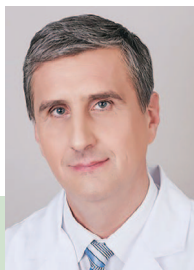


ДГПЖ и простатит: реальная клиническая практика, с какими сложностями сталкивается уролог?



Корнеев И.А.

Д.м.н., профессор кафедры урологии Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова, медицинский директор Международного центра репродуктивной медицины (г. Санкт-Петербург).

Казалось бы, сегодня урологи обладают богатым арсеналом средств лечения и диагностических методов, однако не так просто справиться с двумя проблемами — доброкачественной гиперплазией предстательной железы (ДГПЖ) и простатитом — особенно когда они сочетаются. О вопросах патогенеза ДГПЖ и простатита, а также о том, с какими сложностями сталкиваются урологи в реальной клинической практике, рассказал в программе «Уроки урологии» Игорь Алексеевич Корнеев, профессор кафедры урологии Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова.

Как подчеркнул Игорь Алексеевич, сегодня лечение рассматриваемых заболеваний может быть этиотропным, патогенетическим, симптоматическим, терапевтическим, хирургическим и комбинированным. Также важно, чтобы оно было персонифицированным и проходило в условиях мониторинга. Профессор считает большим упущением врачей невнимательное отношение к этиологии и патогенезу болезней, отсутствие мышления, позволяющего не только выделить группы жалоб у пациента, но и объединить их по возможным этиологическим факторам и патогенетическим механизмам. На международных урологических конференциях сегодня большое внимание уделяется индивидуальному подходу с учетом имеющихся рекомендаций.

ДГПЖ и простатит — разумеется, разные заболевания с различными методами лечения, но они могут протекать одновременно и включают общие звенья патогенеза. Этим обусловлены общие подходы к профилактике и в целом — к терапии. Заболевания проявляют себя у пациента схожим образом — в виде ■

симптомов нижних мочевых путей (СНМП). По тем же причинам необходимо помнить о проведении дифференциальной диагностики с другими заболеваниями, приводящими к появлению СНМП.

Клинический случай

Пациент, 57 лет, обратился к урологу в связи с медленно нарастающими СНМП и участвовавшими эпизодами эректильной дисфункции, которые он самостоятельно ликвидировал приемом препаратов класса ингибиторов фосфодиэстеразы-5 (ИФДЭ-5).

В предыдущий раз уролога посещал давно — были выявлены начальные признаки ДППЖ, уровень ПСА после проверки оказался, по словам мужчины, в норме. Около 15 лет назад пациент перенес, как он считает, эпизод простатита. Получал медикаментозное лечение и массаж предстательной железы. По собственному убеждению, вылечился, однако время от времени продолжает испытывать боли в промежности. В молодости перенес гонорею, вылечился. Самочувствие ухудшилось несколько дней назад после посещения бассейна и бани.

Свое обследование пациент начал у терапевта. Зафиксировано повышение артериального давления с назначением препарата «Конкор». Пациент курит по полпачки сигарет в день, пытается бросить. Почти каждый вечер выпивает по 0,33 л пива. Страдает ожирением, ИМТ = 31. При пальцевом ректальном исследовании отмечены увеличение, неоднородность и небольшая болезненность предстательной железы, в остальном — без особенностей.

Анкета IPSS (Международная система суммарной оценки заболеваний предстательной железы) = 13 баллов, симптомы накопления (2, 4, 7) = 6, опорожнения (1, 3, 5, 6) = 7. Качество жизни = 4. Согласно дневнику мочеиспусканий, в сутки мочится 10–12 раз, максимальный объем одного мочеиспускания 240 мл. Ночью встает для мочеиспускания 1 раз. Недержания мочи нет.

Лабораторная диагностика показала признаки воспаления, более выраженные в третьей порции:

1 порция — лейкоциты 4–10 в п/з, посев *E. coli* — 10^3 КОЕ/мл;

3 порция — лейкоциты скоплениями до 100 в п/з, посев *E. coli* — 10^5 КОЕ/мл.

ПЦР на ИППП — отрицательно.

Клинический и биохимический анализы крови — норма.

ПСА общий — 4,1 нг/мл.

Урофлоуметрия — 12 мл/с (Q_{\max}).

На УЗИ визуализируется предстательная железа объемом 56,3 см³, неоднородной эхоструктуры с участками повышенной эхогенности. Объем остаточной мочи — 40 см³.

