

Винахід відноситься до медицини, а саме до урології і стосується способів з'ясування урологічних причин синдрому хронічного тазового болю категорії 111-B, який характеризується відсутністю запальної реакції в еякуляті, секреті передміхурової залози і сечі, отриманої після масажу простати [узгоджувальна класифікація Національних Інститутів Охорони здоров'я - NIH, 1999]. Прийнята класифікація визнає обмежене розуміння причин синдрому хронічного тазового болю в більшості пацієнтів і можливість того, що органи інші, ніж передміхурова залоза, можуть відігравати важливу роль причинного фактора в розвитку цього синдрому [Krieger JN, Nyberg L Jr, Nickel JC. NIH Consensus Definition and Classification of Prostatitis. JAMA 1999; 282: 236-237.]. Таку роль, як показали наші дослідження, відіграють бульбоуретральні залози Купера, запалення саме яких визначає синдром хронічного тазового болю у пацієнтів, діагностика яких завжди викликала неабиякі труднощі.

Відомий найбільш близький за своєю суттю до винаходу спосіб з'ясування урологічних причин синдрому хронічного тазового болю [див. Meares EM, Stamey TA. Bacteriologic localization patterns in bacterial prostatitis and urethritis. Invest Urol 1968; 5: с. 498-518.], шляхом дослідження стану залоз сечостатевої системи, а саме хронічного простатиту, який полягає у тому, що отримують і досліджують першу, другу, третю порції сечі, роблять масаж однієї з залоз сечостатевої системи і отримують її секрет, за яким діагностують запалення тієї чи іншої залози сечостатевої системи, при цьому після отримання і дослідження першої і другої порцій сечі, роблять масаж передміхурової залози сечостатевої системи і отримують її секрет, після чого досліджують третю порцію сечі і діагностують наявність запалення саме передміхурової залози, що є урологічною причиною синдрому хронічного тазового болю.

Цей спосіб не забезпечує необхідної у цілому ряду випадків точності визначення урологічного синдрому хронічного тазового болю, оскільки він не враховує вплив на наявність синдрому хронічного тазового болю такого фактора як можливість запалення бульбоуретральних залоз Купера, отже він є недостатньо достовірним.

В основу винаходу покладено завдання такого удосконалення способу визначення урологічного синдрому хронічного тазового болю, при якому за рахунок врахування причин, що стосуються показників стану бульбоуретральних залоз Купера, які напряму пов'язані з наявністю у пацієнтів синдрому хронічного тазового болю, забезпечується підвищення достовірності цього процесу, причому вперше в урології проводиться комплексне дослідження згаданих залоз для з'ясування існуючої для певного хворого істинної урологічної причини синдрому хронічного тазового болю.

Для вирішення цього завдання у способі з'ясування урологічних причин синдрому хронічного тазового болю, який полягає у тому, що отримують і досліджують першу, другу, третю порції сечі, роблять масаж однієї з залоз сечостатевої системи і отримують її секрет, за яким діагностують запалення тієї чи іншої залози сечостатевої системи, що є урологічною причиною синдрому хронічного тазового болю, згідно винаходу попередньо визначають кількість лейкоцитів і культури мікроорганізмів у першій, другій порціях сечі, секреті простати, третій порції сечі, а також в еякуляті, при цьому при відсутності перевищення їх кількості відносно норми після дослідження першої порції сечі додатково здійснюють масаж куперових залоз сечостатевої системи, а після дослідження другої порції сечі визначають наявність запалення куперових залоз, при цьому попередньо вивчають наявність структурних змін органів таза, для цього проводять ультразвукове дослідження органів таза (трансабдомінальне і трансректальне), і /або урофлоуметрію, і /або передню уретроскопію, і /або уретроцистоскопію і /або комп'ютерну томографію таза.

Причинно-наслідковий зв'язок між сукупністю ознак, що заявляється, і медичними результатами, які досягаються при її реалізації, полягає у наступному.

Бульбоуретральні залози Купера відносяться до складнотрубчатих залоз і мають розміри від 3,5 до 10мм. Вони розташовуються в товщі сечостатевої діафрагми і прилягають до задньої стінки перетинчастої частини сечівника, а їхні вивідні протоки відкриваються в цибулинному відділі уретри. Значна довжина вивідних проток - від 2 до 8см [Васильєв А.И. Уретроскопия и эндоуретральные операции.- Медгиз, 1955.- 164с.] і можливість обструкції їх секретом утруднює діагностику і вимагає повторного дослідження еякулята і порції сечі після масажу куперових залоз. Хронічний куперит не має чітко вираженої клінічної картини, апаратна й інструментальна діагностика стану бульбоуретральних залоз недостатньо розроблена. У діагностиці запальних захворювань куперових залоз доцільно орієнтуватися на дані пальцевого ректального дослідження, аналізу порції сечі, отриманої після масажу куперових залоз, а для оцінки виразності симптоматики й ефективності лікування може бути використаний індекс симптомів хронічного простатиту Національних Інститутів Охорони здоров'я (NIH-CPSI, 1999).

