

Хронічний калькульозний простатит: етіологія, патогенез, діагностика та сучасні методи лікування

В.В. Спиридоненко

ДУ «Інститут урології НАМН України», м. Київ

У статті надано стандарти лікування та діагностики хронічного калькульозного простатиту згідно сучасних поглядів на етіологію, патогенез та клінічні прояви даного захворювання. Групи препаратів та інші медичні заходи, що пропонують для лікування наведеного стану, як правило, призначають у комбінаціях, складають з курсів протирецидивної терапії, спрямованих на розчинення або зменшення конкрементів у протоках передміхурової залози. Надано тестові завдання з метою опанування даної теми спеціалістами.

Ключові слова: калькульозний простатит, протирецидивна терапія, стандарт лікування.

Діагноз «хронічний простатит», незважаючи на його надзвичайну поширеність серед різних вікових категорій чоловіків у світі, є одним з найактуальніших, бо несе у собі надзвичайно гостру соціальну проблему. Відсутність широкомасштабних епідеміологічних досліджень, відкриті питання класифікації та дискусії з приводу лікування та профілактики різних форм хронічного простатиту (ХП) не сприяють покращенню стану з приводу даного питання. Проте у світі існує велика кількість факторів, що впливають на збільшення статистики ХП: процес урбанізації, потужні соціальні стреси, зростання відсотку вроджених вад, збільшення рівня статевих інфекцій, перегляд статевих уподобань у соціумі, підвищення рівня статевої розпусти, низький імунітет та безліч інших.

Класифікації простатиту представлені різними науковими школами і на теренах СНД використовують деякі з них: О.Л. Тиктинського (1990), М.О. Лопаткина та В.Г. Горюнова (1998). Існують класифікації, за якими працюють закордонні вчені, наприклад класифікація за G. Dgach, E. Meares, W. Fair та T. Stamey (1978); класифікація за E.M. Meares (1992), а також класифікація, запропонована Національним інститутом здоров'я США (1995). Тим часом доповнення вже існуючих класифікацій триває і в більшості країн є Національні стандарти лікування, які спираються у тому числі і на регіональні класифікації, що у своїй більшості відповідають визнаному світовому модулю. Вітчизняною науковою школою (Горпинченко І.І. та співавтори) було сформульовано одну з існуючих класифікацій, яка увійшла в основу моделі Національного стандарту з лікування ХП в Україні.

Існування такої певної форми ХП, як «калькульозний простатит», є давно відомим фактом, тому дана нозологія існує в усіх наявних класифікаціях. Нового поштовку до реалізації діагностичних та лікувально-профілактичних засобів калькульозний простатит (КП) отримав на разі широкого застосування такого променевого методу діагностики, як ультразвукове дослідження (УЗД). Саме скринінгові масштаби УЗД сприяли викриттю існування значної кількості безсимптомних (інцидентальних) форм калькульозного процесу у передміхуровій залозі (ПЗ). По-

дальші діагностично-лікувальні дії з цього приводу набувають значної різноманітності, часто базуються на застарілих поглядах щодо вказаного процесу з ігноруванням закономірного патоморфозу патології, впливу екопатологічного чинника та невідповідності до розроблених Національних стандартів.

Калькульозний простатит – форма ХП, що супроводжується формуванням конкрементів (простатолітів) у вивідних протоках (або паренхімі) ПЗ різного генезу.

Формування КП, як правило, спричиняє хронічний бактеріальний простатит – стан, що характеризується періодично рецидивуючою інфекцією сечових шляхів (головним чином, грамнегативні патогени або їхні міксти), із персистенцією бактеріального пулу у секреторній системі ПЗ, незважаючи на численні курси антибактеріальної терапії. Тому часто КП вважають його ускладненням.

Патогенез ХП розглядає певні шляхи проникнення бактеріальної інфекції: висхідний уретрогенний, нисхідний, лімфогенний, гематогенний). Завдяки потраплянню високівірulentних штамів уропатогенів, що утворюють бактеріальні плівки на слизовій оболонці, надходять субепітеліально або інокулюються у вогнищах інфекції, виникають первинні вогнища запалення. Місцем останніх вважають лакуни сечівника, парауретральні залози, аномалійні простатичні ацинуси та різні інші анатомічні локуси. Перебіг запалення у вигляді різних фаз, їхній швидкий плин або навпаки, пролонгованість, часто є відбитком індивідуальних рис місцевого гомеостазу з певними особливостями імунітету на слизовій оболонці та індивідуального мікробного пейзажу бактеріальних коменсалів.

