

УДК 61.616.65-002

*С.С.Шакиров¹, И.В.Колесниченко², Ж.С.Мамбетов³*¹Кыргызский государственный медицинский институт переподготовки и повышения квалификации,²Кыргызско-Российский славянский университет им. Б.Н. Ельцина,³Кыргызская государственная медицинская академия,
г. Бишкек, Кыргызстан

МОНИТОРИНГ ИЗМЕНЕНИЙ В ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЕ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПРОСТАТИТЕ В СОЧЕТАНИИ С АНОРЕКТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

АННОТАЦИЯ

В настоящей публикации дана оценка исследованию патологических изменений в предстательной железе у пациентов с хроническим простатитом в сочетании с аноректальной патологией - геморроем, проктосигмоидитом, анальными трещинами, параректальными свищами. В сравнительном аспекте отражено функциональное состояние предстательной железы с учетом спермограммы, гормонального фона и ферментного статуса. Клинический материал представлен исследованием 360 больных с различными формами хронического простатита, из которых в 47 % случаев выявлена аноректальная патология. Изучены диагностические критерии предстательной железы у пациентов с хроническим простатитом в сочетании с аноректальной патологией с целью оценки функциональных изменений. Выяснено, что наряду с воспалительными заболеваниями в предстательной железе изменяется ее ферментативная активность, увеличивается количество патологических спермиев, снижается общее количество эякулята и сперматозоидов, что приводит к нарушению репродуктивной и когулятивной функций у фертильных мужчин. Патологические изменения в предстательной железе у пациентов с хроническим простатитом, сочетающимся с патологией аноректальной области, связаны с общими морфофункциональными нарушениями гемодинамики в органах малого таза, в том числе и в прямой кишке. При длительном патологическом процессе в аноректальной зоне функциональные изменения выражены значительно в предстательной железе у пациентов с хроническим простатитом различных клинических форм.

Ключевые слова: хронический простатит, предстательная железа, аноректальная патология.

Хронический простатит (ХП) является одним из распространенных заболеваний у мужчин репродуктивного и трудоспособного возраста. В настоящее время отмечена тенденция к прогрессирующему росту данной патологии. Этиопатогенетические причины возникновения и развития ХП многочисленны. Одним из главных факторов является нарушение гемодинамики органов малого таза на фоне малоподвижного образа жизни, нерегулярности половой жизни, иммунодефицита и др.

Следует отметить, что ХП нередко сочетается с аноректальными патологиями: геморроем, проктосигмоидитом, анальными трещинами, параректальными свищами, но вопросы функциональной диагностики данных патологий изучены недостаточно [1-3].

При сочетании ХП с заболеваниями аноректальной области, в частности с геморроем, с одной стороны, отмечено усугубление клинического течения простатита. С другой стороны, эти заболевания приводят к венозному застою в малом тазу, а следовательно, и к нарушению кровообращения в предстательной железе (ПЖ), что является основным фактором хронизации данного заболевания и способствует его затяжному течению и, как следствие, обуславливает низкую эффективность традиционных методов терапии в связи с развитием синдрома взаимного отягощения.

Объекты и методы исследования. Проведено исследование и лечение 360 больных с ХП, из них 168 больных (47 %) в сочетании с аноректальной патологией.

Среди пациентов с аноректальной патологией выявлены такие заболевания, как: проктит – у 68 больных (40 %), геморрой – у 60 (36 %), параректальные свищи – у 25 (15 %), анальные трещины – у 15 (9,0 %). Средний возраст больных составил 29,8±2,4 года. Все пациенты являлись лицами репродуктивного и трудоспособного возраста.

Обследуемые больные были разделены на 2 сравнительные группы:

I группа (контрольная): больные с ХП без сочетания с заболеваниями аноректальной области – 192 пациента (53 %);

II группа (основная): больные с ХП в сочетании с заболеваниями аноректальной области – 168 пациентов (47 %).

Результаты и их обсуждение. При исследовании секрета ПЖ в I группе клинического контроля отмечены следующие отклонения: чрезмерно вязкий (65,6 %); трудно получаемый (53,7 %), малое количество (43,4 %).

У больных II группы чаще всего обнаруживались следующие данные: жидкий секрет ПЖ (71 %); легко получаемый (54,5 %), обильный (75 %).

