

ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ БАКТЕРИАЛЬНЫМ ПРОСТАТИТОМ

Чеботарев В.В.¹, Старокожко Л.Е.¹, Крашенинников В.Л.¹, Деревянко Т.И.¹

ГБОУ ВПО «Ставропольский государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Ставрополь, Россия, 355017, ул. Мира, 310, e-mail: sgmakvd@mail.ru

Обследовано 130 больных хроническим бактериальным простатитом в возрасте от 21 до 69 лет. Установлено, что возрастная группа старше 50 лет составила 67,5 %. Женатых оказалось 95,8 %. На перенесенные инфекции, передаваемые половым путем, указали 50,8 % пациентов. Клинические признаки простатита подтверждены ультразвуковым сканированием. Больные страдали ускоренной эякуляцией (56,0%), снижением либидо (53,0%), изменены показатели половых гормонов, особенно тестостерона (2,87 нмоль/л при норме 5,76-30,43). Зарегистрированы существенные нарушения микробиоценоза простаты с доминированием *Esherichia coli* (41,4%) и *Staphylococcus aureus* (31,0%). Полученные данные позволили разработать комплексную терапию.

Ключевые слова: простатит хронический бактериальный половая функция гормоны

CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH CHRONIC BACTERIAL PROSTATITIS

Chebotarev V.V.¹, Starokojko L.E.¹, Krasheninnikov V.L.¹, Derevyanko T.E.¹

¹Stavropol State Medical University, Stavropol, Russia (355017, Stavropol, street Peace, 310) e-mail: sgmakvd@mail.ru

We examined 130 patients with chronic bacterial prostatitis at age from 21 to 69. It was found that the age group older than 50 years was 67.5 %. 95.8 % of them were married. 50.8 % of patients reported of sexually transmitted infections. Clinical symptoms of prostatitis were confirmed by ultrasonic scanning. Patients were suffering from rapid ejaculation (56.0 %), decreased libido (53.0 %), the altered rates of sexual hormones, particularly of testosterone (2.87 nmol / l at normal 5,76-30,43) were noted. The significant disturbances of prostate microbiocenosis were registered with *Esherichia coli* (41,4%) and *Staphylococcus aureus* (31,0%) domination. The obtained data allowed us to develop a complex therapy.

Keywords: chronic bacterial prostatitis, sexual function, hormones

Введение

Хронический бактериальный простатит остается актуальной проблемой для дерматовенерологов и урологов. Связано это с тем, что до настоящего времени нет стройных представлений, в полной мере характеризующих его этиологию и патогенез, что затрудняет назначение целенаправленной терапии [1,2,3].

Цель исследования

Анализ анамнестических, возрастных и других данных, полученных при различных методах обследования пациентов хроническим бактериальным простатитом (ХБП).

Материалы и методы

Проведен анализ 130 разработанных анкет мужчин, больных ХБП, находящихся на лечении в ЛПЦП «Санаторий имени М.Ю. Лермонтова» г. Пятигорска.

Выясняли анамнез, проводили пальпаторное исследование предстательной железы, ультразвуковое ее сканирование, изучали спермограмму, показатели половых гормонов

(тестостерона, фолликулостимулирующего гормона, пролактина, лютеинстимулирующего гормона), микробиоценоз сока простаты (культуральный метод).

Математическую обработку полученных данных проводили с использованием стандартных пакетов прикладных программ Statistica 7,0 и SPSS 16.0 for Windows. Использовали непараметрический критерий Уилкоксона и критерий Манна-Уитни.

Результаты исследования и их обсуждение

Мужчины ХБП были в возрасте от 21 до 69 лет, наибольшую группу (67,5 %) составили пациенты возрастной группы свыше 50 лет, женатыми оказались 95,8 % лиц.

В анамнезе данные о перенесенных инфекциях, передаваемых половым путем (ИППП), сообщили 50,8 % мужчин. При этом в 20,0 % это была гонококковая инфекция, в 10,8 % - трихомонадная, в 20,0% - хламидийная.

У большинства пациентов (62,5%) продолжительность заболевания ХБП составляла от 3 до 5 лет.

Наряду с основным заболеванием половой сферы у больных выявлялась разнообразная сопутствующая патология, которая, очевидно, накладывала определенный «отпечаток» не только на общее состояние наблюдаемых, но и на течение ХБП. Наиболее часто регистрировали патологию органов пищеварения (60,9%) и хронический пиелонефрит (38,3%). При сборе анамнеза на первичном приеме больные предъявляли жалобы на боли различной локализации (92,5 %), нарушения мочеиспускания и половой функции (95,0 %). Чаще всего боли локализовались в области промежности (82,5 %) и лобка (78,3 %).