Згідно науковій літературі, існує декілька теорій патогенезу бактеріального запалення у ПЗ, як промотору КП:

- теорія інтрапростатичного рефлюксу;
- теорія секреторної дисфункції;
- імунна теорія.

Часто сполучення останніх факторів і складають основу патогенезу КП.

Різниця, що виникає у дренаванні простатичних протоків, порушення функції нейрорецепторного апарату протоків разом з мікроциркуляторними порушеннями, спричинюють поглиблення секреторної дисфункції з формуванням щільних мас поліморфного складу (епітелій, фібрин, продукти деградації епітелію, білкові та кристалічні фрагменти), з яких формуються депозити, які згодом збільшуються. Такі утворення можуть бути екзогенними або ендогенними, а структура дозволяє швидко їх колонізувати інфекційним агентам. Слід зазначити, що до таких умов часто додається потужний прозапальний фактор у вигляді лейкотрієнів, простагландинів, гідроперекисних сполук та продуктів обміну речовин (сечова кислота, її сполуки, оксалати тощо).

Слід зазначити, що термін «калькульозний простатит» у широкому сенсі використовують досить рідко, хоча

згідно теоретичних настанов та практичного досвіду, формування такого діагнозу повинно базуватися на відповідному анамнезі з ознаками рецидивного плинного бактеріального (інколи – бактеріального) процесу протягом певного часу. Також має велике значення коректність верифікації вказаного діагнозу, яка є надто залежною від вибору променевого методу (УЗД трансабдомінальне, трансректальне; магнітно-резонансна томографія та ін.), на який головним чином і спирається практичний лікар при встановленні діагнозу. Зневаження цим правилом, відсутність даних інших методичних технологій (цитологічний, бактеріологічний, імунологічний, біохімічний методи), а також відсутність клінічних даних (що стосується інцидентальних випадків встановлення діагнозу), не сприяє адекватній верифікації даної патології.

Деякі з дослідників вважають, що формування простатичних конкрементів відбувається виключно у сечі, а інтрапростатичний рефлюкс сприяє проникненню їх до ацинарних протоків з подальшим збільшенням і утворенням обструкції. Однією з особливостей КП вважається також і те, що наразі мікробіологічного визначення рівень контамінації простатичних конкрементів є у рази більшим, ніж у поряд розташованій простатичній тканині. Така висока імпрегнація уропатогенами створює умови до рецидивуючого плинного запального процесу у ПЗ. У ролі таких уропатогенів часто виступають так звані статеві інфекції – трихомонади, мікоплазми, уреоплазми, хламідії, гарднерели, хоча умовнопатогенна флора усе ж таки домінує.

Ультразвукове дослідження не завжди може верифікувати істинні конкременти від так званих кальцинатів, які морфологічно представляють собою вогнища запалення у тканині у стані інволюції з імпрегнацією солями кальцію. Часто такі стани є випадковою УЗД-знахідкою в осіб молодого віку, хоча такі випадки відомі в усіх вікових групах. Формування конкрементів у протоках ПЗ відбувається також і на фоні гіперплазії ПЗ, хоча у більшості осіб це є ознакою попереднього запального процесу, на який нашаровуються гіперпластичні процеси.

Морфологічним ядром для конкрементів ПЗ вважають амілоїдні тільця, злущений епітелій протоків, які поступово «обрастають» фосфорнокислими, сечовими, оксалатними або вапняними солями. Каміні ПЗ розміщуються у кістозно розтягнутих ацинусах або у вивідних протоках. Простатоліти мають жовтуватий колір, сферичну форму, різну величину (у середньому від 2,5 мм до 4 мм); можуть бути поодинокими або множинними. За своїм хімічним складом конкременти ПЗ ідентичні камінню сечового міхура.