Это свидетельствует прежде всего о значительном превалировании застойных процессов в ПЖ у больных II группы с вероятным механизмом нарушения гемодинамики малого таза. При пальцевом ректальном исследовании ПЖ, семенного пузырька и прямой кишки следует помнить, что в период обострения заболеваний аноректальной области их не следует применять во избежание осложнений, связанных с травматизацией и распространением воспалительного процесса в окружающие ткани.

Следует отметить, что у части больных секрет ПЖ удалось взять с помощью разработанной нами методики трансуретральной электровакуумной аспирации, так как традиционное получение путем массажа ПЖ в некоторых случаях было противопоказано. При этом по данной методике были обследованы 20 (5,6 %) больных с анальной трещиной, 40 (11,1 %) – с параректальными свищами, 58 (16,1 %) – с проктитом, 28 (7,8 %) – с геморроем.

В 5,3 % случаев массаж ПЖ был противопоказан, в том числе в 3,1 % из-за обострения ХП, в 2,2 % – вследствие калькулезной и смешанных форм ХП. В 9,4 % случаев не удалось получить секрет ПЖ, что было связа-

но с obturацией выводных протоков ПЖ воспалительными гнойными пробками.

При микроскопическом исследовании секрета ПЖ у больных II сравнительной группы была оценена лейкоцитарная реакция при различных аноректальных патологиях (табл. 1).

Таблица 1

Распределение содержания лейкоцитов в секрете предстательной железы у больных с хроническим простатитом в сочетании с заболеваниями аноректальной области (n=168)

Заболевание	Статистический показатель	Количество лейкоцитов	P
Анальные трещины (n-15)	M1+m1	34,2±1,3	M1-M2<0,01
Параректальные свищи (n-25)	M2+m2	36,4±0,6	M2-M3<0,05
Проктит (n-68)	M3+m3	64,6±1,5	M3+M4<0,05
Геморрой (n-60)	M4+m4	59,5±2,3	M4+M5<0,05

Более выраженная лейкоцитарная реакция отмечена у больных, у которых воспалительный процесс в ПЖ сочетался с проктитом (64,6±1,5) и геморроем (59,5±2,3). Очевидно, это обусловлено затяжным течением воспалительного процесса с нарушением кровообращения в ПЖ и прямой кишке. Свидетельством тому является наличие прямой корреляционной связи ($r=+0,33$) с длительностью болезни более 5 лет, а также с показателями реопростатографии.

Уровень содержания лецитиновых зерен в секрете ПЖ отражает ее функциональное состояние и это, на наш взгляд, связано с тем, что при длительном воспалительном процессе, как правило, резко угнетается функция ПЖ, и количество лецитиновых зерен в секрете изменяется. В частности, содержание лецитиновых зерен в секрете ПЖ у больных с ХП, сочетающимся с анальными трещинами и параректальными свищами, имеет тенденцию к снижению, что отмечено в 66,2 % наблюдений. У больных, перенесших различные операции по поводу патологии анальной области, данный показатель повышается до 77,3 %. Причем чаще у пациентов с ХП, перенесших хирургическую коррекцию по поводу проктита и геморроя (90,4 %).

Исследование pH секрета ПЖ показало, что у больных ХП в сочетании с заболевани-

ями аноректальной зоны данный показатель заметно смещен в щелочную сторону - $8,1 \pm 0,4$, а у пациентов, перенесших операции на прямой кишке и ХП без сочетания с заболеваниями аноректальной области, рН составил соответственно $7,6 \pm 0,5$ и $7,4 \pm 0,2$ ($P < 0,05$ и $P < 0,05$).

Изменения в тесте кристаллизации секрета ПЖ позволило выявить ХП в ранней стадии. Исследования теста кристаллизации показали, что функциональные нарушения отмечались в 17,1-20,9 % случаев. Причем число пациентов с наличием нарушенного теста кри-

сталлизации было почти одинаковым в обеих рассматриваемых группах. Следовательно, нарушение теста кристаллизации не зависело от того, был ли ХП самостоятельным заболеванием, или сочетался с заболеваниями аноректальной области. Бактериологическое исследование секрета ПЖ было выполнено 150 пациентам с изолированным ХП (41,6 %). У 74 больных (49,3 %), т. е. у половины всех обследованных лиц была высеяна микрофлора различного характера (рис. 1).

