

# Современные аспекты терапии и профилактики воспалительных урогенитальных заболеваний

15 мая 2014 г. в Киеве, в рамках III Съезда сексологов и андрологов Украины, при поддержке компании «Astellas» состоялся научный симпозиум, посвященный актуальным вопросам современной терапии и профилактики хронических и рецидивирующих заболеваний урогенитальной сферы.



Профессор **Игорь Горпинченко**, президент Ассоциации сексологов и андрологов Украины, генеральный директор Украинского института сексологии и андрологии, руководитель Клиники сексопатологии и андрологии Государственного учреждения (ГУ) «Институт урологии Национальной академии медицинских наук (НАМН) Украины», главный внештатный специалист Министерства здравоохранения Украины по специальности «Сексопатология», в своем докладе обозначил место и роль блокаторов  $\alpha$ -адренорецепторов в лечении больных хроническим простатитом (ХП).

ХП — воспалительное заболевание предстательной железы, характеризующееся болью в области таза и тазовых органов, нарушениями мочеиспускания и половой функции. В соответствии с критериями, принятыми в 1995 г. Национальным институтом здравоохранения (National Institutes of Health — NIH), США, о ХП свидетельствует боль вышеуказанной локализации в течение по крайней мере 3 мес при наличии/отсутствии обструктивной или ирритативной симптоматики мочеиспускания и положительного/отрицательного результата бактериологического исследования. Классификация простатита по NIH представлена в [таблице](#).

ХП широко распространен во всех странах мира; в частности, в США на 1 тыс. посещений врача мужчинами в год приходится 20 случаев ХП. При этом его бактериальная этиология подтверждается лишь в 10% случаев, остальные 90% относятся к простатическому болевому синдрому (ХП III). При ведении пациентов с ХП огромное значение имеет коррекция симптомов со стороны нижних мочевых путей (СНМП), проявляющихся в виде ослабления струи мочи, прерывистого и/или затрудненного мочеиспускания, ощущения неполного опорожнения мочевого пузыря, задержки мочи, учащенного дневного и ночного мочеиспускания, императивных позывов. Эффективным классом препаратов, применяемым для облегчения СНМП у больных

ХП, являются селективные блокаторы  $\alpha$ -адренорецепторов, в частности тамсулозин. Оригинальный тамсулозин, разработанный и представляемый на украинском рынке, равно как и во всем мире, компанией «Астеллас», носит название Омник®. За счет селективной конкурентной блокады постсинаптических  $\alpha_1$ -адренорецепторов, в частности  $\alpha_{1A}$  и  $\alpha_{1D}$ , представленных в гладких мышцах предстательной железы, шейки мочевого пузыря и предстательной части уретры, этот препарат снижает тонус спазмированных гладких мышц и улучшает отток мочи. При этом за счет уменьшения турбулентности струи мочи предотвращается/ослабляется рефлюкс ее в выводные протоки предстательной железы, что снижает риск развития или поддержания химически/бактериологически обусловленного воспаления в тканях предстательной железы.

Аналогичен механизм действия тамсулозина при СХТБ (ХП III). В соответствии с данными метаанализа J.C. Nickel (2006), среди препаратов, стандартно применяемых при СХТБ (блокаторы  $\alpha$ -адренорецепторов, нестероидные противовоспалительные препараты, тиоктовая кислота, сульбутиамин, антидепрессанты и миорелаксанты), блокаторы  $\alpha$ -адренорецепторов оказались единственным классом с достоверной эффективностью.

Аналогичные результаты получены и в метаанализе, проведенном T. Apothaïsintawee и соавторами (2011), с включением 23 рандомизированных исследований, посвященных терапии при ХП/СХТБ. Эффективность терапии с применением блокаторов  $\alpha$ -адренорецепторов (в том числе тамсулозина) в 1,7 раза выше в отношении регресса основных клинических симптомов ХП по сравнению с плацебо. При этом наилучший результат демонстрирует сочетание их с антибиотиками (регресс клинических симптомов в 13,8 раза:

боли — в 6,7 раза; СНМП — в 3,7 раза в сравнении с плацебо), что является косвенным подтверждением недодиагностирования бактериального генеза ХП/СХТБ. Таким образом, блокаторы  $\alpha$ -адренорецепторов, антибиотики и их комбинация являются наиболее приемлемыми вариантами лечения пациентов с ХП.

