



## EESNÄÄRME HEALOOMULINE LIIGVOHAND ehk BENIIGNE PROSTATATA HÜPERPLAASIA

**Beniigne prostata hüperplaasia (BPH)** on eesnäärme healoomuline suurenemine. Eesnääre asub mehe vaagnas kusepõie all ja ümbritseb ureetra ehk kusiti algusosa. Normaalse eesnäärme suurus on 16–18 kuupsentimeetrit (cc). Suurenedeshakkab eesnääre järk-järgult takistama uriini väljumist kusepõiest. Suurenemine toimub peamiselt nn stromaalse koe arvel, mis sisaldab rohkelt silelihaskiude. Silelihaste surve ahendab ureetrat ja takistab uriini väljavoolu kusepõiest.

BPH on kõige sagedasem healoomuline kasvaja meestel ning esineb enamasti vanemas eas. Sümptomid avalduvad tavaliselt alates 60.–65. eluaastast. BPH tekkimise põhjused on ebaselged, tegemist on paljude faktorite koosmõjuga, millest peamiseks peetakse meessuguhormoonist tingitud tegurit.

BPH ei ole elu ohustav, kuid sellega kaasnevad urineerimishäired halvendavad oluliselt vanemaealiste meeste elukvaliteeti. Ohtlikuks võib osutuda täielik uriinipeetus, mis võib tekkida ka väga väikese eesnäärme mahu puhul. Eristatakse ägedat ja kroonilist uriinipeetust. Äge uriinipeetus tekib järsku, kui on urineerimistung, aga urineerida ei saa. Sagedasemateks ägeda kusepeetuse põhjusteks vanemaealistel meestel on külmetus ja alkoholi tarbimine. Reeglina ei ole äge uriinipeetus eluohtlik seisund, sest ülitugeva kusepakitsuse tõttu otsib mees igal juhul meditsiinilist abi.

Väga ohtlikuks seisundiks BPH korral on krooniline uriinipeetus ülevoolu-uriiinipidamatusega. Sellisel juhul mees oma põit ei tunne. Põies võib olla pidevalt 2–3, isegi kuni 5 liitrit uriini, ning põide lisanduv uriin voolab lihtsalt omatahtsi püksi või mähkmesse. Põiesisene ülisuur rõhk kandub üle ka neerudele, neerukude hävib ja haige võib surra neerupuudulikkusesse.

### Urineerimishäirete sümptomid:

- takistustunne urineerimise alustamisel, uriinijoa nõrgenemine, pikk ooteaeg ja joa katkendlikkus;
- kusepõie mittetäieliku tühjenemise tunne, pingutuse vajalikkus urineerimisel, järeltilkumine;
- kusepakitsus, sagedane urineerimine, öine urineerimine;
- korduvad urotrakti põletikud;
- hematuuria ehk vere sattumine uriini, mille tagajärjel uriin muutub roosakaspunaseks;
- uriinipeetus ehk uriini retentsioon (äge ja krooniline).

Kuna sarnased urineerimishäired esinevad ka eesnäärmevähi ja –põletiku korral, siis tuleb igale taoliste häiretega mehele teha spetsiaalsed uuringud eelkõige just vähikahtluse välistamiseks.

NB! Ravimine apteekide käsimüügis saadaolevate ning laialt levinud taimsete preparaatidega võib osutuda ohtlikuks. Enne nende kasutamist pidage kindlasti nõu perearstiga!

### Uuringud haiguse diagnoosimiseks:

- **küsitlusega** selgitatakse välja täpsed kaebused, mille alusel saab hinnata haiguse raskusastet ja valida sobiv ravi. Urineerimishäirete uurimiseks kasutatakse nn rahvusvahelist eesnäärme sümptomite skoori (IPSS – international prostate symptom score), mis koosneb seitsmest küsimusest patsiendi urineerimise kohta. Maksimaalne IPSS punktide summa on 35, mis viitab väga tõsistele urineerimishäiretele. 0 kuni 7 punkti korral aitab tavaliselt patsiendi nõustamisest, 8 kuni 20 punkti korral on näidustatud medikamentoosne ravi ning üle 20 punkti korral soovitatakse kirurgilist ravi;
- **digitaalne rektaalne palpatsioon** ehk prostata katsumine sõrmega pärasoole kaudu, et välistada eesnäärme vähi kahtlus;
- **vereanalüüsiga** määratakse spetsiaalset markerit PSA (prostata spetsiifiline antigeen), et välistada eesnäärmevähi olemasolu võimalus. Vereanalüüsiga saab määrata ka neerude tööd kajastavaid näitajaid, sest pikaajaline urineerimistakistus võib kahjustada ka neere;

