

ΤΕΙ ΠΑΤΡΑΣ  
ΣΧΟΛΗ ΣΕΥΠ  
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΘΕΜΑ : ΥΠΕΡΤΡΟΦΙΑ ΠΡΟΣΤΑΤΗ

Π Τ Υ Χ Ι Α Κ Η Ε Ρ Γ Α Σ Ι Α

Σπουδαστριας : Μπουστρούκη Ραλλού

Υπεύθυνος Καθηγητής

Αχιλλεύος

Επιτροπή Εγκρίσεως  
Πτυχιακής Εργασίας :

Πτυχιακή Εργασία για τη λήψη του πτυχίου Νοσηλευτικής

Πάτρα



ΑΡΙΘΜΟΣ  
ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ

1666

## ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

I. ΕΙΣΑΓΩΓΗ	σελ. I
ΠΡΟΛΟΓΟΣ	σελ. I
ΟΡΙΣΜΟΣ	σελ. I
2. Ανατομία του ουροποιητικού συστήματος	σελ. 2
3. Φυσιολογία του ουροποιητικού συστήματος	σελ. 9
4. Παθολογική Ανατομική	σελ. 14
5. Αίτιο παθογένεια εξέλιξη	σελ. 15
6. Κλινική Εικόνα	σελ. 17
7. Διάγνωση	σελ. 19
8. Διαφορική διάγνωση	σελ. 21
9. Θεραπεία	σελ. 23
α. Συντηρητική	σελ. 23
β. Ενδείξεις Χειρουργικής Θεραπείας	σελ. 24
10. Νοσηλευτική Φροντίδα	σελ. 26
α. Εκτίμηση της κατάστασεως του σπρώστου	σελ. 26
β. Σκοπός της φροντίδας	σελ. 27
γ. Νοσηλευτική παρέμβαση	σελ. 27
δ. Ο ρόλος της αδελφής στη συντηρητική αγωγή	σελ. 28
ε. Χειρουργική θεραπεία	σελ. 29
στ. Νοσηλευτικά μέτρα και μέσα προεγχειριτική νοσηλευτική φροντίδα	σελ. 29
ζ. Μετεγχειριτική φροντίδα ασθενούς	σελ. 34
II. Επιπλοκές Χειρουργικής Επεμβάσεως	σελ. 37
12. Ιστορικά	σελ. 38

ΥΠΕΡΤΡΟΦΙΑ ΠΡΟΣΤΑΤΗ

ΘΕΜΑ: I ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Πρόλογος.

-----

Στην εργασία μου αυτή θα αναφερθώ στην υπερτροφία του προστάτου. Η πάθηση αυτή δε παύει να είναι μία από τις συχνές αιτίες διαταραχής της ουρήσεως. Οι διάφορες στατιστικές έδειξαν ότι η πάθηση αυτή προσβάλλει ένα μεγάλο αριθμό των ανδρών που έχουν περάσει τα 50 χρόνια ζωής, σπανιότερα εμφανίζεται σε άτομα μικρότερης ηλικίας.

Η υπερτροφία του προστάτου ανήκει στους όγκους του προστάτου, όπως και ο καρκίνος του προστάτη. Ο κίνδυνος από το αδένωμα δεν είναι απ' αυτό το ίδιο το αδένωμα, αλλά από τα αποτελέσματα που μπορεί να επιφέρει, όπως την ουρωλοίμωξη, την υδρονέφρωση και κατ' επέκταση τη νεφρική ανεπάρκεια.

Ορισμός: Ο προστατικός αδένας (προστάτης) είναι ένα αδενοεινομουματώδες όργανο του άνδρα και ανήκει στα έσω γεννητικά όργανα. Ο προστάτης παράγει ένα λεπτόρευστο αδιαφανές αλκαλικό έκκριμα το οποίο μεταξύ των άλλων περιέχει όξινη φωσφαταση, και είναι απαραίτητο για την αραίωση και την κανονική γλοιότητα του σπέρματος.

## ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΤΟΥ ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Το ουροποιητικό σύστημα αποτελείται: από τους δύο νεφρούς που αποτελούν την εκκριτική μοίρα του συστήματος και από: α) τους νεφρικούς κάλυκες (δεξιούς-αριστερούς), β) την νεφρική πύελο, γ) τον ουρητήρα, δ) την ουροδόχο κύστη και ε) την ουρήθρα, που αποτελούν την αποχετευτική μοίρα του ουροποιητικού συστήματος.

Νεφροί: Οι νεφροί έχουν σχήμα φασολιού. Βρίσκονται στο οπισθοπέριτόναικό χώρο εκατέρωθεν της σφυικής μοίρας της σπονδυλικής στήλης. Ο άνω πόλος του κάθε νεφρού φτάνει μέχρι το άνω χείλος της 12ης πλευράς και ο κάτω πόλος μέχρι τον 3ο σφυικό σπόνδυλο. Μορφολογικά ο νεφρός εμφανίζει δύο επιφάνειες την πρόσθια, και την οπίσθια, δύο χείλη το έσω και έξω, και δύο πόλους τον άνω και κάτω. Στο έσω χείλος παρουσιάζει ένα άνοιγμα, την πύλη του νεφρού, από την οποία εισέρχονται οι κλάδοι της νεφρικής αρτηρίας και νεύρα, και εξέρχονται κλάδοι της νεφρικής φλέβας και η νεφρική πύελο.

Το βάρος κάθε νεφρού κυμαίνεται στα 120-300 GR. έχει μήκος 10-12CM και πλάτος 5-6CM.

Εκτός από τα αγγεία το παρεγχυμα του νεφρού αποτελείται από ένα πολύπλοκο σύστημα σωληναρίων, τους νεφρώνες και τα αθροιστικά σωληνάκια. Ο νεφρός του ενήλικου περιέχει 0,9-1,6 εκατομμύρια νεφρώνες. Η τυφλή αρχή του ουροφόρου σωληναρίου εμπύσσεται προς τα μέσα σακοειδώς και σχηματίζει το έλυτρο του BOWMAN. Μέσα στο έλυτρο του BOWMAN σχηματίζεται το αγγειώδες σπείραμα, που αποτελεί το φίλτρο δια μέσου του οποίου σχηματίζεται, στη κοιλότητα του ελύτρου του BOWMAN το πύουρο. Στο σωληναριακό σύστημα που αρχίζει από την τυφλή κοιλότητα του ελύτρου του BOWMAN σχηματίζονται μετά από επαναρρόφηση τα ούρα.

Αποχετευτική μοίρα:

α) Νεφρικοί κάλυκες: Οι ελάσσονες κάλυκες (8-12) προσφύο-

νται ο καθένας γύρω από την κορυφή κάθε μαθηγγιανής πυραμίδας. Όταν οι ελάσσονες κάλυκες συννενοθούν σχηματίζουν συνήθως 2-3 μείζοντες κάλυκες που ενώνονται με τη νεφρική πύελο.

#### β) Νεφρική Πύελος:

Η νεφρική πύελος κάθε νεφρού συλλέγει τα ούρα που εκρέουν από τις κορυφές των νεφρικών θηλών και συγκλίνει προς τον ουρητήρα που μεταφέρει τα ούρα κατά μικρές ποσότητες στην ουροδόχο κύστη.

Η νεφρική πύελος εφάπτεται χαλαρά στην νεφρική κοιλία. Μόνο στην περιοχή των νεφρικών θηλών προσφύεται στερεά στο νεφρικό παρέγχυμα. Κάθε μία (ή και δύο τρεις) νεφρική θηλή καθώς προβάλλει περιβάλλεται γύρω της από ένα ελάσσονα κάλυκα.

Το σχήμα της νεφρικής πύελου εμφανίζει ατομικές και λειτουργικές διαφορές. Συνήθως διακρίνουμε άνω και κάτω κύριο κλάδο. Μπορεί επίσης να σχηματίζει σχήμα λυκήθου, λυκυθοειδής πύελος, ή να αποτελείται από αρκετούς σωληνοειδής σχηματισμούς σχιστός ή κλαδωτός τύπος πύελου. Η μέση χωρητικότητα της νεφρικής πύελου είναι 3-8CM<sup>3</sup>.

#### γ) Ουρητήρας:

Στον ενήλικα ο ουρητήρας έχει μήκος 28-30CM και ακολουθεί μια πορεία σχήματος S. Αρχίζει από την κορυφή της νεφρικής πύελου, στο ίδιο ύψος με τον δεύτερο οσφυϊκό σπόνδυλο και πορεύεται αρχικά στα πλάγια της οσφυϊκής μοίρας της σπονδυλικής στήλης και έπειτα μέσα στην ελάσσονα πύελο.

Ο ουρητήρας διακρίνεται σε τρεις μοίρες α) κοιλιακή, β) την πυελική και γ) την κυστική.

#### Η κοιλιακή:

Πορεύεται στα πλάγια της σπονδυλικής στήλης, οπισθοπεριτοναϊκά μέχρι το άνω στόμιο της ελάσσονος πύελου από όπου αρχίζει.

Η πυελική:

Μοίρα πορεύεται στο έξω τοίχωμα της ελάσσονος πυέλου κατά μήκος των έσω λαγονίων αγγείων και έπειτα ανακάμπει προς τα έσω και πορεύεται πάνω στο πυελικό έδαφος απ'όπου εκβάλλει τελικά στο πυθμένα της ουροδόχου κύστεως.

Η κυστική:

Μοίρα του ουρητήρα που εισέρχεται και πορεύεται στο τοίχωμα της κύστεως λοξά μέχρι το ουρητηρικό στόμιο, στα άκρα του τριγώνου της κύστεως.

δ) Ουροδόχος Κύστη:

Είναι μία αποθήκη των ούρων η οποία ποικίλλει σε μέγεθος σχήμα, θέση ανάλογα με το ποσό των υγρών που περιέχει, καθώς και με την κατάσταση διαστάσεως των άλλων οργάνων. Βρίσκεται όταν είναι κενή στην ελάσσονα πυέλο, πίσω από την ηβική σύμφυση, εμπρός από το απευθυσμένο στον άνδρα, και στη γυναίκα εμπρός από τη μήτρα. Όταν διατείνεται εισέρχεται στην κοιλιακή κοιλότητα.

Η ουροδόχος κύστη διακρίνεται σε 3 μέρη: την κορυφή, το σώμα και τον πυθμένα. Το σχήμα της είναι ωοειδές και εμφανίζει πρόσθια, άνω και οπίσθια επιφάνεια, όταν όμως είναι γεμάτη η κορυφή και το οπίσθιο τοίχωμά της ανυψώνονται, παίρνουν ωοειδές σχήμα, και μπορεί να υπερβούν το άνω χείλος της ηβικής σύμφυσης. Μόνο όταν συσπώνται οι μύς της ουροδόχου κύστεως για να κενωθεί, κατά την ούρηση τότε αυτή παίρνει σχήμα σφαιρικό. Όταν η ουροδόχος κύστη περιέχει γύρω στα  $350\text{CM}^3$  ούρων δημιουργείται το αίσθημα επιθυμίας για ούρηση. Με τη θέλησή μας όμως μπορούν να κατακρατηθούν περισσότερα από  $700\text{CM}^3$  ούρων. Όταν υπάρχει παράλυση της κύστης αυτή μπορεί να περιέχει πολύ περισσότερα ούρα.

ε) Ουρήθρα:

Η ουρήθρα όπως το πέος και το όσχεο ανήκουν στα έξω γεννητικά όργανα του άνδρα. Τα έσω γεννητικά όργανα περιλαμβάνουν τους όρχεις, τους αδένες COOPER, τους σπερματικούς πόρους, τις σπερματοδόχες κύστες και τον προστάτη.