По словам Игоря Алексеевича, относительно этого больного нужно держать в поле зрения сразу несколько диагнозов и вариантов развития ситуации в дальнейшем:

- N40. ДГПЖ (прогрессирование вероятно).
- N41.1. Хронический простатит, активизация воспаления:
 - бактериальный;
 - СНМП умеренно выраженные;
 - показано динамическое наблюдение, присутствует риск развития рака предстательной железы.
- N48.4. ЭД органического генеза — под вопросом.
- E66. Ожирение. Является компонентом метаболического синдрома в сочетании с артериальной гипертензией.

Далее Игорь Алексеевич привел данные с конгресса Европейской ассоциации урологов (EAU), на котором было отмечено, что в последнее время повысился интерес к взаимосвязи метаболических изменений, ДГПЖ и воспалительных изменений в предстательной железе [1–3]. В процесс мочеиспускания пациента могут вносить свой вклад целый ряд различных факторов, включая ДГПЖ, простатит, стриктуры уретры и многое другое. В результате наблюдаются симптомы нарушения наполнения, опорожнения и постмикционные симптомы [4].

Сравнительно недавно исследователи также стали отмечать параллели между хроническим воспалением в организме, метаболическим синдромом, атеросклерозом тазовых артерий, инсулинорезистентностью и патогенезом не только СНМП, но и самой доброкачественной гиперплазии [5]. Есть мнение, согласно которому там, где есть компоненты метаболического синдрома, выше темпы прироста ДГПЖ [6]. В число факторов риска развития СНМП входят, в частности, ишемическая болезнь сердца, артериальная гипертензия, сахарный диабет и ожирение [7]. По этой причине следует задумываться о том, чтобы пациент с СНМП получил препараты для лечения коморбидных заболеваний: при наличии каждого из перечисленных факторов риск развития СНМП возрастает в разы [8–10].

Как подчеркнул профессор И.А. Корнеев, сегодня около 35% мужчин в России имеют легкие формы СНМП, порядка 20% — умеренные и почти 6% — ■

выраженные [7], что говорит о системном характере проблемы. Также важно, что после 40 лет распространенность и тяжесть СНМП возрастают, из-за чего есть смысл уделять повышенное внимание пациентам старшей возрастной группы. При этом у трети мужчин в связи с СНМП резко страдает качество жизни, причем сильнее у молодых пациентов, так что их тоже нельзя обходить. Развитие СНМП может являться сигналом начинающихся метаболических нарушений.

Проблема лечения различных видов простатита

Актуальной проблемой терапии простатитов является ее недостаточная эффективность, которая, как правило, связана с непониманием этиологии и патогенеза хронического простатита. В этом отношении, казалось бы, хронический бактериальный простатит находится в более благоприятных условиях, поскольку известен этиологический фактор и патогенез заболевания понятен. Основным методом лечения больных хроническим бактериальным простатитом в настоящее время является антибактериальная терапия. Однако, невзирая на то, что элиминация бактерий, выявляемых в секрете предстательной железы, наступает уже после двух-трехнедельной антибиотикотерапии, клиническая симптоматика заболевания при этом в большинстве случаев не исчезает. Возможно, проблема заключается в том, что анатомическое строение предстательной железы предрасполагает к формированию устойчивых колоний бактерий — биопленок, куда с трудом проникают антибактериальные препараты [12]. Однако распространенность бактериального простатита в несколько раз ниже, чем абактериального простатита, причины которого разнообразны.

К примеру, исследование 2007 г. с участием 5540 мужчин показало, что у 764 (13,8%) из них присутствовал хронический простатит и только у 102 из этой части (13,3%) он определялся как бактериальный [11].

Как известно, по классификации простатит делится на воспалительный и невоспалительный (синдром хронической тазовой боли, СХТБ). Кроме того, при синдроме хронической тазовой боли было показано, что лечение миофасциального синдрома у больных хроническим бактериальным простатитом сопровождается не только уменьшением или полным исчезновением болевого симптома, но и нормализацией кровоснабжения предстательной железы и уменьшением воспалительных проявлений. Таким образом, при рассмотрении бактериального простатита важно не упустить другие виды, протекающие одновременно с ним [13].

Это возможно, если следовать указанному в рекомендациях ЕАУ алгоритму обследования при СНМП у мужчин старше 40 лет [14].

После клинического обследования и оценки состояния уродинамики при необходимости можно прибегнуть к хирургическому лечению [15]. Такой вариант следует рассматривать, в частности, при нарушениях оттока мочи, наличии обструкции и дисфункции мочевого пузыря. В то же время для подбора симптоматической терапии необходима дотошная работа амбулаторного звена на основании данных IPSS, дневника мочеиспусканий, УЗИ и урофлоуметрии.

