

Частота хронического простатита в структуре амбулаторного урологического приема

The frequency of the chronic prostatitis in the outpatient practice

E. V. Kulchavenya, D. P. Kholobin, S. Y. Shevchenko, V. V. Potapov, Y. V. Zulin

Chronic prostatitis is one of the commonest urological diseases, the prevalence of which and the quota of patients with which in municipal and private outpatient practices are underestimated.

Statistical tickets of the private medical outpatient facility «Avicenna» (Novosibirsk), of municipal polyclinic 26 (Novosibirsk) and polyclinic 1 of the City Hospital KMK (Novokuznetsk) were used for analysis with regard to infectious-inflammatory urogenital diseases and to their structure.

Overall number of patients in these 3 centers was 8368 with 3459 patients' visits related to the infectious-inflammatory diseases – from balanoposthitis to pyelonephritis. In the outpatient practice in municipal setting 2,5% of cases were chronic prostatitis cases (5,8% from all infectious-inflammatory diseases). In the private setting there is a tendency to growth for the share of the patient with chronic prostatitis up to 11,5-17,7% (from 37,1% up to 42,3% in the general structure of the inflammatory diseases).

In view of clinical significance of chronic prostatitis and importance of modern diagnostic, therapy and prophylaxis approaches, it could be stated that the role of the chronic prostatitis is overestimated. Epidemiological control for chronic prostatitis should be unified.

Е.В. Кульчавеня^{1,2}, Д.П. Холтобин^{3,4}, С.Ю. Шевченко^{1,2,5}, В.В. Потапов^{2,6}, Я.В. Зулин⁵

¹ ФГБУ Новосибирский НИИ туберкулеза Минздрава России

² ГБОУ ВПО Новосибирский государственный медицинский университет Минздрава России

³ Медицинский центр «Авиценна», Новосибирск

⁴ ГБОУ ВПО Новосибирский государственный университет

⁵ ГБУЗ НСО «Городская поликлиника № 26» г. Новосибирска

⁶ поликлиника КМК МБЛПУ ГКБ №1, г. Новокузнецк

Хронический простатит (ХП) является одним из наиболее частых урологических диагнозов, однако не ясна истинная распространенность ХП, поскольку данные литературы весьма противоречивы. Так, Н.И. Доста и Н.С. Севостьянов уверены, что среди воспалительных урогенитальных заболеваний хронический простатит является наиболее распространенной патологией [1]. Ю.Л. Набока и соавт. подчеркивают, что хронический бактериальный простатит (ХБП), имея высокий удельный вес в структуре урологической заболеваемости, в последние десятилетия не обнаруживает тенденции к снижению распространенности [2]. Л.Е. Старокожко и соавт. полагают, что в разных возрастных группах удельный вес ХБП колеблется от 30 до 73% [3]. С ними соглашается целый ряд других авторов [4-5]. Л.В. Осадчук и соавт. голословно утверждают, что простатит – наиболее распространенное урологическое заболевание у мужчин в возрасте от 20 до 50 лет и им, по мнению авторов, страдают от 30 до 65% мужчин старше 25 лет. Каких-либо подтверждений данному тезису авторы не приводят [6]. Т.Н. Моисеева и соавт. убеждены, что ХБП болеют от 20 до 70% мужчин в возрасте 20–50 лет [7]. По данным В.П. Авдошина и соавт. хронический простатит диагностируется у 10% пациентов моложе 50 лет и

у 30–70% пациентов – старше 50 лет [8].

Напротив, П.В. Глыбочко и соавт. считают проблему ХП переоцененной и отмечают, что заболеваемость простатитом составляет всего около 9% [9]. Отчасти с ними соглашаются Б.Х. Одилов и соавт., указывая, что ХП страдает от 5 до 8% мужчин, но уточняют, что ХП занимает первое место среди урологических заболеваний у мужчин в возрасте до 50 лет и третье место у мужчин старше 50 лет – не приводя, впрочем, никаких этому доказательств [10].

