



Первый МГМУ  
им. И.М. Сеченова  
Клиника урологии

# Диагностика и лечение заболеваний простаты

Д. м. н., проф. Ю.Г. Аляев, д. м. н., проф. Л.М. Рапопорт,  
д. м. н. Д.Г. Цариченко, к. м. н. Л.Ю. Демидко

## Введение

К наиболее распространенным заболеваниям простаты относятся простатит, аденома и рак. Нередко они сочетаются и вызывают похожую симптоматику. Если у пациентов молодого возраста симптомы нижних мочевых путей чаще всего обусловлены простатитом, то в старших возрастных группах причиной может быть аденома или рак простаты. Общность клинических проявлений, сочетание заболеваний осложняют диагностику и лечение наиболее значимого патологического процесса.

Простатит и аденома предстательной железы могут серьезно снизить качество жизни, но не приводят к смерти, в то время как рак простаты считается одной из главных медицинских проблем в мужской популяции. Смертность от рака простаты составляет 10% летальных исходов среди всех онкологических заболеваний у мужчин.

## Распространенность

Существует мнение, что хронический простатит характеризуется высокой частотой распространения, однако заболеваемость, выявленная и подтвержденная лабораторными тестами, составляет около 9%. Простатит следует отличать от синдрома хронической тазовой боли, который объединяет множество других патологических состояний, часть из которых не связаны с патологическим процессом в предстательной железе [1]. Заболевают простатитом чаще всего

молодые мужчины. Средний возраст пациентов составляет 43 года. Как и все мочевые инфекции, простатит представляет серьезную опасность для здоровья. Симптомы нижних мочевых путей, вызванные аденомой простаты, характерны для мужчин старшего возраста. Они встречаются примерно у 30% мужчин старше 65 лет [2]. С возрастом также увеличивается заболеваемость раком простаты [6].

## Классификация

При воспалении предстательной железы выделяют острый и хронический бактериальный простатит. Отдельно рассматривают синдром хронической тазовой боли, который характеризуется наличием лейкоцитов в третьей порции мочи или семенной жидкости, а также синдром хронической тазовой боли без воспалительных изменений.

## Причина заболевания и клинические проявления

Наиболее частые возбудители простатита – кишечная палочка и другие энтеробактерии.

Главным фактором риска при аденоме простаты считается возраст. Наиболее значимые симптомы при этом заболевании – ноктурия и изменение потока мочи.

При раке простаты, помимо возраста, основным фактором риска является наследственность. Клинические данные подтверждают тот факт, что экзогенные факторы (расовая принадлежность, диета с высоким содержанием

животных жиров, воздействие тяжелых металлов) увеличивают риск развития рака простаты [7].

Введение эффективного теста для определения простатического специфического антигена (ПСА) в сыворотке крови сделало возможным выявление рака простаты на ранней стадии, когда можно применить эффективные методы лечения.

## Диагностика

При подозрении на хронический простатит следует провести дифференциальную диагностику с синдромом хронической тазовой боли, предпочтительно с помощью 4-стаканного теста по Мирсу-Стэми. При этом следует исключить инфекцию мочевых путей и заболевания, передаваемые половым путем.

Рекомендации по оценке клинических симптомов аденомы простаты применимы у мужчин старше 50 лет. В первую очередь следует исключить симптомы нижних мочевых путей, вызванные другими причинами – воспалительными заболеваниями или сопутствующими неврологическими нарушениями [9].

Для оценки симптомов аденомы простаты рекомендуется использовать международную шкалу IPSS (International Prostatic Symptom Score). Это помогает определиться с выбором лечения и контролировать его эффективность.

У пациентов с аденомой простаты необходимо исследовать уровень проста-



тического специфического антигена для своевременного выявления рака простаты.

Аденома простаты создает препятствие для эвакуации мочи из мочевого пузыря и может вызвать расширение верхних мочевых путей и почечную недостаточность. Поэтому обязательным требованием при оценке состояния верхних мочевых путей является определение концентрации креатинина в моче или ультразвуковое исследование почек.

Пальцевое ректальное исследование позволяет оценить размеры, форму и консистенцию предстательной железы. Оно проводится у мужчин с симптомами нижних мочевых путей независимо от возраста.

Общий анализ мочи позволяет исключить инфекцию мочевых путей как возможную причину симптомов нижних мочевых путей или осложнение аденомы простаты.

Наличие остаточной мочи, особенно выявленное повторно, указывает на дисфункцию мочевого пузыря. При большом объеме (более 200 мл) остаточной мочи прогноз медикаментозного лечения менее благоприятный.

Изменения в форме, размерах, консистенции простаты, определенные при помощи пальцевого ректального исследования, или повышение уровня простатического специфического антигена (ПСА) сыворотки крови могут указывать на рак простаты. Нормальные значения для уровня ПСА до сих пор не определены, но показатели менее 2,5-3,0 нг/мл считаются допустимыми у молодых мужчин. Следует обратить внимание на то, что исследование крови на ПСА рекомендуется проводить до пальцевого исследования простаты, а также после уменьшения воспалительных изменений в железе, подтвержденного лабораторными данными.