Рекомендации ЕАУ также содержат в себе алгоритм по выбору лекарственных препаратов. В частности, пациенты с метаболическим синдромом могут оказаться менее чувствительны к проводимой медикаментозной терапии [16]. В ряде случаев возможно даже рассмотреть вариант бариатрической хирургии для снижения веса, что само по себе приводит к уменьшению выраженности СНМП [17]. Положительное влияние имеет повышение уровня физической активности [18], диетическая коррекция питания со включением большого количества фруктов и овощей [19].

Пациенту с выраженными СНМП на приеме можно рекомендовать бросить курить, употреблять не более 30 г сахара и 6 г соли в день, съедать за день 8 порций овощей и фруктов, пить не более 5 чашек кофе и регулировать потребление воды, снизить употребление алкоголя и повысить уровень физической активности.

Возможности лекарственной терапии

Одним из наиболее часто применяемых препаратов при СНМП, обусловленных наличием простатита или ДГПЖ, считаются альфа-1-адреноблокаторы (а-АБ). Они достаточно эффективны в коррекции симптомов СНМП, однако не снижают размер предстательной железы и не предохраняют от развития острой задержки мочи в долгосрочной перспективе. Обеспечивают снижение балла IPSS на 30–40% и увеличение Qmax на 20–25%, сохраняют эффект на протяжении нескольких лет. В частности, профессор И.А. Корнеев отметил препарат Фокусин как хорошо зарекомендовавший себя в урологической практике [20].

Элементом долгосрочной терапевтической стратегии является назначение ингибиторов 5-альфа-редуктазы (5-АРИ). Эффект от их приема оценивается через 6–12 месяцев лечения. Эти препараты снижают балл IPSS на 15–30% и объем ■

предстательной железы на 18–28%. Повышают Q_{\max} на 1,5–2 мл/с, снижают риск развития острой задержки мочи и прогрессии, даже если простата в объеме больше 40 мл. Уменьшают вероятность операции в отдаленной (более 1 года) перспективе. Эффект от них наступает медленнее, чем от α -АБ, и более заметен при больших объемах предстательной железы. По словам Игоря Алексеевича, в этой категории можно доверять препарату Пенестер.

Сегодня доступны работы, которые отмечают индикаторы прогрессирования ДГПЖ, такие как большой объем простаты, повышенный уровень ПСА, большой объем остаточной мочи, низкий показатель Q_{\max} и возраст более 62 лет [21].

Пациент, приведенный ранее в клиническом примере, соответствует почти всем этим критериям, так что ему может быть назначена комбинированная терапия. Среди ингибиторов 5-альфа-редуктазы финастерид и дутастерид одинаково эффективны.

На конгрессе ЕАУ также прозвучало предположение, что когда СНМП опорожнения преобладают над симптомами накопления, можно начинать терапию с назначения α -АБ, а когда наоборот — с М-холинолитиков, если же нет возможности их назначить — с β -адреномиметиков. При увеличении размера простаты более 30 см³ назначаются сначала 5-АРИ, а при наличии эректильной дисфункции подключаются ИФДЭ-5. Наконец, при ночной полиурии с осторожностью могут назначаться аналоги десмопрессина [15]. Таким образом, существует 58 возможных комбинаций этих шести групп препаратов, применимых в самых разных обстоятельствах с учетом индивидуальных особенностей пациента [22].

Ведущую роль в терапии простатита играют антибактериальные препараты: средствами выбора здесь являются левофлоксацин, офлоксацин и ципрофлоксацин, согласно российским клиническим рекомендациям [23]. Также положительный эффект может иметь комбинированная терапия с α -АБ, продолжительность приема которых может выходить за рамки курса антибактериальной терапии [24]. Также, как подчеркнул Игорь Алексеевич, при обследовании пациента с хронической тазовой болью необходимо учитывать психосоциальные, неврологические и ряд других факторов.

Возвращаясь к клиническому примеру, профессор отметил, что у этого пациента ведущим диагнозом оставил бы прогрессирующую ДГПЖ и порекомендовал бы длительную терапию 5-АРИ в комбинации с α -АБ, которая может сочетаться с терапией активного хронического простатита и препаратами из группы фторхинолонов. Вопрос о поддержании эректильной функции, по мне-



нию доктора, можно временно отложить и вернуться к нему после нормализации состояния предстательной железы и снятия воспаления. Также параллельно требуются коррекция массы тела и лечение артериальной гипертензии.

