

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО БАКТЕРИАЛЬНОГО ПРОСТАТИТА НА ФОНЕ ДЕФИЦИТА ТЕСТОСТЕРОНА

Ибишев Х.С., Черный А.А., Коган М.И.

Кафедра урологии и репродуктивного здоровья человека с курсом детской урологии-андрологии ГБОУ ВПО РостГМУ Минздрава России, г.Ростов-на-Дону

Обследовано 124 пациента в возрасте 20-45 лет с диагнозом хронический бактериальный простатит (ХБП). В 37% случаев у пациентов с ХБП тестостерон был ниже нормативных показателей. В результате проведенного исследования выявлено, что у большинства пациентов с ХБП на фоне дефицита общего тестостерона клиническая картина, помимо болевого синдрома, представлена различными проявлениями сексуальных нарушений, а также симптомами нижних мочевых путей. При оценке клинических показателей более выраженные изменения отмечены у пациентов со сниженным уровнем тестостерона в сравнении с пациентами с нормотестостеронемией.

Ключевые слова: хронический бактериальный простатит, андрогенодефицит

CLINICAL FEATURES OF A CHRONIC BACTERIAL PROSTATITIS AGAINST DEFICIENCY OF TESTOSTERONE

Ibishev H.S., Chernyj A.A., Kogan M.I.

Department of Urology and Human Reproductive Health with a Course of Pediatric Urology-Andrology Rostov State Medical University, Rostov-on-Don

The study involved 124 patients aged 20-45 years with a diagnosis of chronic bacterial prostatitis. In 37% of patients with chronic bacterial prostatitis testosterone was below the standard indicators. The study revealed that the majority of patients with chronic bacterial prostatitis, with a deficit of general clinical picture of Tc addition to pain presented various forms of sexual dysfunction, as well as lower urinary tract symptoms. In assessing the clinical performance more pronounced changes were observed in patients with decreased testosterone levels in comparison with patients with normal testosterone levels.

Key words: chronic bacterial prostatitis, deficiency of testosterone

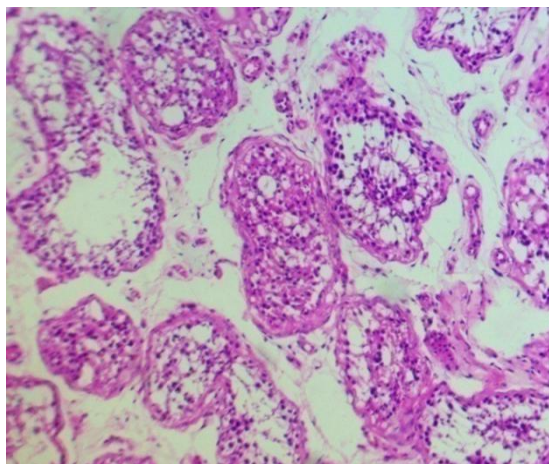
ВВЕДЕНИЕ

Проблема дефицита тестостерона (ДТ) и методов его коррекции у мужчин вызывает интерес различных специалистов: урологов, андрологов, эндокринологов, кардиологов и занимает одно из ведущих мест в современной литературе [1, 2, 3, 4, 5, 6, 7].

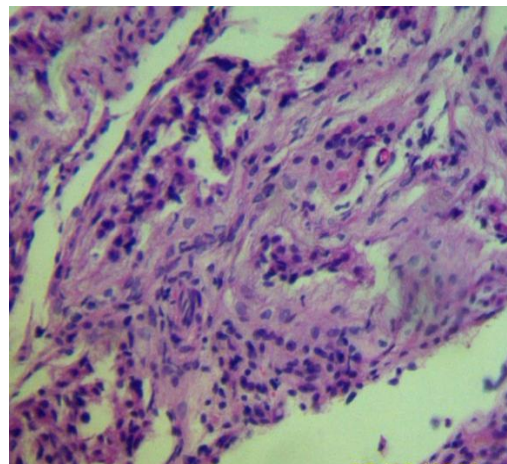
Основной причиной ДТ является тестикулярная недостаточность, связанная со сниженной концентрацией тестостерона (Тс) в крови и обусловленная уменьшением интенсивности синтеза этого гормона клетками Лейдига или снижением общего количества данных клеток в тестикулах.