Η ανδρική ουρήθρα είναι ένας λεπτός σωλήνας, αρχίζει από τον αυχένα της κύστεως και διαιρείται σε τρεις μοίρες: α) την προστατική, β) την υμενώδη, γ) την πεική ή σπραγγώδη.

Η φορά της ουρήθρας δεν είναι ευθεία, αλλά μάλλον μοιάζει με το λατινικό S και σχηματίζει 2 καμπές: την περινεϊκή και την ηβική. Η περινεϊκή καμπή στρέφει το κυρτό προς τα πίσω και η ηβική προς τα μπροστά και άνω.

Στις καμπές αυτές γίνονται συνήθως τα στενώματα, σαν επιπλοκές της μακροχρόνιας χρήσεως των καθετήρων.

Το πέος αποτελεί το ανδρικό όργανο συνουσίας και περικλείει την ουρήθρα. Το σώμα του πέους είναι κινητό και προβάλλει κάτω από την ηβική σύμφυση. Στο σώμα διακρίνουμε την ραχιαία επιφάνεια, την κάτω ή ουρηθραία επιφάνεια και τις δύο πλάγιες επιφάνειες. Το σώμα καταλήγει στη βάλανο του πέους. Στην κορυφή της βάλανου υπάρχει το σχισμοειδές έξω στόμιο της ουρήθρας. Το πέος περιβάλλεται από ένα λεπτό δέρμα, την πόσθη το οποίο ολισθαίνει κατά μήκος του σώματος του πέους αλλά προσφύεται στον αυχένα του πέους. Το τμήμα της πόσθης που περιβάλλει τη βάλανο λέγεται ακροποσθία.

Το πέος αποτελείται από δύο στυτικά σώματα, τα σπραγγώδη σώματα του πέους που χρησιμεύουν μόνο για την κύστη, και από το σπραγγώδες σώμα της ουρήθρας από το οποίο διέρχεται η ανδρική ουρήθρα και καταλήγει στη βάλανο του πέους.

#### Εσωγεννητικά Όργανα:

Οι όρχεις είναι δύο μικροί ελλειπτικοί αδένες που κρέμονται σε ένα μυομεμβρανώδη σάκιο, το όσχεο, που αρχίζει από την πύελο κοντά στη βάση του πέους. Το εσωτερικό κάθε όρχη διαιρείται σε πολλά τριγωνικά λοβίδια. Κάθε λοβίδιο αποτελείται από ένα στενό εσπειραμένο σπερματοφόρο σωληνάριο μήκους 30 με 70CM, που συνδέεται στην τριγωνική κορυφή με πα-



ρόμοια σωληνάκια από γειτονικά ορχικά λοβόδια. Αυτό το αναστομυτικό δίκτυο των σπερματοφόρων σωληναρίων ενώνεται και ξαναενώνεται για να σχηματιστούν προοδευτικά λιγότερα, αλλά μεγαλύτερα σωληνάκια, που τελικά συγκεντρώνονται σε μία δέσμη σαν σχοινί στην έξω επιφάνεια του όρχη, την επιδιδυμίδα. Τα σωληνάκια της επιδιδυμίδας γρήγορα σχηματίζουν ένα μεγάλο πόρο το σπερματικό πόρο. Έπομένως όλα τα σπερματοφόρα σωληνάκια ενός όρχη τελικά συνεχονται και αποχετεύονται στο σπερματικό πόρο. Ο σπερματικός πόρος περνά έξω από το όσχεο δια του βουβωνικού πόρου και μέσα στην κοιλιακή κοιλότητα, όπου διαπερνά τον προστατικό αδένα και ανοίγεται στην ουρήθρα.

Η ουρήθρα περιβάλλεται ολόκληρη από τον προστάτη.

Οι σπερματικές κύστες είναι μικρά σακκοειδή όργανα που αποχετεύονται από ένα λεπτό πόρο που συνδέεται με το σπερματικό πόρο, ακριβώς προτού αυτός διασχίσει τον προστάτη. Αυτός ο συνδυασμός του σπερματικού κυστικού πόρου και του σπερματικού πόρου είναι ο εκσπερματιστικός πόρος που ονομάζεται έτσι διότι αυτή η σωληνώδης κατασκευή διαθέτει ένα ειδικό μυϊκό εξάρτημα, ικανό να προκαλέσει εκσπερμάτωση, που εξαναγκάζει τα περιεχόμενα των πόρων απ'ευθείας στην ουρήθρα. Οι αδένες του COOPER εντοπίζονται κοντά στον προστάτη και ανοίγουν προς την ουρήθρα απευθείας με λεπτούς πόρους, οι σπερματικές κύστες και ο προστάτης λειτουργούν μαζί για να παράγουν ένα γαλακτώδες πηκτό, αλκαλικό έκκριμα μέσα στο οποίο αιωρούνται τα σπερματοκύτταρα, και περιέχει θρεπτικά συστατικά απαραίτητα για την σπερματική ζωτικότητα. Το περιεχόμενο αυτών των αδενικών εκρίσεων συν τα σπερματοκύτταρα που παράγονται από τα σπερματοφόρα σωληνάκια αποτελούν το σπερματικό υγρό.

#### Ο προστατικός αδένας (προστάτης):

Βρίσκεται πάνω από την ηβική σύμφυση, κάτω από την ουροδόχο κύστη και μπροστά από το ορθό. Ο φυσιολογικό προστάτης έχει σχήμα καστανου και βάρους 20GR περιέχει δε την οπίσθια (προστατική) ουρήθρα σε μήκος περίπου 2,5-4CM. Λόγω του

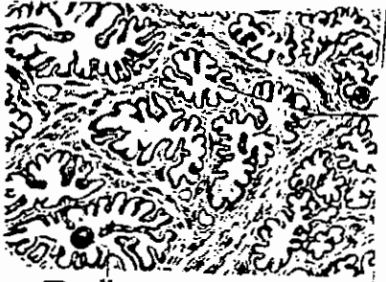
ότι ο προστάτης βρίσκεται στην αρχή της ουρήθρας, η διόγκωση του προκαλεί δυσκολία στην ούρηση μέχρι και πλήρη επίσχεση

Περιγραφικά ο προστάτης εμφανίζει βάση, κορυφή και (4) τέσσερες επιφάνειες, την πρόσθια, την οπίσθια και τις δύο πλάγιες.

Η πρόσθια επιφάνεια έρχεται σε σχέση με την ηβική σύμφυση, από την οποία χωρίζεται με το φλεμβικό πλέγμα του SAUTORINI. Η οπίσθια επιφάνεια έρχεται σε σχέση με το απευθυμένο από το οποιο χωρίζεται με την ευθυπροστατική περιτονία η οποία εκτείνεται προς τα κάτω μέχρι το ουρογεννητικό διάφραγμα. Πλάγια ο προστάτης έρχεται σε σχέση με τον ανεληκτηρα μυ του πρωκτού, από τον οποιο χωρίζεται με το προστατοκυστικό φλεβώδες πλέγμα.

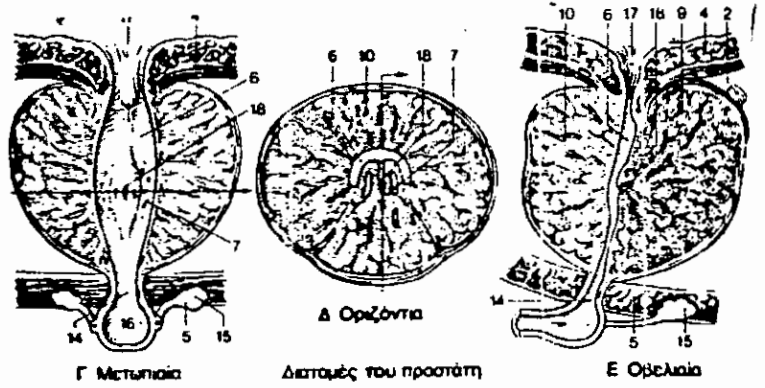
Η βάση του προστάτου έρχεται σε σχέση κατά τα δύο πρόσθια τριτημόρια με τις σπερματικές λυκήθους και τις σπερματοδόχους κύστεις.

Η κορυφή του προστάτου που βλέπει προς τα κάτω συνάπτεται με το περίνεο, αντίστοιχα προς το ουρογεννητικό τρίγωνο. (εικόνα I σελ.8).

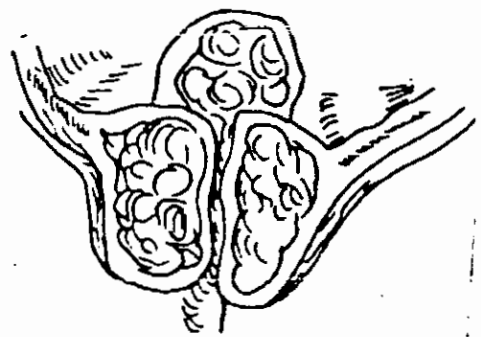


ΣΤ  
Μικροσκοπική τομή του προστάτη

Εικ 1α

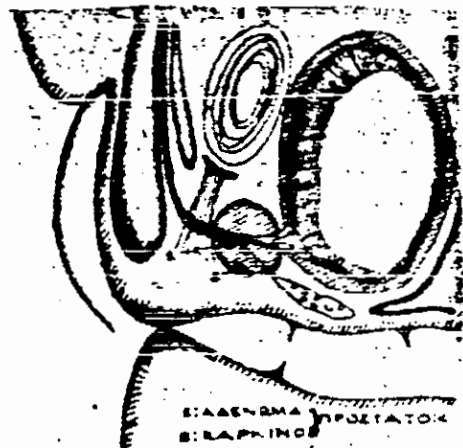


Εικόνα 1β



Αδένωμα προστάτη Σχηματική παράσταση των τριών λοβών.

Εικόνα 2α



Σχηματική παράσταση της προεξέλιξης του αδενώματος και του καρκίνου του προστάτη.

Εικόνα 2β

## ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Ο νεφρός περιβάλλεται από λιπώδη κάψα που γεμίζει ένα σάκκο από συνδετικό ιστό (ινώδη κάψα και είναι ανοικτή προς τα μέσα). Σε μια εγκάρσια διατομή του νεφρικού παρεγχύματος διακρίνουμε από το διαφορετικό τους χρώμα δύο ζώνες, την φλοιώδη προς τα έξω και την μυελώδη προς τα μέσα.

Η μυελώδης ζώνη αποτελείται από 10-12 κωνοειδείς περιοχές που λέγονται νεφρικές πυραμίδες. Η κορυφή τους είναι στραμμένη προς τη νεφρική πυελο και είναι το σημείο εκβολής των τελικών ουροφόρων σωληναρίων. Η φλοιώδης ζώνη περιλαμβάνει τα μαλπιγιανά σωμάτια και τα εσπειραμένα τμήματα των ουροφόρων σωληναρίων. Η φλοιώδης ζώνη περιβάλλει απ'έξω την μυελώδη και δίνει προσεκβολές μέσα στη μυελώδη ζώνη που λέγονται νεφρικοί στύλοι. Η μυελώδης ζώνη περιλαμβάνει τα ευθέα τμήματα των ουροφόρων σωληναρίων δηλ. τις αγκύλες του HENLE.

Η νεφρική πυελο κάθε νεφρού συλλέγει τα ούρα που εκρέουν από τις κορυφές των νεφρικών θηλών και συγκλίνει προς τον ουρητήρα, που μεταφέρει τα ούρα κατά μικρές ποσότητες στην ουροδόχο κύστη. Από την κύστη τα ούρα μεταφέρονται και αποβάλλονται στο περιβάλλον δια της ουρήθρας. Το τοίχωμα των οργάνων της αποχετευτικής ουροφόρου οδού έχει μυική στιβάδα ικανή για περισταλτικές κινήσεις και μεταβολή του τόνου. Ο βλενογόνος αποτελείται κυρίως από μεταβατικό επιθήλιο. Αδένες υπάρχουν σε πολύ λίγες θέσεις. Τα όργανα αυτά περιβάλλονται από χαλαρό συνδετικό ιστό που επιτρέπει την προσαρμογή στο περιβάλλον κάτω από τους διάφορους βαθμούς διάτασης των οργάνων.

