σεβασμό) έτσι ώστε ο ασθενής να αισθάνεται ελεύθερος να εκφράσει τα αισθήματά του
 5. Εφαρμόστε μέτρα για την δημιουργία αισθήματος εμπιστοσύνης (π.χ. Απαντάτε στις ερωτήσεις του ειλικρινά, δώστε τις πληροφορίες που ζητούνται)
 6. Ενθαρρύνετε την προφορική έκφραση Θυμού και λύπης για τις απώλειες που υπέστη ο ασθενής, αναγνωρίζοντας την υποκατάσταση του θυμού και βοηθώντας τον ασθενή να εντοπίσει την πραγματική αιτία του Θυμού και του αισθήματος παραίτησης
 7. Ενθαρρύνετε τον ασθενή να εκφράζει τα αισθήματά του με όποιο τρόπο τον

διευκολύνει (π.χ. Γράψιμο, ζωγραφική, συζήτηση)

8. Βοηθήστε τον ασθενή να εντοπίσει τα αποθέματα των ψυχικών του δυνάμεων που τον βοήθησαν στο παρελθόν σε παρόμοιες καταστάσεις απωλειών

9. Εάν χρειάζεται, υποστηρίξτε τις ρεαλιστικές ελπίδες ότι ο έλεγχος της κύστης θα βελτιωθεί με τη συνέχιση των ασκήσεων του περινέου

10. Υποστηρίξτε τον τύπο συμπεριφοράς που δείχνει επιτυχή διαδικασία αντιμετώπισης της Θλίψης (π.χ. Έκφραση αισθημάτων για τις απώλειες , προσαρμογή στις απώλειες, εκμάθηση των αναγκαίων επιδεξιοτήτων, ανάπτυξη ή διατήρηση των σχέσεων του)

E. Εξηγήστε στους οικείους του τις φάσεις της διεργασίας της θλίψης και ενθαρρύνετε τη συνεργασία και την υποστήριξη τους

F Διευκολύνετε την επικοινωνία μεταξύ ασθενούς και οικείων, έχοντας υπόψη ότι μπορεί να βρίσκονται σε διαφορετικές φάσεις διεργασίας της θλίψης

G. Δώστε πληροφορίες σχετικά με συμβουλευτικές υπηρεσίες και ομάδες υποστήριξης που μπορούν να βοηθήσουν τον ασθενή στη διεργασία της θλίψης

H. Κανονίστε την επίσκεψη ενός κληρικού εάν το επιθυμεί ο ασθενής

5. Εάν η ανικανότητα αποτελεί πρόβλημα:

A. Ενθαρρύνετε τον ασθενή να συζητά με τον ιατρό για εναλλακτικές θεραπευτικές λύσεις (π.χ. Τοποθέτηση προθέσεως)

B, προτείνετε εναλλακτικές μεθόδους έκφρασης του ερωτισμού του

6. Εάν η ακράτεια ούρων αποτελεί πρόβλημα μετά την αφαίρεση του ουροκαθετήρα, ενθαρρύνετε τον ασθενή να ουρεί πριν από κάθε επαφή

7. Εάν ο ασθενής ανησυχεί για το ότι η δυσφορία στο σημείο της εγχείρησης θα παρεμποδίζει την ερωτική του δραστηριότητα:

A. Βεβαιώστε τον ότι η δυσφορία είναι προσωρινή και θα ελαττωθεί σταδιακά

- B. Παροτρύνετε τον να χρησιμοποιεί στάσεις που μειώνουν την πίεση στη χειρουργική τομή.
- C. Συμπεριλάβετε τη σύντροφο στις ανωτέρω συζητήσεις και ενθαρρύνετε την από μέρους της υποστήριξη προς τον ασθενή.
- D. Συμβουλευθείτε τον ιατρό εάν υπάρχει ένδειξη παροχής συμβουλών από ειδικό19,27

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ 16

Ο ασθενής εμφανίζει διαταραχές αντίληψης εαυτού που οφείλονται σε:

1. Παρουσία του ουροκαθετήρα (ο καθετήρας συνήθως παραμένει για μερικές εβδομάδες μετά την εγχείρηση)
2. Ακράτεια ούρων μετά την αφαίρεση του καθετήρα
3. Διαταραχές στη σεξουαλική λειτουργία.19,27

ΑΝΑΜΕΝΟΜΕΝΟ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ

Ο ασθενής αρχίζει να προσαρμόζεται στις μεταβολές της λειτουργίας του σώματος όπως φαίνεται από:

1. Την προφορική έκφραση αισθημάτων αυτοεκτίμησης και σεξουαλικής επάρκειας
2. Τη διατήρηση των σχέσεών του με τους οικείους του
3. Την ενεργό συμμετοχή στις καθημερινές δραστηριότητες
4. Το ενεργό ενδιαφέρον στην ατομική του εμφάνιση
5. Την προθυμία να συνεχίσει τις συνήθειες δραστηριότητες και να συμμετέχει σε κοινωνικές εκδηλώσεις.19

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ/ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

1. Αξιολογήστε σημεία και συμπτώματα διαταραχής της αντίληψης του εαυτού (π.χ. Προφορικά και μη σημεία ενδεικτικά αρνητικής αντίδρασης στις μεταβολές της λειτουργίας του σώματος, όπως άρνηση των μεταβολών, άρνηση να αντικρίσει ή να αγγίξει την περιοχή της επέμβασης, ή απόσυρση από τους οικείους του).
2. Καθορίστε τη σημασία των μεταβολών που έχουν συμβεί για τον ασθενή, ενθαρρύνοντας τον να εκφράζει τα αισθήματά του και σημειώνοντας τις μη

προφορικές αντιδράσεις

3. Εφαρμόστε μέτρα για τη διευκόλυνση της αποκατάστασης της σεξουαλικής λειτουργίας (όπως αναφέρονται παραπάνω)
4. Εφαρμόστε μέτρα για τη διευκόλυνση της αντιμετώπισης της θλίψης (όπως αναφέρονται παραπάνω). Συζητήστε με τον ασθενή τις ρεαλιστικές προσδοκίες όσον αφορά τη βελτίωση της λειτουργίας του εντέρου, της κύστης και της σεξουαλικής δραστηριότητας .
5. Εφαρμόστε μέτρα για την αύξηση της αυτοεκτίμησης του ασθενούς (π.χ. Ενθαρρύνετε τα θετικά σχόλια για τον εαυτό του, βοηθήστε τον να εντοπίσει τα αποθέματα των ψυχικών του δυνάμεων και ενθαρρύνετε τη συμπεριφορά που είναι ενδεικτική υψηλού βαθμού αυτοεκτίμησης).
6. Βοηθήστε τον ασθενή να χρησιμοποιεί τεχνικές για την αντιμετώπιση των προβλημάτων που είχαν αποδειχθεί χρήσιμες στο παρελθόν.
7. Βοηθήστε τον ασθενή στην καθημερινή ένδυση εάν χρειάζεται. Ενημερώστε τον ότι όταν εξέλθει του νοσοκομείου, θα είναι δυνατόν να συνδέει τον ουροκαθετήρα σε ένα σάκο προσκολλημένο στο πόδι και ότι ο σάκος αυτός δεν θα είναι ορατός κάτω από τα ρούχα.
8. Εάν ο ασθενής εμφανίζει ακράτεια κοπράνων ή και ούρων μετά την αφαίρεση του καθετήρα:
 - A. Τονίστε του τη σημασία των περινεϊκών ασκήσεων, όταν αυτές επιτραπούν, με σκοπό τη βελτίωση του ελέγχου του εντέρου και της κύστης
 - B. Βοηθήστε τον να καθιερώσει καθημερινό πρόγραμμα φροντίδας του εντέρου για τη μείωση του κινδύνου ακράτειας κοπράνων
 - C. Συμβουλέψτε τον σε τρόπους περιορισμού της ακράτειας ώστε να είναι δυνατές οι κοινωνικές σχέσεις (π.χ. Απορροφητικά επιθέματα μιας χρήσεως στα εσώρουχα).
9. Αξιολογήστε και υποστηρίξτε τη συμπεριφορά που δείχνει θετική προσαρμογή στις μεταβολές που έχουν συμβεί (π.χ. Έκφραση αισθημάτων περί της αξίας του εαυτού του, συμμόρφωση με το πρόγραμμα φροντίδας, διατήρηση των σχέσεων με τους οικείους).

10. Βοηθήστε την προσαρμογή του ασθενούς και των οικείων του διευκολύνοντας την επικοινωνία τους και δίνοντας πληροφορίες.
11. Ενθαρρύνετε τις επισκέψεις και την υποστήριξη από πλευράς των οικείων του ασθενούς.
12. Ενθαρρύνετε τον ασθενή να συνεχίσει τις συνήθειες του ασχολίες και ενδιαφέροντα και τη συμμετοχή του στις κοινωνικές δραστηριότητες.
13. Δώστε πληροφορίες και ενθαρρύνετε τη χρησιμοποίηση των κοινωνικών υπηρεσιών και ομάδων υποστήριξης.
14. Συμβουλευθείτε τον ιατρό σχετικά με την παροχή ψυχολογικών συμβουλών εάν το επιθυμεί ο ασθενής ή εάν δείχνει ανίκανος να προσαρμοστεί στις μεταβολές. 19,27

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ 17

Αγχος και έλλειμμα γνώσεων για την εξωνοσοκομειακή αγωγή

ANAMENOMENO ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ

Ο ασθενής κατανοεί τη σπουδαιότητα της εξωνοσοκομειακής αγωγής, των ιατρικών επισκέψεων, της φαρμακευτικής αγωγής και της επιτρεπόμενης σωματικής δραστηριότητας . Επίσης γνωρίζει τρόπους για την πρόληψη αιμοραγίας στο σημείο της εγχείρησης , μεθόδους για την επανάκτηση και διατήρηση του ελέγχου της κύστης, όπως και σημεία και συμπτώματα που πρέπει να αναφέρει στο γιατρό.19

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ/ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

1.Συμβουλευτέ τον ασθενή πως να αποφεύγει να ασκεί πίεση στο σημείο της εγχείρησης ώστε να αποφευχθεί αιμορραγία:

- A. Να αποφεύγει τις εργώδεις κενώσεις (δώστε οδηγίες σχετικά με την αύξηση της πρόσληψης υγρών και τη λήψη τροφών πλούσιων σε ίνες εάν ο ασθενής εμφανίζει δυσκοιλιότητα)
- B. Να αποφεύγει τους μακρούς περιπάτους, την παρατεταμένη καθιστή στάση, τις μακριές μετακινήσεις με το αυτοκίνητο, το τρέξιμο, το γρήγορο ανέβασμα σκάλας, την έντονη άσκηση, την ερωτική επαφή και την ανύψωση βαρών πάνω από 3-5 κιλά για όσο διάστημα συνιστάται από τον ιατρό (συνήθως επί 3-6 εβδομάδες μετά την έξοδο από το νοσοκομείο).

