

Клинические особенности лабораторной диагностики синдрома хронической тазовой боли у мужчин

И.И. Горпинченко, К.Р. Нуриманов, Т.В. Порошина, В.С. Савченко, Г.Н. Дранник
 ГУ «Институт урологии НАМН Украины», г. Киев

В статье изложены результаты сравнительного анализа первичного и повторного лабораторного обследования пациентов с хроническим простатитом/синдромом хронической тазовой боли (ХП/СХТБ).

Цель исследования: оценка диагностической ценности цитокинов секрета предстательной железы, спермы и постмассажной мочи. **Материалы и методы.** В исследование были включены 34 пациента ГУ «Институт урологии НАМН Украины» с ХП/СХТБ в возрасте 18–45 лет. Здоровые добровольцы (n=17) вошли в контрольную группу. Оценку симптомов простатита проводили с помощью шкалы NIH-CPSI, депрессивных симптомов – PHQ-9, симптомов тревоги – GAD-7. Всем участникам выполняли микроскопический и культуральный анализ секрета предстательной железы, эякулята и постмассажной мочи. Цитокины (TNF- α , IL-1, IL-8, IL-10) определяли с помощью иммуноферментного анализа.

Результаты. Даже при небольшом количестве наблюдений нет полного совпадения результатов культурального и микроскопического исследования секрета предстательной железы (ПЖ), эякулята и постмассажной мочи при повторном обследовании. Значимой корреляции между симптомами простатита, тревоги и депрессии с содержанием лейкоцитов, а также концентрацией цитокинов в эякуляте и секрете ПЖ не обнаружено.

Заключение. Однократное лабораторное обследование пациента с симптомами простатита не дает достаточной воспроизводимости результатов и, соответственно, ставит под сомнение точность диагноза. Разрабатываемые лечебные подходы могут иметь преимущество, если будут учитывать возможность диагностических неточностей и оказывать лечебный эффект независимо от них.

Ключевые слова: хронический абактериальный простатит, синдром хронической тазовой боли, повторное обследование, базовая фармакотерапия.

Clinical features of laboratory diagnosis of chronic pelvic pain syndrome in men

I.I. Gorpynchenko, K.R. Nurimanov, T.V. Poroshina, V.S. Savchenko, G.N. Drannik

The article presents the results of a comparative analysis of primary and repeated laboratory examinations of patients with chronic prostatitis / chronic pelvic pain syndrome.

The objective: to evaluate the diagnostic value of cytokines secreting prostate, sperm and post-massage urine.

Materials and methods. The study included 34 patients with CP/CPSPS aged 18–45 years. Healthy volunteers (n=17) formed the control group. The prostatitis symptoms were assessed by NIH-CPSI scale, depressive symptoms – PHQ-9, and anxiety symptoms – GAD-7. All participants were subjected to microscopic and culture analysis of the expressed prostatic secretion, ejaculate and postmassage urine. Cytokines (TNF- α , IL-1, IL-8, IL-10) were determined using enzyme immunoassay.

Results. Even with a small number of observations there is no complete coincidence of the results of cultural and microscopic examination of the secretion of prostate, ejaculate and post-massage urine, which may be of clinical significance. Significant correlation between the symptoms of prostatitis, anxiety and depression with the leukocytes count as well as the concentration of cytokines in the ejaculate and prostate secretion was not found.

Conclusion. A single laboratory examination of a patient with prostatitis symptoms does not provide sufficient reproducibility of the results and, accordingly, casts doubt on the accuracy of the diagnosis. Developed therapeutic approaches may have an advantage if they take into account the possibility of diagnostic inaccuracies and have a therapeutic effect independently of them.

Key words: chronic abacterial prostatitis, CPPS, re-examination, basic pharmacotherapy.

Клінічні особливості лабораторної діагностики синдрому хронічного тазового болю у чоловіків

І.І. Горпинченко, К.Р. Нуріманов, Т.В. Порошина, В.С. Савченко, Г.М. Драннік

У статті викладені результати порівняльного аналізу первинного та повторного лабораторного обстеження пацієнтів з хронічним простатитом/синдромом хронічного тазового болю (ХП/СХТБ).

