



# ΜΗ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ

Ακράτεια Ούρων .....	2
Καλοήθης Υπερπλασία Προστάτη .....	7
Λιθίαση .....	15
Λοιμώξεις Ουροποιητικού .....	21

# ΑΚΡΑΤΕΙΑ ΟΥΡΩΝ



# ΑΚΡΑΤΕΙΑ ΟΥΡΩΝ

## ΤΙ ΕΙΝΑΙ ΑΚΡΑΤΕΙΑ ΤΩΝ ΟΥΡΩΝ; ΕΙΝΑΙ ΟΛΕΣ ΟΙ ΑΚΡΑΤΕΙΕΣ ΙΔΙΕΣ;

Ακράτεια των ούρων ονομάζεται η ακούσια αποβολή ούρων, όταν δηλαδή χάνουμε ούρα χωρίς να το θέλουμε. Είναι μια δυσάρεστη κατάσταση, η οποία απασχολεί κυρίως γυναίκες μετά την εμμηνόπαυση, αλλά και νεότερες γυναίκες και άντρες, ιδιαίτερα μετά από χειρουργεία για τον καρκίνο του προστάτη (ριζική προστατεκτομή). Εκτός από το προφανές πρόβλημα της συχνής ύγρανσης των εσωρούχων, τη χρήση διαφόρων βοηθημάτων, όπως πάνες ή σερβιέτες, η ακράτεια ούρων επηρεάζει σημαντικά την ποιότητα ζωής των πασχόντων, οδηγώντας τους ακόμη και σε κοινωνική απόσυρση και κατάθλιψη. Για το λόγο αυτό, θα πρέπει να γνωρίζουμε πως η ακράτεια ούρων δεν είναι φυσιολογικό φαινόμενο σε καμία περίπτωση και θα πρέπει να αντιμετωπίζεται με τη βοήθεια του ουρολόγου σας. Πρέπει, όμως, να ξεκαθαριστεί, πως η ακράτεια ούρων πολύ σπάνια είναι επείγον περιστατικό.

Είναι εύκολο να καταλάβουμε εάν έχουμε ακράτεια ούρων. Χρειάζεται μόνο να απαντήσουμε σε μια πολύ απλή ερώτηση:

«Χάνετε ούρα χωρίς να το θέλετε;»

Εάν η απάντηση είναι ΝΑΙ, τότε μια επίσκεψη στον ουρολόγο σας είναι χρήσιμη για να πάρετε τις απαραίτητες συμβουλές.

Επίσης, δεν είναι ιδιαίτερα δύσκολο να διακρίνετε το είδος της ακράτειας που έχετε, μιας και δεν έχουν όλες οι ακράτειες ούρων την ίδια συμπεριφορά. Συνεπώς:

- εάν χάνετε ούρα όταν βήχετε, φτερνίζετε, σκώνεται βάρη, αλλάζετε θέση, γυμνάζετε και γενικότερα σε οποιαδήποτε άσκηση, τότε έχετε ακράτεια προσπάθειας
- εάν χάνετε ούρα επειδή το αίσθημα της ούρησης είναι ξαφνικό, έντονο, δυσάρεστο και δεν προλαβαίνετε να πάτε στην τουαλέτα, τότε έχετε επιτακτική ακράτεια
- εάν συμβαίνουν και τα δύο παραπάνω, τότε έχετε μικτή ακράτεια ούρων και με το γιατρό σας θα εντοπίσετε την πιο ενοχλητική μορφή
- η ακράτεια ούρων από υπερχειλίση είναι μια από τις λίγες περιπτώσεις, που η ακράτεια είναι επείγον περιστατικό. Στην περίπτωση αυτή μπορεί να έχουμε βλάβη και των νεφρών, επειδή τα ούρα παλινδρομούν προς τα πάνω και το αποτέλεσμα είναι η νεφρική ανεπάρκεια. Αυτό θα γίνει, όταν έχουμε χρόνια και χωρίς πόνο αδυναμία ούρησης (επίσχεση ούρων), η οποία δε γίνεται αντιληπτή από τον ασθενή, λόγω μειωμένης αίσθησης ότι η ουροδόχος κύστη γεμίζει, αλλά κυρίως λόγω ελλιπούς παρακολούθησης από ουρολόγο. Σκεφτείτε για αντιστοιχία, μια γεμάτη μπανιέρα η οποία συνεχίζει να γεμίζει από μια διαρκώς ανοιχτή βρύση (όπου μπανιέρα η ουροδόχος κύστη, όπου βρύση οι νεφροί). Η κατάσταση αυτή είναι πιο συχνή στους άντρες λόγω παραμελημένης υπερπλασίας προστάτη.

Θα πρέπει να διαχωρίσουμε τις περιπτώσεις των ασθενών που μπορεί να έχουν ακράτεια ούρων και ταυτόχρονα ιστορικό με κάποιο νευρολογικό νόσημα (πχ πολλαπλή σκλήρυνση ή ν. Parkinson). Στην περίπτωση αυτή, θα πρέπει να απευθυνθείτε σε εξειδικευμένο κέντρο Νευρο-ουρολογίας.





## ΤΙ ΜΠΟΡΩ ΝΑ ΚΑΝΩ ΓΙΑ ΝΑ ΜΗΝ ΕΧΩ ΑΚΡΑΤΕΙΑ ΟΥΡΩΝ;

Η χρήση οποιαδήποτε μορφής πάνας ή σερβιέτας μπορεί να προσφέρει ασφάλεια και να καλύπτει τα επεισόδια ακράτειας, δεν είναι όμως θεραπεία και δε θεωρείται αποδεκτή ως αντιμετώπιση της ακράτειας. Το πρώτο βήμα για την αντιμετώπιση είναι αλλαγή του τρόπου ζωής, οι αλλαγές των συνηθειών της καθημερινότητας.

- εάν έχουμε παραπάνω κιλά, η απώλεια βάρους βοηθά σημαντικά στον περιορισμό των επεισοδίων ακράτειας
- ρυθμίζουμε την κατανάλωση υγρών, ώστε να μη γίνεται κατάχρηση
- αποφεύγουμε διουρητικές ουσίες, όπως ο καφές, το αλκοόλ ή τα αναψυκτικά, αλλά και τα πικάντικα φαγητά
- αν λαμβάνουμε διουρητικά φάρμακα, μπορεί να αλλάξει η ώρα και η δοσολογία τους, σε συνεννόηση με το θεράποντα ιατρό μας
- προσπαθούμε να εκπαιδύσουμε την ουροδόχο κύστη μας, ώστε να προγραμματίζουμε την ούρηση πριν το αίσθημα γίνει δυσάρεστο και επείγον
- ρυθμίζουμε τις συνήθειες του εντέρου (δυσκοιλιότητα ή διάρροιες), σε συνεννόηση με το θεράποντα ιατρό μας
- μπορούμε να γυμνάσουμε τους πυελικούς μύες (είναι αυτοί ανάμεσα στα πόδια μας), με τη βοήθεια ειδικού φυσιοθεραπευτή ή φυσιάτρου.

Όλα τα παραπάνω μπορούν να αποδειχτούν ευεργετικά και αποτελεσματικά ενάντια στην ακράτεια των ούρων, αλλά θα πρέπει να γίνουν αφού πρώτα συμβουλευτείτε τον ουρολόγο σας, ώστε να σας κατευθύνει.

Ένα χρήσιμο εργαλείο για την εκτίμηση της σοβαρότητας της ακράτειας είναι το ερωτηματολόγιο ICIQ-SF, το οποίο μπορείτε να το συμπληρώσετε και να το δείξετε στο γιατρό σας (Παραπομπή 1).



## ΥΠΑΡΧΕΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΚΡΑΤΕΙΑ ΤΩΝ ΟΥΡΩΝ; ΦΑΡΜΑΚΑ Η ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟ;



Σε περίπτωση που η αλλαγή του τρόπου ζωής δεν είναι αποτελεσματική για τη μείωση ή εξαφάνιση της ακράτειας, τότε θα πρέπει να προχωρήσετε στην ενδεδειγμένη θεραπεία, ανάλογα με τον τύπο της ακράτειας ούρων που έχετε.

- Εάν έχετε ακράτεια προσπάθειας, τότε κατά κανόνα η θεραπεία σας είναι χειρουργική. Η φαρμακευτική θεραπεία με δουλοξετίνη ή αντίστοιχα σκευάσματα, θεωρείται μειωμένης αποτελεσματικότητας, έχει υψηλά ποσοστά παρενεργειών και θα πρέπει να δίνεται, μόνο εφόσον δεν επιθυμείτε κάποια άλλη παρέμβαση, με πολύ στενή παρακολούθηση από το γιατρό σας και για πεπερασμένο χρονικό διάστημα. Η χειρουργική θεραπεία περιλαμβάνει την τοποθέτηση ταινιών ελευθέρων τάσης ή αυτόλογων μοσχευμάτων σε σχήμα ταινίας (συνήθως ταινίας από τον ορθό κοιλιακό μυ), μέθοδοι που σκοπό έχουν να υποκαταστήσουν το μηχανισμό εγκράτειας και να υποστηρίξουν την ουρήθρα. Οι αυτόλογες ταινίες χρησιμοποιούνται κυρίως στις γυναίκες, ενώ οι κλασικές ταινίες ακράτειας από φιλικό για τον οργανισμό υλικό, μπορούν να χρησιμοποιηθούν και για τους άντρες. Η αποτελεσματικότητα των μεθόδων είναι πολύ υψηλή και η ακράτεια ούρων υποχωρεί ακόμη και σε απόλυτο βαθμό, ανεξαρτήτως της μεθόδου ή του υλικού. Επίσης, οι επιπλοκές της επέμβασης αυτής είναι πολύ σπάνιες και ο χρόνος νοσηλείας είναι συνήθως 1-2 ημέρες.



Στις γυναίκες με ακράτεια προσπάθειας δίνεται η επιλογή της κολποανάρτησης κατά Burch (ανοιχτά ή λαπαροσκοπικά), η εμφύτευση διογκωτικών παραγόντων στην ουρήθρα, αλλά και η τοποθέτηση του τεχνητού σφιγκτήρα, σε βαριές περιπτώσεις. Η κολποανάρτηση και η τοποθέτηση του σφιγκτήρα έχουν υψηλά ποσοστά αποτελεσματικότητας, ενώ οι διογκωτικοί παράγοντες έχουν περιορισμένο χρόνο δράσης. Οι επιπλοκές είναι και σε αυτές τις περιπτώσεις σπάνιες.

Ιδιαίτερα στις γυναίκες, πριν την απόφαση για τη χειρουργική παρέμβαση στην ακράτεια προσπάθειας, θα πρέπει να συνυπολογίζεται η ηλικία (εμμηνόπαυσιακή ή όχι), η σεξουαλική ενεργότητα, το σωματικό βάρος, η καθημερινή ενασχόληση με έντονη άσκηση και οποιαδήποτε άλλη παράμετρος μπορεί να επηρεάσει την αποτελεσματικότητα του χειρουργείου, σύμφωνα με τη γνώμη του ουρολόγου σας.

Στους άντρες, εάν η τοποθέτηση ταινίας ακράτειας δεν είναι αποτελεσματική, τότε ακολουθεί η τοποθέτηση του τεχνητού σφιγκτήρα, με υψηλά ποσοστά επιτυχίας και με σπάνιες επιπλοκές, συχνά σχετιζόμενες με τη διάβρωση του ίδιου του υλικού.



Συζητήστε με τον ουρολόγο σας την ιδανικότερη χειρουργική θεραπεία για την ακράτεια προσπάθειας, ανάλογα με τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά σας και τη χειρουργική του εμπειρία σε κάθε μια από τις μεθόδους.



