

мов заболевания, локализацию камня (каменной), размеры и среднюю структурную плотность, показатели нарушения мочеиспускания (IPSS, урофлоуметрия, объем остаточной мочи), возраст, сопутствующие заболевания и т.д. После внедрения малоинвазивных методов лечения значительно снизилось количест-

во открытых операций, доля которых в нашем исследовании составила 1,6%. В большинстве случаев (61,4%) предпочтение отдавали дистанционной литотрипсии, а у трети больных (31,8%) использовали комбинированные методы лечения.

Сведения об авторах статьи:

Петр Витальевич Глыбочко – член-корр. РАМН, проф., директор НИИ Уронефрологии и репродуктивного здоровья человека, ректор Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, адрес: г.Москва ул. Большая Пироговская дом 2 стр 1.

Юрий Геннадьевич Аляев – член-корр. РАМН, проф., зав. кафедрой урологии Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, директор урологической клиники Первого МГМУ им.И.М.Сеченова, адрес: г.Москва ул.Большая Пироговская дом 2 стр 1.

Магомед Алхазурович Газимиев – д.м.н., проф. Кафедры урологии Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, адрес: г.Москва ул. Большая Пироговская дом 2 стр 1, e-mail: Gazimiev@yandex.ru

Вадим Игоревич Руденко – д.м.н., доцент Кафедры урологии Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, адрес: г.Москва ул. Большая Пироговская дом 2 стр 1.

Аскарар Мейрамбек Сатыбалдинович – д.м.н., врач-уролог, адрес: г.Москва ул. Большая Пироговская дом 2 стр 1.

Владимир Афанасьевич Беженар – аспирант Кафедры урологии Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, адрес: г.Москва ул. Большая Пироговская дом 2 стр 1, e-mail: bejenarik@mail.ru

Гагик Нерсесович Акопян – к.м.н., ассистент Кафедры урологии Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, адрес: г.Москва ул. Большая Пироговская дом 2 стр 1, e-mail: gagik.akopyan@mail.ru

ЛИТЕРАТУРА

1. Лопаткин Н.А. Доброкачественная гиперплазия предстательной железы. Под ред. Н.А.Лопаткина, М., 1999.
2. Гимпельсон Э.И. Камни почек и мочеточников. М.: Медгиз, 1956, 159 с.
3. Кузьменко Л.Н. Мочекаменная болезнь. Киев. Мед.изд. УССР, 1960, 274с.
4. Нечипоренко А.З., Ливший В.С. К диагностике хронического пиелонефрита у больных аденомой предстательной железы. Конференция, посвященной 100 летию со дня рождения проф. Н.И.Напалкова. Ростов на Дону, 1969. 420-426.
5. Аль-Шукри С.Х. Почечнокаменная болезнь у лиц старше 60 лет: Дисс. ...канд. мед. наук. Л., 1974.
6. Карпенко В.С., Богатое О.П. Хирургия аденомы предстательной железы. Киев: Здоровье, 1981, 168 с.
7. Клепиков Ф.А., Лобановский П.Ф., Россихтин В.В. Хирургическая тактика у больных аденомой предстательной железы и камнем нижней трети мочеточника. Материалы конференции урологов Казахстана. 1985, 372-373.
8. Пытель А.Я. О показаниях к аденомэктомии простаты у больных с патологическими процессами в почках. Урология, 1975, 3, 52-57.
9. Громов Ю.В. Лечение больных аденомой предстательной железы, сочетаемой с хирургическими заболеваниями почек и мочевого пузыря. Дисс. канд. мед. наук. М., 1988.
10. Багишев И.Б. Особенности дистанционной ударно-волновой литотрипсии у больных нефролитиазом в сочетании доброкачественной гиперплазией предстательной железы: Дисс. ... канд. мед. наук. СПб., 1999.
11. Трапезникова М.Ф., Дутов В.В., Базаев В.В., Галько А.А. Тактика лечения пациентов с камнями мочевыводящих путей в сочетании с инфравезикальной обструкцией. Материалы 3-й Всероссийской конференции "Мужское здоровье". М., 2006, 268-269.
12. Аль-Шукри С.Х., Ткачук В.Н., Сапелкин А.В., Багишев И.Б. Особенности дистанционной ударно-волновой литотрипсии у больных нефролитиазом в сочетании с доброкачественной гиперплазией предстательной железы. Пленум правления Российского общества урологов. М., 1998, 278-279.

