**«ПОДВОДНЫЕ КАМНИ» ПРОСТАТИТА**

Цель любой классификации в медицине – помощь в выборе этиопатогенетического лечения. По отношению к простатиту деление на бактериальный и абактериальный, безусловно, необходимо. Это позволяет правильно применять различные лекарственные препараты: при инфекционной форме – антибиотики, при неинфекционной – синдроме неспецифических тазовых болей – другие, действующие непосредственно на воспаление, сосуды, мышечный тонус, ЦНС. О тактике грамотного подхода к диагностике и лечению простатита мы побеседовали с д.м.н., профессором Владимиром Александровичем Божедомовым.

***– Правомерно ли современное деление на «бактериальный» и «абактериальный» простатит?***

– Обычно бактериальным считают простатит, когда в посеве секрета простаты, иногда порции мочи после массажа простаты, или сперме, при культуральном исследовании выявляют микроорганизмы. Причем их количество должно быть на порядок больше, чем в первой порции мочи. Если посев стерилен или микробов мало, простатит автоматически считается абактериальным. Но стандартный бакпосев не позволяет обнаружить многочисленные анаэробные микроорганизмы (Bacteroides spp. / Porphyromonas spp. / Prevotella spp./ Anaerococcus spp./ Eubacterium spp. и др.), «нетипичные» бактериальные патогены, передаваемые половым путем (Neisseria gonorrhoeae, Chlamydia trachomatis, Mycoplasma genitalium и др.), простейших (Trichomonas vaginalis). То есть по сути инфекционный простатит оказывается формально «абактериальным» – типа 3А по действующей классификации, – но для его лечения тем не менее тоже требуются антибиотики. Такой инфекционный, но «небактериальный» простатит встречается в 3–4 раза чаще «бактериального».

Нередко имеет место воспалительный простатит в отсутствие каких- либо микроорганизмов, даже при использовании самых современных методов диагностики. Очевидно, это истинный аутоиммунный простатит, о существовании которого говорят давно, но который не имеет четких патогномоничных признаков и частота которого в структуре заболевания не известна. По моему мнению, он встречается достаточно часто. Его признаки: во-первых, отсутствие инфекционных возбудителей при исследовании секрета простаты и спермы методом амплификации генов, и, во-вторых, отсутствие лечебного эффекта при назначении всех групп рекомендованных антибиотиков: хинолонов, триметаприма, тетрациклинов и макролидов.

Антибиотики также бесполезны при невоспалительной форме простатита категории 3В. Однако и здесь есть «подводные камни». Если при массаже простаты секрета выделяется мало или приходится исследовать полученную пор- цию мочи, доверять результату анализа не стоит. Отсутствие лейкоцитов может быть мнимым, связанным с закупоркой протоков. Назначение альфа-блокаторов и протеолитических ферментов позволяет через 1–2 недели получить при массаже значительно больший объем секрета, а в нем – лейкоциты. При этом ранее «стерильный» секрет теперь содержит значимое количество микроорганизмов. Что это в конечном счете значит? Кажущийся «невоспалительным» простатит оказывается воспалительным, а «стерильный» – инфекционным. С учетом сказанного деление на «бактериальный» и «абактериальный» простатит требует более четкой конкретизации в части терминологии и понимания патогенеза.

***– Почему даже рациональная антибиотикотерапия так часто не приводит к клиническому и этиологиче- скому выздоровлению?***

– Хотя при воспалительных формах болевая и дизурическая симптоматика хронического простатита обычно выражена сильнее, чем при невоспалительных формах (синдроме неспецифических тазовых болей), четкой корреляции между активностью воспаления и субъективными жалоба- ми нет. Поэтому устранение воспаления не обязательно приводит к улучшению клинической картины. В патологический процесс часто оказываются вовлеченными нервная, в т.ч. ЦНС, и мышечная система.

Если мы говорим только о бактериальном простатите, эффективность антибиотикотерапии определяется несколькими факторами. Во-первых, установлением этиологического фактора, т.е. конкретного патогена, вызывающего воспаление в железе. Во-вторых, правильным подбором антибиотика на основании этих данных. В-третьих, достаточной продолжительностью курса, который обычно должен составлять не менее 4 недель, а иногда и 12. В-четвертых, обеспечением дренажной функции простаты, восстановлением нормального оттока секрета из железы, для чего в комплексную терапию следует включать альфаблокаторы, ферменты, определенные фитопрепараты. Эту задачу также решает регулярная и достаточно частая половая жизнь без искусственного затягивания акта. Иногда полезен пальцевой массаж простаты. Нарушение этих принципов неизбежно приведет к неудовлетворительному результату лечения.

Нередко рецидив – не истинный рецидив, а реинфекция. Причем, инфекции могут проникать в простату не только восходящим путем трансуретрально за счет образования биопленок, аи лимфогенным – трансректально. Кишечные дисбиозы, запоры, диарея и другие нарушения пищеварения становятся в этом случае факторамирискарецидивирования простатита.

***– Какова роль фиброза в раз- витии клинических проявлений хронического простатита?***

– Фиброз, как следствие воспа- ления, усугубляет течение хронического простатита. Но прямой зависимости между наличием и размером зоны фиброза, с одной стороны, и болевыми и дизуриче- скимисимптомами, характернымидляпро- статита, – с другой, не отмечают.

***– Каков риск развития мужско- го бесплодия на фоне хронического простатита?***

– В общем ситуация не однозначная. В течение нескольких лет мы ведем научные исследования, посвященные установлению роли простатита в бесплодии. Уже можно утверждать, что среди факторов риска снижения фертильности при хроническом простатите значимую роль играют особенности микрофлоры – персистирование в простате хламидий, микоплазм и уреаплазмы уреалитикум, наличие патогенных штаммов кишечной палочки, нарушения оттока секрета из простаты и везикул, фиброз железы, высокая функциональная активность простатических лейкоцитов и снижение антиоксидантной емкости семенной плазмы, ряд других факторов. Наши исследования в данном направлении продолжаются.

***– Возможно ли влиять на фиброзирующие процессы, развивающиеся на фоне воспаления простаты?***

– Во-первых, воспаление нужно диагностировать как можно раньше и адекватно его лечить с учетом этиологических факторов и установленных патогенетических механизмов. Во-вторых, следует помнить, что стандартная терапия хронического простатита включает применение препаратов трех групп: антибиотиков, альфа-блокаторов и нестероидных противовоспалительных средств. Такую терапию на английском сокращенно называют «три А» от английского названия этих групп препаратов. Курс лечения не менее 1 мес. для антибиотиков, 3–6 мес. для других групп. В-третьих, следует принять меры к восстановлению оттока секрета из железы: частая половая жизнь, иногда массаж. Поэтому, в-четвертых, полезны ферментные препараты, разжижающие секрет простаты. Некоторые из таких препаратов, например препараты гиалуронидазы (Лонгидаза), в какой-то степени могут уменьшить очаги фиброза в простате, особенно если применять их трансректально.

– В целом нужно помнить, что хронический простатит – сложное заболевание. У него много различных по этиологии и патогенезу форм со сходными клиническими проявлениями. Поэтому важно обновлять свои знания, чтобы быть информированным по самым последним тенденциям в этой области.

*Беседовала В.А. Шадеркина*