

биопсии по показаниям из шейки и боковых стенок. Биоптаты исследовали с помощью световой и электронной микроскопии.

В клинической картине хронического простатита были расстройства мочеиспускания, боли в промежности, мошонке, в надлобковой области. При микроскопии секрета предстательной железы выявлено увеличение числа лейкоцитов и снижение количества липоидных зерен. По данным ПЦР (в 25% случаев) и ПИФдиагностики (63%) выявлена *Chlamidia trachomatis*, в 44% - *Mycoplasma hominis*, в 13% - *Ureaplasma urealyticum*. В анализах мочи признаки воспалительного процесса (незначительная лейкоцитурия и рост микрофлоры) отмечены в единичных случаях.

При фиброуретроцистоскопии, проведенной в целях дифференциальной диагностики, у больных хроническим простатитом в большем числе наблюдений имели место атрофия и истончение слизистой оболочки с обеднением сосудистого рисунка, в остальных случаях обнаружены диффузная или очаговая гиперемия слизистой оболочки мочевого пузыря, ограниченная гиперемия в области мочепузырного треугольника и шейки мочевого пузыря. Рельеф слизистой мочевого пузыря был сглажен, бледно-желтого цвета из-за обеднения сосудистого рисунка, что свидетельствовало о выраженных изменениях микроциркуляции.

При исследовании биоптатов слизистой оболочки мочевого пузыря преобладали атрофически-склеротические изменения. Выявлялись атрофические изменения уротелия с уменьшением числа слоев и уплощением поверхностных («зонтичных») уротелиоцитов. В складках слизистой оболочки число слоев было неизменным, но наружный слой был десквамирован. Обращала на себя внимание выраженная дистрофия уротелиоцитов - вакуолизация и опустошенность цитоплазмы, полиморфизм ядер, редукция ядрышек, отсутствие пристеночного защитного слоя. Фокусы плоскоклеточной метаплазии уротелия с небольшим числом слоев выявлены в единичных случаях. Обнаружены редукция и деформация микроциркуляторного русла. В большинстве случаев воспалительно-клеточная инфильтрация отсутствовала.

При электронно-микроскопическом исследовании в участках атрофии эпителиоциты уплощены и гетерогенны по электронной плотности. В наибольшей степени полиморфны эпителиоциты базального и промежуточного слоев, сохранившиеся поверхностные клетки уплощены и иногда вакуолизированы. В участках плоскоклеточной метаплазии уротелиоциты полигональной формы с минимальным числом мембранных органелл и тонофиламентами, участвующими в формировании десмосом.

Таким образом, при хроническом простатите ведущими структурными признаками являются дегенерация эпителиальной выстилки слизистой оболочки мочевого пузыря, редукция и деформация микроциркуляторного русла, отсутствие воспалительно-клеточной инфильтрации. Выявленные изменения при хроническом простатите имеют, вероятно, смешанный генез, связанный с дисфункцией простаты, нейрогормональными и нейрососудистыми расстройствами.

Применение гомеосиниатрического метода лечения у больных с синдромом хронической тазовой боли

Извозчиков С. Б.

Городская поликлиника № 124, г.Москва

Введение. Хронический простатит категории III - синдром хронической тазовой боли (СХТБ) - является достаточно распространенным заболеванием среди мужчин. Одним из частых проявлений заболевания, помимо болевого паттерна, является расстройство мочеиспускания, которое может иметь различное происхождение. Здесь могут играть роль