

НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ
 МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
 ДУ «ІНСТИТУТ УРОЛОГІЇ НАМН УКРАЇНИ»
 АСОЦІАЦІЯ СЕКСОЛОГІВ ТА АНДРОЛОГІВ УКРАЇНИ
 УКРАЇНСЬКИЙ ІНСТИТУТ СЕКСОЛОГІЇ ТА АНДРОЛОГІЇ



МАТЕРІАЛИ ТРЕТЬОГО З'ІЗДУ СЕКСОЛОГІВ ТА АНДРОЛОГІВ УКРАЇНИ (частина 2)

15–16 травня 2014 року
 м. Київ

УДК 616-65-002+615.32

Діагностика хронічного простатиту: сучасні реалії та проблеми

І.І. Горпинченко¹, Є.А. Литвинець², О.П. Сандурський², В.І. Трищ²

¹ДУ «Інститут урології НАМН України», м. Київ

²ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

Діагностика хворих із різними формами хронічного простатиту є актуальною і далекою від вирішення проблемою. У статті проведено аналіз та узагальнення робіт вітчизняних та зарубіжних авторів, що дозволяє зробити висновок про недостатню ефективність існуючих методів діагностики даної патології. Це вимагає пошуку нових та вдосконалення існуючих методик діагностики різних форм хронічного простатиту.

Ключові слова: хронічний простатит, діагностика.

Хронічний простатит на даний час залишається доволі поширеним, недостатньо вивченим, таким, що погано піддається лікуванню, захворюванням. Він посідає перше місце серед запальних захворювань чоловічої статеві сфери і одне з перших місць серед захворювань у чоловіків в цілому. Уражує простатит переважно чоловіків молодого і середнього віку, тобто найбільш сексуально активних, і нерідко ускладнюється порушенням копулятивної та репродуктивної функції [1, 3, 4, 7]. Останнім часом простатит все частіше виявляється у чоловіків похилого віку, включаючи його поєднання з доброякісною гіперплазією передміхурової залози (ДППЗ) [8]. Тому проблема підвищення ефективності діагностики і лікування хронічного простатиту має не тільки медичне, але і соціальне значення.

Зараз багато урологів пов'язують збільшення кількості хворих на хронічний простатит не тільки з ростом числа інфекцій, що передаються статевим шляхом, зміною в статевій поведінці, урбанізацією та іншими соціальними, демографічними і медичними факторами, але і появою більш досконалих методів діагностики [5]. Але діагностика хронічного простатиту представляє певні труднощі, оскільки в більшості випадків навіть значні морфологічні зміни в передміхуровій

залозі (ПЗ) можуть перебігати клінічно безсимптомно. Так, В.Д. Bennet і співавтори при патологоанатомічному дослідженні трупів 150 чоловіків, які при житті не пред'являли скарг, що свідчили про простатит, і померли у віці від 16 до 42 років, виявили запальний інфільтрат в залозистому епітелії ПЗ в 110 випадках (73%) [10]. К. Bostrom при аналогічному дослідженні 100 трупів чоловіків виявив морфологічні зміни в ПЗ, характерні для хронічного простатиту, у 80 із них.

Вивчення простатиту має багатовікову історію. Herophylus вперше описав ПЗ, як орган приблизно у 350 році до нашої ери, а Legneau – в 1815 році опублікував свої спостереження про запальний процес у ПЗ. Уперше простатит в окрему нозологічну одиницю виділив у 1800 році Belfield.

На сучасному етапі для встановлення діагнозу хронічного простатиту необхідне комплексне обстеження чоловіків.

На думку низки авторів [4, 14] та виходячи з нашого особистого досвіду, слід зазначити, що обстеження хворих слід проводити за визначеним планом, у якому виділяють три етапи. На першому етапі, на підставі анамнестичних та об'єктивних даних, а також результатів лабораторних досліджень (загального аналізу сечі, секрету ПЗ, виділень з сечівника) визначають форму простатиту. На другому етапі передбачені цільові дослідження. Якщо встановлений діагноз хронічного інфекційного простатиту, то призначають бактеріологічний посів експриматів. За відсутності лейкоцитарної реакції залози виконують провокувальні заходи, наприклад, пальцевий масаж ПЗ і сім'яних міхурців. Після 2–5 масажів, як правило, виявляють запальні вогнища, з'являється лейкоцитарна реакція. Після цього проводять бактеріологічне дослідження. Для провокації запального процесу застосовують і інші заходи: провокаційні тести з пірогенамом (продигізоаном) і

преднізолоном. У разі негативних бактеріологічних посівів проводять дослідження на грибки, трихомонади, віруси, хламідії та ін. На третьому етапі з метою встановлення головних механізмів патогенезу оцінюють стан загальних регуляторних систем – автономної нервової, психічної, ендокринної, дослідження сперматогенезу і т.д. [7, 15].

При вивченні анамнезу важливе значення приділяють скаргам хворого на біль і неприємні відчуття в промежині, крижах, яечках та надлобковій ділянці, підвищення температури тіла, порушення акту сечовиділення. Важливо визначити інтенсивність болю, його характер, періодичність та зв'язок з фізичним напруженням, еякуляцією, сечовиділенням. Уточнюється, чи не хворів раніше пацієнт уретритом різної етіології, орхоепидидимітом. З'ясовують режим та ритм статевого життя.