Международные данные также поддерживают точку зрения о большой распространенности ХП. J.N. Krieger и соавт. изучили 5 групп пациентов, состоящих из 10617 мужчин, и у 873 (8,2%) обнаружили ХП, в одной из групп частота простатита, диагностированного врачом, составляла 4,9 случаев на 1000 человеко-лет [11]. В другом исследовании среди 868 опрошенных мужчин симптомы, характерные для простатита, были выявлены у 9,7% мужчин (в популяции до 50 лет – у 11,5%, а в старшем возрасте – у 6,6%) [12].

Цель исследования – определить место ХП в структуре поликлинического приема врача-уролога.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Были проанализированы статистические талоны амбулаторного урологического приема за 2013 год частного медицинского центра «Авиценна»

г. Новосибирск, муниципальной городской поликлиники № 26, г. Новосибирск, и поликлиники № 1 МБЛПУ Городской клинической больницы КМК, г. Новокузнецк. Среди них выбрали пациентов с инфекционно-воспалительными заболеваниями урогенитального тракта, и детально проанализировали их структуру.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В 2013 году за урологической помощью в эти три центра обратились 8368 человек, среди которых 3459 (41,3%) – по поводу инфекционно-воспалительных заболеваний мочеполовой системы. МЦ «Авиценна» специализируется на восстановлении репродуктивной функции и лазерной деструкции конкрементов мочевых путей, поэтому доля больных с урогенитальными инфекциями (УГИ) там была минимальна – 27,3%; в муниципальных поликлиниках – почти в два раза выше – 42,7-47,8%. Детально структура пациентов уролога поликлиники представлена в таблице 1.

При анализе структуры УГИ были выявлены значительные разли-

чия как между муниципальными учреждениями и частным центром, так и между поликлиниками двух городов (табл. 2).

Существенные различия в частоте ХП (5,8 – 42,3%) в структуре УГИ объясняется, по нашему мнению, наличием или отсутствием платных услуг. В поликлинике № 26 Новосибирска всех пациентов принимают по полису обязательного медицинского страхования, в МЦ «Авиценна» существует только платный прием, а в поликлинике № 1 Новокузнецка наряду с муниципальным приемом работает кабинет платных услуг. Больные ХП – или, что более вероятно, – пациенты с неясными симптомами, которые они сами интерпретировали как проявление простатита, – предпочитают обращаться к «платному» врачу, полагая (отчасти справедливо!) что у врача поликлиники не будет возможности уделить ему должного внимания.

ОБСУЖДЕНИЕ

Хронический простатит – очень удобный диагноз для коммерческой медицины. Диагноз хронического бактериального простатита имеет четкие

критерии: олиоспермия/повышенное содержание лейкоцитов в секрете предстательной железы/рост патогенных микроорганизмов или их микроскопическое/ПЦР обнаружение в дериватах половых желез; жалобы на боль в промежности; эхогенная неоднородность предстательной железы и увеличение ее размеров, определяемые при ультразвуковом исследовании. Однако с так называемым абактериальным простатитом ясности нет до сих пор. Действительно ли он абактериален, или это дефекты работы местной лаборатории? Объясняется ли боль именно воспалением предстательной железы? Какие основания полагать, что синдром хронической тазовой боли связан с воспалением предстательной железы? Каковы критерии подтверждения/исключения диагноза хронический абактериальный простатит, особенно в случае отсутствия активного воспаления? Что в действительности спровоцировало воспаление предстательной железы? На эти вопросы существует слишком много ответов, что означает, что единственно верного нет.

Мы отнюдь не умаляем значимость хронического простатита во всех его проявлениях, признаем важность своевременной диагностики, адекватной терапии и оптимальной профилактики, не сомневаемся в серьезности возможных осложнений, но должны признать, что роль и место хронического простатита переоценено, в действительности это не такое уж частое заболевание.

