

С.Л. Чеканов, к.м.н., кафедра урологии и нефрологии Одесского национального медицинского университета

# Клиническая роль хронического простатита у пациентов с доброкачественной гиперплазией предстательной железы



С.Л. Чеканов

**Доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ) является одним из наиболее распространенных урологических заболеваний у мужчин в возрасте старше 50 лет. Несмотря на долгую историю изучения механизмов развития этой патологии, многие из ее аспектов по-прежнему остаются не уточненными, особенно у пациентов с сопутствующими поражениями предстательной железы, что негативно отражается на эффективности лечения и качестве жизни больных.**

В настоящее время хронический простатит (ХП) рассматривается как воспалительное заболевание предстательной железы, имеющее различную этиологию (в том числе неинфекционную) и проявляющееся болью или ощущением дискомфорта в области малого таза и нарушением мочеиспускания на протяжении трех и более месяцев. В свою очередь, ДГПЖ по сути является гиперплазией парауретральных желез, которая встречается у 11-12% мужчин в возрасте 40-49 лет, у 50% пациентов в возрасте 60 лет и у 81-82% лиц, достигших 80 лет. Проведенные эпидемиологические исследования указывают на то, что частота ХП в популяции составляет 13-35%, а пик заболеваемости приходится на мужчин в возрасте до 50 лет, у которых распространенность простатита достигает 62,5% (Lumpus W.F., Thompson I., 2001; Перепанова Т.С., 2007). Особый интерес представляют сведения, полученные В. Bennet и соавт. в 1990 г. при патологоанатомическом исследовании 150 мужчин, умерших в возрасте 16-42 лет и не предъявлявших при жизни характерных жалоб, указывающие на наличие воспалительных изменений в предстательной железе у 110 из них (73%). Необходимо отметить, что современная медицина не располагает углубленными и достоверными сведениями относительно причинных факторов и механизмов развития ХП. Так, J. Nickel считает, что в большинстве случаев ХП его этиология, патогенез и патофизиология остаются неизвестными.

В свою очередь, ряд авторов указывают на то, что при морфологическом исследовании ткани простаты у 96,7-100% пациентов с ДГПЖ выявляются гистологические признаки простатита (Лопаткин Н.А., Кудрявцев Ю.В., 1999; Трапезникова М.Ф., Казанцева И.А., 2005), а активность воспалительного процесса при ДГПЖ определяется у 39-52% больных (Трапезникова М.Ф., Поздняков К.В., 2007). Эти данные свидетельствуют в пользу того, что практически каждый пациент с ДГПЖ имеет сопутствующее воспаление в простате. Таким образом, можно с уверенностью говорить о том, что в настоящий момент как ХП, так и ДГПЖ остаются не до конца изученными заболеваниями, на долю которых приходится более 60% обращений в структуре урологической службы.

Впервые вопросы взаимоотношения ХП и ДГПЖ в Западной Европе были подняты лишь в 2013 г. на сателлитном симпозиуме конгресса EAU (Европейской ассоциацией урологов) в Милане. В результате обсуждения экспертами был сделан вывод о необходимости использования в составе комплексного лечения простатита препаратов на

основе *Serenoa repens*, поскольку ХП при ДГПЖ в основном имеет асептическую природу. В рекомендациях EAU от 2011 г. указывается, что аспекты формирования и прогрессирования ХП изучены не полностью в связи с ограниченным доступом к предстательной железе, обусловленным ее анатомическим расположением. Более того, в них делается акцент на том, что до сих пор не установлены точные причины и характерные признаки заболевания, отсутствуют стандартизированные диагностические показатели и эффективные схемы лечения простатита. К сожалению, в обновленных рекомендациях EAU (2012) ДГПЖ была отнесена к категории неинфекционных симптомов нижних мочевых путей у мужчин, что приводит к упрощенному, симптоматическому пониманию проблемы, отодвигая патогенетические механизмы развития, диагностики и лечения данного заболевания на второй план. Положительным в последних рекомендациях является то, что синдром хронической тазовой боли и ХП отнесены в разные рубрики, что является методологически и патогенетически обоснованным и вносит некоторую ясность в путаницу, возникшую из-за широкого внедрения в клиническую практику классификации ХП, предложенной Национальным институтом здоровья (США, 1999). Недостаточное понимание механизмов развития и взаимоотношений данных заболеваний предопределило необходимость включения в существующие рекомендации положения о том, что выбор объема обследований и лечения пациентов с ХП закреплен за врачом.

В то же время многочисленные наблюдения за пациентами урологического профиля убедительно демонстрируют негативное влияние ХП на течение ДГПЖ.

