

РІВЕНЬ ПРОЗАПАЛЬНИХ ЦИТОКІНІВ У КРОВІ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ АБАКТЕРІАЛЬНИЙ ПРОСТАТИТ

В.І. Тріщ

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

Вступ. За даними різних авторів поширеність хронічного простатиту (ХП) у чоловічій популяції становить від 3 до 35% [1, 3, 4]. Серед чоловіків працездатного віку (до 50 років) ХП є найбільш поширеним урологічним захворюванням, а притаманні для нього симптоми є частотою (до 8% випадків) причиною звернення за урологічною допомогою. Нині вважають, що лише 5–10% випадків хронічного простатиту мають бактеріальну природу, близько 60–65% – це не бактеріальні простатити і 30–35% – простатодинія [3, 4, 6, 13]. За результатами дослідження останніх років відомо, що розвиток хронічного запального процесу у передміхуровій залозі зумовлений порушенням специфічної та неспецифічної імунної відповіді. Підтвердженням ролі імунної системи в етіології хронічного абактеріального простатиту є визначення в тканинах передміхурової залози IgA та IgM, фібриногену, компонентів комплементу, Т-лімфоцитів (CD₄ та CD₈), В-лімфоцитів та тканинних макрофагів [2]. Також повідомляють про підвищення рівня інтерферону, інтерлейкінів-2, 6, 8 та інших цитокінів у секреті простати [8]. Тому подальший пошук нових методів обстеження та лікування пацієнтів з даною патологією є виправданим.

Мета дослідження: вивчення імунного статусу у хворих на хронічний абактеріальний простатит, шляхом визначення концентрації інтерлейкінів-6, -8 (ІЛ-6, 8) та кількісного визначення альфа-фактора некроза пухлин (α -ФНП) у сироватці крові.

Матеріали і методи дослідження. Під спостереженням перебувало 120 хворих на хронічний абактеріальний простатит, зокрема 60 із синдромом запального хронічного тазового болю (СЗХТБ) (категорія IIIA) і 60 хворих із синдромом незапального хронічного тазового болю (СНХТБ) (категорія IIIB). Середній вік пацієнтів склав $33,7 \pm 3,5$ року (від 20 до 45 років), тривалість захворювання від 8 міс. до 7 років (у середньому $4,2 \pm 1,3$ року). Діагноз верифікували на основі пальцевого дослідження передміхурової залози (ПЗ), простатиту в анамнезі, лабораторних досліджень: а) аналізу секрету ПЗ;

б) дослідження виділень із сечівника на специфічну та неспецифічну флору; в) мікробіологічне дослідження секрету ПЗ та ультрасонографії ПЗ. Діагноз, СЗХТБ (категорія IIIA) і СНХТБ (категорія IIIB) виставлявся на основі наступних критеріїв: наявність періодичного чи постійного болю (дискомфорт) над лоном, у промежині, крижах протягом тривалого часу (не менше 3 міс.), з розладами сечовипускання або без них; наявність кількості лейкоцитів >10 у полі зору у хворих із СЗХТБ і нормальна кількість лейкоцитів <10 в полі зору у хворих із СНХТБ при мікроскопічному дослідженні секрету передміхурової залози; негативних результатах мікробіологічних досліджень секрету простати [3, 4].

Також проводили анкетування за модифікованою міжнародною системою оцінювання симптомів при захворюваннях передміхурової залози (J.C. Nickel і R. Sorensen, 1996).

Концентрацію досліджуваних прозапальних цитокінів (ІЛ-6, 8, α -ФНП) у сироватці крові, визначали за допомогою набору фірми «ВЕКТОР-БЕСТ», шляхом імуноферментного аналізу на базі міжкафедральної лабораторії імуноферментного аналізу Івано-Франківського медичного університету.