Большую путаницу в оценку эпидемического значения ХП вносит разнородность терминов. Эпидемиология как наука оперирует двумя основными понятиями: заболеваемость и болезненность (распространенность). Заболеваемость – это число впервые выявленных в течение года больных с определенным диагнозом в пересчете на 100 000 населения, а болезненность (распространенность) – число всех заболевших с данным диагнозом (впервые зарегистрированные в данном году + те, которые были выявлены в прошлом и обратились по поводу этого заболевания в данном году),

Таблица 1. Структура амбулаторного урологического приема в трех центрах (n-%)

Диагнозы	МЦ «Авиценна»	Поликлиника КМК ГБ №1 г. Новокузнецк	ГБУЗ НСО Гор. поликлиника № 26 г. Новосибирска
Урогенитальные инфекции (в том числе ХП)	477 – 27,3% 202 – 11,5%	1470 – 47,8% 545 – 17,7%	1512 – 42,7% 88 – 2,5%
Мочекаменная болезнь	497 – 28,4%	489 – 15,9%	605 – 17,1%
Доброкачественная гиперплазия ПЖ	152 – 8,7%	761 – 24,8%	960 – 27,1%
Гидронефроз	42 – 2,4%	13 – 0,4%	30 – 0,8%
Онкоурологические заболевания	136 – 7,8%	337 – 10,9%	0 – 0%
Бесплодие	445 – 25,4%	5 – 0,2%	0 – 0%
Прочее	0 – 0%	0 – 0%	437 – 12,3%
Всего	1749 – 100%	3075 – 100%	3544 – 100%

Таблица 2. Структура УГИ среди амбулаторных пациентов уролога в трех центрах (n-%)

Диагнозы	МЦ «Авиценна»	Поликлиника КМК ГБ №1 г. Новокузнецк	ГБУЗ НСО Гор. поликлиника № 26 г. Новосибирска
Хронический пиелонефрит	79 – 16,6%	339 – 23,1%	925 – 61,2%
Хронический цистит	28 – 5,9%	314 – 21,4%	313 – 20,7%
Хронический простатит	202 – 42,3%	545 – 37,1%	88 – 5,8%
Острый цистит	35 – 7,3%	135 – 9,2%	114 – 7,5%
Острый пиелонефрит	6 – 1,25%	56 – 3,8%	25 – 1,7%
Острый простатит	6 – 1,25%	67 – 4,5%	4 – 0,3%
Прочее	121 – 25,4%	14 – 0,9%	43 – 2,8%
Всего	477 – 100%	1470 – 100%	1512 – 100%

также в пересчете на 100 000 населения. И заболеваемость, и болезненность – показатели крайне вариабельные и зависят от территории, развитости клинико-диагностической службы (реалии таковы, что в действительности оценивается выявляемость, а не истинная заболеваемость), меняются с течением времени. Поэтому, встречая в тексте научной статьи утверждение, что заболеваемость простатитом составляет столько-то процентов, приходишь в недоумение – что это означает?

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Хронический простатит – заболевание, имеющее несомненное ме-

дицинское и социальное значение. Сегодня не существует механизмов определения истинной заболеваемости мужского населения хроническим простатитом – как в целом, так и по категориям. В структуре амбулаторного приема уролога муниципальной поликлиники в рамках обязательного медицинского страхования доля больных хроническим простатитом составила 2,5% (5,8% среди всех инфекционно-воспалительных заболеваний мочеполовой системы). Наличие платных услуг увеличило долю ХП в общей структуре урологического приема до 11,5 – 17,7% (37,1 – 42,3% среди всех инфекционно-воспалительных за-

болеваний мочеполовой системы).

