

Л.М.ГОРИЛОВСКИЙ, д.м.н., профессор, М.М.ДОБРОХОТОВ, к.м.н., НИИ урологии, Москва

Хронический простатит

Хронический простатит является одним из наиболее распространенных, недостаточно изученных и плохо поддающихся лечению хронических заболеваний. Он поражает мужчин преимущественно молодого и среднего возраста, то есть наиболее работоспособных и активно репродуктивных, нередко осложняется нарушением копулятивной и генеративной функций. В последнее время простатит все чаще выявляется у пожилых мужчин, иногда сочетаясь с доброкачественной гиперплазией простаты.

Ключевые слова: малый таз, предстательная железа, конгестия, гиперплазия, инфекция, воспаление, простатит, антибиотик, α-адреноблокаторы

В настоящее время большинство специалистов рассматривают хронический простатит как воспалительное заболевание инфекционного генеза с возможным присоединением аутоиммунных нарушений, характеризующееся поражением как паренхиматозной, так и интерстициальной ткани предстательной железы (О.Б.Лоран, А.С.Сегал, 2002).

ЭТИОЛОГИЯ, ПАТОГЕНЕЗ

Для понимания микробиологической ситуации основополагающим является положение о том, что здоровая предстательная железа свободна от микроорганизмов (A.Schaefer, 1999). Существует точка зрения, что первичного инфекционного простатита не существует, а есть только вторичный инфекционный простатит, развивающийся вследствие ряда морфологических изменений или нарушений функции предстательной железы (В.Н.Ткачук и соавт., 1989; В.Н.Крупин, 2000). В большинстве случаев воспалительный процесс в предстательной железе развивается в результате ее инфицирования гноеродной флорой, проникающей из уретры

■ При хроническом простатите часто наблюдаются осложнения в виде везикулита, эпидидимита, парапроктита и др.

или заносимой гематогенным и лимфогенным путями. Микробный фактор играет значительную роль только на начальной стадии, в дальнейшем роль инфекции снижается, а ведущее место в патогенезе занимают развившиеся патологические изменения в тканях простаты. В постинфекционной стадии заболевания воспалительный процесс в железе поддерживают нейротрофические расстройства, процессы аутоагрессии, застой и распад секрета. В настоящее время признается существование бактериального и абактериального простатита.

По обобщенным данным литературы, острый бактериальный простатит развивается у 5–10% мужчин, хронический бактериальный простатит — у 6–10%; хронический абактериальный простатит — у 80–90%, включая простатодию — у 20–30% (H.Brunner, et al., 1983; J.J.Rosette, et al., 1993; M.Roberts, et al., 1997).

Причинным фактором хронического бактериального простатита наиболее часто являются грамотрицательные микробы: в первую очередь *E. coli*, во вторую — *Proteus*, *Enterobacter*, *Klebsiella*, *Pseudomonas*. Грамположительные бактерии (*Enterococci*, *Staphylococci*, *Streptococci* и др.) встречаются редко. Иногда имеет место сочетание двух и более микроорганизмов.

Конгестия в малом тазу и предстательной железе является основным предрасполагающим фактором инфицирования предстательной железы. Конгестия может развиваться вследствие инфицирования предстательной железы и в этом случае является важным элементом патогенеза хронического простатита. К конгестии приводят застой секрета в предстательной железе и ее функциональная дизритмия, венозный застой в простатическом сплетении. Конгестия может не только служить базой для развития хронического простатита, но и провоцировать его рецидивы после лечения.