УДК 616.65-002

© П.В. Глыбочко, А.З. Винаров, К.Л. Локшин, А.М. Пшихачев, А.М. Дымов, В.А. Варшавский, А.А. Левко, 2011

П.В. Глыбочко, А.З. Винаров, К.Л. Локшин,
А.М. Пшихачев, А.М. Дымов, В.А. Варшавский, А.А. Левко
**УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ И МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ПАРАЛЛЕЛИ
ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ АБАКТЕРИАЛЬНОМ ПРОСТАТИТЕ**
*НИИ уронефрологии и репродуктивного здоровья человека, г. Москва
ГОУ ВПО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова», г. Москва*

Ультразвуковое сканирование с помощью ректального датчика (ТРУЗИ простаты) стало «золотым стандартом» в ультразвуковой диагностике ХП. При ТРУЗИ у 77,8% выявлены описанные в литературе «ультразвуковые признаки хронического простатита». Однако ни один из описанных эхографических признаков хронического простатита у пациентов с длительно текущим хроническим простатитом достоверно чаще не регистрируется у пациентов с или без воспаления в ткани предстательной железы при морфологическом исследовании. Ориентироваться на результаты, полученные при ТРУЗИ при установлении диагноза ХП у такой группы больных, а также распределении пациентов по категориям ХП не следует.

Ключевые слова: Хронический абактериальный простатит, биопсия простаты, УЗИ простаты, морфологическое исследование.

P.V. Glybochko, A.Z. Vinarov, K.L. Lokshin,
A.M. Pshihachev, A.M. Dymov, V.A. Varshavskiy, A.A. Levko
**ULTRASOUND AND MORPHOLOGICAL PARALLELS
IN CHRONIC ABACTERIAL PROSTATITIS**

The transrectal ultrasound (TRUS) examination of the prostate has become the "golden standard" in chronic prostatitis (CP) ultrasound diagnosis. According to the scientific sources, in approximately 77.8% of TRUS examinations so-called ultrasound signs of chronic prostatitis are found. However, none of the described ultrasound signs of chronic prostatitis has been significant in cases with or without persistent morphologically confirmed chronic prostatitis. It is not recommended to rely on TRUS results of the prostate either in diagnosing CP or in patient CP ranking.

Key words: chronic abacterial prostatitis, prostate biopsy, TRUS of prostate, morphological study.

Хронический простатит (ХП) является актуальной проблемой современной урологии. По данным отечественных урологов, этим заболеванием страдает от 8 до 35% мужчин в возрасте 20-40 лет [1], а в мире, согласно последним эпидемиологическим данным, ХП встречается у 2,5-16,0% мужчин. В диагностике хронического простатита используются рутинные клинико-лабораторные и инструментальные методы исследования. Ультразвуковое сканирование с помощью ректального датчика (ТРУЗИ простаты) стало «золотым стандартом» в ультразвуковой диагностике ХП.

К эхографическим признакам ХП традиционно относят: прерывистость и зубчатость контура ПЖ (из-за наличия фиброзных спаек) при нормальных размерах органа, диффузное повышение эхогенности в результате клеточной инфильтрации и склеротических изменений, неоднородность структуры за счет зон повышенной и пониженной эхогенности (воспалительный отек, инфильтрация), кистозные включения, кальцинация, расширение вен парапростатического венозного сплетения и увеличение семенных пузырьков [2]. Некоторые авторы сообщают о частой находке у больных с ХП при ТРУЗИ мелких (1-4 мм) жидкостных структур, которые рассматривают как недренируемые ацинусы и микроабсцессы [3].