2.Συμβουλευτέ τον ασθενή σχετικά με την επανάκτηση ή τη διατήρηση του ελέγχου της κύστης:

- A. Να προσπαθεί να ουρεί κάθε 2-3 ώρες και όταν αισθανθεί την πρώτη έπειξη

προς ούρηση

- B. Να ουρεί σε όρθια ή καθιστή θέση ώστε να διευκολύνεται η κένωση της κύστης
- C. Να αποφεύγει να πίνει μεγάλες ποσότητες υγρών (ιδιαίτερα οινοπνεύματος) σε μικρό χρονικό διάστημα
- D. Να αποφεύγει τα καφεϊνούχα ποτά (π.χ. Καφές, τσάι, ποτά τύπου cola)
- E. Να μην πίνει υγρά λίγες ώρες πριν τη νυκτερινή κατάκλιση (μειώνεται έτσι ο κίνδυνος κατακράτησης ούρων και νυκτερινής ακράτειας)
- F. Να αποφεύγει δραστηριότητες που δυσχεραίνουν την κένωση της κύστης με την πρώτη έπειξη προς ούρηση (π.χ. Μακριά ταξίδια με αυτοκίνητο, μακρόχρονες συναντήσεις) ώστε να προληφθεί η κατακράτηση ούρων και ο κίνδυνος ακράτειας
- G. Να εκτελεί ασκήσεις περινέου (π.χ. Διακοπή και επανέναρξη της ούρησης, σύσπαση και χάλαση των γλουτών) 10-20 φορές ανά ώρα όσο βρίσκεται ξύπνιος μέχρις ότου επανακτηθεί ο έλεγχος βοηθήστε τον ασθενή να διαμορφώσει πρόγραμμα που θα του υπενθυμίζει την εκτέλεση των ασκήσεων (π.χ. Πριν και μετά από κάθε γεύμα).

3.Εάν ο ασθενής εμφανίζει ακράτεια ούρων συμβουλευτείτε τον:

- A. Να φορά απορροφητικά επιθέματα μιας χρήσεως στα εσώρουχα
- B. Εάν χρειάζεται να συμβουλευτεί τον ιατρό
- C. Εάν η ακράτεια επιμένει, επιδεινώνεται ή δυσχεραίνει την καθημερινή ζωή, έτσι ώστε να επιλεγούν εναλλακτικές λύσεις (π.χ. Εφαρμογή εξωτερικού ουροκαθετήρα, τοποθέτηση τεχνητού σφιγκτήρα).

4.Διδάξτε στον ασθενή τα σημεία και τα συμπτώματα που θα πρέπει να αναφέρει στο γιατρό:

- A. Επίμονη μικρή ή σημαντική αύξηση ($38,3^{\circ}$ C) της θερμοκρασίας
- B. Δυσκολία στην αναπνοή
- C. Πόνο στο στήθος
- D. Έντονη αδυναμία ή έλλειψη αντοχής για το παραγγελόμενο επίπεδο δραστηριότητας

- E. Παραγωγικό βήχα με αποβολή πυωδών, πράσινου χρώματος ή σκουρόχρωμων πτυέλων
- F. Αυξημένη ενόχληση ή ενόχληση που δεν ελέγχεται από τα συνταγογραφημένα φάρμακα και τη θεραπεία
- G. Συνεχιζόμενη ναυτία ή έμετο
- H. Αυξημένη διάταση της κοιλιάς
- I. Διάσπαση των χειλέων του τραύματος
- J. Αυξημένη ερυθρότητα, Θερμότητα, πόνο ή διόγκωση γύρω από το τραύμα
- K. Ασυνήθη ή υπέρμετρη παροχέτευση από τη Θέση του τραύματος
- L. Πόνος, ερυθρότητα ή οίδημα στην γαστροκνημία, στο ένα ή και στα δύο πόδια
- M. Επίσχεση ούρων
- N. Συχνή, επείγουσα ή με αίσθημα καύσους ούρηση
- O. Θολά, δύσοσμα ούρα.

5. Συμβουλευέστε τον ασθενή να αναφέρει τα εξής πρόσθετα σημεία και συμπτώματα:

- A. Επίμονη έντονη ερυθρά χροιά ούρων (ενημερώστε τον ασθενή ότι μικρή ποσότητα αίματος στα ούρα αναμένεται κατά διαστήματα επί 23 εβδομάδες μετά την εγχείρηση, τα ούρα όμως πρέπει να μετατρέπονται σε ροδόχροα ή κιτρινωπά μετά την ανάπαυση ή την πρόσληψη υγρών)
- B. Υπαρξη μεγάλων πηγμάτων αίματος ή συνεχής δίοδος μικρών πηγμάτων
- C. Αύξηση της συχνότητας, επίταση του καύσους ή του πόνου κατά την ούρηση
- D. Μείωση της ποσότητας ούρων ή της ακτίνας ούρησης
- E. Διάταση της κύστης
- F. Μη αναμενόμενη απώλεια του ελέγχου της κύστης
- G. Επίμονος ή αυξημένος σπασμός της κύστης.

6. Γνωστοποιήστε στον ασθενή τη σημασία της μετεγχειρητικής αγωγής και της εξωνοσοκομειακής παρακολούθησης :

- A. Τονίστε τη σημασία της διατήρησης των προγραμματισμένων συναντήσεων παρακολούθησης με το ιατρικό/νοσηλευτικό προσωπικό.
- B. Τονίστε τις οδηγίες του ιατρού σχετικά με τις τροποποιήσεις στη διαίτα. Συστήστε ένα διαιτολόγο στον άρρωστο, εάν χρειάζεται.
- C. Τονίστε τις οδηγίες του ιατρού για το προτεινόμενο επίπεδο δραστηριότητας και τη θεραπευτική αγωγή.
- D. Εξηγήστε το σκοπό, τις παρενέργειες και τη σημασία της λήψης των φαρμάκων που συνταγογραφήθηκαν.

7. Λάβετε μέτρα για την ενίσχυση της δεκτικότητας του αρρώστου:

- A. Συμπεριλάβετε άτομα του περιβάλλοντός του στα εκπαιδευτικά μαθήματα, εάν είναι δυνατόν
- B. Ενθαρρύνετε τις ερωτήσεις και δώστε χρόνο για τον τονισμό και διευκρίνιση των παρεχόμενων πληροφοριών
- C. Δώστε γραπτές οδηγίες για τις προγραμματισμένες συναντήσεις με το ιατρικό/νοσηλευτικό προσωπικό, τις τροποποιήσεις στο διαιτολόγιο, το επίπεδο δραστηριότητας, το σχέδιο Θεραπευτικής αντιμετώπισης, τα φάρμακα που συνταγογραφήθηκαν καθώς και τα σημεία και συμπτώματα που πρέπει να αναφερθούν.

8. Τονίστε τις οδηγίες του ιατρού σχετικά με τη σημασία της κατάκλισης και της λήψης αυξημένης ποσότητας υγρών για μερικές ώρες εάν η ποσότητα αίματος ή τηγμάτων αίματος στα ούρα αυξάνεται.

9. Εξηγήστε τη σημασία της δακτυλικής εξέτασης του ορθού και της εξέτασης αίματος για το ειδικά αντιγόνο του προστάτη (PSA), που πρέπει να γίνονται κάθε χρόνο (η ανάπτυξη καρκίνου του προστάτη και η υποτροπή της καλοήθους υπερπλασίας του είναι δυνατή, εφόσον κατά τη διουρηθρική προστατεκτομή δεν

αφαιρείται ολόκληρος ο αδένας του προστάτη).19,27

ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΕΞΟΔΟΥ ΜΕΤΑ ΤΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΟΥ ΕΧΟΥΝ ΧΕΙΡΟΥΡΓΗΘΕΙ ΓΙΑ ΚΥΠ

Πριν από την έξοδο ο ασθενής θα πρέπει να πληρεί κάποιες προηποθέσεις για να είναι πιο ομαλή η ανάρωση του στο σπίτι. Κάποιες από αυτές είναι:

1. Να ελέγχει τον πόνο του
2. Να μην εμφανίζει σημεία και συμπτώματα επιπλοκών
3. Να είναι ικανός να εκτελεί την αναγκαία περιποίηση του ουροκαθετήρα και του συστήματος παροχέτευσης
4. Να γνωρίζει τρόπους για την αντιμετώπιση της ακράτειας ούρων εφόσον εμφανισθεί, μετά την αφαίρεση του καθετήρα .
5. Να αποβάλλει 100-200 ml ούρων με ελάχιστη δυσφορία κάθε 2-4 ώρες
6. Να μην έχει σημεία και συμπτώματα επιπλοκών
7. Να γνωρίζει τρόπους για την πρόληψη αιμορραγιών στο σημείο της εγχείρησης
8. Να γνωρίζει τρόπους για την επανάκτηση ή διατήρηση του ελέγχου της κύστης
9. Να γνωρίζει τρόπους για την αντιμετώπιση της ακράτειας κοπράνων εάν υπάρχει (σε περίπτωση ριζικής προστατεκτομής)
10. Να γνωρίζει σημεία και συμπτώματα που πρέπει να αναφέρει στον ιατρό να κατανοεί το συσταθέν πρόγραμμα εξωνοσοκομειακής αγωγής, συμπεριλαμβανομένων των ιατρικών επισκέψεων, της φαρμακευτικής αγωγής, της περιποίησης του τραύματος, της επιτρεπόμενης δραστηριότητας και της μελλοντικής Θεραπευτικής αγωγής.19,27

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Στη διπλωματική αυτή εργασία μελετήθηκαν οι επιπλοκές που προκαλεί η καλοήθης υπερπλασία του προστάτη και οι νοσηλευτικοί τρόποι αντιμετώπισης τους.

