

УДК 616.64-002-06-073.43

В.І. Зайцев¹, О.І. Миндреску², І.З. Браславська², Т.М. Ключевська²,
Л.Б. Міняйло², Я.Д. Ключевська²

ОСОБЛИВОСТІ УЛЬТРАЗВУКОВОЇ ДІАГНОСТИКИ ХРОНІЧНОГО ПРОСТАТИТУ

¹Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

²Обласна клінічна лікарня, м. Чернівці

Резюме. Проведено дослідження 253 чоловіків із хронічним простатитом. При УЗД найчастіше діагностувалися зміни структури передміхурової залози (у 89 % пацієнтів), рідше зміни придатків яєчок (у 56 %) та порушення структури власне яєчок (у 12 %). У 17 % пацієнтів виявлені кальцинати в паренхімі передміхурової залози. Найбільш типовими збудниками в обсте-

жених пацієнтів були хламідії та молікути (54 % та 47 % відповідно), які часто поєднувалися з умовно-патогенною коково-бацилярною мікрофлорою.

Ключові слова: ультразвукова діагностика, простатит, кальцифікація.

Вступ. Проблема топографічної діагностики розповсюдження процесу при запальних процесах статевої системи (ЗПСС) чоловіків, перш за все при хронічному простатиті (ХП), була та залишається актуальною [1, 2]. Незважаючи на появу сучасних високоспецифічних методів виявлення збудників запального процесу, якість як етіологічного, так і топографічного діагнозу далека від оптимальної [3, 4]. ЗПСС як у чоловіків, так і в жінок, викликають глибокі порушення в репродуктивній системі, які все частіше захоплюють декілька органів. Зміни мікробного пейзажу ЗПСС, які спостерігаються останні 10 років, проявляють резистентних штамів та полімікробних асоціацій значно ускладнила як діагностику, так і лікування таких пацієнтів [5, 6].

Установлення розповсюдження запального процесу часто є непростим завданням. Ми вважаємо, що нарівні з етіологічним чинником, встановлення локалізації патологічного процесу є найбільш вагомим фактором, який повинен братись до уваги при визначенні всіх особливостей курсу лікування – його тривалості, використання допоміжних препаратів, вибору методів фізіотерапевтичних процедур [7].

Серед методів установлення топографічного діагнозу одне з найважливіших місць посідає УЗД. Незважаючи на велику кількість публікацій з цієї проблеми, кореляційні особливості змін структури різних органів статевої системи при ХП чітко не описані.

Мета дослідження. Вивчити особливості змін структури різних органів статевої системи при ХП.

Матеріал і методи. Чоловіки із ХП (253 особи) віком від 19 до 66 років, більшість віком 23-35 років. Запальний процес локалізувався в уретрі, передміхуровій залозі (ПЗ), придатках яєчок у різних комбінаціях. Усі пацієнти підлягали загальноклінічному та урологічному обстеженню, трансабдомінальному та трансректальному УЗД ПЗ, сім'яних міхурців та УЗД органів мошонки. Виявлення збудників проводили методами рутинної мікроскопії препаратів, імунофлу-

оресценції, засівів на середовища та виявлення антитіл за допомогою імуноферментного аналізу.

Результати дослідження та їх обговорення. Серед обстежених пацієнтів у 99 осіб (39 %) діагностовано ізольоване ураження ПЗ, відповідно у 154 (61,0 %) осіб запальний процес викликав також зміни в органах мошонки. При мікробіологічному обстеженні уретри та ПЗ найчастіше траплялися хламідії (54 %), коково-бацилярна флора (57 %) та молікути (уреаплазма та мікоплазма, 47 %, табл. 1).

Привертає увагу, що більш ніж у третини пацієнтів виділено три та більше мікроорганізмів, які могли слугувати етіологічним чинником запального процесу в статевих шляхах.

При УЗД найчастіше ми діагностували зміни ПЗ (у 85 % пацієнтів), рідше – зміни придатків яєчок (у 56 %), ще рідше відзначали порушення структури власне яєчок (у 12 %).

У нормі ПЗ являє собою паренхіматозний орган гомогенної будови середніми розмірами 40-30 мм (об'єм 10-15 см³). Паренхіма ПЗ гомогенна, оточена чіткою капсулою у вигляді безперервного гіперденсного утворення товщиною 1-2 мм [8, 9].