А також, на нашу думку, доцільно проводити анкетування при зверненні та в процесі лікування за модифікованою міжнародною системою оцінки симптомів при захворюваннях ПЗ.

У матеріалах 2-ї (1993) та 3-ї (1995) Міжнародних нарад з питань ДППЗ була опублікована і рекомендована в якості офіційного інструменту для оцінювання пацієнтів із симптомами ДППЗ – Міжнародна система оцінки симптомів при захворюваннях ПЗ (International Prostate Symptom Score – IPSS) [1, 22]. Nickell J.C. і Sorensen R. пропонують для суб'єктивного оцінювання стану хворого на хронічний простатит модифікацію міжнародної системи IPSS [40]. У зазначеній роботі наводять сумарну кількісну характеристику симптоматики хронічного простатиту, яка дещо не співпадає з такою при ДППЗ, але адаптація її змісту до простатиту, на наш погляд та думку інших авторів [1], достатньо вдала. Тест зручний для кількісного оцінювання суб'єктивних проявів хвороби, що дозволяє визначити ефективність застосованого лікування. В основу системи закладена анкета, яка створена для самостійного застосування пацієнтами. В анкеті є 10 стандартних запитань, які стосуються ступеня вираженості окремих симптомів і одне запитання, яке оцінює якість життя (Quality of Life) (таблиця).

На 10 запитань є 6 варіантів відповідей, а на запитання про якість життя – 7 варіантів. Відповідь на кожне запитання має свій бал: від 0 до 5; відповідь на останнє запитання оцінюється від 0 до 6 балів. Таким чином, сума балів симптоматики може коливатися від 0 до 50. Для симптоматичного статусу використовують позначення S, а для якості життя L.

Якість життя, або повнота життєвідчуттів, один з порівняно нещодавно увійшовших в практику існуючих суб'єктивних критеріїв вираженості тривалоперебігаючих патологічних процесів, дозволяє оцінити актуальність і значущість для пацієнта існуючого у нього хронічного запалення ПЗ.

При загальному огляді звертають увагу на будову тіла, зріст, конституцію хворого, стан шкіри (сухість, підвищена пігментованість). Зовнішнє обстеження статевих органів починають із огляду статевого члена, наявності запалення його передньої шкірочки і головки. Звертають увагу на можливість супутнього або передуючого уретриту (гіперемія, набряк, злипання зовнішнього отвору сечівника, виділення із сечівника, їх інтенсивність і характер).

Після цього обстежують калитку та розташовані в неї органи (яєчка, придатки яєчок, сім'яний канатик, сім'явивідна протока). При детальній пальпації цих органів ураховують їхні розміри, форму і консистенцію, визначають болісні місця.

Пальцеве обстеження ПЗ і сім'яних міхурців дає можливість оцінити їхній морфологічний і функціональний стан, а також отримати секрет цих залоз. Обстеження починають з огляду заднього проходу, з метою виявлення геморою, тріщин, запальних змін слизової оболонки, проктиту,

новоутворень. Потім досліджують ПЗ.

Пальпація ПЗ і дослідження її секрету має першочергове значення в діагностиці хронічного простатиту. При пальпації ПЗ визначають її розміри, форму, характер і однорідність консистенції, стан поверхні, вираженість середньої бороздки, чіткість меж і ступінь болочості. Але якщо процес в ПЗ носить локальний характер, обмежується вивідними протоками і частково слизовою оболонкою залозистих часток, то ПЗ при ректальному дослідженні може видаватися нормальною. Цей фактор знижує цінність методу.

Дослідження секрету ПЗ до теперішнього часу є основним методом лабораторної діагностики хронічного простатиту. Для правильного забору матеріалу, безпосередньо перед дослідженням, хворий повинен частково або повністю звільнити сечовий міхур, щоб до секрету не потрапили домішки виділень сечівника. Як правило, після легкого масажу ПЗ із зовнішнього отвору сечівника виділяється декілька крапель секрету, який збирають в пробірку або на предметне скло. Бактеріоскопічно досліджуючи секрет в нативному препараті, проводять підрахунок чисельності лейкоцитів і лецитинових зерен.

Лейкоцитарна реакція секрету ПЗ свідчить про активність запального процесу. Патологічна лейкоцитарна реакція секрету ПЗ спостерігається у 95% хворих на хронічний простатит. Причому, у 20–30% хворих лейкоцити покривають усе поле зору. У 40–50% нараховується до 100 лейкоцитів в полі зору і у 10–20% – не більше 30–50 лейкоцитів в полі зору [12, 17]. Згідно з рекомендаціями наукової групи ВООЗ, основною лабораторною ознакою хронічного простатиту є виявлення в простатичному секреті більше 10 лейкоцитів в полі зору і зменшення кількості лецитинових зерен при збільшенні мікроскопа в 400 раз. Більшість науковців дотримується думки експертів ВООЗ, але підкреслюють необхідність багаторазового дослідження секрету ПЗ (не менше 3–4 раз).