Στο πρώτο κομμάτι της εργασίας (ιατρικό μέρος) περιγράφεται αναλυτικά η ανατομία και η χρησιμότητα του προστάτη αδένου στη λειτουργία του ανδρικού ουροποιητικού συστήματος. Επίσης αναπτύσσονται οι επιπλοκές που προκαλεί η καλοήθης υπερπλασία αυτού και οι τρόποι αντιμετώπισης της.

Στο δεύτερο κομμάτι (νοσηλευτικό) περιγράφονται οι τρόποι αντιμετώπισης ενός ασθενή με καλοήθη υπερπλασία προστάτη και οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις που πρέπει να πραγματοποιηθούν κατά την παραμονή του στο χώρο του νοσοκομείου.

Η καλοήθη υπερπλασία προστάτη μπορεί να μην αποτελεί σήμερα σημαντικό πρόβλημα υγείας ,εξαιτίας της καλής πρόγνωσης και των καλών αποτελεσμάτων των θεραπειών που πραγματοποιούνται για την αντιμετώπιση της, παρ'όλα αυτά προκαλεί μεγάλο πρόβλημα στην ποιότητα ζωής του ασθενή. Η μη απειλητική για τη ζωή νόσος υποβιβάζει την ποιότητα ζωής του ασθενή λόγω των επίμονων συμπτωμάτων της των απομονώνει κοινωνικά, καταστρέφει τη σεξουαλική του ζωή και τον κρατά μακριά από τις καθημερινές του δραστηριότητες. Τον αποκόπτει από τους κοντινούς του ανθρώπους καθώς δεν του είναι εφικτές οι μακρινές διαδρομές με το αυτοκίνητο και η εμφάνιση του σε κοινωνικές εκδηλώσεις και σε μέρη όπου δεν έχει άμεση πρόσβαση με την τουαλέτα.

Οι περισσότεροι ασθενείς που εμφανίζουν συμπτώματα ΚΥΠ δεν επισκέπτονται τον γιατρό γιατί το θεωρούν φυσική εξέλιξη του οργανισμού τους λόγω το πέρασ της ηλικίας τους . επισκέπτονται το γιατρό μετά από πιέσεις που δέχονται από τη σύντροφο τους ή από κάποιο άλλο κοντινό πρόσωπο που αντιλαμβάνεται τις αλλαγές στη ποιότητα ζωής τους και το πρόβλημα που αντιμετωπίζουν .

Η ελλιπής πληροφόρηση, η αβεβαιότητα για την πρόγνωση, οι κοινωνικές προκαταλήψεις , ο φόβος του πόνου είναι στοιχεία που δημιουργούν προβλήματα προσωπικής , κοινωνικής οικονομικής και σεξουαλικής φύσεως τόσο στον ασθενή όσο και στο περιβάλλον του. Οι αρνητικές αυτές επιδράσεις κλονίζουν την προσωπικότητα του ασθενή, προκαλούν άγχος και κατάθλιψη ελαχιστοποιώντας έτσι το επίπεδο της ποιότητας ζωής του.

Ο όρος της ποιότητας ζωής ασθενών άρχισε να χρησιμοποιείται κατά τα τέλη της δεκαετίας του '80 και εξελίχθηκε ταχέως. Αποτελεί μια πολυδιάστατη υποκειμενική έννοια με φυσική, κοινωνική, ψυχολογική και πνευματική συνιστώσα. Μέχρι σήμερα παρόλο που έχουν γίνει πολλές προσπάθειες ορισμού της ποιότητας ζωής, δεν υπάρχει κοινά αποδεκτός ορισμός. Έτσι, ανάλογα με τις διαστάσεις της ποιότητας ζωής, που πρόκειται να μετρηθούν υιοθετείται ή δημιουργείται αντίστοιχος ορισμός. Η σύγχρονη τάση ορισμού της εμφανίζει δύο προοπτικές. Στην πρώτη ενισχύεται η άποψη ότι η ποιότητα ζωής εξαρτάται σχεδόν εξ' ολοκλήρου από εσωτερικούς – προσωπικούς παράγοντες, ενώ κατά την δεύτερη άποψη η ποιότητα ζωής αντανακλά των συνδυασμό εξωτερικών και εσωτερικών παραμέτρων. Οι κατηγορίες που είδη υπάρχουν χωρίζονται σε εκείνες που σχετίζονται με τη φυσιολογική ζωή, την ευτυχία- ικανοποίηση, την επίτευξη των προσωπικών στόχων, την κοινωνική αντίληψη ή τη λειτουργικότητα. Από τις παραπάνω κατηγορίες εκείνη της ευτυχίας- ικανοποίησης είναι ο ορισμός που ταιριάζει στους στόχους της Νοσηλευτικής. Σειρά μελετών φανερώνουν τις προσπάθειες ορισμού στις περισσότερες από τις οποίες οι ασθενείς, τα άτομα που τους παρέχουν φροντίδα, οι επαγγελματίες υγείας απαριθμούν μεγάλο αριθμό διαφορετικών διαστάσεων και δραστηριοτήτων που κατά την άποψή τους επηρεάζουν τη ζωή και την ποιότητα της. Αντίθετα σε άλλες μελέτες αναγνωρίζεται περιορισμένος αριθμός παραμέτρων της. Οι αντιλήψεις αυτές φαίνεται να μεταβάλλονται με την πάροδο του χρόνου ή με την πρόοδο της νόσου.12,14

Η ποιότητα ζωής χαρακτηρίζεται από υποκειμενικότητα αφού ο κάθε ασθενής την αντιλαμβάνεται διαφορετικά τη βάση τις αξίες του και τις προσδοκίες του. Μελέτες δείχνουν τις σημαντικές διαφορές αντιλήψεων μεταξύ των ασθενών, των συγγενών τους και των επαγγελματιών υγείας για την ποιότητα ζωής των ασθενών, οι οποίες γίνονται ολοένα και μεγαλύτερες όσο προοδεύει η νόσος και αυξάνεται η βαρύτητα των συμπτωμάτων. Όμως ο ασθενής γνωρίζει καλύτερα από κάθε άλλον την κατάσταση της υγείας του επομένως μετρώντας την ποιότητα ζωής του αποκτούμε μια κατά το δυνατόν πληρέστερη εικόνα της υγείας του. Σημαντικός λόγος αξιολόγησης της ποιότητας ζωής είναι η συμβολή της στην ανάπτυξη υποστηρικτικής φροντίδας και αποκατάστασης των ασθενών.14

Η εκτίμηση της ποιότητας ζωής αποτελεί μια διευρυμένη ομάδα ειδικών, στην οποία πρωταρχικό ηγετικό ρόλο έχει ο νοσηλευτής, αφού η έννοια της σχεδόν ταυτίζεται με το σκοπό τους στόχους της Νοσηλευτικής, που είναι ολιστική ευεξία του ατόμου. Διεθνώς το μεγάλο ενδιαφέρον των νοσηλευτών για το θέμα φαίνεται από ότι βιβλιογραφικές αναφορές και μελέτες για την ποιότητα ζωής εμφανίζονται ήδη από τη δεκαετία του ογδόντα και ότι οι αναφορές αυτές σήμερα συνεχώς αυξάνουν. Τέλος και στη νοσηλευτική βιβλιογραφία υπάρχουν πολυάριθμες προσπάθειες ορισμού της ποιότητας ζωής. 12

Δύο κυρίως νοσηλευτικά μοντέλα για την ποιότητα ζωής έχουν αναπτυχθεί και επικρατήσει. Τα μοντέλα αυτά αναγνωρίζουν την πολυδιάστατη έννοια της ποιότητας ζωής και την προοπτική της υποκειμενικότητας που τη χαρακτηρίζει. Βασίζονται στη θεωρία ότι το άτομο και η υγεία είναι πολυδιάστατες έννοιες ενώ στηρίζονται στις ατομικές αξίες και τις πεποιθήσεις του ασθενή και στο δεδομένο ότι η αντίληψη της ποιότητας ζωής του είναι αποτέλεσμα των προσωπικών του εμπειριών. Το μοντελο της ποιότητας της ζωής των Ferrans και Powers αναγνώρισε τη σχέση της νοσηλευτικής διεργασίας με την ποιότητα ζωής και περιγράφει την ποιότητα ζωής ως το αποτέλεσμα των θετικών και αρνητικών παραγόντων που επηρεάζουν την ζωή του ατόμου. Το μοντέλο ομαδοποιεί τις παραμέτρους της ποιότητας ζωής σε 5 κατηγορίες: την ψυχολογική ευεξία, το κοινωνικό ενδιαφέρον, την αντίληψη για την εικόνα σώματος, την οργανική ευεξία, και την ανταπόκριση στη διάγνωση και την θεραπεία. Το δεύτερο μοντέλο, της Ferrell και τον συνεργατών της, που βασίστηκε στο προηγούμενο, ορίζει την ποιότητα ζωής περιγράφοντας 4 πεδία: της σωματικής, της ψυχολογικής, κοινωνικής και πνευματικής ευεξίας. Το μοντέλο αν και έχει γενική δομή που αναφέρεται σε οποιαδήποτε διάταξη της νόσου, ωστόσο μπορεί να εξειδικευτεί σε κάποια συγκεκριμένη.12,23

Παρόλο που η ΚΥΠ δεν είναι μια απειλητική νόσος για τη ζωή καταστρέφει με τον τρόπο της τη ζωή του ασθενή και του περιβάλλοντος του αφού του δημιουργεί πρόβλημα στις καθημερινές του δραστηριότητες και υποβιβάζει την ποιότητα ζωής του. Αν αντιμετωπιστεί έγκαιρα και με υπευθυνότητα ο ασθενής θα μπορεί πολύ σύντομα να επανέλθει στην πρωτέρα κατάσταση.14

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

ΕΡΕΥΝΕΣ ΚΑΙ ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΠΟΥ ΑΦΟΡΟΥΝ ΤΗΝ ΚΥΠ

ΑΛΗΘΕΙΕΣ ΚΑΙ ΨΕΜΑΤΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΥΠ

Η καλοήθης υπερπλασία προστάτη δεν είναι καρκίνος.