Τα ούρα αθροίζονται πρώτα στον κάλυκα ενώ συγχρόνως ο σφιγκτήρας του κάλυκα συσπάται, καθώς επίσης συσπώνται και οι μύες του τοιχώματος του κάλυκα έτσι εξωθούνται τα ούρα στη νεφρική πυελο.

Ο ουρητήρας καλύπτεται από βλενογόνο και έχει μεταβατικό επιθήλιο του οποίου το χοριο επιτρέπει περιορισμέ-

νη κινητικότητα του βλενογόνου. Ο ουρητήρας έχει αισθητική νεύρωση από το νεφρικό, έσω σπερματικό και υπογάστριο πλέγμα. Τα ούρα προωθούνται μέσα στον ουρητήρα με περισταλτικά κύματα. Όταν υπάρχουν ενσφηνωμένοι λίθοι στον ουρητήρα προκαλούν αυξημένη περισταλτικότητα. Όταν παρεμποδίζεται η ροή των ούρων οι ουρητηρικοί μύες πάνω από το εμπόδιο υπερτροφούν γρήγορα.

Το τοίχωμα της ουροδόχου κύστεως αποτελείται από το

-----  
μυϊκό τοίχωμα (προς τα έξω) και το βλενογόνο (προς τα έσω). Μεταξύ των δύο αυτών χιτώνων παρεμβάλλεται χαλαρός υποβλεννογόγιος συνδέτικός ιστός. Ο μυϊκός χιτώνας αποτελείται από τρεις στιβάδες, την έξω επιμήκη, τη μέση κυκλοτερή και την έσω επιμήκη. Οι τρεις (3) μυϊκές στοιβάδες σχηματίζουν το λειτουργικό μυ της ουροδόχου κύστεως, που ονομάζεται εξωστηρας. Ο βλενογόνος της κύστεως αποτελείται από μεταβατικό επιθήλιο.

Η ουροδόχος κύστη τροφοδοτείται με αίμα από τις άνω, μεσαίες και κάτω κυστικές αρτηρίες. Οι αρτηρίες αυτές είναι κλάδοι των υπογαστρικών ή έσω λαγονίων αρτηριών. Δέχεται επίσης μικρότερους κλάδους από τις θυροειδείς και κάτω γλουτιαίες αρτηρίες. Τα λεμφαγγεία της ουροδόχου κύστεως εκβάλλουν στους κυστικούς και στους κοινούς, έξω και έσω λαγόνιους λεμφαδένες.

Το επιθήλιο της οπίσθιας ουρήθρας είναι μεταβατικό ενώ της πρόσθιας ουρήθρας πλακώδες ή κυλινδρικό. Κάτω από το βλενογόνο βρίσκεται ο υποβλεννογόγιος χιτώνας που αποτελείται από χαλαρό συνεκτικό και ελαστικό ιστό και λείες μυϊκές ίνες. Ο μυϊκός χιτώνας της ανδρικής ουρήθρας αποτελείται από λείες μυϊκές ίνες προς τα έσω και γραμμωτές προς τα έξω. Ο λείος μυϊκός ουρηθρικός χιτώνας αποτελείται από 2 επιμέρους στιβάδες, την έσω επιμήκη και την έξω κυκλοτερή, η τελευταία ενώνεται με την έξω μυϊκή στοιβάδα της ουροδόχου κύστεως και σχηματίζει αγκύλη γύρω από το έσω ουρηθρικό στόμιο που αποτελεί τον απροαίρετο σφιγκτήρα της ουρήθρας.

Το πέος κάτω από το δέρμα, αποτελείται από τα δύο σπραγ-

----

γώδη σώματα και από το σπογγιώδες σώμα του πέους. Κάθε σώμα περιβάλλεται από τον δικό του χιτώνα και όλα μαζί από την περιτονία του πέους, έξω από την περιτονία αυτή και κάτω από το δέρμα υπάρχει μία περιτονία που εκτείνεται από τη βάση της βαλάνου μέχρι το ουρογεννητικό διάφραγμα. Στο εσωτερικό της βαλάνου του σπογγώδους σώματος και των σπραγγωδών σωμάτων του πέους υπάρχουν α) διαφραγμάτια από λείες μυϊκές ίνες και β) στυτικές ιστός.

Το πέος και η ουρήθρα τροφοδοτούνται από τις έσω αιδουικές αρτηρίες. Κάθε αρτηρία διαιρείται σε μία εν τω βάθει αρτηρία, η οποία αγγειώνει το σπραγγώδες σώμα, σε μία ραχιαία του πέους και στη βολβοουρηθρική αρτηρία. Οι κλάδοι αυτοί αιματώνουν επίσης τη βάλανο, την ουρήθρα και το σπογγώδες σώμα.

Εξωτερικά ο όρχις περιβάλλεται από ινώδη χιτώνα ο οποίος στο πάνω μέρος και το οπίσθιο χείλος του παχύνεται και σχηματίζει το μεσαύλιο ή γυμorio σώμα.

Οι όρχεις καλύπτονται από τα έξω προς τα μέσα με τους εξής χιτώνες: 1. Οσχεο, 2. Δαρτός χιτώνας, ο οποίος ρυτιδώνει το δέρμα του όσχεου και σωτερικά σχηματίζει διάφραγμα με το οποίο χωρίζεται το όσχεο σε δύο θαλάμους, 3. Κρεμαστήριος περιτονιο που είναι η συνέχεια της περιτονίας του έξω κοιλιακού μυός, 4. Έξω κρεμαστήρας μύς, που αντιστοιχεί στον έσω λοξό και τον εγκάρσιο κοιλιακό μύ.

5. Κοινός ελοτροειδής χιτώνας που αποτελεί συνέχεια του της εγκάρσιου περιτονίου, 6. Ιδίου ελοτροειδής χιτώνας που αποτελεί συνέχεια του περιτοναίου.

Η αγγείωση του όρχεως γίνεται με την έσω σπερματική αρτηρία, κλάδου της κοιλιακής αορτής. Κατά την πορεία της στο σπερματικό τόνο αναστομώνεται με κλάδους της αρτηρίας του σπερματικού πόρου, που είναι κλάδος της υπογαστρίας αρτηρίας.

Η επιδιδυμίδα αποτελείται από ένα σύστημα σωληναρίων και πόρων που περιβαλλονται από συνδετικό ιστό. Τα σπερματοζωάρια έρχονται δια μέσου του ορχικού δικτύου ακολουθώντας τα 10-20 εκ. φορητικά σωληνάκια που απαρτίζουν το μεγαλύτερο

μέρος της κεφαλής της επιδυμίδας. Τα σπερματοζώαρια στην επιδυμίδα αποκτούν πλήρη ωριμότητα και περιβάλλονται από ένα κολλοειδές έκκριμα που τα προφυλάσσει από το όξινο περιβάλλον. Το ΡΗ στην επιδυμίδα κυμαίνεται από 6,48-6,61 και είναι τέτοιο ώστε ακινητοποιεί τα σπερματοζώαρια.

#### Τα εκφορητικά σωληνάκια

Έχουν λεπτό τοίχωμα. Το επιθήλιο τους αποτελείται από εναλλασσόμενες εκτάσεις πολυστίβου κροσσώτου κυλινδρικού επιθηλίου και απλού πλακώδους επιθηλίου. Το υψηλό κυλινδρικό κροσσώτο επιθήλιο παράγει υγρό ενώ το χαμηλό πλακώδες επιθήλιο απορροφά υγρό.

Το αλκαλικό έκκριμα των σπερματοδόχων κύστεων, που μαζί με το προστατικό έκκριμα αποτελούν το υγρό στοιχείο του σπέρματος, περιέχει φρουκτόζη από την οποία τα σπερματοζώαρια προσπορίζονται ενέργεια. Το λεπτό τοίχωμα των σπερματοδόχων κύστεων περιέχει μερικές μυικές ίνες, ο δε βλενογόνος είναι πτυχωτός έτσι ώστε ο αυλός εμφανίζεται πολύχωρος.

Κάτω από την ινώδη κάψα του προστάτου βρίσκονται ίνες από κολλαγόνο ιστό καθώς και κυκλοτερείς λείες μυικές ίνες που περιβάλλουν την ουρήθρα. Οι μυικές αυτές ίνες προέρχονται κυρίως από την έξω επιμήκη μυική στοιβάδα της ουροδόχου κύστεως και αποτελούν τον ακούσιο σφιγκτήρα της ουρήθρας.

Βαθύτερα από αυτό το στρώμα βρίσκεται το προστατικό στρώμα που αποτελείται από συνεκτικό και ελαστικό ιστό μαζί με λείες μυικές ίνες, και στο βάθος του οποίου εγκλείονται οι επιθηλιακοί αδένες. Οι αδένες αυτοί εκβάλλουν στους μείζονες εκφορητικούς πόρους, που κι αυτοί με τη σειρά τους εκβάλλουν στην οπίσθια ουρήθρα, μεταξύ του κυστικού αυχένα και του σπερματικού λοφιδίου. Ακριβώς κάτω από το μεταβατικό επιθήλιο της προστατικής ουρήθρας βρίσκονται οι περιουρηθρικοί αδένες. Το αίμα που τροφοδοτεί τον προστάτη προέρχεται από τις κάτω κυστικές εσω αιδοϊκές και μέσο-ορθικές αρτηρίες. Ο προστατικός αδένας δέχεται ένα πλούσιο νευρικό πλέγμα που προέρχεται από

τα συμπαθητικά και παρασυμπαθητικά νευρικά πλέγματα. Τα λεμφαγγεία του προστάτου εκβάλλουν στους έσω λαγόνιους, ιερούς κυστικούς και έξω λαγόνιους λεμφαδένες.



## ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΑΝΑΤΟΜΙΚΗ

Ο προστάτης στα νεαρά άτομα μοιάζει με μήλο, η φλούδα του οποίου αντιστοιχεί στην αληθινή κάψα του. Αντίθετα η υπερτροφία του προστάτου μοιάζει με πορτοκάλι, η χονδρή φλούδα του οποίου αντιστοιχεί στη "χειρουργική του κάψα" που δεν είναι τίποτε άλλο παρά ο πραγματικός αδένας που πιέζεται προς την περιφέρεια από το προστατικό αδένωμα. Γι αυτό και η χειρουργική αποκόλληση του αδένος στα νεαρά άτομα, είναι σχεδόν αδύνατη, ενώ στην υπερτροφία η αποκόλληση του αδενώματος είναι σχεδόν πάντοτε εύκολη. Το αδένωμα του προστάτη είναι καλοήθους όγκος που αναπτύσσεται γύρω από την προστατική ουρήθρα. Ο όγκος μεγαλώνοντας σιγά-σιγά απωθεί το φυσιολογικό αδένος προς τα κάτω και πλάγια. Από τη πίεση αυτή ο αδένος ατροφεί κι έτσι το αδένωμα χωρίζεται από τον αδένος με μία λεπτή κάψα που επιτρέπει την εύκολη εκπυρηνυσή του.

Το αδένωμα συνήθως αποτελείται από τρεις λοβούς, τους δύο πλάγιους που είναι και μεγαλύτεροι και προβάλλουν προς το ορθό και ένα μέσο μικρότερο που προβάλλει στη κύστη. Το βάρος του κυμαίνεται από λίγα γραμμάρια μέχρι επάνω από 300GR, το συνηθισμένο βάρος κυμαίνεται 30-60GR.