Учитывая высокую частоту сочетания уретрита и простатита, наиболее вероятным путем инфицирования простаты является восходящий или урогенитальный. Возможны также лимфогенный (из прямой кишки и уретры), гематогенный и связанный с эндоуретральными манипуляциями пути проникновения возбудителя. При хроническом простатите нарушается барьерная функция простаты (снижается содержание цинка и лизоцима). Если в предстательной железе развивается воспалительный процесс, она утрачивает свою защитную функцию, превращается в постоянно или длительно действующий очаг инфекции. В результате страдают все звенья иммунитета: фагоцититарное, клеточное (снижение абсолютного и относительного показателей Т-лимфоцитов и их субпопуля-

ции — Т-хелперов), гуморальное (нарастание содержания в секрете простаты антигеноспецифических иммуноглобулинов — Ig A и Ig O). Этим можно объяснить тот факт, что при хроническом простатите часто наблюдаются осложнения в виде везикулита, эпидидимита, парапроктита и др. (Н.А.Лопаткин, 1998). Дополнительным критерием диагностики хронического простатита является также повышение уровня интерлейкина-1β в секрете простаты (R.B.Alexander, et al., 1997, 1998).

Разные авторы, в т.ч. отечественные, предложили несколько классификаций хронического простатита. Выгодно отличается своей конкретностью классификация, предложенная О.Л.Тиктинским и соавт. (1990).

I. По этиологическим факторам.

1. Инфекционные простатиты:

- а) бактериальные;
- б) вирусные;
- в) вызванные микоплазмами;
- г) кандидамикозные;
- д) гонорейные;
- е) трихомоназные;
- ж) туберкулезные;
- з) смешанные.

2. Застойные, или конгестивные, простатиты:

- а) обусловленные застоем секрета предстательной железы и эякулята (дизритмией половой жизни, половой абстиненцией, воздержанием и др.);
- б) возникшие вследствие венозного застоя в органах таза и мошонки.

II. По патогенетическим факторам.

1. Гематогенные простатиты:

- а) при общих инфекционных заболеваниях;
- б) возникшие при инфицировании из очагов инфекции (у больных хроническими тонзиллитом, гайморитом, фронтитом, периодонтитом, пневмонией, холециститом и холангитом, гнойными заболеваниями кожи и др.).

2. Простатиты, возникшие при инфицировании предстательной железы по соприкосновению:

- а) уриногенным восходящим путем (у больных уретритами, со стриктурами уретры);
- б) уриногенным нисходящим путем (при воспалительно-гнойных заболеваниях почек);
- в) восходящим каналкулярным путем (при эпидидимите, фуникулите, деферентите).

3. Простатиты, возникшие при инфицировании лимфогенным путем при заболеваниях соседних органов (проктите, тромбозе геморроидальных вен и др.).

В настоящее время за рубежом наиболее распространена классификация простатита, предложенная Национальным институтом здоровья США (НИИ, 1995).

■ Категория I. Острый бактериальный простатит.

■ Категория II. Хронический бактериальный простатит.

■ Категория III. Хронический абактериальный простатит.

■ Категория IV. Синдром воспалительной хронической тазовой боли.

■ Категория V. Синдром невоспалительной хронической тазовой боли (простатодиния).

■ Категория VI. Бессимптомный воспалительный простатит.

Знакомство с пациентом начинается обычно с выслушивания его жалоб и истории заболевания. Однако больные хроническим простатитом нередко предъявляют много сопутствующих жалоб, что требует от врача проведения дифференциальной диагностики. Спектр жалоб больного хроническим уретрогенным простатитом необычайно широк: от нарушений половой функции до нервно-психологических расстройств. Достаточно часто такие больные годами обивают пороги поликлиник, жалуясь на «боли в спине», «утомляемость», «боли в области сердца» и т.д. В итоге им обычно ставят диагнозы «радикулит», «вегетососудистая дистония», «невроз» и т.д., в то время как настоящая причина мучений больного не устанавливается и на обследование предстательной железы его не направляют.

При инфекционном хроническом простатите заболеванию чаще всего предшествуют бактериальный или гонорейный уретрит, при неинфекционном — геморрой, варикозное расширение вен нижних конечностей, варикоцеле, половые эксцессы. Тщательный опрос больного позволяет получить необходимые сведения о конституциональном и половом развитии, особенностях половой жизни, с определенной достоверностью предположить путь инфицирования предстательной железы или отметить этиопатогенетические факторы, способствующие возникновению и развитию заболевания. При правильно построенной беседе с пациентом, как правило, выявляются некоторые, иногда очень незначительные нарушения в половой сфере. Таким образом, врач должен задать хотя бы несколько вопросов о половой жизни больного, а пациент — обратить внимание на самые незначительные нарушения в этой сфере.