— Εάν η ακράτειά σας είναι επιτακτικού τύπου, τότε η θεραπεία σας είναι κατά κανόνα φαρμακευτική. Τα πιο διαδεδομένα φάρμακα για την επιτακτική ακράτεια είναι τα αντισπολινεργικά ή αντιμυοσκαρινικά, ενώ πιο πρόσφατα έχουν προστεθεί και οι β3-αγωνιστές. Τα φάρμακα αυτά είναι όλα εξίσου αποτελεσματικά και βοηθούν στη εξάλειψη των επεισοδίων επιτακτικότητας και ακράτειας σε υψηλό ποσοστό. Οι πιο συχνές παρενέργειες των αντισπολινεργικών είναι η δυσκοιλιότητα και η ξηροστομία, οπότε αν αυτές εμφανιστούν και δεν είναι ανεκτές, πρέπει να συζητήσετε με τον ουρολόγο σας την αλλαγή της θεραπείας. Οι β3-αγωνιστές μπορεί να απορρυθμίσουν την αρτηριακή πίεση, ιδιαίτερα εάν υπάρχει ιστορικό αρρυθμιστης υπέρτασης. Τα παλαιότερα αντισπολινεργικά (όπως η οξυβουτινίνη) θα πρέπει να αποφεύγονται σε ηλικιωμένους ασθενείς, λόγω του ότι μπορούν να επηρεάσουν αρνητικά τις γνωσιακές τους δυνατότητες (μνήμη, συμπεριφορά). Επίσης, θα πρέπει να γνωρίζουμε ότι όλα τα παραπάνω φάρμακα εμφανίζουν την αποτελεσματικότητά τους σε διάστημα περίπου 4-6 εβδομάδων από την έναρξη τους, γι' αυτό και δεν πρέπει να τα διακόπτουμε, εάν δε βλέπουμε βελτίωση από τις πρώτες ημέρες. Η διάρκεια της θεραπείας είναι συνήθως μακρόχρονη, έως και δια βίου, ενώ η επιλογή του φαρμάκου θα πρέπει να γίνεται σε συνεννόησή με το γιατρό σας, ανάλογα με τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά σας και το υπόλοιπο ιατρικό σας ιστορικό. Σε κάθε περίπτωση, απαιτείται τακτική παρακολούθηση από τον ουρολόγο σας.

Στις περιπτώσεις που η θεραπεία δεν είναι αποτελεσματική με ένα από τα παραπάνω φάρμακα, μπορεί να συστηθεί και συνδυασμός τους, ενώ υπάρχει ακόμη και η ένδειξη των ενέσεων αλαντικής τοξίνης τύπου A (ΒΟΤΟΧ-Α) στην ουροδόχο κύστη, ιδιαίτερα στις ανθεκτικές μορφές επιτακτικής ακράτειας. Πρόκειται για μια ελάχιστα επεμβατική παρέμβαση, η οποία μπορεί να γίνει και υπό αναισθησία, με άμεση και υψηλού βαθμού αποτελεσματικότητα. Οι επιπλοκές της επέμβασης είναι οι ουρολοιμώξεις και η αυξημένη κατακράτηση ούρων, ενώ θα ήταν χρήσιμη η εκπαίδευση του ασθενούς στη χρήση διαλειπόντων αυτοκαθητηριασμών της ουροδόχου κύστης, ώστε να αποφευχθούν οι παραπάνω καταστάσεις. Είναι μια πολύ απλή και αποτελεσματική διαδικασία, η οποία μπορεί να διδαχθεί υπό την καθοδήγηση εξειδικευμένου νοσηλευτικού προσωπικού και έχει ως αποτέλεσμα την πλήρη αποκατάσταση της ποιότητας ζωής και της καθημερινότητας χωρίς ακράτεια ούρων.

Η χρήση κολπικών οιστρογόνων είναι αποτελεσματική στην επιτακτική ακράτεια, ιδίως στις γυναίκες μετά την εμμηνόπαυση. Τα κολπικά οιστρογόνα δε συνδέονται με την εμφάνιση καρκίνου και ο γιατρός σας θα σας ενημερώσει για το θεραπευτικό σχήμα και την απαιτούμενη παρακολούθηση. Η επιλογή για την ιδανική θεραπεία της επιτακτικής ακράτειας ούρων εξαρτάται από τα ατομικά σας χαρακτηριστικά, το ιατρικό σας ιστορικό και την εμπειρία του ουρολόγου σας στη διαχείριση των φαρμάκων.

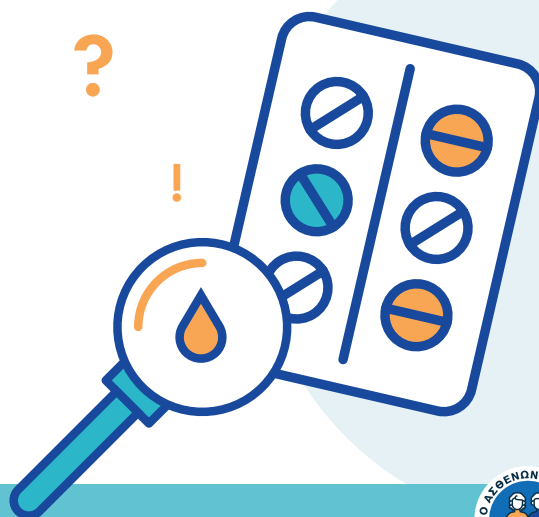
- Εάν ο γιατρός σας διαγνώσει ότι έχετε μικτή ακράτεια ούρων, τότε θα σας βοηθήσει να θεραπεύσετε τα συμπτώματα που σας ενοχλούν περισσότερο.
- Στην περίπτωση της ακράτειας από χρόνια επίσχεση ούρων (υπερχείλιση), τότε θα χρειαστεί η τοποθέτηση ουροκαθετήρα και ο άμεσος και τακτικός έλεγχος της λειτουργίας των νεφρών. Τα επιπλέον θεραπευτικά βήματα θα καθοριστούν ανάλογο με το αίτιο της επίσχεσης ούρων.

Πιο εξειδικευμένες παρεμβατικές τεχνικές για την ακράτεια ούρων, όπως η νευροδιέγερση (περιφερική ή κεντρική), η μεγεθυντική κυστεοπλαστική ή η μόνιμη εκτροπή των ούρων πρέπει να γίνονται σε εξειδικευμένα κέντρα και με πολύ προσεκτική αξιολόγηση των ενδείξεων από τον ουρολόγο σας.

Όταν ο καθορισμός του τύπου της ακράτειας ούρων δεν είναι προφανής ή όταν οι θεραπευτικοί χειρισμοί δεν είναι αποτελεσματικοί, ο γιατρός σας θα σας συμβουλευτεί για μια σειρά διερεύνησης με πιο εξειδικευμένες εξετάσεις, όπως ο ουροδυναμικός έλεγχος (βλέπε και στο link για την υπερπλασία προστάτη). Η νόσος εμφανίζεται πιο συχνά στους άντρες απ' ό,τι στις γυναίκες, ενώ η μέση ηλικία διάγνωσης είναι μεταξύ 60 και 70 ετών.

### ΤΙ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΘΥΜΑΜΑΙ;

- ακράτεια ούρων έχουμε, όταν χάνουμε ούρα χωρίς να το θέλουμε
- ο τύπος της ακράτειας ούρων καθορίζεται ανάλογα με το τρόπο που χάνουμε ούρα
- η αλλαγή του τρόπου ζωής μπορεί να είναι από μόνη της ευεργετική
- η ακράτεια προσπάθειας χρειάζεται συνήθως χειρουργική αντιμετώπιση, ενώ η επιτακτική ακράτεια αντιμετωπίζεται συχνότερα φαρμακευτικά
- η ακράτεια στη χρόνια επίσχεση ούρων μπορεί να είναι και επείγον περιστατικό
- οι θεραπευτικές αποφάσεις θα πρέπει να λαμβάνονται σε συνεννόηση με τον ουρολόγο σας.



## ΠΑΡΑΠΟΜΠΗ 1

## ICIQ-SF

Σας παρακαλούμε να μας απαντήσετε τις παρακάτω ερωτήσεις με βάση το πώς ήσασταν τις **ΤΕΛΕΥΤΑΙΕΣ ΤΕΣΣΕΡΙΣ ΕΒΔΟΜΑΔΕΣ**.

**1. Πόσο συχνά χάνετε ούρα;** (σημειώστε ένα κουτάκι)

- Ποτέ (0)
- Συνήθως μία φορά την εβδομάδα ή πιο αραιά (1)
- Δυο μέχρι τρεις φορές την εβδομάδα (2)
- Συνήθως μία φορά την ημέρα (3)
- Πολλές φορές την ημέρα (4)
- Συνέχεια (5)

**2. Θα θέλαμε να γνωρίζαμε πόσα ούρα πιστεύετε ότι χάνετε. Πόσα ούρα χάνετε συνήθως;** (ανεξάρτητα αν χρησιμοποιείται σερβιέτα ή όχι) (σημειώστε ένα κουτάκι)

- Καθόλου (0)
- Μικρή ποσότητα (2)
- Μέτρια ποσότητα (4)
- Μεγάλη ποσότητα (6)

**3. Σε ποιο βαθμό επηρεάζει η ακράτεια την καθημερινή σου ζωή;**

Βαλτέ σε κύκλο ένα αριθμό από το 0 (δεν επηρεάζει) καθόλου μέχρι το 10 (επηρεάζει πάρα πολύ)

1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

Δεν επηρεάζει καθόλου

Επηρεάζει πολύ

ICIQ score: sum scores 1+2+3

**4. Πότε χάνετε ούρα;** (σημειώστε το ανάλογο κουτάκι)

- Ποτέ (0)
- Χάνω ούρα πριν προλάβω να πάω στην τουαλέτα
- Χάνω ούρα με τον βήχα ή το φτάρνισμα
- Χάνω ούρα στον ύπνο
- Χάνω ούρα όταν γυμνάζομαι ή δουλεύω
- Χάνω ούρα αφού ουρήσω κανονικά
- Χάνω ούρα χωρίς φανερά αιτία
- Χάνω ούρα συνεχώς

# ΚΑΛΟΗΘΗΣ ΥΠΕΡΠΛΑΣΙΑ ΠΡΟΣΤΑΤΗ



# ΚΑΛΟΗΘΗΣ ΥΠΕΡΠΛΑΣΙΑ ΠΡΟΣΤΑΤΗ

## ΤΙ ΕΙΝΑΙ Ο ΠΡΟΣΤΑΤΗΣ; ΕΧΟΥΜΕ ΟΛΟΙ ΠΡΟΣΤΑΤΗ;

Ο προστάτης είναι ένας αδένας που έχουν όλοι οι άντρες και βρίσκεται κάτω από την ουροδόχο κύστη, αγκαλιάζοντας το οπίσθιο τμήμα της ουρήθρας. Κύριος ρόλος του είναι να παράγει μια ουσία, η οποία βοηθά στο σπέρμα να είναι πιο ρευστό κι έτσι διευκολύνει την εκσπερμάτιση. Φυσιολογικά, δεν πρέπει να ξεπερνά τα 25cc3 σε μέγεθος, αλλά μεγαλώνει όσο η ηλικία προχωρά.