Καθώς το αδένωμα μεγαλώνει προκαλεί παραμορφώσεις της ουρήθρας όπως επιμήκυνση, σκολίωση και ελάττωση της ελαστικότητας της καθώς επίσης και του κυστικού αυχένα με αποτέλεσμα να προκαλεί διαταραχές στην ούρηση.

ΑΙΤΙΑ - ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ - ΕΞΕΛΙΞΗ

Ακόμα και σήμερα υπάρχει διαφωνία, ανάμεσα στους μελετητές, σχετικά με την αιτιολογία της παθήσεως.

Πάντως όλες οι ομάδες ερευνητών πιστεύουν στην ύπαρξη διαταραχής του ορμονικού ισοζυγίου στον άνδρα.

Εμβρυογεννητικά ο προστάτης αποτελείται από δύο τμήματα διαφορετικής προελεύσεως: το κεφαλικό και το ουραίο. Και οι δύο αυτές μοίρες βρίσκονται κάτω από την επίδραση διαφόρων ορμονών και συγκεκριμένα, των οιστρογόνων στην κεφαλική και των ανδρογόνων στην ουραία. Στην κεφαλική αναπτύσσεται κυρίως το αδένωμα και στην ουραία τα καρκινώματα.

Η υπερτροφία του προστάτη διαταράσσει το φυσιολογικό ρυθμό της ούρησης με αποτέλεσμα να αποφράσει το κυστικό αυχένα σταδιακά και να διαταράσσει τους μηχανισμούς που προκαλούν διάνοιξη του κυστικού στομίου προς την ορηθρα. Στην αρχή το τοίχωμα της κύστεως και ο εξωστήρας μυς της, για να υπερνικήσουν το εμπόδιο που προκαλεί το αδένωμα, υπερτρέφονται και οι υπερτροφικές μυϊκές δεσμίδες παρουσιάζονται κυστεοσκοπικώς σαν δοκίδες κάτω από το βλενογόνο. Έτσι σχηματίζεται η κύστη εκ προσπάθειας. Στη φάση αυτή της μεγάλης ενδοκυστικής πίεσεως μπορεί να σχηματιστούν κολπώματα διαφορετικού κάθε φορά μεγέθους. Μέχρι το σημείο αυτό ο εξωστήρας κατορθώνει και υπερνικάει το κώλυμα. Με την πάροδο όμως του χρόνου ο εξωστήρας κάμπτεται, οι μυϊκές ίνες ατροφούν και το τοίχωμα της κύστεως ατονεί. Αποτέλεσμα αυτών είναι η κύστη να μην αδειάζει τελείως σε κάθε ούρηση και να παραμένει σ' αυτή ένα υπόλειμμα ούρων. Το υπόλειμμα των ούρων μεγαλώνει σιγά-σιγά μπορεί να ξεπεράσει τη φυσιολογική χωριτικότητα της κύστεως και να φθάσει 3-4 λίτρα (χρόνια επίσχεση). Κλινική εκδήλωση στο στάδιο αυτό είναι η ακράτεια λόγω υπερπληρώσεως. Τη διάταση αυτή της κύστεως μπορεί να ακολουθήσει διάταση των ουρητήρων πυέλων καλύκων με αποτέλεσμα την αμφοτερόπλευρη ουρητηρουδρονέφρωση, που έχει σαν συνέπεια την ατροφία του νεφρικού παρεγχύματος και τη νεφρική ανεπάρκεια, που είναι η πιο βαριά εξέλιξη. Η στάση των ούρων στην κύστη ευνοεί την

ανάπτυξη φλεγμονής και ανιούσας μολύνσεως των νεφρών. Επίσης η στάση και η φλεγμονή προδιαθέτουν την εμφάνιση λιθιάσεως.

## ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Οι διαταραχές της ουρήσεως είναι η πρώτη κλινική εκδήλωση του αδενώματος, χωρίς όμως η βαρύτητα των διαταραχών αυτών να είναι συνάρτηση του μεγέθους του αδενώματος. Μικρά αδενώματα που αναπτύσσονται προς την ουρήθρα προκαλούν έντονα ενοχλήματα. Ενώ αντίθετα μεγάλα αδενώματα χωρίς στοιχεία ενδοουρηθρικής επεκτάσεως δεν προκαλούν ενοχλήματα.

Η δυσουρία είναι από τα πρώτα συμπτώματα και παρουσιάζεται σαν επιβράδυνση στην έναρξη της ουρήσεως είτε σαν παρατεταμένη και διακοπτόμενη ούρηση.

Η συχνουρία παρουσιάζεται μαζί με τη δυσουρία. Στην αρχή παρουσιάζεται τη νύκτα (νυκτουρία), ενώ αργότερα εμφανίζεται και την ημέρα. Στα ενοχλήματα αυτά δηλ. τη δυσουρία, τη συχνουρία και τη νυκτουρία, ο προστατικός άρρωστος λόγω της μακροχρόνιας εξελίξεως, προσαρμόζεται σε τέτοιο βαθμό ώστε να τα θεωρεί φυσιολογικά. Η πάθηση μπορεί ακόμα να εκδηλωθεί από τα παρακάτω συμπτώματα. όπως:

1. Την οξεία επίσχεση: Είναι η πιο συνηισμένη επιπλοκή

της υπερτροφίας του προστάτη και συνήθως ακολουθεί ένα στάδιο παροξύνσεως των ενοχλημάτων, χωρίς όμως να αποκλείεται να εμφανισθεί και εντελώς ξαφνικά.

Ο άρρωστος έχει έντονη την επιθυμία να ουρήσει, αισθάνεται δυνατό πόνο στην υπερηβική χώρα, και κλινικώς η κύστη ψηλαφιέται επώδυνη και γεμάτη ούρα.

2. Τη χρόνια επίσχεση: Στη φάση αυτή η ένταση της δυσουρίας ελαττώνεται μεγαλώνει όμως η συχνουρία και πολλές φορές ο άρρωστος χάνει ούρα, χωρίς να το καταλαβαίνει. Ο άρρωστος δεν πονάει και στην κλινική εξέταση η κύστη είναι ανώδυνη και ψηλαφιέται γεμάτη ούρα μέχρι τον ομφαλό ή και ψηλότερα ακόμα.

3. Τη ουραιμία: Είναι αποτέλεσμα της χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας, που έχει σαν αιτίες τη χρόνια στάση των ούρων και την αμφοτερόπλευρη υδρόνεφρωση.

4. Την οξεία ή χρόνια ουρολοιμωξη: Αυτή είναι αποτέλεσμα  
-----  
της στάσεως των ούρων και παρουσιάζεται με πυρετό, ρίγη, και  
αύξηση της εντάσεως της δυσουρίας και συχνουρίας.

5. Την αιματουρία: Είναι αρχική, ολική ή μερική διαφορετι-  
-----  
κής ποσότητας και προέρχεται από ρήξη διατεταμένων φλεβών.  
Χρειάζεται όμως μεγάλη προσοχή για να αποφανθούμε ότι μία αι-  
ματουρία έχει προστατική προέλευση. Η δακτυλική εξέταση που  
θα οδηγήσει στη διάγνωση του προστατικού αδενώματος δεν απο-  
κλείει μία νεοπλασία στην κύστη, στον ουρητήρα ή στους νεφρούς.  
που μπορεί να συνυπάρχει με το αδένωμα.

Δ Ι Α Γ Ν Ω Σ Η

Η διάγνωση του αδενώματος θα γίνει:

1. Με το ιστορικό του αρρώστου που περιλαμβάνει την ηλικία, το είδος των ενοχλημάτων, την μακροχρόνια πορεία.

2. Με την αντικειμενική εξέταση που περιλαμβάνει:

α. Την παρακολούθηση του τρόπου που ο άρρωστος ουρεί. Πρέπει να γίνεται πάντοτε για να διαπιστωθεί η ύπαρξη και ο βαθμός δυσουρίας, όπως και η ποσότητα και η ποιότητα των αποβαλλομένων ούρων.

β. Την ψηλάφηση και επίκρουση της υπερηβικής χώρας ύστερα από την ούρηση, για να ελεχθεί αν υπάρχει υπόλειμμα ούρων.

γ. Την ψηλάφηση των νεφρών για την ύπαρξη υδρονεφρώσεως

δ. Τη δακτυλική εξέταση με ταυτόχρονη ψηλάφηση του υπογαστρίου, με την οποία διαπιστώνεται το αδένωμα και οι χαρακτηρισμοί του. Ο προστάτης ψηλαφιέται διογκωμένος, ομαλός, ανώδυνος, με σαφή όρια, χωρίς να είναι σκληρός και η μέση αύλακα έχει εξαφανισθεί. Είναι όμως δυνατό να υπάρχει αδένωμα που δεν ψηλαφιέται από το ορθό. Αυτό συμβαίνει σε περιπτώσεις μέσου, ενδοκυστικού λοβού ή μικρού ενδοουρηθρικού "προστατικού χωρίς προστάτη".

3. Με τον ακτινολογικό έλεγχο. Είναι η κυριότερη παρακλινική εξέταση και περιλαμβάνει:

α. Την απλή ακτινογραφία. Αυτή πληροφορεί για τις θέσεις και το μέγεθος των νεφρών, τα όρια της κύστης, την ύπαρξη τυχόν ασβεστώσεων στους νεφρούς, επινεφρίδια, προστάτη και αγγεία. Ο άρρωστος βρίσκεται σε ύπτια θέση αλλά εφ'όσον υπάρχουν οι κατάλληλες ενδείξεις η θέση του αρρώστου μπορεί να μεταβληθεί. Η απλή ακτινογραφία απεικονίζει τα νεφρά τους ουρητήρες και κύστη μαζί, επί πλέον απαιτεί την έλλειψη εντερικών αερίων και κοπράνων γιατί μπορούν να επισκιάσουν σημαντικά ευρήματα του ουροποιητικού συστήματος.

β. Την ενδοφλέβια ουρογραφία. Σ' αυτή διαπιστώνεται η λειτουργική κατάσταση των νεφρών και η ύπαρξη και όχι διατάσεως της αποχετευτικής μοίρας. Η τελική μοίρα των ουρητήρων στην υπερτροφία του προστάτη έχει συνήθως αγκιστροειδή μορφή.

Η παραμόρφωση αυτή θεωρείται παθολογικό σημείο. Κατά την ενδοφλέβια ουρογραφία γίνεται ενδοφλέβια ένεση σκιερής ουσίας, στην αρχή χορηγείται πολύ μικρή ποσότητα της ουσίας, για να ελεχθεί αν ο άρρωστος είναι ευαίσθητος στο ιώδιο. Ακολουθεί αναμονή τουλάχιστο 4 λεπτών και αν ο άρρωστος δεν παρουσιάσει αλλεργική αντίδραση, συνεχίζεται η ένεση και του υπόλοιπου σκευάσματος. Για να υπάρξει καθαρή απεικόνιση του αποχετευτικού συστήματος απαιτείται η φυσιολογική ουρία του αίματος.

Οι αντενδείξεις της ενδοφλέβιας ουρογραφίας είναι εκτός της αλλεργίας στο ιώδιο, η αύξηση της ουρίας όχι επειδή είναι επικίνδυνη, αλλά γιατί δεν επιτρέπει την καλή σκιαγράφηση. Επίσης επιφύλαξη χρειάζεται στην υψηλή σακχαραιμία (σακχαρώδης διαβήτης) και στους άρρωστους με αμυλοείδωση ή πολλαπλό μύελωμα. Οι ενδείξεις της ενδοφλέβιας ουρογραφίας είναι απεριόριστες, και χρησιμοποιείται σχεδόν σ' όλες τις ουρολογικές παθήσεις.