Мета дослідження: оцінювання діагностичної цінності цитокинів секрету передміхурової залози (ПЗ), сперми та постмасаажної сечі.

Матеріали та методи. У дослідження були включені 34 пацієнти з ХП/СХТБ віком 18–45 років. Здорові добровольці (n=17) увійшли у контрольну групу. Оцінювання симптомів простатиту проводили за допомогою шкали NIH-CPSI, депресивних симптомів – PHQ-9, симптомів тривоги – GAD-7. Усім учасникам виконували микроскопічний та культуральний аналіз секрету ПЗ, еякуляту та постмасаажної сечі. Цитокини (TNF- α , IL-1, IL-8, IL-10) визначали за допомогою імуноферментного аналізу.

Результати. Навіть при невеликій кількості спостережень немає повного збігу результатів культурального та микроскопічного дослідження секрету ПЖ, еякуляту та постмасаажної сечі, що може мати клінічне значення. Значущої кореляції між симптомами простатиту, тривоги та депресії за наявності лейкоцитів, а також концентрацією цитокинів в еякуляті та секреті ПЗ не знайдено.

Заключення. Одноразове лабораторне обстеження пацієнта із симптомами простатиту не дає достатньої надійності результатів та, відповідно, ставить під сумнів точності діагнозу. Лікувальні заходи можуть мати перевагу, якщо будуть враховувати вірогідність діагностичних помилок та мати лікувальний ефект незалежно від них.

Ключові слова: хронічний абактеріальний простатит, хронічний простатит/синдром хронічного тазового болю, повторне обстеження, базова фармакотерапія.

Хронический простатит/синдром хронической тазовой боли (ХП/СХТБ, англ. – *CP/CPBS*, синоним – хронический абактериальный простатит) – распространенная и устойчивая к лечению патология недостаточно изученной природы. Диагноз устанавливается при наличии симптомов простатита, отсутствии данных в пользу бактериальной инфекции в секрете предстательной железы (ПЖ), сперме или третьей (постмассажной) порции мочи. При наличии повышенного содержания лейкоцитов в этих выделениях диагностируется воспалительная форма, при их нормальном содержании – невоспалительная форма.

В рамках диагностического процесса результаты лабораторного исследования различных биологических материалов формально имеют равную диагностическую ценность, хотя в повседневной практике часто наблюдается их несоответствие. Известно, что наибольшую ценность представляет комплексная оценка этих материалов для установления диагноза ХП/СХТБ [1]. Другие работы показывают бесполезность изучения спермы для диагностики ХП/СХТБ, так как результаты этого анализа значительно не отличаются в группах больных и бессимптомного контроля как по содержанию лейкоцитов, так и по уровню бактериального обсеменения [2]. Рекомендуются для применения 2-стаканная и 4-стаканная пробы.

Было показано значимое повышение концентрации медиаторов воспаления (IL-8, IL-1β, ICAM-1) в секрете ПЖ у пациентов с ХП/СХТБ в сравнении с контрольной группой. В свою очередь эти показатели были повышены при воспалительной форме в сравнении с невоспалительной [3]. Остается недостаточно ясной диагностическая ценность определения цитокинов в семенной жидкости в сравнении с показателем в секрете ПЖ, а также воспроизводимость результатов микроскопического и культурального обследования мужчин с ХП/СХТБ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Предварительный скрининг прошли 26 пациентов с воспалительным ХП/СХТБ, 15 пациентов с невоспалительным ХП/СХТБ и 30 здоровых добровольцев. Анализ диагностической ценности проводили с учетом данных

этих пациентов. В исследование были включены 34 пациента ГУ «Институт урологии НАМН Украины» с ХП/СХТБ в возрасте 18–45 лет. Здоровые добровольцы (n=17) вошли в контрольную группу. Оценку симптомов простатита производили с помощью шкалы NIH-CPSI, депрессивных симптомов – с помощью шкалы PHQ-9 [4], симптомов тревоги – с помощью шкалы Generalised Anxiety Disorder-7 (GAD-7) [5]. Анкеты заполнял врач во время опроса пациента.

Признаком воспаления считали 5 и более лейкоцитов в поле зрения (большое увеличение, ×40) в эякуляте и постмассажной моче, 10 и более лейкоцитов в поле зрения (большое увеличение, ×40) в секрете предстательной железы.