Клінічні ознаки КП

Часто клінічні ознаки КП не відрізняються від таких при загостренні ХП. При цьому домінують тупий постійний біль ниючого характеру у промежині, відчуття «чужорідного тіла», з іррадіацією до яєчок та низу живота. Характер болю може мінятися, але класичними вважають постійний ниючий біль у промежині, паху, крижах, що віддають у статевий член, яєчка, калитку і внутрішню частину стегон. Вони можуть підсилюватися під час їзди, сидіння, стояння, ходьби, дефекації, статевих контактів тощо.

Інколи біль швидко перетворюється на так звані простатичні кольки – різні напади гострого болю з іррадіацією у меатус, голівку статевого члена та сечівник. Такі кольки зазвичай швидко проходять, але їхній характер часто є нестерпним. Слід зазначити, що простатичні кольки можуть зустрічатися і в осіб без патології ПЗ, характеризуючи

відповідний рівень її метаболізму (індивідуальний біохімізм секрету ацинусів та вихідних протоків).

До больового синдрому завжди додається дизурічний синдром (синдром нижніх сечових шляхів – СНСШ), що вказує на подразнення простатичного відділу сечівника через запалення, або надходження каменю через структури простатичної маточки. Характеристика СНСШ досить різні, частіше це полакіурія, вираженість якої є досить варіабельною, з денними епізодами. Хворі скаржаться на підтікання сечі після закінчення мікції, що характеризує перманентну сфінктерну дисфункцію. У разі калькульозної обструкції простатичного відділу сечівника дизурія набуває характеру странгурії з частими, інколи безперервними неконтрольованими епізодами сечовиділення (так звані хибні позиви до сечовипускання), але це зустрічається нечасто. Однією з ознак може бути дефекаційна простаторея з наявністю еритроцитів і сольових фрагментів.

Іншим супутнім блоком симптомів часто виступає порушення ерекtilьної функції. Воно має вторинний генез і прямо пов'язане із дисфункцією рецепторного апарату ПЗ, патологічна імпульсація якого спричиняє перманентні розлади у симпатичних механізмах кавернозного забезпечення ерекції.

Симптоми лихоманки із субфебрилітетом супроводжують КП у випадку обтяження бактеріальним чинником, з підвищенням температури тіла увечері протягом кількох днів. Відомі клінічні випадки, коли поява субфебрилітету на тлі КП стає одним із стійких симптомів, навіть за повної компенсації запального процесу, що може свідчити про патологію терморегуляції із супутньою соматичною (вегетосудинна дистонія та ін.) або нервово-психічною (соматоформна вегетативна дисфункція) патологією.

Класичним симптомом КП вважають наявність крові у секреті ПЗ після масажу, а також гемоспермія, хоча це потребує верифікації із звичайним запаленням (гострим або загостренням хронічного), специфічним запальним процесом (туберкульоз) або неопластичним захворюванням (рак ПЗ). Однією з традиційних ознак КП класичні автори вважають симптом крепітації у тканині ПЗ під час проведення inspection per rectum.

Єдиною вірогідною клінічною проявою КП є факт виділення каменю хворим з відповідними симптомами за умов верифікації сучасними променевими (або ендоскопічними) методами.

Принципи діагностики КП

Для встановлення діагнозу КП потрібна консультація фахівця-уролога (андролога), оцінка наявних скарг, фізикальних та інструментальних обстеження пацієнта. При проведенні ректального пальцевого дослідження ПЗ може визначитися її горбиста поверхня, а також своєрідна крепітація між конкрементами. За допомогою трансректального УЗД ПЗ камені виявляються у вигляді гіперехогенних утворень з чіткою (або без неї) акустичної доріжкою; уточнюється їхня локалізація, кількість, розмір і структура. Іноді для виявлення простатолітів використовують СКТ та МРТ ПЗ, а популярну раніше оглядову урографію на сьогодні не застосовують. Екзогенні конкременти діагностують за допомогою СКТ з контрастним підсиленням.