И. Горпинченко напомнил участникам конференции, что избежать побочных эффектов, связанных с применением блокаторов  $\alpha$ -адренорецепторов, можно с помощью высокоселективных препаратов (к которым относится тамсулозин), а также применения форм с замедленным высвобождением и контролируемым всасыванием, например Омник Окас (OCAS — oral controlled absorption system), что обеспечивает экспозицию препарата с незначительными суточными колебаниями.



Неизбежно актуальную тему лечения при ХП продолжил кандидат медицинских наук **Игорь Антонян**, заведующий кафедрой урологии Харьковской медицинской академии последипломного образования, рассмотрев бактериальный ХП в контексте заболеваний, передающихся половым путем (ЗППП). В Украине среди всех ЗППП по числу ежегодно выявляемых случаев лидирует трихомониаз (>80 тыс. ежегодно), часто диагностируют урогенитальный микоплазмоз (>40 тыс.), хламидиоз (>30 тыс.), гонококковую инфекцию (>9 тыс.) и сифилис (≈6,5 тыс.). Всего в нашей стране ежегодно регистрируют 200–230 тыс. новых случаев ЗППП, причем это составляет, по разным данным, 10–40% реального числа ЗППП.

Таблица

Классификация простатита в соответствии с критериями NIH

Категория	Диагноз
I	Острый бактериальный простатит (острая инфекция предстательной железы)
II	Бактериальный ХП (многократные инфекции предстательной железы)
III	Абактериальный ХП/синдром хронической тазовой боли (СХТБ) (скрытая инфекция)
A	Воспалительный (наличие лейкоцитов в сперме/секрете предстательной железы/моче)
B	Невоспалительный (отсутствие лейкоцитов в сперме/секрете предстательной железы/моче)
IV	Асимптоматический воспалительный простатит (отсутствие клинических симптомов; признаки воспаления в биоптате предстательной железы; наличие лейкоцитов в секрете предстательной железы)

Эффективным классом препаратов, применяемым для облегчения СНМП у больных

В этиологической структуре ХП категории IIIA преобладают *Chlamydia trachomatis* (26%), *Trichomonas vaginalis* (19%), *Escherichia coli* (19%), *Ureaplasma urealyticum* (14%); IIIВ — *C. trachomatis* (62%), *U. urealyticum* (13%), *Mycoplasma hominis* (8%). Нередко выявляют бактериальные и протозойные ассоциации — в 2 и 4% случаев соответственно (Radonić A. et al., 2009).

При выборе метода терапии бактериального ХП следует помнить, что, в соответствии с современными рекомендациями Центров по контролю и профилактике заболеваний (Centers for Disease Control and Prevention — CDC), США, препараты, предназначенные для терапии ЗППП, должны быть активны в отношении  $\geq 95\%$  штаммов, выделяемых в регионе заражения. Для наиболее широко распространенных в Украине ЗППП, вызванных *M. genitalium*, *M. hominis*, препаратами выбора являются джозамицин (в Украине представлен в том числе препаратом Вильпрафен®, «Астеллас») и доксициклин (в форме моногидрата — Юнидокс Солютаб®, «Астеллас»); в качестве альтернативы рассматриваются фторхинолоны — левофлоксацин, офлоксацин. При лечении хламидиоза препаратами выбора остаются джозамицин и доксициклин, а также азитромицин; альтернативные препараты — левофлоксацин и офлоксацин. И. Антонян обратил внимание собравшихся, что хотя CDC рекомендовано проведение коротких (7–10 дней) курсов лечения микоплазменных и хламидийных инфекций, однако на практике этот подход нуждается в тщательном контроле с возможностью продления курса. При инфекциях, вызванных *C. trachomatis*, а также смешанных микоплазменных и хламидийных инфекциях результатами многочисленных исследований подтверждена высокая эффективность и хорошая переносимость джозамицина.

