

Доброкачественная гиперплазия предстательной железы: насколько ранним должно быть лечение?

Доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ) является распространенной патологией среди мужчин пожилого возраста. Связанные с ДГПЖ симптомы нарушения функции нижних мочевыводящих путей разной степени выраженности, которые, по данным разных авторов, могут быть выявлены у 80% мужчин старше 60 лет, существенно влияют на повседневную активность больных, ухудшают качество их жизни и ассоциируются с высоким риском развития рецидивирующих инфекций мочевыводящих путей, острой задержки мочи (ОЗМ) и необходимости хирургического вмешательства. В ряде исследований показано, что тяжелые симптомы ДГПЖ беспокоят пациентов сильнее, чем такие серьезные заболевания, как артериальная гипертензия, сахарный диабет, стенокардия напряжения и др. Учитывая тенденцию постарения населения планеты, можно предположить, что актуальность проблемы ДГПЖ и увеличение обращаемости больных с симптомами указанного заболевания к врачу будут возрастать и в дальнейшем.

ДГПЖ является доброкачественным состоянием, которое, однако, характеризуется постоянным прогрессирующим. Так, в рамках популяционного исследования Olmsted County в течение 12 лет наблюдали мужчин (n=2115) в возрасте 40-79 лет; за время наблюдения усугубилась тяжесть симптомов нарушения функции нижних мочевыводящих путей, увеличился объем предстательной железы, ухудшились уродинамические показатели. Ежегодно средний прирост тяжести симптомов по шкале IPSS составил 0,18 балла, объем простаты увеличивался в среднем на 1,9%, пиковая скорость потока мочи (Q_{max}) в среднем уменьшалась на 2,1%. Суммарная встречаемость ОЗМ за 4 года составила 2,7%. В MTOPS (Medical Therapy of Prostatic Symptoms) – первом двойном слепом рандомизированном плацебо контролируемом исследовании, изучавшем влияние медикаментозной терапии на прогрессирование ДГПЖ, наиболее частым проявлением прогрессирования являлось субъективное ухудшение симптомов нарушения функции нижних мочевыводящих путей (увеличение IPSS ≥ 4). За 5 лет наблюдения в группе, не получавшей лечения, объем предстательной железы увеличился на 24%, уровень простатического специфического антигена (ПСА) – на 14%. Таким образом, для предотвращения прогрессирования ДГПЖ требуется раннее выявление и лечение лиц с симптомами указанного нарушения.

В последние годы опубликовано несколько исследований, в которых подтверждена ассоциация между прогрессированием симптомов нарушения функции нижних мочевыводящих путей и увеличением риска рака предстательной железы. Так, в рамках Европейского междисциплинарного конгресса по проблеме рака (2011) Stig Vojesen и соавт. из университетского госпиталя в г. Копенгагене (Дания), представили результаты анализа историй болезни более 3 млн мужчин, при этом длительность периода наблюдения в отдельных случаях достигала 27 лет. Показано, что у мужчин, госпитализированных по поводу ДГПЖ, риск развития рака простаты был в 2 раза выше, чем в общей популяции; а у пациентов, которым требовалось оперативное вмешательство по поводу указанной патологии, – в 3 раза. В дополнение к этому у больных, госпитализированных по поводу ДГПЖ, риск смерти от рака простаты также увеличивался в 2 раза, а у пациентов, которым было выполнено хирургическое

вмешательство, – в 8 раз. Авторы выявили, что с 1980 по 2006 год среди всех лиц с ДГПЖ, принявших участие в наблюдении, диагностировано 853 315 случаев рака простаты, зарегистрировано 25 459 летальных исходов вследствие этой патологии. Госпитализация по поводу ДГПЖ потребовалась 187 591 мужчине, хирургическое вмешательство – 77 698 из них.

«Относительно взаимосвязи между ДГПЖ и раком простаты долгое время существовало множество противоречивых мнений», – отметила глава отделения онкологии в клинике Сан-Камилло/Форналини в г. Риме (Италия), доктор Cora Sternberg, рецензировавшая результаты анализа. Она отметила, что в нескольких предыдущих исследованиях не было показано ассоциации между этими двумя состояниями, хотя многие исследователи и отмечали ее возможное наличие, поскольку заболевания являются биологически гомогенными. Другой рецензент исследования, доктор Joaquim Bellmunt из университетской клиники в г. Барселоне (Испания) отметил, что вывод о столь существенном увеличении риска рака простаты у пациентов с ДГПЖ в настоящее время является преждевременным, ведь практически все мужчины с определенного возраста страдают гиперплазией простаты, однако далеко не у всех развивается рак; поэтому для подтверждения представленных данных требуются результаты новых хорошо спланированных исследований. При этом рецензент добавил, что прогрессирование ДГПЖ, безусловно, является опасным явлением, ассоциирующимся с существенным ухудшением симптоматики и качества жизни больных, и требует лечения.

Доктор Jean-Charles Sorla из Института Gustave Roussy (г. Париж, Франция), модерировавший симпозиум, на котором были представлены данные исследования, отметил, что, как показывают полученные результаты, ДГПЖ может являться далеко не такой доброкачественной патологией, как это представлялось ранее, особенно в случае позднего выявления и отсутствия лечения, когда ее прогрессирование требует госпитализации и хирургического вмешательства.

