



# Современные подходы к лечению доброкачественной гиперплазии предстательной железы: от медикаментозной терапии до малоинвазивных технологий

*Проблема сохранения мужского здоровья, считающаяся одной из важнейших задач современного отечественного здравоохранения, не теряет актуальности в силу увеличения распространенности мужских болезней в популяции. Современным подходам к лечению доброкачественной гиперплазии предстательной железы было посвящено выступление врача-уролога отделения андрологии и урологии НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова Минздрава России, к.м.н. Тараса Валерьевича ШАТЫЛКО. Выступление эксперта состоялось 4 июня 2025 года в рамках проекта «На камеру».*

**Н**арушения мочеиспускания, или симптомы нижних мочевых путей (СНМП), являются самыми частыми проявлениями доброкачественной гиперплазии предстательной железы (ДГПЖ). СНМП на фоне ДГПЖ беспокоят около 40% мужчин старше 50 лет и до 80% мужчин старше 70 лет. Тактика ведения пациента при ДГПЖ может включать активное наблюдение, фармакотерапию и хирургическое лечение (включая малоинвазивные методы). В каждом конкретном случае важен выбор оптимального метода лечения, чтобы обеспечить наилучшее качество жизни.

Симптомы нарушенного мочеиспускания, с одной стороны, представляют собой ирритативные симптомы, или симптомы накопления, связанные с частыми позывами на мочеиспускание (поллакиурией), ночными позывами на мочеиспускание (ноктурией), urgenностью, urgenностью недержанием мочи. С другой стороны, это могут быть обструктивные симптомы, которые также известны как симптомы опорожнения.

Определенную роль в патогенезе ДГПЖ играет не только увеличение предстательной железы в объеме, но и воспалительный процесс. Воспаление приводит к усилению кровотока в предстательной железе, увеличению афферентной иннервации, что становится причиной частых позывов к мочеиспусканию и urgenтного недержания мочи. Кроме того, воспалительные цитокины хотя и не обладают самостоятельной митогенной и васкулогенной активностью, однако факторы воспаления, которые накапливаются в тканях предстательной железы, дополнительно стимулируют пролиферацию эпителия и стромы предстательной железы. Поэтому при большом объеме простаты и более выраженной симптоматике чаще обнаруживают иммуногистохимические признаки воспаления. Даже при субклиническом воспалении риск острой задержки мочи возрастает.

Свою лепту в патогенез ДГПЖ вносит инфравезикальная обструкция – препятствие для выхода мочи из мочевого пузыря. На фоне длительной обструкции происходит ремоделирование мышечного слоя мочевого

пузыря, что приводит к появлению ирригативных симптомов. В конце концов мышечный слой истончается, атрофируется, вследствие чего образуются псевдодивертикулы и возникает атония мочевого пузыря.

Диагностические методы исследования ДГПЖ включают применение опросников International Prostate Symptom Score, осмотр и пальцевое ректальное исследование, общий анализ мочи, определение уровня простат-специфического антигена, подсчет скорости клубочковой фильтрации по уровню креатинина в крови, ультразвуковое исследование с определением объема остаточной мочи, урофлоуметрию, уретроцистоскопию и расширенное уродинамическое исследование по показаниям.

Консервативная терапия альфа-адреноблокаторами способствует расслаблению гладкой мускулатуры простаты и шейки мочевого пузыря, уменьшению сопротивления потока мочи, влияет на динамический компонент обструкции. Лечение препаратами этой группы характеризуется быстрым началом действия, однако альфа-адреноблока-



## Проект «На камеру»

торы практически не воздействуют на ткань простаты. Эти лекарственные средства способны вызывать не только ретроградную эякуляцию, но и анэякуляцию. Поэтому в назначении альфа-адреноблокаторов существует ряд ограничений.

Ингибиторы 5-альфа-редуктазы действуют достаточно медленно и только при длительном применении приводят к стабилизации или уменьшению объема предстательной железы и воздействуют на статический компонент инфравезикальной обструкции. Препараты этой группы могут негативно влиять на половое влечение и образование компонентов семенной жидкости, поэтому их не следует назначать тем пациентам, которые стремятся к сохранению половой активности. Они показаны при умеренных и тяжелых симптомах на фоне объема простаты более 40 см<sup>3</sup> и уровне простат-специфического антигена более 1,4–1,6 нг/мл.

