

ДО ДІАГНОСТИКИ ХРОНІЧНИХ ПРОСТАТИТІВ

*І.Д. Дужий, д-р мед. наук; Маді Мажед Ейса, ордин.; В.М.Пащенко
Сумський державний університет*

ВСТУП

Відомо, що питома вага захворювань простати займає 18-21% серед інших урологічних хвороб [1, 2]. Лікування простатитів не завжди дає бажані результати [3, 4]. У зв'язку з цим кількість хворих на хронічний простатит (ХП) зростає [5]. Здебільшого ефективність лікування залежить від своєчасності встановлення характеру та стадії процесу і застосування адекватної патогенетичної терапії.

Простатит завжди був одним із важких захворювань чоловічої статеві сфери. Етіологічних факторів, що призводять до патологічного процесу відомо багато. Серед них інфекційні та неінфекційні [1]. Локалізований процес у передміхуровій залозі, за цим автором, трапляється лише у 12,8% випадків. Значно частіше (87,2%) в процес втягуються інші органи статеві системи. Останнім часом все частіше трапляються хронічні форми захворювання, які поділяються на первинно хронічні та такі, при яких в анамнезі не важко знайти перенесений у минулому гострий простатит. Таку форму називають рецидивуючим, або вторинно хронічним, простатитом. Серед інших захворювань сечостатевої системи хронічний простатит трапляється у 62,1%, тоді як епідидиміт та уретрит у 11,9% та 26% відповідно [6]. Якщо 25-30 років тому ХП траплявся у 35-40% випадків хворих після 35 років [1], то в даний час у пацієнтів 20-45 рр. ця цифра зросла до 70% [7]. Окрім загальних проявів (температура, озноб) та місцевих (болі, дизурія), захворювання у 82% хворих викликає значні функціональні зміни, головними з яких є порушення копулятивної функції, патоспермія та значна загальна невротизація [1]. Останні чинники суттєво впливають на гармонію сімейного життя та дисгармонію соціальних взаємин [8].

Останніми роками все частіше трапляються хворі із неінфекційними простатитами, серед яких також переважають пацієнти на хронічний процес [9]. Такому перебігу хвороби сприяють соціальні зміни та професійна переадаптація суспільства, наслідком яких є гіпокінезія, що сприяє розвитку застійних явищ в органах малого таза та призводить до порушення кровопостачання передміхурової залози [4, 5]. Зазначене викликає ішемізацію її паренхіми [3] і, як наслідок, – функціональні порушення. Несвоєчасна діагностика незапального простатиту нерідко буває причиною наступних сексуальних розладів. Як правило, гострий простатит (ГП) і хронічні його форми (ХП) супроводжуються зміною форми і розмірів залози. Традиційне її обстеження пальцевим методом безумовно є якоюсь мірою об'єктивним, але значною мірою - відносним.

ПОСТАВЛЕННЯ ЗАВДАННЯ

Враховуючи зазначене, ми застосували ультразвукове дослідження (УЗД) передміхурової залози з метою математичної об'єктивізації її розмірів та вивчення можливості на цій підставі діагностувати стадію простатиту, його перебіг та ефективність терапії.

РЕЗУЛЬТАТИ

Спостерігали 47 хворих у віці 21-49 років. Серед них було 7 (10,6%) пацієнтів із гострим перебігом простатиту (ГП), 11 (23,9%) – із первинно хронічним простатитом (ПХП) і 29 (61,7%) – із рецидивуючим, або вторинно хронічним, простатитом (ВХП).

УЗД передміхурової залози проводили через промежину апаратом Hewlett packar. Використовувався датчик із частотою 2,5/2,0 МГц. Сканування виконувалося в ділянці промежини між анальним отвором і задньою частиною калитки. Вивчали три розміри залози: довжину, ширину і товщину. На підставі цих показників розраховували її об'єм.

Хворі першої групи (ГП) до прийняття у відділення не лікувалися. Процес у них розвинувся гостро і мав інфекційний неспецифічний генез. Розміри залози наведені у таблиці 1. Інтегральний її розмір - об'єм – у цих пацієнтів перебував у межах 22,2 см³– 30,1 см³.

Таблиця 1 - Гострий простатит

Пор. номер	I розм., см	II розм., см	III розм., см	Об'єм, см ³ .
1	3,6	4,0	3,9	30,1
2	3,1	3,6	4,6	25,8
3	3,6	3,3	3,4	22,2
4	3,7	3,5	3,8	27,0
5	3,8	4,0	3,4	28,4
6	3,4	3,6	3,9	26,7
7	3,8	3,1	3,7	23,9

Хворі другої групи (ПХП) раніше з приводу генітальних захворювань не лікувалися. Під час прийняття у відділення головними скаргами були функціональні порушення, в тому числі і копулятивні. Температури та ознак інфекційного захворювання практично не було або були мінімальними. Даний процес – первинно хронічний простатит - можна було інтерпретувати як простатоз, тобто хронічний дистрофічний процес. Відомо, що до таких захворювань нерідко приєднується і мікробний фактор, тоді воно має змішаний характер за типом простатоз – інфекція– простатит, або інфекція – простатит – простатоз. Розміри залози цих хворих наведені у таблиці 2. Загальний її розмір - об'єм – перебував у межах 32,4 см³ – 40,1 см³.

