

ГИПЕРАКТИВНЫЙ МОЧЕВОЙ ПУЗЫРЬ И ХРОНИЧЕСКИЙ ПРОСТАТИТ: ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

Е. В. Кульчавеня^{1,2}, Д. П. Холтобин¹

¹ФГБУ «Новосибирский НИИ туберкулёза» Минздрава России (г. Новосибирск)

²ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России (г. Новосибирск)

С целью изучения частоты синдрома гиперактивного мочевого пузыря (ГАМП) у больных хроническим простатитом и определения эффективности троспия хлорида в их лечении проведен анализ историй болезни 154-х пациентов, обратившихся к урологу по поводу обострения хронического простатита. У 27-ми пациентов (17,5 %) был установлен синдром ГАМП, причём у 19-ти он сопутствовал хроническому простатиту, а у восьми был самостоятельным заболеванием. Диагноз простатит у этих восьми пациентов был отвергнут. Все они получали троспия хлорид в дозе 30 мг однократно в течение месяца, больные простатитом одновременно получали стандартную этиопатогенетическую терапию по поводу этого заболевания. *Заключение:* 8 (5,2 %) больных ГАМП длительное время ошибочно лечились по поводу хронического простатита. Возможно сочетание хронического простатита и ГАМП, что выявлено нами у 19-ти из 146-ти больных (13,0 %); включение в комплекс лечения этих пациентов спазмекса в дозе 30 мг существенно повышает результаты лечения и хорошо переносится.

Ключевые слова: простатит, гиперактивный мочевой пузырь, диагностика, лечение.

Кульчавеня Екатерина Валерьевна — доктор медицинских наук, профессор кафедры туберкулёза ФПК и ППВ ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет», главный научный сотрудник, руководитель отдела урологии ФГБУ «Новосибирский НИИ туберкулёза», рабочий телефон: 8 (383) 203-79-89, e-mail: urotub@yandex.ru

Холтобин Денис Петрович — аспирант ФГБУ «Новосибирский НИИ туберкулёза», рабочий телефон: 8 (383) 203-79-89, e-mail: urotub@yandex.ru

Введение. Хронический простатит находится в тройке лидеров по частоте обращаемости в амбулаторной урологии [1]. Боль в промежности и нарушение мочеиспускания у молодых мужчин а priori трактуются как проявление хронического простатита. Однако до сих пор не потеряло актуальности знаменитое изречение Stamey [2]: «Простатит — мусорная корзина клинического невежества», ибо под маской хронического простатита

может скрываться большое количество различных заболеваний, в том числе неурологического профиля.

В последние годы достигнут большой прогресс в понимании гиперактивного мочевого пузыря (ГАМП), хотя полной ясности пока не достигнуто, до сих пор это состояние трактуется как синдром, а не как диагноз. Традиционно ГАМП считался женской проблемой; применения антимускариновых препаратов у мужчин, особенно возрастных, с гиперплазией простаты, опасались из-за возможных осложнений, в первую очередь, задержки мочи. Целый ряд исследований показал, что такие опасения преувеличены, а явление ГАМП не имеет гендерной детерминанты, и присуще как женщинам, так и мужчинам [3]. Тем не менее, несмотря на свою очевидность, ГАМП у мужчин диагностируется зачастую с опозданием, долгие годы проходя под маской других заболеваний, преимущественно простатита.

Целью настоящего исследования было изучение частоты синдрома ГАМП у больных хроническим простатитом и определение эффективности троспия хлорида в их лечении.

Материал и методы. Под нашим наблюдением было 154 пациента, обратившихся к урологу по поводу обострения хронического простатита. Возраст больных колебался от 27 до 49 лет, в среднем составив $36,7 \pm 4,5$ года. Не было ни одного первичного больного, все наблюдались с данным диагнозом от 2 до 17 лет (в среднем $6,2 \pm 3,7$ года), получив от 4-х до 38-ми курсов лечения (в среднем $8,3 \pm 4,7$). Частота обострений колебалась от одного в 3 года до непрерывно-рецидивирующего типа течения. ГАМП ранее не был заподозрен ни у одного пациента.

Обследование больных включало тщательное изучение анамнеза, в том числе эпидемического. Проводилась трёхстаканная проба мочи [4, 5] с последующим пальцевым ректальным исследованием, осмотр и пальпация наружных половых органов, ультразвуковое исследование почек и предстательной железы (трансректально) с определением её структуры и размеров, определение остаточной мочи.