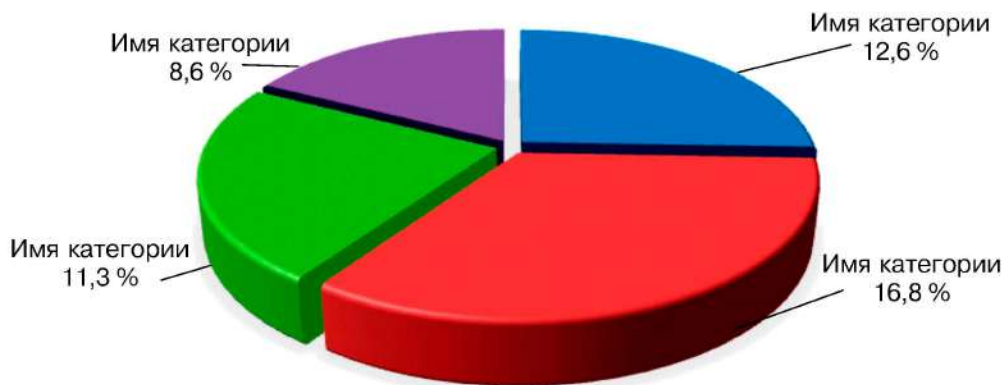


Рис. 1. Характер микрофлоры у пациентов с хроническим простатитом

У пациентов с ХП в сочетании с аноректальной патологией характер микрофлоры был

проанализирован у 151 (41,9 %) больного и отличался своей полиморфностью (рис. 2).

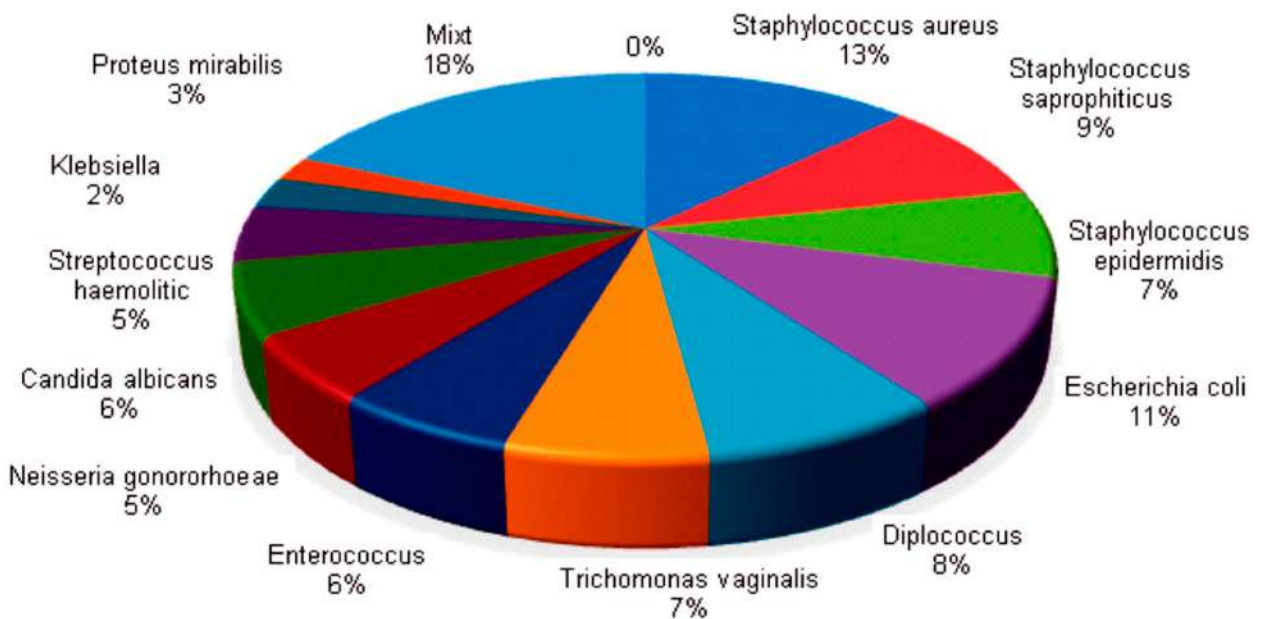


Рис. 2. Характер микрофлоры у пациентов с хроническим простатитом, сочетающимся с аногенитальной патологией

Следует отметить, что всем больным, у которых не высеяна микрофлора в секрете ПЖ, но обнаруживалось повышенное содержание лейкоцитов, проводили экспресс-тесты мазка из уретры на ПЦР-анализ для диагностики урогенитальной инфекции. Так, при исследовании мазков, полученных из уретры, у 10,4 % больных обнаружены хламидии, у 4,8 % – уреаплазмы, у 3,2 % – гарднереллы.

