

Простатит – по-прежнему загадка?

Комментарий к докладу Курта Набера главного научного сотрудника НИИ урологии Росздрава, д.м.н. Т.С. Перепановой

В своем докладе профессор Курт Набер привел две классификации простатита: классическую (Drach et al, 1978) и современную, принятую Национальным институтом здоровья США в 1995 году.

До сих пор нет международных эпидемиологических данных по частоте простатита, нет единого патогенеза и клинической симптоматики хронического простатита. Только острый бактериальный простатит при симптомах острого инфекционного заболевания и микробиологическом подтверждении в посеве мочи возбудителей не вызывает сомнений в постановке диагноза.

Возбудителями острого бактериального простатита чаще всего являются грамотрицательные микроорганизмы кишечной группы, в частности кишечная палочка – в 67% случаев, синегнойная палочка – в 13%, клебсиелл – в 6%, грамположительная флора выделена



Рисунок 2

в 5% случаев. При остром бактериальном простатите рекомендованы антибиотики фторхинолоны или беталактамы, длительность лечения рекомендовано увеличить до 2-4 недель после стихания острой картины заболевания. При дизурии рекомендовано назначить альфа-1 адреноблокаторы. При абсцессе простаты показано дренирование абсцесса, возможно трансуретральным доступом. Хронический бактериальный простатит является наиболее частой причиной хронической рецидивирующей инфекции мочевых путей у мужчин, в то же время и наоборот – инфекция мочевых путей часто является причиной развития хронического бактериального простатита, что подтверждается наличием ДНК бактерий в биоптатах простаты полимеразно-цепной реакцией. На рисунках 1 и 2 показаны четырех и двух стаканные пробы при проведении диагностических мероприятий – забор проб мочи и секрета простаты после ее массажа. Диагностически значимыми являются следующие данные: если при микроскопии осадка лейкоцитов EPS-VB3 > VB1-VB2, или при VB3 > 10 л/п.зр, а при бактериологическом исследовании в EPS-VB3 выявлены микроорганизмы в титре > 10²-10³ КОЕ/мл.

Распространенность хронического бактериального простатита по неко-

торым исследованиям всего 7% среди пациентов с симптомами заболевания (рисунок 3). Из возбудителей наиболее часто выделяют E.coli и другие грамотрицательные возбудители, далее E.Faecalis, St.epidermidis. Возбудители инфекций, передающихся половым путем (хламидии, микоплазмы), а также стрептококки и коагулазонегативный стафилококк, анаэробы и грибы относятся к «сомнительным» возбудителям. Имеются различия в возбудителях хронического бактериального простатита при исследованиях на разных континентах. Так, при европейских исследованиях чаще встречаются грам-, а при американских исследованиях – грам+ микроорганизмы. Однако докладчик приводит данные, которые подвергают сомнению более высокий процент выделения грам+ флоры у больных с хроническим простатитом.

Важным моментом, который необходимо подчеркнуть в комментарии, является положение, которое было подчеркнуто и при обсуждении проблемы ИППП на круглом столе 9 февраля 2007 г., во второй день конференции – то, что выявление Ureaplasma urealyticum и Chlamidia trachomatis при четырех стаканном тесте не является доказательством их этиологической роли. Современными микробиологическими методами невозможно отличить контаминацию уретры

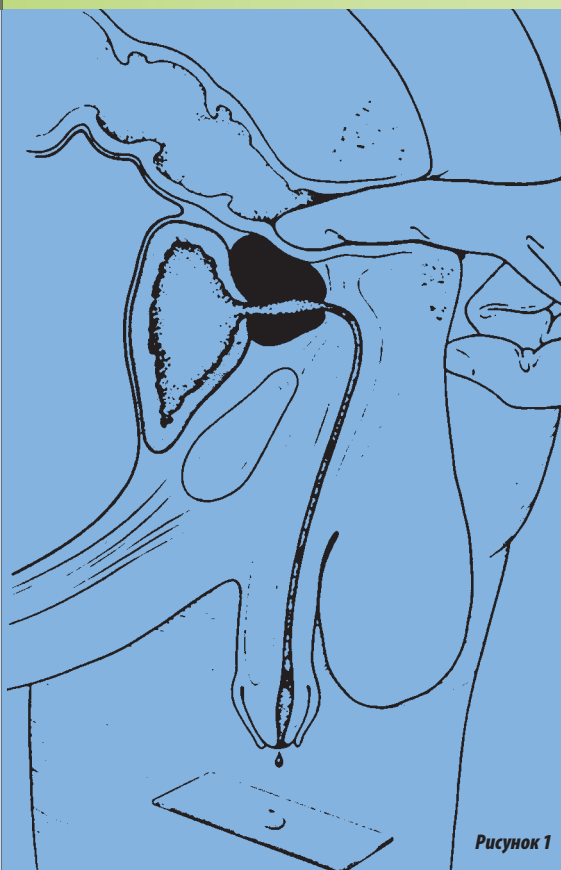


Рисунок 1

Распространенность ХБП



Рисунок 3

этимии возбудителями и нахождении их в простате!