## ΤΙ ΕΙΝΑΙ Η ΥΠΕΡΠΛΑΣΙΑ ΤΟΥ ΠΡΟΣΤΑΤΗ; ΟΛΟΙ ΟΙ ΑΝΤΡΕΣ ΜΕ ΜΕΓΑΛΟ ΠΡΟΣΤΑΤΗ ΕΧΟΥΝ ΔΥΣΚΟΛΗ ΟΥΡΗΣΗ; ΜΕΓΑΛΟΣ ΠΡΟΣΤΑΤΗΣ ΣΗΜΑΙΝΕΙ ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΣΤΟΝ ΠΡΟΣΤΑΤΗ;

Με την πάροδο των ετών, το μέγεθος του προστάτη αυξάνεται και έτσι αναπτύσσεται αυτό που ονομάζουμε υπερπλασία του προστάτη. Βέβαια, η υπερπλασία ανακαλύπτεται στο μικροσκόπιο και μπορεί να μην έχει ευθεία σχέση με το μέγεθος του αδένος. Το ίδιο ισχύει και για την καλοήθεια ή κακοήθεια του προστάτη. Πρόκειται, δηλαδή, για ορισμούς που προκύπτουν από τη βιοψία του και πάλι μέσω του μικροσκοπίου. Άρα, στην καθημερινότητα μπορούμε να μιλάμε για τη μεγέθυνση του προστάτη αδένος.

Τα προβλήματα με την ούρηση λόγω του μεγάλου προστάτη συνήθως ξεκινάνε μετά την ηλικία των 50 ετών. Τα κυριότερα συμπτώματα που μπορεί να εμφανιστούν είναι:

- η δυσκολία στη έναρξη της ούρησης
- η μειωμένη ροή των ούρων
- η συχνουρία (πάνω από 7 φορές ημερησίως)
- η νυκτερινή ούρηση (πάνω από μία φορά κατά τη νύχτα)
- το αίσθημα ότι η ουροδόχος κύστη δεν αδειάζει
- η μειωμένη ακτίνα των ούρων
- πλήρης αδυναμία ούρησης (επίσχεση ούρων)



Ένα ξεχωριστό σύμπτωμα, που πρέπει να αναφερθεί, είναι η επιτακτικότητα, δηλαδή το αιφνίδιο, έντονο και δυσάρεστο αίσθημα προς άμεση και αναγκαία ούρηση. Δεν πρέπει να συγχέεται με την έπειξη, η οποία είναι το φυσιολογικό αίσθημα για ούρηση.

Παρόλα αυτά, το ίδιο μέγεθος προστάτη σε δύο διαφορετικούς άντρες μπορεί να επιφέρει τελείως διαφορετικά συμπτώματα. Κι αυτό, γιατί η περιγραφή των συμπτωμάτων είναι υποκειμενική. Για το λόγο αυτό, τα συμπτώματα μπορούν να αξιολογηθούν με τη βοήθεια ενός ειδικού ερωτηματολογίου, του IPSS (International Prostatic Symptoms Score) (Παραπομπή 1).

Πρέπει να γνωρίζουμε ότι η μεγέθυνση του προστάτη δεν είναι η μόνη αιτία αυτών των συμπτωμάτων, καθώς και ότι πέραν των προβλημάτων της ούρησης δημιουργούνται σημαντικά ζητήματα που αφορούν την καθημερινότητα, τη σεξουαλική ζωή και συνολικά την ποιότητα ζωής των αντρών. Ιδιαίτερα όταν συνυπάρχει κάποιο νευρολογικό νόσημα (πχ πολλαπλή σκλήρυνση ή ν. Parkinson), θα πρέπει να αναζητείτε τη συμβουλή εξειδικευμένων κέντρων.

Το μέγεθος του προστάτη, επίσης, δεν έχει ευθεία συσχέτιση με την ανάπτυξη του καρκίνου, ακόμη κι αν αυτή η μεγέθυνση παραμείνει χωρίς θεραπεία. Η αύξηση του μεγέθους και ο καρκίνος του προστάτη είναι ασθένειες των αντρών άνω των 50 ετών, γι' αυτό και η τακτική παρακολούθηση από τον ουρολόγο σας αποτελεί το μοναδικό τρόπο πρόληψης οποιασδήποτε πιθανής βλάβης.



**ΚΑΘΕ ΠΟΤΕ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΕΛΕΓΧΩ ΤΟΝ ΠΡΟΣΤΑΤΗ ΜΟΥ ΚΑΙ ΜΕ ΠΟΙΟΝ ΤΡΟΠΟ;  
ΧΡΕΙΑΖΟΝΤΑΙ ΕΙΔΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ;**

Μετά την ηλικία των 50 ετών και ασχέτως με την ύπαρξη των συμπτωμάτων, χρειάζεται ετήσια παρακολούθηση από τον ουρολόγο σας. Σε περίπτωση που υπάρχει οικογενειακό ιστορικό καρκίνου του προστάτη, η παρακολούθηση πρέπει να ξεκινά νωρίτερα, αλλά αυτό αφορά την πρόληψη της κακοήθειας.

Η επίσκεψη στον ουρολόγο κάθε έτος είναι απαραίτητη για να ελέγχεται η πρόοδος του μεγέθους του προστάτη, η εμφάνιση και η εξέλιξη των συμπτωμάτων και η επιλογή της θεραπείας, εάν χρειάζεται. Ο γιατρός σας θα λάβει το απαραίτητο ιατρικό ιστορικό και θα προχωρήσει στην κλινική εξέταση. Αυτό, συνήθως, περιλαμβάνει την ψηλάφηση των όρχεων και του πέους, αλλά κυρίως εστιάζεται στη δακτυλική εξέταση του προστάτη, την ψηλάφηση δηλαδή του αδένος μέσω του πρωκτού με το δάχτυλο (δείκτης). Θα πρέπει να είστε διατεθειμένοι να υποβληθείτε στη δακτυλική εξέταση, γιατί είναι πολύ απλή, όχι ιδιαίτερα επώδυνη, εύκολη, γρήγορη και χωρίς επιπλέον κόστος. Μάλιστα, από μόνη της μπορεί να βάλει κατά προσέγγιση διάγνωση για το μέγεθος του προστάτη, αλλά και να θέσει την παραμικρή υποψία για την ύπαρξη ή όχι καρκίνου.

Ο ουρολόγος σας πιθανότατα θα σας ζητήσει να κάνετε μια απλή εξέταση των ούρων για τον αποκλεισμό λοίμωξης ή κάποιου άλλου παράγοντα που προκαλεί προβλήματα στην ούρηση. Ο αιματολογικός έλεγχος αφορά την εξέταση του ειδικού προστατικού αντιγόνου (PSA), για τον προσδιορισμό της πιθανής ύπαρξης καρκίνου του προστάτη. Επίσης, ένα υπερηχογράφημα της ουροδόχου κύστης προ και μετά ούρησης, του προστάτη και των νεφρών είναι απαραίτητο. Αυτό μπορεί να γίνει από τον ουρολόγο σας ή από ακτινολογικό εργαστήριο. Με τον τρόπο αυτό, μπορεί να μετρηθεί το μέγεθος του προστάτη, ο όγκος των ούρων που μπορεί να παραμένουν εντός της ουροδόχου κύστης μετά την ούρηση, αλλά και να μελετηθεί η μορφολογία των νεφρών. Στις περιπτώσεις τυπικής παρακολούθησης της μεγέθυνσης του προστάτη δεν απαιτείται επιπλέον απεικονιστικός έλεγχος (πχ αξονική ή μαγνητική τομογραφία).

Στα πλαίσια του πλήρους ελέγχου, συχνά συστήνεται μια απλή εξέταση, που ονομάζεται ουρο-ροομετρία, η οποία περιλαμβάνει μια ελεύθερη ούρηση σε ένα ειδικό καταγραφικό μηχάνημα. Επιπλέον, μπορεί να ζητηθεί για να συμπληρωθεί ένα ειδικό ημερολόγιο της ούρησης, όπου καταγράφονται οι καθημερινές συνήθειες κατανάλωσης υγρών και ουρήσεων και μπορεί να φανεί χρήσιμο, ιδιαίτερα στις περιπτώσεις όπου αναφέρεται νυχτερινή ούρηση (Παραπομπή 2). Σε περίπτωση που όλος ο προηγούμενος έλεγχος επιφέρει επιπλέον διαγνωστικά διλλήματα, μπορεί να σας ζητηθεί επιπλέον διερεύνηση με ουροδυναμικό έλεγχο. Η εξέταση αυτή είναι η μοναδική που μπορεί να ελέγξει με ακρίβεια τη λειτουργία της ουροδόχου κύστης, ιδίως όταν υποπτευόμαστε ότι τα προβλήματα στην ούρηση δεν οφείλονται μόνο στη μεγέθυνση του προστάτη. Θα πρέπει να γνωρίζουμε, ότι η εξέταση περιλαμβάνει τη σύνδεση του ασθενούς σε ένα ειδικό μηχάνημα καταγραφών, μέσω ενός λεπτού καθετήρα στην ουροδόχο κύστη και ενός μικρού ξεφούσκωτου μπαλονιού στο ορθό. Ο ουροδυναμικός έλεγχος έχει πολύ συγκεκριμένες ενδείξεις, οι οποίες θα αναγνωριστούν από το γιατρό σας.

Ο γιατρός σας θα εκτιμήσει τα αποτελέσματα όλου του ελέγχου και θα σας συμβουλεύσει για τα επόμενα βήματα.

**ΠΟΤΕ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΞΕΚΙΝΗΣΩ ΘΕΡΑΠΕΙΑ;**

Η αξιολόγηση της σοβαρότητας των συμπτωμάτων μπορεί να γίνει με τη βοήθεια του γιατρού σας και με την εκτίμηση των αποτελεσμάτων του παραπάνω ελέγχου. Σε ήπιες και μέτριες περιπτώσεις, μπορεί κανείς να υποβάλλεται σε απλή παρακολούθηση σε συνεννόηση με το θεράποντα ουρολόγο και με τον τακτικό έλεγχο, όπως αυτός περιεγράφηκε πιο πάνω. Για τη βελτίωση της καθημερινής ποιότητας ζωής συστήνεται η επαρκής λήψη υγρών, η αποφυγή κατάχρησης διουρητικών ουσιών (πχ καφεΐνης, αναψυκτικών, αλκοόλ), η όσο το δυνατό προγραμματισμένη και ελεύθερη ούρηση (χωρίς σπρώξιμο με την κοιλιά), αποφυγή λήψης τροφών που φαίνεται να επιδεινώνουν τα συμπτώματα (συνήθως λιπαρές και πικάντικες τροφές), σωματική άσκηση και αποφυγή οποιοδήποτε παράγοντα επηρεάζει αρνητικά την ούρηση (πχ έκθεση στο κρύο). Συχνά, θα χρειαστεί η συνδρομή γιατρών άλλων ειδικοτήτων, ώστε να ρυθμιστεί η επιπλέον φαρμακευτική αγωγή που πιθανά λαμβάνεται για λόγους μη ουρολογικούς (πχ ρύθμιση της ώρας λήψης των διουρητικών φαρμάκων).



**ΠΟΙΑ ΕΙΝΑΙ ΤΑ ΦΑΡΜΑΚΑ ΠΟΥ ΜΠΟΡΟΥΝ ΝΑ ΜΕ ΒΟΗΘΗΣΟΥΝ;**

Ο γιατρός σας θα σας συμβουλευτεί για την ανάγκη έναρξης θεραπείας, ανάλογα με τα αποτελέσματα του ελέγχου. Συνήθως πρόκειται για φαρμακευτική αγωγή, η οποία συνίσταται στην περίπτωση που τα συμπτώματα είναι δυσβάσταχτα από τον ασθενή. Η αγωγή που συστήνεται για την διευκόλυνση της ούρησης είναι οι λεγόμενοι α- blockers (ταμσουλοσίνη, αλφουζοσίνη, σιλιδοσίνη). Η αποτελεσματικότητα των φαρμάκων αυτών γίνεται άμεσα αντιληπτή και η ούρηση βελτιώνεται γρήγορα. Οι συχνότερες παρενέργειες αφορούν τις διαταραχές εκσπερμάτισης και την ορθοστατική υπόταση.