Основой диагностики рака простаты является трансректальная биопсия, проводимая под ультразвуковым контролем. Рекомендуется выполнение минимум 6-10 вколов по латеральным отделам железы. При большом объеме простаты возможно осуществление большего количества вколов [4].

Для определения степени злокачественности используют биоптат или операционный материал, который оценивают, как правило, по шкале Глисона. Данная шкала описывает

различный характер роста опухоли (дифференцировка 1-5). Дифференцировка 1 соотносится с наименее агрессивным характером роста опухоли (хорошо дифференцированная), дифференцировка 5 – с наиболее агрессивным (плохо дифференцированная). Поскольку во многих аденокарциномах встречаются области различной степени дифференцировки, оценивают гистологическую картину двух наибольших по величине областей, затем баллы складывают. Суммарное значение двух преобладающих типов дифференцировки представляет собой индекс Глисона (от 2 до 10).

При принятии решения о дополнительных диагностических мероприятиях с целью определения стадии заболевания следует учитывать возраст пациента и сопутствующие заболевания, поскольку не все лечебные мероприятия могут быть применимы.

Локальное стадирование (определение критерия Т) основано на результатах пальцевого ректального исследования и данных магнитно-резонансной томографии. Оценка состояния лимфатических узлов важна лишь при планировании терапии. Точное определение состояния лимфатических узлов возможно только после лимфаденэктомии.

Лучшим способом выявления скелетных метастазов является сканирование костей. У пациентов с высоко или умеренно дифференцированными опухолями, протекающими бессимптомно, такое обследование необязательно, если уровень простатического специфического антигена менее 20 нг/мл.

### Лечение

Лечение простатита зависит от выявленного возбудителя и в первую очередь включает препараты, обладающие наибольшей проникающей способностью в ткань простаты.

При остром бактериальном простатите необходимо назначать бактерицидные антибиотики (аминогликозиды или цефалоспорины третьего поколения) парентерально. Лечение следует продолжать до исчезновения лихорадки и нормализации показателей крови. В менее тяжелых случаях возможно назначение фторхинолонов. Продолжительность лечения фторхинолонами при остром простатите составляет 2-4 недели.

При хроническом бактериальном простатите и воспалительном синдроме хронической тазовой боли назначают фторхинолон или триметоприм в течение 2 недель после установления диагноза. Затем нужно провести повторное обследование. Прием антибиотиков должен быть продолжен лишь в том случае, если был отмечен положительный эффект от лечения. Рекомендуемый период терапии при хроническом простатите – 4-6 недель и более.

Уродинамические исследования показывают повышение давления закрытия уретры у пациентов с хроническим простатитом. Было отмечено, что комбинированное лечение  $\alpha$ -адреноблокаторами и антибиотиками дает больший процент излечения, чем монотерапия антибиотиками при воспалительном синдроме хронической тазовой боли.

Целью лечения больных аденомой простаты является облегчение симптомов нижних мочевых путей, улучшение качества жизни и предотвращение осложнений, связанных с заболеванием.

Для больных аденомой простаты показаны  $\alpha$ -адреноблокаторы с умеренной и тяжелой симптоматикой нижних мочевых путей. Все  $\alpha$ -адреноблокаторы (альфузозин, доксазозин, тамсулозин, теразозин) характеризуются примерно одинаковой клинической эффективностью [3]. Тамсулозин обладает доказанной уроселективностью в лечении симптомов нижних мочевых путей при аденоме простаты. Контроль эффективности терапии  $\alpha$ -адреноблокаторами целесообразно проводить через 6 недель, затем по истечении 6 месяцев наблюдения. В дальнейшем (при условии эффективности лечения) контроль состояния пациента следует проводить ежегодно.

Ингибиторы 5- $\alpha$ -редуктазы (финастерид или дутастерид) также применяются у больных аденомой простаты с умеренными или тяжелыми симптомами нижних мочевых путей и увеличением простаты более 40 см<sup>3</sup>. Финастерид и дутастерид способствуют уменьшению объема простаты на 20-30% и предположительно обладают примерно одинаковой клинической эффективностью. Ингибиторы 5- $\alpha$ -редуктазы способны предотвратить прогрессирование аденомы простаты.



Контроль эффективности ингибиторов 5- $\alpha$ -редуктазы оптимально проводить через 12 недель и 6 месяцев, а в дальнейшем ежегодно.

Врачу важно обсудить с пациентом такие аспекты, как длительность лекарственной терапии, вероятность побочных эффектов, а также контроль эффективности и безопасности лечения.

Комбинированное лечение  $\alpha$ -блокаторами и ингибиторами 5- $\alpha$ -редуктазы более эффективно, чем монотерапия каждым из препаратов.

Эффективность препаратов растительного происхождения при лечении аденомы простаты требует дополнительного изучения.