Диагностика

Проявления ДГПЖ разделяют на симптомы наполнения (как следствие расстройства нервно-мышечного аппарата мочевого пузыря), такие как частое мочеиспускание днем и ночью (никтурия), неотложные (императивные) позывы к мочеиспусканию,

и симптомы опорожнения (как следствие сужения просвета мочеиспускательного канала из-за давления увеличенной предстательной железы и спазма мышц), такие как задержка мочеиспускания, затрудненное мочеиспускание, необходимость выраженного напряжения передней брюшной стенки для начала мочеиспускания, слабая струя мочи, прерывистость потока мочи, длительное выделение мочи по каплям в конце акта мочеиспускания, ощущение неполного опорожнения мочевого пузыря. Выраженность симптомов коррелирует с тяжестью гиперплазии: на начальной стадии заболевания пациент предъявляет преимущественно жалобы на симптомы наполнения, в то время как на стадии тяжелой гиперплазии, требующей оперативного вмешательства, могут полностью отсутствовать позывы к мочеиспусканию, а выделение мочи в связи со слабостью мышечного аппарата и наличием большого количества остаточной мочи может происходить практически непрерывно; в отсутствие лечения у пациента развиваются нарушение оттока мочи из почек, нарушение функции почек (почечная недостаточность).

Пальпаторное исследование простаты через прямую кишку и трансректальное УЗИ дает врачу представление о величине и структуре предстательной железы. Данное исследование, а также определение уровня ПСА позволяют отобрать пациентов для выполнения биопсии с целью исключения рака простаты. Урофлоуметрия (определение скорости мочеиспускания) позволяет объективно оценить скорость мочеиспускания и обосновать выбор тактики лечения аденомы простаты.

Лечение

В руководстве Американской ассоциации урологов и Европейской ассоциации урологов отмечается, что целью терапии ДГПЖ является улучшение симптомов нарушения функции нижних мочевыводящих путей, снижение риска развития ОЗМ и потребности в хирургическом вмешательстве, а также улучшение качества жизни больных. Выжидательная тактика оправдана при легких и умеренных симптомах заболевания, если они не нарушают общее состояние мужчины. В случае если указанная симптоматика (даже слабо выраженная) ухудшает повседневную активность и общее состояние пациента, рекомендуется немедленное назначение медикаментозной терапии.

Для лечения ДГПЖ в настоящее время используются антагонисты α -адренергических рецепторов (α -блокаторы) и ингибиторы 5 α -редуктазы. Тамсулозин является селективным α_{1a} -блокатором с подтвержденной эффективностью в лечении симптомов ДГПЖ; на сегодня это единственный препарат из данной группы, который был разработан специально для лечения нарушений мочеиспускания. Биодоступность тамсулозина составляет около 90%, а стабильная концентрация в крови при ежедневном приеме достигается в среднем за 5 дней. Препарат метаболизируется в печени.

Клиническая эффективность тамсулозина в стандартной дозе (0,4 мг 1 р/сут) была тщательно изучена в нескольких многоцентровых рандомизированных плацебо контролируемых двойных слепых исследованиях, проведенных в Европе и США и включавших в общей сложности более 1300 пациентов (P. van Kerrebroeck et al., 2000; P. Abrams et al., 1995; C.R. Chapple et al., 1996; P. Narayan et al., 1998); после 3 мес лечения тамсулозином во всех работах было отмечено снижение выраженности нарушений мочеиспускания на 39-48%, а также повышение объемной скорости мочеиспускания на 1,4-2,2 мл/с. Во всех случаях эти показатели достоверно превышали таковые у получавших плацебо.

В двойном слепом плацебо контролируемом исследовании C. Nickel и соавт. (2004) из Университета Queen's (г. Онтарио, Канада) с участием 58 пациентов, которые получали 0,4 мг тамсулозина или плацебо в течение 6 нед, показано выраженное преимущество препарата перед плацебо в улучшении показателей по шкале симптомов хронического простатита Национальных институтов здоровья (National Institutes of Health Chronic Prostatitis Symptom Index – NIH-CPSI) на 3,6 пункта (p=0,04); при этом эффективность препарата была выше у лиц с более тяжелыми симптомами по шкале NIH-CPSI (p<0,01); у пациентов с легкими симптомами ДГПЖ эффективность тамсулозина была сопоставима с таковой плацебо. Препарат хорошо переносился больными: количество и выраженность побочных эффектов были сопоставимы в обеих группах. Авторы исследования пришли к выводу, что эффективность тамсулозина у пациентов с ДГПЖ увеличивается пропорционально продолжительности терапии.

В настоящее время в Украине доступен отечественный генерик тамсулозина Тамсулид («Борщаговский ХФЗ»), появление которого позволило улучшить доступ к лечению ДГПЖ у пациентов пожилого возраста, то есть у лиц, наиболее в нем нуждающихся. Препарат обладает оптимальным соотношением «цена–качество» и может быть использован как на начальных стадиях заболевания, так и при выраженных изменениях в предстательной железе; кроме того, Тамсулид характеризуется хорошей переносимостью, что позволяет принимать его длительно.

Подготовила Татьяна Канцидайло