Εάν το μέγεθος του προστάτη είναι μεγαλύτερο από 35cc3, τότε ο γιατρός σας μπορεί να σας συστήσει το συνδυασμό του α-blocker με ένα ακόμη φάρμακο από την κατηγορία των αναστολέων της 5α-ρεδουκτάσης. Τα φάρμακα αυτά βοηθούν ακόμη περισσότερο, αλλά με πιο αργή εξέλιξη της αποτελεσματικότητάς τους, φτάνοντας στη μέγιστη δράση τους σε 3-6 μήνες. Παρακολουθώντας ταυτόχρονα το PSA, θα δείτε σταδιακή μείωσή του περίπου στο 50% της αρχικής του τιμής, μετά το πρώτο εξάμηνο θεραπείας. Θα πρέπει να γνωρίζουμε ότι η μείωση αυτή είναι ψευδής και δε σημαίνει ότι απομακρύνεται η πιθανότητα εμφάνισης καρκίνου του προστάτη και η παρακολούθηση οφείλει να συνεχίζεται σχολαστικά. Μια ενοχλητική ανεπιθύμητη δράση της προσθήκης του επιπλέον φαρμάκου μπορεί να είναι η μείωση της σεξουαλικής επιθυμίας.

Αν συνυπάρχουν και άλλα συμπτώματα, όπως συχνουρία ή επιτακτικότητα, τότε μπορεί να προστεθεί συμπληρωματική αγωγή στον α-blocker με αντιχολινεργικά φάρμακα ή β3-αγωνιστές. Ο γιατρός σας θα σας συμβουλευτεί για την ένδειξη αυτής της αγωγής, ανάλογα με τα ευρήματα του αρχικού του ελέγχου. Τα αντιχολινεργικά πρέπει να χορηγούνται με προσοχή σε ηλικιωμένους ασθενείς, λόγω παρενεργειών από τα υπόλοιπα συστήματα, με κυρίαρχες την ξηροστομία και τη δυσκοιλιότητα. Οι β3-αγωνιστές πρέπει να αποφεύγονται σε ασθενείς με αρρυθμιστη αρτηριακή πίεση.

Πιο πρόσφατα, έχει βρεθεί ότι τα φάρμακα που βοηθούν στην αποκατάσταση της στυτικής δυσλειτουργίας και ιδιαίτερα η ταδαλαφίλη, μπορούν να διευκολύνουν σημαντικά και τα συμπτώματα της ούρησης, όταν χορηγούνται σε καθημερινή δόση των 5mg. Στην περίπτωση αυτή, θα πρέπει να έχουμε τη σύμφωνη γνώμη του θεράποντος καρδιολόγου.

Η συμπληρωματική θεραπεία με φυτοθεραπεία και ιδίως με εκχύλισμα του Serenoa Repens μπορεί συστηθεί από το γιατρό σας σε συνδυασμό με οποιοδήποτε από τα παραπάνω σκευάσματα και ιδιαίτερα, όταν υπάρχει η υποψία ή η τεκμηρίωση της φλεγμονής του προστάτη.

Η φαρμακευτική θεραπεία μπορεί να εξατομικεύεται ανάλογα με το γενικότερο προφίλ του ασθενούς, τις καθημερινές του συνήθειες, αλλά και τα πιθανά λοιπά νοσήματα του ιστορικού του.



**ΠΟΤΕ ΕΙΝΑΙ Η ΩΡΑ ΝΑ ΧΕΙΡΟΥΡΓΗΘΩ;  
ΠΟΙΑ ΜΕΘΟΔΟ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΕΠΙΛΕΞΩ;**

Ο γιατρός σας θα σας συμβουλεύσει για την ανάγκη έναρξης θεραπείας, ανάλογα με τα αποτελέσματα του. Όταν τα συμπτώματα γίνονται πιο έντονα ή δεν υποχωρούν παρά τη φαρμακευτική αγωγή, τότε η χειρουργική θεραπεία μπορεί να επιλεχθεί σε συνεννόηση με το γιατρό σας. Υπάρχουν, όμως και περιπτώσεις, όπου το χειρουργείο είναι μονόδρομος. Αυτό θα πρέπει να συμβεί όταν τα ούρα παλινδρομούν στους νοερούς και έχουμε νεφρική ανεπάρκεια, όταν έχουμε επίσχεση ούρων ώστε να απαλλαγούμε από το μόνιμο ουροκαθετήρα και όταν συνυπάρχουν λίθοι (πέτρες) εντός της ουροδόχου κύστης. Υπάρχουν πολλές χειρουργικές μέθοδοι, οι οποίες σκοπό έχουν να απαλλάξουν τον ασθενή από την οποιαδήποτε βλάβη και να ανακτήσει την ποιότητα ζωής του. Η ανοιχτή προστατεκτομή και η διουρηθρική αφαίρεση του προστάτη είναι ευρέως διαδεδομένες, με τη διουρηθρική επέμβαση να είναι η πιο συχνή μέθοδος. Επιπλέον, υπάρχουν μέθοδοι εξάχνωσης του προστάτη ή τοποθέτησης ενός stent διάνοιξης, ώστε να διευκολύνεται η ροή των ούρων. Υπάρχει σημαντική τεχνολογική εξέλιξη των χειρουργικών μεθόδων και στο μέλλον αναμένεται να προστεθούν και πιο σύγχρονες παρεμβάσεις.

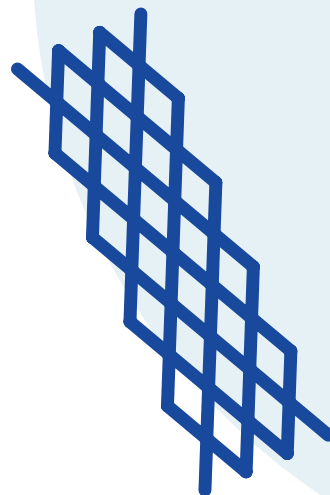
Πρέπει να σημειωθεί ότι όλες οι προσφερόμενες χειρουργικές επεμβάσεις έχουν υψηλά ποσοστά αποτελεσματικότητας, μικρή νοσηλεία και χαμηλά ποσοστά επιπλοκών, ενώ μόνο η ανοιχτή προστεκτομή έχει συσχετιστεί με αυξημένες πιθανότητες μετάγγισης αίματος. Συνεπώς, η επιλογή της χειρουργικής μεθόδου έχει να κάνει με την ικανότητα και την εμπειρία του ουρολόγου σας στη μέθοδο που θα σας προτείνει. Επίσης, θα πρέπει να τονιστεί ότι δεν είναι όλες οι χειρουργικές επεμβάσεις κατάλληλες για όλους τους ασθενείς και ο γιατρός σας θα πρέπει να συνυπολογίσει το ατομικό σας προφίλ ως ασθενή, ώστε να σας προτείνει την καταλληλότερη μέθοδο για εσάς.



Δεν πρέπει να ξεχνάμε ότι κατά τα χειρουργεία αυτά αφαιρείται το αδένωμα του προστάτη, ένα περιφερικό τμήμα του δηλαδή, και όχι ολόκληρος ο αδένας, συνεπώς η τακτική παρακολούθηση με PSA, θα πρέπει να συνεχίζεται κανονικά.

**ΤΙ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΘΥΜΑΜΑΙ:**

- προστάτης αδένας υπάρχει σε όλους τους άντρες και μεγαλώνει κατά την πρόοδο της ηλικίας
- συνήθως τα συμπτώματα εμφανίζονται μετά την ηλικία των 50 ετών και διαφέρουν ανά ασθενή
- ο έλεγχος από τον ουρολόγο πρέπει να γίνεται ετησίως μετά τα 50 έτη και ανεξάρτητα από την ύπαρξη των συμπτωμάτων
- η φαρμακευτική θεραπεία θα επιλεγεί από σε συνεννόηση με το γιατρό σας και μπορεί να είναι μονοθεραπεία ή συνδυασμός φαρμάκων
- οι χειρουργικές μέθοδοι είναι αποτελεσματικές και πρέπει να επιλέγονται ανάλογα με το προφίλ του ασθενή και την εμπειρία του θεράποντος ουρολόγου.



## ΠΑΡΑΠΟΜΠΗ 1

ΔΙΕΘΝΕΣ ΣΥΣΤΗΜΑ ΒΑΘΜΟΛΟΓΗΣΗΣ  
ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ ΠΡΟΣΤΑΤΗ [IPSS]

	Ποτέ	Λιγότερο από 1 φορά στις 5	Λιγότερο από 1 φορά στις 2	Περίπου 1 φορά στις 2	Περισσότερο από τις μισές φορές	Σχεδόν πάντα
1. Τον τελευταίο μήνα, πόσο συχνά νιώσατε να μην αδειάζει τελείως η κύστη σας μετά το πέρας της ούρησης;	0	1	2	3	4	5
2. Τον τελευταίο μήνα, πόσο συχνά αναγκαστήκατε να ουρήσετε ξανά σε λιγότερο από ώρες από το πέρας της προηγούμενης ούρησης;	0	1	2	3	4	5
3. Τον τελευταίο μήνα, πόσο συχνά συνειδητοποιήσατε ότι σταματήσατε και ξαναρχίσατε αρκετές φορές κατά τη διάρκεια της ούρησης;	0	1	2	3	4	5
4. Τον τελευταίο μήνα, πόσο συχνά διαπιστώσατε ότι δυσκολεύεστε να συγκρατήσετε τα ούρα σας αφότου αισθανθήκατε την ανάγκη;	0	1	2	3	4	5
5. Τον τελευταίο μήνα, πόσο συχνά παρατηρήσατε ελάτπωση στην δύναμη και την ταχύτητα των ούρων σας;	0	1	2	3	4	5
6. Τον τελευταίο μήνα, πόσο συχνά χρειάστηκε να σπρώξετε ή να καταβάλετε προσπάθεια για την έναρξη της ούρησης;	0	1	2	3	4	5
7. Τον τελευταίο μήνα, πόσες φορές σηκωθήκατε ουσιαστικά για να ουρήσετε, από τη στιγμή που πήγατε για ύπνο το βράδυ μέχρι που σηκωθήκατε το πρωί;	Καμία 0	1 φορά 1	2 φορές 2	3 φορές 3	4 φορές 4	≥ 5 φορές 5
<b>Συνολική Βαθμολογία IPSS =</b>						

Για την ανεύρεση της βαθμολογίας IPSS αθροίσετε τη βαθμολογία των απαντήσεων από τις ερωτήσεις 1-7.