В обстежених хворих середній об'єм ПЗ становить 14,5±3,9 см³. Найбільш типовими змінами, виявленими під час УЗД, є порушення гомогенності паренхіми, які можуть проявлятися у декількох варіантах (табл. 2). Найчастіше виявляли нерівномірне збільшення ехогенності в перехідній зоні ПЗ. Достатньо часто при цьому визначали ділянки значно підвищеної щільності („гіперехогенні структури”) розмірами від 1 до 4-5 мм, що можна пов'язати з формуванням сполучної тканини як кінцевого етапу хронічного запального процесу. Як правило, у таких пацієнтів відзначалася достатньо виразна клінічна картина, а тривалість запального процесу оцінювалася у 2-5 років. Водночас неодноразово при первинному обстеженні пацієнта, за відсутності особливих скарг, ми знаходили подібну картину. Тому, на наш погляд, абсолютної кореляції між такого типу змінами ПЗ та активністю симптоматики немає.

Таблиця 1

Найбільш типова мікрофлора в статевих шляхах обстежених пацієнтів

	Трихомонади	Молікути	Хламідії	Коково-бацилярна флора	Гриби роду Candida	Герпес
N	89	119	136	144	15	10
%	35	47	54	57	6	4

Таблиця 2

Найбільш типові зміни передміхурової залози при УЗД в обстежених пацієнтів

	Негомогенність паренхіми	Гіперехогенні структури	“Кальцинати”	Порушення форми та контурів
Кількість пацієнтів	225	79	42	111
%	89	31	17	44

Рідше (у 21,2 % пацієнтів) під час УЗД виявляються гіперехогенні ділянки в ПЗ високої („кам’янистої”) щільності, що вказує на значні, незворотні зміни в структурі простатичної паренхіми. Такого типу утворення часто називають „кальцинатами” чи „конкрементами”, хоча ці терміни є дискусійними. На наш погляд, більш правомірним є термін „кальцинат”, враховуючи подібність до кальцинованих структур в інших органах, які утворюються за рахунок імбібіції сполуками Са склеротично змінених тканин. Термін „конкремент” традиційно вживається до щільних утворень (які також можуть містити солі Са), вільно розташованих у порожнинних просторах різних органів (найчастіше це сечовивідні та жовчовивідні шляхи).

У випадку загострення запального процесу ми спостерігали ділянки гіпоехогенної щільності, які найчастіше знаходились по периферії органа. Достатньо часто такого типу зміни поєднувались з існуванням гіперехогенних зон, що вказує на загострення хронічного процесу, а не на первинне гостре запалення.

Іншими достатньо типовими змінами були порушення форми та контурів ПЗ (40,4 % пацієнтів). Найчастіше виявляли неправильну форму органа за рахунок переважної локалізації патологічного процесу в одній із часток та нечіткість візуалізації капсули ПЗ. Останній тип змін часто поєднувався з гіпоехогенністю периферичних зон простатичної паренхіми.

При УЗД яечко в нормі являє собою парний орган середнім розміром 25x20x40 мм. Паренхіма яечка однорідна, представлена впорядкованим відображенням середньої інтенсивності. Білкова оболонка візуалізується у вигляді тонкої безперервної лінії зображення високої інтенсивності по краю яечка. Невелику кількість серозної рідини між оболонками яечка можна спостерігати у здорових чоловіків і вона визначається у вигляді вузької ехонегативної смужки завтовшки 2-3 мм [10, 11].

В обстежених пацієнтів зміни тканини яечка відзначалися відносно рідко. З них найбільш типові зміни щільності паренхіми – її негомогенність визначали в 11,5 % пацієнтів. У декількох пацієнтів при УЗД виявляли множинні гіперехогенні ділянки розмірами 1-2 мм, які знаходились по всьому яечку. Ми розцінюємо такі зміни як перенесений орхіт, хоча тільки один пацієнт в анамнезі мав це захворювання. Описані в літературі при запущених процесах склероз стромы, атрофію паренхіми, формування гранулом у паренхімі яечка ми не виявляли жодного разу.

У 56,3 % випадків структура придатка яечка була неоднорідною, з нерівномірним підвищенням його ехогенності на всьому протязі. У 20,2 % пацієнтів траплялися кістозні утворення придатків різного розміру – від 2 до 7-8 мм. Як правило, це було більш типовим для пацієнтів із тривалим запальним процесом, які неодноразово проходили курси лікування. Часто в запальний процес втягуються оболонки яечка, що призводить до їх потовщення, появи вільної рідини навколо.

Висновок

У пацієнтів із хронічним простатитом найбільш типовими збудниками є хламідії та молікути (54 % та 47 % відповідно), які часто поєднуються з умовно-патогенною коково-бацилярною мікрофлорою. При УЗД найчастіше діагностували зміни структури передміхурової залози (у 85 % пацієнтів), рідше – зміни придатків яечок (у 12 %). Серед обстежених пацієнтів у 17 % при УЗД виявляли патологічні зміни передміхурової залози високої щільності («кальцинати»), що свідчить про незворотні зміни органа.