Доказано, что в патогенезе хронического простатита существенное значение имеет нарушение микроциркуляции в предстательной железе и ухудшение дренирования ее ацинусов [4]. Гипоксия, вызываемая ухудшением микроциркуляции и сдавлением паренхимы, создает условия для воспалительного процесса в предстательной железе и обуславливает возникновение расстройств мочеиспускания и болевых ощущений у пациентов [5]. Расстройство кровотока в предстательной железе может быть не только базой для развития хронического простатита, но и провоцировать его рецидивы после лечения [6]. Поэтому в последние годы некоторые авторы при обследовании больных, страдающих хроническим простатитом, стали уделять внимание и оценке кровотока в предстательной железе с помощью нового метода – ультразвуковой доплерографии предстательной железы [7].

Довольно часто встречается такая категория больных ХП, которым на протяжении длительного времени (не менее 3 месяцев) проводятся неэффективные или малоэффективные курсы лечения по поводу хронического простатита. При отсутствии характерных изменений по результатам лабораторных методов исследования нередко диагноз хронический простатит этим пациентам устанавливается на основании характерных для этого заболевания данных ультразвуковых методов исследования.

Материал и методы

В урологической клинике ММА им. И.М. Сеченова и в клинике урологии Первого МГМУ им. И.М. Сеченова было обследовано 54 пациента в возрасте от 26 до 57 лет (средний возраст $40,1 \pm 1,4$ года), которым ранее был установлен диагноз хронический простатит и на протяжении от 5 месяцев до 24 лет (в среднем $6,0 \pm 0,8$ года) проводили в среднем $4,9 \pm 0,5$ безуспешных курсов терапии, направленной на его ликвидацию.

Всем больным проводилось комплексное клинико-лабораторное обследование, в том числе трансректальное ультразвуковое исследование предстательной железы с доплерографией. Для оценки изменений, происходящих в ткани ПЖ у такой категории больных, и для сравнения этих данных с результатами комплексного обследования (в том числе и с ультразвуковыми находками) всем пациентам была выполнена трансректальная полифокальная (не менее 10 точек) биопсия ПЖ с последующим морфологическим исследованием биоптатов. Все больные предварительно проинформированы об участии в исследовании и подписали добровольное согласие на биопсию.

Результаты и обсуждение

По результатам трансректального ультразвукового исследования простаты у 42 (77,8%) больных выявлены описанные в литературе ультразвуковые признаки хронического простатита.

Наиболее часто из ультразвуковых признаков хронического простатита мы отметили гиперэхогенные включения без акустической тени, которые чаще всего располагались парауретрально. Всего таких пациентов было 28 (51,9%). Следующий по частоте встречаемости ультразвуковой признак хронического

простатита – это диффузное усиление сосудистого кровотока, которое встречалось у 8 (14,8%) пациентов. Диффузное обеднение кровотока выявлено у 5 (9,3%) пациентов. У 5 (9,3%) пациентов также выявлены гиперэхогенные включения с акустической тенью.

Такие эхографические признаки, как диффузное или локальное снижение эхогенности, асимметрия ПЖ расширение вен парапростатического венозного сплетения, кистозные включения, диффузное уменьшение объема ПЖ встречались менее чем у 5,6% обследуемых пациентов.

Часто описываемые ультразвуковые признаки хронического простатита - увеличение ПЖ в размерах (больше 25 см³), «мелкочеткость» рисунка, нечеткость контуров - мы не обнаружили ни у одного из пациентов (рис. 1).

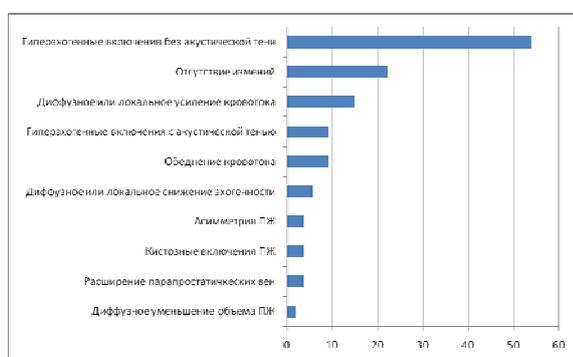


Рис. 1. Изменения при ТРУЗИ.