Критериями включения пациентов в исследование были:

- 1) мужчины в возрасте 18–45 лет;
- 2) оценка по шкале NIH-CPSI не менее 10 баллов;
- 3) бактериальное обсеменение секрета предстательной железы, эякулята и постмассажной мочи пациента не превышает уровень 10⁴ КОЕ/мл;
- 4) информированное согласие пациента на участие.

У всех включенных в исследование участников в материале соскоба уретры методом ПЦР не были найдены инфекции, которые передаются половым путем (*Trichomonas vaginalis*, *Chlamidia trachomatis*, *Mycoplasma hominis*, *Mycoplasma genitalium*, *Ureaplasma spp.*, *Gardnerella vaginalis*).

В соответствии с результатами анализа секрета ПЖ пациенты были разделены на две группы:

- при выявлении более 10 лейкоцитов в поле зрения диагностировали (А) воспалительный ХП/СХТБ (n=21),
- при содержании лейкоцитов менее 10 в поле зрения диагностировали (В) невоспалительный (n=13).

Всем участникам выполняли стандартный анализ эякулята. Цитокины (туморнекротический фактор (TNF-α), интерлейкин-1 (IL-1), интерлейкин-8 (IL-8), интерлейкин-10 (IL-10)) и простатоспецифический антиген (ПСА) определяли с помощью иммуноферментного анализа в секрете предстательной железы, семенной плазме и постмассажной моче. У всех участников исследования ПСА не превышал 4 нг/мл. Статистически значимой считали разницу средних показателей с вероятностью ошибки p<0,05.

Таблица 1

Сравнительная диагностическая ценность культурального анализа секрета предстательной железы, спермы и постмассажной мочи

Материал	Здоровые добровольцы, n=30		Воспалительный ХП/СХТБ, n=26		Невоспалительный ХП/СХТБ, n=15	
	Культура позитив., абс. число (%)	Культура негатив., абс. число (%)	Культура позитив., абс. число (%)	Культура негатив., абс. число (%)	Культура позитив., абс. число (%)	Культура негатив., абс. число (%)
Секрет ПЖ	0	30 (100)	0	26 (100)	0	15 (100)
Сперма	13 (43)*	17 (57)	5 (19)	21 (81)	2 (13)	13 (87)
Постмассажная моча	8 (27)*	22 (73)	3 (12)	23 (88)	2 (13)	13 (87)

Примечание: * – существует статистическая разница в сравнении с диагностической ценностью культурального исследования секрета предстательной железы (использовался критерий Фишера, p<0,05).

Таблица 2

Сравнительная диагностическая ценность культурального анализа постмассажной мочи

Материал	Здоровые добровольцы, n=5		ХП/СХТБ, n=9	
	<10 ⁴ КОЕ/мл	≥10 ⁴ КОЕ/мл	<10 ⁴ КОЕ/мл	10 ⁴ КОЕ/мл
Постмассажная моча при «отсутствии» секрета ПЖ	0	5	0	9
Секрет ПЖ	1	4	1	8
Моча после получения секрета ПЖ	1	4	1	8

Сравнительная диагностическая ценность микроскопического анализа секрета предстательной железы, спермы и постмассажной мочи

Материал	Здоровые добровольцы, n=17		Воспалительный ХП/СХТБ, n=21		Невоспалительный ХП/СХТБ, n=13	
	Лейкоцит- позитив., абс. число (%)	Лейкоцит- негатив., абс. число (%)	Лейкоцит- позитив., абс. число (%)	Лейкоцит- негатив., абс. число (%)	Лейкоцит- позитив., абс. число (%)	Лейкоцит- негатив., абс. число (%)
Секрет ПЖ	0	17 (100)	0	21 (100)	0	13 (100)
Сперма	1 (6)	16 (94)	10 (48)	11 (52)	1 (8)	12 (92)
Постмассажная моча	1(6)*	16 (94)	3 (14)	18 (86)	2 (15)	11 (85)

Примечания: * – существует статистическая разница в сравнении с диагностической ценностью культурального исследования секрета ПЖ (использовался критерий Фишера; $p < 0,05$).

Лейкоцит-позитивный – материал содержит 10 и более лейкоцитов в поле зрения при увеличении $\times 40$.

