

# Протокол діагностики та лікування хронічного простатиту Європейської асоціації урологів 2012 та українські реалії – де істина?

**В.І. Зайцев**

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Проблема діагностики та лікування хронічного простатиту (ХП) була та залишається актуальною. Незважаючи на появу сучасних високоспецифічних методів виявлення збудників запального процесу, нових високоактивних антибактеріальних препаратів, результати лікування цього захворювання далекі від оптимальних. Це пов'язано з багатьма факторами. Серед них – зміни мікробного пейзажу ХП, поява резистентних штамів та полімікробних асоціацій, складність їх виявлення та лікування. Крім того, запалення передміхурової залози (ПЗ) часто супроводжується ускладненнями з боку інших органів репродуктивної системи, розладами сечовипускання та хронічним больовим синдромом.

Загальноприйнятою класифікацією простатиту є класифікація Інституту здоров'я США (1995):

1. Гострий простатит.

2. Хронічний бактеріальний простатит (є виражене запалення та виділені етіологічні мікроорганізми).

3. Хронічний абактеріальний простатит:

А. Синдром запального хронічного тазового болю (є виражене запалення, але не виділені етіологічні мікроорганізми);

В. Синдром незапального хронічного тазового болю (немає вираженого запалення, не виділені етіологічні мікроорганізми).

4. Асимптомне запалення ПЗ (немає вираженого запалення, не виділені етіологічні мікроорганізми) – виявлено гістологічно.

Пацієнти, яких в Україні об'єднують за діагнозом ХП, можуть бути віднесені до різних розділів останніх протоколів ЄАУ (2012): урологічна інфекція (власне ХП), симптоми нижніх сечових шляхів (СНСШ), хронічний тазовий біль. Відповідно до наведених вище протоколів, кожна з цих категорій пацієнтів має свої алгоритми діагностики та лікування, хоча у багатьох хворих на ХП є ознаки всіх даних груп пацієнтів.

Ми не будемо детально аналізувати усі аспекти діагностики та лікування ХП, адже це би зайняло занадто багато часу та місця. У той самий час, слід зазначити певні розбіжності між даним протоколом та реальною практикою лікування ХП в Україні. Розглянемо основні дискусійні питання.

Одне з найважливіших та досі чітко не з'ясованих – етіологія ХП. Відповідно до протоколу ЄАУ, існують мікроорганізми з доведеною етіологічною роллю та з дискусійною роллю (табл. 1).

Перелік даних мікроорганізмів та їх віднесення до означених груп не зовсім відповідає уявленням, які склались у вітчизняній урології. Найбільші дискусії стосуються атипичних внутрішньоклітинних мікроорганізмів – хламідій, уреоплазм та мікоплазм. Крім того, не чітко зазначають місце таких мікроорганізмів, як трихомонади, віруси простого герпесу (ВПГ), гонокок та ін. В алгоритмі діагностики ХП у даному протоколі вказано «виключити захворювання, які передаються статевим шляхом (ЗПСШ)» без визначення їх етіологічної ролі та практичних кроків з виключення даних мікроорганізмів (табл. 2). До речі, одним з оновлень останнього протоколу є можливість діагности-

вання ХП не тільки за результатами обстеження секрету ПЗ, а і при діагностуванні збільшеної кількості лейкоцитів у спермі.

Наша особиста думка та досвід свідчать про безумовну роль атипичних мікроорганізмів (АМ) в етіології хронічного запального процесу у ПЗ. Це підтверджується не тільки їх виявленням у сечівнику та ПЗ, а і прямою кореляцією між зменшенням проявів запального процесу (симптоматики, УЗ-картиною, покращанням показників секрету ПЗ тощо) та ерадикацією зазначених мікроорганізмів.

При цьому сам наведений вище алгоритм обстеження не сприяє адекватному виявленню АМ. По-перше, ані мікроскопія, ані засів сечі на стандартні середовища не дозволяють їх виявити. По-друге, взагалі в протоколі не наведені жодні будь-які методи лабораторної діагностики, які можуть виявити АМ. Можна сперечатись, яку з методик (ІФА, ПЛР чи інша) слід використовувати в першу чергу, але жодна з них не згадується.