Η καλοήθης υπερπλασία του προστάτη δεν προκαλεί καρκίνο ούτε αυξάνει τις πιθανότητές σας να αναπτύξετε καρκίνο του προστάτη.

Το ιστορικό καρκίνου του προστάτη δεν αποτελεί προγνωστικό δείκτη καλοήθους υπερπλασίας.(παράρτημα 1)

Μπορεί να συνυπάρχει αύξηση του μεγέθους του προστάτη και καρκίνος του προστάτη, γι' αυτό είναι πολύ σημαντικό να εξετάζεστε τακτικά από ουρολόγο.

Η καλοήθης υπερπλασία του προστάτη δεν σχετίζεται με την σεξουαλική ικανότητα του ασθενούς .

Η συχνή εκσπερμάτωση δεν προφυλάσσει από υπερπλασία του προστάτη.(παράρτημα 2)

Η καλοήθης υπερπλασία του προστάτη δεν είναι απειλητική για τη ζωή.

Ένας στους δύο άντρες άνω των 50 ετών παρουσιάζει διόγκωση του μεγέθους του προστάτη του.

Σε άντρες ηλικίας 60-80 ετών η συχνότητα των πασχόντων από καλοήθη υπερπλασία του προστάτη φθάνει το 80%.

Η ποιότητα ζωής του ασθενούς με υπερπλασία του προστάτη μειώνεται, αλλά το πρόβλημα μπορεί να αντιμετωπιστεί αποτελεσματικά.

Όποιος χειρουργηθεί για καλοήγη υπερπλασία προστάτη δεν συνεπάγεται ότι απαλλάσσεται από το ενδεχόμενο να εμφανίσει καρκίνο του προστάτη.

Για τον καρκίνο του προστάτη υπάρχει κληρονομική προδιάθεση όχι όμως και για την καλοήγη υπερπλασία.

ΕΡΕΥΝΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΩΝ Α1-ΑΝΑΣΤΟΛΕΩΝ ΣΤΟΥΣ ΥΠΕΡΗΛΙΚΕΣ, ΜΕ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΚΑΛΟΗΘΟΥΣ ΥΠΕΡΠΛΑΣΙΑΣ ΠΡΟΣΤΑΤΗ

Σκοπός της έρευνας είναι ο καθορισμός της ασφάλειας και της αποτελεσματικότητας των α1-αναστολέων του συμπαθητικού (τεραζοσίνη και ταμσουλοσίνη) στους υπερήλικες ασθενείς με συμπτωματολογία καλοήθους υπερπλασίας του προστάτη. Μελετήθηκαν συνολικά 27 ασθενείς πάνω από ογδόντα ετών με συμπτωματολογία ΚΥΠ. Χορηγήθηκαν τεραζοσίνη 5mg στους 12 ασθενείς και ταμσουλοσίνη 0,4 mg στους υπόλοιπους 15. Μελετήθηκε η βελτίωση στο Qmax, καθώς και η μεταβολή στη βαθμολογία συμπτωμάτων symptom-score κατά IPSS, προ και μετά την χορήγηση των παραπάνω φαρμάκων. Επίσης διερευνήθηκαν οι μεταβολές στην αρτηριακή πίεση (οι 21 ασθενείς ήταν οι υπερτασικοί και ήδη ελάμβαναν αντιυπερτασικά σκευάσματα), καθώς και η εμφάνιση άλλων ανεπιθύμητων αντιδράσεων (ζάλη, ίλιγγος, καταβολή, αστάθεια κ.τ.λ)

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Είναι γεγονός ότι τα τελευταία χρόνια, αυξανόμενου τόσο του προσδόκιμου ζωής των ανθρώπων, όσο και του μορφωτικού και κοινωνικοοικονομικού επιπέδου, όλο και περισσότεροι άνδρες μεγάλης ηλικίας αναζητούν τη βοήθεια του ουρολόγου για την αντιμετώπιση των προβλημάτων ούρησης που προέρχονται από την καλοήγη υπερπλασία του προστάτη. Περίπου το 90% των ανδρών που διανύουν την όγδοη δεκαετία της ζωής

τους έχουν ιστολογικώς τουλάχιστον ΚΥΠ και εκτιμάται ότι στους μισούς και πάνω από αυτούς τα συμπτώματα θα είναι τόσο έντονα ώστε να απαιτηθεί οπωσδήποτε θεραπεία. Παλαιότερα οι υπερήλικες ασθενείς απέφευγαν την αναζήτηση ιατρικής βοήθειας λόγω του ότι τη μόνη λύση ήταν του χειρουργείου που δεν την επιθυμούσαν, ή υπήρχαν σοβαρές αντενδείξεις γι' αυτήν, αφού δεν υπήρχαν οι φαρμακευτικοί εκείνοι παράγοντες που θα συνέτειναν στην ύφεση των συμπτωμάτων τους από την υπερπλασία του προστάτη.

Η κατάσταση όμως αυτή έχει πλέον αλλάξει ριζικά. Η ανακάλυψη των α1-αναστολέων του συμπαθητικού (εκλεκτικών και υπέρ εκλεκτικών), έχει συνεισφέρει τα μέγιστα στην αντιμετώπιση των δυσάρεστων συμπτωμάτων που προκαλεί η ΚΥΠ στους υπερήλικες, παράλληλα με ασφάλεια και χωρίς να τίθεται σε άμεσο κίνδυνο η ζωή των ασθενών αυτών.

Η καλοήθης υπερπλασία του προστάτη σήμερα αντιμετωπίζεται αποτελεσματικά με τη χειρουργική και φαρμακευτική θεραπεία. Αν και η TURP (διουρηθηρική εκτομή προστατικού αδενώματος) θεωρείται ακόμη πιο αποτελεσματική μέθοδος στην ΚΥΠ, στους υπερήλικες ασθενείς μπορεί να μην αποτελεί και την πιο καλύπτερη επιλογή, εξαιτίας του ότι η νοσηρότητα και θνησιμότητα από την TURP είναι μεγάλη στους ασθενείς πάνω από ογδόντα ετών. Σ' αυτούς τους ασθενείς μια καλή επιλογή (ίσως με λιγότερη αποτελεσματικότητα, αλλά σίγουρα με λιγότερο ρίσκο), αποτελεί η φαρμακευτική αγωγή με τους α1-αναστολείς. Όμως κι αυτή εμφανίζει παρενέργειες οι οποίες μάλιστα και αναγκάζουν το 10% των ασθενών να διακόψει τη χρήση της. Οι συνήθεις παρενέργειες αυτής της φαρμακευτικής αγωγής είναι τα υποτασικά επεισόδια κεφαλαλγία, ζάλη, καταβολή, αστάθεια κ.τ.λ. Επίσης οι ηλικιωμένοι με την μειωμένη συνήθως ηπατική και νεφρική λειτουργία, καθώς και με την πληθώρα άλλων φαρμάκων που λαμβάνουν, κάνουν μερικές φορές τις παρενέργειες από τη χορήγηση των α1-αναστολέων να είναι πιο πολλές και έντονες. Η παρούσα μελέτη αποσκοπεί στο να καθορίσει αποτελεσματικότητα αλλά και την ασφάλεια των α1-αναστολέων τους υπερήλικες ασθενείς (πάνω από 80 ετών) με συμπτωματολογία ΚΥΠ.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΓΕΘΟΣ

Τα τελευταία τρία χρόνια μελετήθηκαν στην κλινική συνολικά 27 ασθενείς με συμπτωματολογία καλοήθους υπερπλασίας του προστάτη (ερεθιστικού και αποφρακτικού τύπου συμπτώματα) όλοι υπερήλικες με μέσο όρο ηλικίας 82,2 έτη. Από τη μελέτη αποκλείστηκαν οι ασθενείς με γνωστό ιστορικό στενώματος ουρήθρας, νευρογενούς κύστεως, καρκίνο προστάτη, καθώς και εκείνοι που ήδη είχαν υποβληθεί σε προστατεκτομή είτε διουρηθρική είτε ανοικτή. Σε όλους τους ασθενείς δινόταν ο βασικός εργαστηριακός έλεγχος, δηλαδή γενική εξέταση αίματος, σάκχαρο ορού (φυσιολογικό), ουρία, κρεατινίνη, PSA-FreePSA, γενική εξέταση ούρων –καλλιέργεια, (αρνητική για μικρόβια). Επίσης οι ασθενείς υπεβλήθησαν σε δακτυλική εξέταση του προστάτη, ενδοφλέβια πυελογραφία, υπερηχογραφικό έλεγχο (μέγεθος προστάτη αδένος, έλεγχος υπολειπόμενο ποσού ούρων). Τέλος σε όλους τους ασθενείς έγινε ουρομέτρηση, όπου η τιμή του Qmax ήταν κάτω από 10ml/sec.(Qmax<10ml/sec)

Χορηγήθηκαν τεραζοσίνη 5mgσε 12 άτομα και ταμσουλοσίνη 0,4mg τους υπόλοιπους 15. Οι ασθενείς δεν υπεβλήθησαν σε επέμβαση είτε γιατί δεν επιθυμούσαν, είτε γιατί υπήρχαν σοβαρές χειρουργικές αντενδείξεις (βαριά ΧΑΠ, καρδιογγειακά νοσήματα)

Από το σύνολο των ασθενών μας οι 6 ήταν νορμοτασικοί, ενώ οι υπόλοιποι 21 ήδη ελάμβαναν αντιυπερτασική αγωγή και μάλιστα πολλοί απ' αυτούς συνδυασμό αντιυπερτασικών φαρμάκων και συγκεκριμένα α-MEA με αναστολείς διαύλων Ca, διουρητικά με α-MEA, διουρητικά με αναστολείς αναστολείς Ca, και β-αναστολείς με αναστολείς Ca. Επίσης οι ασθενείς ούτε διέκοψαν ούτε τροποποίησαν την αντιυπερτασική τους αγωγή κατά τη διάρκεια της μελέτης.