Лейкоцит-негативный – материал содержит менее 10 лейкоцитов в поле зрения при увеличении $\times 40$.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

На этапе скрининга из 30 здоровых волонтеров 13 не были включены в исследование диагностической ценности цитокинов из-за обнаружения бессимптомной бактериоспермии. Бактериоспермия также была выявлена у 5 из 26 пациентов с воспалительным ХП/СХТБ и у 2 из 15 пациентов с невоспалительным ХП/СХТБ, из-за чего они также не были включены в исследование. При этом у них в секрете ПЖ бактерии не были обнаружены, на основании чего был установлен диагноз.

В постмассажной моче у пациентов с установленным диагнозом ХП/СХТБ также обнаруживались бактерии в концентрации, превышающей 10^4 КОЕ/мл, что наблюдалось реже, чем при исследовании эякулята этих пациентов. Это несоответствие было проанализировано в результатах культурального исследования секрета предстательной железы, спермы и постмассажной мочи (табл. 1).

Поскольку диагноз устанавливали на основе культурального анализа секрета предстательной железы, с ним сравнивали результаты исследования других материалов. Даже при небольшом количестве наблюдений нет полного совпадения результатов культурального исследования секрета ПЖ, эякулята и постмассажной мочи, что может иметь клиническое значение. При таких размерах выборки значимая разница выявлена только при обследовании здоровых добровольцев. Однако, если увеличить размер выборки в 10 раз (то есть при выполнении более 260 культуральных исследований при ХП/СХТБ IIIA типа, более 150 при ХП/СХТБ IIIB) при сохранении соотношения подтвержденных и неподтвержденных культуральных исследований, разница приобретает статистическую значимость (критерий Хи-квадрат, $p < 0,05$).

Необходимо также отметить еще одну особенность диагностики ХП/СХТБ. У 5 здоровых волонтеров (из 17) и 9 больных ХП/СХТБ (из 34) объем секрета ПЖ был недостаточным или материал был слишком вязким для оценки цитокинов, что потребовало повторного забора материала через 2–5 дней полового воздержания. Проблем с получением эякулята не наблюдалось. Постмассажная моча забиралась (как обычно это происходит в клинической практике) после массажа ПЖ независимо от успеха в предварительном получении секрета ПЖ. Интерес также представляет сравнение этих случаев (табл. 2). При невозможности получить секрет ПЖ наблюдается статистически незначимая тенденция к снижению вероятности выявить повышенную бактериальную обсемененность постмассажной мочи.

Микроскопическую оценку содержания лейкоцитов в секрете ПЖ, сперме и постмассажной моче проводили

только включенным в исследование участникам, у которых в изучаемых материалах отсутствовали патогенные бактерии, а содержание условно-патогенных бактерий не превышало 10^4 КОЕ/мл. Повышенный уровень лейкоцитов в сперме был выявлен только у 10 (48%) пациентов из группы воспалительного ХП/СХТБ. При этом у 1 (8%) пациента из группы невоспалительного ХП/СХТБ было обнаружено повышенное содержание лейкоцитов в сперме. Эти данные показывают значимое различие в диагностической ценности микроскопической оценки содержания лейкоцитов в секрете ПЖ, сперме и постмассажной моче (табл. 3).

На наш взгляд, важным аспектом диагностики ХП/СХТБ является воспроизводимость результатов анализов. Для оценки влияния «человеческого фактора» на микроскопический анализ в диагностике ХП/СХТБ все материалы исследовались двумя специалистами. Клинически значимой разницы в результатах их оценки не наблюдалось.

Кроме того, был произведен анализ результатов повторной диагностики при визите пациента через 1–3 дня. Повторное исследование моделирует лабораторную картину секрета ПЖ через 1–3 дня после выполнения первичного анализа, на основании которого обычно устанавливается диагноз. Подобное может встречаться в амбулаторной практике при легкой и умеренной интенсивности симптомов простатита, когда пациент обращается за назначениями на основании полученных результатов анализов через несколько дней после первичного обследования. Несовпадение результатов первичного и повторного обследования можно объяснить как изменением состояния пациента, так и недостатками самой диагностики. Для нас представляла наибольший интерес динамика изменений лабораторных данных за это время, а также возможные клиническое последствие неточного диагноза.