γ. Την απεκκριτική κυστεογραφία πριν και μετά την ούρηση προσδιορίζει τη μορφή του περιγράμματος της κύστεως την ύπαρξη αδενώματος που παρουσιάζεται στην κυστεογραφία σαν έλλειμα σκιαγραφήσεως με προστατικό εντύπωμα.

ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ.

Αυτή θα γίνει από:

1. Τη νευρογενή κύστη που μπορεί να παρουσιάσει τις ίδιες περίπου δυσκολίες στην ούρηση. Το ιστορικό τραυματισμού της σπονδυλικής στήλης, σαχαρώδους διαβήτη, λήψης σπασμολυτικών αναλγητικών και ηρεμιστικών σκευασμάτων και το ιστορικό συστηματικής νόσου (π.χ. πολλαπλής σκλήρυνσης) μπορεί να βοηθήσει τη διάγνωση. Η διάγνωση επικυρώνεται με τον ουροδυναμικό έλεγχο.

2. Την προστατίτιδα. Η σύσπαση του κυστικού αυχένα από χρόνια προστατίτιδα, μπορεί να προκαλέσει τα ίδια συμπτώματα με την υπερτροφία του προστάτου. Σ' αυτές τις περιπτώσεις αναμένεται συνήθως η ύπαρξη ενός ολώδους ή ινώδους προστάτου με τη δακτυλική εξέταση, η έκκριση του οποίου μπορεί να περιέχει πύο. Στην παραμικρή αμφιβολία πάντως πρέπει να γίνει βιοψία του αδενώματος.

3. Την οξεία προστατίτιδα. Τα οξεία συμπτώματα όμως επιτρέπουν την διαφορική διάγνωση της παθήσεως αυτής.

4. Τον καρκίνο του προστάτου. Στη δακτυλική εξέταση ψηλαφείται σκληρά με τη μορφή ενός ή περισσοτέρων όζων ή και διάχυτη, που μεταβάλλει τον προστάτη σε σκληρή μάζα χωρίς σαφή όρια. Βέβαια η δακτυλική εξέταση δεν είναι απόλυτη για αυτό και καταφεύγουμε στη βιοψία.

5. Το σάρκωμα του προστάτου που αναπτύσσεται συνήθως στα νεαρά άτομα. Η πάθηση αυτή είναι πολύ σπάνια, τα συμπτώματα είναι τα ίδια με της υπερτροφίας του προστάτου και ψηλαφητικά ο όγκος είναι μεγάλος, μαλακός ή σκληρός στην προστατική περιοχή.

6. Από την σκλήρυνση του αυχένα της κύστεως όπου και η δακτυλική εξέταση και η κυστεογραφία είναι αρνητικές. Η ουρηθροκυστεοσκόπηση δείνει την ακριβή διάγνωση.

7. Από τα στενώματα της ουρήθρας. Το ιστορικό (ουρηθρητιδες) και κυρίως η ουρηθρογραφία και ουρηθροκυστεοσκόπηση επι-



βεβαιώνουν την διάγνωση.

8. Από το λίθο της κύστεως όπου υπάρχουν τα ίδια σχεδόν προβλήματα της ουρήσεως. Η απότομη όμως διακοπή της ουρήσεως που συνεχίζεται σε λίγο με την αλλαγή στάσεως του αρρώστου, η έντονη καυσουρία και τέλος ο ακτινολογικός και κυστεοσκοπικός έλεγχος πιστοποιούν εύκολα την πάθηση.

Θ Ε Ρ Α Π Ε Ι Α

Επειδή η υπερτροφία του προστάτου δεν αυξάνεται γρήγορα, η συντηρητική θεραπεία μπορεί να εφαρμοσθεί όπου έχει ένδειξη. Κατά συνέπεια το πρόβλημα είναι τότε έχει ένδειξη η συντηρητική αγωγή και τότε η χειρουργική αντιμετώπιση.

Εφ' όσον τα συμπτώματα δεν είναι ιδιαίτερα έντονα ακολουθείται συνήθως συντηρητική αγωγή όπως σε περιπτώσεις με -----  
προστατίτιδα χορηγούνται επί πλέον και αντιμικροβιακά σκευάσματα, όπως ο συνδυασμός τριμεθοπρίμης-σουλφομεθοξαζόλης. Σε περιπτώσεις ουρολοιμώξεως και πυουρίας χορηγούνται αντιβιοτικά, πάντοτε όμως σύμφωνα με τα αποτελέσματα της ουροκαλλιέργειας. Για να προστατευθεί ο τόνος του κυστικού μύς, ο άρρωστος συμβουλεύεται να μην πίνει πολλά υγρά, διότι η απότομη αύξηση της διατάσεως μπορεί να προκαλέσει ξαφνική ατονία του καταπονημένου εξωστήρα. Επίσης ο ασθενής θα πρέπει να αποφεύγει τα οινοπνευματώδη ποτά, λόγω της διουρητικής δράσεως των και επί πλέον να ουρεί όταν έχει την επιθυμία για αυτό και όχι να κατακρατεί τα ούρα, ακριβώς για να προστατευθεί ο κυστικός μύς από απότομη διάταση. Η χορήγηση (ZYPROTERONE ACETATE ή TYDROXPROGESTERONE CAPROTE, μπορούν να προκαλέσουν βελτίωση των συμπτωμάτων, όπως επίσης και η χορήγηση αντιανδρογόνων. Το κόστος όμως των τελευταίων είναι υψηλό, για τον ασθενή.

Στην οξεία επίσχεση γίνεται εκκενωτικός καθετηριασμός και αντιφλεγμονώδης αγωγή. Σε περίπτωση που η ούρηση δεν αποκατασταθεί τοποθετείται μόνιμος καθετήρας. Στην χρόνια επίσχεση αν έχει διαταραχθεί η νεφρική λειτουργία από την αμφοτερόπλευρη υδρονέφρωση, τοποθετείται μόνιμος καθετήρας, αφού αδειάσει σταδιακά η κύστη, για να αποφευχθεί η αιματουρία που μπορεί να γίνει από το απότομο άδειασμα της κύστεως καθώς και οι ηλεκτρολυτικές διαταραχές, που μπορούν να προκύψουν από τη μεγάλη διούρηση. Εδώ περιμένει κανείς τη βελτίωση της νεφρικής λειτουργίας, για να χειρουργηθεί ο άρρωστος με καλύτερες συνθήκες. Δεν αποκλείεται όμως χειρουργική επέμβαση σε χρόνια επίσχεση, χωρίς να προηγηθεί μόνιμος καθετήρας, αν το

υπόλειμμα των ούρων δεν είναι πολύ μεγάλο και η νεφρική λειτουργία δεν διαταραχθεί.

Στη μικρού βαθμού αιματουρία συνιστάται η λήψη άφθονων υγρών σε κανονικά διαστήματα καθώς και αντιφλεγμονώδης αγωγή.

Σε μεγάλη αιματουρία που συνοδεύεται από αιμοπήγματα, γίνονται πλύσεις της κύστεως και χορηγούνται υγρά και αίμα εάν χρειαστεί. Μπορεί ακόμα να γίνει και επείγουσα αδενεκτομή, αν η αιμοραγία δεν ελέγχεται συντηρητικά. Στο σημείο αυτό πρέπει να τονισθεί, ότι πρέπει να αποκλεισθεί η ύπαρξη νεοπλασματος του ουροποιητικού ή άλλης συστηματικής παθήσεως προτού καταλήξει κανείς στο συμπέρασμα, ότι η αιμοραγία προέρχεται από τον προστάτη.

#### ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ :

Η χειρουργική επέμβαση ενδείκνυται :

1. Όταν υπάρχει επιδείνωση της νεφρικής λειτουργίας λόγω της αποφράξεως, και αυτό επιβεβαιώνεται με τον ακτινολογικό έλεγχο.

2. Στην οξεία επίσχεση που υποτροπιάζει.

3. Στην λιθίαση και στα κολώματα της κύστεως.

4. Στην προοδευτική και βαθμιαία αύξηση του υπολείμματος των ούρων

5. Στην αιματουρία που επιμένει και υποτροπιάζει

6. Σε περίπτωση που τα υποκείμενικά ενοχλήματα είναι έντονα, στον ασθενή.

7. Στη λοίμωξη που υποτροπιάζει.

Η χειρουργική θεραπεία έχει σαν σκοπό την αποκατάσταση της φυσιολογικής ουρήσεως. Έχουν επινοηθεί διάφορες μέθοδοι χειρουργικής προσπελάσεως του αδενώματος που προβλέπουν στην ελάττωση των επιπλοκών κατά ή και μετά την εγχείρηση (ιδιαίτερα της αιμοραγίας), στην πιο γρήγορη κινητοποίηση του αρρώστου στην ελάττωση του χρόνου παραμονής του καθετήρα και στην ελάττωση του χρόνου νοσηλείας.

Η χειρουργική θεραπεία ακολουθεί 4 μεθόδους, χειρουργι-

κής προσπελάσεως:

α) Η περιναϊκή προσπέλαση, έχει σχεδόν εγκαταληφθεί, λόγω σοβαρών επιπλοκών,

β) Η διακυστική προσπέλαση. Γίνεται αρκετά συχνά και υπάρχουν διάφορες παραλλαγές της μεθόδου

γ) Η οπισθοθηβική εξωκυστική κατά MILLIN. Γίνεται και αυτή αρκετά συχνά.

δ) Η διουρηθρική αφαίρεση έχει αρκετά πλεονεκτήματα απέναντι στις άλλες μεθόδους. Η αφαίρεση του προστάτη γίνεται με ειδικό ηλεκτροτόμο, δια μέσου της ουρήθρας. Η μέθοδος ενδείκνυται σε όχι πολύ μεγάλο προστάτη, στην υπερτροφία του μέσου λοβού και σε άτομα μεγάλης ηλικίας.

Σε όλες αυτές τις επεμβάσεις αφαιρείται μόνο το αδένωμα και παραμένει ο προστάτης, που λόγω της πίεσεως έχει περιορισθεί στο ελάχιστο και σχηματίζει την προστατική κάψα.

Κάποιος πρόσφατος ενθουσιασμός υπάρχει για την κρυοχειρουργική, που γίνεται συνήθως στους επιβαρυσμένους ασθενείς, και συνιστάται στην ψήξη του προστατικού αδενώματος.

## ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Η νοσηλευτική φροντίδα σε ασθενή με υπερτροφία του προστάτου, αποβλέπει στην ανακούφιση των συμπτωμάτων και των ενοχλημάτων, που κατέχεται ο ασθενής, καθώς επίσης και στην προεγχειριστική και μεταεγχειριστική φροντίδα του ασθενούς.

### Εκτίμηση της κατάστασεως του αρρώστου:

Μόλις εισαχθεί ο άρρωστος στο Νοσοκομείο απαραίτητη είναι η εκτίμηση της καταστάσεώς του.

Αυτή γίνεται:

1) Από τις πηγές πληροφοριών: Πληροφορίες για τον άρρωστο μπορούμε να πάρουμε από τον ίδιο τον άρρωστο, ή από τα μέλη της οικογενειάς του ή από άλλους γνωστούς του.

2) Ιστορικό υγείας: πληροφορίες μας δίνουν τα ιατρικά δελτία και ο ίδιος ο άρρωστος που μας ενημερώνει για τα παρών ενοχλήματα του, όπως πότε ούρησε για τελευταία φορά, πως ήταν η ούρηση και τα χαρακτηριστικά των ούρων. Αν υπήρξε συχνή ανάγκη για ούρηση, νυκτερινή ούρηση, αν έχει αιματουρία και αν είχε καυσουρία.

3) Φυσική εκτίμηση:

α. Κατά τη δακτυλική εξέταση ο αδένας βρίσκεται μεγάλος

β. Υπάρχει διόταση της κύστεως εξ αιτίας της οξείας ή χρονίας κατακράτησης των ούρων.