При выборе антибактериального препарата при лечении бактериального простатита необходимо помнить, что только жирорастворимые антибиотики могут пройти через липидную мембрану простатического эпителия. Согласно теории ионной ловушки, пенетрация антибиотиков зависит в основном от степени его ионизации в плазме крови (рисунок 4). Если секрет простаты имеет кислую рН, то слабые основания, такие, как триметоприм с рКа 7,4 могут ожидать в простатическом секрете в концентрации, в 4-5 раз превышающие концентрацию в плазме крови. Однако клинические исследования показывают, что у больных с хроническим простатитом нейтральная или щелочная реакция простатического секрета. Таким образом, у пациентов с хроническим простатитом можно ожидать низкую концентрацию триметоприма в секрете простаты. Антибиотики фторхинолоны имеют лучшую терапевтическую альтернативу из-за их благоприятной фармакокинетики. Фторхинолоны имеют один рКа в кислом ряду и один – в щелочном. Например, изоэлектрическая точка ципрофлоксацина имеет рН 7,4, который совпадает с рН плазмы. С таким рН около 90% ципрофлоксацина являются неионизированными и таким образом могут пенетрировать через биологические барьеры. Проникновение, пенетрация фторхинолонов в простату, поразным образом, переменна. Уровень фторхинолонов в простатической жидкости обычно ниже, чем уровень, полученный из семенной жидкости, который име-

ет более щелочную реакцию, чем плазма. Концентрация фторхинолонов как в простатической, так и семенной жидкостях может ожидать выше, чем она достигается у слабых кислот, таких, как бета-лактамы антибиотики, вследствие неионной диффузии. Относительно высокая концентрация фторхинолонов, достигаемая в семенной и простатической жидкостях, вместе с мощным бактерицидным действием этих препаратов против ведущих уропатогенов, вызывающих простатит, делает фторхинолоны препаратами первого выбора при управлении бактериальным простатитом. Больше всего исследований проведено с норфлоксацином и ципрофлоксацином при лечении хронического бактериального простатита. Уровень эрадикации микроорганизмов – от 60 до 76%. Длительность лечения – от 14 до 28 дней, длительность наблюдения – от 6 до 36 недель.

Этиопатогенез синдрома хронической тазовой боли до сих пор остается неясным. Предложено много теорий, однако остается больше вопросов, чем ответов. Из предлагаемых лекарственных препаратов наиболее успешными являются антибиотики, противовоспалительные средства и альфа-адреноблокаторы. Эффективность лечения альфа-адреноблокаторами доказана в рандомизированных клинических исследованиях, длительность лечения от – 6 до 24 недель. Показана существенная разница между лечением препаратами и плацебо.

Представлена эффективность лечения НПВС, биофлавоноидами, финастероидом и другими препаратами. В заключение докладчик указывает, что диагностика острого бактериального простатита не представляет трудностей и применение антибиотиков, в частности, фторхинолонов оправдано и эффективно. Однако диагностика хронического простатита сложна, и не доказана инфекционная природа хронического простатита. Патогенетические механизмы абактериального простатита и СХТБ многообразны и недоказаны. Курт Набер призвал к участию в многоцентровых международных клинических исследованиях по хроническому простатиту, протокол исследования которых будет обсуждаться в марте-апреле 2007 года на конгрессе Европейской урологической ассоциации и Европейском обществе клинических микробиологов и инфекционных болезней в Германии.

Теория распределения антибиотика между секретом простаты и плазмой

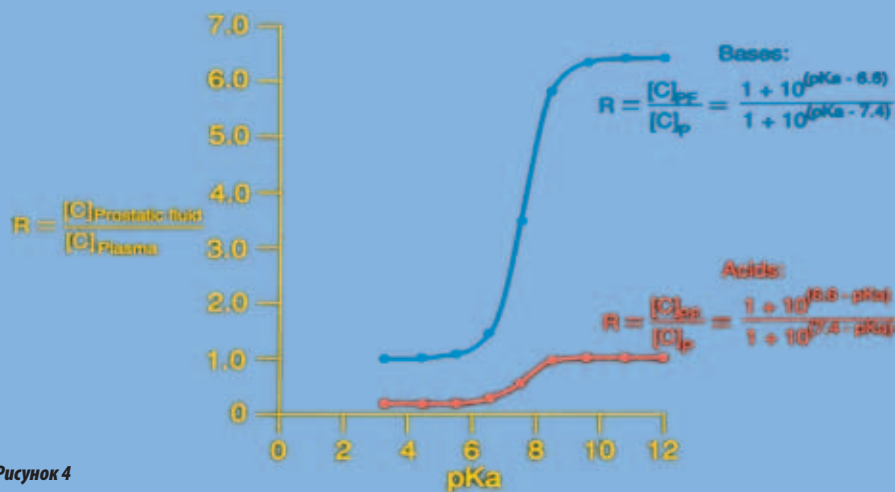


Рисунок 4