**Простатит усугубляет ирритативную и обструктивную симптоматику заболевания за счет активации  $\alpha$ -адренорецепторов, повышает риск развития острой задержки мочи, интраоперационных (геморрагических, травматических) осложнений, увеличивает число ранних (инфекционно-воспалительных, геморрагических) и поздних обструктивных осложнений (стеноз шейки мочевого пузыря, стриктуры уретры, развитие эректильной дисфункции), обуславливает неэффективность патогенетической терапии (ингибиторы  $5\alpha$ -редуктазы) и может приводить к повышению уровня простатического специфического антигена (ПСА).**

Установлено, что традиционное консервативное лечение ДГПЖ ( $\alpha_1$ -адреноблокаторы, ингибиторы  $5\alpha$ -редуктазы, препараты растительного

происхождения) у ряда пациентов оказывается неэффективным, что нередко связано с сопутствующим ХП и обусловлено «блокировкой» патогенетических механизмов воздействия данных препаратов на ткань ДГПЖ. Кроме этого, ХП у мужчин с ДГПЖ может выступать в качестве фактора риска развития ранних и поздних послеоперационных осложнений эндхирургии ДГПЖ, а также открытых оперативных пособий. При этом, по данным ряда наблюдений, лечение ХП у пациентов с ДГПЖ сопровождается снижением уровня ПСА и уменьшением выраженности симптомов заболевания, включая показатели шкалы IPSS (International Prostate Symptom Score, Международная система суммарной оценки заболеваний предстательной железы).

Особую роль в клинической практике играют интра- и послеоперационные осложнения, формирующиеся у пациентов с ДГПЖ и ХП. В частности, при выполнении аденомэктомии возможны технические сложности и повышенное кровотечение при «вылушивании» железы из-за наличия спаек между уретрой и капсулой простаты, а при выполнении трансуретральной резекции простаты (ТУРП) — повышенное кровотечение из раневой поверхности вследствие выраженного кровенаполнения предстательной железы. Также встречаются вторичные кровотечения, развивающиеся из-за инфицирования, нагноения и лизиса остатков ткани и сгустков крови, скапливающихся в замкнутом пространстве ложа удаленной простаты. В целом необходимо отметить, что послеоперационные осложнения выражаются главным образом в усиленном рубцевании везикоуретрального сегмента, поскольку заживление раны при сопутствующем воспалительном процессе происходит с гиперпродукцией соединительной ткани. В то же время проведение предоперационной подготовки пациентов с ХП снижает частоту обструктивных осложнений после ТУРП (рубцовой деформации шейки мочевого пузыря, стриктуры задней уретры, облитерации уретры) с 13,8 до 5,3% (Олефир Ю.В., 2004).

В роли этиологического фактора ХП при ДГПЖ чаще всего выступает бактериальная инфекция (67,4% случаев), представленная преимущественно грамположительными возбудителями (93,3%), среди которых центральное место занимает *Staphylococcus haemolyticus*. В отличие от молодых пациентов с ХП у больных с ДГПЖ отмечается более высокая частота инфекций, обусловленных грамотрицательной флорой (3,2% против 25,1% соответственно), что, вероятно, связано с влиянием инфравезикальной обструкции и нарушением уродинамики

в вышележащих отделах мочевых путей. В этих случаях в этиологии ХП центральное место занимает анаэробная флора и трихомонады.

Рассматривая подходы к лечению ХП при ДГПЖ, важно помнить о том, что полного излечения от ХП в этих случаях добиться невозможно, а основная цель терапии заключается в уменьшении выраженности воспалительного процесса и симптомов простатита. Это обусловлено тем, что при ДГПЖ и ХП исключается адекватное дренирование простаты, являющееся одним из ключевых факторов, влияющих на купирование воспаления в предстательной железе.

**На сегодняшний день в качестве препаратов первой линии терапии для лечения ХП при ДГПЖ рекомендуются простатоселективные  $\alpha$ -адреноблокаторы и антибактериальные препараты фторхинолонового ряда.**

При этом следует отдавать предпочтение местному введению лекарственных средств (используются микроклизмы с димексидом, трансректальный электрофорез, лимфотропное введение препаратов), а также уделять внимание комплексу мероприятий, направленных на улучшение микроциркуляции в ткани предстательной железы (магнитотерапия, низкоинтенсивное лазерное излучение, аппаратный вибромассаж).

Положительный эффект от применения  $\alpha_1$ -адреноблокаторов обусловлен тем, что они обладают способностью снижать тонус простатического отдела уретры и шейки мочевого пузыря, тем самым обеспечивая быстрое купирование симптомов ХП. Кроме того, простатоселективные  $\alpha$ -адреноблокаторы уменьшают выраженность воспаления в ткани железы за счет устранения интрапростатического рефлюкса мочи, улучшают отток секрета предстательной железы путем купирования спазма выводных протоков простатических ацинусов. В то же время эти лекарственные средства улучшают проникновение антибиотиков в очаг поражения благодаря усилению кровотока в предстательной железе и уменьшают ирритативную симптоматику у пациентов в послеоперационном периоде.

В целях профилактики возможных интра- и послеоперационных осложнений у больных с ДГПЖ необходимо уделять особое внимание выявлению активного воспалительного процесса в простате, осуществлять адекватную антибактериальную предоперационную подготовку, избегать длительного предоперационного дренирования мочевого пузыря, а также назначать соответствующую антибактериальную терапию в послеоперационном периоде с учетом результатов бактериологического исследования.