Тому завдяки урахуванню стану куперових залоз вдалось з'ясувати причини хронічного тазового болю у пацієнтів, внаслідок чого значно підвищилась достовірність способу з'ясування урологічних причин синдрому хронічного тазового болю, а, головне, з'ясування причин цього болю і їх усунення призвело до позитивних наслідків при подальшому лікуванні залоз сечостатевої системи.

Приклад конкретної реалізації способу з'ясування урологічних причин синдрому хронічного тазового болю.

У спеціалізований медичний центр «Оптіма-фарм» 24.03.2001р. звернувся чоловік Н., 32 років, № амбулаторної карти 156 зі скаргами на тягучі болі в промежині, що іррадіують по внутрішній поверхні стегон і підсилюються при сидінні на твердій поверхні, періодично приймаючи нестерпний характер. Вищевказані скарги турбують хворого протягом 4 місяців. Раніше було проведено 2 курси лікування з приводу хронічного трихомонадного уретриту, у результаті якого досягнута ерадикація трихомонад і нормалізація лабораторних показників (відокремлюваного уретри і першої порції сечі). Попередньо визначали кількість лейкоцитів і культури мікроорганізмів при дослідженні 1-й, 2-й порцій сечі, секрету передміхурової залози і 3-ї порції сечі, а також еякулята, відхилень не виявлено. Пацієнту було зроблено трансабдомінальне і трансректальне ультразвукове дослідження органів таза, ректороманоскопію, комп'ютерну томографію таза і уретроцистоскопію. У результаті проведених досліджень патологічних змін з боку органів таза не було виявлено. Був встановлений діагноз - синдром хронічного тазового болю, з приводу якого був проведений курс лікування, що включав антибактеріальні препарати, нестероїдні протизапальні засоби і фізіотерапевтичні процедури - без ефекту. Нами для визначення стану залоз Купера було зроблено наступне. Після одержання 1-ї порції сечі був здійснений масаж куперових залоз і отримана 2-я порція сечі, що містить секрет куперових залоз, після чого був зроблений масаж

передміхурової залози, отримано її секрет і 3-я порція сечі, що містить секрет передміхурової залози. При дослідженні 1-а порція сечі, секрет передміхурової залози і 3-я порція сечі містили нормальну кількість лейкоцитів, у 2-й порції сечі кількість лейкоцитів досягала 80 у полі зору. При бактеріологічному дослідженні у 2-й порції сечі отриманий ріст *E.faecium* 100000 у 1 мол. Діагноз - хронічний куперит. Проведено комплексне лікування, що включає системну ензимотерапію, антибактеріальну терапію відповідно до чутливості мікрофлори, фізіотерапію, пальцевий масаж куперових залоз. У результаті проведеного лікування досягнуте зникнення болей у промежині, нормалізація лабораторних і бактеріологічних показників (відсутність мікрофлори і підвищеної кількості лейкоцитів у 2-й порції сечі, отриманої після масажу куперових залоз). Ефект зберігається протягом 2 років спостереження. У даному спостереженні в хворого із синдромом хронічного тазового болю при додатковому обстеженні ( по запропонованому нами методу) було діагностовано куперит. Ліквідація запального процесу в куперових залозах призвела і до ліквідації тазового болючого синдрому, що дає підстави вважати саме куперит причиною синдрому хронічного тазового болю в даному випадку, про що повідомляється вперше.

За період з 1999 по 2002 рік під нашим спостереженням знаходилося 17 чоловіків із хронічними болями в області таза у віці від 24 до 46 років (у середньому 36,7 років), яким раніше було проведено лікування з приводу уретриту (3 пацієнта), простатиту (4) і уретропростатиту (10). В усіх випадках причиною звертання служила постійного характеру біль, що тягне, у промежині, у ряді випадків іррадируюча в область заднього проходу і медіальну поверхню стегон, що підсилюється після сидіння на твердій поверхні, неприємні відчуття в промежині після полового акта, 4 (23,5%) пацієнта відзначали прискорене сечовипускання.

