

Хронический простатит: Что нового в диагностике и лечении к 2017 году?



В.А. БОЖЕДОМОВ, д.м.н., профессор, научный руководитель по андрологии и репродукции ФГБУ «Поликлиники №1 и №3» УДП РФ, ведущий научный сотрудник ФГБУ Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И. Кулакова, профессор кафедры акушерства, гинекологии, перинатологии и репродуктологии ИППОВ ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова

личных разделах, хотя они традиционно считаются проявлениями одного заболевания; одновременно ХП исключен из перечня причин мужского бесплодия.

Данная статья – попытка на основе анализа научной литературы последних лет и обобщения результатов работы клиник уроandroлогического профиля и соответствующих кафедр системы послевузовского профессионального образования, в одной из которых работает автор, отразить современные рекомендации по оказанию помощи мужчинам с ХП, учитывая особенности этиопатогенеза и клинической картины данного заболевания.

Клинические формы

Используемая в настоящее время классификация простатита, предложенная Американским национальным институтом здоровья и Национальным институтом здоровья и Национальным институтом диабета, пищеварения и болезней почек (NIH NIDDK – National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases) в 1995 г. (NIDDK Workshop Committee, 1995), основана на выделении всех форм простатита в зависимости от наличия или отсутствия бактериального агента, наличия лейкоцитов в секрете ПЖ, наличия клинических проявлений. Согласно этой классификации выделяют четыре категории простатита: острый бактериальный простатит (категория I), хронический бактериальный простатит (категория II), хронический простатит/синдром хронической тазовой боли (ХП/СХТБ; категория III) и бессимптомный простатит (категория IV). Каждая из этих категорий имеет различный профиль СНМП, которые обычно хорошо знакомы практикующим урологам.

Клинический опыт показывает, что границы между различными формами простатита размыты. Нарушение дренажной функции ПЖ, закупорка протоков ацинусов железы гнойным секретом, снижение выделенного объема секрета после массажа ПЖ при отсутствии увеличения в нем количества лейкоцитов «симулирует» ХП категории III Б. Восстановление оттока секрета в результате лекарственных и физиотерапевтических воздействий позволяет установить воспалительную природу ХП (категория IIIА), а применение адекватных методов выявления инфекций (не только посев на питательные среды, но и методы амплификации генов) – его истинную инфекционную природу (ХП категории II).

Очевидный патоген обнаруживается обычными бактериологическими методами (посев на питательные среды) лишь в 5–10% случаев. К инфекционным факторам, вызывающим воспаление при стерильном бактериологическом анализе секрета ПЖ, относятся некоторые внутриклеточно персистирующие микроорганизмы (*C. trachomatis*, *U. urealyticum*, *M. hominis* и др.) и анаэробы. По данным, представленным в последней международной коллективной монографии по

простатиту (Prostatitis and its management. Ed. T. Cai, T.E.B. Johansen, 2016), инфекционная природа простатита, связанная в т.ч. с такими «нетипичными» возбудителями, была установлена в 74% случаев. Поэтому антибиотикотерапия часто оказывается эффективной для устранения воспаления при «неинфекционном» ХП типа IIIА. Вопрос о том, нужно ли считать воспалительный и невоспалительный типы ХП/СХТБ (категории IIIА и III Б) не различными заболеваниями, а одним, но с разными проявлениями, еще не решен. Недавно была показана возможность различить типы IIIА и IIIБ по результатам измерения концентраций провоспалительного интерлейкина-8 в сперме. Современные рекомендации по диагностике простатита представлены ниже в табл. 1.

Эксперты Европейской урологической ассоциации в 2017 г. отмечают, что недавнее улучшение классификации и применение современных методов, в т.ч. молекулярной биологии, должно обеспечить надлежащую систематизацию лечения.

Современный алгоритм лечения больных простатитом категории II и IIIА схематично представлен на рис. 1.

Несмотря на широкое распространение классификации NIH NIDDK, она не является повсеместно признанной. Существует и другая, более новая классификация – система, основанная на клиническом фенотипе ХП/СХТБ при прогнозе улучшения состояния пациентов в результате лечения и ведения больных этим заболеванием – UPOINT (Urinary Psychosocial Organ-centric

Infection Neurogenic/systemic Tenderness). UPOINT используется для классификации мужчин с ХП/СХТБ, чтобы определить их уникальный клинический фенотип, который затем может быть использован для выбора индивидуализированной терапии. Было показано, что число положительных доменов UPOINT строго коррелирует с тяжестью и длительностью симптомов простатита, оцененного NIH-CPSI (National institute of health chronic prostatitis. Symptom index). Применение классификации UPOINT и выделение клинического фенотипа ХП/СХТБ пациентов позволяет применять мультимодальную патогенетическую терапию для каждого из 6 определенных доменов, что по данным нескольких независимых исследований приводит к значительному улучшению клинических симптомов у 75–84% пациентов (рис. 2).

