



Актуальные вопросы лечения бактериальных и абактериальных простатитов: каковы показания для антибактериальной и фитотерапии?

К.Л. Локшин

Адрес для переписки: Константин Леонидович Локшин, k_lokshin@hotmail.com

Проведен обзор некоторых положений из клинических рекомендаций Европейской ассоциации урологов, касающихся антибактериальной и фитотерапии при остром и хроническом бактериальном простатите, а также при абактериальном простатите (синдроме хронической тазовой боли).

Ключевые слова: простатит, антибактериальная терапия, фитотерапия, Цернилтон

Введение

Простатит является одним из наиболее частых урологических заболеваний мужчин репродуктивного возраста. По разным данным, в группе мужчин от 20 до 40 лет частота хронического простатита составляет от 8 до 35%. Установлено также, что у мужчин хронический бактериальный простатит лежит в основе большинства рецидивирующих инфекций мочевых путей. Понятие «простатит» в настоящее время включает бактериальный (острый или хронический) простатит и так называемый абактериальный простатит («синдром хронической тазовой боли»/«синдром простатической боли»), при ко-

тором инфекционный агент современными методами диагностики не выявляется.

Очевидно, что для повседневной клинической практики первостепенное значение имеют диагностические и лечебные методы с доказанно высокими эффективностью и безопасностью. Такого рода подходы к лечению простатитов изложены, в частности, в рекомендациях Европейской ассоциации урологов в разделах «Урологические инфекции» (бактериальные простатиты) и «Хроническая тазовая боль» (абактериальные простатиты) [1, 2].

Антибактериальным препаратам в лечении простатитов отводится ключевая роль. В со-

ответствии с клиническими рекомендациями Европейской ассоциации урологов, проведение антибиотикотерапии при простатитах показано:

- при остром бактериальном простатите (категория I);
- хроническом бактериальном простатите (категория II);
- воспалительном синдроме хронической тазовой боли (абактериальный простатит, категория IIIa).

Следует, однако, подчеркнуть, что антибактериальные препараты не оказывают прямого действия на такие симптомы воспаления простаты, как боль и расстройство мочеиспускания. В этой связи и при бактериальном, и при абактериальном простатите широко применяются альфа-адреноблокаторы, нестероидные противовоспалительные препараты и фитопрепараты.

Ниже мы рассмотрим ряд положений из клинических рекомендаций Европейской ассоциации урологов, касающихся антибактериальной и фитотерапии при простатитах. В частности, будут приведены данные исследований широко используемых



в клинической практике фитопрепаратов, содержащих экстракт пыльцы различных растений (препараты Цернилтон® и Цернилтон® форте). Механизм действия данных фитопрепаратов обусловлен ингибированием циклооксигеназы и 5-липоксигеназы и реализуется путем угнетения синтеза медиаторов воспаления: простагландинов и лейкотриенов [3], вследствие чего уменьшается степень выраженности воспаления и отека ткани простаты. Использование фитопрепаратов, таким образом, способствует устранению болевого синдрома и уменьшению степени выраженности расстройств мочеиспускания.

Острый бактериальный простатит

При остром бактериальном простатите (категория I) показана парентеральная эмпирическая антибиотикотерапия в высоких дозировках вплоть до стихания общих проявлений инфекции (в первую очередь исчезновения высокой лихорадки). Препаратами выбора для парентерального введения являются фторхинолоны (левофлоксацин, ципрофлоксацин) и цефалоспорины III поколения (цефтриаксон, цефтазидим), возможно в сочетании с аминогликозидом (гентамицином), поскольку цефалоспорины и аминогликозиды обладают синергизмом в отношении многих грамотрицательных бактерий. После получения результатов посева и в зависимости от чувствительности микроорганизма антибиотикотерапия может пересматриваться. При выявлении возбудителя, чувствительного к эмпирически назначенному антибиотику, весь курс терапии должен проводиться одним и тем же антибактериальным препаратом. Смена препарата в ходе лечения, вопреки распространенному заблуждению, может послужить причиной роста резистентности микроорганизмов. Пероральная ан-

тибиотикотерапия (обычно высокими дозами фторхинолонов) назначается в продолжение парентерального лечения после стихания общих проявлений обычно на срок до четырех – шести недель от начала лечения. Такая продолжительность курса антибиотикотерапии обусловлена медленным достижением необходимых для эрадикации патогенов концентраций действующего вещества в предстательной железе. Назначение более коротких курсов терапии сопряжено с повышенным риском рецидивирования простатита.