Результати та їх обговорення. Для хворих першої групи із СЗХТБ категорії IIIA були більше характерні частота і вираженість розладів сечовипускання, а для хворих другої групи із СНХТБ категорії IIIB більше виражений больовий синдром, що вплинуло на більш низьку якість життя даної групи пацієнтів. Так, при анкетуванні у пацієнтів I групи (кат. IIIA), сумарний бал за IPSS становив $15,78 \pm 0,21$; індекс якості життя QL- $3,58 \pm 0,10$; оцінка загального стану за сумою балів (S+QL)- $19,36 \pm 0,23$, а при анкетуванні пацієнтів II групи (кат. IIIB), сумарний бал за IPSS становив $18,82 \pm 0,25$; індекс якості життя QL- $4,07 \pm 0,09$; оцінка загального стану за сумою балів (S+Q)- $22,89 \pm 0,24$ (табл.1).

Вірогідне підвищення концентрації прозапальних цитокінів у хворих на хронічний абактеріальний простатит відмічено, як і у хворих з

Результати оцінювання симптомів ($M \pm m$)

Показник	Хворі з СЗХТБ (категорія IIIA) (n=60)	Хворі з СНХТБ (категорія IIIB) (n=60)	P
IPSS	15,78±0,21	18,82±0,25	p< 0,01
L	3,58±0,10	4,07±0,09	p< 0,05
S+L	19,36±0,23	22,89±0,24	p< 0,05

Примітка: p – вірогідність різниці показників II групи, порівняно з I групою.

СЗХТБ, так і з СНХТБ. Особливо значне підвищення спостерігалось у сироватці крові ІЛ-8. Більш виражене підвищення інтерлейкінів-6, 8

та альфа-ФНП було відмічене у групі хворих з СЗХТБ, що статистично вірогідно вище показника у групі хворих з СНХТБ (табл. 2).

Таблиця 2

Результати дослідження концентрації в крові ІЛ-6, 8 та ФНП у хворих на хронічний абактеріальний простатит ($M \pm m$)

Показник	Контрольна група (n=25)	Хворі з СЗХТБ (n=60)	Хворі з СНХТБ (n=60)
Інтерлейкін-6, пг/мл	6,82±0,49	18,64±1,65 p<0,01	11,88±1,02 p<0,01 p' ¹ <0,01
Інтерлейкін-8, пг/мл	7,71±0,55	56,19±2,86 p<0,01	26,23±0,95 p<0,01 p' ¹ <0,01
Альфа-ФНП, пг/мл	0,82±0,07	2,77±0,16 p<0,01	1,79±0,10 p<0,01 p' ¹ <0,01

Примітка: – p – вірогідність різниці показників I, II груп, порівняно з контрольною групою;

– p¹ – вірогідність різниці показників II групи, порівняно з I групою.

Висновок

При хронічному абактеріальному простатиті відмічено підвищення в сироватці крові концентрації прозапальних цитокінів, особливо

у хворих з синдромом запального хронічного тазового болю, що вказує на доцільність використання в лікуванні таких хворих, препаратів з імунокорегуючим ефектом.

Список літератури

1. Горпинченко И.И. Синдром хронической тазовой боли. Новая проблема – новое решение? // И.И. Горпинченко, В.Г. Миггов, В.В. Билоголовская [и др.] // Здоровье мужчины. – 2013. – № 4. – С. 35–42.
2. Горпинченко И.И. Хронічний абактеріальний простатит: імунологічне дослідження еякуляту. // И.И. Горпинченко, Т.В. Порошина, Л.І. Добровольська // Здоровье мужчины. – 2009. – № 2. – С. 80–82.
3. Литвинець Є.А. Ефективність комбінованої терапії у лікуванні хворих із синдромом запального хронічного тазового болю (категорія III Б) / Є.А. Литвинець, О.П. Сандурський, О.Р. Вінтонів // Здоровье мужчины. – 2012. – № 2. – С. 37–38.
4. Литвинець Є.А. Ефективність супозиторіїв Дистрентаза у лікуванні хворих на хронічний абактеріальний простатит (синдром запального хронічного тазового болю, категорія IIIA / Є.А. Литвинець // Здоровье мужчины. – 2011. – № 2. – С. 86–88.
5. Лоран О.Б. Хронический простатит – одна болезнь? / О.Б. Лоран, Е.И. Валиев, А.В. Живов // Урология. – 2009. – № 1. – С. 70–75.
6. Пушкарь Д.Ю. Простатит / Д.Ю. Пушкарь, П.И. Раснер // Русский медицинский журнал. – 2013. – № 18. – С. 14–19.
7. Тюзиков И.А. Взаимосвязь системных факторов в патогенезе синдрома хронической тазовой боли у мужчин / И.А. Тюзиков // Урология. – 2012. – № 6. – С. 48–51.