Ураховуючи, що часто запалення ПЗ протягом тривалого часу може перебігати без суб'єктивних і об'єктивних симптомів, достовірну інформацію можуть дати спеціальні лабораторні дослідження. Загальний аналіз крові в разі поширеного запалення ПЗ та в стадії загострення простатиту характеризується підвищенням лейкоцитозу до $(8-10) \times 10^9/\text{л}$ і зростанням ШОЕ до 20 мм/г. У період ремісії картина крові, як правило, не змінюється.

Сеча у цих пацієнтів здебільшого не містить патологічних домішок, якщо не має супутніх захворювань сечостатевої системи. Для виявлення хронічного простатиту проводять двох- і трьохстаканну пробу [8, 16]. Бактеріологічне дослідження третьої порції сечі, на думку цих авторів, може допомогти встановленню етіології захворювання.

Із лабораторних методів діагностики «золотим стандартом» залишається класичний тест Е.М. Meares і Т.А. Stamey (1968): збір першої і другої порції сечі, одержання секрету ПЗ шляхом масажу і потім третьої порції сечі. Мікроскопічні і бактеріологічні показники встановлюють наявність запального процесу і його локалізацію. Дане дослідження в спрощеному вигляді описано J.C. Nickell в якості Pre-and Post Massage Test (1997). Достовірною ознакою хронічного бактеріального простатиту – мікробне число (КОЕ), яке перевищує 10^6 мл (для епідермального стафілокока – 10^5 мл) (Arakawa S. et al., 1994). Доказовим також є вміст бактерій в секреті і третій порції сечі, що у 10 і більше разів перевищує його в другій порції. Незважаючи на простоту, метод має свої недоліки: а) для дослідження необхідна відносно велика кількість виділень; б) із зменшенням кількості ушкоджених часток знижується достовірність; в) велика ймовірність потрапляння в третю порцію сечі мікроорганізмів з парауретрального залоз [30, 39].

Серед методів діагностики певне значення має тест кристалізації, який дозволяє виявити гормональну насиченість,

МАТЕРІАЛИ СЪЕЗДА

Суб'єктивна тест-діагностика простатиту (IPSS)

Частота появи симптомів за останній місяць	Не буває	Не частіше 1 разу на тиждень	Менше ніж у половини випадків	Приблизно у половини випадків	Більше ніж у половини випадків	Майже завжди
Різи при сечовипусканні	0	1	2	3	4	5
Болючий оргазм	0	1	2	3	4	5
Неприємні відчуття в калитці	0	1	2	3	4	5
Те саме в крижах або попереку	0	1	2	3	4	5
Те саме в ділянці промежини	0	1	2	3	4	5
Те саме в ділянці головки статевого члена	0	1	2	3	4	5
Наказові (імперативні) позиви до сечовипускання	0	1	2	3	4	5
Неодноразові нічні сечовипускання	0	1	2	3	4	5

Якість життя, яка оцінюється самим пацієнтом

Як ви оцінюєте якість життя	Відмінно	Добре	Задовільно	Важко сказати	Погано	Дуже погано	Жахливо
	0	1	2	3	4	5	6

Індекс оцінки якості життя L= Оцінка загального стану за сумою балів (S+L):
 легкий ступінь – не більше 7 балів;

середній ступінь – від 8 до 19 балів;
 тяжкий ступінь – від 20 до 35 балів;
 дуже тяжкий – більше 35 балів.

а також – простатит. При нормальній функції ПЗ кристалізація її секрету у фізіологічному розчині натрію хлориду має вигляд листка папороті. При порушенні функціонального стану залози у хворих на хронічний простатит визначаються три види відхилень в малюнку кристалізації [2, 43]. Зміни в малюнку кристалізації залежать від тривалості захворювання і важкості клінічного перебігу. Значні зміни в кристалізації спостерігаються при довготривалому перебігу захворювання і у хворих на хронічний простатит з пришвидшеною еякуляцією і ослабленою ерекцією [2].

Одним із провідних методів діагностики вважають бактеріологічне дослідження секрету. На основі результатів цього дослідження визначають вид лікування. Результати бактеріологічних досліджень мають першочергове значення для диференціальної діагностики бактеріального простатиту з різного роду простатодиніями. При затяжному і хвилеподібному перебігу хронічного простатиту доцільне дослідження на виявлення змінених форм бактерій, уреоплазм, хламідій, гарднерел, вірусу герпесу, цитомегаловірусу всіма доступними методами: мікроскопічне, бактеріологічне та серологічне дослідження, імуноферментний аналіз, пряма і непряма імунофлюоресценція, полімеразна ланцюгова реакція [12, 26, 33].

Коли є труднощі в одержанні секрету ПЗ, можна використовувати мікроскопічне і бактеріологічне дослідження еякуляту, в якому секрет ПЗ складає від 30% до 40%. На відміну від попередніх класифікацій, в класифікації простатиту НІН (1995) дослідженню еякуляту відводиться важлива роль, це зумовлено зв'язком запальних змін в еякуляті з запаленням в ПЗ та інших органах репродуктивної системи. Використання в діагностиці хронічного простатиту крім секрету ПЗ еякуляту має підвищити виявлення запальних захворювань ПЗ. За даними деяких авторів, діагностика, яка ґрунтується тільки на дослідженні секрету ПЗ не дозволяє виявити запальні зміни майже у 50% пацієнтів із запальним синдромом хронічного тазового болю [18]. Дослідження еякуляту дозволяє в деяких випадках провести диференціальну діагностику між запальним і незапальним синдромом тазового болю; визначити залучення органів репродуктивної системи в запальний процес; визначити якість сім'яної рідини.

