

циента. Поэтому при лечении больных деменцией можно считать оправданным назначение М-холиноблокаторов из группы четвертичных аминов. Гидрофильный препарат не проникает через гематоэнцефалический барьер, и вероятность побочных эффектов центральной нервной системы меньше.

Таким образом, распространенность детрузорной гиперактивности у пациентов с болез-

нью Альцгеймера является более низкой по сравнению людьми, страдающими сосудистой деменцией, и встречается на поздних стадиях заболевания. При назначении лечения гиперактивного мочевого пузыря у данной категории больных предпочтение следует отдавать гидрофильным М-холиноблокаторам, что позволит снизить вероятность побочных явлений со стороны центральной нервной системы.

БОЛЕВОЙ СИМПТОМ В КЛИНИКЕ ХРОНИЧЕСКОГО БАКТЕРИАЛЬНОГО ПРОСТАТИТА

© *В.Н. Крупин, А.В. Крупин, А.С. Воробьева*

ФГБОУ ВО «Нижегородская государственная медицинская академия» МЗ РФ (г. Нижний Новгород)

Изучали интенсивность болевого симптома у 76 пациентов с лабораторно подтвержденным хроническим бактериальным простатитом с использованием визуальной аналоговой шкалы боли (ВАШ). Интенсивность боли у больных хроническим бактериальным простатитом по десятибалльной ВАШ в среднем составила $2,14 \pm 0,01$ пункта (1 пункт — 26 человек; 2 пункта — 25 человек; 3 пункта — 15 человек; 4 пункта — 8 человек и 5 пунктов — 2 человека). Кроме того, с целью оценки интенсивности болевого симптома анкетированы по ВАШ 156 мужчин 46–71 года с тяжелыми повреждениями ткани предстательной железы: 1-я группа (81 человек) — трансректальная мультифокальная биопсия простаты с подозрением на рак простаты, 2-я группа (32 человека) — ТУР простаты по поводу ДГПЖ и 3-я группа (43 человека) — рак простаты T₃N₀M₀.

Боли в послеоперационном периоде без назначения анальгетиков отметили 4 (4,9 %) пациента 1-й группы и 2 (6,2 %) больных 2-й группы. Интенсивность болей по ВАШ у этих пациентов не превышала 1 пункта. У больных 3-й группы наличие болей в промежности отмечал один пациент, при дополнительном обследовании у него выявлено прорастание в прямую кишку, поэтому из обследования он выбыл.

Таким образом, частота и интенсивность болевых симптомов у больных хроническим

бактериальным простатитом значительно превышает аналогичные показатели у больных с травматическими повреждениями ткани предстательной железы при операции ТУР или биопсии простаты, а также при раке предстательной железы.

Проведены исследования корреляционной зависимости выраженности болевого симптома как основного симптома, описываемого в клинике хронического простатита, от воспалительных изменений секрета предстательной железы и морфологических изменений ее ткани, полученной при биопсии или трансуретральной резекции у 46 пациентов. При этом установлено, что в простате преобладает лимфогистиоцитарная инфильтрация стромы железы, разрастание грануляционной и рубцовой ткани. Атрофия желез сочетается с пролиферацией и метаплазией эпителия протоков с образованием криброзных и папиллярных структур.

Оценка характера и выраженности этих изменений выполнялась согласно классификации the North American Chronic Prostatitis Collaborative Research Network и the International Prostatitis Collaborative Network (Nickel J.C. et al., 2001):

- 1) легкая степень — единичные воспалительные клетки, разделенные отчетливыми промежуточными зонами (< 100 кл/мм²);
- 2) умеренная степень — сливающиеся поля воспалительных клеток без тканевой деструк-

ции и/или лимфоидной узелковой/фолликулярной формации (100–500 кл/мм²);

3) выраженная степень — сливающиеся поля воспалительных клеток с тканевой деструкцией и/или лимфоидной узелковой/фолликулярной формацией (> 500 кл/мм²).

Если в препарате присутствовали более чем одна степень воспаления, то учитывалась доминирующая и более тяжелая. Согласно этой классификации воспалительные изменения легкой степени имели 13 человек, умеренной степени — 23 пациента и воспалительные изменения выраженной степени выявлены у 11 человек.

Для анализа взаимосвязи порядковых признаков использована гамма-корреляция, поскольку в данных имелось много совпадающих значений. При этом отмечена обратная зависимость между интенсивностью боли по визуальной аналоговой шкале и количеством лейкоцитов, определяемых в анализе секрета

предстательной железы (коэффициент корреляции — 0,7129), что подтверждает отсутствие влияния воспаления в простате на возникновение боли. В то же время выявлена обратная корреляционная зависимость между количеством лейкоцитов в секрете предстательной железы и воспалительной инфильтрацией ткани простаты (коэффициент корреляции — 0,5256). Никакой корреляции не выявлено между характером и выраженностью воспаления в ткани простаты и интенсивностью боли у больных хроническим простатитом.

Проведенные исследования позволяют утверждать, что боль, основной симптом хронического бактериального простатита, не может являться следствием патологического процесса в ткани предстательной железы. Больные хроническим бактериальным простатитом нуждаются в дополнительном обследовании с целью выяснения причины болей.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЕ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ БАКТЕРИАЛЬНОМ ПРОСТАТИТЕ

© *В.Н. Крупин, А.В. Крупин*

ФГБОУ ВО «Нижегородская государственная медицинская академия» МЗ РФ (г. Нижний Новгород)

Морфологические исследования ткани предстательной железы выполнены у 127 больных хроническим бактериальным простатитом: у 67 человек материал получен при игольчатой биопсии в связи с подозрением на рак предстательной железы, возникший в процессе наблюдения за больными; 60 больным выполнена трансуретральная резекция по поводу прогрессирующей инфравезикальной обструкции в результате увеличения ДППЖ. Материал исследовали отдельно из каждой доли, что позволило оценить характер и выраженность воспалительных изменений в предстательной железе.

У всех больных в полученной ткани предстательной железы присутствовали признаки воспаления от легкой степени воспаления до развития фиброза предстательной железы. Если оценка выраженности воспаления не вызывала у нас больших затруднений благодаря предложенной классификации (Nickel J.C.

et al., 2001), то развитие фиброза и его выраженность оценивали по классификации, разработанной в нашей клинике (Горбунова Е.Н. и др., 2011), поскольку другие классификации отсутствуют. В основу классификации положена характеристика толщины стромальных перегородок между ацинусами желез простаты. Согласно этой классификации выделено три степени фиброза.

1. Фиброз легкой степени (увеличение толщины стромальных перегородок до 1,5–2,0 мм в 2–4 полях зрения из 10).

2. Умеренный фиброз (толщина стромальных перегородок увеличена до 1,5 мм более чем в 4 полях зрения, либо резкое утолщение более 2,5 мм имеется в единичных полях зрения (1–2)).

3. Выраженный фиброз (стромальные перегородки до 2,5 мм и более в 7–10 полях зрения).

При анализе характера и выраженности воспалительных изменений в ткани предстатель-