Η βαθμολογία 0-7 υποδεικνύει ήπια συμπτώματα, 8-19 υποδεικνύει μέτρια συμπτώματα, 20- 35 υποδεικνύει σοβαρά συμπτώματα

## ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΛΟΓΩ ΤΩΝ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ ΟΥΡΗΣΗΣ

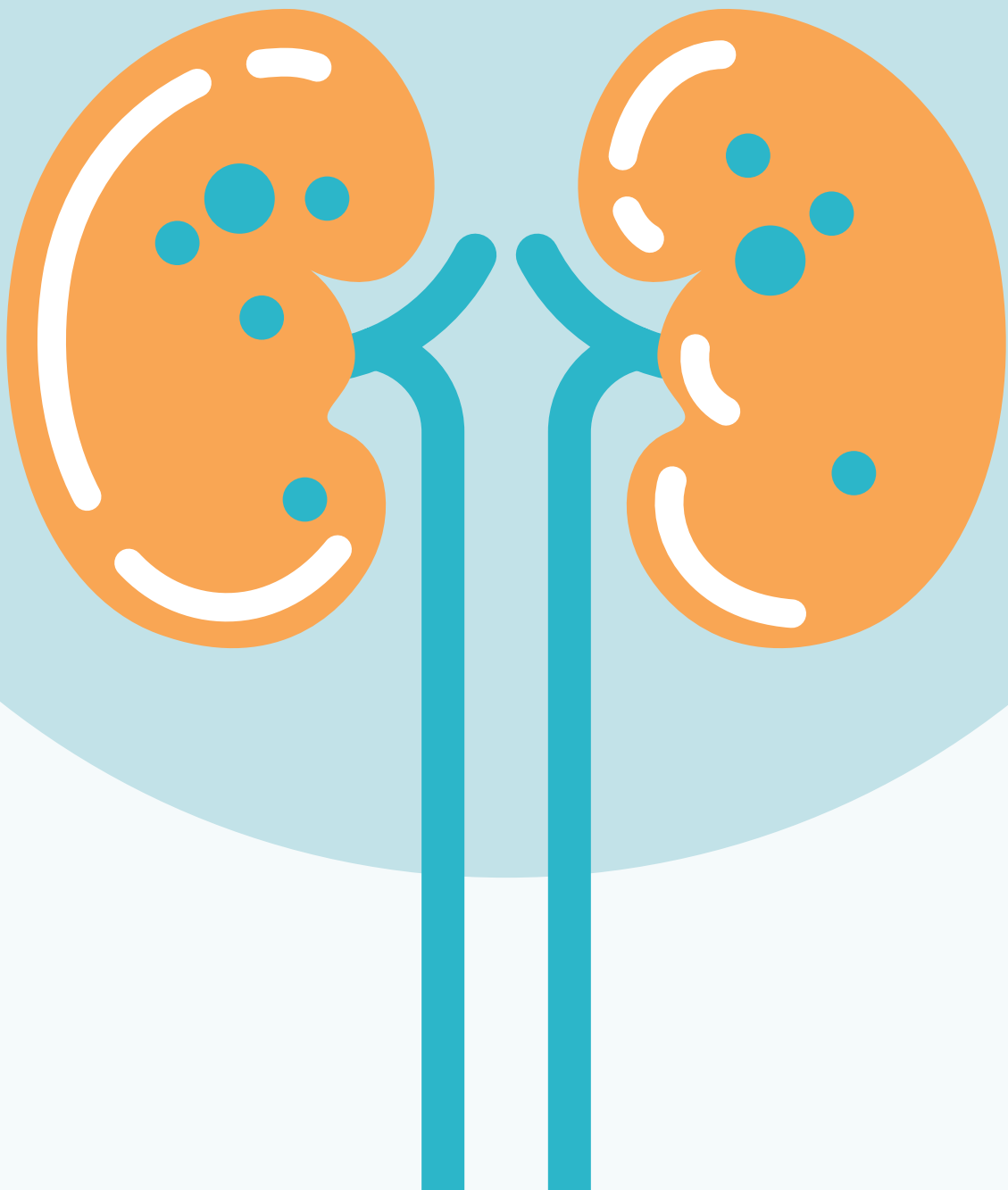
	Χαρούμενος	Ευχαριστημένος	Σχεδόν ικανοποιημένος	Ουδέτερα	Κυρίως δυσανεστημένος	Απαίσιος
Εάν έπρεπε να ζήσετε το υπόλοιπο της ζωής σας με το πρόβλημα της ούρησης όπως ακριβώς είναι τώρα, πώς θα αισθανόσασταν;	0	1	2	3	4	6

Βαθμολογία Δείκτη Ποιότητας Ζωή =

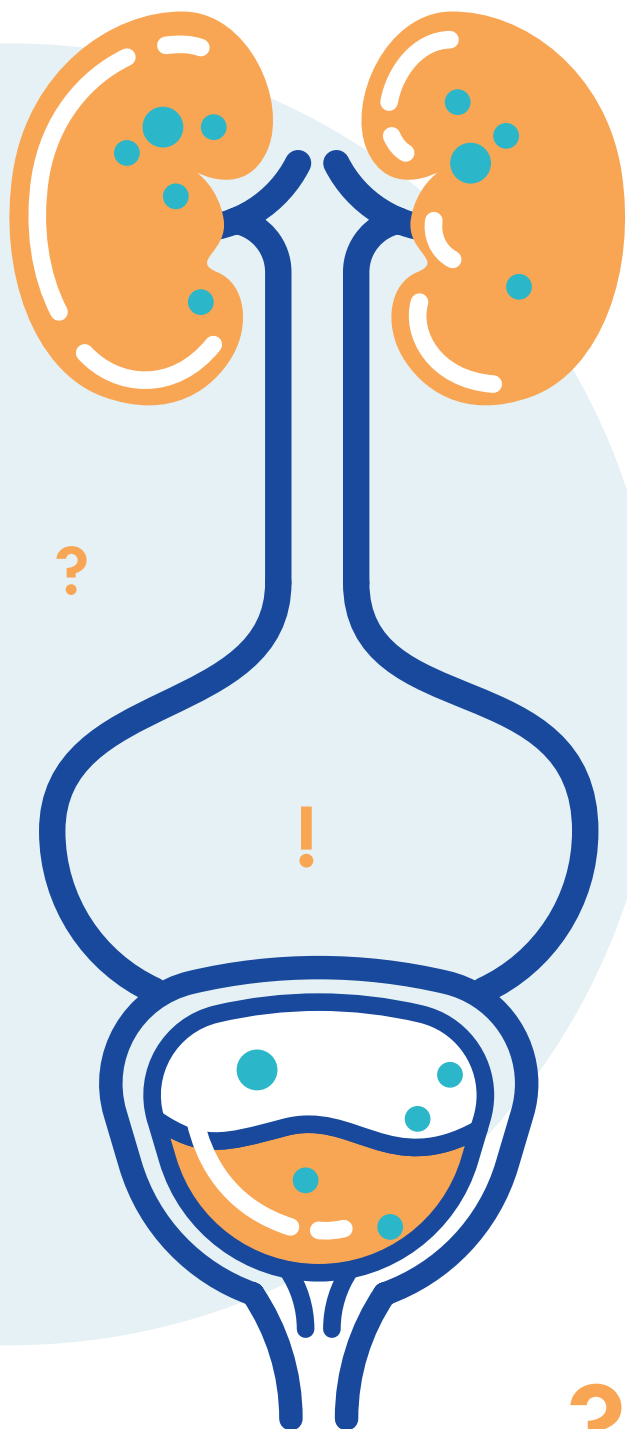
Αν παρατηρήσετε επιδείνωση των συμπτωμάτων,  
παρακαλώ συμβουλευτείτε το γιατρό σας



# ΛΙΘΙΑΣΗ



# ΛΙΘΙΑΣΗ



## ΤΙ ΕΙΝΑΙ Η ΛΙΘΙΑΣΗ ΤΟΥ ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ;

Στον άνθρωπο, όπως και σε άλλα θηλαστικά, είναι πιθανός ο σχηματισμός λίθων του ουροποιητικού συστήματος. Μπορεί να αφορούν τους νεφρούς, τους ουρητήρες (σωληνοειδής δομή που συνδέει τον νεφρό με την ουροδόχο κύστη), την ουροδόχο κύστη και την ουρήθρα. Ο σχηματισμός τους οφείλεται σε συνδυασμό παραγόντων που μπορεί να συνδέονται με διαταραχές του μεταβολισμού, ανατομικές παραλλαγές και πολύ συχνά με τον τρόπο ζωής. Σαν βασική αρχή, ο σχηματισμός ξεκινάει με τον υπερκορεσμό των ούρων με συγκεκριμένο ανόργανο άλας, που ενώνεται με οργανικές ουσίες που υπάρχουν φυσιολογικά στα ούρα και σταδιακά μεγεθύνεται και συνενώνεται με άλλα λιθιασικά συγκρίματα σχηματίζοντας έτσι λίθους διαφόρων μεγεθών, σύστασης και σχήματος.

## ΠΟΣΟ ΣΥΧΝΗ ΕΙΝΑΙ;

Η λιθίαση του ουροποιητικού είναι μία πολύ συχνή πάθηση και αφορά περίπου το 11% των ενηλίκων στις Δυτικές χώρες, ενώ υπάρχει ετερογένεια στη συχνότητα εμφάνισης αναλόγως με τους διάφορους προδιαθεσικούς παράγοντες και τον τρόπο ζωής. Πολύ σημαντικό είναι το γεγονός πως συνδέεται με το οικογενειακό και ατομικό ιστορικό εμφάνισης της νόσου, καθώς συγγενείς ασθενών με λιθίαση έχουν αυξημένο κίνδυνο, ενώ υπάρχουν αναφορές πως ο κίνδυνος επανεμφάνισης επεισοδίου λιθίασης είναι έως 50% στην 5ετία. Από τα παραπάνω εύκολα συμπεραίνεται πως η λιθίαση είναι ένα καθημερινό πρόβλημα που αντιμετωπίζει ο Ουρολογικός ασθενής.

Υπάρχουν διάφοροι τύποι λίθων του ουροποιητικού, όπως:

1. Λίθοι οξαλικού ασβεστίου (οι συχνότεροι)
2. Λίθοι φωσφορικού ασβεστίου
3. Λίθοι ουρικού οξέος
4. Λίθοι εναμμώνιου φωσφορικού μαγνησίου (στρουβίτης)
5. Λίθοι κυστίνης
6. Μεικτοί λίθοι



**ΥΠΑΡΧΟΥΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΛΙΘΙΑΣΗΣ ΤΟΥ ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟΥ;**

Μεταβολικό σύνδρομο, παχυσαρκία, έλλειψη σωματικής άσκησης

- Μειωμένη πρόσληψη ύδατος
- Αυξημένη πρόσληψη νατρίου, ζωικής πρωτεΐνης και οξαλικών από τη διατροφή
- Ανατομικές παραλλαγές
- Επεμβάσεις στο ουροποιητικό σύστημα (εκτροπή ούρων σε ασθενείς με κυστεκτομή)
- Παρουσία ξένων σωμάτων (ουροκαθετήρες, rigtail, νεφροστομίες) για μεγάλο χρονικό διάστημα
- Ατομικό και οικογενειακό ιστορικό λιθίασης ουροποιητικού
- Μεταβολικές παθήσεις (αυξημένη απέκκριση ασβεστίου/οξαλικών/ουρικού οξέος και μειωμένη παρουσία κιτρικών αλάτων/μαγνησίου στα ούρα, κυστινουρία, υπερπαραθυρεοειδισμός, νεφροσωληναριακή οξέωση, υπερουριχαιμία)
- Χρόνιες ουρολοιμώξεις με συγκεκριμένα παθογόνα βακτήρια
- Χρόνια στάση ούρων σε περιπτώσεις απόφραξης
- Χρόνια φλεγμονώδη νοσήματα εντέρου, επεμβάσεις εντέρου, σύνδρομο δυσαπορρόφησης
- Συγκεκριμένες φαρμακευτικές ουσίες

**ΤΙ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΕΧΕΙ Η ΛΙΘΙΑΣΗ ΤΟΥ ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟΥ;**

- Πολλές φορές μπορεί να διαδράμει ασυμπτωματικά ή να προκαλεί αίσθημα βάρους στην οσφύ
- Οξεία εμφάνιση με κωλικό του νεφρού: εντονότατο άλγος στην οσφυϊκή χώρα με πιθανή επέκταση προς τα εμπρός και τα γεννητικά όργανα, ενώ μπορεί να συνυπάρχει επιτακτικότητα (ισχυρή επιθυμία προς ούρηση) και συχνουρία ή ναυτία/έμετος
- Εάν αναπτυχθεί απόφραξη με συνοδό λοίμωξη του ουροποιητικού μπορεί να προκληθεί απειλητική για τη ζωή λοίμωξη
- Υποτροπιάζουσες ουρολοιμώξεις
- Αιματοουρία (ορατή με γυμνό μάτι ή μικροσκοπική που φαίνεται μόνο στο μικροσκόπιο κατά την ανάλυση ούρων)
- Χρόνια νεφρική βλάβη που μπορεί να οδηγήσει σε αρτηριακή υπέρταση έως και τελικού βαθμού νεφρική ανεπάρκεια που να απαιτεί αιμοκάθαρση
- Σε σπάνιες περιπτώσεις οξεία επίσχεση ούρων (αδυναμία ούρησης) εφόσον ο λίθος αποφράξει πλήρως την ουρήθρα
- Επιδείνωση της ποιότητας ζωής των ασθενών