У частини пацієнтів з хронічним простатитом відзначено погіршення якості сперми (кількості сперматозоїдів, рухливості, морфології) [35], але ці дані слід інтерпретуватися з обережністю. Найчастішим маркером запалення є кількість лейкоцитів в еякуляті. У нечисленних дослідженнях, присвячених оцінці параметрів еякуляту чоловіків з хронічним простатитом, виявлена висока частота піоспермії [36]. У літературі підвищення кількості лейкоцитів в еякуляті вважається характерним для запальних форм простатиту [38]. У той час, у деяких роботах виявлена низька кореляція між кількістю лейкоцитів в секреті ПЗ і еякуляті пацієнтів з хронічним простатитом [45]. Однією з проблем трактування піоспермії є неможливість точно визначити локалізацію вогнищ запалення. Еякулят є багатоскладовою рідиною, компоненти якої виробляються яєчками, придатками яєчок, сім'яними міхурцями, ПЗ, перипростатичними і уретральними залозами. Кожне з цих утворень окремо або разом може бути джерелом піоспермії. Спеціалісти, які займаються проблемами репродукції, визнають більш високу поширеність простатиту по відношенню до запалення інших органів репродуктивної системи [32].

Дослідження еякуляту при хронічному простатиті має подвійне значення: за цими даними встановлюють стан фертильності і ступінь запалення. В останні роки з цією метою широко використовують біохімічні методи дослідження секрету ПЗ і еякуляту [13, 48].

Встановлено низку фізико-хімічних і біологічних змін секрету ПЗ, які можуть бути додатковими діагностичними критеріями хронічного простатиту. До них слід віднести зсув рН секрету в лужну сторону, підвищення концентрації імуноглобулінів А і G, зниження вмісту кислотої фосфатази при загостренні запального процесу, а також підвищення активності лізоциму, а в низці випадків – ПСА. Діагностичне значення підвищення рН секрету ПЗ сумнівне, але деякі автори звертають увагу на підвищення рН до 8 і вище (в нормі 6,6±0,1) [27, 41, 42, 50].

Певну діагностичну цінність при лабораторному дослідженні секрету ПЗ і еякуляту представляє визначення іонів цинку, фруктози, лимонної кислоти, рівня активності лактаатдегідрогенази, лізоциму, церулоплазмину і трансфери-

ну. Але визначення більшості наведених речовин є складним і вимагає великих матеріальних затрат.

З метою виявлення і характеристики запального процесу в ПЗ досить інформативними є цитологічне дослідження мазків секрету залози, в тому числі люмінесцентно-цитологічне [19, 36]. Паралельно з ПЗ обстежують прилеглі і віддалені органи, що можуть бути джерелами інфікування ПЗ (сім'яні міхурці, бульбоуретральні залози, сечовий міхур, сечівник, пряма кишка та інші).

Як уже відзначалося вище, в останні десятиліття опубліковані чисельні імунологічні дослідження секрету ПЗ при хронічному простатиті. Спільним для більшості проведених досліджень є виявлене суттєве (в декілька разів), збільшення в секреті вмісту IgA, IgG і деяке збільшення IgM, в порівнянні з нормою. Доведена також спроможність імуноглобулінів фіксуватися на поверхні бактерій і на поверхні лейкоцитів секрету ПЗ з утворенням імунних комплексів. Крім того, літературні джерела свідчать, що в процесі розвитку хронічного простатиту знижується імунологічна реактивність організму. Це впливає на зміни (кількісні і функціональні) клітинного імунітету в секреті ПЗ [8, 11].

Разом із тим, навіть всебічне дослідження тільки секрету ПЗ не завжди може давати достатню інформацію відносно етіології і механізмів розвитку хронічного простатиту. Авторі зазначають, що ці дослідження подібні вивченню диму без обстеження вогнища [20].

Паралельно з вивченням місцевого імунітету при хронічному простатиті, в літературних джерелах висвітлені також деякі показники загального імунітету. Відзначено зниження імунологічної реактивності у 85% обстежених хворих на хронічний простатит, в тому числі у 78% – пригнічення фагоцитарної активності нейтрофілних гранулоцитів крові і зниження Т- і В-ланцюгів імунітету [34, 47].

Низка авторів виявили при хронічному простатиті аутоантитіла до тканин ПЗ, яєчок і сперматозоїдів. Було також встановлено, що чисельність циркулюючих в крові аутоантитіл до тканин ПЗ різко зростає при загостренні захворювання [25].

Таким чином, імунологічні дослідження при хронічному простатиті, оцінюючи загальну імунорезистентність організму, мають не тільки діагностичне, але і прогностичне значення.

Активно ведеться пошук надійних критеріїв детекції запального процесу в ПЗ. У даний час встановлено, що рівень прозапальних цитокінів сім'яної плазми – TNF β , IL-1b і IL-6 підвищений у деяких пацієнтів з хронічним простатитом / синдромом хронічного тазового болю, на відміну від пацієнтів без симптомів простатиту. Одержані попередні дані досить перспективні не тільки для підтвердження запалення, а також для оцінювання його вираженості і динаміки в процесі лікування [44].