При сопутствующих расстройствах мочеиспускания показаны альфа-1-адреноблокаторы (теразозин, доксазозин, альфузозин, тамсулозин или силодозин).

Препараты Цернилтон® и Цернилтон® форте оказывают противоотечное действие, что предполагает целесообразность их включения в состав комбинированной терапии острого простатита (категория I).

Хронический бактериальный простатит

При хроническом бактериальном простатите (категория II) показана пероральная антибиотикотерапия высокими дозами. Препаратами выбора являются фторхинолоны: левофлоксацин или ципрофлоксацин. Продолжительность стандартного курса пероральной терапии фторхинолоном составляет четыре и более недель. В случае выявления атипических возбудителей предпочтительно назначение тетрациклинов или макролидов [1]. Необходимо подчеркнуть, что сокращение сроков антибактериальной терапии (менее четырех недель) даже при увеличении используемой дозы препарата приводит к росту числа клинических рецидивов хронического простатита [4].

При выявлении микроорганизма, устойчивого к фторхинолонам, но чувствительного к триметоприму/сульфаметоксазолу,

Эффективность и безопасность препаратов Цернилтон® и Цернилтон® форте были продемонстрированы у больных как с абактериальным, так и с бактериальным простатитом

показана терапия этим препаратом сроком до трех месяцев в дозе 960 мг два раза в сутки [5]. Однако следует учитывать достаточно высокую токсичность препарата, риск развития синдрома Стивенса – Джонсона, нарушений почечной и печеночной функции, которые должны регулярно мониторироваться при длительном применении триметоприма/сульфаметоксазола.

Антибиотики при хроническом простатите категории II также целесообразно комбинировать с альфа-1-адреноблокаторами, уменьшающими степень выраженности расстройств мочеиспускания и способствующими более быстрому улучшению состояния пациентов.

При хроническом бактериальном простатите (категория II) степень выраженности боли и дизурии может быть эффективно снижена с помощью применения экстракта пыльцы различных растений (препараты Цернилтон® и Цернилтон® форте). Это было продемонстрировано в исследовании, проведенном в клинике урологии ММА им. И.М. Сеченова Ю.Г. Аляевым, А.З. Винаровым, Н.Д. Ахвледиани, Э.Г. Асламазовым в 2007 г. [6]. В данном исследовании сравнивалась эффективность комбинированной терапии (n = 23, антибиотик в течение восьми недель + Цернилтон® по одной таблетке три раза в день в течение 12 недель) и монотерапии (n = 20, антибиотик в течение восьми недель). На фоне комбинированной терапии отмечалась более быстрая по сравнению с монотерапией динамика улучшения показателей боли, дизурии и качества жизни

Урология

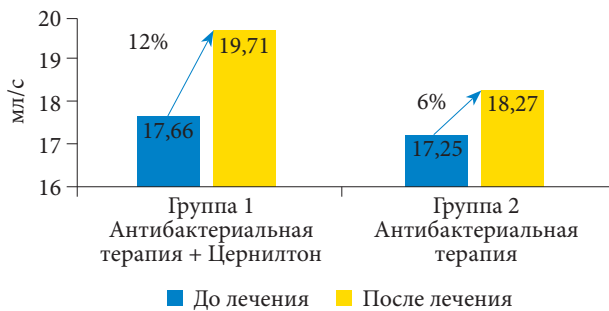


Рис. 1. Динамика изменения максимальной скорости мочеиспускания (Q_{max}) в группах комплексной и монотерапии до лечения и после трех месяцев терапии

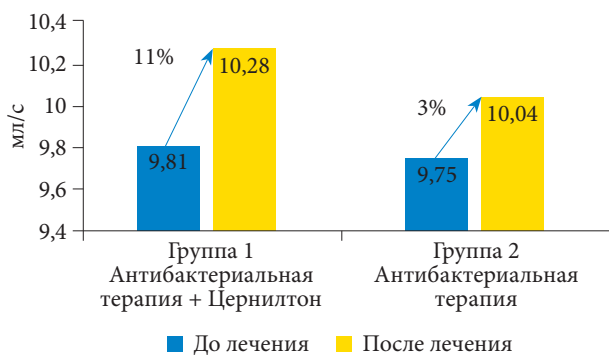


Рис. 2. Динамика изменения средней скорости мочеиспускания (Q_{ave}) в группах комплексной и монотерапии до лечения и после трех месяцев терапии

