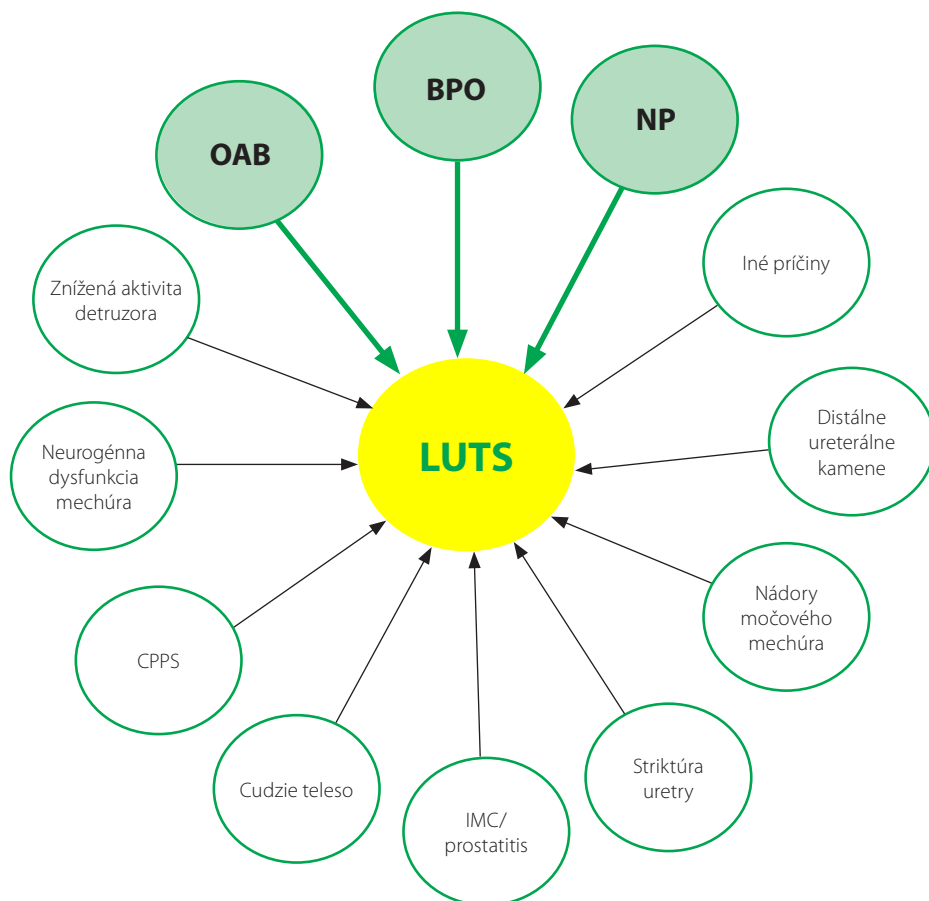


Obr. 2. Multifaktorová etiológia príznakov dolných močových ciest (1)



LUTS – lower urinary tract symptoms (príznaky dolných močových ciest)

BPO – benigná prostatická obštrukcia (potvrdená urodynamicky a histologicky)

OAB – overactive bladder (hyperaktívny močový mechúr)

NP – nočná polyúria (u zdravých jedincov vo veku 20–35 rokov tvorí nočná diuréza okolo 4–14 % z celkového 24-hodinového moču a ako NP sa označuje diuréza > 20 % z celkového 24-hodinového množstva moču; u starších ľudí ide o NP vtedy, ak objem vymočeného moču je > 33 % z ich celkovej 24-hodinovej diurézy)

IMC – infekcie močových ciest

CPPS – chronic pelvic pain syndrome (syndróm chronickej panvovej bolesti)

na obdobie 48 mesiacov. Aj keď sú dostupné na internete (www.bphptool.com), zatiaľ neboli dostatočne vyhodnotené v klinickej praxi (6).

U pacientov s BHP je vždy dôležité a potrebné vylúčiť aj iné možné príčiny LUTS, ako sú KP, konkrementy/cudzie telesá v močovom systéme, striktúra močovej rúry, zápaly dolných močových ciest, karcinóm močového mechúra, neurogénny močový mechúr, nočná polyúria (obrázok 2) (1).