Досить перспективним діагностичним і прогностичним фактором ефективності терапії хронічного простатиту є визначення в секреті низки компонентів кінінової системи, в тому числі калікреїну. Їхня активність в секреті ПЗ здорових чоловіків дорівнює нулю і з'являється, а потім зростає паралельно з підвищенням ступеня запалення ПЗ [46].

Дослідження гормонального фону у хворих на хронічний простатит, представляє значення як в діагностичному, так і в патогенетичному плані.

Доступною та досить інформативною при визначенні рівня статевих гормонів в організмі є андрогенна внутрішньошкірна проба. Ця проба дозволяє виявляти рівень андрогенної насиченості організму на різних етапах перебігу хронічного простатиту. Методика її проведення полягає в тому, що пацієнту вводять внутрішньошкірно (в верхню третину плеча) суміш із 0,2 мл ізотонічного розчину

натрію хлориду і 0,33 мг тестостерону пропіонату. По виникненню зони гіперемії, через декілька хвилин після ін'єкції, та її діаметру оцінюють рівень андрогенної насиченості організму. Досить простим для приблизної оцінки гормонального фону є люмінесцентно-мікроскопічний аналіз мазків-зскрібків із човноподібної ямки сечівника [11].

Більш глибокі знання про гормональний статус хворих на простатит дають складні спеціальні лабораторні дослідження. За допомогою цих методик у цих хворих виявляли зниження рівня тестикулярних андрогенів і підвищення рівня естрогенів в крові [21].

Крім того, у хворих на хронічний простатит може знижуватися глюкокортикоїдна активність кори надиркових залоз і підвищується активність гормонального і медіаторного ланцюгів симпатoadреналової системи [38].

Деякі автори пропонують визначати антиоксидантну активність секрету ПЗ для виявлення хронічного простатиту. У хворих на хронічний простатит цей показник знижується на ранній стадії захворювання і може служити цінним діагностичним тестом [43].

Можливості ультразвукової сонографії для підтвердження діагнозу хронічного простатиту обмежені. Описано близько 8 УЗД-ознак даного захворювання, але вони не володіють високою специфічністю. Ехографічними методами дослідження ПЗ є: трансабдомінальний, трансректальний, трансуретральний, трансперинеальний. У зв'язку зі значним віддаленням ПЗ від скануючої поверхні при трансабдомінальному УЗД, чутливість методу у виявленні патологічних змін структури органа низька. Крім цього, при трансабдомінальній ехографії в більшості випадків недостатньо добре візуалізується передня поверхня переміхурової залози і її верхівка. На сьогодні всі сучасні спеціалізовані клініки та кабінети оснащені високочастотними ректальними датчиками, які дозволяють візуалізувати найдрібніші зміни структури ПЗ. Трансуретральні дослідження ПЗ в нашій країні практично не використовують через відсутність необхідного обладнання. Трансперинеальне сканування також використовують нечасто. Але слід зазначити, що при трансперинеальній ехографії краще, ніж при трансабдомінальній, візуалізується верхівка і передні відділи органа.

При хронічному простатиті в паренхімі ПЗ видно значні ділянки зниженої щільності і рідинні включення, що пояснюється кістозним переродженням ацинусів. Виявляються негомогенні помірні ехопозитивні утворення в ПЗ в інфільтративній стадії захворювання і виражені при склерозивному процесі у чоловіків, що давно хворіють. Вважають, що акустичні ознаки хронічного простатиту багато в чому залежать від його форми. Так, при конгестивному простатиті під час УЗД відзначаються збільшення залози в обсязі і зниження її ехогенності (гіпоехогенна структура). При хронічному простатиті, який перебігає тривалий час, ехогенність органа значно підвищується. При трансректальному УЗД виділили три основні ознаки хронічного простатиту: 1) вінчик низької ехогенності в периуретральній зоні ПЗ; 2) множинні низькоехогенні ділянки, що надають залозі гетерогенної ехоструктури; 3) відсутність ехосигналу у ділянках, суміжних із залозою (за рахунок розширених перипростатичних вен) [8, 28].

Є дані про високу ефективність кольорової ультразвукової ангіографії в діагностиці і в оцінюванні ефективності лікування хронічного простатиту. Вважають, що за допомогою кольорового доплерівського картування ПЗ, яке включає одержання зображення тканини ПЗ, її судинного малюнка і функціональні показники, стане можливим здійснювати високоточну діагностику ранніх форм хронічного простатиту [6, 12, 31].

M.D. Rifkin і співавтори відзначили збільшення кількості

судин в ділянці вогнищ запального процесу та поблизу сечівника при хронічному простатиті. Р.В. Янаков та співавтори, навпаки, встановили зменшення щільності судинного сплетіння переважно в центрі ПЗ. А.В. Зубарев і В.Е. Гажинова виявили значне зменшення кількості судин та їхнього діаметра у хворих на хронічний простатит [9]. Відповідно до патогенезу хронічного простатиту доцільно вивчати функціональні показники судин ПЗ. У літературі зустрічаються поодинокі роботи, присвячені цій темі. Вони ґрунтуються на малій кількості спостережень і дають неповну інформацію. Статистично достовірні зміни функціональних показників внутрішньорганного кровообігу одержані тільки в разі доброякісної гіперплазії та раку ПЗ.