Авторы статьи не претендуют на истинную оценку заболеваемости и болезненности хроническим простатитом в зависимости от его категории, для этого необходимо крупномасштабное многоцентровое эпидемиологическое исследование с четко определенными критериями; инициировать такое исследование может, например, Российское Общество Урологов. Тем не менее, полагаем, что полученные данные позволяют взглянуть на проблему в новом свете и дать основание для проведения дальнейших исследований. ■

Резюме:

Хронический простатит считается одним из наиболее распространенных урологических заболеваний, однако его истинная заболеваемость и болезненность, равно как и доля в структуре урологического приема муниципальных и коммерческих лечебных учреждений изучена недостаточно.

Были проанализированы статистические талоны амбулаторного урологического приема за 2013 год частного медицинского центра «Авиценна», г. Новосибирск, муниципальной городской поликлиники № 26, г. Новосибирск, и поликлиники № 1 МБЛПУ Городской клинической больницы КМК, г. Новокузнецк. Среди них выбрали пациентов с инфекционно-воспалительными заболеваниями урогенитального тракта, и детально проанализировали их структуру.

Всего в 2013 году за урологической помощью в эти три центра обратились 8368 человек, среди которых 3459 (41,3%) – по поводу инфекционно-воспалительных заболеваний мочеполовой системы суммарно – от баланопостита до пиелонефрита. В структуре амбулаторного приема уролога муниципальной поликлиники в рамках обязательного медицинского страхования доля больных хроническим простатитом составила 2,5% (5,8% среди всех инфекционно-воспалительных заболеваний мочеполовой системы). Наличие платных услуг увеличило долю в общей структуре урологического приема до 11,5 – 17,7% (что составляет от 37,1% до 42,3% среди всех инфекционно-воспалительных заболеваний мочеполовой системы).

Не умаляя значимости хронического простатита, признавая важность своевременной диагностики, адекватной терапии и оптимальной профилактики, не сомневаясь в серьезности возможных осложнений, следует признать, что роль и место хронического простатита переоценено.

Считаем необходимым разработать унифицированный подход к эпидемической оценке роли ХП.

Ключевые слова: хронический простатит, заболеваемость, структура, эпидемиология, диагностика, урогенитальные инфекции.

Key words: chronic prostatitis, incidence, spectrum, epidemiology, diagnostic, urogenital tract infection.

ЛИТЕРАТУРА

1. Доста Н.И., Севостьянов Н.С. Простатит: современные аспекты этиопатогенеза, диагностики и лечения. // Рецепт. 2014. Т. 93, N 1. С.124-130.
2. Набока Ю.Л., Коган М.И., Черницкая М.Л., Гудима И.А., Ибишев Х.С., Ферзаули А.Х. Микробный спектр секрета предстательной железы и факторы персистенции бактерий, обнаруженных при хроническом бактериальном простатите. // Бюллетень Оренбургского научного центра УрО РАН, 2012. - № 3. - С. 11.
3. Старокожко Л.Е., Чеботарев В.В., Крашенинников В.Л., Гайдамака И.И. Оценка эффективности ректальных свечей на гидрофильной основе при хроническом бактериальном простатите. // Медицинский вестник Северного Кавказа, 2012. - Т. 25, N 1. С. 70-72.
4. Шагохин М.Н. Фармакокоррекция оксидантных нарушений при хроническом простатите. // Современные проблемы науки и образования, 2012. N 1. С. 51.
5. Ибишев Х.С., Набока Ю.Л., Ферзаули А.Х., Коган М.И., Гудима И.А., Черный А.А. Микробиологический спектр и антибиотикоустойчивость уропатогенов, выделенных при хроническом бактериальном простатите. // Эффективная фармакотерапия. 2012. N 39. С. 28-30.
6. Осадчук Л.В., Попова А.В., Ворошилова Н.А. Влияние простатита и варикоцеле на репродуктивные показатели молодых мужчин. // Экспериментальная и клиническая урология. 2014. N 2. С. 77-81.
7. Моисеева Т.Н., Серпик В.Г., Куликов А.Ю. Фармакоэкономический анализ лечения хронического бактериального простатита с применением монотерапии антибиотиками и комбинацией антибиотиков с препаратом вобэнзим. // Эффективная фармакотерапия. 2012. N 40. С. 24-29.
8. Авдошин В.П., Андрюхин М.И., Пульбере С.А., Макаров О.В., Михайликов Т.Г. Оценка клинической эффективности препарата лонгидаза в комплексном лечении больных хроническим простатитом. // Эффективная фармакотерапия, 2012. - N 43. С. 22-25.
9. Глыбочко П.В., Аляев Ю.Г., Демидко Ю.Л., Мянник С.А. Применение растительных препаратов в лечении хронического простатита. // Эффективная фармакотерапия. 2012. N 43. С. 26-31.
10. Одилов Б.Х., Джаборова Т.М., Бобиев Г.М., Рахимов И.Ф. Влияние тимоцина на показатели крови больных при комплексной терапии хронического простатита. // Известия Академии наук Республики Таджикистан. Отделение физико-математических, химических, геологических и технических наук, 2014. Т. 155, N 2. С. 77-81.
11. Krieger JN, Lee SW, Jeon J, Cheah PY, Liong ML, Riley DE. Epidemiology of prostatitis. // Int J Antimicrob Agents. 2008. Vol. 31, Suppl 1. P. 85-90.
12. Nickel JC, Downey J, Hunter D, Clark J. Prevalence of prostatitis-like symptoms in a population based study using the National Institutes of Health chronic prostatitis symptom index. // J Urol. 2001. Vol. 165, N 3. P. 842-845.

