

## **ВОСПАЛЕНИЕ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У МАЛЬЧИКОВ И ПОДРОСТКОВ**

*Антонян И.М., Россихин В.В., Бухмин А.В., Туренко И.А.,  
Суманов С.В., Боровской М.Б., Головченко Е.О.*

Харьковская медицинская академия последипломного образования, г. Харьков  
КУОЗ «Областной клинический центр урологии и нефрологии им. В.И. Шаповала»

Неспецифический воспалительный процесс в предстательной железе считается наиболее частым урологическим заболеванием мужчин репродуктивного возраста. Более 60% обращений к урологу в амбулаторной практике вызваны клиническими проявлениями простатита. Отмечается значительное снижение качества жизни больных данной патологией, сравнимое с инфарктом миокарда и болезнью Крона. По данным ВОЗ, более 35% мужского населения США и стран Европы хотя бы раз в жизни отмечали симптомы, характерные для простатита. Хронический простатит в 30% случаев осложняется эректильной дисфункцией. Появление даже незначительных сексуальных нарушений у больных с простатитом, особенно у молодых мужчин, служит источником больших переживаний и от сознания собственной неполноценности может привести к возникновению нервных расстройств. Так же воспаление в предстательной железе служит причиной мужского бесплодия. У больных наблюдается значимое снижение концентрации сперматозоидов в 1 мл, выраженного снижения % подвижных сперматозоидов, выраженного снижения % морфологически нормальных сперматозоидов (Д.И. Трухан, 2016).

Простатит одновременно и «помолодел», т. е. стал встречаться у лиц моложе 25 лет. Описаны наблюдения данной патологии и в более раннем возрасте, то есть у детей (Е. В. Млынчик, 2013).

**Цель исследования.** Выявить мальчиков с воспалением предстательной железы, оценить характер жалоб и изменений в предстательной железе при воспалении у детей.

**Материалы и методы.** Под наблюдением находилось 19 мальчика в возрасте от 12 до 18 лет, из них 1(5,3%) в возрасте 12 лет, 3(15,8%) в возрасте 13 - 14 лет, 2(10,6%) в возрасте 15 лет, 4(21,1%) в возрасте 16 лет, 5(26,3%) в возрасте 17 лет и 4(21,1%) в возрасте 18 лет. Таким образом, самому молодому пациенту было 12 лет, а большинство пациентов — это подростки в возрасте 16-17.

Первоначально пациенты обращались к детскому урологу по поводу другой патологии не связанной с простатой, а воспаление предстательной железы было выявлено в ходе урологического обследования.

Всем больным было проведено трансабдоминальное УЗИ простаты, изучался мазок секрета простаты или 3-х стаканная проба, по показаниям проводилось исследование на выявление инфекций передающихся половым путём, исследовалась уродинамика нижних мочевых путей, по показаниям проводилась цистоуретроскопия.

**Результаты.** Заболевания мочеполовой системы, на фоне которых выявлен простатит, были следующие: расстройства мочеиспускания гиперактивность – 7, затруднённое мочеиспускание 12, цистит, уретрит – 5, крипторхизм – 1, варикоцеле -2, стриктура искусственной уретры – 1, свищ искусственной уретры - 1. В 4-х наблюдениях расстройства мочеиспускания были обусловленные миелодисплазией. Подростки длительное время находились на режиме периодической катетеризации мочевого пузыря. Таким образом, ведущими жалобами у мальчиков с простатитом явились дизурические явления.

Только в одном наблюдении было получено согласие родителей и подростка на проведение ректального исследования для оценки состояния предстательной железы и получения сока простаты для микроскопии. Во всех остальных случаях была проведена 3-х стаканная проба. Изменения, характерные для воспаления предстательной железы выявлены у 11(57,9%) пациентов. В данной группе мальчиков установлен диагноз бактериальный простатит. При этом у 5(23,3%) подростков в дальнейшем диагностированы инфекции

передаючі половим путём. У 8(42,1%) мальчиков воспалительных изменений не выявлено. У них был установлен диагноз невоспалительный абактериальный (застойный) простатит.

При ультразвуковом исследовании были выявлены следующие изменения в предстательной железе: увеличение размеров железы в сравнение с возрастными нормами (19), диффузное или очаговое повышение эхогенности паренхимы, гетерогенность паренхимы (5), микролиты (3), конкремент простаты (1), мелкие кисты в паренхиме (4).

Уретроскопия выполнена в одном наблюдении у подростка с стриктурой искусственной уретры. При этом было отмечено увеличение, гиперемия, наложение фибрина в области семенного бугорка.

Лечение подростков с простатитом проводилось по общепринятым схемам. Назначались препараты восстанавливающие кровообращение в малом тазу и микроциркуляцию в ПЖ (противовоспалительные, противоотечные средства); проводилась антибактериальная терапия, физиотерапия, иммунокорригирующая терапия, симптоматическое лечение.

При этом все подростки были разделены на две группы: 1-я группа больные бактериальным простатитом, 2-я группа подростки с абактериальным простатитом.

Больным 1-й группы проводилось лечение ИППП. При патологии уретры выполнены корректирующие операции и проведён курс антибактериальной терапии. У больных с хронической задержкой мочи на фоне миелодисплазии проводилась антибиотикотерапия в зависимости от антибиотикограммы и противорецидивная терапия ИМВП с рекомендацией изменения режима катетеризации и использование лубрицированных катетеров. Кроме этого все больные первой группы получали свечи Дистрептаза по 1 свече 2 раза в день 6 дней и Простамол Уно по 1 капсуле 1 раз в день на протяжении 1 месяца.

Во 2-й группе с абактериальным простатитом пациенты получали свечи Дистрептаза и Простамол Уно в соответствующих дозировках. Кроме этого рекомендовали вести подвижный образ жизни, занятия спортом или лечебной физкультурой.

У всех подростков отмечены положительные результаты проводимой терапии. Эффективность проводимой терапии оценивалась как субъективными критериями ликвидация боли, исчезновение дизурических явлений, так и объективными: уменьшение или нормализация размера и регрессия изменений структуры ПЖ по данным УЗИ, санация ИМВП и увеличение скорости потока мочи.

**Выводы.** Симптомы простатита у детей неспецифичны и требуют активного выявления, так как почти всегда развиваются на фоне другой патологии мочеполовой системы. Наиболее часто отмечаются жалобы на затруднённое, учащённое или болезненное мочеиспускание. Фактором риска развития простатита является рецидивирующая или резистентная к терапии ИМВП. Выявление и лечение простатита в детском возрасте предупреждает развитие хронического процесса в дальнейшем, что способствует улучшению качества жизни будущих мужчин.

## **НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ГИДРОНЕФРОЗОМ**

*Бойко М.В., Харитонюк Л.Н., Островская О.А., Обертинский А.В., Шевченко К.В.*

КУ «Днепропетровская областная детская клиническая больница» ДООС»

ГУ «Днепропетровская медицинская академия», г. Днепр

**Вступление.** Аномалии мочеполовой системы относятся к наиболее распространенным и составляют 45% всех врожденных пороков развития. Количество детей с аномалиями развития почек каждый год увеличивается. Среди обструктивных уротатий в детском возрасте нарушение проходимости пиело-уретерального сегмента (ПУС) находится на первом месте.