Τους ασθενείς τους ελέγχουμε στους τρεις και στους έξι μήνες από τη χορήγηση των α1-αναστολέων. Μελετήθηκε η αποτελεσματικότητα των φαρμάκων αυτών μετρώντας το Qmax προ και μετά χορήγησή τους, και υπολογίζοντας τη βαθμολογία των συμπτωμάτων το symptom-score κατά IPSS των ασθενών προ και μετά την αγωγή.

Για την ασφάλεια των $\alpha 1$ -αναστολέων μετρήθηκαν οι τυχόν μεταβολές της αρτηριακής πίεσης των ασθενών, καθώς και η εμφάνιση άλλων ανεπιθύμητων παρενεργειών από τη χορήγησή τους, όπως κεφαλαλγία, ζάλη, αστάθεια, αδυναμία κ.λ.π.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Από τους 27 ασθενείς οι 24 παρουσίασαν σαφή βελτίωση των μετρούμενων παραμέτρων, τόσο στους 3 μήνες, όσο και μετά από 6 μήνες από την έναρξη χορήγησης των $\alpha 1$ -αναστολέων, γι' αυτό και συνεστήθη συνέχιση της αγωγής. Οι υπόλοιποι 3 διέκοψαν τη θεραπεία, λόγω εμφάνισης έντονων παρενεργειών. Συγκεκριμένα διαπιστώθηκε σαφής βελτίωση στη ροή των ούρων όπου το Q_{max} αυξήθηκε κατά 3,8 μέσο όρο.

Επίσης η βελτίωση της βαθμολογίας των συμπτωμάτων, ήταν σημαντική, με μέση μείωση της βαθμολογίας κατά δέκα μονάδες.

Όσον αφορά τις μεταβολές στην αρτηριακή πίεση, παρατηρήθηκε μια ελάχιστη, μη σημαντική πτώση της πίεσης, κυρίως κατά τη μέτρηση σε όρθια θέση (ορθοστατική), και όπου όμως ο βαθμός μείωσης ήταν σχεδόν ο ίδιος σε όλους τους ασθενείς ανεξάρτητα αν βρίσκονταν ήδη από αντιυπερτασική αγωγή ή όχι.

Από το σύνολο των ασθενών στους 8 εμφανίστηκαν παρενέργειες, όπως ζάλη, ίλιγγος, καταβολή, κεφαλαλγία, ελαφρά αστάθεια με αποτέλεσμα οι 3 από αυτούς να αναγκαστούν να διακόψουν τελείως την φαρμακευτική αγωγή με τους $\alpha 1$ -αναστολείς.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΧΡΗΣΗ ΤΗΣ ΤΑΜΣΟΥΛΟΖΙΝΗΣ (Α1Α) ΕΚΛΕΚΤΙΚΟΣ ΑΔΡΕΝΕΡΓΙΚΟΣ ΑΝΤΑΓΩΝΙΣΤΗΣ) ΣΤΗΝ ΚΑΛΟΗΘΗ ΥΠΕΡΠΛΑΣΙΑ ΤΟΥ ΠΡΟΣΤΑΤΗ

ΕΙΣΑΓΩΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Ταμσουλοζίνη είναι ένας εκλεκτικός Α1α - εκλεκτικός αναστολέας των αδρενεργικών υποδοχέων. Πρόκειται για φάρμακο που χορηγείται στην συντηρητική αντιμετώπιση της καλοήθους υπερπλασίας του προστάτη αδένου. Κατά την περίοδο Δεκέμβριος 1996 - Δεκέμβριος 1998 στην Πανεπιστημιακή Ουρολογική Κλινική Ιωαννίνων αξιολογήθηκαν και μελετήθηκαν τα αποτελέσματα μετά από την χορήγηση Ταμσουλοζίνης σε 60 ασθενείς, που παρουσίαζαν κλασική συμπτωματολογία ενοχλημάτων από υποकुστικό κώλυμα, λόγω καλοήθους υπερπλασίας του προστάτη. Στους μελετηθέντες ασθενείς η χορήγηση της Ταμσουλοζίνης ως μονοθεραπεία είχε σαφώς ευεργετική δράση η οποία γίνεται αντιληπτή ήδη από τα πρώτα 24ωρα μετά την έναρξη της θεραπείας χωρίς να εμφανίζει καμία επίπτωση στην αρτηριακή πίεση και την σεξουαλική λειτουργία του ασθενούς.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η καλοήθης υπερπλασία σαν αιτία δυσλειτουργίας του κατώτερου ουροποιητικού είναι γνωστή από την αρχαιότητα. Έχει αναφερθεί στους Αιγυπτιακούς παπύρους ήδη από το 1500π.χ. και έχει συζητηθεί εκτενώς από τον Ιπποκράτη 1000 χρόνια μετά.

Είναι σημαντικό να τονισθεί ότι η υπερπλασία του προστάτη αδένου δεν είναι καρκίνος ούτε οδηγεί σε καρκίνο, αν και σ' έναν άνδρα είναι δυνατόν να συνυπάρχουν υπερπλασία του προστάτη και αδενοκαρκίνωμα του οργάνου (4,14).

Η International Consensus on BPH συνιστά εκτός από την χειρουργική αντιμετώπιση της καλοήθους υπερπλασίας του προστάτη και την συντηρητική θεραπεία

τόσο με αναστολείς της 5α - αναγωγάσης όσο και με τους α1 - αδρενεργικούς αναστολείς ως θεραπευτικές επιλογές για ασθενείς με ενοχλητικά συμπτώματα λόγω καλοήθους υπερπλασίας, που όμως δεν έχουν δημιουργήσει άλλου είδους επιπλοκές (4,17,18,22).

ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Κατά την χρονική περίοδο Δεκέμβριος 1996 - Δεκέμβριος 1998 εκ του συνόλου των ασθενών που παρουσιάστηκαν στα Εξωτερικά Ιατρεία της Πανεπιστημιακής Ουρολογικής Κλινικής Ιωαννίνων επιλέχθηκαν 60 ασθενείς οι οποίοι συμπεριλήφθηκαν στην μελέτη μας για τα αποτελέσματα της χορήγησης της Ταμσουλοζίνης ως μονοθεραπεία στην καλοήγη υπερπλασία του προστάτη. Μέσος όρος ηλικίας αυτών των ασθενών ήταν 67 +/-5 έτη. Όλοι οι ασθενείς της μελέτης μας παρουσίαζαν καλοήγη υπερπλασία του προστάτη αδένου με την κλασσική συμπτωματολογία αποφρακτικού τύπου, λόγω υποκυστικού κωλύματος χωρίς όμως να παρουσιάζουν επιπλοκές (π.χ.ουρητηρο-υδρονέφρωση, νεφρική ανεπάρκεια, λιθίαση της ουροδόχου κύστεως κ.λ.π.).

Σε όλους τους ασθενείς που συμπεριλήφθηκαν στο πρωτόκολλο μας, για την μελέτη των ευεργετικών και θεραπευτικών αποτελεσμάτων μετά από την χορήγηση της Ταμσουλοζίνης, πριν την έναρξη της θεραπείας έγινε ο ακόλουθος κλινικοεργαστηριακός έλεγχος για την καλύτερη και ασφαλέστερη αξιολόγηση των ασθενών :

1. αιματολογικός και βιοχημικός έλεγχος
2. μέτρηση των τιμών του PSA
3. U/S ουροποιητικού
4. I.V.P.
5. DRE (δακτυλική εξέταση εκ του ορθού)
6. εκτίμηση του I.P.S.S (International Prostatic Symptom Score)
7. ουροροομέτρηση – Qmax
8. έλεγχος υπολείμματος ούρων.

Όλοι οι ασθενείς έλαβαν το σκεύασμα per os ½ ώρα μετά το πρόγευμα και σε δοσολογία 0,4 mg / day. Η εκτίμηση του I.P.S.S. έγινε με μια καλώς εμπεριστατωμένη και λεπτομερή

λήψη ιστορικού των ενοχλημάτων των ασθενών, όπου κατά μέσο όρο σε αριθμούς ήταν της τάξεως του 20. Στον έλεγχο υπολείμματος ούρων που έγινε βρέθηκαν τιμές που ήταν μεταξύ 80 και 130 ml και η τιμή μέσης ροής των ούρων (Q_{max}) περίπου 10 ml/sec.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Η αξιολόγηση των αποτελεσμάτων 12 μήνες μετά την λήψη Ταμσουλοζίνης με δοσολογία 0,4 mg/day, ήταν ότι παρουσιάστηκε εμφανής βελτίωση των υποκειμενικών ενοχλημάτων λόγω υποκυστικού κωλύματος από καλοήγη υπερπλασία του προστάτη.

Βρέθηκε μια μείωση της τάξεως του 50 ml στον έλεγχο υπολείμματος ούρων. Μείωση επίσης παρουσίασε ο δείκτης I.P.S.S. όπου από τον μέσο όρο του 20 που βρισκόταν πριν την έναρξη της θεραπείας, μετά από 12 μήνες μετρήθηκε στο 5 - 6.

Αύξηση παρουσίασε η μέση τιμή ροής των ούρων (Q_{max}) κατά περίπου 5ml/sec, δηλαδή από 10ml/sec βελτιώθηκε μετά στο 15ml/sec.

Εκ του συνόλου των ασθενών μόνον 2 από αυτούς απεχώρησαν από την μελέτη και υπήρξε διακοπή της χορήγησης του φαρμάκου λόγω μικτών καρδιολογικών προβλημάτων.

Δεν παρατηρήθηκαν αλληλεπιδράσεις με άλλα φάρμακα, λαμβάνοντας υπ'οψιν την ηλικία των ασθενών της μελέτης, όπου συνήθως κάνουν χρήση φάρμακα και άλλων κατηγοριών για διάφορες παθήσεις.