Останніми роками інформація щодо реальної клінічної практики в європейських країнах та США стала доступною. Це не пов'язано безпосередньо з особистими візитами в закордонні клініки, адже під час нетривалих візитів важко ознайомитися з усіма фактами, які цікавлять. Серед великої кількості наших співвітчизників, які працюють за кордоном, певна частина мала чи має ХП, і саме опитування цих пацієнтів, які зверталися за допомогою з цього приводу до закордонних клінік, дозволяє отримати цікаву інформацію. Аналіз декількох десятків пацієнтів

Таблиця 1

## Етіологія ХП відповідно до протоколу ЄАУ 2012 р.

Мікроорганізми з доведеною етіологічною роллю	Мікроорганізми з дискусійною роллю
E. coli Klebsiella sp. Prot. mirabilis Enterococcus faecalis P. aeruginosa	Staphylococci Streptococci Corynebacterium sp. C. trachomatis U. urealyticum Myc. hominis

Таблиця 2

## Алгоритм діагностики та лікування ХП (ЄАУ 2012)

1.	Клінічне обстеження
2.	Аналіз сечі та її засів
3.	Виключити ЗПСШ
4.	Графік сечовипускань, урофлоуметрія, залишкова сеча
5.	Тест Меареса-Стеймі
6.	Мікроскопія
7.	Засів
8.	Спробувати застосування антибіотиків при ознаках запалення

Частота виявлення етіологічних збудників у сечівнику та ПЗ у 326 пацієнтів

Показник	Сечівник						
	Трихомонади	Гриби роду Candida	Коково-бацилярна флора	Гарднерели	Уреаплазми	Мікоплазми	Хламідії
Виявлено штамів	9	2	50	55	40	22	97
%	3,2	0,7	17,9	19,7	14,3	7,9	34,8
	ПЗ						
Виявлено штамів	115	17	147	90	103	66	161
%	37,0	5,5	47,3	28,9	33,1	21,2	51,8
Співвідношення ПЗ/сечівник	11,5	7,6	2,6	1,5	2,3	2,7	1,5
$\chi_2$ критичний	100,93	10,64	56,94	6,75	28,25	20,61	17,28
Вірогідність відмінності між сечівником та ПЗ	p<0,001	p<0,01	p<0,001	p<0,01	p<0,001	p<0,001	p<0,001

з таким досвідом підтвердив, що діагностику АМ у більшості випадків дійсно не проводять, обмежуючись засівом сечі, загальним мазком із сечівника або ІФА антигін до АМ. Можливо, це зумовлено з тим, що у більшості країн діагностику та лікування ХП не відшкодовують страхові компанії. Зрозуміло, що чутливість даних обстежень щодо діагностики АМ недостатня. У більшості з цих пацієнтів при ретельному обстеженні в Україні саме ці збудники і були виявлені. Ми вважаємо, що без адекватного етіологічного діагнозу ефективне лікування ХП неможливе.

Ще один важливий момент стосується біосубстрату, де краще виявляти збудника запального процесу. У протоколі ЄАУ вказуються мікроскопія та засіви сечі і секрету ПЗ. Наведене вище опитування пацієнтів після закордонного обстеження свідчить, що у більшості з них взагалі аналізи секрету ПЗ не проводили, а лікарі для діагностики обмежувалися мазком із сечівника, чутливість якого недостатня. До речі, схожі підходи ми часто спостерігаємо і в Україні.

Для визначення порівняльної чутливості ізольованого обстеження сечівника та секрету ПЗ нами було проведено дослідження, яке стосувалося можливості виявлення збудників запального процесу у хворих з ХП при одночасному обстеженні сечівника та ПЗ. Було обстежено 326 чоловіків з ХП. Результати свідчать, що чутливість аналізу мазка із сечівника значно поступається чутливості аналізу соку ПЗ для виявлення хронічної інфекції статевих шляхів чоловіків (особливо трихомонад), присутність яких у 80,8% випадків супроводжується одночасним виявленням хламідій та молюктивів (табл. 3).