Інструментальне обстеження пацієнта з КП доповнюється лабораторною діагностикою: дослідженням секрету ПЗ, бактеріологічним посівом виділень із сечівника і сечі, ПЛР-дослідженням зіскрібка на статеві інфекції, біохімічним аналізом крові і сечі, визначенням рівня простатоспецифічного антигену, біохімією сперми, мікробіологічним дослідженням еякуляту тощо.

При проведенні обстеження КП диференціюють від доброякісної гіперплазії, туберкульозу і раку ПЗ, хронічного бактеріального і абактеріального простатиту. При КП, що не є асоційованим із гіперпластичними процесами у ПЗ, об'єм ПЗ і плазмовий рівень ПСА залишаються у нормі.

Методи обстеження:

- огляд ПЗ пальцем через задній прохід;
- ТРУЗД (УЗД) з доплерометрією судин;
- МРТ або СКТ (з/без контрастування);
- аналіз секрету ПЗ цитологічний;
- аналіз секрету ПЗ біохімічний;
- аналіз секрету ПЗ мікробіологічний;
- аналіз секрету ПЗ імунологічний;
- простатоспецифічний антиген;
- транспорт солей (кліренси урату, оксалату, кальцію, фосфату);
- петрографічне дослідження каменю (кількісне та якісне);
- мікробіологічне дослідження каменю;
- аналіз ДНК на статеві інфекції із субстратів статевого шляху;
- уретроскопія, дуктографія;
- спермограма;
- мікробіологічне дослідження сім'яної рідини.

Ускладнення КП

Ендогенні конкременти ПЗ можуть довгий час перебувати у ПЗ без будь-яких симптомів. Проте тривалий перебіг хронічного запалення і пов'язаного з ним КП, може призвести до формування абсцесу ПЗ, розвитку двобічного везикуліту, атрофії або склерозу залозистої тканини. Відомі факти, що хронічне запалення може сприяти формуванню запальних атрофічних вогнищ з високим ризиком виникнення інтраепітеліальної неоплазії та малігнізації. Також КП може бути причиною розвитку запальних захворювань верхніх сечових шляхів (висхідний пієлонефрит).

Принципи лікування КП

Неускладнені камені, визначені випадково в осіб молодого віку без будь-якої клінічної картини часто взагалі потребують лише корекції образу життя. Ознаки калькульозного процесу у поєднанні з хронічним запаленням ПЗ вимагають проведення консервативної протизапальної терапії весною та восени щорічно. У разі рецидивного перебігу КП комбіновану терапію призначають протягом року, а провідним фармакотерапевтичним напрямком стає раціональна антибактеріальна терапія, але лише за суворими показаннями. Модель комплексного лікування КП включає певні фармакологічні групи:

- неспецифічні протизапальні препарати (диклофенак, індометацин, мелоксикам та ін.);
- α -адреноблокатори (тамсулозин та ін.);
- уроселективні м-холіноблокатори (толтеродин, соліфенацин);
- м-холіноблокатори (дротаверин та ін.);
- фітопрепарати (екстракт пальми Сабаля, гарбуза звичайного, кропиви собачої, золотарника, сливи африканської та ін.);
- ендогенні пептиди (простатилен, сампрост);
- імунокоректори (рекомбінантний 2α -інтерферон та ін.);
- рослинні адаптогени (настоянки аралії, женьшеню, елеутерококу);
- літолітичні препарати рослинні (олія сосни, екстракт золотарника, екстракт амі, терпенові препарати, сапоніни та ін.);
- специфічні літолітики (цитратні суміші та аденурік при уратах, біфосфонати й Магне В₆ при оксалатах та ін.);

- регулятори обміну сечової кислоти (алопуринол, аденурік та ін.);
- полівітамінні та амінокислотні комплекси (магній з В₆, L-карнитін, L-аргінін та ін.);
- рослинні індуктори тестостерону (екстракт якріців сланких);
- стимулятори органного метаболізму (фенібут);
- седативні препарати (екстракти півонії, валеріани, беладони);
- продукти апітерапії та інші біологічно активні речовини (мумійо, сапарал);
- венотоніки (екстракти каштану, померанцю та ін.);
- антиагреганти (дипіридамо, пентоксифілін)
- антидепресанти (сертралін);
- інші препарати, що впливають на регуляцію нервової системи (габапентин);
- препарати, що впливають на гемостаз (дицинон, вітамін К, гепарін та ін.);
- ферментні препарати (серагіопептидаза, каріпаїн, Вобензим) та ін.