■ Спектр жалоб больного хроническим уретрогенным простатитом необычайно широк: от нарушений половой функции до нервно-психологических расстройств. Обычно ставят диагнозы «радикулит», «вегетососудистая дистония», «невроз» и т.д., в то время как настоящая причина мучений больного не устанавливается и на обследование предстательной железы его не направляют.

Проявления хронического простатита очень многообразны. У каждого больного это заболевание имеет свои особенности. В связи с этим каждый пациент требует индивидуального подхода к лечению. Распространенная практика лечения простатита по одинаковым для всех схемам зачастую приводит к некоторому облегчению, но практически никогда не гарантирует излечения больного. Жалобы, с которыми обращается больной (зуд или жжение в уретре, ощущения давления, тяжести в области промежности, боль различной интенсивности в области промежности, прямой кишки и т.д.), не являются характерными. Примерно 25% больных хроническим простатитом могут вообще не предъявлять никаких жалоб, и заболевание выявляется у них случайно при урологическом обследовании. Гораздо более характерными являются функциональные расстройства, которые можно разделить на три группы:

- расстройства со стороны мочевого аппарата (частые и болезненные позывы к мочеиспусканию, частичная задержка мочи и т.д.);
- расстройства половой функции (боль в уретре и прямой кишке при эякуляции, слабая эрекция, преждевременная эякуляция, утрата оргазма и т.д.);
- расстройства нервной системы (невротические расстройства, обусловленные фиксацией внимания больных на своем состоянии).

Хроническое воспаление предстательной железы может продолжаться неопределенно долго, но течение хронического простатита не бывает монотонным с одинаковой интенсивностью проявлений. Как правило, этому заболеванию свойственны периодические обострения, сменяющиеся периодами относительного затишья.

Симулировать хронический простатит могут заболевания прямой кишки, вызывающие так называемый аногенитальный синдром-симптомокомплекс, синдром спастической миалгии тазового дна или нейровегетативную простатопатию. Под нейровегетативной простатопатией большинство авторов понимают поражение предстательной железы преимущественно функционального характера, обусловленное нарушением ее иннервации и гемодинамики, имеющее сходную симптоматику при отсутствии признаков воспаления.

Подобного рода синдромы вегетативных расстройств хорошо известны в клинике внутренних болезней (кардиалгический синдром, синдром нарушения сердечного ритма, синдром нарушения ритма дыхания и др.).

■ Симулировать хронический простатит могут заболевания прямой кишки, вызывающие так называемый аногенитальный синдром-симптомокомплекс, синдром спастической миалгии тазового дна или нейровегетативную простатопатию.

Для нейровегетативной дисфункции предстательной железы характерны длительное выделение мочи по каплям после мочеиспускания, что связано с атонией и нарушением иннервации железы, затрудняющими быстрое и полное закрытие просвета уретры. При исследовании вегетативно-висцеральной иннервации обнаруживают ее неустойчивость и повышенную возбудимость, которые проявляются чрезмерным изменением дермографизма, потливостью, повышенной возбудимостью сердечной деятельности.

Первостепенное значение в диагностике хронического простатита имеют пальпация предстательной железы и исследование ее секрета.

При простатите размер железы может незначительно варьироваться, увеличиваясь при активации воспалительного процесса и уменьшаясь при его стихании и превалировании рубцово-склеротических изменений. Плотность консистенции также может быть различной: при очаговости процесса она неравномерная, с участками западений, размягчений, уплотнений. Трансректальное пальцевое исследование сочетают с взятием секрета предстательной железы для анализа. Раздельное получение секрета из каждой доли применяют при очаговом процессе, локализуемом обычно в одной из долей железы.