Лечение М-холиноблокаторами приводит к расслаблению гладкой мускулатуры мочевого пузыря, уменьшает частоту позывов к мочеиспусканию, но не влияет на инфравезикальную обструкцию. М-холиноблокаторы показаны при доминирующих симптомах накопления, но противопоказаны при большом объеме остаточной мочи.

Существуют абсолютные и относительные показания к проведению хирургического лечения ДГПЖ. К абсолютным показаниям относят частую острую задержку мочи, парадоксальную ишурию, рецидивирующие инфекции мочевых путей, камни мочевого пузыря или дивертикулы, макрогематурию, гидронефроз, а к относительным – наличие средней доли простаты, недостаточную эффективность консервативной терапии или осознанный отказ пациента от нее в пользу хирургического лечения.

Классические методы хирургического лечения представлены трансуретральной резекцией простаты (ТУРП), лазерной энуклеацией, различными вариантами аденомэктомии, эмболизацией артерий простаты. По мнению эксперта, у молодых мужчин для хирургической коррек-

ции инфравезикальной обструкции приоритетной считается трансуретральная инцизия простаты.

Сегодня для лечения ДГПЖ используют новые малоинвазивные методики. Они могут быть вариациями традиционных методов лечения, например трансуретральная резекция или лазерная энуклеация со сбережением массива ткани вокруг семенного бугорка, либо робот-ассистированная везикоскопическая аденомэктомия со сбережением простатической уретры. Но особого внимания заслуживают минимально инвазивные хирургические методы лечения – Minimally Invasive Surgery Techniques (MIST). К ним относят паровую абляцию предстательной железы, простатический уретральный лифтинг, моделирование простатической уретры, баллонную дилатацию предстательной железы с покрытием паклитакселом и др.

Основная парадигма методов лечения заключается в увеличении просвета простатического отдела уретры без удаления ткани. В идеале эти методы подразумевают возможность выполнения манипуляций под местной анестезией или седацией в амбулаторных условиях, хотя не все современные методы MIST данному требованию соответствуют. Большинство минимально инвазивных хирургических методов лечения осуществляют трансуретральным доступом.

Для лечения ДГПЖ используют дилатационные методики, например баллонный катетер с лекарственным покрытием Optilume. Преимущества этого метода заключаются в отсутствии термического воздействия на предстательную железу, возможности выполнения под местной анестезией и отсутствии задокументированного влияния на сексуальную функцию.

Также в настоящее время применяют имплантируемые системы, направленные на расширение простатического отдела уретры. Наиболее привлекательна методика с использованием стента Allium. Проблемами других перманентных стентов

(Memotherm, Memokath) являются инкрустация, врастание ткани, трудности при удалении и при необходимости выполнения традиционных трансуретральных вмешательств.

Другим видом MIST является простатический уретральный лифтинг UroLift. Его преимуществом считают сохранение качества семяизвержения. К недостаткам следует отнести то, что внутритросовые имплантаты состоят из стали, поэтому имплант небезопасен при проведении магнитно-резонансной томографии.

Еще одним вариантом имплантируемой системы является iTind. Нитиноловое устройство устанавливается на 5 дней в простатический отдел уретры. Дизайн имплантата разработан таким образом, чтобы вызвать ишемический некроз ткани предстательной железы. Через месяц, когда некроз разовьется и пациент будет иметь стойкий результат, его удаляют.

Проанализировав возможности еще нескольких вариантов имплантируемых систем, эксперт рассмотрел достоинства и недостатки эндоваскулярных и инъекционных, а также аблативных методик, особо выделив методику паровой абляции Rezum. Rezum – одна из немногих методик, которая применима при наличии средней доли предстательной железы. Ее можно выполнять в амбулаторных условиях, хотя после операции требуется катетеризация мочевого пузыря на достаточно длительный срок. Важно, что через 3 месяца после вмешательства восстанавливается эякуляция.

Завершая выступление, Т.В. Шатылко представил данные метаанализа, согласно которому простатический уретральный лифтинг UroLift и паровая абляция Rezum превосходят метод ТУРП по сохранению сексуальной функции. Однако большинство MIST уступают ТУРП в отношении снижения объема остаточной мочи, то есть они менее эффективны при лечении пациентов с выраженной хронической задержкой мочеиспускания. 🌐