Ανεπιθύμητες παρενέργειες αναφέρθηκαν σε ποσοστό 1-2% όπως κεφαλαλγία, αδυναμία, αίσθημα παλμών, ορθοστατική υπόταση χωρίς όμως να προκαλέσουν την διακοπή της θεραπείας.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

ΠΙΝΑΚΑΣ 1. Μέση βαθμολογία SF-36 (0-100) προσαρμοσμένη στην ηλικία, στο δείκτη σωματικής μάζας και στην παρουσία άλλων παθήσεων

	Φυσική λειτουργία	Φυσικός ρόλος	Πόνος	Γενική αντίληψη υγείας	Ζωντάνια	Συναισθηματικός ρόλος	Νοητική λειτουργία	κοινωνική λειτουργία
Συνολικό δείγμα	87,3	79,8	78,4	77,9	68,1	86,4	80,2	93,7
	Υποομάδες ασθενών							
Καθόλου Ελάχιστα	90,3	85,5	81,5	82,7	72,Ε	80	77,8	93,9
Ήπια Μέτρια	87,2	77,5	77,4	76,9	65,9	74,4	73,9	91,3
Εντονα-Μέτρια	84,3	71,6	74,1	72,7	61,9	70,6	71,1	89,4
Σοβαρά	79,8	60,8	71,9	69,3	56,8	66,2	70,8	85,6
Διαφορά πρώτης και τελευταίας κατηγορίας	10,3	24,7	9,6	13,3	15,7	13,8	7	8,3

Η χορήγηση της Ταμσουλοζίνης (Α1α - εκλεκτικός αδρενεργικός αναστολέας) ως μονοθεραπεία στους μελετηθέντες ασθενείς με την κλασική συμπτωματολογία αποφρακτικού τύπου λόγω υποकुστικού κωλύματος από καλοήγη υπερπλασία του προστάτη, είχε σαφώς ευεργετική δράση η οποία έγινε αισθητή αμέσως από τα πρώτα 24ώρα της έναρξης της θεραπείας

Τα κυριότερα συμπτώματα που εμφανίζονται στους άνδρες με Κ.Υ.Π. (χωρίς να είναι απαραίτητο να συνυπάρχουν όλα μαζί), αναφέρονται στον πίνακα 1. Όπως είναι γνωστό το στρώμα του προστάτη αδένου αποτελείται κυρίως από λείες μυϊκές και αποτελεί το 75% του όγκου του προστάτη. Αυτό το ποσοστό αυξάνεται στην καλοήγη υπερπλασία του αδένου. Ενώ στον φυσιολογικό προστάτη ο λόγος στρώμα / επιθήλιο είναι 2:1, στην καλοήγη υπερπλασία αυτός ο λόγος αυξάνεται στο 5:1 (3,16,20). Στις λείες μυϊκές ίνες του προστάτη, του αυχένα της ουροδόχου κύστεως καθώς και στον ραβδωτό

σφιγκτήρα υπάρχει πληθώρα από α1- αδρενεργικούς υποδοχείς, η διέγερση των οποίων προκαλεί μυϊκή σύσπαση με συνέπεια τον περιορισμό των ούρων στην έξοδο, και την εμφάνιση της κλασσικής συμπτωματολογίας λόγω υποकुστικού κωλύματος (9,16). Αυτή η ύπαρξη των α1- αδρενεργικών υποδοχέων στις λείες μυϊκές ίνες του προστάτη έδωσαν τα ερεθίσματα στους ερευνητές να πραγματοποιήσουν μελέτες για την χορήγηση α-blockers, με τελικό σκοπό την μείωση της απόφραξης της προστατικής μοίρας της ουρήθρας για την βελτίωση της υποκειμενικής συμπτωματολογίας λόγω υποकुστικού κωλύματος από την καλοήγη υπερπλασία του προστάτη (3,8,17).

Η Ταμσουλοζίνη με μοριακό βάρος 444,98 και χημική ονομασία : (-)-(R)-5-[2-{[2-(0-αιθοξυφαινοξυ)αιθυλο]αμινο}προπυλο]-2μεθοξυβενζενοςουλφοαμίδιο, είναι ένα φαρμακευτικό παρασκεύασμα πολύ δραστικό στους μετασυναπτικούς αδρενεργικούς υποδοχείς α1- υποτύπου (A1α) του κατωτέρου ουροποιητικού συστήματος και ιδίως του προστάτη αδένα και όχι στους υποτύπους που βρίσκονται στα τοιχώματα των αιμοφόρων αγγείων.

Αυτό έχει ως συνέπεια την ελαχιστοποίηση της πτώσεως της αρτηριακής πίεσης από αγγειοδιαστολή η οποία μπορεί να προκαλέσει ορθοστατική υπόταση, ζάλη, κεφαλαλγία, ταχυκαρδία, και λιποθυμία ενώ προκαλεί αύξηση της αποτελεσματικότητας στην βελτίωση λειτουργικών συμπτωμάτων από υποकुστικό κώλυμα λόγω καλοήθους υπερπλασίας του προστάτη αδένα.

Βεβαίως πρόκειται για μια μη επεμβατικού τύπου αντιμετώπιση της καλοήθους υπερπλασίας χωρίς αυτό να αποκλείει μια μελλοντική χειρουργική αντιμετώπιση της πάθησης (4). Η συντηρητική αυτή μονοθεραπεία με follow-up 12 μηνών δεν παρουσίασε καμία ουσιώδη επίπτωση στην αρτηριακή πίεση, ούτε επέδρασε αρνητικά στην σεξουαλική δραστηριότητα των ασθενών ώστε να διακοπή η χορήγηση της Ταμσουλοζίνης από του στόματος (6,10,26). Το γεγονός ότι η Ταμσουλοζίνη δεν παρουσίασε αλληλοεπιδράσεις με άλλες κατηγορίες φαρμάκων όπως η Ατενολόλη, η Εναλαπρίλη, και η Νιφεπιδίνη είναι ένα πλεονέκτημα στην συνολική αντιμετώπιση των ηλικιωμένων ασθενών και βοήθησε στην εξασφάλιση μιας καλύτερης ποιότητας ζωής σ'αυτήν την ειδική ομάδα τρίτης ηλικίας του ανδρικού πληθυσμού (23,24).

Προκειμένου να καθιερωθεί η Ταμσουλοζίνη στην φαρμακευτική φαρέτρα των Ουρολόγων για την συντηρητική αντιμετώπιση της καλοήθους υπερπλασίας του προστάτη αδένου, χρειάζονται ακόμα μεγαλύτερες σε αριθμό ασθενών διπλές τυφλές κλινικές μελέτες και με μεγαλύτερο follow up, ώστε να αξιολογηθούν καλύτερα και με ουσιώδη τεκμηρίωση τα ευεργετικά αποτελέσματα από την χορήγηση της Ταμσουλοζίνης.

Συσχέτιση του καπνίσματος με την ένταση των συμπτωμάτων από το κατώτερο ουροποιητικό σύστημα και το μέγεθος του προστατικού αδενώματος
Δ. Μητρόπουλος, Ε. Σεραφετινίδης, Ι. Αναστασίου, Α. Ζέρβας

ΣΚΟΠΟΣ

Να διερευνηθεί η σχέση μεταξύ καπνίσματος και βαρύτητας συμπτωμάτων από το κατώτερο ουροποιητικό, όγκου προστάτη αδένου και βάρους προστατικού αδενώματος σε συνάρτηση με τα επίπεδα τεστοστερόνης και οιστραδιόλης στον ορό.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ

Η σχέση μεταξύ καπνίσματος και καλοήθους υπερπλασίας μελετήθηκε σε 95 ασθενείς που υπεβλήθησαν σε εκτομή προστατικού αδενώματος λόγω συμπτωματικής προστατικής υπερπλασίας, αξιολογώντας τις διαφορές στη βαρύτητα των συμπτωμάτων από το κατώτερο ουροποιητικό, τον όγκο του προστάτη αδένου, το βάρος του εκταμένου αδενώματος και τα επίπεδα της τεστοστερόνης και οιστραδιόλης στον ορό.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Δεν διαπιστώθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές των παραμέτρων αυτών σε καπνιστές και μη καπνιστές ούτε στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις με τη διάρκεια και το βαθμό έκθεσης στον καπνό.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Στους Έλληνες ασθενείς που υποβάλλονται σε χειρουργική επέμβαση λόγω συμπτωμάτων από το κατώτερο ουροποιητικό οφειλομένων σε καλοήγη υπερπλασία του προστάτη, το κάπνισμα δεν σχετίζεται με τα φυσικά χαρακτηριστικά της νόσου.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1

Νέα Υόρκη: Το οικογενειακό ιστορικό καρκίνου του προστάτη, μπορεί να σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο εκδήλωσης της νόσου, ωστόσο δεν σημαίνει ότι υπάρχει σοβαρό ενδεχόμενο εκδήλωσης καλοήθους υπερπλασίας του προστάτη, σύμφωνα με ιταλική μελέτη που δημοσιεύθηκε στο International Journal of Cancer.

Ερευνητική ομάδα του Ινστιτούτου Φαρμακολογικής Έρευνας «Μάριο Νέγκρι» του Μιλάνου με επικεφαλής την Δρ Εύα Νέγκρι χρησιμοποίησε στοιχεία από μεγάλη ιταλική μελέτη που συμπεριλάμβανε 1.294 περιπτώσεις καρκίνου του προστάτη, 1.369 περιπτώσεις καλοήθους υπερπλασίας του προστάτη και 1.451 υγιείς άνδρες που αποτέλεσαν την ομάδα ελέγχου.

Όπως είχε καταδειχθεί και από παλαιότερες μελέτες, ο κίνδυνος καρκίνου του προστάτη ήταν σημαντικά δεν αυξημένος στους άνδρες με οικογενειακό ιστορικό. Ο κίνδυνος εκδήλωσης της συγκεκριμένης μορφής καρκίνου ήταν επίσης αυξημένος σε εκείνους με οικογενειακό ιστορικό, καρκίνου των νεφρών, των ωοθηκών και της ουροδόχου κύστης.

Αλλά ο κίνδυνος καλοήθους υπερπλασίας του προστάτη δεν ήταν αυξημένος στους άνδρες με οικογενειακό ιστορικό καρκίνου του προστάτη ή καρκίνου σε άλλο σημείο του σώματος.

