

# Гиперплазия предстательной железы и эректильная дисфункция: разбор клинического примера



Локшин К.Л.

Д.м.н., руководитель клиники оперативной урологии, онкоурологии и андрологии GMS clinics & hospitals (г. Москва).

*В рамках проекта «Уроки урологии» доктор медицинских наук, руководитель клиники оперативной урологии, онкоурологии и андрологии GMS clinics & hospitals Константин Леонидович Локшин рассказал о тонкостях медикаментозной терапии симптомов нижних мочевых путей, обусловленных гиперплазией предстательной железы, а также связи ГПЖ с эректильной дисфункцией.*

**В** качестве главного источника информации Константин Леонидович рекомендовал обращаться к рекомендациям по ведению пациентов с не-нейрогенными симптомами нижних мочевых путей (СНМП), включая доброкачественную простатическую обструкцию, выпущенным Европейской ассоциацией урологов (EAU).

Сложность вопроса состоит в сопоставлении реальной практики с клиническими рекомендациями. Доктор подчеркнул ряд необходимых моментов:

- объем диагностики;
- эректильная дисфункция у мужчин с СНМП;
- принципы подбора медикаментозной терапии;
- медикаментозная терапия и эректильная дисфункция.

Константин Леонидович привел клинический случай пациента, 68 лет, который обратился за помощью с достаточно типичными жалобами: мочеиспускание вялой струей, иногда чувство неполного опорожнения мочевого пузыря и затрудненное начало мочеиспускания, редко — прерывистое мочеиспускание

и учащенные позывы, ночные мочеиспускания до двух-трех раз порциями небольшого объема, а также резкие позывы к мочеиспусканию.

Индекс международной системы суммарной оценки симптомов при заболеваниях предстательной железы (IPSS) пациента был равен 15, качество жизни (QoL) — 5, международный индекс эректильной функции (МИЭФ-5) — 5:23. Симптомы беспокоили мужчину в течение примерно двух-трех лет. Прием растительного препарата *Serenoa repens* в течение шести месяцев не принес существенного улучшения, прочих урологических заболеваний или операций у пациента не было, сопутствующие заболевания — артериальная гипертензия и зоб Хашимото.

По словам Константина Леонидовича, тремя возможными предварительными диагнозами в этом случае могли бы стать хронический простатит, рак предстательной железы и ДГПЖ (ненейрогенные СНМП с доброкачественной простатической обструкцией). Он также напомнил, что рекомендации ЕАУ относятся в первую очередь к мужчинам от 40 лет и старше, обратившимся к врачу в связи с СНМП, обусловленными ненейрогенными и незлокачественными состояниями, такими как доброкачественная простатическая обструкция с СНМП, гиперактивность мочевого пузыря и ночная полиурия.

Согласно европейским рекомендациям, необходимый объем исследования у таких пациентов включает в себя *сбор анамнеза, IPSS, МИЭФ-5, осмотр, включая осмотр per rectum, общий анализ мочи, анализ крови на ПСА, оценку остаточной мочи, урофлоуметрию и ТРУЗИ (трансабдоминальное УЗИ) предстательной железы*. В ходе сбора анамнеза необходимо определение потенциальных причин симптомов и релевантных сопутствующих заболеваний, включая неврологические и терапевтические. При определении балла IPSS производится оценка степени выраженности симптомов и определение доминирующего типа симптоматики, а впоследствии — оценка результатов лечения.

Согласно рекомендациям ЕАУ, оценка сексуальной функции с помощью МИЭФ-5 должна производиться, когда это существенно и важно. Основным фактором риска развития как гиперплазии предстательной железы, так и эректильной дисфункции выступает возраст. Чем сильнее выражены СНМП, тем более выражена, как правило, сексуальная дисфункция, и чем больше объем предстательной железы, тем ниже баллы МИЭФ-5 [1]. ■

Обширное исследование MSAM-7 с участием 12 815 мужчин, страдающих СНМП, показало наличие у 83% из них сексуальной активности, трудности в достижении эрекции — у 49% и полное отсутствие эрекции — у 10%.

Авторы пришли к выводу, что наличие и степень тяжести СНМП — независимый фактор риска сексуальной дисфункции у стареющих мужчин [2].