Тривалість захворювання складала від 6мес. до 5 років (у середньому 3 роки 2мес.). До звертання з приводу симптомів, що турбують, один курс антибактеріальної терапії був проведений 3 пацієнтам, 2 курси - 5, 4 курси - 9 пацієнтам. Спочатку етіологічний фактор запального процесу був обумовлений гонорейною, трихомонадною, хламідійною, мікоплазмовою, бактеріальною і мікстом-інфекцією. Ерадикація збудників була підтверджена культуральними методами і результатами полімеразної ланцюгової реакції. У всіх пацієнтів при використанні стандартної методики Meares E.M., Stamey T.A. (1968) продемонстрована відсутність підвищеної кількості лейкоцитів і культури мікроорганізмів у всіх досліджуваних зразках (1-я і 2-я порція сечі, секрет простати, 3-я порція сечі), а також у еякуляті. Усім пацієнтам проведено ультразвукове дослідження органів таза (трансабдомінальне і трансректальне), урофлоуметрія, 10 чоловікам проведена передня уретроскопія, 4-уретроцистоскопія. Трьом чоловікам зроблена комп'ютерна томографія таза. За результатами обстеження структурних змін органів таза не виявлено.

З метою визначення стану бульбоуретральних залоз Купера (Cowper) ми застосували таку послідовність операцій:

отримували 1-у порцію сечі, після чого здійснювали масаж куперових залоз, і 2-я порція сечі містила секрет куперових залоз, фактично відбиваючи їхній стан. Після цього одержували секрет простати і 3-ю порцію сечі. Про ізольоване запалення бульбоуретральних залоз свідчив підвищений вміст лейкоцитів (більш 10 у полі зору) у 2-й порції сечі, у той час як у 1-й і 3-й порціях сечі й у секреті простати кількість лейкоцитів знаходилася в межах норми.

Результати: При проведенні пропонованого способу у 6 пацієнтів був діагностований куперит. З огляду на значну довжину вивідних проток бульбоуретральних залоз і можливість обструкції їх густим секретом 11 чоловікам, що залишилися, був проведений курс системної ензимотерапії і масажу куперових і передміхурової залоз, після чого тест був повторений. Ще в 4 пацієнтів було встановлене запалення бульбоуретральних залоз. Таким чином, з 17 пацієнтів, що звернулися із синдромом хронічного тазового болю, яким раніше проводилося лікування з приводу уретриту, простатиту чи уретропростатиту, у 10 (59%) було виявлене запалення куперових залоз. Проведене бактеріологічне дослідження дозволило встановити, що етіологічним мікробним фактором куперита служили: *S. saprophyticus*, *S. epidemidis*, *E.faecalis*, *E.faecium*, *E.coli*, *K.pneumonia*, *E.aerogenes*. Для оцінки симптоматики в пацієнтів з діагностованою патологією бульбоуретральних залоз був використаний індекс симптомів хронічного простатиту Національних Інститутів Охорони здоров'я - NIH-CPSI [Litwin MS, McNaughton-Collins M, Fowler FJ, et al. The National Institutes of Health chronic prostatitis symptom index: development and validation of a new outcome measure. J Urol 1999; 162: 369-375.]. Вихідні кількісні значення, що характеризують болючий синдром склали 18,5 бала, порушення сечовипускання - 4,2, якість життя - 8,6, при цьому загальна сума складала 31,3 бали.

Пацієнтам з діагностованим запаленням бульбоуретральних залоз проведено курс антибактеріальної терапії з урахуванням чутливості виділених збудників на тлі ензимотерапії, фізіотерапевтичних процедур і пальцевого масажу куперових залоз. Проведене лікування привело до зниження сумарного показника симптомів на 23,8 балів і склало до закінчення лікування 7,5 бала. Нормалізація кількості лейкоцитів у порції сечі, отриманої після масажу куперових залоз, досягнута в 8 (80%) пацієнтів, санація бульбоуретральних залоз від мікрорганізмів забезпечена в 7(70%) чоловіків.

Висновок. Отримані дані свідчать про те, що синдром хронічного тазового болю є неоднорідним за своєю природою. У ряді випадків під незапальним синдромом хронічного тазового болю може ховатися запальний процес у куперових залозах. Особливо це стосується пацієнтів, що мають історію захворювання уретритом чи уретропростатитом інфекційної природи. Використання пропонованого способу з'ясування урологічних причин синдрому хронічного тазового болю дозволить оптимізувати лікувальну тактику за рахунок усунення запалення куперових залоз й індивідуалізувати терапію в залежності від цього причинного фактора.