«Η μελέτη επιβεβαιώνει τη θεωρία ότι ο καρκίνος του προστάτη είναι ένας σημαντικός παράγοντας κινδύνου για καρκίνο του προστάτη, και μάλιστα όταν ο ασθενής-συγγενής είναι αδερφός, όχι όμως και για καλοήγη υπερπλασία του προστάτη. Επίσης τα μέλη οικογενειών με πολλαπλές περιπτώσεις καρκίνων του μαστού και των ωοθηκών ίσως κινδυνεύουν περισσότερο να εκδηλώσουν καρκίνο του προστάτη.

Κατά τη διάρκεια της έρευνάς μας συλλέξαμε στοιχεία και για άλλους παράγοντες περιλαμβανομένης της διατροφής, της διαίτας, τη σωματική άσκησης, του καπνίσματος, του αλκοόλ και άλλων συνηθειών της καθημερινότητας. Αυτά θα αναλυθούν στο προσεχές μέλλον για να δούμε αν επηρεάζουν τον καρκίνο του και την καλοήγη υπερπλασία του προστάτη», τονίζει η Δρ Νέγκρι.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2

Νέα Υόρκη: Καμιά επιστημονική τεκμηρίωση δεν έχει η άποψη ότι όσο συχνότερα εκσπερματώνει ένας άνδρας, τόσο λιγότερα προβλήματα αντιμετωπίζει σχετικά με την υπερπλασία του προστάτη, σύμφωνα με αμερικανική μελέτη που δημοσιεύεται στο επιστημονικό έντυπο *Journal of Urology*.

Η υπερπλασία του προστάτη είναι μια συχνή πάθηση στους άνδρες μετά την ηλικία των 50 ετών. Τα βασικά συμπτώματα της είναι: συχνουρία, η οποία εμφανίζεται αρχικά τη νύχτα (νυχτουρία) και ύστερα και την ημέρα, δυσκολία στην έναρξη της ούρησης και αύξηση του χρόνου ούρησης, μικρή ακτίνα ούρησης η οποία κάποτε μπορεί να οδηγήσει σε στάγδην αποβολή των ούρων, αίσθημα ατελούς κένωσης της ουροδόχου κύστης και επαναλαμβανόμενες ουρολοιμώξεις.

Ο Δρ Μάικλ Λέιμπερ από την Κλινική Mayo της Μινεσότα, μελέτησε το ιατρικό ιστορικό 2.115 αδρών ηλικίας από 40 έως 79 ετών ώστε να διαπιστώσει αν τα προβλήματα υπερπλασίας του προστάτη χειροτερεύουν λόγω της απουσίας συχνής σεξουαλικής δραστηριότητας. Οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να απαντήσουν για τη συχνότητα των συμπτωμάτων και για τη συχνότητα εκσπερμάτωσης.

Ενώ οι άνδρες των 40 και 50 ετών είχαν σχετικά καλή συχνότητα εκσπερμάτωσης, αυτή έπεφτε μετά τα 60 και τα 70. Επίσης οι μεγαλύτεροι άνδρες της ομάδας είχαν περισσότερα συμπτώματα, μεγαλύτερους προστάτες και μικρή ακτίνα ούρησης.

"Συγκρίνοντας τη συχνότητα εκσπερμάτωσης με την κατάσταση ούρησης φαίνεται να υπάρχει μια άμεση σχέση", σημειώνει ο Δρ Λέιμπερ μιλώντας στο Reuters, "αλλά αν λάβουμε υπόψη και την ηλικία θα διαπιστώσουμε ότι δεν υπάρχει σαφή σχέση μεταξύ του αριθμού που κάποιος εκσπερματώνει την εβδομάδα ή τον μήνα και των συμπτωμάτων ή του μεγέθους του προστάτη ή της ακτίνας ούρησης."

"Ο μόνος προφανής δεσμός μεταξύ της ηλικίας και της συχνότητας εκσπερμάτωσης ίσως είναι η γενεσιουργός αιτία για την αντίληψη που επικρατεί εδώ και χρόνια. Όταν οι συμμετέχοντες ερωτήθηκαν σχετικά παραδέχτηκαν ότι νόμιζαν ότι ο προστάτης ελέγχει τη ροή του σπέρματος και γι' αυτό επεδίωκαν τη συχνή εκσπερμάτωση", συμπληρώνει ο Δρ Λέιμπερ.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 3

Νέα Υόρκη: Η δραστική ουσία αλφουζοσίνη επιβραδύνει την πρόοδο του καλοήθους υπερπλασίας του προστάτη, αλλά δεν προλαμβάνει την οξεία επίσχεση ούρων, σύμφωνα με στοιχεία που δημοσιεύονται στο BJU International.

Ερευνητική ομάδα του Ιατρικού Κέντρου Southwestern του Πανεπιστημίου του Τέξας στο Ντάλας με επικεφαλής τον Δρ Κλάους Ρόεχνμπορν σε συνεργασία με την ALTESS Study Group μελέτησε την επίδραση της διητούς θεραπείας με 10 mg (μια φορά την ημέρα) αλφουζοσίνης στη συμπτωματολογία του κατώτερου ουροποιητικού συστήματος και την πρόοδο των περιπτώσεων καλοήθους υπερπλασίας του προστάτη σε περισσότερους από 1.500 άνδρες.

Το ποσοστό των ασθενών με συμπτώματα προόδου τουλάχιστον τεσσάρων βαθμών στο σκορ της κλίμακας IPSS (International Prostate Symptom Score) ήταν σημαντικά χαμηλότερο στην ομάδα της αλφουζοσίνης (11,7%) συγκριτικά με το ψευδοφάρμακο (16,8%).

Η πιθανότητα για έναν δεδομένο ασθενή να μην έχει κανένα σύμπτωμα του κατώτερου ουροποιητικού συστήματος ή πρόοδο της καλοήθους υπερπλασίας του προστάτη ήταν σημαντικά υψηλότερη στην ομάδα της αλφουζοσίνης.

Απ' την άλλη, ο κίνδυνος οξείας επίσχεσης ούρων δεν διέφερε σημαντικά μεταξύ των δύο ομάδων (2,1% έναντι 1,8%). Ο κίνδυνος, σχετικής με την καλοήγη υπερπλασία του προστάτη, επέμβασης δεν διέφερε σημαντικά μεταξύ των δύο ομάδων.

Τα σκορ ποιότητας ζωής ήταν γενικά υψηλότερα στην ομάδα της ενεργούς θεραπείας, αλλά η συχνότητα σοβαρών παρενεργειών και διακοπών της αγωγής λόγω των παρενεργειών ήταν όμοια και στις δύο ομάδες.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 4

Νέα Υόρκη: Η λήψη του συμπληρώματος DHEA από αθλητές για την ενίσχυση των επιπέδων τεστοστερόνης και την απόκτηση μυϊκής μάζας ενισχύει την πιθανότητα υπερπλασίας του προστάτη, σύμφωνα με αυστραλιανή μελέτη που δημοσιεύθηκε στο επιστημονικό έντυπο Fertility and Sterility.

Το συμπλήρωμα DHEA είναι ιδιαίτερα δημοφιλές σε πολλά γυμναστήρια, καθώς επιταχύνει τη διαδικασία αύξησης του όγκου των ασκούμενων.

Στο πλαίσιο της μελέτης, ερευνητική ομάδα του Πανεπιστημίου της Νότιας Καλιφόρνια με επικεφαλής την Δρ Ντέμπορα Σοκολ έθεσε υπό 6μηνη μελέτη 14 υγιείς άνδρες ηλικίας από 18 έως 42 ετών, τους οποίους χώρισαν σε δύο ομάδες.

Τα άτομα της πρώτης ομάδας έλαβαν από 50 έως 200 milligrams DHEA και τα άτομα της δεύτερης ομάδας χάπια δίχως καμία δραστική ουσία (ψευδοφάρμακα).

Όπως διαπιστώθηκε κατά τη διάρκεια της μελέτης, οι άνδρες που έκαναν χρήση το συμπληρώματος δεν βίωσαν ασυνήθιστα συμπτώματα όπως γυναικομαστία ή αλλαγές στο μέγεθος των γεννητικών οργάνων ή του προστατικού αδένα.

Επιπλέον, δεν παρατηρήθηκαν επιδράσεις στα επίπεδα τεστοστερόνης, ωστόσο εντοπίστηκε μεγάλη άνοδος σε μια σειρά από άλλες ορμόνες, μεταξύ των οποίων και της ADG, η οποία αποτελεί αυξητικό παράγοντα του προστάτη.

Οι ερευνητές επισήμαναν πως παρότι κανείς από τους συμμετέχοντες δεν εκδήλωσε υπερπλασία του προστάτη, είναι απαραίτητο να πραγματοποιηθεί έρευνα σε μεγαλύτερο βάθος, προκειμένου να εξακριβωθεί σε μεγαλύτερη έκταση ο βαθμός κινδύνου για τους τακτικούς χρήστες του συμπληρώματος DHEA.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 5

Βοστώνη, 22/12/03: Ο συνδυασμός φιναστερίδης και δοξαζοσίνης είναι ασφαλής και επιβραδύνει την κλινική εξέλιξη της καλοήθους υπερπλασίας του προστάτη περισσότερο από ότι το κάθε φάρμακο μόνο του, σύμφωνα με αμερικανική μελέτη που δημοσιεύεται στο NEJM.

Ο επικεφαλής της μελέτης Δρ Τζον Μακ Κόνελ από το Πανεπιστήμιο του Τέξας και οι συνεργάτες του διεξήγαγαν μια μακροπρόθεσμη (διάρκειας περίπου πέντε ετών) διπλή τυφλή μελέτη, στην οποία συμμετείχαν 3.047 άνδρες με σκοπό να συγκριθούν οι επιδράσεις της δοξαζοσίνης, της φιναστερίδης και του συνδυασμού τους στη κλινική εξέλιξη της πάθησης.

Ο κίνδυνος κλινικής εξέλιξης της νόσου μειώθηκε σημαντικά τόσο από τη δοξαζοσίνη (μείωση κατά 39%, $p=0,001$), όσο και από τη φιναστερίδη (μείωση κατά 34%, $p=0.002$) σε σύγκριση με το εικονικό φάρμακο.