Известно, что исследование эякулята в диагностике ХП представляет большой практический интерес в связи с присутствием в нем экскретов других половых желез, функция которых также существенно страдает в ходе развития заболевания. С другой стороны, анализ эякулята у больных ХП приобретает особое значение в тех случаях, когда при наличии клинических признаков заболевания секрет ПЖ получить не удастся, а результаты исследования мочи и отделяемого мочеиспускательного канала сомнительны.

Результаты исследования эякулята у двух сравниваемых групп с проблемами нарушений репродуктивной функции представлены в табл. 2.

Таблица 2

Распределение показателей спермограммы у больных с хроническим простатитом

Показатель	Группа обследования		P
	контрольная (n-192)	основная (n-168)	
Объем спермы, мл	2,8±0,4	2,2±0,6	>0,05
Количество сперматозоидов в 1 мл, %	33,4±2,6	18,8±3,2	<0,01
Подвижность спермиев, %	30,5±1,4	27,7±2,4	<0,05
Неподвижные спермии, %	52,8±1,2	72,3±1,7	<0,001
Аномальные формы, %	28,3±1,5	41,6±1,9	<0,01

Все показатели спермограммы у больных основной группы были снижены. В частности, на фоне уменьшения объема спермы у больных основной группы достоверно снижено количество сперматозоидов в единице объема ($P<0,01$). У них также достоверно снижен процент подвижных спермиев и соответственно повышен процент неподвижных (72,3 % против 52,8 %). Таким образом, обращает на себя внимание наличие достоверного уменьшения количества сперматозоидов и рост в 1,5 раза

числа патологических форм у основной группы по сравнению с таковой в группе клинического контроля (41,6 % против 28,3 %) ($P<0,01$).

Наряду с воспалительными заболеваниями ПЖ и других репродуктивных желез, в частности, семенного пузырька, нарушается ферментный статус ПЖ, а его нарушения, безусловно, влияют на фертильность у мужчин.

Так, при исследовании ферментного статуса у пациентов основной группы, показатели фруктозы составили 129,8±0,07 мг%, лимонной кислоты – 318,0±0,3 мг%, фруктолиза – 175,9±0,9 мг%. У больных группы клинического контроля показатели фруктозы составили 141,4±0,06 мг%, лимонной кислоты – 314,2±0,8, фруктолиза – 178,4±0,2 мг%.

При сопоставлении рассматриваемых групп достоверные различия отмечались лишь в отношении уровня фруктозы ($P<0,01$), тогда как различия в содержании лимонной кислоты и показателя фруктолиза недостоверны.

При дальнейшем исследовании функционального состояния ПЖ оценено состояние гормонального статуса у пациентов двух сравниваемых групп (табл. 3).

Таблица 3

Распределение больных с хроническим простатитом по гормональному статусу

Параметр	Группа обследования		P
	основная (n-23)	контрольная (n-10)	
ФСГ, мкг/л	5,2±0,1	6,3±0,5	<0,05
ЛГ, мкг/л	3,1±0,2	3,9±0,1	<0,05
Пролактин, мкг/л	368,4±0,6	311,3±0,8	<0,05
Тестостерон, н/моль	7,9±0,4	14,1±0,3	<0,05
Эстрадиол, моль/л	16,8±2,0	12,6±2,4	<0,05

Примечание: ФСГ – фолликулостимулирующий гормон; ЛГ – лютеинизирующий гормон.

У больных основной группы содержание ФСГ, пролактина и эстрадиола было достоверно повышено по сравнению с таковыми в группе клинического контроля ($P<0,05$), тогда как уровни ЛГ и тестостерона были достоверно снижены у больных основной группы ($P<0,05$).