По результатам морфологического исследования всех пациентов мы распределили на 2 группы:

1-я группа – 25 пациентов, у которых по данным морфологического исследования выявлены воспалительные изменения в ткани предстательной железы;

2-я группа – 29 пациентов, у которых при гистологическом исследовании воспаления в ткани предстательной железы не обнаружено (табл. 1.)

При распределении пациентов по группам выявлено, что изменения, характерные для ХП, при ТРУЗИ простаты выявлены у 84% пациентов 1-й группы и у 72,4% пациентов 2-й группы.

Таблица 1

Распределение пациентов по группам по результатам ТРУЗИ			
Изменения	Изменения при ТРУЗИ		2-я группа
	Нет	1-я группа	
Изменения	Нет	4	8
	Есть	21	21
Всего...		25	29

Различия между группами статистически оказались недостоверными ($p > 0,05$).

В последующем мы сравнили данные, полученные при ТРУЗИ, с результатами морфологического исследования.

Гиперэхогенные включения без акустической тени (рис. 2) встречались у 56,0% пациентов 1-й группы и у 48,3% пациентов 2-й группы. Статистических различий по частоте встречаемости этого признака между группами не выявлено ($p > 0,05$) (рис. 3).



Рис. 2. Гиперэхогенные включения без акустической тени

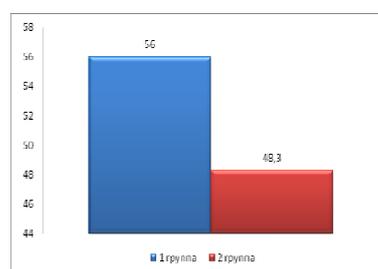


Рис. 3. Гиперэхогенные включения без акустической тени

Диффузное усиление сосудистого кровотока (рис. 4) встречалось у 16,0% пациентов 1-й группы и у 13,8% пациентов 2-й группы. Статистических различий между группами не выявлено ($p > 0,05$) (рис. 5).

Диффузное обеднение кровотока (рис. 6) выявлялось несколько чаще у пациентов 2-й группы (13,8%), чем у пациентов 1-й группы (4,0%), однако статистических различий (рис. 7).

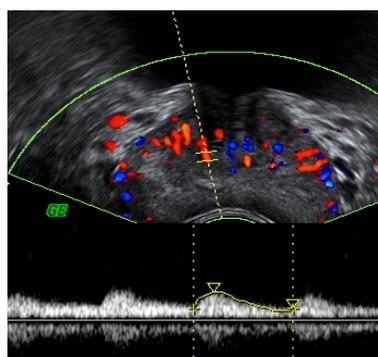


Рис. 4. Диффузное усиление кровотока в предстательной железе

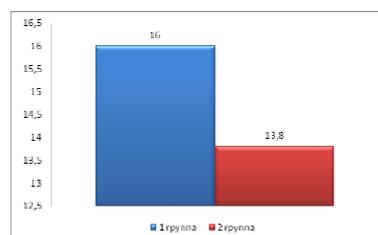


Рис. 5. Диффузное усиление кровотока (сравнение по группам)

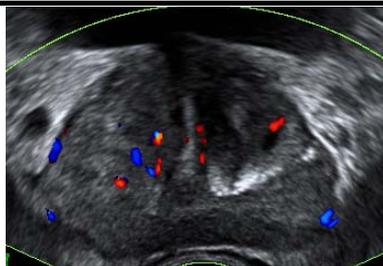


Рис. 6. Диффузное обеднение кровотока

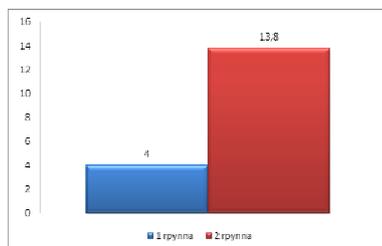


Рис. 7. Диффузное обеднение кровотока (сравнение по группам).



Рис. 8. Гиперэхогенные включения с акустической тенью

У 16,0% пациентов 1-й группы и 6,9% пациентов 2-й группы выявлены гиперэхогенные включения с акустической тенью (рис. 8).