Тому ми вважаємо, що ізольоване обстеження сечівника показано тільки при клінічно вираженому гострому уретриті. В усіх інших ситуаціях обстеження секрету ПЗ, на нашу думку, є обов'язковим. Тому ми вважаємо недостатнім проведення тільки загального мазка із сечівника та засіву сечі, що значно обмежує виявлення АМ. Можливо, такий підхід в протоколах ЄАУ пов'язаний з незначною поширеністю АМ серед хворих на ХП в Європі? Можливо, але це покращує результати діагностики ХП у наших пацієнтів, якщо ми будемо беззаперечно слідувати цим рекомендаціям.

Ми вважаємо, що підхід до діагностики ХП повинен також враховувати вік хворого. Якщо мова іде про пацієнта молодого або середнього віку, який сексуально активний, то обстеження на АМ є абсолютно необхідним. Якщо ж до уролога звертається чоловік більш поважного віку, особливо при незначній сексуальній активності (або за її відсутності), у яких на перший план виходять скарги, типові для ДППЗ/СНСШ, то в даній ситуації

слід перш за все лікувати звичайну для даної ситуації умовно-патогенну флору. Хоча, як свідчать результати опублікованих останніми досліджень роботи проф. С.П. Пасечнікова та співавторів, і у хворих на ДППЗ/СНСШ частота виявлення АМ в простаті достатньо висока, і вони спричиняють більш важкий перебіг захворювання та більшу частоту ускладнень після його оперативного лікування.

Власне, лікування ХП відповідно до протоколу ЄАУ, включає перш за все антибіотики. Групою вибору є фторхінолони протягом 4–6 тиж і препаратом вибору залишається ципрофлоксацин. Тетрацикліни рекомендуються за підозри на внутрішньоклітинні мікроорганізми. Про можливе використання комбінації антибактеріальних препаратів не згадується. З інших препаратів зазначають альфа-адреноблокатори та фінастерид (при ХП категорії 3а). Внутрішньопростатичні ін'єкції не рекомендовані даним протоколом. Інші типи препаратів не згадуються.

Але якщо вважати АМ важливими збудниками ХП, то тільки сучасні фторхінолони (але не ципрофлоксацин) мають достатню активність стосовно них. Крім того, важливим практичним моментом є елімінація трихомонад на першому етапі лікування, які володіють контейнерною функцією для АМ. Але антитрихомонадні препарати також не згадуються в даному протоколі. Скоріше за все, це пов'язано з виділенням сексуально-трансмисивних запальних захворювань в окрему групу. Однак у реальній практиці урологи повинні враховувати усі етіологічні чинники ХП і адекватно пролікувати хворого, і тому у клінічному протоколі ХП повинна бути чітко зазначена можливість існування таких збудників і окреслюватись (хоча би у загальному) підходи до їх діагностики та лікування з відсиланням до відповідних протоколів інших організацій.

Крім того, практика свідчить, що навіть використання високоефективних сучасних антибактеріальних препаратів не завжди є запорукою вилікування пацієнта, що пов'язано як з можливою резистентністю бактерій, так і з особливостями організму пацієнта (активність імунної системи, особливості запального процесу в ПЗ, наявність ускладнень тощо). Тому, хоча це і певним чином не вкладається в сучасні протоколи, реальність вимушує використовувати цілу низку інших препаратів (імунomodulatory, НСПЗ, вазоактивні препарати, ферменти і т.д.). Широко також в реальній практиці використовують фізіотерапію та масаж ПЗ, хоча їх роль дискусійна, а в протоколі вони не згадуються.

Не можна не зазначити роль рослинних препаратів, які широко використовують у багатьох країнах, в тому числі в Україні.

Як не дивно, але лідером з використання рослинних препаратів є Німеччина – країна з надзвичайно розвиненим законодавчим регулюванням життя, в тому числі і медицини.

При лікуванні ХП використовують різноманітні фітопрепарати, як правило, комбіновані. Головними перевагами, які приваблюють лікарів у фітопрепаратах, є їх натуральне походження, практично повна відсутність побічних дій та вплив на різні клінічні прояви захворювань та різні ланки патогенезу.

У той самий час, недоліками рослинних препаратів є відсутність стандартизації виробництва, важкість (неможливість) виділення діючої речовини та контролю якості препарату, а також значні розбіжності в якості сировини та методах її оброблення. Прямим наслідком цього є те, що проведення повноцінних клінічних досліджень рослинних препаратів є вкрай складним, особливо у порівняльному аспекті.

Серед сучасних комбінованих простатопротекторів, які можуть успішно використовуватись у комплексній терапії ХП, слід відзначити Pravenor™. Його перевагами є комплексна дія на різні ланки запального процесу, практична відсутність ускладнень, можливість корекції дози та можливість тривалого лікування (місяці).

Враховуючи це, комплексна дія Pravenor™ за рахунок комбінації різних трав є його чи не найважливішою позитивною рисою. Дана комбінація дозволяє впливати не тільки на важливі патогенетичні ланки запального процесу, а і на його ускладнення.

Pravenor™ – пероральний простатопротектор, який містить унікальну комбінацію рослинних екстрактів, вітамінів та мікроелементів виробництва компанії Naturex, Франція (екстракт кропиви дводомної – 200 мг, селен-метіонін – 70 мг, екстракт вівса посівного – 50 мг, екстракт гірчака японського – 20 мг, екстракт гуньби сінної – 50 мг, екстракт буркуна лікарського – 5 мг, вітамін Е – 20 мг). Pravenor™ виявляє протизапальну, антибактеріальну, протинабрякову, спазмолітичну, антиоксидантну дію, покращує мікроциркуляцію, виявляє м'який сечогінний та в цілому простатопротекторний ефект. До того ж, Pravenor™ має антипроліферативну дію, і тим самим знижує ріст грануляційної та рубцевої тканини, що зумовлений запальним процесом, інгібує проліферацію простатичного епітелію, індукованного фактором росту. Завдяки унікальному складу Pravenor™ перешкоджає хронізації процесу в ПЗ: пригнічується утворення лейкоцитів, знижується утворення прозапальних цитокінів (фактор некрозу пухлини, інтерлейкін-2 та ін.).

Існує чіткий взаємозв'язок: ланка патогенезу ХП – компонент Pravenor™ – очікуваний фармакологічний ефект. Pravenor™ має багатокомпонентний вплив на етіологію і патогенез хронічного простатиту:

- блокує розвиток запального процесу;
- відновлює мікроциркуляцію в ПЗ;
- запобігає розвитку мікротромбоутворення;
- усуває дизуричні розлади;
- попереджає розвиток деструктивних процесів в ПЗ;
- покращує лібідо та ерекtilьну функцію, активує сперматогенез.

Pravenor™ може бути рекомендований для лікування пацієнтів з ХП (інфекційного, неінфекційного та змішаного генезу), а також для профілактики розвитку та загострень ХП за наявності факторів ризику (паління, зловживання алкоголем, стрес, гіподинамія, нерегулярне статеве життя; в анамнезі інфекції, що передаються статевим шляхом, і хронічні захворювання інших органів; вік понад 40 років).

Pravenor™, зазвичай, призначають по 1 капсулі 1 раз на день незалежно від споживання їжі. У деяких випадках дозову можна підвищити до 2 капсул (1 або 2 рази на день). Тривалість лікування визначають індивідуально.