Перспективи подальших досліджень. Подальші дослідження в цьому напрямку можуть бути спрямовані на виявлення більш глибоких механізмів ураження паренхіми передміхурової залози та формування кальцинатів в означеного контингенту хворих, використання комп’ютерної

томографії як методу променевої діагностики, що краще за УЗД виявляє кальцинати передміхурової залози.

Література

1. Горпінченко І.І. Сучасні підходи та шляхи оптимізації лікування хворих на хронічний простатит / І.І. Горпінченко, Є.А. Литвинець // Здоров'я чоловіка. – 2007. – № 3. – С. 48-56.
2. Сексологія и андрологія / Под ред. Возианова А.Ф., Горпінченко И.И. – К.: Абрис, 1997. – 880 с.
3. Sexual medicine. Sexual dysfunctions in men and women: monograph. / T.F. Lue, R. Basson, R.Rosen [et al.] // Health publications. – 2004. – 991 p.
4. Лопаткин Н.А. Заболевания предстательной железы / Н.А. Лопаткин // Междунар. мед. ж. – 1998. – № 1. – С. 96-101.
5. Золочевский А.С. Польшанен в лечении хронического простатита / А.С. Золочевский, Ю.А. Виненцов // Здоров'я чоловіка. – 2010. – № 2. – С. 92-94.
6. Wagenlehner F.M. Chlamydial infections in urology / F.M. Wagenlehner, W. Weidner, K.R. Naber // World J. Urol. – 2006. – № 24 (1). – P. 4-12.
7. Value of semen culture in the diagnosis of chronic bacterial prostatitis: a simplified method / A. Budia, J. Luis Palmero, E. Broseta [et al.] // Scand. J. Urol. Nephrol. – 2006. – № 40 (4). – P. 326-31.
8. Уолш П. Простата / Пер. с англ. / П. Уолш, Дж. Ф.Вортингтон. – М.: КРОН-ПРЕСС, 1998. – 320 с.
9. Юнда И.Ф. Болезни мужских половых органов / И.Ф. Юнда. – К.: Здоров'я, 1989. – 272 с.
10. Люлько А.В. Патоморфологічні зміни яєчок хворих на варикоцеле / А.В. Люлько, А.Л. Суварян, С.В. Садилов // Урологія. – 2010. – № 1. – С. 20-27.
11. Gonzalez-Jimenez M.A. Epididymal stereocilia in semen of infertile men: evidence of chronic epididymitis? / M.A. Gonzalez-Jimenez, C.A. Villanueva-Diaz // Andrologia. – 2006. – № 38 (1). – P. 26-30.

ОСОБЕННОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ ХРОНИЧЕСКОГО ПРОСТАТИТА

В.И. Зайцев, О.И. Миндреску, И.З. Браславская, Т.М. Ключевская, Л.Б. Миняйло, Я.Д. Ключевская

Резюме. Проведено обстеження 253 чоловіків з хронічним простатитом. При УЗД діагностовані зміни структури простати (у 89 % пацієнтів), а також зміни придатків яєчок (у 56 %) і порушення структури самих яєчок (у 12 %). У 17% пацієнтів виявлені кальцинати у паренхіми простати. Найбільш типовими возбудителями у обстежених пацієнтів були хламідії і моликути (54 % та 47 % відповідно), часто в супроводженні умовно-патогенної кокково-бацилярної мікрофлори.

Ключевые слова: ультразвуковая диагностика, простатит, кальцификация.

PECULIARITIES OF ULTRASOUND DIAGNOSIS OF CHRONIC PROSTATITIS

V.I. Zaitsev, O.I. Myndresku, I.Z. Braslavskaya, T.M. Kliuchevskaya, L.B. Miniailo, I.D. Kluchevskaya

Abstract. An examination of 253 men with chronic prostatitis has been carried out. Changes of the structure of prostate gland were most often diagnosed by means of US (in 89 % of the patients), as well as changes of the epididymides (in 56 %) and structural damages of the testes proper (12 %). Calcifications in the parenchyma of the prostate gland were revealed in 17 % of the patients. The most typical causative agents in the examinees were chlamidiae, molecutes (54 % and 47 % respectively) which were often combined with opportunistic and coccobacillary microflora.

Key words: US examination, prostatitis, calcification.

Bukovinian State Medical University (Chernivtsi)
Regional Clinical Hospital (Chernivtsi)

Рецензент – доц. С.Ю. Кравчук

Buk. Med. Herald. – 2012. – Vol. 16, № 2 (62). – P. 64-66

Надійшла до редакції 26.12.2011 року