4) Διαγνωστικές εξετάσεις οι οποίες είναι:

α. Κυστεοσκόπηση

β. Ενδοσφλέβια ουρογραφία, η οποία είναι απαραίτητη για την αξιολόγηση των δομικών μεταβολών που προκλήθηκαν από τον υπερτροφικό αδένα.

γ. Ουρηθρογράφημα (δε γίνεται πάντοτε)

δ. Απεικριστική κυστεογραφία

ε. Λειτουργικές δοκιμασίες νεφρού

στ. Ουρία, ηλεκτρολύτες αίματος

ζ. Χρόνος ροής και πήξης.

- η.Μικροσκοπική εξέταση ούρων(ειδικά για αιματουρία)
- θ.Καλλιέργεια ούρων και ευαισθησία
- ι.Ομάδα αίματος και διασταύρωση
- ια.Καθετηριασμός μετά την ούρηση για εκτίμηση υπολειμματικών ούρων.

Σκοπός της φροντίδας

I.Άμεσοι: αποβλέπουν

α.στην απαλλαγή από την κατακράτηση των ούρων, που αυτό επιτυγχάνεται με τον καθετηριασμό της ουροδόχου κύστεως.Πολλές φορές η είσοδος του καθετήρα στην ουρήθρα είναι δύσκολη ή αδύνατη λόγω πλήρης απόφραξης της ουρήθρας, οπότε γίνεται υπερηβική παρακέντηση κύστεως.

β.Πρόληψη δευτεροπαθών επιπλοκών από τη μακροχρόνια απόφραξη όπου είναι:

- α.Ευκολπώματα κύστης
- β.Κίθροι νεφρού-κύστης
- γ.Κυστίτιδα
- δ.Υδρονέφρωση
- ε.Νεφρική ανεπάρκεια

στ.Πλήρης απόφραξη της ουρήθρας(απαραίτητη η υπερηβική κυστεοστομία).

Νοσηλευτική παρέμβαση:

Η παρέμβαση της αδελφής αποβλέπει στην ανύψωση του ηθικού του αρρώστου και στη διατήρηση της ατμόσφαιρας που δε δείχνει βιασύνη.Οι άρρωστοι είναι συχνά υπερήλικες και πρέπει να τους βοηθήσουμε να προσαρμοσθούν στο νοσοκομειακό περιβάλλον.Αυτό θα το καταφέρουμε συζητώντας μαζί τους κάθε πρόβλημα που τους απασχολεί, δείχνοντας επιμονή, κατανόηση και λύνοντας όλες τις απορίες τους.

Λόγω της συχνουρίας που έχουν αυτά τα άτομα γίνεται εισαγωγή καθετήρα στη κύστη. Από την αδελφή πρέπει να γίνεται η εκτίμηση για τη διατήρηση της βατότητας του καθετήρα και του συστήματος παροχετευσης. Επίσης η αδελφή πρέπει να παρακολουθεί τη κύστη για τυχόν διάταση, και να αποβλέπει στη διατήρηση προσλαμβανόμενων υγρών στα 2500 με 3000 το 24 ωρο, εκτός αν υπάρχει αντένδειξη από συνυπάρχουσα παθολογική κατάσταση. Να παρακολουθεί με μεγάλη ακρίβεια τα προσλαμβανόμενα και τα αποβαλλόμενα υγρά, τα ούρα για τυχόν ύπαρξης αιματουρίας και θρόμβους αίματος, που πιθανόν να σχηματισθούν από την εισαγωγή του καθετήρα. Να μή γίνεται γρήγορο άδειασμα της κύστης και να γίνεται εκτίμηση της νεφρικής λειτουργίας.

Ο ρόλος της αδελφής στη συντηρητική αγωγή:

Εως ότου χειρουργηθεί ο ασθενής υπόκεινται σε συντηρητική αγωγή που αυτή περιλαμβάνει:

1. Χορήγηση αντισηπτικών του ουροποιητικού που χρησιμοποιούνται μαζί με προστατικό μασάζ για τη μείωση της συμφορησης του υπερτροφικού αδένος.

2. Βοήθεια για την ανύψωση του ηθικού και την υποστήριξη του ασθενούς καθώς και τα μέλη της οικογενείας του.

3. Παρακίνηση του ασθενή για την λήψη άφθονων υγρών και την ακριβή μέτρηση αυτών.

4. Παρακολούθηση φωτικών σημείων κατά τακτά χρονικά διαστήματα.

Έλεγχος της λειτουργικότητας του κυστικού καθετήρος και τήρηση όλων των μέτρων ασηψίας και αντισηψίας.

Ο ασθενής μπορεί να έχει υπερηβική κυστεοστομία λόγω του ότι ήταν αδύνατη η εισαγωγή του καθετήρα από την ουρήθρα. Οπότε γίνεται χειρουργική τομή μέσω του κοιλιακού τοιχώματος της κύστης για παροχετευση ούρων. Η αδελφή είναι υποχρεωμένη να κλείνει τον καθετήρα για 4 ώρες και να τον ανοίγει για 15 έως 30', αν υπάρχει τέτοια εντολή.

Επίσης η αδελφή παρακινεί τον άρρωστο να ουρήσει όταν ο καθετήρας είναι κλειστός. Ο καθετήρας αφαιρείται μόνο όταν αποκατασταθεί η ούρηση του ασθενούς. Μετά την αφαίρεση του καθετήρα τοποθετείται αποστειρωμένη γάζα. Ο άρρωστος παρακολουθείται και γίνεται επανεκτίμηση της κατάστασώς του κάθε 6 μήνες.

#### Χειρουργική θεραπεία:

Η υπερτροφία του προστάτου αντιμετωπίζεται πάντοτε χειρουργικώς.

#### Νοσηλευτικά μέσα και μέτρα-προεγχειριστική νοσηλευτική

##### φροντίδα

Κάθε ασθενής που πρόκειται να υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση κατέχεται από συναισθήματα φόβου και ανησυχίας, που μπορεί να οφείλονται σε άγνοια, προκατάληψη παρανόηση, και στο άγνωστο της μετεγχειριστικής εξέλιξεως της κατάστασώς του. Η αδελφή είναι αυτή που θα βοηθήσει τον άρρωστο για να ξεπεράσει αυτές τις ανησυχίες και τους φόβους.

Η προεγχειριστική ετοιμασία του ασθενούς συνιστάται σε :

- α. Γενική προεγχειριστική ετοιμασία
- β. Τοπική προεγχειριστική ετοιμασία
- γ. Τελική προεγχειριστική ετοιμασία.

#### Η γενική προεγχειριστική ετοιμασία περιλαμβάνει:

- α. την τόνωση του ηθικού.

Όπως αναφέρθηκε και παραπάνω η αδελφή είναι αυτή που



θα συντελέσει στην τόνωση του ηθικού, και αυτό θα το πετύχει με το να ανακαλύψει τις προσωπικές ανάγκες κάθε ασθενούς και να τις ικανοποιήσει, να καταλάβει και να συμμαριστεί τη θέση του. Να του δώσει λύσεις στα διάφορα προβλήματα που τον απασχολούν για να διαλυθούν όλοι οι φόβοι και οι ανησυχίες του. Φόβοι και ανησυχίες εμφανίζονται και στους οικείους του ασθενούς, η αδελφή περιοριζόμενη στο κύκλο των αρμοδιοτήτων της οφείλει να πλησιάζει τους οικείους και να τους δίνει απαντήσεις στα πολλά τους ερωτήματα. Ο ασθενής λόγω το ότι είναι άτομο μεγάλης ηλικίας έχει ανάγκη να τον ενημερώσουμε σχετικά με το περιβάλλον στο οποίο βρίσκεται, και τη διεξαγωγή της εργασίας την οποία θα επιβληθεί στη μονάδα όπου βρίσκεται. Η αδελφή θα το καταφέρει αυτό με τις πληροφορίες που θα δώσει σε κάθε προσωπικό ερωτημα του ασθενούς. Προσπαθώντας έτσι να τον καθησυχάσει, για να δεχθεί με ηρεμία την επικείμενη εγχείριση που θα του γίνει. Η αδελφή επίσης παίζει σπουδαίο ρόλο για την ομαλή εξέλιξη της εγχειρίσεως, την αποφυγή των επιπλοκών. Επιπλοκές όπως κυκλοφορικές και αναπνευστικές που πρέπει να διαγνώνονται πριν την εγχείριση

β. Τόνωση σωματική: Αυτή επιτυγχάνεται με το διαιτολόγιο

του ασθενούς προεγχειρητικά, που είναι εμπλουτισμένο με υψηλής βιολογικής αξίας τροφές. Την παραμονή της εγχειρίσεως ο ασθενής τρέφεται ελαφρά (τροφές χωρίς πολλά υπολείμματα). Έξι ώρες πριν από την εγχείριση δεν παίρνει τίποτε από το στόμα για τον κίνδυνο εμετών και μετεωρισμού κοιλιάς. Εάν ο ασθενής δεν πρέπει έστω και για έξι ώρες να στερηθεί υγρά, του χορηγούνται παρεντερικώς.

γ. Ιατρικές Εξετασεις:

Πριν χειρουργηθεί ο ασθενής γίνεται εκτίμηση της κατάστασώς του από χειρουργό και από παθολόγο (για την παθολογική μελέτη όλων των συστημάτων). Καθώς επίσης γίνεται και

λήση ΗΚΓ όπου γνωματεύεται από Καρδιολόγο. Οι εργαστηριακές εξετάσεις πριν από κάθε εγχείριση είναι:

1. Εξέταση αίματος: Γενική αίματος (λευκά-ερυθρά) τύπος λευκών αιμοσφαιρίων, χρόνος ροής και πήξεως αίματος, ομάδα και RHESUS αίματος, σάκχαρο και ουρία αίματος.

2. Γενική ούρων

3. Πυελογραφία.

δ. Καθαριότητα του ασθενούς:

Αυτή συνιστάται σε:

1. Στο καθαρισμό του εντερικού σωλήνα, που επιτυγχάνεται με τη χρήση καθαρτικών φαρμάκων και με το καθαρτικό υποκλυσμό. Συνήθως γίνονται δύο υποκλισμοί ο ένας το απόγευμα της παραμονής της εγχειρήσεως και ο άλλος έξι ώρες πρό της εγχειρήσεως. Με αυτούς επιτυγχάνεται η καθαριότητα του κατωτέρου τμήματος του παχέους εντέρου. Η αδελφή πρέπει να παρακολουθεί τα αποτελέσματα των υποκλυσμών.

2. Καθαριότητα του σώματος του ασθενούς. Μεγάλη σημασία πρέπει να δίνεται επίσης προεγχειρητικώς στην ατομική καθαριότητα του ασθενούς, διότι το άτομο είναι μεγάλης ηλικίας και αδυνατεί να πραγματοποιήσει την ατομική καθαριότητά του. Στη καθαριότητα του σώματος περιλαμβάνεται και η καθαριότητα και αντισηψία της στοματικής κοιλότητας και του ρινοφάρυγγα, για την πρόληψη μολύνσεων του αναπνευστικού συστήματος και των σιελογόνων αδένων.

ε. Εξασφάλιση επαρκούς και καλού ύπνου.

Πάντοτε η αναμονή της εγχειρήσεως προκαλεί αγωνία και φόβο. Αυτά μπορεί να είναι έντονα και να διώχνουν τον ύπνο. Έτσι ο μη επαρκής ύπνος μπορεί να επιφέρει επιπλοκές και μη

ομαλή μετεγχειριτική πορεία. Για την αποφυγή απνίας χορηγείται στον ασθενή τη νύχτα της παραμονής της εγχειρήσεως ηρεμιστικό και υπνωτικό φάρμακο.