Отже, питання кольорового доплерівського картування ПЗ висвітлені недостатньо, немає чітких критеріїв оцінювання змін функціональних показників судин, методу не відведена відповідна роль в клінічній практиці та місце в комплексній діагностиці хронічного простатиту. Але слід зазначити, що якими б перевагами не володіло УЗД, воно є лише складовою частиною комплексного обстеження хворих на хронічний простатит.

Урофлоуметрія є простим і надійним способом визначення стану уродинаміки у хворих на хронічний простатит, вона дозволяє своєчасно виявити ознаки інфравезикальної обструкції, здійснювати динамічне спостереження [24].

Хворим з довготривало перебігаючим запальним процесом в ПЗ вважають за доцільне використовувати уретроскопію. Дослідження проводять з допомогою «сухих» або «іригаційних» уретроскопів. Ендоскопічне дослідження підтверджує або заперечує супутній уретрит, дозволяє виявити інфільтрати, літреїти, куперити та виявляє характерні для запального пошкодження ПЗ зміни слизової оболонки простатичного відділу сечівника і сім'яного міхурця, які мають місце, за даними авторів [12, 29], приблизно у 70% хворих. Але деякі автори на основі власного досвіду вважають, що запалення ПЗ майже завжди супроводжується фолікулітом та заднім уретритом. Тому необхідність в діагностичній уретроскопії відпадає [16]. Крім цього, подразнення рецепторної зони сім'яного горбика спричинює різке порушення не тільки мікроциркуляції, але і моторної функції ПЗ. Уретроскопія, на думку дослідників, більш доцільна при виконанні лікувальних процедур. При підозрі на стриктуру сечівника або склероз шийки сечового міхура показана уретроцистографія.

В останні роки застосовують дослідження, основані на використанні ядерно-магнітного резонансу. Методику

успішно використовують у диференціальній діагностиці захворювань ПЗ, оскільки дозволяє оцінити топографію, розміри, форму залози, виявити ділянки запалення чи новоутворення.

Пункційна біопсія ПЗ залишається в основному методом диференціальної діагностики хронічного простатиту, раку ПЗ і її доброякісної гіперплазії. Біопсію виконують трансректальним або трансперинеальним доступом. Але у біопсії ПЗ є два суттєвих недоліки: а) дослідження дає уяву про крихітну ділянку ПЗ, яка потрапила в просвіт голки, а це при вогнищевих процесах може призвести до діагностичних помилок; б) через травматичність дослідження можливі ускладнення, кровотеча, септичні стани, перфорація сечового міхура та прилеглих органів [49].

Наведені вище способи діагностики хронічного простатиту свідчать про різносторонній підхід до даної проблеми.

ВИСНОВКИ

1. Одноразові дослідження секрету передміхурової залози (ПЗ) не завжди дозволяють підтвердити чи виключити запалення. Наявність клінічних проявів при нормальному аналізі секрету ПЗ є основою для повторного дослідження після проведення декількох масажів ПЗ. Неодноразові дослідження секрету ПЗ підвищують імовірність виявлення запальних форм хронічного простатиту.

2. Дослідження еякуляту сприяє виявленню запальних форм хронічного простатиту у частини пацієнтів, але інтерпретацію піоспермії при нормальному аналізі секрету ПЗ слід проводити з обережністю у зв'язку з можливістю її непростатичного походження.

3. Мікробіологічне дослідження порцій сечі і секрету ПЗ мають низьку інформативність у зв'язку з обмеженим спектром мікроорганізмів, які здатні рости на стандартних середовищах, а також з особливостями перебігу запального процесу в ПЗ. Незважаючи на це даний метод топічної діагностики запалення нижніх сечових шляхів залишається «золотим стандартом» для детекції бактеріальної інфекції ПЗ, який дозволяє провести диференціальну діагностику серед запальних форм хронічного простатиту і обґрунтувати раціональну антибактеріальну терапію у хворих на хронічний бактеріальний простатит.

Таким чином, проблема діагностики хронічного простатиту зберігає свою актуальність і далека від остаточного вирішення. Пошук надійних маркерів запалення і методів діагностики, які б можна було рекомендувати до використання в практичній охороні здоров'я, продовжується.

Диагностика хронического простатита: современные реалии и проблемы

И.И. Горпинченко, Е.А. Литвинец, О.П. Сандурский, В.И. Триш

Диагностика больных с разными формами хронического простатита является актуальной и далекой от решения проблемой. В статье проанализированы и обобщены работы отечественных и зарубежных авторов, что дает возможность сделать вывод о недостаточной эффективности существующих методов диагностики данной патологии. Это требует поиска новых и совершенствования существующих методик диагностики разных форм хронического простатита.

Ключевые слова: хронический простатит, диагностика.

The diagnostic of chronic prostatitis and the contemporary figure and problems

I.I. Gorpynchenko, Ye.A. Lytvynets, O.P. Sandurski, V.I. Trisch

The diagnostic of patients with different forms of chronic prostatitis is an actual problem and far from the decision. In clause the analysis and generalization of works of domestic and foreign authors that allows to make the unfavourable conclusion about effects existing methods of treatment pathologies. It demands search new and improvements of existing methods of diagnostic of patients with different forms of chronic prostatitis.