Все больные заполняли дневник мочеиспускания в течение трёх дней, проводилась оценка симптомов по шкале IPSS, определялся индекс симптомов хронического простатита. Проводилась световая микроскопия нативного мазка секрета простаты; при обнаружении более 50-ти лейкоцитов в поле зрения — исследование эякулята для выявления потенциальной пиоспермии. Секрет простаты исследовался методом ПЦР на внутриклеточные инфекции (хламидии, уреоплазма уреалитикум, микоплазма гениталиум, микобактерия туберкулёза), вирусы (вирус герпеса, вирус папилломы человека) и трихомоны. Выполнялся посев секрета простаты (у больных с пиоспермией — и эякулята) на неспецифическую микрофлору с определением чувствительности выявленных возбудителей.

Всем больным выполнялась также урофлоуметрия с определением максимальной ($Q_{\max}$) и средней (Q_{ave}) скорости потока мочи и функциональной ёмкости мочевого пузыря.

У 27-ми пациентов (17,5 %) был установлен синдром ГАМП, причём у 19-ти он сопутствовал хроническому простатиту, а у восьми был самостоятельным заболеванием. Все они получали троспия хлорид в дозе 30 мг однократно в течение месяца, больные простатитом одновременно получали стандартную этиопатогенетическую терапию по поводу этого заболевания. Эффективность лечения оценивалась по жалобам, объективизация которых осуществлялась при помощи балльной

оценки по валидным шкалам, по данным ТРУЗИ и урофлоуметрии. Принималась во внимание переносимость терапии и частота развития побочных явлений и осложнений.

Результаты. Основной жалобой была боль в промежности — у 132-х пациентов (85,7 %) с иррадиацией в яички у 72-х (46,7 %), усиливающаяся во время семяизвержения у 26-ти (16,9 %). Нарушение мочеиспускания было выявлено у 112-ти больных (72,7 %), в том числе желание помочиться повторно в течение двух часов отмечали 93 пациента (60,4 %), ощущение неполного опорожнения мочевого пузыря — 67 больных (43,5 %), императивный позыв — 27 пациентов (17,5 %). Ослабление струи мочи заметили 14 больных (9,1 %), подтекание мочи — 6 больных (3,9 %). Ноктурия была выявлена у 18-ти пациентов (11,7 %). Практически все пациенты предъявляли одновременно несколько жалоб. Средний балл IPSS составил $11,4 \pm 2,7$, средний балл оценки симптомов хронического простатита — $18,2 \pm 4,3$. Клинические проявления представлены на рис. 2; спектр дизурических явлений — на рис. 1.

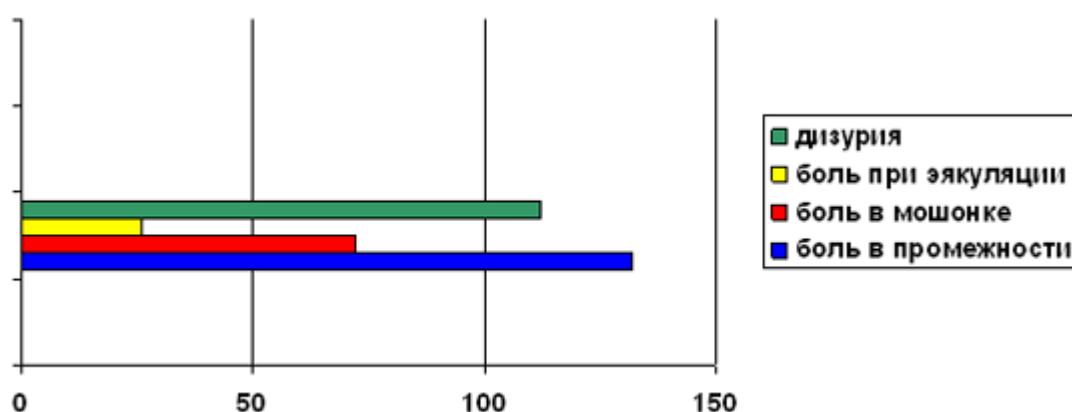


Рис. 1. Клинические проявления у включённых в исследование пациентов (n = 154)

Как следует из рис. 1, ведущими симптомами была боль различной локализации и нарушение мочеиспускания.