στ. Προετοιμασία και εκπαίδευση.

Η προεγχειρητική διδασκαλία περιλαμβάνει επιδείξεις βαθειών αναπνευστικών κινήσεων ώστε να βοηθούν την απόχρεψη, ενεργητικές ασκήσεις των κάτω άκρων για τη λήψη μέτρων ασφαλείας και αντισηψίας, για την αποφυγή μολύνσεων του τραύματος και των παροχετευτικών σωλήνων.

Τοπική προεγχειρητική ετοιμασία:

Στη τοπική προεγχειρητική ετοιμασία γίνεται η προετοιμασία του εγχειρητικού πεδίου. Ξυρίζουμε τον ασθενή την περιοχή των γεννητικών οργάνων μέχρι και όλη την περιτοναϊκή κοιλότητα. Το εγχειρητικό πεδίο πρέπει να είναι καθαρό, αποτριχωμένο και να γίνει καλή αντισηψία του δέρματος για την αποφυγή μολύνσεων. Η προετοιμασία του εγχειρητικού πεδίου πρέπει να περιλαμβάνει αρκετή έκταση γύρω από το σημείο τομής.

Τελική προεγχειρητική ετοιμασία:

Η τελική προεγχειρητική ετοιμασία περιλαμβάνει:

α. Παρατήρηση και εκτίμηση της γενικής κατάστασης του ασθενούς. Γίνεται λήψη των ζωτικών σημείων (Α.Π θερμομέτρηση σφύξεις) από την αδελφή.

β. Κατάλληλη ένδυση. Η αδελφή φορεί στον άρρωστο τη ρόμπα χειρουργίου αφού προηγουμένως του αφαιρέσει όλα τα είδη εσω-

ρούχων, τις πυτζάμες, τη ξένη οδοντοστοιχία αν έχει ο ασθενής. Καί τέλος του υπενθυμίζει τις μετεγχειρητικές ασκήσεις, τις αναπνευστικές καθώς και των άκρων.

γ.Προνάρκωση: Αυτή γίνεται συνήθως μισή ώρα πρό της εγχειρήσεως. Το είδος της νάρκωσης καθορίζεται από τον αναισθησιολόγο ιατρό, και αποβλέπει στη μερική χαλάρωση του μυϊκού συστήματος, την ελάττωση εκκρίσεως του βλενογόνου του αναπνευστικού συστήματος και την πρόκληση υπνηλίας. Λόγω της δράσεως των φαρμάκων συνιστάται στον ασθενή να μη σηκωθεί από το κρεβάτι του. Κατά την προνάρκωση η αδελφή πρέπει να δώσει στον ασθενή το κατάλληλο φάρμακο, την ακριβή δόση και στην καθορισμένη ώρα.

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Η μετεγχειρητική φροντίδα του ασθενούς αποτελεί σοβαρή απασχόληση της αδελφής, αυτή θα συντελέσει :

1. Στην προστασία του ασθενούς κατά τις διάφορες φάσεις της ανανήψεως.

2. Στην παρακολούθηση της μετεγχειρητικής εξέλιξεως της ασθενείας του.

3. Στην ανακούφιση του από ενοχλήματα

4. Στην πρόληψη επιπλοκών και

5. Στη βοήθεια του ασθενούς, για να επανέλθει το ταχύτερο στη φυσιολογική του κατάσταση.

Η μετεγχειρητική φροντίδα αρχίζει από τη στιγμή που ο ασθενής μεταφέρεται από το χειρουργείο στο θάλαμο και τελειώνει με τη πλήρη αποκατάστασή του. Αυτή περιλαμβάνει :

1. Την κατάλληλη τοποθέτηση του αρρώστου στο κρεβάτι. Η θέση του ασθενούς πρέπει να είναι υπτια και με το κεφάλι στραμμένο πλάγως για αποφυγή εισρόφησης.

2. Συχνή λήψη ζωτικών σημείων, πιθανόν να υπάρχει αύξηση της θερμοκρασίας που αυτό είναι σύμπτωμα αναπνευστικής αιτιολογίας. Ο ασθενής παρακινείται να βήχει για να αποβάλλει τα εκκρίματα.

3. Κορήγηση των αναλγητικών και σπασμολυτικών μετά από οδηγία ιατρού. Η διακοπή των αντισπασμωδικών πρέπει να γίνεται 24 ώρες πριν από την αφαίρεση του καθετήρα.

4. Έλεγχος καθετήρων για σημεία απόφραξη με θρόμβους αίματος, και σπάνια τμήματα ιστών. Οπότε γίνονται συνεχείς πλύσεις. Παρακολούθηση και εκτίμηση υγρού παροχέτευσης από το τραύμα και το σημείο του καθετήρα.

5. Παρακολούθηση για σημεία αιμοραγίας. Ένας βαθμός αιματουρικού αναμένεται. Πρέπει να γίνεται εξέταση των ούρων για αίμα, μέτρηση του ειδικού βάρους.

6. Διατήρηση ασηπτης τεχνικής. Λόγω του ότι οι πιθανότη-

τες μολύνσεως είναι ιδιαίτερα αυξημένες, επειδή το τραύμα υγραίνεται από τα ούρα και επιμολύνεται από παθογόνους μικροοργανισμούς δίνεται μεγάλη σημασία για την ασηψία του τραύματος. Τυχόν σημεία τραυματικής κακοσμίας, τραυματικής ευασθησίας και άλλους καθώς επίσης και πυώδης εκροή, αναφέρονται αμέσως στον ιατρό.

7. Διατήρηση προσλαμβανομένων υγρών (από το στόμα και ενδοφλέβια) μεταξύ 2500-3.000ML το 24ωρο εκτός αν υπάρχει αντένδειξη.

8. Παρακολούθηση των προσλαμβανομένων και αποβαλλομένων υγρών κάθε 2 ώρες μετά την εγχείρηση και κάθε 8 ώρες όταν η κατάσταση σταθεροποιηθεί.

9. Λήψη μέτρων για πρόληψη των επιπλοκών. Αυτό επιτυγχάνεται με παθητικές και ενεργητικές ασκήσεις γρήγορη έγερση του ασθενούς και γύρισμα του ασθενούς κάθε δύο ώρες.

10. Μετά 3-4 ημέρες από την εγχείρηση δίνεται υπατικό με ιατρική εντολή. Το διαιτολόγιο του πρέπει να είναι τέτοιο ώστε να αποφεύγεται η δυσκυλιότητα.

11. Γίνεται διδασκαλία του αρρώστου από την αδελφή να αποφεύγει την έντονη άσκηση και την ανύψωση βαριών αντικειμένων τουλάχιστο για 3 εβδομάδες μετά την εγχείρηση.

Επίσης η διδασκαλία στον άρρωστο περιλαμβάνει:

Ο ασθενής να αναφέρει κάθε σημείο αιμοραγίας στη νοσοκόμα ή στον ιατρό, και επίσης σημεία που δείχνουν ανάπτυξη ουρηθρικής στένωσης και μόλυνσης. Ενημερώνεται ότι πρέπει να συνεχιστεί και η λήψη πολλών υγρών και μετά την έξοδό του από το νοσοκομείο.

12. Του παρέχουμε επίσης συμβουλές που αφορούν την επαγγελματική και την συζυγική του ζωή.

13. Συμβάλλουμε για την ανύψωση του ηθικού του αρρώστου στην ενθάρρυνση και υποστήριξή του. Η κατάθλιψη είναι συνηισμένη κατάσταση εξ αιτίας του ότι η αφαίρεση των παροχετευτικών σωλήνων δεν υπονοεί πάντα τη πλήρη αποκατάσταση της ούρησης. Αυτή συνοδεύεται αρχικά από συχνουρία και μερική απώλεια ούρων και έτσι ο ασθενής οδηγείται σε κατάσταση μελαγχολίας

καί απαισιοδοξίας. Η αδελφή εξηγεί στον ασθενή ότι ο πλήρης έλεγχος της ουρήσεως είναι θέμα μόνο λίγων ημερών, καθώς επίσης ενημερώνει και τα μέλη της οικογενείας του.

14. Μετά την έξοδο του από το νοσοκομείο ο ασθενής ενημερώνεται για το πότε θα επανέλθει στο νοσοκομείο για επανεξέταση και νέα αξιολόγηση.

Επιπλοκές της χειρουργικής επέμβασης:

I. Αιμοραγία

2. Δηλητηρίαση με νερό. Ξε αιτίας της μεγάλης ποσότητας υγρών που χρησιμοποιούνται για πλύση κατά τη δουρηθρική εκτομή, ο άρρωστος μπορεί να αναπτύξει δηλητηρίαση με νερό, που μπορεί να εκδηλωθεί ως υπονατρίαζμία ή υπερφόρτωση.

Ο ασθενής μπορεί να παρουσιάσει

- α. μεγάλη ευερεθιστότητα
- β. Υπέρταση που ακολουθείται από υπόταση
- γ. Μείωση του νατρίου
- δ. Πολυουρία

Αντιμετωπίζεται με τη χορήγηση των νατρίουχων συμπληρωμάτων, με την εκτίμηση των ζωτικών σημείων και με παρακολούθηση για σημεία πνευμονικού οιδήματος και καρδιακής ανεπάρκειας.

3. Απόφραξη του κατωτέρου αποχετευτικού ουροποιητικού συστήματος.

- 4. Κυστίτιδα
- 5. Πυελομεφρίτιδα
- 6. Νεφρική ανεπάρκεια.



Ι Σ Τ Ο Ρ Ι Κ Α  
-----

Ιο Ιστορικό:

ΟΝΟΜΑ: Παπαγεωργίου Γεώργιος  
ΕΙΣΟΔΟΣ (27.9.88  
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ: Ισώμα Αχαΐας  
ΠΙΘΑΝΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ: Υπερτροφία προστάτη  
ΕΤΩΝ: 80.

Ο ασθενής Παπαγεωργίου Γεώργιος εισήλθε στην Ουρολογική κλινική με τα εξής συμπτώματα: Πρίν από ένα έτος είχε δυσουρικά ενοχλήματα, συχνουρία, νυκτουρία, που κατέληξε σε επίσχεση ούρων πρίν ένα εξάμηνο (Μάρτιο) από τότε τοποθετήθηκε καθετήρα και εισήλθε στη Κλινική για να χειρουργηθεί.

Την 1η μέρα νοσηλείας του ελήφθησαν εργαστηριακές εξετάσεις αίματος, και οι απαντήσεις είναι οι παρακάτω:

Λευκά αιμοσφαίρια 5.700  
Αιμοσφαιρίνη I4  
Ερυθρά αιμοσφαίρια 4.700  
Αιματοκρίτης 4I  
Μέσος όγκος ερυθρών 87,60  
Αιμοπετάλλια I75  
Πολυμορφοπυρηνα :57  
Ραβδοπυρηνα :5  
Λεμφοκύτταρα : 33  
Μονοπύρηνα : 5

Επίσης ο ασθενής έκανε υπερηχογραφήμα ουροδόχου κύστεως και βρέθηκε: Τα τοιχώματα της ουροδόχου κύστεως ομαλά .Ο προστάτης είχε διαστάσεις 4, Ix4, 2x3, 3CM και προκαλεί μικρό εντύπωμα στον αυχένα της κύστεως.

Πρίν το χειρουργείο του έγινε ΗΚΓ , το οποίο γνωματεύτηκε από καρδιολόγο και ήταν φυσιολογικό.

Το απόγευμα, παραμονή του χειρουργείου, του έγινε υποκλισημός και η κατάλληλη προεγχειρητική ετοιμασία, όπως ξύρισμα, ελαφρά διατροφή.