Konzervatívna liečba mužských LUTS pri BHP

Moderný prístup k prijímaniu rozhodnutí o individualizovanej liečbe BHP musí zvažovať závažnosť/typ LUTS a ich vplyv na QoL; prítomnosť/nepriťomnosť komplikácií a súbežných ochorení (kardiovaskulárne ochorenia, diabetes mellitus, metabolický syndróm, erek-

tilná dysfunkcia a pod.); riziko progresie BHP; preferencie očakávania dobre informovaného pacienta. Muži so strednými (IPSS 8–19) až závažnými (IPSS 20–35) príznakmi a pri vyššom skóre (4–6) zhodnocujúcim ich QoL potrebujú nejakú formu terapie BHP. Po odporúčanej základnej diagnostike sa môže iniciovať v súčasnosti akceptovaná medikamentózna terapia LUTS/BHP – buď ako monoterapia, alebo v kombináciách, pričom sa priebežne skúmajú a vyvíjajú ďalšie liečivá (1, 2, 3, 4, 7).

Mužov s miernymi symptómami (IPSS 1–7) je vhodné sledovať, teda nie liečiť medikamentózne ani chirurgicky. Súčasťou je pravidelné monitorovanie pacienta a rady týkajúce sa životného štýlu (zníženie príjmu tekutín v určitom čase s cieľom znížiť frekvenciu močenia, napr. pred spaním, odporúčaný denný príjem tekutín 1500 ml by sa nemal redukovať,

obmedzenie príjmu alkoholu a kofeínu, tréningovanie močového mechúra, optimalizácia podávania súbežnej medicíny – napr. diuretik, liečby obštipácie a pod.). Zmeny životosprávy je možné odporúčať mužom s LUTS pred alebo spolu s inou liečbou BHP (napr. farmakoterapiou) (1, 3).

Farmakologická monoterapia

Antagonisty alfa1 adrenoreceptorov (alfa1 blokátory – A1B)

A1B inhibujú účinok endogénne uvoľňovaného noradrenalínu na bunky hladkého svalstva v prostate a tým spôsobujú zníženie napätia (tonusu) v oblasti predstojnej žľazy a krčka močového mechúra. Dominantnú úlohu v tomto procese zohrávajú tzv. α_1A adrenoreceptory. Lokalizácia alfa adrenoreceptorov (nielen α_1A , ale aj α_1B a α_1D) mimo prostatického tkaniva (napr. v močovom mechúre, v mieche, centrálnom nervovom systéme (CNS), cievach) je zrejme zodpovedná za vznik nežiaducich účinkov A1B. Súčasný koncept uprednostňuje na bežné terapeutické použitie selektívne antagonisty α_1A adrenoreceptorov (tamsulosín, silodosín). Stále však zostáva nezodpovedaná otázka, či α_1A selektivita je jediným a hlavným faktorom determinujúcim dobrú tolerabilitu lieku, a preto sa predpokladajú aj iné mechanizmy účinku týchto liečiv (1, 2, 3).

Dostupné sú lieky **alfuzosín, doxazosín, silodosín, tamsulosín, terazosín, naftopidil** (používaný len v ázijských krajinách). A1B existujú v rôznych formuláciách a väčšinou s aplikáciou raz denne (tabuľka 2) (1, 8). Nepriamo, ale aj limitované priame porovnanie medzi jednotlivými A1B preukázali, že všetky vyššie spomenuté medikamenty majú pri vhodnom dávkovaní podobnú účinnosť. Klinické štúdie potvrdili, že A1B redukujú IPSS o 35–40 %, zvyšujú maximálny prietok moču (Q_{max}) o 20–25 %. 60–80 % pacientov priaznivo reaguje na liečbu, a to už po 4–14 dňoch (tabuľka 3) (9). Účinnosť A1B nezávisí od veľkosti prostaty. V dlhodobých štúdiách sa dokázalo, že táto skupina liekov neredukuje objem prostatickej žľazy a nepredchádza vzniku AUR – čiže časť pacientov bude musieť byť (skôr či neskôr) chirurgicky liečená pre BHP (1, 3, 10). A1B sú