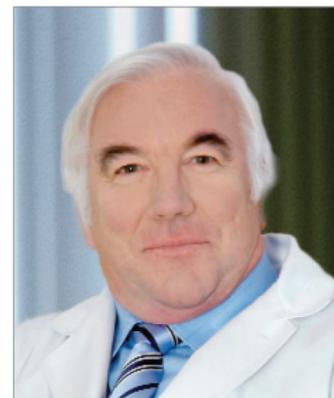


Блокаторы α_1 -адренорецепторов в лечении больных хроническим простатитом

Простатит является самой частой урологической проблемой у мужчин в возрасте от 20 до 50 лет, причем к 50 годам практически у каждого второго определяются те или иные симптомы заболевания. Собственным видением аспектов диагностики и лечения простатита с нашим корреспондентом поделился генеральный директор Украинского института сексологии и андрологии, президент ассоциации сексологов и андрологов Украины, главный сексопатолог Министерства здравоохранения Украины, доктор медицинских наук, профессор Игорь Иванович Горпинченко.



И.И. Горпинченко

? Что представляет собой хронический простатит (ХП) и насколько часто эта патология встречается в клинической практике?

— ХП — это воспалительное заболевание предстательной железы, которое проявляется болями в области таза и тазовых органов, нарушениями мочеиспускания и половой функции. В настоящее время в структуре посещаемости врачебных учреждений США, обусловленной заболеваниями предстательной железы, простатит занимает лидирующую позицию, опережая такие состояния, как доброкачественная гиперплазия и рак предстательной железы. Доказано, что ХП оказывает существенное негативное влияние не только на качество жизни, но и репродуктивное здоровье человека. Так, у 5-12% пациентов с бесплодием в анамнезе отмечаются воспалительные урогенитальные заболевания (Dohle G., 2003), а у 52% мужчин с простатитом диагностируются различные сексуальные расстройства (Keltikangas-Jarvinen et al., 1981). По данным НИИ (Национальный институт здравоохранения, США), на каждую тысячу врачебных посещений мужчинами в год приходится 76 пациентов, предъявляющих жалобы на патологию органов мочеполовой системы, среди которых 20 оказываются больными простатитом. При этом бактериальная этиология заболевания подтверждается только в 10% случаев, тогда как остальные 90% относятся к простатическому болевому синдрому (Engeler D. et al., 2012). Особый вклад в распространение простатита вносят инфекции, передающиеся половым путем, частота которых в последние годы увеличилась в связи с ранним началом половой жизни, промикситетом, половыми эксцессами, недостаточной осведомленностью населения о методах контрацепции и несоблюдением правил безопасного секса.

? Простатит — это однородное по своей структуре заболевание?

— Согласно классификации НИИ простатит подразделяется на несколько категорий: I — острый бактериальный простатит; II — хронический бактериальный простатит; III — хронический абактериальный простатит/синдром хронической тазовой боли (IIIА — воспалительный простатит, IIIВ — невоспалительный простатит/простатодиния); IV — асимптоматический воспалительный простатит (без клинических симптомов, но с признаками воспаления в биоптате простаты, а также лейкоцитами в простатическом секрете).

? Имеют ли воспалительные заболевания урогенитальной сферы, к которым относится в частности и простатит, какие-либо особенности?

— Безусловно. Прежде всего, для них характерна склонность к распространению инфекционно-воспалительного процесса, длительному носительству инфекции, ее хроническому рецидивирующему течению, отсутствию выработки стойкого иммунитета. Кроме этого, воспалительной патологии мочевыделительной системы свойственны схожесть и тяжесть формирующихся осложнений, половой путь заражения, возможность трансплацентарной передачи инфекции плоду и новорожденному, разнообразие клинической симптоматики, наличие атипичных или бессимптомно протекающих форм заболеваний.

? Какие клинические проявления характерны для ХП и синдрома хронической тазовой боли (СХТБ)?