Патогенез простатита и ДГПЖ является многофакторным. Приступая к диагностике и лечению пациента, необходимо опираться на принципы доказательной медицины, применять индивидуальный подход, использовать устоявшиеся алгоритмы и клинические рекомендации. Тем временем исследования в данной области продолжаются и могут прояснить еще многое относительно патогенеза простатита и ДГПЖ. ■

Источники:

1. Abrams P. New words for old: lower urinary tract symptoms for «prostatism», *BMJ*, 1994.
2. Chapple C.R. Roehrborn C. G., A shifted paradigm for the further understanding, evaluation and treatment of lower urinary tract symptoms in men: focus on the bladder, *Eur Urol*, 2006.
3. Cornu J.-N. et al. A contemporary assessment of nocturia: definition, epidemiology, pathophysiology, and management – a systematic review and meta-analysis, *Eur Urol*, 2012.
4. Gravas S. et al. Guidelines on the management of non-neurogenic male lower urinary symptoms (LUTS), incl. benign prostatic obstruction. European Association of Urology, 2015.
5. De Nunzio C. et al. The correlation between metabolic syndrome and prostatic diseases, *Eur Urol*, 2012.
6. Gacci M. et al. Prostate cancer, *Prostatic dis*, 2017.
7. Корнеев И.А. Эпидемиология расстройств мочевого пузыря у мужчин в Российской Федерации, *Урология*, 2016.
8. Корнеев И.А. и соавт., Детерминанты риска развития эректильной дисфункции у мужчин в Российской Федерации: анализ результатов эпидемиологического исследования, *Урология*, 2014.
9. Korneyev I.A. et al. Prevalence and risk factors for erectile dysfunction and lower urinary tract symptoms in Russian Federation men: analysis from national population-based multicenter study, *Int J Impot Res*, 2016.
10. Kogan M.I. et al. Epidemiology and impact of urinary incontinence, overactive bladder, and other lower urinary tract symptoms: results of the EPIC survey in Russia, Czech Republic, and Turkey, *Curr Med Res Opin*, 2014.
11. Bartoletti R. et al. Prevalence, incidence, estimation, risk factors and characterization of chronic prostatitis / chronic pelvic pain syndrome in urological hospital outpatients in Italy: results of a multicenter case-control observational study, *J Urol*, 2007.
12. Stickler D.J. et al. Biofilms on indwelling urethral catheters profuse quorum-sensing signal molecules in site and in vitro, *Appl Environ Microbiol*, 1998.
13. Кручинин А.В. Хронический бактериальный простатит. Клинические аспекты патогене-

тической терапии: автореф. соиск. канд. мед. наук, СпБ, 2017

14. *European Association of Urology, Guidelines, 2014.*
15. *Garcia Mora A., EAU, 2018.*
16. *Cyrus A. et al. Impact of Metabolic syndrome on response to medical treatment of benign prostatic hyperplasia, KJU, 2014.*
17. *Luke S. et al. Effects of bariatric surgery on untreated lower urinary tract symptoms: a prospective multicentre cohort study, BJU International, 2014.*
18. *Kellogg Parsons J., Kashefi C. Physical activity, benign prostatic hyperplasia, and lower urinary tract symptoms, EAU, 2008.*
19. *Kellogg Parsons J. Modifiable Risk factors for benign prostatic hyperplasia and lower urinary tract symptoms: new approaches to old problems, J Urol, 2017.*
20. *Зырянов С.К. и соавт. Оригинальный и генерические тамсулозины: есть ли разница? Урология, 2013.*
21. *Crawford E.D. Baseline factors as predictors of clinical progression of benign prostatic hyperplasia in men treated with placebo, J Urol, 2006.*
22. *Seob Shin Y. et al. Twelve-week, prospective, open-label, randomized trial on the effects of an anticholinergic agent or antidiuretic agent as add-on therapy to an alpha-blocker for lower urinary tract symptoms, Clin Interv Aging, 2014.*
23. *Антимикробная терапия и профилактика инфекций почки, мочевыводящих путей и мужских половых органов. Федеральные клинические рекомендации, М., 2007.*
24. *Curtis Nickel J. Role of α 1-blockers in chronic prostatitis syndromes, BJU International, 2008.*

Материал подготовила Ю.Г. Болдырева
Видео можно посмотреть здесь:

