

Григорий КРИВОБОРОДОВ:

«САМОЕ ВАЖНОЕ ПРИ ВЫБОРЕ ТЕРАПИИ – ПОНИМАТЬ, КАКИЕ ИМЕННО СИМПТОМЫ БЕСПОКОЯТ ПАЦИЕНТА»

Рост населения планеты в возрасте после 60 лет неизбежно приводит к увеличению случаев заболеваемости доброкачественной гиперплазией предстательной железы (ДГПЖ) – одним из самых распространенных урологических заболеваний пожилых мужчин. Об особенностях ДГПЖ, проблемах, связанных с развитием этого заболевания, а также о современной диагностике и подходах к лечению мы решили поговорить с Григорием КРИВОБОРОДОВЫМ, профессором кафедры урологии и андрологии РНИМУ им. Н.И. Пирогова, заведующим урологическим отделением РНЦ геронтологии, председателем Общества нейроурологии, д. м. н.

? Григорий Георгиевич, в пожилом возрасте значительная доля мужчин сталкивается с различными урологическими проблемами. Какие из них наиболее распространены? Какое место среди них занимает ДГПЖ?

– У мужчин наиболее часто встречаются три заболевания. Первое – воспаление предстательной железы (ПЖ), которое подразделяется на острое и хроническое (т.н. острый и хронический простатит). При этом следует отметить, что согласно современным представлениям распространенность хронического простатита сильно преувеличена. Нередко молодые пациенты обращаются с жалобами на боли в области таза с иррадиацией в мошонку, в промежность и т.д. В этих случаях, как правило, речь идет о т.н. синдроме хронической тазовой боли, который не обязательно связан с воспалением ПЖ. Второе заболевание, более серьезное – это ДГПЖ, или аденома ПЖ. И наконец, третье заболевание (самое опасное) – рак ПЖ. Если говорить об ДГПЖ, то, по статистике, практически у каждого третьего мужчины в возрасте

старше 50 лет имеет место увеличение размера предстательной железы вследствие доброкачественной гиперплазии. При этом только у трети пациентов с увеличенной ПЖ будут наблюдаться симптомы нижних мочевыводящих путей (СНМП), т.е. клинические проявления ДГПЖ.

При росте ткани предстательной железы происходит сдавление увеличенной ПЖ простатического отдела уретры и сужение его просвета. Для преодоления обструкции мочевого пузыря должен сокращаться с повышенной силой. В результате появляются такие симптомы, как императивные позывы к мочеиспусканию, частые позывы, недержание мочи, заставляющие пациента обращаться к врачу.

Установлено, что с возрастом частота развития ДГПЖ у мужчин увеличивается, и к 80 годам практически все они имеют гистологическую форму ДГПЖ, тогда как клиническая форма выявляется примерно у 50% пациентов. Важно отметить, что главной терапевтической целью лечения ДГПЖ является именно устранение СНМП. При отсутствии симптомов даже на фоне увеличенной ПЖ врачи ограничиваются



Григорий КРИВОБОРОДОВ

только наблюдением за состоянием больного. Напротив, наличие СНМП при незначительном увеличении размеров ПЖ требует проведения лечения, поскольку в этом случае нарушается качество жизни пациента. Кстати, СНМП являются неспецифичными для ДГПЖ, они могут встречаться и при других заболеваниях. Поэтому важно обратиться к врачу и провести правильную диагностику, выяснить, с чем они связаны.

? Каковы причины развития ДГПЖ?

– На сегодняшний день этиология ДГПЖ точно не известна. Существует точка зрения, что изменение соотношения половых гормонов (андрогенов и эстрогенов), которое происходит с возрастом, является ключевым пусковым механизмом усиленного роста доброкачественных клеток ацинуса ПЖ. Формирующаяся в результате этих

изменений доброкачественная опухоль приводит к увеличению размеров ПЖ. Следует отметить, что ДГПЖ не может переродиться в злокачественную опухоль.

? *Вы коснулись такого важного вопроса, как диагностика клинической формы ДГПЖ. Каким образом выявляют это заболевание?*

– Прежде всего, необходимо заполнить специальный международный опросник «Симптомы нижних мочевыводящих путей вследствие заболеваний предстательной железы», который является крайне важным для определения симптомов. В него включены семь вопросов, 4 из которых связаны с нарушениями функции опорожнения мочевого пузыря, такими как ощущение неполного опорожнения мочевого пузыря, прерывистое мочеиспускание, слабая струя мочи и необходимость тужиться для начала и продолжения акта мочеиспускания. Три вопроса касаются нарушений функции накопления мочи в мочевом пузыре, которые проявляются, в частности, резким, выраженным позывом к акту мочеиспускания. Нередко такой позыв может закончиться недержанием мочи. Признаком нарушения может быть и частое мочеиспускание в течение дня и ночи. Как известно, здоровый человек должен мочиться не более 8 раз в сутки, причем не в ночное время.

После заполнения опросника необходимо оценить нарушение качества жизни пациента, вызванного этими симптомами. Анализируя результаты, врач подсчитывает средний балл по шкале оценки симптомов. Если он меньше 8, то речь идет о легких симптомах; от 8 до 20 – средних, выше 20 – тяжелых симптомах. Как уже говорилось, при легких симптомах мы не лечим пациента, а только наблюдаем за ним и рекомендуем скорректировать образ жизни: проходить не менее 4 км в день, заниматься гимнастикой, спортом,

не передать, попытаться отрегулировать индекс массы тела, не злоупотреблять кофе, а также очень острой, соленой или жирной пищей. Следование этим правилам нередко реально улучшает качество жизни больного.

После того как определены симптомы и степень их выраженности по опроснику, врач обращается к стандартным методам исследования, которые позволяют выявить увеличение размера ПЖ и оценить состояние функции нижних мочевыводящих путей.

? *В чем заключаются эти стандартные исследования? Расскажите, пожалуйста, о них подробнее.*

– Первое из них, применяющееся во всем мире, – пальцевое ректальное обследование ПЖ. Пальпаторно можно определить увеличенную в размерах ПЖ, ее консистенцию. Далее врач должен провести УЗИ ПЖ и установить ее размеры. ПЖ считается увеличенной, когда ее объем превышает 27–30 см³. Когда размер ПЖ существенно увеличен, то определяют ее форму и направление роста – в мочевой пузырь, в прямую кишку и т.д.

Следующий параметр, который необходимо определить, – объем остаточной мочи. В том случае, когда пациент полностью опорожняет мочевой пузырь и остаточной мочи нет, достаточно консервативной терапии. Если же объем остаточной мочи превышает две трети функциональной емкости мочевого пузыря, т.е. больше 150 мл, то необходимы иные методы устранения инфравизикальной обструкции, которую вызвала ДГПЖ.

Третий шаг в обследовании пациентов связан с проведением урофлоуметрии – метода, позволяющего измерить скорость потока мочи. Для каждой возрастной категории установлены средние значения этого показателя. Но независимо от возраста скорость потока мочи должна быть не меньше 15 мл/с. Если данный показатель

ниже, то это свидетельствует либо о наличии аденомы, либо о проблемах с мочевым пузырем. Когда по данным урофлоуметрии максимальная скорость потока мочи меньше 9 мл/с, в 85–90% случаев это связано с вызванной аденомой инфравизикальной обструкцией. Таких пациентов нужно постоянно наблюдать, чтобы не допустить появления у них большого количества остаточной мочи. В этом случае может произойти переполнение мочевого пузыря, расширение почек, развиваться хроническая почечная недостаточность и даже наступить летальный исход.

? *Каким образом дифференцируют ДГПЖ и рак ПЖ, который на начальных стадиях протекает бессимптомно либо имеет симптомы нарушения акта мочеиспускания, характерные и для ДГПЖ?*

– Дифференциальная диагностика между раком и ДГПЖ очень важна и проводится уже на первом этапе обследования пациента. Для этого используют маркер заболевания ПЖ – простатспецифический антиген. Еще до ректального исследования у пациента берется анализ крови для определения ПСА. В норме этот показатель должен быть меньше 4 нг/мл. Если он больше, то ему назначают биопсию ПЖ. Это практически безболезненная процедура, выполняемая амбулаторно под контролем УЗИ. Берутся по 6–8 кусочков ткани из левой и правой доли ПЖ, которые отправляют на гистологию. Если результаты на биопсию отрицательные, то основной задачей становится выбор адекватного метода лечения.

Тем больным, у которых слабо выражены СНМП, нет остаточной мочи и скорость потока мочи больше 10 мл/с, назначают поведенческую терапию и наблюдают за их состоянием. При наличии более выраженных симптомов, объеме остаточной мочи не больше 100–150 мл и низкой скорости

потока мочи показано медикаментозное лечение.

? *Что лежит в основе современной фармакотерапии?*

– В медикаментозном лечении выделяют три направления. Первое – терапия препаратами первой помощи: альфа-блокаторами. Для пациентов пожилого возраста мы рекомендуем уроселективные альфа-блокаторы, которые практически не снижают артериальное давление и не приводят к коллапсу, ассоциированному с повышением риска падения пациентов. Таких высокоселективных препаратов два – тамсулозин и силодозин. Как правило, они действуют в течение первых 4 недель. Примерно через месяц мы снова просим пациента заполнить опросник. Если видим снижение выраженности симптомов, продолжаем назначать эти препараты. В ситуации, когда этот эффект незначителен, целесообразно увеличение длительности приема препаратов до 12 недель. Но если за это время симптоматика не улучшилась, следует изменить тактику лечения.

Пациенты, которые отвечают на терапию альфа-блокаторами, могут применять их в течение долгого времени (настоящие наблюдения – до 8–12 лет), поскольку эффективность данных ЛС сохраняется, а привыкания к ним нет.

Пациентам с объемом ПЖ более 40 см³ и ПСА более 2,0 нг/мл можно назначать ингибиторы 5-альфа-редуктазы. Это фермент, который переводит тестостерон в его активную форму – дегидротестостерон, отвечающий за усиленную пролиферативную активность клеток ПЖ. Прием препаратов должен быть длительным, не менее 3–6 месяцев, что позволяет ожидать уменьшение в размерах ПЖ. Однако спустя 3–6 месяцев после окончания лечения объем ПЖ неминуемо вернется к прежнему значению. Поэтому мы назначаем эти препараты тем пациентам, которые могут принимать их в течение длительного периода

времени, даже пожизненно. Клинический эффект препаратов возникает только после того, когда объем ПЖ уменьшится в размерах. Но это не препараты скорой помощи. Поэтому чаще всего мы используем комбинированную терапию, назначаем и альфа-блокаторы и ингибиторы. Проводим терапию в течение года, а затем постепенно убираем из схемы лечения альфа-блокаторы. В последнее время появилась возможность использовать для лечения аденомы простаты препарат Сиалис в дозе 2,5 или 5 мг. Это ингибитор фосфодиэстеразы 5-го типа, применяющийся для лечения эректильной дисфункции (ЭД). При ДГПЖ его можно принимать по требованию или на постоянной основе. Было показано, что у пациентов с ЭД, имеющих СНМП и принимающих препарат на постоянной основе в небольших дозах, наблюдается облегчение симптоматики. Сегодня мы можем предложить этот препарат страдающим ДГПЖ молодым пациентам, а также всем больным, заинтересованным в улучшении эректильной функции. Таким образом, самое важное в выборе терапии – понимать, какие именно симптомы беспокоят пациента. При обструктивных симптомах показаны альфа-блокаторы. Если преобладает частое мочеиспускание, urgentное недержание мочи, целесообразно использовать препараты для увеличения адаптационной способности мочевого пузыря, т. н. холинолитики. Данные ЛС расслабляют мочевой пузырь и купируют urgentные симптомы. Пациенты также могут применять комбинацию альфа-блокаторов с холинолитиком в одной таблетке, например, препарат Везомни компании Astellas. Однако при любом медикаментозном лечении важно постоянно наблюдать пациента, поскольку полностью избавиться от инфравизикальной обструкции невозможно, объем остаточной мочи может увеличиваться. В этой ситуации может потребоваться хирургическое лечение.

? *В каких конкретных случаях пациенту показано оперативное вмешательство? Как часто он предпочитает его фармакотерапии?*

– Пациент может настаивать на каком-то конкретном варианте лечения, чаще всего на оперативном, если он не готов к длительному приему препаратов.

Показанием для оперативного вмешательства является отсутствие эффекта от приема альфа-блокаторов на протяжении 12 недель. На сегодняшний день существует множество различных вариантов такого лечения. Все они демонстрируют хорошие функциональные результаты при правильно выполненном оперативном вмешательстве. При больших объемах ПЖ выполняется либо открытая операция по удалению аденомы, либо лазерная энуклеация ПЖ, а при маленьких объемах ПЖ – трансуретральная резекция ПЖ.