Key words: chronic prostatitis, diagnostic.

МАТЕРИАЛЫ СЪЕЗДА

Сведения об авторах

Горпинченко Игорь Иванович – ГУ «Институт урологии НАМН Украины», 04053, г. Киев, ул. Ю.Коцюбинского, 9а.
E-mail: sexology@sexology.kiev.ua

Литвинец Евгений Антонович – Ивано-Франковский национальный медицинский университет, 76018, г. Ивано-Франковск, ул. Галицкая, 2; тел.: (0342) 52-59-80

Сандурский Олег Петрович – Ивано-Франковский национальный медицинский университет, 76018, г. Ивано-Франковск, ул. Галицкая, 2; тел.: (0342) 52-59-80

Триц Владимир Иванович – Ивано-Франковский национальный медицинский университет, 76018, г. Ивано-Франковск, ул. Галицкая, 2; тел.: (0342) 52-59-80

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Арнольди Э.К. Хронический простатит. – Ростов-на-Дону: Феникс, 1999. – 320 с.
2. Бабюк И.А. Современная диагностика хронического простатита // Журнал дерматологии и венерологии. – 1998. – № 1. – С. 75–77.
3. Бойко М.И. От чего страдает «второе сердце» мужчины? // Доктор. – 2001. – № 5. – С. 90–91.
4. Возианов А.Ф., Люлько А.В. Атлас-руководство по урологии. – Днепропетровск: Днепр – VAL, 2001.
5. Винник Ю.Ю. Современное состояние вопроса о диагностике хронического простатита // Андрология и генитальная хирургия. – 2004. – № 1–2. – С. 8–15.
6. Горпинченко И.И., Клименко П.М., Павловский Ю.Э. Дифференциальная ультразвуковая диагностика простатитов. // Здоровье мужчины. – 2005. – № 1. – С. 111–113.
7. Гомелла Л.Г., Фрайд Д.Д. Простатит и другие заболевания предстательной железы / Пер. с англ. В. Яковлева. – М.: Кронпресс, 1998. – 224 с.
8. Дзюрак В.С., Сапсай В.И., Сапсай А.В., Бойко А.И. Хронический простатит. – К.: Ходак, 2003. – 124 с.
9. Зубарев А.В., Гаждонова В.Е. Цветовая ультразвуковая ангиография в исследовании предстательной железы // Визуализация в клинике. – 1997. – № 10. – С. 21–26.
10. Кузнецкий Ю.Я. Критический взгляд на проблему диагностики хронического простатита // Андрология и генитальная хирургия. – 2005. – № 2. – С. 6–11.
11. Литус А.И. Аутоиммунные и гормональные механизмы развития хронического простатита // Актуальні питання дерматовенерології. – Дніпропетровськ, 1999. – С. 123–126.
12. Литвинец Е.А., Костенко Л.В. Кольорова ультразвукова ангиографія в діагностиці хронічного простатиту // Галицький лікарський вісник. – 2006. – № 1. – С. 40–42.
13. Пивоваров П.И., Кубильос Х., Пушкарь А.М. Современные подходы к диагностике и лечению заболеваний простаты. – Винница: Тезис, 1999. – 187 с.
14. Руководство по урологии / Под ред. Н.А. Лопаткина. – В 3 томах. – Т. 2. – М.: Медицина, 1998. – С. 393–440.
15. Стус В.П. Хронический простатит. – Днепропетровск: Пороги, 1996. – 66 с.
16. Ткачук В.М., Горбачев А.Г., Агулянский Л.И. Хронический простатит. – Л.: Медицина, 1989. – 208 с.
17. Юнда И.Ф. Простатиты. – К.: Здоров'я, 1987. – 192 с.
18. Ahlgen G., Rannevik G., Lilja H. Impaired secretory function on the prostate in men with oligo-asthenozoospermia // J. Androl. – 1995. – V. 16. – P. 491–498.
19. Bennett B.D., Richardson P.H., Gardner W.A. Histopathology and cytology of prostatitis // Prostate diseases / Eds. H. Lepor, R.K. Lawson. – W.B. Sanders Co. – Philadelphia, 1993. – P. 399–413.
20. Borgers M. Prostatitis // Acta Urologica Belgica. – 1993. – V. 61, N 1–2. – P. 61–173.
21. Braehler E. Complaint Complexes and Psychosomatic Aspects // Prostatitis. Etiopathology, Diagnosis and Therapy / Ed. W. Weidner, P.O. Madsen, H.G. Schiefer. – Springer-Verlag-Berlin, 1994. – P. 40–48.
22. Cockett A.T.K., Khoury S., Aso Y. et al. (eds) The 3rd International Consultation on Benign Prostatic Hyperplasia (BPH). Proceedings, 1996. – 651 p.
23. Criste Y., Gray D., Gallo B. Prostatitis: a review of diagnosis and management // Nurse Practitioner. – 1994. – V. 29, N 7. – P. 32–33, 37–38.
24. Diagnosis and treatment of 409 patients with prostatitis syndromes / de la Rosette I.I., Hubregtse M.R., Meuleman E.J., Stolc-Engelaar M.V., Debruyne F.M. // Urology. – 1993. – V. 41, N 4. – P. 301–307.