**ΠΩΣ ΓΙΝΕΤΑΙ Η ΔΙΑΓΝΩΣΗ;**

- **Κλινική εξέταση και ιστορικό:** αποτελεί ακρογωνιαίο λίθο, ιδίως κατά την οξεία φάση της νόσου, όπου ο ουρολόγος αναγνωρίζει το πρόβλημα με σκοπό την άμεση ανακούφιση του ασθενούς. Τυπικό εύρημα αποτελεί πως το άλγος περιγράφεται ως "το χειρότερο που έχει βιώσει ο ασθενής", συχνά συνοπάρει ναυτία και έμετος και ευαισθησία στην πλήξη της οσφυϊκής χώρας. Άλλα ευρήματα όπως κακουχία, εμπύρετο και το ατομικό ιστορικό του ασθενούς είναι απαραίτητα
- **Απλή ακτινογραφία νεφρών-ουρητήρων-κύστεως (NOK):** απλή απεικονιστική μέθοδος με χαμηλή ποσότητα ακτινοβολίας προς τον ασθενή, όπου ο ασθενής τοποθετείται σε ύπτια θέση και λαμβάνεται μία ακτινογραφία (απεικόνιση δύο διαστάσεων), όπου φαίνονται οι νεφροί, ουρητήρες και η ουροδόχος κύστη. Αρκετά συχνά οι λίθοι είναι ακτινοσκιεροί (ορατοί στην απλή ακτινογραφία) και έτσι τίθεται η διάγνωση
- **Υπερηχογράφημα:** απεικονιστική εξέταση με μηδενική δόση ακτινοβολίας, που βοηθά στην εκτίμηση των νεφρών και της ουροδόχου κύστης (εφόσον επιτευχθεί επαρκής πλήρωση) σχετικά με την ύπαρξη λίθου αλλά και διάταξης που προκαλείται από πιθανή απόφραξη από λίθο. Ενώ είναι μία εύκολη και γρήγορη εξέταση, το μειονέκτημα είναι πως συχνά δε μπορεί να εκτιμηθεί ο ουρητήρας ιδίως σε άτομα με αυξημένο σωματικό βάρος και συχνά η ακρίβεια εξαρτάται από την εμπειρία του εξεταστή
- **Αξονική τομογραφία άνω/κάτω κοιλίας:** απεικονιστική εξέταση που αποτελεί την πιο ευαίσθητη μέθοδο για τη διάγνωση της λιθίασης του ουροποιητικού. Βοηθά στη διάγνωση με ακρίβεια που ξεπερνάει το 95%, ενώ με τα νέα πρωτόκολλα που έχουν αναπτυχθεί η δόση ακτινοβολίας έχει μειωθεί στο ελάχιστο. Για την απλή διάγνωση της ύπαρξης λίθου δεν απαιτείται έγχυση ενδοφλέβιου σκιαγραφικού, ενώ για την εκτίμηση της ανατομίας του ουροποιητικού σε ασθενείς με πιθανές ανωμαλίες μπορεί να χορηγηθεί και σκιαγραφικό ώστε να σχεδιαστεί και το εγχειρητικό πλάνο σε περίπτωση που απαιτείται κάποια παρέμβαση
- **Μαγνητική τομογραφία:** απεικονιστική εξέταση που δεν απαιτεί ακτινοβολία και χρησιμοποιείται ως εναλλακτική μέθοδος σε ασθενείς που δε μπορούν να λάβουν ούτε την ελάχιστη δόση πχ κατά την εγκυμοσύνη ή σε παιδιά
- **Εξετάσεις αίματος:** πραγματοποιούνται τόσο στην οξεία φάση ώστε να εκτιμηθούν οι δείκτες φλεγμονής, η νεφρική λειτουργία, οι ηλεκτρολύτες και η ηλεκτρικότητα του αίματος σε περίπτωση που απαιτηθεί κάποια παρέμβαση, όσο και σε ασθενείς με χρόνια νεφρολιθίαση ώστε να εκτιμηθεί το μεταβολικό τους προφίλ, η νεφρική λειτουργία, διάφορες ορμόνες και οι ηλεκτρολύτες
- **Ανάλυση ούρων:** μπορεί να πραγματοποιηθεί με μικροσκοπική ανάλυση ή με ειδικές ταινίες ώστε να εκτιμηθεί η ύπαρξη αιματουρίας, λοίμωξης, λιθιασικών κρυστάλλων και άλλων ειδικών χαρακτηριστικών των ούρων
- **Σπινθηρογράφημα νεφρών:** ειδική εξέταση που χορηγείται στον ασθενή ενδοφλέβια ραδιοφάρμακο το οποίο προσλαμβάνεται ή απεκκρίνεται από τους νεφρούς και απεικονίζει τη θέση, το σχήμα, την πιθανή απόφραξη καθώς και τη λειτουργικότητά τους. Είναι απαραίτητη εξέταση σε περιπτώσεις που υπάρχει υποψία μειωμένης νεφρικής λειτουργίας ώστε να καθοριστεί το θεραπευτικό πλάνο
- **Χημική ανάλυση ουρολίθου:** βασική εξέταση για να καθοριστεί η σύσταση του λίθου και να προταθούν συγκεκριμένα μέτρα πρόληψης στον ασθενή. Απαραίτητο για να διενεργηθεί είναι να συλλεχθεί ικανή ποσότητα λίθου ή συγκριμάτων με αυτόματη αποβολή ή μετά από χειρουργική παρέμβαση
- **24ώρη συλλογή ούρων:** εξέταση κατά την οποία οι ασθενείς καλούνται να συλλέξουν σε ειδικό δοχείο και ενώ λαμβάνουν τη συνήθη τους δίαιτα και φαρμακευτική αγωγή τα ούρα του 24ώρου για δύο διαφορετικές ημέρες. Σε αυτά τα δείγματα εκτιμάται η ποσότητα διαφόρων ουσιών που επάγουν ή αναστέλλουν τη λιθίαση, το pH των ούρων, η κρεατινίνη και η ποσότητα των ούρων, βοηθώντας τον θεράποντα ιατρό να καθορίσει το βέλτιστο πλάνο αντιμετώπισης ώστε να μειωθούν οι υποτροπές στο ελάχιστο



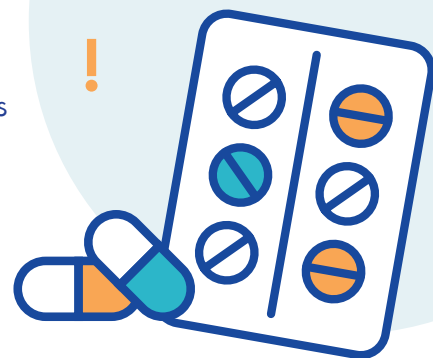
**ΠΩΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΖΕΤΑΙ Η ΛΙΘΙΑΣΗ ΤΟΥ ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟΥ;**

Γενικά η αντιμετώπιση της λιθίαςης έχει βελτιωθεί και συνεχίζει να βελτιώνεται προς όφελος του ασθενούς με κύριο αρωγό την εξέλιξη της τεχνολογίας. Πρακτικά πλέον σήμερα η διενέργεια ανοιχτών επεμβάσεων για την αντιμετώπιση λίθων είναι εξαιρετικά σπάνια σε αντίθεση με τη συνήθη πρακτική προηγούμενων δεκαετιών, προσφέροντας στους ασθενείς άμεση και οριστική θεραπεία και αποθεραπεία.

Οι θεραπευτικές επιλογές περιλαμβάνουν την αλλαγή του τρόπου ζωής, τη χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής και τις επεμβατικές θεραπείες (ελάχιστα επεμβατικές ή ανοιχτό χειρουργείο).

**ΑΛΛΑΓΗ ΤΟΥ ΤΡΟΠΟΥ ΖΩΗΣ-ΓΕΝΙΚΑ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΑ ΜΕΤΡΑ**

- Επαρκής ενυδάτωση ώστε να επιτευχθεί αποβολή ούρων 2-2.5 λίτρα ημερησίως
- Φυσιολογική πρόσληψη ασβεστίου
- Μειωμένη πρόσληψη άλατος, οξαλικών, ζωικής πρωτεΐνης από τη διατροφή
- Αύξηση πρόσληψης φυτικών ινών
- Σωματική άσκηση και διατήρηση φυσιολογικού σωματικού βάρους

**ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ**

Αφορά την άμεση ανακούφιση του ασθενούς από τον πόνο και μπορεί να γίνει με θεραπεία από του στόματος, ενδομυϊκά ή ενδοφλεβίως αναλόγως της βαρύτητας των συμπτωμάτων και της συννοσηρότητας του ασθενούς. Επίσης μπορεί να δοθεί θεραπεία που θεωρείται πως βοηθάει στην ευκολότερη αποβολή των λίθων του ουρητήρα. Για συγκεκριμένους λίθους (ουρικού οξέος) υπάρχει η δυνατότητα λήψης φαρμάκων που αποσκοπούν στη χυμική λύση τους και την αυτόματη αποβολή χωρίς τη διενέργεια επεμβάσεων.

Σημαντικό ρόλο στην πρόληψη περαιτέρω επεισοδίων κατέχει η φαρμακευτική αγωγή που στοχεύει στην βελτίωση των μεταβολικών παραμέτρων των ούρων, ώστε να εξισορροπηθεί η παρουσία αναστολέων και επαγωγέων της λιθίαςης. Υπάρχει πλήθος θεραπευτικών παραγόντων και για να καθοριστεί ο κατάλληλος συνδυασμός κάθε φορά, είναι απαραίτητη η ανάλυση της σύστασης του λίθου καθώς και η διενέργεια ανάλυσης ούρων 24ώρου. Βασικό ρόλο παίζει η τακτική παρακολούθηση από τον/την θεράποντα ουρολόγο τόσο για να τροποποιείται κατάλληλα η θεραπεία, όσο και για να εκτιμώνται διάφορες πιθανές ανεπιθύμητες ενέργειες.

**ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ**

Στο παρελθόν οι λίθοι αντιμετωπίζονταν με ανοιχτές χειρουργικές επεμβάσεις που συνοδεύονταν από μεγάλη νοσηρότητα αλλά και θνητότητα μετεγχειρητικά. Η εποχή αυτή έχει πλέον παρέλθει και η συντριπτική πλειοψηφία των ασθενών αντιμετωπίζεται με ελάχιστα επεμβατικές μεθόδους, οι σημαντικότερες των οποίων περιγράφονται παρακάτω

**Εξωσωματική νεφρολιθοτριψία**

Ο ασθενής τοποθετείται σε ύπτια ή πρηνή θέση αναλόγως της θέσης του λίθου στο μηχανήμα της λιθοτριψίας και με αναλγησία από του στόματος, γίνεται στόχευση του λίθου με καθοδήγηση που βασίζεται σε ακτινοσκοπικό μηχανήμα ή υπερηχογράφημα και κατακερματισμός αυτού με κρουστικά κύματα. Η συνεδρία διαρκεί 20-45 λεπτά συνήθως αναλόγως του μεγέθους και της θέσης του λίθου και οι ασθενείς συνήθως είναι σε θέση να αποχωρήσουν άμεσα με οδηγίες για αναλγησία και επανέλεγχο. Οι επιπλοκές είναι σπάνιες και η αποτελεσματικότητα της μεθόδου πολύ ικανοποιητική για λίθους <2 εκατοστών

**Ενδοσωματική διουρηθρική νεφρολιθοτριψία**

Ο ασθενής μπορεί να λάβει επισκληρίδιο ή γενική αναισθησία και ειδικά εργαλεία τοποθετούνται μέσω της ουρήθρας στο ουροποιητικό σύστημα. Έπειτα, υπό άμεση όραση, εντοπίζεται ο λίθος και κατακερματίζεται με χρήση lasers ή σπανιότερα άλλων μορφών ενέργειας (μηχανική). Τα λιθιασικά συγκρίματα μπορεί να αφαιρεθούν ή εφόσον κριθεί μικρό το μέγεθος τους να αποβληθούν αυτόματα. Συχνά, απαιτείται η τοποθέτηση pigtail, δηλαδή ειδικού stent του ουρητήρα, που παραμένει για 2-3 εβδομάδες και αφαιρείται με σχετικά απλή διαδικασία ακόμα και στο ιατρείο. Αναλόγως του περιστατικού, ο ασθενής μπορεί να εξέλθει ακόμα και την ίδια μέρα από το νοσοκομείο, ενώ οι επιπλοκές συχνότερα αφορούν λοιμώξεις του ουροποιητικού



**Διαδερμική νεφρολιθοτριψία**

Αποτελεί χειρουργική μέθοδο που επιλέγεται συχνά για μεγαλύτερους λίθους του νεφρού. Διενεργείται γενικά αναισθησία και αφού παρακεντηθεί ο νεφρός με ειδική βελόνα διαδερμικά, τοποθετούνται ειδικά εργαλεία και μία κάμερα στον νεφρό και θρυμματίζεται ο λίθος. Συνήθως τα συγκρίματα αφαιρούνται κατά τη διάρκεια της επέμβασης και τοποθετείται συχνά rigid tail και ενίοτε καθετήρας νεφροστομίας (από τον νεφρό προς το δέρμα), που παραμένει για λίγες ημέρες. Η νοσηλεία συνήθως διαρκεί 3-5 ημέρες και οι επιπλοκές αφορούν πιθανή αιμορραγία και λοιμώξεις του ουροποιητικού.

**Ανοιχτές χειρουργικές επεμβάσεις**

Σπάνια απαιτούνται σε περιστατικά με εξαιρετικά μεγάλο λιθιασικό φορτίο, συνυπάρχουσες ανατομικές ανωμαλίες που δεν επιτρέπουν την πρόσβαση μέσω της ουρήθρας ή διαδερμικά, καθώς και σε ασθενείς με μεγάλη έκπτωση της νεφρικής λειτουργίας που απαιτείται νεφρεκτομή του μη λειτουργικού νεφρού.

**ΘΑ ΧΡΕΙΑΣΤΕΙ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΑΡΧΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ;**

Η λιθίαση του ουροποιητικού συστήματος αποτελεί μία νόσο με συχνές υποτροπές, που σύμφωνα με μελέτες μπορεί να φτάσει το 50% στην 5ετία και έως 75% στη 10ετία, αναλόγως της ύπαρξης ή όχι προδιαθεσικών παραγόντων. Επομένως είναι απαραίτητη η παρακολούθηση των ασθενών μετά την οριστική θεραπεία. Σημαντικό είναι να τονιστεί πως υπάρχει και η επιλογή της παρακολούθησης ασυμπτωματικών λίθων του νεφρού, που είναι μικροί σε μέγεθος και δεν προκαλούν απόφραξη του ουροποιητικού ώστε να απειλούν τη λειτουργικότητα του νεφρού. Γενικώς η παρακολούθηση συνιστάται στον απεικονιστικό έλεγχο και στον επανέλεγχο των ούρων 24ώρου και του μεταβολικού προφίλ. Όσον αφορά τον απεικονιστικό επανέλεγχο, προτιμάται να γίνεται με απλή ακτινογραφία και υπερηχογράφημα σε τακτά χρονικά διαστήματα που καθορίζονται σε συνεννόηση με τον θεράποντα ουρολόγο, ώστε να μειωθεί η προσλαμβανόμενη ακτινοβολία. Σε περίπτωση επανεμφάνισης συμπτωμάτων ή εάν αποφασιστεί εκ νέου χειρουργική παρέμβαση μπορεί να απαιτηθεί η διενέργεια νέας αξονικής τομογραφίας. Ασθενείς που διαγιγνώσκονται με μεταβολικά προβλήματα που οδηγούν σε συχνές υποτροπές, συνήθως λαμβάνουν κάποια φαρμακευτική αγωγή και πρέπει να επανεκτιμώνται τακτικά (συνήθως ανά 6-12 μήνες) με συλλογή ούρων 24ώρου και εξετάσεις αίματος, ώστε να τροποποιείται η θεραπεία τους αναλόγως της αποτελεσματικότητας και του προφίλ ανεπιθύμητων ενεργειών.

- Η λιθίαση του ουροποιητικού είναι μία πολύ συχνή πάθηση, ιδίως στις Δυτικές χώρες και πολύ συχνά οι ασθενείς υποτροπιάζουν.
- Μπορεί να οδηγήσει σε οξεία επεισόδια κωλικού αλλά και χρόνια νεφρική βλάβη.
- Υπάρχει πλέον πλήθος θεραπευτικών επιλογών τόσο για την αντιμετώπιση της οξείας φάσης όσο και για την πρόληψη μελλοντικών υποτροπών.
- Λόγω των συχνών υποτροπών, συστήνεται να γίνεται επανέλεγχος βάσει κοινού θεραπευτικού πλάνου με τον/την ουρολόγο σας.

# ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟΥ



# ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟΥ

## ΤΙ ΕΙΝΑΙ ΟΥΡΟΛΟΙΜΩΞΗ;

Ο όρος ουρολοίμωξη αναφέρεται σε λοιμώξεις οποιουδήποτε τμήματος του ουροποιητικού συστήματος από **μικροοργανισμούς**. Η συχνότερη αιτία ουρολοιμώξεων είναι τα βακτήρια, τα οποία εισέρχονται από την ουρήθρα στο ουροποιητικό, όπου εγκαθίστανται και προκαλούν συμπτώματα. Η λοίμωξη στην ουρήθρα ονομάζεται **ουρηθρίτιδα**, ενώ στην ουροδόχο κύστη **κυστίτιδα**. Η λοίμωξη του νεφρού ονομάζεται **πυελονεφρίτιδα**. Στους άντρες οι λοιμώξεις αφορούν τον προστάτη (**προστατίτιδα**) ή τους όρχεις/επιδιδυμίδες (**ορχίτιδα/επιδιδυμίτιδα**).

## ΠΩΣ ΤΑΞΙΝΟΜΟΥΝΤΑΙ ΟΙ ΟΥΡΟΛΟΙΜΩΞΕΙΣ;

Σύμφωνα με την Ευρωπαϊκή Ουρολογική Εταιρεία οι ουρολοιμώξεις ταξινομούνται ως εξής:

- **Μη επιπλεγμένες:** Ουρολοίμωξη σε γυναίκες (μη εγκύους) χωρίς γνωστό ανατομικό ή λειτουργικό πρόβλημα
- **Επιπλεγμένες ουρολοιμώξεις:** Ουρολοιμώξεις σε άντρες, κατά την εγκυμοσύνη, σε ασθενείς με γνωστή ανατομική ή λειτουργική ανωμαλία του ουροποιητικού συστήματος, με μόνιμο καθετήρα, σε ανοσοκατεσταλμένους ασθενείς (π.χ. ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη)
- **Υποτροπιάζουσες ουρολοιμώξεις:** Συχνές υποτροπές με συχνότητα τουλάχιστον 3 επεισόδια/χρόνο ή 2 επεισόδια το τελευταίο εξάμηνο.
- **Ουρολοιμώξεις που σχετίζονται με την παρουσία καθετήρα**
- **Ουροσήψη:** Ουρολοίμωξη που οδηγεί σε δυνητικά επικίνδυνη για τη ζωή ανεπάρκεια ζωτικών οργάνων

## ΠΟΣΟ ΣΥΧΝΕΣ ΕΙΝΑΙ ΟΙ ΟΥΡΟΛΟΙΜΩΞΕΙΣ;

Οι ουρολοιμώξεις είναι ο δεύτερος πιο συχνός τύπος λοιμώξεων στον άνθρωπο. Αφορούν και τα δύο φύλα και εμφανίζονται σε όλες τις ηλικίες.

Οι γυναίκες είναι περισσότερο επιρρεπείς στην εμφάνιση ουρολοιμώξεων για ανατομικούς λόγους. Υπολογίζεται ότι 1 στις 2 γυναίκες θα έχει ένα τουλάχιστον επεισόδιο κυστίτιδας κατά τη διάρκεια της ζωής της, ενώ 1 στις 3 θα έχει τουλάχιστον ένα επεισόδιο πριν την ηλικία των 24 ετών.

Στους άντρες οι ουρολοιμώξεις δεν είναι τόσο συχνές, αλλά συνήθως είναι πιο σοβαρές και απαιτούν θεραπεία μεγαλύτερης διάρκειας.

## ΥΠΑΡΧΟΥΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΑΥΞΑΝΟΥΝ ΤΟΝ ΚΙΝΔΥΝΟ ΟΥΡΟΛΟΙΜΩΞΕΩΝ;

- Πλημμελής υγιεινή της πρωκτογεννητικής χώρας και χρήση ακατάλληλων σκευασμάτων υγιεινής
- Κακές συνήθειες ούρησης (αναβολή ούρησης, ούρηση χωρίς χαλάρωση του πυελικού εδάφους)
- Σεξουαλικές πρακτικές
- Μέθοδοι αντισύλληψης (χρήση σπερματοκτόνων, διάφραγμα)
- Στάση των ούρων λόγω οποιασδήποτε αιτίας προκαλεί απόφραξη στο ουροποιητικό και εμποδίζει τη ροή και την πλήρη αποβολή των ούρων (λίθοι, υπερπλασία προστάτη)
- Νευρογενής κύστη (διαταραχές ούρησης σε ασθενείς με νευρολογικά νοσήματα, όπως η πολλαπλή σκλήρυνση ή κακώσεις νωτιαίου μυελού)
- Συγγενείς παθήσεις του ουροποιητικού
- Σακχαρώδης διαβήτης



**ΟΞΕΙΑ ΚΥΣΤΙΤΙΔΑ**

**Τι είναι η κυστίτιδα και από τι προκαλείται;**

Η κυστίτιδα είναι η ουρολοίμωξη που αφορά στην ουροδόχο κύστη. Το μικρόβιο που προκαλεί πιο συχνά κυστίτιδα είναι το κολοβακτηρίδιο (*Escherichia coli*).

**Ποια συμπτώματα έχει;**

- Πόνος, καύσος (τσούξιμο) κατά την ούρηση - Αίσθημα βάρους χαμηλά στην κοιλιά
- Συχνή επιθυμία για ούρηση
- Επιτακτική ούρηση με μικρό όγκο ούρων
- Αίμα στα ούρα
- Θολά ή δύσσομα ούρα

**Πώς γίνεται η διάγνωση;**

Η διάγνωση της κυστίτιδας στηρίζεται στο ιστορικό, στην κλινική εξέταση και στην ανάλυση των ούρων για την επιβεβαίωση της λοίμωξης. Κάποιες φορές μπορεί να είναι απαραίτητος ο υπερηχογραφικός έλεγχος και σπανιότερα πιο εξειδικευμένες διαγνωστικές εξετάσεις.

**Πώς αντιμετωπίζεται;**

Η θεραπεία της κυστίτιδας περιλαμβάνει χορήγηση κατάλληλων αντιβιοτικών σε βραχυχρόνια σχήματα (3-5 μέρες), αναλγητικά – αντιφλεγμονώδη, καθώς και επαρκή ενυδάτωση.