В общем, результаты микроскопии (табл. 4) были подтверждены в 92% случаев (критерий Фишера; $p > 0,05$), результаты культурального исследования (табл. 5) – 94% случаев (критерий Фишера; $p > 0,05$). При повторной микроскопии секрета ПЖ (полученного через 1–3 дня после первого визита) повышенное содержание лейкоцитов было выявлено у 2 (12%) здоровых добровольцев (в результате был диагностирован бессимптомный простатит), а также у 1 (8%) пациента с невоспалительным ХП/СХТБ (диагностирован воспалительный ХП/СХТБ). У пациентов с воспалительным ХП/СХТБ повышенное содержание лейкоцитов в секрете ПЖ было подтверждено повторным обследованием в большинстве случаев – у 18 (86%) пациентов соответственно, у 3 (14%) – не подтверждено.

Таблица 4

Сравнительная диагностическая ценность повторного микроскопического анализа секрета предстательной железы, спермы и постмассажной мочи

Материал	Здоровые добровольцы, n=17		Воспалительный ХП/СХТБ, n=21		Невоспалительный ХП/СХТБ, n=13	
	Лейкоцит-положительный, абс. число (%)	Лейкоцит-негативный, абс. число (%)	Лейкоцит-положительный, абс. число (%)	Лейкоцит-негативный, абс. число (%)	Лейкоцит-положительный, абс. число (%)	Лейкоцит-негативный, абс. число (%)
Секрет ПЖ	2 (12)	15 (88)	3 (14)	18 (86)	1 (8)	12 (92)
Сперма	2 (12)	15 (88)	3 (14)	18 (86)	2 (16)	11 (84)
Постмассажная моча	0	17 (100)	2 (10)	18 (90)	1(8)	12 (92)

Таблица 5

Сравнительная диагностическая ценность повторного культурального анализа секрета предстательной железы, спермы и постмассажной мочи

Материал	Здоровые добровольцы, n=17		Воспалительный ХП/СХТБ, n=21		Невоспалительный ХП/СХТБ, n=13	
	Бактерио-положительный, абс. число (%)	Бактерио-негативный, абс. число (%)	Бактерио-положительный, абс. число (%)	Бактерио-негативный, абс. число (%)	Бактерио-положительный, абс. число (%)	Бактерио-негативный, абс. число (%)
Секрет ПЖ	1 (6)	16 (94)	2 (10)	19 (90)	0	13 (100)
Сперма	1 (6)	16 (94)	1 (5)	20 (95)	0	13 (100)
Постмассажная моча	0	17 (100)	1 (5)	20 (95)	0	13 (100)

Таблица 6

Диагностическая ценность цитокинов (TNF-α, IL-1, IL-8, IL-10) секрета предстательной железы и спермы

Материал	Здоровые добровольцы, n=17		Воспалительный ХП/СХТБ, n=21		Невоспалительный ХП/СХТБ, n=13	
	Секрет ПЖ	Сперма	Секрет ПЖ	Сперма	Секрет ПЖ	Сперма
TNF-α, пг/мл	13,3±4,7	9,5±2,8	88,3±8,7*	67,5±7,5*	73,4±6,9*	65,1±3,7*
IL-1, пг/мл	62,6±5,9	55,6±7,9	112,6±28,3*	99,6±16,5*	95,6±7,9*	89,7±6,6*
IL-8, пг/мл	27,3±4,3	22,8±5,7	40,7±7,8*	37,4±8,2*	33,7±6,8*	27,4±5,2*
IL-10, пг/мл	207,6±23,7	176,6±25,7	124,6±24,6*	84,6±16,6*	97,6±18,3*	98,6±24,5*

Примечание: * – значимая разница в сравнении с соответствующим показателем группы здоровых добровольцев (p<0,05).

Таким образом, статистической значимости в различиях результатов первичных и повторных анализов изученных материалов не обнаружено. Однако выявленные различия при увеличении количества наблюдений может иметь клиническое значение.