Выводы. На основании проведенных сравнительных исследований доказано, что у пациентов с ХП в сочетании с патологией аноректальной зоны более выражены функциональные нарушения со стороны простаты, нежели у

пациентов с изолированным ХП. Это обусловлено морфофункциональной взаимосвязью патологии прямой кишки с неизбежно возникающими гемодинамическими функциональными нарушениями в ПЖ и, наоборот, при ХП часто возникают воспалительные изменения в пря-

мой кишке. Причем чем продолжительнее сроки заболевания прямой кишки, тем более выражены нарушения в ПЖ и аноректальной зоне, чем активнее степень воспаления предстательной железы, тем значительно выражена патология аноректальной зоны.

ЛИТЕРАТУРА

1. Белоусов И.И., Черногубова Е.А., Коган М.И. Роль эндотелиальной дисфункции в патогенезе невоспалительной формы хронического абактериального простатита // Урология. – 2013. – № 3. – С. 39-42.

2. Мамбетов Ж.С. Оптимизация диагностики и лечения хронического простатита, сочетающегося с заболеваниями аноректальной области (клинико-экспериментальное исследование): автореф. ... дис.докт. мед.наук. – Бишкек, 2004. – 42 с.

3. Давидов М.И. Лечение аденомы предстательной железы с сопутствующим хроническим бактериальным простатитом // Урология. – 2011. – № 1. – С. 21-28.

ТҮЙІН

Бұл жарияланымда, зерттеу anorectal патологиясы ұштастыра отырып созылмалы простата бар науқастарда простата патологиялық өзгерістер бағалады. салыстырмалы перспективада Семен талдау, гормондық және ферменттік мәртебесі негізінде простата функционалдық жағдайын көрсетеді. Ұсынылған клиникалық материалдық жағдайларды 47% аноректал патологияны анықталған, оның созылмалы простатит түрлі нысандарын, 360 науқас оқиды. Жариялау мақсаты функционалдық өзгерістер бағалау үшін аноректал патологиясы ұштастыра отырып созылмалы простата бар науқастарда простата диагностикалық критерийлерін тергеу болды. Зерттеу негізінде қуық асты безінің қабыну аурулары қосымша патологиялық сперматозоидтар саны қысқарды және құнарлы ерлер репродуктивті функциясы және копулятивті бұзылуына әкеледі жалпы Эякулятты ұрығы өсіп, оның ферментативті белсенділігін өзгертеді деп. табылды Тік ішек, оның ішінде кіші жамбас органдарының, жылы гемодинамиканың ортақ морфологиялық және функционалдық бұзылыстары байланысты аноректал патологиясы ұштастыра созылмалы простата бар науқастарда простата патологиялық өзгерістер. Бұл қарым-қатынас Қуық түбі безінің неғұрлым айқын, неғұрлым белсенді қабынуы. түрлі клиникалық формалары созылмалы простата бар науқастарда безінің көрсетілген функционалдық өзгерістер көп, аноректал саласындағы патологиялық процесс ұзақ.

Түйінді сөздер: геморрой, проктосигмоидитменен, анал сызаттар, параректал свищменен, созылмалы простатит, қуық асты безінің, anorectal патология.

SUMMARY

This publication assesses the study of pathological changes in the prostate gland in patients with chronic prostatitis in combination with anorectal pathology - hemorrhoids, proctosigmoiditis, anal fissures, pararectal fistulas. In a comparative aspect, the functional state of the prostate gland is reflected taking into account spermogram, hormonal background and enzyme status. Clinical material is presented by a study of 360 patients with various forms of chronic prostatitis, of which 47% of cases revealed anorectal pathology. The aim of the publication was to study the diagnostic criteria of the prostate gland in patients with chronic prostatitis in combination with anorectal pathology in order to assess functional changes. Proceeding from the study it was found out that along with inflammatory diseases in the prostate gland its enzymatic activity changes, the number of pathological spermatozoa increases, the total amount of ejaculate and spermatozoa decreases, which leads to a violation of reproductive and copulatory function in fertile men. Pathological changes in the prostate gland in patients with chronic prostatitis, combined with pathology of the anorectal region are associated with general morphofunctional hemodynamic disorders in pelvic organs, including in the rectum. This relationship is more pronounced, the more active the inflammatory process in the prostate gland. The longer the pathological process in the anorectal zone, the more pronounced functional changes in the prostate gland in patients with chronic prostatitis of various clinical forms.

Key words: chronic prostatitis, prostate gland, anorectal pathology.