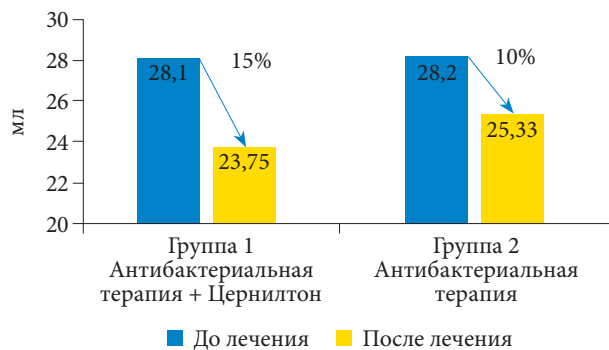


Рис. 3. Динамика изменения объема остаточной мочи (V_{res}) в группах комплексной и монотерапии до лечения и после трех месяцев терапии

по шкале оценки симптомов хронического простатита и синдрома тазовых болей у мужчин по версии Национального института здоровья США (National Institute of Health Chronic Prostatitis Symptom Index – NIH-CPSI). В группе комбинированной терапии также была продемонстрирована лучшая динамика, чем в группе монотерапии, по таким показателям урофлоуметрии, как

максимальная скорость мочеиспускания (Q_{max}) (рис. 1), средняя скорость мочеиспускания (Q_{ave}) (рис. 2) и объем остаточной мочи (V_{res}) (рис. 3). Переносимость комбинированной терапии была хорошей и не имела статистически значимых отличий от таковой в группе приема антибиотика.

Синдром хронической тазовой боли (хронический абактериальный простатит)

В соответствии с клиническими рекомендациями Европейской ассоциации урологов лечение больных с воспалительным синдромом хронической тазовой боли (абактериальным хроническим простатитом, категория IIIa) так же, как с хроническим бактериальным простатитом, подразумевает проведение антибиотикотерапии пероральными фторхинолонами (левофлоксацином или ципрофлоксацином) в стандартных дозировках. Данная рекомендация основана на допущении, что у ряда больных имеющийся возбудитель не может быть выявлен с помощью бактериологического исследования. Антибиотик назначается на две недели, после чего оценивается состояние больного. Если на фоне антибиотикотерапии имеет место уменьшение степени выраженности симптомов простатита, то прием антибактериального препарата необходимо продолжить до прохождения полного четырех-шестинедельного курса. Помимо антибиотикотерапии для уменьшения дизурических явлений назначаются альфа-1-адреноблокаторы.

За последние годы также было проведено несколько исследований, посвященных изучению эффективности и безопасности применения экстракта пыльцы разнообразных растений (препараты Цернилтон® и Цернилтон® форте) у больных абактериальным простатитом категории III. Так, F.M. Wagenlehner и соавт. (2009) выполнили рандомизированное двойное слепое плацебоконтролируемое исследо-

вание с участием 139 пациентов с воспалительным синдромом хронической тазовой боли (категория IIIa) [7]. Пациенты были рандомизированы на две группы: первая принимала препарат Цернилтон®, вторая получала плацебо. Длительность лечения составила 12 недель. Снижение общего балла NIH-CPSI более чем на 25% было отмечено у 70,6% пациентов, принимавших Цернилтон®, и у 50% больных в группе плацебо, различия статистически значимы ($p = 0,0141$). В первую очередь отличия между группами были выявлены по домену боли и качества жизни. Исследователи также отметили хорошую переносимость экстракта пыльцы при приеме в течение 12 недель. Следует подчеркнуть два момента. Во-первых, данное исследование было плацебоконтролируемым, то есть обладающим одним из самых высоких уровней доказательности результатов. Во-вторых, высокая эффективность лечения экстрактом пыльцы разнообразных растений была продемонстрирована в режиме монотерапии, без сопутствующего приема антибактериальных препаратов. Это особенно ценно с учетом современной стратегии, которая направлена на минимизацию применения антибиотиков, особенно в ситуации, когда возбудитель не выявлен, что имеет место у больных с простатитом категории III.

В рандомизированном исследовании T. Cai и соавт. (2014) 87 пациентов с простатитом категории III (25 больных простатитом IIIa и 62 больных простатитом IIIb) были распределены в группы лечения «экстракт пыльцы + витамины» ($n = 41$) и «ибупрофен» ($n = 46$) [8]. После одного месяца лечения значительное улучшение качества жизни (снижение суммарного балла NIH-CPSI более чем на 25%) отмечалось в 75,6% случаев в группе приема экстракта пыльцы и 41,3% случаев в груп-



пе ибупрофена ($p = 0,002$). Небольшие отличия между группами отмечены в домене боли. Нежелательные явления регистрировались реже в группе приема экстракта пыльцы с витаминами. Таким образом, была продемонстрирована высокая эффективность и безопасность терапии экстрактом пыльцы разнообразных растений с витаминами у больных простатитом категории IIIa и IIIb.