Оценка содержания провоспалительных (TNF-α, IL-1, IL-8) цитокинов в эякуляте и секрете ПЖ продемонстрировала значимое превышение показателей у здоровых мужчин как при воспалительном, так и невоспалительном ХП/СХТБ. Содержание противовоспалительного IL-10 было значимо снижено при ХП/СХТБ относительно контрольной группы в эякуляте и секрете ПЖ. Между формами ХП/СХТБ различия в содержании IL-10 не выявлено.

Значимой корреляции между симптомами простатита, тревоги и депрессии с содержанием лейкоцитов, а также концентрацией цитокинов в эякуляте и секрете ПЖ не обнаружено.

Проведение данного исследования стало для нас актуальным в связи со сложностями трактовки результатов анализов и установления диагноза хронического простатита у пациентов, которые настаивали на неоднократных обследованиях до начала лечения. Затруднения возникали из-за несовпадения результатов как микроскопического, так и культурального анализов секрета ПЖ и спермы, хотя клиничес-

кий диагноз обострения хронического простатита не вызывал сомнения. Кроме того, неоднократно встречались случаи бессимптомного простатита, при которых проведение повторного лабораторного обследования через 1–3 дня не подтверждало установленный предварительный диагноз. Для прояснения этой ситуации мы проспективно проводили повторное обследование пациентов с ХП/СХТБ.

Полученные данные соответствуют, по сути, результатам исследования J.N. Krieger и соавторов [6], в котором изучали воспроизводимость культурального обследования пациентов с симптомами хронического простатита. Из 470 пациентов с симптомами хронического простатита у 29 (6%) пациентов было обнаружено 10-кратное увеличение концентрации грамположительных бактерий в постмассажной моче (VB3) или секрете ПЖ по сравнению с культурами первой порции мочи (VB1). Кроме того, 49 пациентов с симптомами простатита прошли повторное обследование, в результате чего у 20 пациентов были подтверждены отрицательные результаты выделения культуры. При этом повторное проведение обследования 29 пациентов с предварительно выявленной грамположительной инфекцией в 27 (94%) случаях не подтвердило ее наличие. Трех- и четырехкратное обследование, проведенное 9 пациентам, в одном из образцов обязательно выявляло

рост микроорганизмов. Авторы считают необходимым усовершенствование диагностических и лечебных подходов.

Полученные результаты также показывают возможность несовпадения диагноза в результате первичного и повторного обследования. Решение проблемы состоит как в усовершенствовании методик диагностики, так и лечебных подходов. Применение определения цитокинов для диагностики ХП/СХТБ дискутируется, хотя используется только в научных исследованиях из-за значительного диапазона их содержания в биологических жидкостях как в норме, так и при ХП/СХТБ. Мы также наблюдаем значимую разницу между показателями группы здоровых добровольцев и пациентов с ХП/СХТБ. Однако результаты определения цитокинов несколько отличаются даже в сравнении с аналогичными тестами в другом нашем исследовании [7]. Это затрудняет широкое применение этих методик.

Необходимо также отметить отсутствие значимой корреляции между симптомами простатита и содержанием лейкоцитов, симптомами простатита и концентрацией цитокинов в эякуляте и секрете ПЖ. Это подтверждает результаты других исследований и убеждает нас в правильности применения универсального базового лечения, направленного на коррекцию воспалительных, склеротических изменений в ПЖ, уменьшение гиперактивности гладкой мускулатуры простаты и мочевого пузыря, а также независимого от интенсивности и спектра клинических проявлений [7, 8, 9]. В качестве базового лечения нами использовалась комбинация диклофенака натрия (Диклоберл ретард, 100 мг/день, перорально, 2 нед), ретардная форма тамсулозина (Флосин, 0,4 мг/день, перорально, 1 мес) и экстракт плодов пальмы *Serenoa repens* (Простамол Уно, 320 мг/день, перорально, 6 мес). При этом базовая терапия может дополняться другими средствами (в том числе: противомикробными,

антиоксидантными, иммуностимулирующими, нефармакологическими) при наличии достаточных оснований.

Известна также концепция 3-А, предлагающая использовать антибиотики, альфа-блокаторы и противовоспалительные препараты как полезные пациентам с ХП/СХТБ. Недостаток этого подхода описан его авторами: эффективность антибиотиков у таких пациентов относительно респондеров и нон-респондеров значимо не отличается от применения плацебо [10]. Другими словами, антибиотики значительно улучшают состояние незначительного количества пациентов с ХП/СХТБ, что побудило нас предлагать применение антибиотиков только при выявлении связи заболевания и бактериального фактора.