2η μέρα νοσηλείας: Κλήκε στο χειρουργείο στις 9.30 π.μ. Γύρισε από το χειρουργείο στις 12 π.μ. Η Α.Π ήταν 130MMHG, ΣΦ:68 Θερμοκρ:37,2. Μετά από το χειρουργείο έπαιρνε ένα ορρό RINGERS IXI και DEXTROSE 5% ICCO IX2. Ο RINGERS έγινε διακοπή μετά 8 ωρών από το χειρουργείο και συνεχιζόταν μόνο ο DEXTROSE 5%.

Τη πρώτη μεταγχειρητική γινόταν πλύσεις κύστεως κάθε 4 ώρες. Το απόγευμα πόνεσε και του έγινε 1 ROMIDON I.M

3η μέρα: Ήταν ήσυχος και συνέχιζε πλύσεις κύστεως

4η μέρα: Είχε πονοκέφαλο εδόθει 1 TAB LAUARID και έκανε 2 φορές εμμετο και συνέχιζε να έχει τάση προς εμμετο και του έγινε . Συνέχιζε πλύσεις κύστεως.

5η μέρα: Ήταν ήσυχος, έγινε αλλαγή του τραύματος και πλύσεις κύστεως, και το απόγευμα του έγινε υποκλισημός γιατί είχε να ενεργηθεί από τη μέρα που χειρουργήθηκε.

6η μέρα: Ήταν ήσυχος, έγινε διακοπή στις πλύσεις και έγινε αλλαγή του τραύματος και διακοπή του ορρού.

7η μέρα: Εξοδος

Η θεραπευτική του αγωγή ήταν:

DEXTROSE 5% IX2

ZINACEL IX3

BUSCOUPAN AUP IX2 στον ορρό

BACTRIMEL FORTE 2x2

2ο ΙΣΤΟΡΙΚΟ  
-----

ΟΝΟΜΑ: Ρασσιάς Φίλιππος

ΕΙΣΟΔΟΣ: 20.9.88

ΕΞΟΔΟΣ: 4.10.88

ΕΤΩΝ: 72

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ: Αργοστόλι

ΔΙΑΓΝΩΣΗ: Κυστεοστομία-Υπερτροφία προστάτη

Ο ασθενής εισήχθη στις 20.9. Εμφάνισε από τον Ιούλιο δυσουρία και αιματουρία και τοποθετήθηκε διουρηθρικός καθετήρας. Επειδή όμως δεν βελτιώθηκε η δυσουρία και η ολιγουρία στην χειρουργική κλινική του Αργοστολίου στις 19.9 υπεβλήθη υπερηβική κυστεοστομία, όπου και τελικά διορθώθηκε η επίσχεση ούρων. Παραμένει και ο διουρηθρικός καθετήρας, αλλά ο κύριος όγκος των ούρων εξέρχεται από την κυστεοστομία.

Σημειωτέον ότι ο ασθενής πριν από δυόμιση χρόνια είχε πάθει εγκεφαλικό επεισόδιο. Ο ασθενής Ρασσιάς υπεβλήθη σε υπερηβική κυστεοστομία λόγω επίσχεσεως ούρων η οποία δεν κατορθώθηκε να αντιμετωπιστεί με καθετηριασμό. Κατά την εγχείριση διαπιστώθηκε σημαντική υπερτροφία προστάτου.

Πριν από την εγχείριση του έγιναν οι εξής εξετάσεις:

Έγινε α/α θώρακα και βρέθηκε ελινωση θωρακικής αορτής

-----  
και στοιχεία πνευμονικού εμφυσήματος.

Πυελογραφία: όπου βρέθηκε απέκκριση, εντύπωμα στην κύστη με αγκιστροειδή εικόνα του αριστερού ουρητήρα

-----  
Γενική ούρων στις 21.9.88

Γενική ούρων στις 28.9.88

K: 4,6

Na: 139

Our: 38

Σ: 78

Κρεατινίνη: 1,5

K: 3,4

Na: 138

Our: 23

Σ: 136

Κρεατινίνη: 1,4

**Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ  
ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ**

Γενική αίματος:2I.9.88

Λευκα:4.600  
Ερυθρά:3.700  
Αιμοσφ:II  
Αιματοκρ.35  
Μ.Ογκος ερθρ.94  
Αιμοπ.3I5  
Πολυμ.73  
Λεμφ.25  
Μονοπ.2

1η μέρα νοσηλείας του:Ελήφθει αίμα για εργαστηριακά  
2η μέρα νοσηλείας του: Εγινε προετοιμασία για IVP που  
θα γινόταν την άλλη μέρα

3η μέρα: Εγινε IVP και ήταν ήσυχος

4η μέρα:Εγινε α/α θώρακα.

Ο ασθενής χειρουργήθηκε την 6η μέρα νοσηλείας του, το  
απόγευμα.Από το πρωί έγινε ευπρεπισμός και υποκλισμός και  
κατέβηκε στο χειρουργείο στις 5.μ.μ.Γύρισε από το χειρουργείο  
στις 8.30μ.μ και έπαιρνε RINGERS IXI και DEXTROSE 5% IX2  
ΑΠ:150/70MMHG ΣΦ:68 ,θερμοκ.37.8.Τα ούρα του ήταν καθαρά.Του  
γινόταν πλύσεις της κύστεως.Μετά το χειρουργείο άρχισε συ-  
στηματική CALUPARINE Ix2 και αντιβίωση ZINACEL EL IX3 καθώς  
και SCLVETAN EL IXI και NEBCIN AUP IX2.

7ημέρα:Ηταν ήσυχος συνέχιζε τους ορούς και τις πλύσεις

8ημέρα:Εγινε διακοπή στους ορούς καιέτέθει IVT για να  
γίνονται τα ενεσιμα και άρχισε BACTRIMEL T.2X2

9η μέρα:Ηταν ήσυχος και έγινε υποκλυσμός

10η μέρα:Εγινε αλλαγή τραύματος

11η μέρα:Μετά από εντολή του ιατρού σηκώθηκε από το  
κρεβάτι του,συνέχιζε αλλαγή τραύματος,διακοπή στις πλύσεις

12η μέρα:Ησυχος εδώθει γάλα Μαγνησίας

13η μέρα:του έγινε εξιτήριο.

3ο ΙΣΤΟΡΙΚΟ:

ΟΝΟΜΑ:Κοσμάς Αντώνιος  
ΕΙΣΔΑΘΕ:6.10.88  
ΕΞΟΔΟΣ:14.10.88  
ΕΤΩΝ:82  
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ:Φαρμές Αχαΐας  
ΔΙΑΓΝΩΣΗ:Υπερτροφία προστάτη.

Εδώ και 20 χρόνια ο ασθενής αναφέρει ότι έχει προβλήματα στην ούρηση.Δεν αναφέρει υπαρκτή αίματος στα ούρα.Πρό δύο μήνες αναφέρει σημαντική δυσκολία κατά την ούρηση.Εγχειρίστηκε στις 7.10.88.

1η μέρα:Ελήφθη αίμα για εργαστηριακές εξετάσεις καθώς επίσης και καλλιέργεια ούρων.Το απόγευμα έγινε το ξύρισμα και το βράδυ υποκλισμός διότι την άλλη μέρα θα κατέβαινε στο χειρουργείο.

Οι απαντήσεις των εξετάσεων ήταν οι εξής:

<u>Ούρων 6.10.88</u>	<u>Ούρων 11.10.88</u>	<u>Αίματος 16.10.88</u>
Κ:51	Κ:3	Ερυθρά:3.500
Να:145	Να:136	Αιμοσφ:10
Ουρ:43	Ουρία:47	Αιματοκ:38
Κρεατ:0,97	Σάκχαρο:177	Αιμοπ:135
Σ:101		Πολυμ:63
		Λεμφοκ:28
		Μονοπυρ.1
		Βασεοφ.1

2η μέρα:Κατέβηκε στο χειρουργείο στις 8π.μ.Γύρισε στις 10.30π.μ ΑΠ:140MMHG σφ:66/MIN θερμ.37.5.Είχε ορθό και γινόταν πλύσεις κύστεως.

Στις 3μ.μ ΑΠ:190MMHG και έγινε 1AUP LASIX 1.V συνέχισε η ΑΠ να είναι αυξημένη στις 6μ.μ ΑΠ:180MMHG κατέγινε μια AUP LASIX 1.V.

Στις 9μ.μ ΑΠ:140MMHG

3η μέρα:Ήσυχος.Συνέχιζε τους ορούς και τις πλύσεις ΑΠ:120MMHG.Λόγω τού ότι ο αιματοκρίτης του βρέθηκε χαμηλός εστάλει παραπεμπτικό στην αιμοδοσία για μία φιάλη αίμα.Ο ασθενής ήταν απύρετος.Πήρε μία φιάλη αίμα Α.Π:150MMHG.Στις 6μ.μ η ΑΠ:175MMHG και έγινε 1 AUP LASIX 1.v μετά από εντολή ιατρού.

4η μέρα:Ήταν ήσυχος και έγινε αλλαγή τραύματος

5ημέρα:Διακοπή στους ορούς και στις πλύσεις,ετέθει IVT

6η μέρα: Αλλαγή τραύματος ΑΠ:140MMHG

7η μέρα:Αλλαγή τραύματος και το βραδυ έγινε υποκλισμός

8η μέρα:Ήσυχος έγινε αλλαγή τραύματος

9η μέρα:Εξοδος

Η φαρμακευτική του αγωγή ήταν η εξής:

Επαιρνε για τρεις μέρες μετά το χειρουργίο DEXTROSE 5% IX2 και RINGERS IX1

Για τρεις μέρες ZINACEL EL IX3 και μετά εξακολούθησε ZINACEL IX2.

Του γινόνταν 2 φορές τη μέρα CALCIPARINE,NEBCIN AUP IX2 γ για τρεις μέρες.Γάλα μαγνησίας εδόθει την 5η μέρα και KIBARPRIN FORTE την 6η μέρα 2XI.

## Β Ι Β Λ Ι Ο Γ Ρ Α Φ Ι Α

1. Καθηγητής Ουρολογίας Πανεπιστημίου Αθηνών ΚΑ ΔΗΜΟΠΟΥΛΟΣ  
"Παλμός" Αθήνα 1977
2. Εγχειρίδιο ανατομικής του ανθρώπου με έγχρωμο ατλαντά  
W.KAHL E-H.L.EONHARDT-W.ELATZER , Τόμος 2  
Μετάφραση Ν.ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ, Επίκουρος Καθηγητής Περιγραφι-  
κής Ανατομικής Πανεπιστημίου Αθηνών, Ιατρικές Εκδόσεις  
"Λιτσας" 1985 Μικράς Ασίας 70-ΓΟΥΔΙ 115 27 ΑΘΗΝΑ
3. Στοιχεία Ουρολογίας , Γ.Α. ΜΠΑΡΜΠΛΑΛΙΑΣ -Καθηγητής Ουρο-  
λογίας Πανεπιστημίου Πατρών, Εκδόσεις "Λιτσας" 1987
4. Στοιχεία Φυσιολογίας, ΡΕΓΓΙΝΑ-ΑΛΙΒΙΖΑΤΟΥ-ΜΟΣΧΟΒΑΚΗ  
Επιστημονικά Εκδόσεις , ΓΡΗΓΟΡΙΟΣ Κ. ΠΑΡΙΣΣΙΑΝΟΣ, Αθήνα  
1984
5. Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική, Τόμος Ιος  
ANNA ΣΑΧΙΝΗ-ΚΑΡΔΑΣΗ, Εκδόσεις "Βήτα" Αθήνα 1984
6. Νοσηλευτική Παθολογική-Χειρουργική ,  
ΜΑΛΓΟΥΡΙΝΟΣ Μ.Α -ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ ΣΦ, Εκδοση Ιεραποστολι-  
κής Ένωσης, Αθήνα 1986.