Таблиця 2 - Хронічний простатит у хворих, що звернулися вперше

Пор. номер	I розм., см	II розм., см	III розм., см	Об'єм, см ³ .
1	4,8	3,7	4,6	39,6
2	3,9	3,6	4,2	32,4
3	4,2	3,9	3,9	35,1
4	4,1	3,8	4,2	35,9
5	4,6	3,7	4,1	38,4
6	4,0	3,9	4,3	36,9
7	4,3	4,1	3,7	35,8
8	4,4	4,1	3,8	37,7
9	4,5	3,6	4,1	36,6
10	4,8	3,7	3,9	40,1
11	4,0	4,2	4,3	39,7

Хворі третьої групи (ВХП) лікувалися багаторазово (від 2 до 5 разів) у різних лікувальних закладах. І ми це підкреслюємо: у різних лікувальних закладах. Чому? Тому що процес рецидивував, а хворі шукали і шукали лікаря, який нарешті зміг би їм допомогти. Чому процес рецидивував? – Коротка відповідь могла б бути такою: через неефективність попереднього лікування. Але це повинно бути предметом спеціальної розмови. Наразі ж потрібно підкреслити, що всім без винятку хворим цієї групи на попередніх етапах лікування обов'язково проводили масаж передміхурової залози. Отже, цей метод у хворих даної групи був універсальним. Розміри залози наведені у таблиці 3. Її загальний розмір - об'єм – сягав від 40,5 см³ до 67,0 см³.

Таблиця 3 - Хронічний простатит у хворих, що звернулися повторно

Пор. номер	I розм. см	II розм. см	III розм. см	Об'єм см ³	Пор. номер	I розм. см	II розм. см	III розм. см	Об'єм см ³
1	4,5	4,2	4,2	43,7	16	4,5	3,9	4,2	40,5
2	4,9	4,1	4,0	44,2	17	5,2	4,7	4,8	64,5
3	4,6	4,0	4,3	45,7	18	4,2	4,5	4,7	48,8
4	4,2	4,4	4,7	53,5	19	4,9	4,8	4,6	58,2
5	4,5	4,6	4,3	48,9	20	4,0	5,2	3,6	41,2
6	4,8	4,0	4,7	49,6	21	4,4	4,8	5,2	60,4
7	5,1	4,2	4,6	54,1	22	4,7	4,7	3,9	47,4
8	4,8	4,6	4,9	59,5	23	3,9	4,5	4,3	41,5
9	5,2	4,1	4,6	53,9	24	4,8	4,2	4,5	49,8
10	4,7	4,9	4,6	55,9	25	5,3	4,6	5,0	67
11	4,1	4,3	4,8	46,6	26	4,5	4,8	4,1	48,7
12	4,9	4,3	4,9	56,8	27	4,3	4,7	4,9	54,4
13	4,9	4,6	5,0	61,9	28	4,1	4,8	4,6	49,8
14	4,2	4,8	4,4	48,8	29	4,7	4,6	4,2	49,9
15	4,0	4,7	4,5	46,5					

ВИСНОВКИ

З наведених цифр видно, що і мінімальні, і максимальні розміри залози перевищували попередні у кожній наступній групі щонайменше на 10 мм³. Це дає можливість математично точно відрізнити об'єм передміхурової залози при гострих і хронічних простатитах. Разом із цим можна передбачити, що методики лікування можуть суттєво впливати на процес збільшення залози впродовж її попереднього лікування. Це стосується, головним чином, пацієнтів із вторинно хронічним простатитом, у яких було застосовано масаж залози. Отже, УЗД передміхурової залози із замірами її розмірів є об'єктивним методом діагностики хронізації хвороби. Сам процес хронізації простатиту залежить не стільки від тривалості хвороби, скільки від методів його лікування. Для остаточних висновків у цьому напрямі потрібно продовжувати подальші дослідження. Більше того, за розмірами передміхурової залози встановленим зазначеним методом можна говорити про характер її запалення: ГП, ПХП, ВХП, але для остаточного висновку потрібно набрати більший за обсягом статистичний матеріал, що буде предметом нашого вивчення.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Аркотов А.В., Кривицкий В.А., Панасовский И.А. Антибактериальная и иммунокорректирующая терапия у больных ХП//Врачебная практика.-2002.-№ 2.-С.69-70.
2. Raboch J., Bezek A. Mechanis-men des Versagens eine Studie on 334 Patienten mit Sexual Sto`rungen // Sexualmedizin.-1977.-V.6.-P.289-292.
3. Афонин А.В. //Ложноположительная реакция на сифилис у больных с ХП. Инфекции, передаваемые половым путем.-2002.-№ 5.-С.44-45.

4. Айламазан Э.Е., Устинкина Т.И. Генитальные воспалительные заболевания при бесплодии в семье // Вопросы охраны материнства и детства.-1991.-Т.36, № 6.-С.35-38.
5. Шевченко В.П., Мажед Ейса Маді, Пашенко В.М. та ін. До проблеми сучасного простатиту //Вісник СумДУ. - 2003. - № 7(53). - С.72-75.
6. Тиктинский О.Л., Новиков И.Ф., Михайличенко В.В. Заболевания половых органов у мужчин.- Л.:Медицина, 1985.-296 с.
7. Юнда И.Ф. Болезни мужских половых органов.-К.:Здоровье.-1989.-272 с.
8. Алляев Ю.Г., Винаров А.З., Локишин К.Л. и др. Кардура в лечении ХП//Научно-практический журнал «Здоровье».-2003.-№ 1.-С.32-34.
9. Неймарк А.И., Ломшаков А.А. Цветовая ультразвуковая ангиография в оценке результатов лечения ХП. - М.:Медицина // Урология.-2000.-№6.-С.21-23.

Надійшла до редакції 30 березня 2004 р.