Из лабораторных методов диагностики «золотым стандартом» остается классический тест Е.М.Meares и Т.А.Stamey (1968): сбор первой и второй порций мочи, получение секрета простаты путем массажа, а затем третьей порции мочи. Микроскопические и бактериологические показатели свидетельствуют о наличии воспалительного процесса и устанавливают его локализацию. Однако, учитывая возможность контаминации материала микрофлорой уретры, следует помнить, что не каждый высеянный из секрета простаты или третьей порции мочи микроорганизм можно рассматривать в качестве этиологического фактора простатита.

К физико-химическим и биохимическим изменениям секрета простаты, способным служить дополнительными диагностическими критериями хронического простатита, относятся: сдвиг pH секрета в щелочную сторону, понижение содержания кислой фосфатазы при обострении воспалительного процесса, а также повышение активности лизоцима и в ряде случаев ПСА. Для выявления и характеристики воспалительного процесса в простате проводят цитологическое исследование мазков

секрета железы, в т.ч. люминесцентно-цитологическое. Диагностически ценным является также тест кристаллизации секрета. У здоровых мужчин такая кристаллизация формирует характерный рисунок в виде листа папоротника, а при нарушении агрегационных свойств секрета, что чаще всего наблюдается при изменении андрогенного гормонального фона у больных хроническим простатитом, этот рисунок нарушается. Если увеличение числа лейкоцитов в секрете с большой вероятностью говорит о ее воспалении, то их нормальные показатели при имеющейся клинической картине еще не свидетельствуют об отсутствии простатита. Хорошо известны алиментарные провокации острой пищей или слабыми алкогольными напитками, иногда применяемые при гонорейном или трихомонадном простатите, а также провокационные тесты с преднизолоном или пирогеналом, которые при парентеральном введении способны активизировать вялотекущие воспалительные процессы и способствовать их объективному выявлению. Простым и надежным способом определения состояния уродинамики является урофлоуметрия, позволяющая рано обнаруживать признаки инфравезикальной обструкции, осуществлять динамический контроль за больным в процессе диспансерного наблюдения. Пункционная биопсия предстательной железы в основном остается методом дифференциальной диагностики хронического простатита, рака предстательной железы и ее доброкачественной гиперплазии.

Таким образом, диагностика хронического простатита базируется на анализе жалоб и анамнеза заболевания, данных ректального исследования предстательной железы, анализе секрета и мочи с их посевом и определением чувствительности выявленной флоры к антибиотикам. Остальные методы применяют дополнительно для уточнения характера возникших осложнений и выработки лечебной тактики.

Лечение больных хроническим простатитом должно быть комплексным. Оно требует значительного терпения как от лечащего врача, так и от больного. Известно, что у некоторых пациентов лечение оказывается малоэффективным. Причинами могут стать смена возбудителя, неустраняемые этиопатогенетические моменты, аутоагрессия, нарушение больным режима лечения.

К традиционным методам лечения хронического простатита относятся:

- антибиотикотерапия;
- массаж предстательной железы;
- фитотерапия;
- тепловая микроволновая терапия;
- физиотерапия;
- хирургическое лечение.

Современными препаратами лечения хронического простатита являются:

- цинк;
- аллопуринол, колхицин;
- нестероидные противовоспалительные препараты (ибупрофен, нимесулид);
- биофлавоноиды (кверцетин);
- ингибиторы цитокинов (α -MSH, IL1R α , TNF);
- альфа-блокаторы;
- ингибиторы 5-альфа-редуктазы;
- циклоспорин А;
- биорегуляторные пептиды (витапрост, простатилен).