Для лечения ХП/СХТБ кроме антибиотиков, α-адреноблокаторов и нестероидных противовоспалительных средств (НПВС) могут применяться препараты других групп: Pentosan polysulfat, Pyridium (Phenazopyridine), Mepartricin, Gabapentin, Pregabalin, Duloxetine, Amitriptylin, кверцетин, экстракты пыльцы ржаных злаков, экстракты *Serenoa repens*. В частности, по данным мета-анализа J. Cohen и соавт., терапия, включающая комбинацию Doxazosin+Ibuprofen+Thiocolchicoside, привела к клиническому и статистически значимому снижению общего балла NIH-CPSI. Тот же эффект был получен при комбинации данного лечения с аэробными физическими нагрузками и иглоукалыванием.

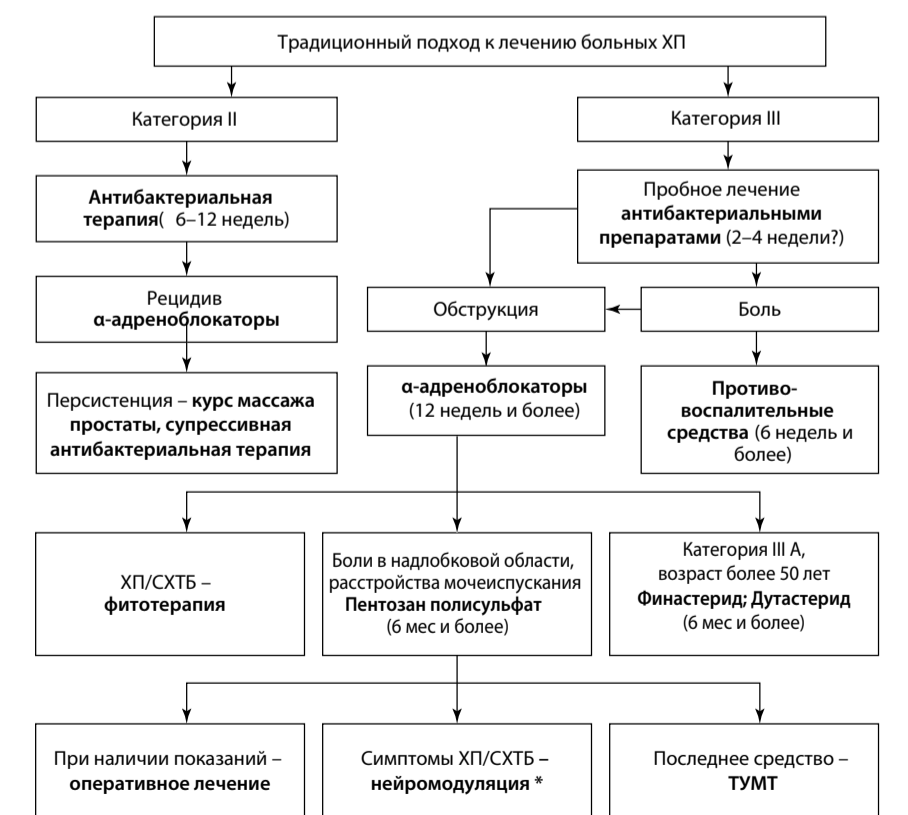


Рис. 1. Алгоритм лечения больных симптоматическим ХП категорий II и III (по J.C. Nickel Prostatitis. Can. Urol. Assoc. J. 2011;5:306–15 с дополнениями, основанными на собственном опыте)



Рис. 2. Мультимодальная патогенетическая терапия больных ХП/СХТБ для каждого из 6 доменов по классификации UPOINT

Таблица 1. Современные рекомендации по диагностике простатита

Рекомендация EAU-2017 по диагностической оценке бактериального простатита	Уровень доказательности	Значимость рекомендаций (ЗР)
Проведение пальцевого ректального исследования для оценки состояния ПЖ	4	A*
Проведение культурального (бактериологического) исследования средней порции мочи у пациентов с симптомами острого простатита для диагностики и планирования целевого лечения	3	A*
Выполнение 4-стаканного теста Meares и Stamey у пациентов с хроническим бактериальным простатитом	2б	Б
Точная микробиологическая оценка атипичных патогенов, таких как <i>C. trachomatis</i> или <i>M. hominis</i> , рекомендуется пациентам с хроническим бактериальным простатитом	2б	Б
Выполнять трансректальное ультразвуковое исследование только в отдельных случаях, чтобы исключить наличие абсцесса ПЖ, кальцификацию ПЖ и дилатацию семенных пузырьков	3	Б
Анализ эякулята и определение простатического специфического антигена не должны проводиться рутинно из-за большого числа ложноположительных результатов	3	Б

Примечание. * – Модернизирован на основе консенсуса.