При неэффективности консервативной терапии показано оперативное лечение.

Существует множество видов оперативного лечения аденомы простаты.

Трансуретральная резекция простаты выполняется при объеме простаты от 30 до 80 см<sup>3</sup>, открытая аденомэктомия – при объеме железы более 80 см<sup>3</sup>.

В настоящее время при аденоме простаты применяются также альтернативные технологии оперативного лечения, например трансуретральная электровапоризация. Она показана пациентам из группы высокого риска при небольшом объеме простаты.

Существуют различные виды лазерной терапии (визуальная лазерная абляция простаты, интерстициальная лазерная коагуляция).

Показанием к данным методам является высокий операционный риск у пациентов с аденомой простаты, требующей хирургического лечения.

Резекция гольмиевым лазером представляет собой альтернативу трансуретральной резекции простаты и удалению аденомы независимо от анатомической конфигурации железы.

Трансуретральная микроволновая термотерапия и трансуретральная игловая абляция простаты также может применяться у пациентов из группы высокого риска, которым операция противопоказана по состоянию здоровья.

Простатические стенты используют в качестве альтернативы катетеризации у пациентов группы высокого риска с повторяющейся острой задержкой мочи, а также у тех больных, которым невозможно проведение других видов хирургических вмешательств.

К осложнениям простатических стентов отно-

сятся инкрустация, инфекция мочевых путей и газовая боль.

Для лечения больных раком простаты применяются оперативные, лучевые, лекарственные методы лечения, а также химиотерапия.

При одной и той же стадии рака простаты могут быть использованы различные стратегии лечения в зависимости от вероятной продолжительности жизни.

Вопросы о назначении различных видов лечения (оперативное, лучевое, гормональное, их сочетание и последовательность) при одной и той же стадии рака составляют основу Клинических рекомендаций Европейского урологического общества по раку простаты.

Радикальная простатэктомия показана пациентам молодого возраста с вероятностью долгой, не менее 10 лет, жизни, особенно при наличии низкодифференцированной опухоли.

Лучевая терапия также рекомендована пациентам с вероятной продолжительностью жизни более 10 лет, которым противопоказано оперативное вмешательство.

Гормональная терапия назначается больным раком простаты с целью облегчения симптомов при невозможности выполнения операции или проведения курса лучевой терапии.

Поскольку рандомизированных контролируемых клинических исследований в этой области явно недостаточно, невозможно утверждать, что какой-либо вид лечения превосходит другой по эффективности.

Показатель уровня простатического специфического антигена в крови после радикальной простатэктомии выше 0,2 нг/мл может ассоциироваться с остаточной либо рецидивирующей опухолью.

Увеличение уровня ПСА после лучевой терапии является надежным показателем персистирующего или рецидивирующего заболевания.

Метастатическое поражение органов таза можно обнаружить с помощью компьютерной или магнитно-резонансной томографии, а также сканирования костей скелета.

Если пациент жалуется на боль в костях, сканирование костей должно быть выполнено независимо от уровня сывороточного простатического специфического антигена.

Пациентов, получающих гормональное лечение, необходимо обследовать через 3 и 6 месяцев после начала лече-

ния. Тесты должны включать по крайней мере определение сывороточного простатического специфического антигена, пальцевое ректальное исследование простаты и тщательную оценку симптомов для того, чтобы определить ответную реакцию и побочные эффекты терапии.

Пациентам с признаками местного рецидива после радикальной простатэктомии может быть назначена лучевая терапия. Суммарная доза должна составлять не менее 64 гр. Лечение рекомендуется проводить при уровне ПСА менее 1,5 нг/мл, при более высоких уровнях пациентам лучше назначить гормональную терапию после дополнительного наблюдения и обследования.

Этот вид лечения может быть рекомендован и при подозрении на рецидив после лучевой терапии.

При выявлении признаков прогрессирования рака простаты на фоне гормональной терапии следует прекратить лечение антиандрогенами. Эффект отмены станет очевиден спустя 4–6 недель.

Возможна также замена препарата, однако достоверных данных о самом эффективном препарате для гормональной терапии рака простаты в настоящее время нет.

Пациентам с метастатическим гормонорезистентным раком показана химиотерапия.

**Осложнения**

Тяжелым осложнением простатита является абсцесс предстательной железы. В этих случаях проводится дренирование абсцесса, после чего назначается антибактериальная терапия.

При осложнениях аденомы простаты – частых, повторяющихся острых задержках мочеиспускания, наличии камней в мочевом пузыре, рецидивирующей инфекции мочевых путей, а также повторяющейся гематурии – назначается хирургическое лечение.

Еще одним осложнением аденомы простаты является расширение верхних мочевых путей.

Костные осложнения при раке простаты являются фактором, существенно снижающим качество жизни и уменьшающим выживаемость. Во избежание развития костных осложнений назначают бисфосфонаты.

На сегодняшний момент самым мощным бисфосфонатом является золедроновая кислота – эффективность других препаратов на порядок меньше [9].