В завершение доклада И. Антонян напомнил собравшимся, что, как и многие заболевания, ХП и ЗППП гораздо легче предотвратить, чем лечить, и посоветовал

настраивать своих пациентов в первую очередь на профилактику ЗППП.



Завершил симпозиум кандидат медицинских наук **Андрей Сытенко**, научный сотрудник ГУ «Институт урологии НАМН Украины», с докладом «Рецидивировующий цистит: от антимикробной терапии к иммунопрофилактике». Он напомнил, что острый цистит в 25% случаев переходит в рецидивировующий (РЦ), что обуславливает высокую актуальность данной проблемы.

Наиболее частым возбудителем РЦ является уропатогенная *E. coli* — на ее долю приходится  $\approx 80\%$  случаев цистита. Особенности возбудителя, в том числе его чувствительность к антимикробной терапии, следует обязательно учитывать при выборе тактики лечения. При РЦ рациональным является применение антибиотиков, которые обладают широким спектром действия (включая *E. coli*), выводятся с мочой (создавая высокие концентрации в мочевыводящих путях). При этом необходимо принять во внимание также активность препарата (в том числе его минимальную подавляющую концентрацию — МПК), потенциальные побочные действия и локальную резистентность возбудителя. В частности, если уровень резистентности к антибиотику группы фторхинолонов в регионе превышает 10% — применять его нецелесообразно; для цефалоспоринов этот показатель составляет 20%.

В качестве примера А. Сытенко рассмотрел сравнение антибиотиков группы фторхинолонов и цефалоспоринов при РЦ. В частности, для ципрофлоксацина МПК90 в отношении *E. coli* для ципрофлоксацина составляет 6,4 мг/л, а резистентность к нему кишечной палочки достигает 10%. В то же время для такого цефалоспорина

III поколения, как цефиксим (в Украине представлен в том числе препаратом Цефорал Солютаб, «Астеллас»), МПК<sub>90</sub> составляет 0,5 мг/л, а резистентность не превышает 1,1%. Такую информацию обязательно следует учитывать при выборе препарата для антибиотикотерапии РЦ.

Однако даже высокоэффективная антимикробная терапия не решает проблему реинфекции, которая зачастую служит основным фактором рецидивирования цистита. Отсутствием в моче неспецифических защитных веществ, генетические особенности плоского эпителия мочевыводящих путей, половые контакты как фактор реинфицирования — совокупность этих факторов способствует формированию РЦ.

Механизмом, способным противодействовать рецидивированию цистита при реинфекции, может служить модификация местной иммунологической защиты с помощью активизации как врожденного, так и приобретенного иммунитета. С этой целью применяют препарат Уро-Ваксом («Астеллас»), который содержит лиофилизированный лизат 18 патогенных штаммов *E. coli*. Благодаря стимуляции иммунокомпетентных клеток кишечника (пейеровых бляшек) при приеме внутрь и активации макрофагов стенки мочевого пузыря, стимуляции Т-лимфоцитов, повышению уровня IgA (в том числе в моче) и индукции выработки эндогенного интерферона, Уро-Ваксом оказывает неспецифическое и специфическое иммуностимулирующее действие, снижая риск рецидивирования инфекции мочевыводящих путей.

Таким образом, современный подход к лечению пациентов с циститом предусматривает не только применение адекватной антибактериальной терапии, но также и меры по профилактике рецидивирования процесса.