Также при обследовании пациентов с выраженными симптомами накопления и/или ноктурией показано заполнение дневника мочеиспусканий. Общий анализ мочи производится пациентам с СНМП посредством тест-полосок или микроскопии, в первую очередь с целью выявления инфекций мочевых путей, гематурии и сахарного диабета. Анализ крови на ПСА должен производиться, когда выявление рака предстательной железы может повлиять на тактику ведения пациента либо уровень ПСА определяется как фактор риска прогрессирования гиперплазии предстательной железы. Определение объема остаточной мочи должно производиться всем пациентам с СНМП. Динамика объема остаточной мочи позволяет, к примеру, выявить больных с повышенным риском острой задержки мочи. Также перед назначением лечения, согласно КР ЕАУ, всегда должна производиться урофлоуметрия.

Рутинное выполнение УЗИ почек пациентам с СНМП не рекомендуется, однако оно показано при большом объеме остаточной мочи, гематурии и уролитолизе. ТРУЗИ предстательной железы показано при планировании медикаментозного или оперативного лечения. Исследование «давление — поток» показано отдельным пациентам, которым планируется инвазивное лечение, а также при неуспешном инвазивном лечении, проведенном ранее.

При осмотре пациента из клинического примера были сделаны следующие наблюдения: наружные половые органы без особенностей, пальпация над лоном безболезненная, мочевого пузыря не пальпируется. При ректальном осмотре: предстательная железа значительно увеличена в размерах, без очаговых уплотнений. Общий анализ мочи без патологических изменений. ПСА общий — 3,1 нг/мл. По данным УЗИ объем остаточной мочи — 28 мл. Урофлоуметрия:  $Q_{max}$  — 7,9 мл/с,  $V$  — 215 мл. ТРУЗИ предстательной железы: объем — 86 см<sup>3</sup>, УЗ-признаки гиперплазии.

Заключительный диагноз: ДГПЖ (СНМП, обусловленные доброкачественной простатической обструкцией). Мужчине была назначена комбинированная



терапия  $\alpha$ -1-адреноблокатором ( $\alpha$ -АБ) и ингибитором 5-альфа-редуктазы (5-АРИ).

Тактика наблюдения может быть рекомендована пациентам с легкими и умеренно выраженными симптомами, доставляющими минимальное беспокойство, к которым пациент не относился.

Показаниями к медикаментозному лечению является наличие симптомов ДГПЖ средней и высокой степени выраженности по IPSS, причиняющих пациенту беспокойство и, соответственно, снижающих качество его жизни, а также присутствие факторов риска прогрессирования ДГПЖ. Противопоказанием выступает наличие абсолютных показаний к оперативному лечению.

Константин Леонидович напомнил, что цели лечения больных ДГПЖ — улучшение качества жизни пациентов, страдающих от расстройств мочеиспускания, обусловленных гиперплазией предстательной железы, предотвращение прогрессирования ДГПЖ и развития осложнений, а также лечение по поводу возникших осложнений и спасение жизни больных [3]. В комбинированном лечении  $\alpha$ -АБ и 5-АРИ обладают принципиально разным характером действия и, соответственно, разными сильными сторонами. Первые действуют быстро и облегчают симптомы через одну-две недели применения. Вторые же работают долго, обеспечивают устойчивую симптоматическую пользу и снижают долгосрочный риск развития острой задержки мочи и необходимости в хирургическом лечении. Европейские клинические рекомендации считают необходимым использовать комбинированную терапию у пациентов с умеренно выраженными и тяжелыми симптомами и риском прогрессирования заболевания.

Пациенту Константина Леонидовича была назначена терапия по схеме финастерид (Пенестер) 5 мг 1 раз в день и тамсулозин (Фокусин) 0,4 мг 1 раз в день.

Результаты лечения пациента из клинического примера полностью его удовлетворили, и сейчас у него наблюдаются минимальные признаки расстройства мочеиспускания. Балл IPSS снизился с 15 до 7, объем предстательной железы — с 86 до 64 см<sup>3</sup>, уровень ПСА — с 3,1 до 1,5, а показатель Qmax вырос с 7,9 до 11,4 мл/с.

Константин Леонидович также отметил, что в случае ухудшения эректильной функции в ходе терапии СНМП с помощью 5-АРИ стоит иметь в виду, ■

что при продолжении терапии частота ЭД зачастую снижается. Кроме того, назначение ингибитора ФДЭ-5 тадалафила 5 мг 1 раз в день может улучшить проявления СНМП и ЭД. ■

### *Источники:*

1. O'Leary MP. *Urology*, 2000.
2. Rosen R et al. *Eur Urol*, 2003.
3. Madersbacher S et al. *Eur Urol*, 2004.

*Материал подготовила Ю.Г. Болдырева  
Видео можно посмотреть тут:*