Различия между группами также недостоверны ($p > 0,05$) (рис. 9).

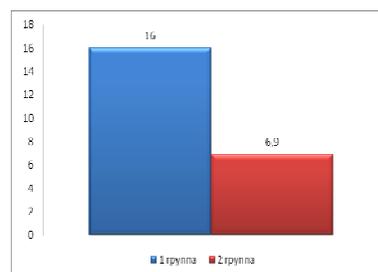


Рис. 9. Гиперэхогенные включения с акустической тенью (сравнение по группам)

Диффузное или локальное снижения эхогенности, асимметрия ПЖ, расширение вен парапростатического венозного сплетения, кистозные включения, диффузное уменьшение объема ПЖ встречались менее чем у 5,6% обследуемых пациентов и статистических различий между группами не выявлено.

Выводы

Таким образом, ни один из описанных эхографических признаков хронического простатита у пациентов с длительно текущим хроническим простатитом достоверно чаще не регистрируется у пациентов с воспалением или без него в ткани предстательной железы при морфологическом исследовании. Ориентироваться на результаты, полученные при ТРУЗИ при установлении диагноза ХП у такой группы больных, а также на распределение пациентов по категориям ХП не следует.

Сведения об авторах статьи:

Петр Витальевич Глыбочко – профессор, член-корр. РАМН, ректор ГОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России. Москва, ул. Б. Пироговская 2 стр. 1.

Андрей Зиновьевич Винаров – д.м.н., профессор, заместитель директора НИИ уронологии и репродуктивного здоровья человека по научной части. Москва, ул. Б. Пироговская 2 стр. 1, e-mail: avinarov@mail.ru

Константин Леонидович Локшин – д.м.н., руководитель отдела изучения инфекционных процессов НИИ уронологии и репродуктивного здоровья человека. Москва, ул. Б. Пироговская 2 стр. 1, e-mail: k_lokshin@hotmail.com

Ахмедхан Мухамедович Пшихачев – младший научный сотрудник НИИ уронологии и репродуктивного здоровья человека. Москва, ул. Б. Пироговская 2 стр. 1, e-mail: pshich@yandex.ru

Алим Мухамедович Дымов – младший научный сотрудник НИИ уронологии и репродуктивного здоровья человека. Москва, ул. Б. Пироговская 2 стр. 1, e-mail: alimdv@mail.ru

Владимир Анатольевич Варшавский – д.м.н., профессор кафедры патологической анатомии ГОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова. Москва, ул. Б. Пироговская 2 стр. 1.

Анатолий Анатольевич Левко – врач-уролог, ООО «КДЦ Евромедсервис». Москва, 4-й Верхний Михайловский проезд, дом 10, корпус 6.

ЛИТЕРАТУРА

1. Мазо Е.Б. Хронический инфекционный простатит // Пленум правления Российского общества урологов: Материалы. - М., 2004.-С. 267-289.
2. Горилковский Л.М. Эпидемиология и факторы риска развития доброкачественной гиперплазии предстательной железы. В кн. Доброкачественная гиперплазия предстательной железы под редакцией академика РАМН Н. А. Лопаткина, Москва.- 1997.- С. 10-18.
3. Гуськов А.Р., Богачева И.Д. Кубрикова Т.Г. Ультразвуковая семиотика обструктивных форм хронического простатита // Тез. докл. 2-го съезда ассоциации специалистов ультразвуковой диагностики в медицине. – М., 1995. С.103
4. Nickel J. Prostatitis: management strategies // Urol. Clin. N. Am., 1999. -Vol. 26.-P. 737-751.
5. Ершов Е.В. Допплерографическая оценка кровообращения предстательной железы у больных хроническим простатитом (диагностические и лечебные аспекты). //Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. Санкт-Петербург. 2007. С.22.
6. Ткачук В.Н. Хронический простатит. - М.: Медицина для всех, 2006. - С.112
7. Аляев Ю.Г., Амосов А.В., Винаров А.З. и др. Трансректальная доплерография у больных с заболеваниями предстательной железы. – ФГУИПП «Кострома», 2004. - С.88