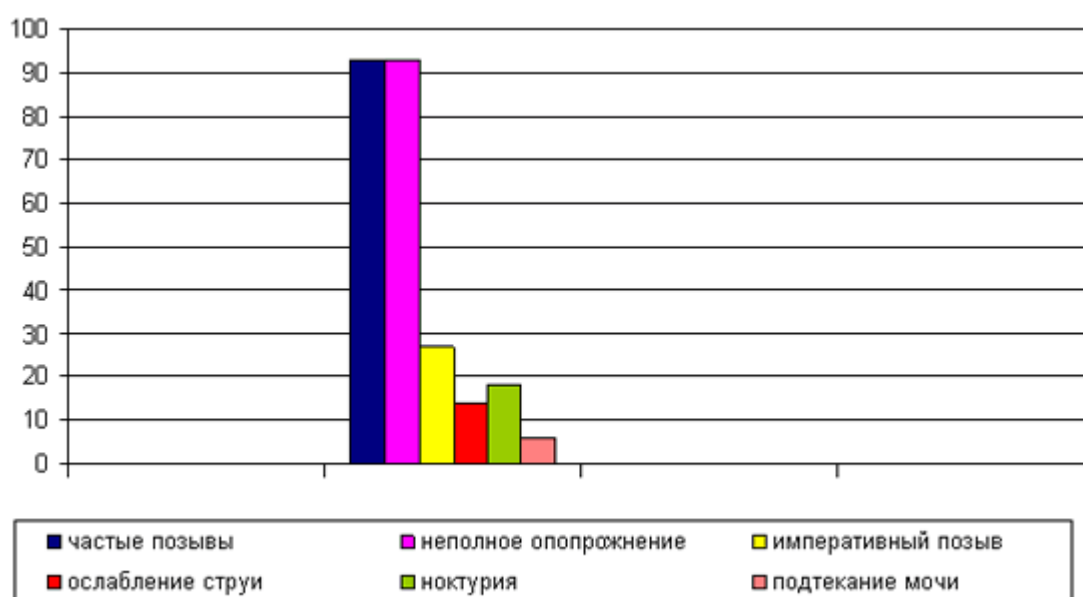


Рис. 2. Виды нарушений мочеиспускания в когорте (n = 112)

Как очевидно из рис. 2, превалировала поллакиурия и ощущение неполного опорожнения мочевого пузыря; почти у каждого третьего среди тех, кто имел те или иные нарушения мочеиспускания, был императивный позыв.

В секрете простаты у 146-ти больных (94,8 %) было повышенное (более 15-ти клеток в поле зрения при световой микроскопии нативного мазка) число лейкоцитов, у 86-ти (55,8 %) получен рост банальной микрофлоры в дериватах половых желёз в титре от 10^2 до 10^5 КОЕ/мл. Методом ПЦР выявлены заболевания, передающиеся половым путём, у 74-х (48,0 %); у одного пациента (0,6 %) обнаружена микобактерия туберкулёза.

Объём предстательной железы в среднем составил $28,4 \pm 3,6$ см³, колебания от 17,5 до 38,7 см³. Скорость потока мочи в когорте в среднем была $18,3 \pm 2,6$ мл/с, средняя — $12,2 \pm 3,4$ мл/с. Однако при сравнении параметров мочеиспускания у 27-ми пациентов с императивным позывом и оставшихся 127-ми больных было установлено, что в первой группе $Q_{\max} = 38,4 \pm 3,5$, а Q_{ave} — $18,2 \pm 2,7$, а во второй $Q_{\max}$ составила $14,2 \pm 2,9$; Q_{ave} — $8,6 \pm 3,3$. Функциональная ёмкость мочевого пузыря в группе больных ГАМП была снижена в среднем до $157,2 \pm 9,6$ мл, у остальных больных хроническим простатитом объём мочевого пузыря в среднем равнялся $314 \pm 12,8$ мл. Сопоставление параметров мочеиспускания представлено на рис. 3.