Почти все обследуемые были неудовлетворены своей половой функцией. Из копулятивных нарушений преобладали ускоренная эякуляция (56,0%) и снижение либидо (53,0 %), что, по-видимому, обусловлено не только характером основного заболевания, но и возрастным составом пациентов. Причем достаточно часто больные отмечали нарушение двух (42,0%) и реже - трех (8,3%) составляющих копулятивного цикла.

В таблице 1 отражены результаты пальпаторного исследования простаты.

Таблица 1

Результаты пальпаторного исследования простаты

Показатели	Число больных	
	Абс.	%
Асимметрия	112	93,3
Четкость контуров	4	3,3
Сглаженность бороздки	116	96,6
Наличие уплотненных очагов	22	18,3
Болезненность	114	95,0
Отсутствие изменений	3	2,5

Как следует из таблицы, при пальпации чаще всего определялись сглаженность бороздки (96,6%) и асимметрия (93,3%) простаты. Традиционные клинические анализы крови и мочи позволили выявить незначительные отклонения от нормальных показателей у 17±3% обследованных, среднее количество лейкоцитов в мазке из уретры составляло 8,46±0,39, в простатическом соке – 15,94±0,69, активная реакция среды – рН=6,83±0,04 и феномен кристаллизации – 2,1±0,07.

Включение в диагностический комплекс ультразвукового сканирования существенно обогатило представление о состоянии простаты в виду информативности и достоверности результатов.

При тщательном анализе всего пакета эхограмм 120 исследуемых пациентов установлено, что те или иные нарушения зарегистрированы в 114 (95,0%) случаев.

Нормальные показатели размеров предстательной железы составляют: 1- продольный 40-45 мм, 2- поперечный -25-35, 3 – передне-задний 35-40. В среднем, предстательная железа у обследованных по всем параметрам была существенно большего размера. Причем, ее продольная величина составляла 52,1±0,07 мм, поперечная – 45,4±0,06 мм и передне-задняя – 40,9±0,07 мм.

Для получения более полной и развернутой картины заболевания у наблюдаемого контингента (120 человек) нами проводились исследование спермы и половых гормонов (табл. 2, 3).

Из представленных в таблице 2 данных видно, что количество неподвижных сперматозоидов составляло 58,0%, что выше признанных нормальными показателями (<50,0%). Кроме этого рН у наблюдаемых был ближе к нейтральной реакции, тогда как в норме он должен быть слабо щелочным (рН 7,2-7,8). Спермагглютинация зарегистрирована у 9,0% пациентов.

Таблица 2

Результаты анализа спермограмм

Показатели	М	m
Объем (мл)	2,87	0,07
Время разжижения (мин.)	0,35	0,01
Количество лейкоцитов	12,3	0,65
Активная реакция среды (рН)	7,09	0,04
Количество сперматозоидов в 1 мл	118,8	7,5
Количество сперматозоидов в эякуляте	330,1	23,1
Спермагглютинация (%)	9,0	3,0
Активноподвижные сперматозоиды (%)	42,0	1,0

Неподвижные сперматозоиды (%)	58,0	1,0
Патологические сперматозоиды (%)	23	1,0

Таблица 3

Результаты исследования уровня половых гормонов

Показатели	М	m
Тестостерон (норма для мужчин в возрасте 14-50 лет - 5,76 - 30,43 нмоль/л; старше 50 лет - 5,41- 19,54 нмоль/л)	2,87	0,07
Фолликулостимулирующий гормон (норма – 1,0 -13,58 МЕ/мл)	2,32	0,29
Пролактин (норма– 53-360 мЕд/л)	67,52	5,76
Лютеинизирующий гормон (норма 0,8- 8,4 МЕ/мл)	1,69	0,39

Оценивая абсолютные показатели половых гормонов (табл. 3), обращает на себя внимание лишь уменьшение уровня тестостерона. При детальной характеристике, ранжируя данные концентрации гормонов по группам: норма, ниже и выше нормы, удалось получить более полное представление об имеющихся место нарушениях (табл. 4).

Как видно из данных, представленных в таблице 4, чаще всего отклонение от нормальных показателей отмечалось при определении тестостерона (70,8%), однако снижение концентрации других половых гормонов регистрировалось в 18,3-30,8 % случаев. Более того, они были в определенной степени связаны друг с другом. Так, была установлена корреляционная зависимость уровней тестостерона и фолликулостимулирующего гормона ($r = + 0,67$), тестостерона и пролактина ($r = + 0,55$).

Заслуживает внимания и зарегистрированный параллелизм между концентрацией тестостерона и либидо ($r = +0,73$), фолликулостимулирующего гормона и эректильной дисфункцией ($r = + 0,53$).