Зрозуміло, що при підборі комплексної терапії ХП лікарі часто покладаються перш за все на власний досвід і чітко розроблених рекомендацій немає, але на нашу думку, монотерапія антибіотиками (як рекомендовано ЄАУ) є далеко не завжди ефективною, а при відсутності адекватного діагностування АМ вона навпаки, може сприяти хронізації процесу та розвитку подальшої антибактеріальної резистентності. Додавання вищевказаних препаратів може не тільки покращити мікробіологічні результати лікування, а і більш активно впливати на окремі патогенетичні ланки ХП та на патологічну симптоматику цього захворювання.

Таким чином, ми вважаємо, що у питаннях етіології, діагностики та лікування ХП сучасний протокол ЄАУ містить багато дискусійних питань, які не завжди відповідають реальній клінічній практиці в Україні. Такі розбіжності можна пояснити як відмінностями у мікробіологічному спектрі пацієнтів з ХП, а також, можливо, особливостями організації та оплати медичної допомоги на Україні у порівнянні з країнами Західної Європи. В будь-якому разі, протоколи лікування є важливим інструментом для урологів, але їх використання у певних випадках слід адаптувати до реальних особливостей даного захворювання у наших пацієнтів. У той самий час, усі відхилення такого типу повинні мати чіткі обґрунтування і, головне, не нашкодити пацієнту.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. <http://www.uroweb.org/guidelines/online-guidelines/>
2. Лесовой В.Н., Аркатов А.В., Мацюк В.Ю. Значение генитальной микст-инфекции в формировании бесплодия у мужчин // Сексология и андрология. – К., 2000. – Вып. 5 – С. 94-96.
3. Тиктинский О. Л., Калинина С. Н. Хламидийный простатит. СПб: Питер.- 2001–267 с.
4. Чеботарев В.В. Дискуссионные вопросы урогенитальных инфекций // Российский журнал кожных и венерических болезней. – 2002. – №1. – С.53–59.
5. Мавров І.І., Белозоров О.П., Тацька Л.С. Уніфікація лабораторних методів дослідження в діагностиці захворювань, що передаються статевим шляхом. – Харків: Факт, 2000. – 120 с.
6. Шинский Г.Э. О путях усовершенствования профилактики урогенитального хламидиоза // Вестн. дерматол. и венерол. - 2001. -№5. - С.28-33.
7. Сексология и андрология/ Под ред.Возианова А.Ф., Горпинченко И.И./ Бойко Н.И., Борисенко Ю.А., Быстров А.А. и др. - К.:Абрис, 1997.- 880с.
8. Юнда И. Ф. Болезни мужских половых органов. – К.: Здоров'я, 1989.- 272 с.
9. Абу Селех А., Зайцев В.І., Ілюк І.І., Святська Л.В. Сучасні аспекти ко-
- лонізації органів сечостатевої системи чоловіків при хронічному запальному процесі // Клінічна та експериментальна патологія. – 2006. – № 1. – С. 40-45 .
10. Novara G., Galfano A., Gardi M. et al. Critical Review of Guidelines for BPH Diagnosis and Treatment Strategy/ European urology suppl. – 2006, 5.- p.418–429.
11. Hutchison A., Farmer R., Verhamme K. et al. The Efficacy of Drugs for the Treatment of LUTS/BPH, a Study in 6 European Countries/ Uropean urology.- 2007, 51.- p. 207–216.
12. Boyle P., Robertson C., Lowe F., et al. Meta-analysis of clinical trials of per-mixion in the treatment of symptomatic benign prostatic hyperplasia// Urology.- 2000, 55(4).- p.533-539.
13. Avins AL, Bent S. Saw palmetto and lower urinary tract symptoms: what is the latest evidence? Curr Urol Rep.- 2006, 7(4).- p.260-5.
14. Tacklind J., MacDonald R., Rutks I., Witt T.J. Serenoa repens for benign prostatic hyperplasia /Cochrane Database of Systematic Reviews (Online).- 2009.- <http://ukpmc.ac.uk/abstract/MED/19370565>.
15. [http://compendium.com.ua/info/173315/universal\\_noe-agentstvo-pro-farma-pravenor](http://compendium.com.ua/info/173315/universal_noe-agentstvo-pro-farma-pravenor).