До наведених вище фармакологічних препаратів додають методи фізичного впливу, які поділяються на фізіотерапевтичні методи, голкорексотерапію, бальнеологічні процедури, вживання мінеральної води та психотерапевтичні заходи корекції.

Фізіотерапевтичні процедури, які використовують найбільш часто:

- ударно-хвильова терапія, спрямована на вогнища калькульозу;
- електрофорез зони простатичної ділянки (з новокаїном, лідазою, каріпаїном та ін.);
- діодинамічні токи;
- йонофорез з активними речовинами (гідрокортизон, індометацин);
- магнітотерапія, ультразвук;
- лазеротерапія;
- озокерит- та парафінотерапія;
- лікувальні грязі;
- ванни перлинні, хвойні, мінеральні та ін.;
- підводний душ-масаж, душ Шарко, циркулярний душ та ін.;
- ендоуретральні процедури (діодинамічні токи, інстиляції, стимуляційна терапія) та ін.

Класичні хірургічні (розтин та дренивання абсцесу) та малоінвазивні (ендоуретральні, ударно-хвильові, дроблення каменів у протоках залози) методики оперативного втручання використовують вкрай обмежено.

Хірургічне лікування КП зазвичай необхідно у разі ускладненого перебігу захворювання, і частіше за все його виконують хворим з доброякісною гіперплазією ПЗ. При формуванні абсцесу ПЗ проводять розтин гнійника, разом з відтоком гною спостерігають і відходження каменів. Іноді рухливі екзогенні камені вдається інструментально проштовхнути у сечовий міхур і піддати літотрипсії. Видалення фіксованих конкрементів великих розмірів відбувається через промежинний або надлонний доступ. При поєднанні КП з ДГПЗ оптимальним методом хірургічного лікування є аденомектомія, або ТУР ПЗ чи простатектомія.

Прогноз і профілактика КП

У більшості випадків прогноз консервативного лікування КП є досить сприятливим для перебігу хвороби і прогнозу життя. Ускладненням промежинного видалення каменів ПЗ можуть бути рецидивні сечові вищі. За відсутності лікування результатом КП стає розвиток абсцесу та склерозу ПЗ, розвиток інконтиненції (нетримання) сечі,

еректильна дисфункція та чоловіча безплідність. Часто наявність КП сполучається із різними екстрауринарними вогнищами запалення (гайморит, отит, одонтогенні захворювання), а встановити первинність того чи іншого вогнища часто є неможливим.

Одним з найбільш дієвих заходів попередження камінеутворення у ПЗ є своєчасне звернення до фахівця при виникненні перших ознак простатиту, повноцінна верифікація процесу та призначення адекватного курсу протирецидивної терапії. Терапія є індивідуальною, часто складається з призначення профілактичних доз антибіотиків та фітопрепаратів з метою попередження сезонних загострень. Важливою умовою лікування є дотримання триетапної системи надання допомоги (стаціонарне лікування, диспансерне амбулаторне спостереження, санаторно-курортне лікування). Роль диспансеризації при цьому важко переоцінити, бо саме у хворих, які перебували під диспансерним наглядом протягом декількох років, наступала фаза стійкої ремісії з максимальним відновленням функціональних резервів сечостатевої системи.

Важлива роль при цьому належить профілактиці ПСШ, усуненню факторів сприяння (уретро-простатич-

ного рефлюксу, обмінних порушень) згідно віку, фізичній та статевій активності.