ТАБЛЕТКА СИЛДЕНАФИЛА с модифицированным* составом:

- Дает качественную эрекцию¹
- Обеспечивает минимум побочных эффектов²
- Не вызывает привыкания³



Силденафил
ДИНАМИКО

УДОВОЛЬСТВИЕ ДЛЯ МУЖЧИНЫ И СЧАСТЬЕ ДЛЯ ЖЕНЩИНЫ. БЕЗ ПРИВЫКАНИЯ

*По сравнению с таблеткой оригинального силденафила. Более подробная информация содержится в медицинской инструкции препарата.

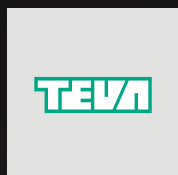
Наименование активного вещества: силденафила цитрат (в пересчете на силденафил – 25 мг, или 50 мг, или 100 мг в таблетке). Показание к применению: лечение эректильной дисфункции, характеризующейся неспособностью к достижению или сохранению эрекции полового члена, достаточной для удовлетворительного полового акта. Способ применения и дозы: внутрь, примерно за 1 час до сексуальной активности. По 50 мг 1 раз в сутки. С учетом эффективности и переносимости доза может быть увеличена до 100 мг или снижена до 25 мг.

Сведения о показаниях к применению препарата, способах его применения, режиме дозирования, противопоказаниях, мерах предосторожности и возможных побочных действиях содержатся в инструкции по медицинскому применению.

1. Более подробная информация содержится в инструкции по медицинскому применению препарата Динамико.
2. В целом сопоставимо с другими препаратами из группы ингибиторов ФДЭ-5.
3. Отсутствуют данные, подтверждающие возникновение привыкания к препарату.

Информация предназначена для медицинских работников.

ООО «Тева»: Россия, 119049, Москва, ул. Шаболовка, д. 10, корп. 2. Тел.: +7 (495) 644-22-34, факс: +7 (495) 644-22-35; www.teva.ru



ПЕРЕД НАЗНАЧЕНИЕМ НЕОБХОДИМО ОЗНАКОМИТЬСЯ С
ИНСТРУКЦИЕЙ ПО МЕДИЦИНСКОМУ ПРИМЕНЕНИЮ ПРЕПАРАТА