Таблица 2. Изменения в рекомендациях по лечению пациентов с СНМП

Компонент лечения	2011 г.	2016 г.
Выжидательная тактика, изменение образа жизни	+	+
α-адреноблокаторы	+	+
Ингибиторы 5α-редуктазы	+	+
Холинолитики	+	+
Растительные экстракты	+	+
α-адреноблокаторы+ингибиторы 5α-редуктазы	+	+
α-адреноблокаторы+холинолитики	+	+
Ингибитор фосфодиэстеразы 5 типа	+	+
Аналоги вазопрессина – десмопрессин	+	+
Агонист β ₃ -адренорецепторов	+	+

Примечание. + – Рекомендованы. Не присутствуют в рекомендациях. * – Присутствуют в рекомендациях, но не рекомендованы.

Необходимо выяснить наличие сопутствующих заболеваний других систем организма, наличие в анамнезе перенесенных заболеваний и операций (особенно урологических), травм, медикаментозной терапии и аллергии. Специфические заболевания с подобными симптомами, должны быть исключены (ЗР=А).

«Несмотря на то что «золотого стандарта» лечения не существует, междисциплинарный подход с мультимодальной терапией дает пациенту с ХП/СХТБ лучший шанс облегчения симптомов», – пишет С. Smith, автор недавнего обзора «Male chronic pelvic pain: An update» (2016).

Современные препараты и их комбинации, применяемые для лечения СНМП, связанных с неинфекционным простатитом (категория IIIБ), представлены ниже в табл. 2.

Эксперты Европейской урологической ассоциации в 2017 г. в т.ч. рекомендуют использовать следующую терапию:

- ингибиторы фосфодиэстеразы 5 типа у мужчин с СНМП от умеренных до тяжелых или без эректильной дисфункции (ЗР=А);
- агонисты β₃-адренорецепторов у мужчин с умеренными и тяжелыми СНМП, у которых имеются симптомы накопления мочевого пузыря (ЗР=Б);

- комбинированную терапию α₁-адреноблокатором и ингибитором 5α-редуктазы у мужчин с СНМП от умеренной до тяжелой степени и риском прогрессирования заболевания (например, объем ПЖ более 40 см³) (ЗР=А);
- назначение такой комбинированной терапии с осторожностью у мужчин с объемом остаточной мочи более 150 мл (ЗР=Б);
- назначение антимускариновых препаратов с осторожностью у мужчин с объемом остаточной мочи более 150 мл (ЗР=Б)

Симптомы заболевания следует оценить количественно, используя международную шкалу IPSS (International Prostate Symptom Score) и качества жизни Q_oL (Quality of life). При этом выраженность симптомов при сумме баллов по шкале IPSS от 0 до 7 оценивается как незначительная, при сумме баллов от 8 до 19 – как умеренная, а при 20–35 – как тяжелая. Важным компонентом лечения больных любой формой ХП является нормализация сексуальной жизни, что в свою очередь требует лечения других имеющихся у пациента заболеваний: сердечно-сосудистых, ожирения, сахарного диабета 2 типа, возрастного андрогенного дефицита и т.д.

Следует помнить, что хронические боли в типичных для простатита местах могут быть связаны как с ХП/СХТБ, так и с другими причинами, такими как синдром раздраженного кишечника, фибромиалгия и синдром хронической усталости. Поэтому не следует любые боли в области малого таза мужчины до проведения обследования трактовать как исключительно урологические. Маркеры неврологических воспалительных и аутоиммунных заболеваний должны учитываться при параллельных изменениях симптомов после лечения. В ведении таких больных должны коллегиально участвовать врачи различных специальностей: уролог, невропатолог, терапевт, психиатр, физиотерапевт, психолог, сексопатолог.

На ранней стадии заболевания при невозможности такого консилиума и/или в случае выраженной болевой симптоматики опытный врач может начать лечение самостоятельно, обязательно опираясь при этом на мультимодальный подход, строго соблюдая рекомендуемые производителями дозировки лекарственных препаратов, проводя психотерапевтическую коррекцию и информируя пациента об ожидаемой эффективности лечения и его возможных побочных эффектах (может считаться, что пациенты имеют ранние стадии заболевания, если персистирующие рецидивирующие симптомы наблюдались менее 6 месяцев и антибиотическая терапия по этому поводу не проводилась).

Важный вопрос – кто должен лечить пациентов с ХП/СХТБ? С учетом сложности патогенеза, большого числа клинических форм, труднопредсказуемости результатов вряд ли это сможет сделать врач общей практики. Более успешно пациентам с ХП/СХТБ может лечить опытный уролог, постоянно повышающий квалификацию в данном разделе медицины. Однако для этой категории больных наиболее оптимальным является коллегиальный мультимодальный подход к выбору лекарственных и иных средств комплексной терапии.