25. Doble A. The diagnosis, aetiology and pathogenesis of chronic non-bacterial prostatitis. In Nickel J.C. (ed), Textbook of Prostatitis. Oxford: Isis Medical Media, 1999: 130.
26. Doble A. Chronic prostatitis // British Journal of Urology. – 1994. – V. 74, N 5. – P. 537–541.
27. Doble A., Taylor-Robinson D. Diagnosis, etiology and pathogenesis of Abacterial prostatitis // Prostatitis. Etiopathology, Diagnosis and Therapy / Eds. W. Weidner, P.O. Madsen, H.G. Schiefer. – Springer-Verlag-Berlin, 1994. – P. 229–244.
28. Echography in prostatitis / Vespasiani Y., Virgili Y., Yuirioli A. etc. // Archivio Italiano Di Urologia. Andrologia. – 1994. – V. 66 (4 Suppl). – P. 37–40.
29. Evans D.T. Treatment of chronic abacterial prostatitis: a review (editorial) // International Journal of STD&AIDS. – 1994. – V. 5, N 3. – Y. 157–164.
30. Gleick P. Prostatitis: A State-of-the-Art Review of Diagnosis and Therapy Consultant 1998 (Febr.). – P. 345–355.
31. Hong S.J. and ol. Transrectal color Doppler imaging is effective for the posttreatment monitoring of prostatic inflammation // J. Urol. – 1996. – V. 155. – P. 480–488.
32. Jamamoto M., Hibi H., Miyake K. Prostate – specific antigen levels in acute and chronic bacterial prostatitis // Hinyokika Kyo –Acta Urologica Japonica. – 1993. – V. 39, N 5. – P. 445–449.
33. Krieger I.N. Chronic urogenital infections in men Prostatitis and related syndromes // Urologe-Ausgabe A. – 1994. – V. 33, N 3. – P. 196–202.
34. Leib Z., Bartoov B., Eltes B., Servadio C. Reduced semen quality caused by chronic abacterial prostatitis: an enigma or reality? // Fertil. Steril. – 1994. – V. 61. – P. 1109–1116.
35. Leigh D.A. Prostatitis – an increasing clinical problem for diagnosis and management // Journal of Chomotherapy. – 1993. – V. 32, Supple A. – P. 1–9.
36. Ludwig M., Weidner W. Prostatitis // Therapeutische Umschau. – 1995. – Bd 52, N 6. – S. 367–373.
37. McNaughton Collins M., Fowler Jr. F.J., Elliot D.B., Albertsen P.C., Barr J.M. Diagnosing and treating chronic prostatitis: do urologists use the four-glass test? Urology, 2000; 55: 403–407.
38. Naide J. Prostatitis and its related disorders // Nippon Hinyokika Yakkai
39. Lasshi – Japanese Journal of Urology. – 1993. – V. 84, N 4. – P. 625–641.
40. Nickel J.C. Prostatitis: lessons from the 20-th century // Brit. J. Urol. – 2000. – V. 85. – P. 179–185.
41. Nickel J.C. The pre- and post massage test (PMT): a simple screen for prostatitis. Tech. Urol., 1997; 3: 38–43.
42. Pansadoro V., Emiliozzi P., Defidio L., Scarpone P., Sabatini G., Lauretti S. PSA and prostatitis in men under fifty // J. Urol. – 1996. – V. 155. – P. 1458–1461.
43. Persson B.E., Ronquist G. Evidence for a mechanistic association between nonbacterial prostatitis and levels of urate and creatinine in expressed prostatic secretion // J. Urol. – 1996. – V. 155. – P. 958–960.
44. Prostatic fluid inflammation in prostatitis / Wright E.T., Chiel I.S., Yrayhack I.T. et al. // Journal of Urology. – 1994. – V. 152, N 6, Pt. 2. – P. 2300–2303.
45. Prostatitis. Etiopathology, diagnosis and therapy / Weidner Ed.W., Madsen O.P., Schiefer H.G. // Springer-Verlag – Berlin Neidelberg, 1994. – 217 p.
46. Rivero V.E., Gribarren P., Riera C.M. Mast cells in accessory glands of experimentally induced prostatitis in male w-star rats // Clin. Immunol. Immunopathol. – 1995. – V. 74. – P. 236–242.
47. Roberts R.O., Jacobsen S.J., Rhodes T. et al. A community based study on the prevalence of prostatitis // J. Urol. – 1997. – V. 157. – P. 242A.
48. Shortliffe L.M.D., Sellers R.G., Schachter J. The characterization of nonbacterial prostatitis: search for an etiology // J. Urol. – 1992. – V. 148. – P. 1461–1466.
49. Socher S., O'Leary M.P., Richie J.P., Loughlin K.R., Kumar S. Prevalence of Proctatitits in men undergoing biopsy for elevated PSA or abnormal digital rectal exam // J. Urol. – 1996. – V. 155. – P. 457–462.
50. Turker Y.R. Chronic bacterial prostatitis (letter) // Aviation Space & Environmental Medicine. – 1994. – V. 64, N 6. – P. 547–549.