*Список рекомендованной литературы:*  
[www.umj.com.ua](http://www.umj.com.ua)

*Алина Жигунова,  
фото Сергея Бека*

#### Информация для профессиональной деятельности медицинских и фармацевтических работников

##### Омник®/Омник Окас

Р.с. № UA/10192/01/01 от 10.11.2009; № UA/4368/02/01 от 18.03.2011. **Состав.** 1 таблетка содержит 0,4 мг тамсулозина гидрохлорида. **Фармакотерапевтическая группа.** Тамсулозин. **Код АТС.** G04C A02. **Фармакологические свойства.** Избирательное конкурентное блокирование постсинаптических  $\alpha_1$ -адренорецепторов в гладких мышцах предстательной железы, шейки мочевого пузыря, простатической части уретры и детрузора. **Показания.** Симптомы со стороны нижних мочевых путей при доброкачественной гиперплазии предстательной железы. **Побочные реакции.** Головокружение, головная боль; ретроградная эякуляция; ринит; запор, диарея, тошнота, рвота и др.

##### Вильпрафен®

Р.с. № UA/4350/01/01 от 27.11.2013. **Состав.** 1 таблетка содержит 500 мг джозамицина. **Фармакотерапевтическая группа.** Джозамицин. **Код АТС.** J01F A07. **Фармакологические свойства.** Бактериостатическая активность обусловлена ингибированием синтеза белка бактерий. При создании в очаге воспаления высоких концентраций оказывает бактерицидное действие. **Показания.** Инфекционные заболевания, вызванные чувствительными микроорганизмами: инфекции дыхательных путей, мочеполовой сферы, кожи и мягких тканей и др. **Побочные реакции.** Тошнота, рвота, диарея, псевдомембранозный колит, повышение активности трансаминаз; аллергические реакции и др.

##### Юнидокс Солютаб®

Р.с. № UA/4694/01/01 от 20.04.2011. **Состав.** 1 таблетка содержит 100 мг доксицилина. **Фармакотерапевтическая группа.** Доксициклин. **Код АТС.** J01A A02. **Фармакологические свойства.** Антибактериальный препарат широкого спектра действия с бактериостатическим эффектом. **Показания.** Лечение вызванных чувствительными штаммами грамположительных и грамотрицательных микроорганизмов инфекций ды-

хательных путей, мочевыводящей системы, кожи и др. **Побочные реакции.** Диспепсия, тошнота, диарея, глоссит, стоматит, энтероколит; макулопапулезная и эритематозная сыпь, эксфолиативный дерматит, фотодерматит, фотоонихолизис; гепатит, панкреатит; гиперазотемия; гемолитическая анемия, тромбоцитопения, нейтропения, эозинофилия и др.

##### Цефорал Солютаб

Р.с. № UA/11912/01/01 от 15.12.2011. **Состав.** 1 таблетка содержит 400 мг цефиксима. **Фармакотерапевтическая группа.** Цефиксим. **Код АТС.** J01D D08. **Фармакологические свойства.** Обладает бактерицидным действием, устойчив к действию  $\beta$ -лактамаз. Механизм действия связан с угнетением синтеза клеточной стенки бактерий. **Показания.** Инфекционно-воспалительные заболевания, вызванные чувствительными к препарату микроорганизмами: инфекции дыхательных и мочевыводящих путей, ЛОР-органов и др. **Побочные реакции.** Транзиторная лейкопения, агранулоцитоз, панцитопения, тромбоцитопения или эозинофилия; аллергические реакции; головная боль, головокружение, дисфория; боль в животе, нарушение пищеварения, тошнота, рвота, диарея, метеоризм и др.

##### Уро-Ваксом

Р.с. № UA/12599/01/01 от 16.11.2012. **Состав.** 1 капсула содержит 6 мг лизата бактерий *Escherichia coli* (лиофилизированного). **Фармакотерапевтическая группа.** Различные средства, применяемые в урологии. **Код АТС.** G04B X50\*\*. **Фармакологические свойства.** Уро-Ваксом стимулирует Т-лимфоциты, индуцирует производство эндогенного интерферона и увеличивает количество иммуноглобулина А, в том числе в моче. **Показания.** Профилактика рецидивов хронических инфекций нижних мочевыводящих путей. **Побочные реакции.** Головная боль; тошнота, диарея, диспепсия; лихорадка; аллергические реакции и др.

**С полной информацией о препарате можно ознакомиться в инструкции по медицинскому применению.**