Ο συνδυασμός όμως των δύο φαρμάκων επέφερε πολύ μεγαλύτερη μείωση στον κίνδυνο εξέλιξης της νόσου με ποσοστό 66% σε σχέση με το εικονικό φάρμακο.

Επιπρόσθετα ο κίνδυνος οξείας επίσχεσης ούρων και ανάγκης επεμβατικής θεραπείας μειώθηκε σημαντικά από τη συνδυαστική θεραπεία και από τη θεραπεία με φιναστερίδη, αλλά όχι από τη δοξαζοσίνη.

Η δοξαζοσίνη είναι ένας α -ανταγωνιστής και κυκλοφορεί υπό την εμπορική ονομασία Cardura από τη φαρμακευτική εταιρεία Pfizer, ενώ η φιναστερίδη είναι ένας αναστολέας της 5- α -ρεδουκτάσης υπό το εμπορικό όνομα Proscar από την εταιρεία Merck.

Οι α -ανταγωνιστές δρουν σχετικά γρήγορα και ανακουφίζουν από τα συμπτώματα, έχουν ήπιες παρενέργειες, αλλά δεν σταματούν την εξέλιξη της υπερπλασίας.

Οι αναστολείς της α -ρεδουκτάσης μειώνουν μεν το μέγεθος του προστάτη κατά 20%, χρειάζονται όμως 6-12 μήνες για να είναι αποτελεσματικοί και επιπλέον μπορούν να μειώσουν τη λίμπιντο και να επιφέρουν διαταραχές στη στυτική λειτουργία.

Σε συνοδευτικό άρθρο ο Δρ Ντάρρακοτ Βάγκχαν από το Πανεπιστήμιο Cornell σημείωσε ότι οι περιπτώσεις καρκίνου που εμφανίσθηκαν κατά τη διάρκεια της θεραπείας

είχαν τάση να είναι προχωρημένου σταδίου στους ασθενείς που λάμβαναν θεραπεία με φιναστερίδη, γεγονός που πρέπει να έχει υπόψην του ο κλινικός γιατρός όταν αξιολογεί έναν ασθενή.

Ο Δρ Μακ Κόνελ δήλωσε στο ειδησεογραφικό πρακτορείο Reuters ότι ο ίδιος δεν πιστεύει ότι η φιναστερίδη σχετίζεται με σοβαρότερες μορφές καρκίνου.

Θεωρεί τέλος ότι ο συνδυασμός των δύο φαρμάκων αφορά κυρίως τους άνδρες που έχουν υπερπλασία του προστάτη που συνοδεύεται από διαταραχές της ούρησης, ενώ για αυτούς που έχουν μόνο συμπτώματα η θεραπεία με έναν α-ανταγωνιστή είναι αρκετή.

Πρέπει να αναφέρουμε κλείνοντας ότι οι μισοί από τους 26 συντελεστές της μελέτης έχουν οικονομικούς δεσμούς με τις παρασκευάστριες εταιρείες.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 6

Οι άνδρες που χρησιμοποιούν καθημερινά απλά παυσίπονα φάρμακα της κατηγορίας των μη στεροειδών αντιφλεγμονωδων, μπορεί να μειώνουν τις πιθανότητες που έχουν να αναπτύξουν καλοήγη υπερπλασία του προστάτη, σύμφωνα με μια νέα μελέτη.

Για να διαπιστώσουν εάν προστατεύουν από αυτήν τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα, οι ερευνητές επιστράτευσαν 2447 άνδρες ηλικίας 40 εως 79 ετών, τους οποίους παρακολουθούσαν επί 12 χρόνια.

Το ένα τρίτο από αυτούς έπαιρναν καθημερινά τέτοια φάρμακα , συνηθέστερα έπαιρναν ασπιρίνη, επειδή έπασχαν από νόσους όπως η αρθρίτιδα ή η καρδιοπάθεια. Στους άνδρες αυτούς ο προστάτης ήταν σπανιότερος κατά 27%, σε σύγκριση με εκείνους που δεν έπαιρναν τέτοια φάρμακα.

Οι άνδρες που έπαιρναν τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη είχαν επίσης 35% λιγότερες πιθανότητες να αναπτύξουν οποιοδήποτε είδους πρόβλημα ουρήσεως , ενώ είχαν και 50% λιγότερες πιθανότητες να παρουσιάσουν αυξημένα επίπεδα του ειδικού προστατικού αντιγόνου στο αίμα.

Τα ευρήματα αυτής της έρευνας υποδηλώνουν ότι «η λήψη μη στεροειδών φαρμάκων θα μπορούσε να αποτρέψει ή να καθυστερήσει την ανάπτυξη της καλοήθους υπερπλασίας του προστάτη»

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1.Αγγελος Ι. Κρανίδης
Γενική Ουρολογία
Ιατρικές Εκδόσεις Ζήτα
Αθήνα 2002

2.Αθανάσιος ν. Καλινδέρης
Γενική Ουρολογία
Γραφικές Τέχνες Μ. Τριανταφύλλου κ Σία
Θες/νίκη 1996

3.Δημήτριος Ραδόπουλος Αναπληρωτής καθηγητής ΑΠΘ
Η χειρουργική αντιμετώπιση της καλοηθούς υπερπλασίας του προστάτη και οι
εναλλακτικές παρεμβατικές προτάσεις
University Studiopress
Θες/νίκη 1997

4.Σταύρος Τουλουπίδης
Βασικές γνώσεις- Τόμος Α+Β
Εκδόσεις Γιόλα
Θες/νίκη 2005

5.Δημήτριος Ραδόπουλος
Η απαραίτητη για φοιτητές και γενικούς ιατρούς γενική ουρολογία
University Studiopress
Θες/νίκη 2004

6.Michael T. Macfaslane
Urology (third edition)
House offises series lippincott Williams and Wilkins
Canada 2001

7.Α.Ν Κωστακόπουλος
Ουρολογία Ι και ΙΙ
Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ Πασχαλίδης
Αθήνα 2003

8. Albaran J. Motzb
Contribution a l'etude de l'anatomic macroscopique de la prostate hypertrophiee
AnnMal Org Urin 1982

9. Β. Κατσίκας Η λαπαροσκόπηση στην ουρολογία
University Studiopress
Θεσ/νίκη 2001

10. Δρ. Βασίλειος Σταμ. Κατσίκας
Υπέρηχοι και ουρολογία
University Studiopress

11. John. P. Blandy, Bernard Lytton
The prostate
Butterworths London 1986

12. Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρία
«Τομέας νοσηλευτικής ογκολογίας Συνδέσμου Διπλωματούχων Νοσηλευτριών της
Ελλάδος, εταιρία Νοσ/κών Σπουδών»
(μετεκπαιδευτικά Σεμινάρια Νοσ/κής και ψυχοκοινωνικής ογκολογίας)
Μάρτιος-Ιούνιος 2002
Αθήνα 2003

13. Herbert Lepor. Md, Patrick C. Walsh MD
Urologic clinics "Benign prostatic hyperplasia"
Aug. 1990 Sadress

14. Herbert Lepor MD. Patrick C Walsh MD
Urologic Clinics "Advances in benign prostatic hyperplasia"
May 1995 Sandress

15. Philip M. Hanno , S. Bruce Mlcowicz
Alain J. Wein
Clinical Manual of urology (third edition)
"Mc Graw Hill"
USA 2001

16.Αθανάσιος Ν. Κωστακόπουλος(επιμέλεια-μετάφραση-προσθήκες)
Abraham T-K. Cockett Ken Koshi;iba
Ατλαντας ουρολογικής χειρουργικής
Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης
Αθήνα 2004

17..Ηλίας Κ. Παπαδόπουλος
Ανδρολογία
Ιατρικές Εκδόσεις Ζήτα
Αθήνα 1994

18.Emil. A. Tanagho , Jack W. MeAninch
Smith's General Urology (14th Edition)
“a long medical book”
Appleton and Lange
Canada 1995

19.Ulrich Canale Wendell
Παθολογική-Χειρουργική Νοσ/κή
«Σχεδιασμός νοσ/κής φροντίδας»
Εκδόσεις Λαγός
Αθήνα 1997

20.Δρ.Βασίλειος Κατσίκας
Υπέρηχοι και ουρολογία
University Studiopress
Θες/νίκη 1995

21.Τεύχος 2 εκδ. Ι.Ε/ Κ. και Γ. Ζερμπίνη
Ελληνική Ουρολογία «Τριμηνιαία έκδοση ελληνικής ουρολογικής εταιρίας»
Τόμος 18 Απρίλιος- Ιούνιος 2006
Σελ.23-24

22.Τεύχος 39 Info urology
«Τριμηνιαία ουρολογική Επιθεώρηση»
Εκδόσεις Καύκας
Τόμος 20 Ιούλιος-Αυγ-Σεπτ. 2005
Σελ.46-47

23.WORLD CONGRESS WSAVA/FECAVA/CSAVA- PROCEEDINGS
PRAGUE 2006

24. Ελένη Α. Καλδρυμίδου- Κουταλιανού

ΕΙΔΙΚΗ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΑΝΑΤΟΜΙΚΗ ΤΩΝ ΚΑΤΙΚΙΔΙΩΝ ΖΩΩΝ

Τεύχος Δ Ουροποιητικό και Γεννητικό σύστημα-μαστός

Β Έκδοση

Εκδόσεις Σύγχρονη Παιδεία

Θεσ/νίκη 2005

25. Alan E. Read D. W. Barritt

Σύγχρονη Παθολογία

R. Langton Hewas

Εκδόσεις Λίτσας

Αθήνα 1993

26. Φώτης Παπαδόπουλος

Χειρουργική κατοικιδίων ζώων

Β' Τόμος Θεσ/νίκη 2000

Εκτύπωση Β.Μπουρής

27. Άννα Σαχίνη-Καρδάση & Μαρία Πάνου

ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΙ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ- ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ
ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΕΣ

Α Τόμος, Β έκδοση

Εκδόσεις Βήτα MEDICAL ART

Αθήνα 2002