8. Цитокиновый статус и система комплемента при хроническом простатите: коррекция нарушений / М.Н. Шатохин, А.И. Конопля, О.В. Теодорович, А.В. Караулов // Иммунология. – 2011. – Т. 32, № 6. – С. 321–324.

9. Аляев Ю. Клинико-морфологические аспекты хронического простатита / А. Пшихачев, В. Вашавский [и др.] // Врач. – 2010. – № 6. – С. 17–19.

10. Kaplan S.L. Prospective, 1-year trial using saw palmetto versus finasteride in the treatment of category III prostatitis / S.L. Kaplan, M. Volpe, A.A. Te // *Jorn. Urol.* – 2004. – Vol. 171. – P. 284–288.

11. Nickel J.C. Clinical evaluation of the patients pressing with prostitis / J.C. Nickel // *Europ. Urol.* – 2003. – Vol. 2. – P. 11–14.

12. Nickel J.C. Prostatitis: diagnosis and classification / J.C. Nickel // *Curr. Urol. Rep.* – 2003. – № 4. – P. 259–260.

13. Nickel J.C. Chronic prostatitis chronic pelvic pain syndrome: finding a way forward in the United Kingdom / J.C. Nickel, M. Patel, M. Cameron // *Rev. Urol.* – 2008. – Vol. 10, № 2. – P. 160–163.

Реферат

УРОВЕНЬ ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ В КРОВИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ АБАКТЕРИАЛЬНЫМ ПРОСТАТИТОМ

В.И. Трищ

Изучено уровень концентрации провоспалительных цитокинов в крови у 120 больных с хроническим абактериальным простатитом. Выявлено, что у больных хроническим абактериальным простатитом концентрация интерлейкинов-6, 8 и фактора некроза опухолей-альфа в крови были выше, чем у здоровых мужчин. Более высокий уровень концентрации провоспалительных цитокинов констатирован у больных с синдромом воспалительной хронической тазовой боли (категория IIIA), что указывает на целесообразность использования в лечении таких больных препаратов с иммуномодулирующим действием.

Ключевые слова: хронический абактериальный простатит, интерлейкин-6, интерлейкин-8, фактор некроза опухолей-альфа.

Адреса для листування

В.І. Трищ

E-mail: trishchv@gmail.com

Summary

LEVEL OF PROINFLAMMATORY CYTOKINES IN BLOOD OF PATIENTS WITH CHRONIC NONBACTERIAL PROSTATITIS

V.I.Trishch

It was studied a level of proinflammatory cytokines concentration in blood of 120 patients with chronic nonbacterial prostatitis. It was found, that in patients with chronic nonbacterial prostatitis concentration of interleukin-6, 8 and tumor necrosis factor-alpha in blood was higher, comparing to healthy men. Higher level of proinflammatory cytokines concentration was ascertained in patients with inflammatory chronic pelvic pain syndrome (category IIIA), which indicates on practicability of use of medication with immunomodulating action in treatment of such patients .

Keywords: chronic nonbacterial prostatitis, interleukin-6, interleukin-8, tumor necrosis factor-alpha.