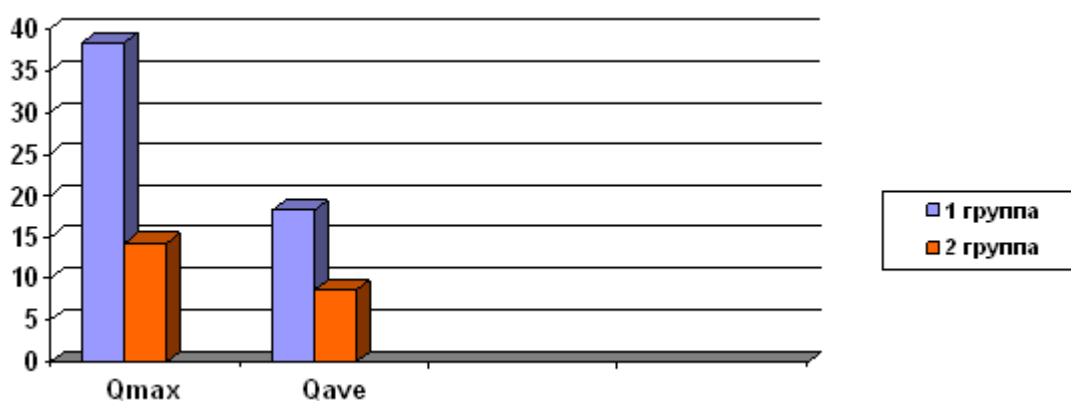


Рис. 3. Урофлоуметрические показатели в когорте (n = 154)

Примечание: 1 группа — больные простатитом, 2 группа — больные простатитом в сочетании с ГАМП или с изолированным ГАМП

Анализ анкет IPSS, заполненных пациентами первой группы, свидетельствовал о преобладании ирритативных симптомов, а во второй группе — обструктивных, обусловленных отёком воспалённой предстательной железы. Учитывая, что у 27-ми пациентов присутствовали ирритативные симптомы, императивный позыв, частота мочеиспусканий в сутки в среднем составляла $14,9 \pm 3,2$ (колебания от 10-ти до 18-ти), дизурия у них была расценена как проявление ГАМП. У 19-ти из них лейкоцитоз секрета простаты и данные ТРУЗИ подтвердили диагноз хронический простатит, а у восьми больных признаков воспаления предстательной железы выявлено не было. Всем этим пациентам был назначен троспия хлорид по 30 мг один раз в день в течение месяца; больным, имеющим обострение хронического простатита, проведён также месячный курс стандартной этиопатогенетической терапии этого заболевания.

Через месяц комплексного лечения больных хроническим простатитом в сочетании с ГАМП и монотерапии спазмексом пациентов с ГАМП, у которых диагноз простатит был отвергнут, был достигнут существенный эффект. Частота мочеиспусканий уменьшилась

на 56,1 % (в среднем $8,3 \pm 1,4$); функциональная ёмкость мочевого пузыря возросла на 82,8 % (до $287,4 \pm 7,2$ мл); число ургентных позывов сократилось более чем вдвое (с $4,3 \pm 0,7$ при обращении до $1,8 \pm 1,1$ после терапии).

Жалобы на сухость во рту предъявляли двое мужчин, но оба сочли положительный эффект от лечения более важным и продолжили приём спазмекса. Один больной связал возникшую склонность к запорам с антиму斯卡риновым препаратом; ему были даны рекомендации по изменению диеты, и ситуация благополучно разрешилась.

Заключение

1. Всем больным хроническим простатитом необходимо исследовать секрет простаты / эякулят на микобактерию туберкулёза методом ПЦР, используя пан-микобактериальные праймеры. В нашем исследовании туберкулёз простаты был диагностирован у одного пациента (0,6 %).
2. При оценке жалоб на нарушение мочеиспускания у больных хроническим простатитом следует чётко разделять ирритативные и обструктивные симптомы; у всех больных с учащённым мочеиспусканием необходимо исключать ГАМП, который может как маскировать хронический простатит, так и сопутствовать ему. В нашем исследовании 8 пациентов (5,2 %), длительное время наблюдавшихся по поводу хронического простатита, такового не имели, а их дизурия была вызвана исключительно ГАМП.
3. Возможно сочетание хронического простатита и ГАМП, что выявлено нами у 19-ти из 146-ти больных (13,0 %); включение в комплекс лечения этих пациентов спазмекса в дозе 30 мг существенно повышает результаты лечения и хорошо переносится.