- **uriinikülvi** alusel saab välistada kuseteede põletikulisi haigusi, mis võivad põhjustada sarnaseid kaebusi;
- **rektaalne ultraheliuuring** (pärasoole sisestatakse spetsiaalne sõrme jämedune andur) aitab täpselt määrata eesnäärme suurust ja struktuuri. Kahtluse korral eesnäärmevähile saab pärasoolekaudse ultraheliuuringu ajal spetsiaalse nõelaga läbi anduri võtta biopsia ehk koeproov eesnärmest;
- **kõhukoopa ultraheliuuringul** saab mõõta jääkuriini hulka põies pärast urineerimist. Kui urineerimise järgselt jääb põide 150 ml või enam uriini, siis soovitatakse patsiendile reeglina kirurgilist ravi, kuna põielihase kahjustuse oht on väga suur;
- **urodünaamilisel uuringul** mõõdetakse uriinijoa kiirust ning kusepõie- ja sulgurlihaste toonust, et teha kindlaks urineerimishäirete olemus ja raskusaste.

## Ravivõimalused

BPH ravi on suunatud patsiendi elukvaliteedi parandamiseks ning ravimeetod sõltub urineerimishäirete raskusest. Enamikel juhtudel on tegemist kergete ja mõõdukate vaevustega, kus piisab nõustamisest ja medikamentoosest ravist.

**Jälgimine** – kergete urineerimishäirete korral piisab reeglina patsiendi nõustamisest. Hoiduda tuleb külmetumisest (eriti istumine külmale pinnale, jalgade külmetus), alkoholist, vürtsisest ja soolasest toidust, kangest mustast kohvist ning istuvast eluviisist. Urineerimist parandab aktiivne liikumine, regulaarne seksuaalelu ja soojaprotseduurid.

**Ravimid** – kasutatakse kas kusepõiekaela ja eesnäärme silelihaste toonust alandavaid ravimeid või otseselt eesnäärme mahtu vähendavaid ravimeid. Ravimi määrab arst kaebuste ja teostatud uuringute alusel.

Mõõdukate vaevuste ja alla 50 cc eesnäärmemahuga patsiendile võib soovitada ravi alfa-adrenoblokaatoritega (doksasosiin, tamsulosiin, alfusosiin), mis lõõgastavad põiekaelas ja eesnärmes paiknevaid silelihaseid, mille tulemusel muutub urineerimine vabamaks.

Suurema eesnäärme medikamentoosseks raviks kasutatakse 5-alfa-reduktaasi (5-AR) inhibiitoreid (finasteriid, dutasteriid), mis pikaajalisel (vähemalt 12 kuud) pideval tarvitamisel võivad vähendada eesnäärme mahtu kuni 30%, kuid mis aeglase toime tõttu ei ole nii populaarsed. Seksuaalselt aktiivsetel meestel ei ole soovitatav seda ravi kasutada, kuna ravi vähendab meessuguhormooni dihidrotestosterooni taset organismis ning seega ka libiidot ehk seksuaalset huvi. Lisaks peab meeles pidama, et 5-AR inhibiitorid vähendavad PSA näitu veres kaks korda.

**Kirurgilist ravi** vajab urineerimishäiretega pöördunud meestest vaid 6–8%. Moodsad ravimid on muutunud nii efektiivseks, et järjest vähem mehi vajavad BPH tõttu operatsiooni. Operatsioon on vajalik, kui ravimite kasutamine ei too olulist leevendust või kui kaebused on väga tõsised. Kirurgiline ravi on vajalik, kui jääkuriin on üle 150 ml või esineb uriinipeetus. Samuti ka meestel, kellel tekivad korduvad põiepõletikud ja/ või esinevad põiekivid ning verejooksud eesnärmest.

Endoskoopiliselt ehk kusiti kaudu opereeritakse kuni 80–100 cc mahuga eesnääret. Operatsioon teostatakse enamasti spinaalanesteesias ehk nn alakeha tuimestusega. Operatsiooni käigus viiakse videokaameraga ühendatud spetsiaalne instrument läbi kusiti põide ning lõigatakse eesnääre seestpoolt laastude kaupa ära, kuni ureetra valendik on jälle vaba.

Kui eesnääre on väga suur, siis teostatakse reeglina lahtine (haavaga) operatsioon, mille käigus tehakse lõige alakõhule ja eemaldatakse kogu eesnäärme suurenenud osa.

Endoskoopiline operatsioon on võrreldes lahtise (haavaga) operatsiooniga oluliselt vähem traumeeriv ning taastumine operatsioonijärgses perioodis on kiirem.

## Paranemine

BPH on vanuse kasvades progresseeruv protsess ja täielikult tervistuda ei ole võimalik. Kaebused taanduvad kiiresti ravimite või kirurgilise raviga.

**Koostanud:** SA Põhja-Eesti Regionaalhaigla  
J. Sütiste tee 19  
13419 Tallinn

infotelefon 617 1300  
www.regionaalhaigla.ee

Infolehe on kinnitanud SA Põhja-Eesti Regionaalhaigla õendus kvaliteedi komitee 22. märtsil 2017. a.

Vt ka veebilehte [www.eesnaare.ee](http://www.eesnaare.ee)