— Нарушения мочеиспускания, как при доброкачественной гиперплазии предстательной железы, так и ХП, зачастую сводятся к симптомам нижних мочевых путей, проявляющихся ослаблением струи мочи, прерывистым и затрудненным мочеиспусканием, ощущением неполного опорожнения мочевого пузыря, задержкой мочи, учащенным дневным и ночным мочеиспусканием, невозможностью сдерживать позыв к мочеиспусканию. В свою очередь СХТБ характеризуется наличием постоянной или периодически повторяющейся эпизодической тазовой боли, связанной с симптомами, свидетельствующими о дисфункции нижнего мочевого тракта, нарушении половой функции, изменении в работе кишечника или женских половых органов, при отсутствии инфекционного заболевания или какой-либо другой очевидной патологии.

? На чем основывается диагностика простатита?

— Алгоритм обследования пациентов с синдромом простатита предусматривает сбор анамнеза с учетом NIH-CPSI (NIH-Chronic Prostatitis Symptom Index) — надежной, легко интерпретируемой и воспроизводимой в клинических исследованиях научно-обоснованной шкалы симптоматики ХП. Шкала базируется на 9 вопросах (сгруппированных в три раздела), касающихся боли и дискомфорта, мочеиспускания, влияния заболевания на качество жизни. После этого осуществляется физикальное обследование, анализ мочи, включая микробиологическое исследование ее средней порции, исключаются возможные венерические заболевания, составляется дневник мочеиспускания, проводится урофлоуметрия, определение остаточной мочи, а также четырехстаканный анализ мочи, предложенный E. Meares и T.A. Stamey, включающий микроскопию и бактериальный посев порций мочи. При отсутствии улучшения состояния после 2 нед терапии возникает необходимость более углубленного обследования больного, например при помощи метода видеоуродинамики.

? Какие основные направления существуют в лечении ХП?

— Глобальная стратегия лечения пациентов с ХП включает этиотропную терапию, комплекс мер, направленных на устранение факторов, способствующих и усугубляющих течение заболевания, купирование его осложнений и последствий, предупреждение развития обострения за счет превентивных курсов терапии и общих лечебных мероприятий, а также обязательное лечение полового партнера. При этом неадекватная противовоспалительная терапия приводит к росту количества микроорганизмов в ассоциациях возбудителей, выраженому дисбиозу слизистых оболочек, увеличению частоты вирусного инфицирования, бактериального вагиноза и генитального рецидивирующего кандидоза, полихимиорезистентности возбудителей, негативно влияет на печень и другие органы желудочно-кишечного тракта, психическое состояние больного.

? Как проводится медикаментозная терапия ХП?

— Необходимо отметить, что арсенал медикаментозных средств, используемых в настоящее время в лечении пациентов

с простатитом, достаточно широк. При этом в некоторых случаях простого наблюдения за больными, даже без назначения терапии, оказывается достаточно для того, чтобы значительно улучшить их состояние. Антибактериальное лечение показано всем пациентам с ХП I, II и IIIА типа, тогда как в отношении использования антибиотиков при ХП категории IIIВ однозначных рекомендаций нет. По моему мнению, в этой когорте больных противомикробные средства должны назначаться при условии выявления клинических, бактериологических и иммунологических признаков инфицирования, принимая во внимание тот факт, что не все микроорганизмы могут индуцировать развитие ХП. При этом важно учитывать, что современный антибиотик должен обладать широким спектром противомикробного действия и высокой эффективностью в отношении внутриклеточных форм возбудителя, обладать соответствующими фармакокинетическими параметрами, отличаться хорошей переносимостью, минимальным риском развития побочных эффектов и умеренной стоимостью.