Список литературы

1. Кульчавеня Е. В. Простатит. Диагностика и лечение : руководство / Е. В. Кульчавеня, А. И. Неймарк. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. — 256 с. : ил. (Библиотека врача-специалиста).
2. Stamey T. A. Prostatitis / T. A. Stamey // J. R. Soc. Med. — 1981. — Vol. 74. — P. 22.
3. Ohgaki K. Association between metabolic syndrome and male overactive bladder in a Japanese population based on three different sets of criteria for metabolic syndrome and the overactive bladder symptom score / K. Ohgaki, K. Horiuchi, Y. Kondo // Urology. — 2012. — Jun. — Vol. 79 (6). — P. 1372–8.
4. Сравнительное изучение эффективности 2-, 3- и 4-стаканного тестов у больных хроническим простатитом / Е. В. Кульчавеня, А. П. Азизов, Е. В. Брижатюк [и др.] // Урология. — 2011. — № 6. — С. 57–61.
5. Bjerklund Johansen (eds.) International Consultation on Urogenital Infections / G. Naber Kurt [et al.] // Stockholm, Sweden, March 2009. European Association of Urology — International Consultation on Urological Diseases, Edition 2010, Arnhem, The Netherlands. — P. 877–891.

HYPER ACTIVE URINARY BLADDER AND CHRONIC PROSTATITIS: FEATURES OF DIAGNOSTICS AND TREATMENT

E. V. Kulchavenya^{1,2}, D. P. Koltobin¹

¹*FBHE Novosibirsk SRI of tuberculosis Minhealthsocdevelopment (Novosibirsk c.)*

²*SBEI HPE «Novosibirsk State Medical University of Ministry of Health» (Novosibirsk c.)*

The analysis of clinical records of 154 patients who have addressed to the urologist concerning an exacerbation of chronic prostatitis is performed for the purpose of studying the frequency of syndrome of hyper active urinary bladder (HAUB) at patients with chronic prostatitis and determination of tiroprium chloride efficiency in their treatment. At 27 patients (17,5 %) HAUB syndrome was established, and at 19 patients it was accompanied with chronic prostatitis, and eight patients had it as an independent disease. The diagnosis of prostatitis was rejected at these eight patients. All of them received tiroprium chloride in a dose of 30 mg at once within a month, patients with prostatitis at the same time received standard ethiopathogenetic therapy concerning this disease. Conclusion: 8 (5,2 %) patients with HAUB for a long time were mistakenly treated concerning chronic prostatitis. The combination of chronic prostatitis and HAUB that is revealed by us at 19 of 146 patients (13,0 %) is possible; inclusion spasmax in a dose of 30 mg to a complex treatment for these patients significantly increases results of treatment and is well-tolerated.

Keywords: prostatitis, hyper active bladder, diagnostics, treatment.

About authors:

Kulchavenya Ekaterina Valeryevna — doctor of medical sciences, professor of tuberculosis chair of FAT & PDD at SBEI HPE «Novosibirsk State Medical University of Ministry of Health», chief research officer, head of urinology department at FBHE Novosibirsk SRI of tuberculosisMinhealthsocdevelopment, office phone: 8 (383) 203-79-89, e-mail: urotub@yandex.ru

Koltobin Denis Petrovitch — post-graduate student of at FBHE Novosibirsk SRI of tuberculosisMinhealthsocdevelopment, office number: 8 (383) 203-79-89, e-mail: urotub@yandex.ru

List of the Literature:

1. Kulchavenya E. V. Prostatitis. Diagnostics and treatment: guidance / E. V. Kulchavenya, A. I. Neymark. — M: GEOTAR-media, 2010. — 256 P: pic. (Library of the doctor-specialist).
2. Stamey T. A. Prostatitis / T. A. Stamey // J. R. Soc. Med. — 1981. — Vol. 74. — P. 22.
3. Ohgaki K. Association between metabolic syndrome and male overactive bladder in a Japanese population based on three different sets of criteria for metabolic syndrome

- and the overactive bladder symptom score / K. Ohgaki, K. Horiuchi, Y. Kondo // Urology. — 2012. — Jun. — Vol. 79 (6). — P. 1372–8.
4. Comparative studying of efficiency 2-, 3-and 4-stakanny tests at patients with chronic prostatitis / E. V. Kulchavenya, A. P. Azizov, E. V. Brizhatyuk [etc.] // Urology. — 2011. — № 6. — P. 57-61.
 5. Bjerklund Johanses (eds.) International Consultation on Urogenital Infections / G. Naber Kurt [et al.] // Stockholm, Sweden, March 2009. European Association of Urology — International Consultation on Urological Diseases, Edition 2010, Arnhem, The Netherlands. — P. 877–891.