При планировании антибактериальной терапии (АБТ) простатита необходимо учитывать следующие факторы: характер выселяемой микрофлоры; чувствительность микроорганизмов к антибактериальным препаратам; спектр действия, побочные эффекты и фармакокинетика антибактериальных препаратов; предшествующая АБТ; сроки начала и длительность АБТ; дозы и комбинация антибактериальных препаратов; путь введения антибактериального препарата; необходи-

мость сочетания АБТ с другими методами лечения. Необходимо учитывать не только чувствительность данного возбудителя к определенному антибактериальному препарату, но и способность препарата накапливаться в предстательной железе. Антибактериальный препарат для прохождения через мембраны железы должен обладать жирорастворимостью, нестойкой связью с белками, свойствами макролидов. Этим условиям соответствуют наиболее широко применяемые макролиды — эритромицин, олеандомицин, а также тетрациклин. При инфекционных заболеваниях предстательной железы доказана эффективность применения метациклина (рондомицина), мономицина, канамицина, гентамицина, ампициллина, ампиокса (сульфаниламидов) в сочетании с триметопримом (бактримом, бисептолом), нитрофуранами, нитроксолином, 5-НОК и т.д. При трихомонадном уретрите, который часто осложняется трихомонадным простатитом, назначают производные нитрофурана, метронидазол, нитазол, трихомонацид, лютенурин, октилин,

■ *Первостепенное значение в диагностике хронического простатита имеют пальпация предстательной железы и исследование ее секрета. Диагностикой, назначением и проведением лечения хронического простатита должен заниматься врач-уролог.*

фазижин, тинидазол. Причинами неудачи АБТ хронического простатита могут быть недостаточная продолжительность курса, низкая концентрация антибактериального препарата и (или) формирование в просвете ацинусов и протоков простаты микроколоний бактерий, покрытых экстрацеллюлярной полисахаридной оболочкой (M.Falagas, 1995). В терапии хронического простатита используют как традиционные пути введения противомикробных препаратов (пероральный, парентеральный), так и нестандартные (интрапростатический, эндолимфатический, лимфотропный).

Существуют разные мнения относительно длительности АБТ при хроническом простатите: 1) антибиотикотерапия оправдана при наличии клинических и иммунологических признаков инфекции; 2) нельзя проводить антибиотикотерапию без эффекта более 2 недель; 3) если есть эффект на антибиотики, то лечение должно быть продолжено как при бактериальном простатите.

АБТ является ведущим звеном комплексного лечения бактериальных простатитов, которое также включает санацию уретры; применение средств, улучшающих микроциркуляцию и дренаж ацинусов; препаратов, повышающих неспецифическую реактивность организма, иммуномодуляторов; ферментных препаратов; нестероидных противовоспалительных средств; симптоматических средств; физиотерапии (И.И.Деревянко, 1997; Н.А.Лопаткин, А.А.Камалов, В.В.Евдокимов, 1997; С.Б.Петров, П.А.Бабкин, 1999; В.Н.Крупин, 2000). В отечественной литературе многократно подчеркивалась эффективность использования ферментных препаратов при хроническом простатите, а в последнее время особое внимание уделялось препарату вобэнзим (А.Р.Гуськов, 1998).

Одним из активных способов воздействия на предстательную железу, важнейшим методом улучшения крово- и лимфообращения и устранения застойных явлений, восстановления дренирования простатических желез по их выводным протокам является массаж простаты. Он противопоказан при остром воспалительном процессе в предстательной железе, геморрое, проктите, парапроктите, трещинах заднего прохода. Регулярный массаж простаты играет существенную роль в лечении хронического простатита. При хроническом бактериальном воспалении комбинация массажа с антимикробной терапией считается методом лечения 1-й линии (А.Е.Feliciano, 1999 г.).

■ Лечение больных хроническим простатитом должно быть комплексным. Оно требует значительного терпения как от лечащего врача, так и от больного.

Новым подходом к лечению хронического простатита является использование α -адреноблокаторов (дальфаза, омника и пр.). То, что эти препараты успешно устраняют симптоматику со стороны нижних мочевых путей, вызванную ДГПЖ, а также наличие большого числа α -адренорецепторов в предстательной железе и шейке мочевого пузыря обусловило их применение для лечения хронического простатита.

Степень воспалительных изменений в секрете простаты не влияет на эффективность действия α -блокаторов. Для ослабления симптомов императивного мочеиспускания, дневной и ночной полиурии и поддержания

нормальной половой активности на фоне хронического простатита положительный эффект оказывают антихолинергические препараты — М-холиноблокаторы (уротол, спазмекс) (Meares E.J., 1992), которые используются как в качестве монотерапии, так и в сочетании с α -адреноблокаторами.