Заключение

Лечение больных как с бактериальным, так и с абактериальным простатитом остается проблемой, которая требует комплексного решения. В эпоху роста антибиотикорезистентности уропатогенов большое значение имеет не только рациональное использование имеющихся в арсенале антибиотиков, но и применение небактериальных

средств с доказанной эффективностью и безопасностью. Среди антибактериальных средств основной группой препаратов для лечения больных простатитом остаются фторхинолоны, в частности левофлоксацин и цiproфлоксацин, при выявлении атипичных возбудителей (хламидий, патогенных уреоплазм или микоплазм) – тетрациклины или макролиды. В дополнение к антимикробной терапии при бактериальном простатите для уменьшения степени выраженности дизурических явлений целесообразно применение альфа-1-адреноблокаторов.

В соответствии с результатами проведенных за последние несколько лет клинических исследований более быстрого уменьшения степени выраженности болевых ощущений и воспалительного процесса, а также улучшения качества жизни пациентов

Механизм действия препаратов Цернилтон® и Цернилтон® форте обусловлен ингибированием циклооксигеназы и 5-липооксигеназы и реализуется путем угнетения синтеза медиаторов воспаления: простагландинов и лейкотриенов. Вследствие этого уменьшается степень выраженности воспаления и отека ткани простаты

можно достичь при использовании экстракта пыльцы разнообразных растений – препаратов Цернилтон® и Цернилтон® форте. Эффективность и безопасность этих препаратов были продемонстрированы у больных как с абактериальным, так и с бактериальным простатитом. 🌞

Литература

- Engeler D., Messelink E.J., Baranowski A.P. et al. Chronic Pelvic Pain / European Association of Urology, 2016 // www.uroweb.org/guideline/chronic-pelvic-pain.
- Pickard R., Bartoletti R., Bjerklund-Johansen T.E. et al. Urological Infections / European Association of Urology, 2016 // www.uroweb.org/guideline/urological-infections.
- Loschen G., Ebeling L. Inhibition of arachidonic acid cascade by extract of rye pollen // *Arzneimittelforschung*. 1991. Vol. 41. № 2. P. 162–167.
- Paglia M., Peterson J., Fisher A.C. et al. Safety and efficacy of levofloxacin 750 mg for 2 weeks or 3 weeks compared with levofloxacin 500 mg for 4 weeks in treating chronic bacterial prostatitis // *Curr. Med. Res. Opin.* 2010. Vol. 26. № 6. P. 1433–1441.
- Urogenital infections / ed. by K.G. Naber, A.J. Schaeffer, C.F. Heyns et al. European Association of Urology – International Consultations on Urological Diseases, 2010.
- Асламазов Э.Г., Ахведиани Н.Д., Винаров А.З., Аляев Ю.Г. Цернилтон в лечении аденомы простаты и хронического простатита // *Урология*. 2007. № 1. С. 52–56.
- Wagenlehner F.M., Schneider H., Ludwig M. et al. A pollen extract (Cernilton) in patients with inflammatory chronic prostatitis-chronic pelvic pain syndrome: a multicentre, randomised, prospective, double-blind, placebo-controlled phase 3 study // *Eur. Urol.* 2009. Vol. 56. № 3. P. 544–551.
- Cai T., Wagenlehner F.M., Luciani L.G. et al. Pollen extract in association with vitamins provides early pain relief in patients affected by chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome // *Exp. Ther. Med.* 2014. Vol. 8. № 4. P. 1032–1038.

Topical Issues in Treatment of Bacterial and Nonbacterial Prostatitis: What are Indications for Antibacterial Therapy and Phytotherapy?

K.L. Lokshin

Clinical hospital 'Lapino', Moscow Region

Contact person: Konstantin Leonidovich Lokshin, k_lokshin@hotmail.com

Some provisions stated in clinical recommendations of the European Urology Association related to antibacterial therapy and phytotherapy during acute and chronic bacterial prostatitis as well as nonbacterial prostatitis (chronic pelvic pain syndrome) were reviewed in the paper.

Key words: prostatitis, antibacterial therapy, phytotherapy, Cernilton