ВИСНОВКИ

Калькулезний простатит (КП) є складною формою хронічного простатиту, що має різний етіопатогенез і характеризується утворенням конкрементів у вихідних протоках передміхурової залози (ПЗ). Етіологія КП на сьогодні мало визначена, хоча деякі патогенетичні механізми формування патологічного процесу (роль уретропростатичного рефлюксу, бактеріального чинника, біохімічному профілю субстрату ПЗ тощо) чітко вказують на провідну роль обструктивно-інфекційного фактору. Клінічна картина КП, як правило, мало відрізняється від такої при хронічному бактеріальному простатиті, а діагностика є досить ефективною (сучасні променеві методи діагностики). Важливу роль у верифікації процесу має мікробіологічне дослідження, оскільки антибактеріальна терапія зберігає провідні позиції у терапії КП. Остання складається з курсів протирецидивної терапії, що можуть тривати протягом року, із залученням фізіотерапевтичних та бальнеологічних методів, а також обов'язкового диспансерного спостереження.

Хронический калькулезный простатит: этиология, патогенез, диагностика и современные методы лечения **В.В. Спиридоненко**

В статье приведены стандарты лечения и диагностики хронического калькулезного простатита согласно современным взглядам на этиологию, патогенез и клинические проявления данного заболевания. Группы препаратов и другие медицинские технологии, которые предлагаются для лечения указанного состояния, как правило, назначают в комбинациях, направленных на растворение или уменьшение размеров конкрементов в протоках предстательной железы. Приведены образцы тестовых заданий с целью улучшения знаний специалистов по данной теме.

Ключевые слова: калькулезный простатит, протирецидивная терапия, стандарт лечения.

Chronic calculous prostatitis: etiology, pathogenesis, diagnosis and modern treatment methods **V. Spiridonenko**

The article presents the standards of diagnosis and treatment of chronic calculous prostatitis, according to modern views on etiology, pathogenesis and clinical manifestations of the disease. Groups of drugs and other medical technology, which are proposed for the treatment of a specified condition, usually in combinations naznachayutsya aimed at dissolving concretions or reduction in size of the prostate gland ducts. A test sample of tasks to improve the knowledge of experts on the subject.

Key words: calculous prostatitis, preventive treatment, standard treatment.

Сведения об авторе

Спиридоненко Владимир Владимирович – ГУ «Институт урологии НАМН Украины», 04053, г. Киев, ул. В. Винниченко, 9а. E-mail: bro-vladimir@yandex.ru

Статья поступила в редакцию 20.12.2016

ТЕСТОВІ ЗАПИТАННЯ

(один або декілька правильних варіантів відповідей на кожне запитання)

1. Калькульозний простатит – це:

- Гострий простатит
- Хронічний простатит
- Форма гіперплазії передміхурової залози
- Сполучення гострого та хронічного простатиту.

2. При калькульозному простатиті необхідне обстеження:

- Секрет передміхурової залози
- Уретроскопія
- Трансректальне УЗД
- Трансабдомінальне УЗД.

3. Головним симптомом калькульозного простатиту вважають:

- Гемоспермію
- Больові відчуття у промежині
- Відходження конкременту з секретом передміхурової залози
- Визначення гіперехогенних структур при УЗД.

4. Найбільш інформативним при верифікації каменів у передміхуровій залозі є:

- МРТ
- УЗД трансабдомінальне
- Оглядова урографія
- Уретроскопія.

5. Найбільш поширеною фармакологічною групою, що призначається при калькульозному простатиті вважають:

- Препарати системної ензимотерапії
- Судинні препарати
- Ендогенні пептиди
- Фітопрепарати.

6. Препаратом вибору для лікування каменів передміхурової залози із сечовим складом вважають:

- Цитратні суміші
- Фітопрепарати
- Антибіотики
- Імунокоректори.

7. Препаратом вибору для лікування каменів передміхурової залози з оксалатним складом вважають:

- Цитратні суміші
- Фітопрепарати
- Антибіотики
- Солі магнію та вітамін В₆.

8. Малоінвазивним методом руйнації каменів передміхурової залози вважають:

- Ударно-хвильову літотрипсію
- Уретеролітоекстракцію
- ТУР
- Відкрита операцію

9. Назвіть, що не є ускладненням калькульозного простатиту:

- Гострий простатит
- Гіперплазія передміхурової залози
- Чоловіче безпліддя
- Сечокам'яна хвороба.

10. Головною умовою успішного лікування калькульозного простатиту є:

- Ефективні міри диспансеризації
- Дієтарні заходи
- Масаж передміхурової залози та антибіотикотерапія
- Заходи комплексної терапії.