? *Несмотря на отсутствие крупных международных клинических исследований эффективности ЛС на основе растительного сырья, фитотерапия ДГПЖ остается популярной в России и ряде стран мира. Каково Ваше мнение на этот счет?*

– Действительно, имеется группа фитопрепаратов, которые охотно используют больные. Большинство из них в своей основе содержат фитостеролы. Наверное, при легких СНМП с их помощью действительно может быть достигнуто определенное облегчение. Прием фитопрепаратов в этом случае допустим по желанию пациента. Но при средних и тяжелых симптомах необходимо принимать препараты вышеупомянутых фармакотерапевтических групп.

? *За последние несколько лет выполнен ряд исследований, указавших на возможность применения фитопрепарата Простагут*

в лечении больных с ДГПЖ. В частности, в исследовании U. Engelmann и соавт. (2006) было показано, что Простагут форте и тамсулозин обеспечили примерно одинаковое уменьшение выраженности СНМП у больных с ДГПЖ на начальных стадиях [1]. Результаты другого исследования позволили его авторам рекомендовать Простагут форте в качестве монотерапии ДГПЖ с умеренно выраженной симптоматикой [2]. Насколько важны эти данные, учитывая приверженность наших больных к ЛС природного происхождения?

– Полученные результаты свидетельствуют о том, что в тех случаях, когда у мужчин с СНМП при использовании Простагута форте наблюдается улучшение симптомов, следует продолжить его применение, контролируя объем остаточной мочи.

? Насколько принципиальным преимуществом Простагута является его высокий профиль безопасности и отсутствие таких негативных эффектов, как эректильная дисфункция, снижение либидо, гинекомастия, ретроградная эякуляция?

– Для пациентов, живущих половой жизнью, сохранение эректильной функции и эякуляции имеет огромное значение. Это обстоятельство подчеркивает преимущество растительных препаратов по сравнению с другими вариантами медикаментозной терапии СНМП.

? Какие еще причины, помимо отсутствия серьезной доказательной базы, затрудняют применение фитопрепаратов?

– Зачастую врачи опасаются назначать растительные препараты, ввиду того что некоторые из них не полностью отвечают всем необходимым требованиям. Поэтому терапия препаратом Простагут, изготовленным в Германии по высоким международным стандартам, несомненно, имеет определенные преимущества у мужчин с СНМП.

Беседовала Ирина ШИРОКОВА



ИСТОЧНИКИ

1. Engelmann U, Walther C, Bondarenko B et al. Efficacy and safety of a combination of sabal and urtica extract in lower urinary tract symptoms. A randomized, double-blind study versus tamsulosin. *Arzneimittelforschung*. 2006. 56, 3: 222–229.
2. Аль-Шукри С.Х., Кузьмин И.В. Простагут-форте в лечении доброкачественной гиперплазии предстательной железы. *Нефрология*, 2011. 15. 3: 45–50.



АМБУЛАТОРНАЯ ХИРУРГИЯ

СТАЦИОНАРОЗАМЕЩАЮЩИЕ ТЕХНОЛОГИИ



Журнал отличает четкая практическая направленность и наглядность в описании новых (рациональных) методик лечения

ИНФОРМАЦИОННОЕ И НАУЧНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ ИЗДАНИЕ ДЛЯ СПЕЦИАЛИСТОВ, РАБОТАЮЩИХ В СЕКТОРЕ АМБУЛАТОРНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

- Определение стандартов оказания специализированной и квалифицированной хирургической помощи в амбулаторно-поликлинических условиях.
- Освещение вопросов анестезиологического пособия при выполнении оперативных вмешательств в условиях дневных (однодневных) хирургических стационаров.
- Рассматриваются проблемы лицензирования и аккредитации хирургических подразделений и формирований амбулаторно-поликлинического звена.
- Вопросы интеграции медицинских вузов и НИИ и практического здравоохранения, в том числе с целью подготовки кадров для центров амбулаторной и специализированной хирургии.

Реклама

www.a-surgeon.ru • АРХИВ ВЫПУСКОВ

РЕМЕДИУМ
ИЗДАТЕЛЬСТВО

105082, Москва, ул. Бакунинская, 71, стр. 10.
Тел.: 8 495 780 3425, факс: 8 495 780 3426,
yulia_ch@remedium.ru