Важную роль в лечении больных хроническим простатитом играет физиотерапия и иглотерапия. Выбор физиотерапевтической процедуры и ее длительность зависят от фазы воспалительного процесса, его активности, превалирования отдельных компонентов воспаления, степени опорожняемости простатических долек, имеющих осложнения. Эти вопросы уролог обычно обсуждает с врачом-физиотерапевтом.

Эффективными физическими методами лечения хронического простатита являются трансректальная микроволновая гипертермия и низкоэнергетическая лазерная терапия. Активно и успешно применяется метод трансуретральной гипертермии (Л.М.Гориловский, М.А.Доброхотов, М.И.Модорский, 1999).

Для подведения лекарственных препаратов к предстательной железе используют диадинамофорез, индуктотермоэлектрофорез, ультразвуковой фонофорез. При хроническом простатите с превалированием рубцово-склеротических изменений, осложненных нарушениями фертильности и копулятивной функции, положительный эффект оказывает грязелечение с использованием бердянской и сакской грязей, микроклизм с минеральными и сероводородными водами. Известно, что хронический простатит, как правило, протекает на фоне угнетения естественной резистенции организма и его иммунных возможностей. В связи с этим при лечении больных простатитом особое внимание уделяют вопросам стимулирования защитных сил

организма, так как даже при использовании только этого вида терапии можно добиться стойких положительных результатов. Среди средств растительного происхождения, хорошо зарекомендовавших себя при хроническом простатите, следует отметить импортные препараты из *Pygeum africanum* и отечественный препарат простанорм, состоящий из экстрактов четырех достаточно изученных лекарственных растений (А.С.Сегал и соавт., 2000; Л.М.Гориловский, М.А.Доброхотов, 2001), а также растительный экстракт — простатин, благоприятно действующий на функцию мужской половой системы, нормализующий гормональный статус, улучшающий мочеиспускание, ограничивающий увеличение предстательной железы и нормализующий ее функцию.

Растительные препараты могут применяться при лечении простатита и в форме суппозиторий. Продукты пчеловодства, благодаря сложному химическому составу, обладают широким спектром биологической активности. Так, препарат простопин производится по оригинальной технологии с ноября 2002 г. и рекомендован АРФП. В его состав входят прополис, горный мед, маточное пчелиное молочко, цветочная пыльца, перга и пчелиный воск. Препарат прошел все процедуры государственной регистрации и экспертизы качества, под-

твердившие его высокую эффективность, надежность и безопасность. Опыт клинического применения простопина в городской клинической урологической больнице №47, урологических отделениях городских клинических больниц №7 и №52, консультативно-диагностическом центре Минобороны России показал, что он способствует устранению некоторых клинических симптомов хронического простатита и аденомы простаты, нормализации сексуальной и нервно-психической сферы жизнедеятельности, восстановлению репродуктивной функции мужчин, уменьшает болевой синдром. Курс лечения простопином проводится в течение 15—30 дней, по одной свече на ночь, при необходимости можно повторить через 2—3 месяца. Противопоказанием является повышенная чувствительность к продуктам пчеловодства.

При любом виде лечения пациент должен соблюдать диету. Необходимо исключить алкоголь, ограничить кислые, консервированные, соленые продукты, жареную пищу, расширить овощной и фруктовый рацион.

В заключение отметим, что диагностикой, назначением и проведением лечения хронического простатита должен заниматься врач-уролог, а не врачи других специальностей.



Всемирная Ассоциация Репродуктивной Медицины (WARM)
Клиника экстракорпорального оплодотворения
(ЭКО) «Альтравита», г. Москва, Россия



5-й Международный конгресс Всемирной Ассоциации Репродуктивной Медицины WARM-2010

Центр Международной Торговли
10-13 октября 2010



www.warm2010.ru

Тел./Факс: +7 (495) 726-5135;
E-mail: warm2010@onlinereg.ru