**ΟΞΕΙΑ ΠΥΕΛΟΝΕΦΡΙΤΙΔΑ**

**Τι είναι η πυελονεφρίτιδα και από τι προκαλείται;**

Πρόκειται για τη λοίμωξη του νεφρού, που συνήθως προκαλείται με την ανιούσα οδό, δηλαδή την είσοδο του μικροβίου από την ουρήθρα και την ουροδόχο κύστη προς το νεφρό μέσω του ουρητήρα.

**Ποια συμπτώματα έχει;**

- Πυρετός (θερμοκρασία σώματος πάνω από 38οC), ρίγος
- Πόνος στην οσφυϊκή χώρα
- Ναυτία και έμετος
- Κακουχία, ανορεξία
- Συμπτώματα από το κατώτερο ουροποιητικό (πόνος στην ούρηση, συχνουρία, αιματουρία)

**Πώς γίνεται η διάγνωση;**

Η διάγνωση της οξείας πυελονεφρίτιδας στηρίζεται στο ιστορικό, στην κλινική εξέταση, στον εργαστηριακό έλεγχο (γενική ούρων, καλλιέργεια ούρων και αίματος, εξετάσεις αίματος), ενώ απαραίτητος είναι και ο απεικονιστικός έλεγχος (υπέρηχος, αξονική τομογραφία) για να αποκλειστεί η παρουσία αποφρακτικού αιτίου (π.χ. λίθος) ή αποστήματος.

**Πώς αντιμετωπίζεται;**

Η θεραπεία της πυελονεφρίτιδας πρέπει να ξεκινά άμεσα αφού τεθεί η διάγνωση, καθώς είναι μία δυνητικά επικίνδυνη κατάσταση, που μπορεί να οδηγήσει σε μόνιμη βλάβη των νεφρών ή σηψαιμία (εξάπλωση μικροβίων στο αίμα) και περιλαμβάνει τη χορήγηση κατάλληλων αντιβιοτικών. Σε σοβαρές και κυρίως σε επιπλεγμένες περιπτώσεις χρειάζεται νοσηλεία σε νοσοκομείο για την ενδοφλέβια χορήγηση αντιβιοτικών και υγρών και τη συστηματική υποστήριξη και παρακολούθηση των ασθενών. Σε περίπτωση απόφραξης λόγω λίθου ή άλλου ανατομικού προβλήματος, είναι απαραίτητη η άρση της απόφραξης με την τοποθέτηση νεφροστομίας ή ουρητηρικού stent (pigtail).



**ΥΠΟΤΡΟΠΙΑΖΟΥΣΕΣ ΟΥΡΟΛΟΙΜΩΞΕΙΣ**

Οι υποτροπιάζουσες ουρολοιμώξεις αποτελούν συχνές υποτροπές λοιμώξεων του ουροποιητικού, κυρίως κυστίτιδας με συχνότητα **τουλάχιστον 3 επεισόδια/έτος ή 2 επεισόδια κατά τους τελευταίους 6 μήνες.**

**Ποιοι είναι οι παράγοντες που αυξάνουν τον κίνδυνο για υποτροπιάζουσες ουρολοιμώξεις;**

Οι παράγοντες κινδύνου διαφοροποιούνται ανάλογα με την ηλικία της γυναίκας.

Νέες γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας	Μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες
<ul style="list-style-type: none"> <li>— Σεξουαλική επαφή</li> <li>— Χρήση σπερματοκτόνων</li> <li>— Νέος σεξουαλικός σύντροφος</li> <li>— Μητέρα με ιστορικό ουρολοιμώξεων</li> <li>— Ιστορικό ουρολοιμώξεων στην παιδική ηλικία</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>— Ιστορικό ουρολοιμώξεων πριν την εμμηνόπαυση</li> <li>— Ακράτεια ούρων</li> <li>— Ατροφική κολπίτιδα/ανεπάρκεια οιστρογόνων</li> <li>— Κυστεοκήλη</li> <li>— Αυξημένο υπολειπόμενο με την ούρηση</li> <li>— Παρουσία καθετήρα</li> </ul>

**Τι διαγνωστικός έλεγχος απαιτείται;**

Για την επιβεβαίωση κάθε νέου επεισοδίου ουρολοίμωξης απαιτείται καλλιέργεια ούρων. Πιο εξειδικευμένος έλεγχος με κυστεοσκόπηση ή απεικονιστικές διαγνωστικές εξετάσεις γίνεται σε περιπτώσεις με άτυπη συμπτωματολογία, όταν υπάρχει υποψία για άλλες παθολογικές καταστάσεις, για παράδειγμα κακοήθεια, παρουσία λίθων, διάμεση κυστίτιδα.

**Πώς μπορούν να προληφθούν οι συχνές υποτροπές;**

Η πρόληψη των υποτροπών ουρολοίμωξης περιλαμβάνει γενικά μέτρα για αλλαγές στον τρόπο ζωής και αποφυγή των παραγόντων κινδύνου, προφύλαξη με μη-αντιβιοτικά σκευάσματα, καθώς και χημειοπροφύλαξη, δηλαδή προφύλαξη με χορήγηση αντιβιοτικών. Οι παρεμβάσεις θα πρέπει να γίνονται με αυτή τη χρονική σειρά.

Σε περιπτώσεις γυναικών με υποτροπιάζουσες ουρολοιμώξεις, λοιπόν, αρχικά συστήνονται κάποια απλά, γενικά μέτρα για την αποφυγή των παραγόντων κινδύνου:

- Κατανάλωση άφθονου νερού
- Τακτική ούρηση χωρίς βιασύνη και πίεση
- Ούρηση μετά τη σεξουαλική επαφή
- Καθαρισμός με κίνηση από εμπρός προς τα πίσω μετά την κένωση του εντέρου
- Αποφυγή χρήσης σαπουνιού ή αφρόλουτρων στην περιοχή του κόλπου, που θα διαταράξουν τη φυσιολογική χλωρίδα και προστασία της περιοχής
- Αποφυγή στενών παντελονιών και κολάν, χρήση βαμβακερών εσωρούχων

Μέτρα μη-αντιμικροβιακής προφύλαξης είναι τα εξής:

- Ορμονική υποκατάσταση με οιστρογόνα σε γυναίκες μετά την εμμηνόπαυση
- Προφύλαξη με προβιοτικά (γαλακτοβάκιλλοι)
- Προφύλαξη με cranberry
- Προφύλαξη με d-mannose
- Ενδοκυστικές εγχύσεις με ναλουρονικό νάτριο και θειϊκή χονδροϊτίνη

Παρά τη λήψη των παραπάνω μέτρων, πολλές γυναίκες εξακολουθούν να εμφανίζουν υποτροπιάζουσες ουρολοιμώξεις. Στις περιπτώσεις αυτές είναι απαραίτητη η λήψη αντιβιοτικής αγωγής σε διάφορα θεραπευτικά σχήματα:

- Καθημερινή χορήγηση αντιβιοτικών σε χαμηλή δόση
- Λήψη αντιβιοτικών μετά από επαφή όταν ο εκλυτικός παράγοντας της ουρολοίμωξης είναι η σεξουαλική επαφή



**ΟΥΡΟΛΟΙΜΩΞΕΙΣ ΣΤΟΥΣ ΑΝΔΡΕΣ****Οξεία βακτηριακή προστατίτιδα**

Πρόκειται για λοίμωξη του προστάτη, που προκαλείται από βακτήρια, με συνθέστερο αίτιο τα εντεροβακτηριοειδή και κυρίως το *E. coli*. Συμπτώματα προστατίτιδας είναι ο πόνος και η δυσκολία κατά την ούρηση, όπως επίσης και ο πυρετός.

Η διάγνωση βασίζεται στο ιστορικό και στην κλινική εξέταση. Η καλλιέργεια ούρων θα βοηθήσει να εντοπίσουμε τον υπεύθυνο μικροοργανισμό, ενώ σημαντικός είναι και ο αιματολογικός έλεγχος. Ο υπέρηχος του ουροποιητικού συμπληρώνει τις διαγνωστικές εξετάσεις.

Η θεραπεία γίνεται με τη χορήγηση κατάλληλης αντιβίωσης, αντιπυρετικών και αντιφλεγμονωδών φαρμάκων, ενώ σε σοβαρές περιπτώσεις μπορεί να χρειαστεί νοσηλεία για ενδοφλέβια χορήγηση αντιβιοτικών και υγρών.

**Οξεία επιδιδυμίτιδα**

Πρόκειται για φλεγμονή της επιδιδυμίδας, ενώ αν συνυπάρχει φλεγμονή στον όρχι, ονομάζεται **ορχεοεπιδιδυμίτιδα**. Η επιδιδυμίδα, που βρίσκεται πίσω από τον όρχι, είναι ένα όργανο σαν σωλήνας που αποθηκεύει και μεταφέρει το σπέρμα στο σπερματικό πόρο. Μπορεί να επηρεάσει τους άνδρες όλων των ηλικιών, αλλά είναι συνθέστερη σε ηλικίες 19-35 ετών. Προκαλείται από την εξάπλωση κάποιας μικροβιακής λοίμωξης της ουρήθρας ή της ουροδόχου κύστης με συνθέστερα αίτια τα εντεροβακτηριοειδή (ιδίως το *E. coli*), τα χλαμύδια (*C. Trachomatis*) και το γονόκοκκο (*N. Gonorrhoeae*).

Η επιδιδυμίτιδα μπορεί να ξεκινήσει με πυρετό, αίσθημα βάρους στην περιοχή των όρχεων και ευαισθησία στην ψηλάφηση τους. Κατόπιν, ο όρχις διογκώνεται και γίνεται ιδιαίτερα σκληρός και επώδυνος.

Η διάγνωση βασίζεται στο ιστορικό και την κλινική εξέταση. Μπορεί να χρειαστεί επιπλέον έλεγχος με γενική και καλλιέργεια ούρων, αιματολογικό έλεγχο, καθώς και υπερηχογράφημα οσχέων. Σε εφήβους και νέους άνδρες είναι σημαντικό να γίνει διάκριση ανάμεσα στην επιδιδυμίτιδα και τη **συστροφή των όρχεων**, η οποία είναι μια επείγουσα κατάσταση και απαιτεί άμεση χειρουργική αντιμετώπιση.

Η θεραπεία γίνεται με τη χορήγηση κατάλληλης αντιβίωσης, αντιπυρετικών και αντιφλεγμονωδών φαρμάκων, ενώ σε κάποιες περιπτώσεις μπορεί να χρειαστεί νοσηλεία για ενδοφλέβια φαρμακευτική αγωγή. Συστήνεται ξεκούραση για κάποιες ημέρες και ανύψωση του οσχέου, συνήθως με κάποιο ειδικό εσώρουχο, που ονομάζεται σπασουάρ.

**Ουρηθρίτιδα**

Πρόκειται για φλεγμονή της ουρήθρας και θεωρείται σεξουαλικά μεταδιδόμενο νόσημα. Ανάλογα με τον αιτιολογικό παράγοντα διακρίνεται σε γονοκοκκική (*N. Gonorrhoeae*) και μη-γονοκοκκική (ουρεόπλασμα, μυκόπλασμα, χλαμύδια).

Τα συμπτώματα της ουρηθρίτιδας είναι η παρουσία εκκρίματος από την ουρήθρα (πυώδες ή διαυγές), καθώς και επώδυνη ούρηση ή καύσος κατά μήκος της ουρήθρας.

Η διάγνωση της ουρηθρίτιδας στηρίζεται στην καλλιέργεια του ουρηθρικού εκκρίματος και η αντιμετώπιση γίνεται με τη χορήγηση κατάλληλης αντιβιοτικής αγωγής.

