

Obr. 3. Medzinárodná stupnica prostatických príznakov (IPSS) (1)

	Vôbec nie	Asi v jednom z piatich prípadov	Menej ako v polovici prípadov	Asi polovici prípadov	Vo vyše ako polovici prípadov	Takmer vždy	
Ako často ste v priebehu posledných štyroch týždňov mali po vymočení pocit nevyprázdneného mechúra?	0	1	2	3	4	5	
Ako často ste v priebehu posledných štyroch týždňov muselo močiť skôr ako o dve hodiny po predchádzajúcom vymočení?	0	1	2	3	4	5	
Ako často ste v priebehu posledných štyroch týždňov pozorovali, že ste močenie niekoľko krát prerušili a znovu začali?	0	1	2	3	4	5	
Ako často ste v priebehu posledných štyroch týždňov močenie len s ťažkosťami oddialili?	0	1	2	3	4	5	
Ako často ste v priebehu posledných štyroch týždňov mali slabý prúd moču?	0	1	2	3	4	5	
Ako často ste v priebehu posledných štyroch týždňov museli pred začatím močenia tlačiť?	0	1	2	3	4	5	
Koľkokrát v priebehu posledných štyroch týždňov ste museli v noci kvôli močeniu vstávať? (priemerne za noc)	Vôbec nie	Raz	Dva razy	Tri razy	Štyri razy	Päť krát a viac	
Hodnotenie kvality života podľa ťažkostí: Ako by ste sa cítili, keby ste mali mať v budúcnosti rovnaké ťažkosti s močením ako v súčasnosti?	Výborne	Dobre	Prevažne dobre	Striedavo	Prevažne zle	Zle	Neznesiteľne
	0	1	2	3	4	5	6

IPSS – International Prostate Symptom Score

Odpovediam na otázky sú priradené body od 0 do 5, klasifikácia mikčných príznakov: 1–7 (mierne príznaky), 8–19 (stredne závažné príznaky), 20–35 (závažné príznaky).

Kvalita života posúdená len jednou otázkou: odpovede sa pohybujú od „výborne“ po „neznesiteľne“ (alebo od 0 do 6), závažnejšie obťažovanie (3 až 6 pri otázke číslo 8 vyjadruje potrebu liečby).

Uskladňovacie príznaky (otázky 2, 4, 7) sú spojené s väčšou závažnosťou a diskomfortom pre pacienta v porovnaní so symptómami vyprázdňovania moču.Zníženie IPSS (otázky 1 až 7) o ≥ 3 body v priebehu liečby vyjadruje zmiernenie príznakov a bežne je spojené so zlepšením kvality života.

dlhodobo (minimálne 4 roky) efektívnejšie u mužov s objemovo menšími prostatami (< 40 ml). Odporúča sa kontinuálna, dlhodobá terapia A1B, pretože prerušenie aplikácie vedie k relapsu príznakov väčšinou už v priebehu prvých troch mesiacov po vysadení liečby. Intermitentné použitie A1B je možno akceptovateľné u pacientov so symptómami s kolísajúcou (fluktuujúcou) intenzitou. Údaje o efekte dlhšieho prerušenia úspešnej liečby A1B u mužov s LUTS/BHP však chýbajú (1, 3, 11). Najčastejšími (u 5–15 % liečených jedincov) vedľajšími účinkami A1B sú asténia, závraty, ortostatická hypotenzia s vyšším rizikom pádov a s nimi spojených úrazov, abnormálna ejakulácia a pod. Vazodilatačné nežiaduce účinky sú výraznejšie pri doxazosíne a terazosíne. Pozorovalo sa, že pacienti s kardiovaskulárnymi sprievodnými ochoreniami a/alebo vazoaktívnou súbežnou medicínou sú vnímavejší na vazodilatačné efekty vyvolané A1B (1, 3, 5). V súvislosti s operáciou katarakty bol nedávno zaznamenaný tzv. IFIS (intraoperative floppy iris syndrome), a to hlavne v spojitosti s tamsulosínom, ale zvýšené riziko IFIS platí pre všetky A1B. Riziko je potrebné zvážiť pred chirurgickým riešením sivého zákalu na oftalmologickom oddelení (1, 3).

Tab. 2. Farmakokinetické vlastnosti a štandardné dávky alfa1 blokátorov* určených na liečbu benígnej hyperplázie prostaty (1, 8)

Liek	t_{max} (hodiny)	$t_{1/2}$ (hodiny)	Odporúčaná denná dávka
Alfuzosín IR	1,5	4–6	3 × 2,5 mg
Alfuzosín SR	3	8	2 × 5 mg
Alfuzosín XL	9	11	1 × 10 mg
Doxazosín IR	2–3	20	1 × 2–8 mg
Doxazosín GITS	8–12	20	1 × 4–8 mg
Naftopidil**	$2,20 \pm 1,04$	$13,2 \pm 5,4$	25–75 mg/deň
Tamsulosín MR	6	10–13	1 × 0,4 mg
Tamsulosín OCAS	4–6	14–15	1 × 0,4 mg
Terazosín	1–2	8–14	1 × 5–10 mg
Silodosín	2,5	11–18	1 × 4–8 mg

*uvedené v abecednom poradí

**schválený v Japonsku v roku 2011, dostupný/predávaný iba v ázijských krajinách; predklinické štúdie ukázali trojnásobne vyššiu selektivitu pre α_{1D} adrenoreceptory v porovnaní s α_{1A} adrenoreceptormi, efektívnosť rovnaká v porovnaní s tamsulosínom pri mierne nižšom výskyte nežiaducich účinkov t_{max} – čas do dosiahnutia maximálnej plazmatickej koncentrácie liečiva, $t_{1/2}$ – polčas eliminácie liečiva, IR – immediate release (okamžité/bezprostredné uvoľnenie), SR – sustained release (predĺžené uvoľňovanie), GITS – gastrointestinal therapeutic system (gastrointestinálny liečebný systém), MR – modified release (upravené/modifikované uvoľňovanie), OCAS – oral controlled absorption system (orálny kontrolovaný absorpčný systém)

A1B sú liekmi prvej voľby u mužov s LUTS/BHP a sú vhodné pre jedincov so stredne závažnými a závažnými LUTS (1).

Inhibítory 5-alfa reduktázy (5-ARI)

5-ARI (5-alpha reductase inhibitors) indukujú apoptózu v prostatických epiteliálnych bunkách znížením vplyvu androgénov inhibíciou enzýmu 5-alfa reduktázy, čo vedie k redukcii: objemu prostaty a hladiny cirkulujúceho PSA o 50 % po 6–12 mesiacoch liečby.

Zníženie objemu prostaty môže byť výraznejšie po dlhšie trvajúcej liečbe (1, 3).

Dostupné lieky sú **finasterid**, **dutasterid**. Klinické účinky v porovnaní s placebom sú viditeľné po 6–12 mesiacoch kontinuálnej terapie. Po dvoch až štyroch rokoch liečby 5-ARI redukujú LUTS (IPSS) o 15–30 %, objem prostaty o 18–28 % a zvyšujú Q_{max} o 1,5–2 ml/s u pacientov s BHP (1, 3, 5). Maximálny prospech bol zaznamenaný najskôr až po 3 (6) až 12 mesiacoch liečby u mužov s väčšími