ВЫВОДЫ

Учитывая данные литературы и этого исследования можно предположить, что для выявления повышенного содержания лейкоцитов и установления диагноза хронического простатита/синдрома хронической тазовой боли (ХП/СХТБ) предпочтительно использовать анализ секрета предстательной железы (ПЖ). В научных исследованиях анализ эякулята может уточнить оценку состояния пациентов благодаря выявлению лейкоцитов и цитокинов. Кроме того, оценка эякулята предпочтительна для определения цитокинов благодаря достаточному объему, физическим свойствам и соответствию содержания цитокинов в эякуляте и секрете ПЖ. Однократное лабораторное обследование пациента с симптомами простатита не дает достаточной воспроизводимости результатов и, соответственно, ставит под сомнение точность диагноза. Разрабатываемые лечебные подходы могут иметь преимущество, если будут учитывать возможность диагностических неточностей и оказывать лечебный эффект независимо от них.

Сведения об авторах

Горпинченко Игорь Иванович – ГУ «Институт урологии НАМН Украины», 04053, г. Киев, ул. В. Винниченко, 9а

Нуриманов Камиль Раисович – ГУ «Институт урологии НАМН Украины», 04053, г. Киев, ул. В. Винниченко, 9а

E-mail: kn_1976@ukr.net

Порошина Татьяна Викторовна – ГУ «Институт урологии НАМН Украины», 04053, г. Киев, ул. В. Винниченко, 9а

Савченко Виктория Станиславовна – ГУ «Институт урологии НАМН Украины», 04053, г. Киев, ул. В. Винниченко, 9а

Дранник Георгий Николаевич – ГУ «Институт урологии НАМН Украины», 04053, г. Киев, ул. В. Винниченко, 9а

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- Krieger J.N., Ross S.O., Penson D.F., Riley D.E. Symptoms and inflammation in chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome // *Urology*. – 2002. – № 60 (6) – P. 959–963.
- Nickel J.C., Alexander R.B., Schaeffer A.J., Landis J.R., Knauss J.S., Probert K.J. Leukocytes and bacteria in men with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome compared to asymptomatic controls // *J. Urol.* – 2003. – № 170 (3). – P. 818–822.
- Huang T.R., Li W., Peng B. Correlation of inflammatory mediators in prostatic secretion with chronic prostatitis and chronic pelvic pain syndrome // *Andrologia*. – 2018. – № 50 (2). doi: 10.1111/and.12860. Epub 2017 Aug.
- Kroenke K., Spitzer R.L., Williams J.B.; The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med*. 2001 Sep 16(9):606-613.
- Spitzer R.L. et al. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder. *Arch. Intern. Med.* – 2006. – № 166 (10) – P. 1092–1097.
- Krieger J.N., Ross S.O., Limaye A.P., Riley D.E. Inconsistent localization of gram-positive bacteria to prostate-specific specimens from patients with chronic prostatitis // *Urology* – 2005. – № 66 (4). – P. 721–725.
- Нуриманов К.Р. Эффективность и безопасность базовой фармакотерапии хронического абактериального простатита // *Здоровье мужчины*. – 2019. – № 1. – С. 40–45.
- Nickel J.C., Roehrborn C.G., O’Leary M.P., et al. The relationship between prostate inflammation and lower urinary tract symptoms: examination of baseline data from the reduce trial. *Eur Urol*. 2008; 54: 1379-1384.
- Schaeffer AJ, Knauss JS, Landis JR, et al. Chronic Prostatitis Collaborative Research Network Study Group. Leukocyte and bacterial counts do not correlate with severity of symptoms in men with chronic prostatitis: the national institutes of health chronic prostatitis cohort study. *J Urol*. 2002; 168: 1048-1053.
- Thakkinian A., Attia J., Anothaisintawee T., Nickel J.C. α -blockers, antibiotics and anti-inflammatories have a role in the management of chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome // *BJU Int.* – 2012. – № 110 (7). – P. 1014–1022.

Статья поступила в редакцию 28.06.2019