Таблица 4

Ранжированная оценка результатов исследования уровня половых гормонов

Показатели	Абс.	%
Тестостерон:		
норма	35	29,2
ниже нормы	85	70,8
выше нормы	0	0
Всего	120	100
Фолликулостимулирующий гормон:		
норма		

	76	63,4
ниже нормы	37	30,8
выше нормы	7	5,8
Всего	120	100
Пролактин:	89	74,2
норма		
ниже нормы	27	22,5
выше нормы	4	3,3
Всего	120	100
Лютеинизирующий гормон:		
норма	97	80,8
ниже нормы	22	18,3
выше нормы	1	0,9
Всего	120	100

При бактериологическом исследовании сока простаты у 116 пациентов была установлена весьма пестрая картина микробиоценоза. Так, доминировавшая в посевах *Escherichia coli*, была выявлена у 48 (41,4 %) пациентов с ХБП, *Staphylococcus aureus* – у 36 (31,0%), *Staphylococcus saprophyticus* – у 10 (8,6%), *Staphylococcus haemolyticus* – у 7 (6,0%), *Corinebacterium species* – у 4 (3,4%), *Streptococcus agalactiae* - у 2 (1,7%), *Streptococcus faecalis* - у 2 (1,7%), *Enterobacter aerogenes*- у 2 (1,7%), *Streptococcus epidermidis* – у 1 (0,9%), *Streptococcus viridans* – у 1 (0,9%), *Streptococcus albus* – у 1 (0,9%) и *Pseudomonas aeruginosa* - у 1 (0,9%). Несмотря на то, что наблюдаемые пациенты ранее неоднократно применяли антибиотики, *Candida albicans* были обнаружены лишь у одного человека (0,9%). Причем, нужно отметить и широкий количественный диапазон микрофлоры, который колебался от 10^2 до 10^7 колоний в 1 мл.

При сравнении полученных данных по микробиоценозу сока простаты с исследованиями других авторов оказалось, что стафилококки были высеяны у 55,2%, стрептококки – у 6,0% (в нашем исследовании – у 45,6% и у 4,4% соответственно) [4].

Как видим, по приведенным микроорганизмам показатели были близки ($p > 0,05$).

Считают, что инфекция в предстательную железу проникает гематогенным путем, а бактерии локализуются в центральной ее зоне (краниальной), находящейся под влиянием эстрогенов [5].

Заключение

Анамнестические сведения и разносторонний анализ исследуемых показателей свидетельствует о том, что обследуемые хроническим бактериальным простатитом больные

были в возрасте старше 50 лет, что указывает на высокую степень риска развития доброкачественной гиперплазии предстательной железы и, поэтому, предполагает тщательное исследование в этом направлении с использованием более полной системы оценок симптомов, включающих датскую шкалу DAN-PSS, клиническую-CPS с динамическим урофлоуметрическим исследованием и определением простатического специфического антигена. У преобладающего большинства наблюдаемых, несмотря на длительное лечение по месту жительства, были ярко выражены все основные признаки ХБП: боли спонтанного характера и при пальпаторном исследовании железы с иррадиацией разной локализации, нарушения мочеиспускания, половой функции и изменение концентрации гормонов, особенно тестостерона. Клинические признаки простатита были подтверждены ультразвуковым сканированием. Наряду с этим, зарегистрированы существенные нарушения микробиоценоза с широким спектром патогенной бактериальной флоры.

Полученные нами данные в дальнейшем были использованы с целью назначения этиопатогенетической терапии.

Список литературы

1. Асхаков М.С. Инфекционные уретриты и простатиты: современные методы лечения / М.С. Асхаков, В.В. Чеботарев // LAMBERT Academic Publishing, 2012. – 175 с.
2. Ткачук В.Н. Хронический простатит. – М.: Медицина для всех, 2006. – 112 с.
3. Щетинин В.В. Диагностика хронического простатита / Практическое руководство для урологов, венерологов, врачей лучевой диагностики / В.В. Щетинин, Г.И. Колпинский, Е.А. Зотов. – М.: Медицина. – 2000. – 144 с.
4. Юнда И.Ф. Простатиты. – Киев: Здоров'я, 1987. – 187 с.
5. Тиктинский О.Л. Заболевания предстательной железы: Руководство / О.Л. Тиктинский, С.Н. Калинина. – СПб: Питер, 2006. – 464 с. – (Серия «Спутник врача»).

Рецензенты:

Базиков И.А., д.м.н., профессор, заведующий кафедрой микробиологии ГБОУ ВПО «Ставропольский государственный медицинский университет Минздрава России», г.Ставрополь.

Чумаков П.И., д.м.н., профессор, заведующий кафедрой факультетской хирургии с курсом урологии ГБОУ ВПО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Ставрополь.