В последние годы в лечении ХП все чаще применяются α_1 -адреноблокаторы. Эмпирическими предпосылками для этого послужили высокое содержание α -адренорецепторов в области шейки мочевого пузыря, предстательной железы и уретры, сходство клинической картины у ряда пациентов с доброкачественной гиперплазией предстательной железы и ХП, наличие уродинамических расстройств у некоторых больных с ХП (псевдодиссинергия), а также особенности механизмов развития данного заболевания. Блокаторы α_1 -адренорецепторов позволяют воздействовать одновременно на несколько звеньев патогенеза ХП: устраняют препятствие току мочи в области шейки мочевого пузыря, уменьшают турбулентность струи мочи, предотвращают или уменьшают выраженность рефлюкса в выводные протоки предстательной железы, снижают вероятность формирования химически/бактериологически ассоциированного воспаления в простате. В целом анализ результатов проведенных исследований (Sheah et al., 2003; Alexander et al., 2004; Tugcu et al., 2007; Nickel et al., 2008 и др.) указывает на то, что α_1 -адреноблокаторы в 1,7 раза лучше устраняют симптомы ХП по сравнению с плацебо. В то же время метаанализ Nickel J.C. и соавт. (2011 г.) демонстрирует, что на фоне применения α_1 -адреноблокаторов у пациентов с ХП терапия оказывается на 60% эффективнее по сравнению с приемом плацебо, а α_1 -адреноблокаторы, антибиотики и их комбинации являются наиболее приемлемым вариантом лечения ХП.

? Как должна быть организована программа терапии пациентов с СХТБ?

— Алгоритм лечения больных с СХТБ также предусматривает назначение α_1 -адреноблокаторов на 6-8 мес, поскольку согласно результатам метаанализа Nickel J.C. (2006) из всех традиционных терапевтических подходов для лечения СХТБ только эти лекарственные средства оказались достоверно эффективными. Согласно рекомендациям EAU (Европейского общества урологов) 2012 г. они позволяют нормализовать все симптомы заболевания, включая болевой синдром и дизурию, и улучшить качество жизни у пациентов с СХТБ. Помимо α_1 -адреноблокаторов используются нестероидные противовоспалительные препараты, α -липовая кислота,

сульбутиамин, антидепрессанты и/или мышечные релаксанты, при отсутствии эффекта прибегают к трансуретральной термотерапии. Если на фоне проведенного лечения достигнуто улучшения состояния пациентов не удается, задействуют комPLEMENTАРНУЮ, физиологическую терапию, больным оказывается психологическая поддержка.

? Какой из α_1 -адреноблокаторов может быть рекомендован в качестве препарата выбора для пациентов с ХП и СХТБ?

— В настоящее время центральное место среди α_1 -адреноблокаторов занимает Омник® — оригинальный препарат тамсулозина производства компании Astellas Pharma Europe. Интересные данные относительно эффективности тамсулозина и его комбинации с левофлоксацином в лечении больных ХП IIIА и IIIВ категорий удалось получить Ye и соавт. в 2008 г. В частности, исследователи установили, что тамсулозин способствовал устранению болевого синдрома и дизурии у пациентов этих групп благодаря влиянию на патофизиологические механизмы развития заболевания, а комбинированная терапия имела более выраженный эффект за счет синергизма действия препаратов. Несколько позже Chen и соавт. (2010 г.) организовали исследование, направленное на изучение эффективности длительного лечения ХП тамсулозином, в которое включили 100 мужчин в возрасте 20-45 лет с ХП III категории, получавших медикаментозную терапию на протяжении 6 мес. Оказалось, что тамсулозин превосходил плацебо в уменьшении общего балла NIH-CPSI, выраженности болевого синдрома и дизурии (максимальная эффективность α_1 -адреноблокатора отмечалась в отношении купирования боли), а длительное лечение было признано авторами более предпочтительным.

Неоспоримое преимущество оригинального препарата Омник® заключается в том, что его активное начало обладает высокой уроселективностью, препарат не требует титрования дозы и назначается при ХП с частотой всего 1 раз в сутки. Кроме этого, Омник® доступен в форме выпуска Омник Окас, изготавливаемой с использованием уникальной технологии доставки лекарственного препарата, позволяющей создать непрерывное высвобождение действующего вещества на протяжении всего желудочно-кишечного тракта. Система Окас построена на гелевой основе, состоит из гелеобразующего и усиливающего компонентов и обеспечивает стойкое и более длительное линейное высвобождение тамсулозина, без пиков и резкого падения концентрации. Использование препарата Омник Окас позволяет устранить влияние приема пищи на фармакокинетические характеристики тамсулозина и уменьшить количество его побочных явлений в сравнении с обычной формой выпуска препарата.

Подготовил Антон Пройдак