Морфологическая картина яичек, как и гормональная функция, у мужчин при различных патологических воздействиях на тестикулы претерпевает выраженные изменения. Снижаются объем репродуктивного эпителия и число клеток Лейдига [3] (Рис 1).

Многочисленные исследования доказали, что при сниженной концентрации Тс на фоне хронических заболеваний со стороны сердечно-сосудистой, эндокринной и других систем происходит усугубление соответствующей симптоматики [6, 7].



а



б

Рис. 1. Морфологическая картина тестикул: а – в норме. б – при дефиците Тс

Кроме того, доказано более тяжелое течение заболевания у пациентов с ДТ, а их лечение менее эффективно, чем у пациентов с нормальным уровнем тестостерона [1, 8, 9].

В настоящее время определена связь между течением некоторых урологических состояний и сниженной плазменной концентрацией тестостерона у мужчин [1, 5, 8, 9]. По мнению ряда исследователей, дефицит тестостерона крови негативно влияет на функцию мочевой и репродуктивной систем [1, 3, 5, 9], увеличивая процент рецидива многих урологических заболеваний. Некоторыми исследованиями проде-

монстрирована взаимосвязь между степенью тяжести урологической патологии и дефицитом тестостерона у мужчин [1, 2, 5, 8].

В разные годы было установлено, что снижение уровня Тс наступает у 17-60% пациентов с длительным течением хронических воспалительных заболеваний предстательной железы за счет нарушения метаболизма андрогенов, что нашло отображение в литературе [10].

Цель работы: провести ретроспективный анализ симптомов и клинического течения хронического бактериального простатита (ХБП) на фоне ДТ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Исследование включало результаты обследования 124 пациентов с ХБП, средний возраст которых составил $31,58 \pm 0,55$ лет (20-45 лет). Средняя продолжительность заболевания – $8,07 \pm 0,89$ лет. Обследование включало: анамнез и клинические данные, которые оценивались с использованием Международной шкалы симптомов ХП NIH-CPSI (National Institute of Health – Chronic Prostatitis Symptom Index), Международной шкалы IPSS (International prostate symptom score), международного индекса эректильной функции (МИЭФ-5), данные пальцевого ректального исследования предстательной железы, пробу Стейн-Мирса, исследование общего тестостерона крови, урофлоуметрию, трансректальную сонографию простаты, расширенное микробиологическое исследование секрета предстательной железы.

РЕЗУЛЬТАТЫ

У 37% мужчин с ХБП тестостерон крови был ниже нормативных показателей. В зависимости от уровня общего тестостерона пациенты были разделены на три группы: I группа – 46 пациентов, у которых уровень общего тестостерона был ниже нормативного показателя (8 нмоль/л), II группа – 27 пациентов, у которых тестостерон соответствовал диапазону серой зоны

(8-12 нмоль/л), III группа – 51 пациент с нормативным уровнем тестостерона (>12 нмоль/л).

Несмотря на широкое распространение ДТ, его диагностика представляет определенные трудности, так как клинические проявления заболевания неспецифичны и часто бывают расценены пациентами и врачами как закономерные признаки другого заболевания. В связи с тем, что на уровень Тс в крови влияют различные факторы, для оценки клинических признаков ХБП на фоне ДТ рекомендуется проведение различных видов анкетирования. При оценке результатов анкетирования у 100% пациентов выявлен болевой синдром, сексуальные нарушения отмечены у 81,4%, расстройства мочеиспускания выявлены у 43,5% пациентов.

При оценке боли по шкале NIH – CPSI более выраженные ее проявления отмечены в I группе в сравнении со II и III группами (рис.2). Так, боль в промежности и надлонной области регистрировали с одинаковой частотой во всех группах, тогда как боль в яичках, боль при эякуляции и мочеиспускании достоверно чаще выявляли в I группе ($p < 0,05$).

Интенсивность болевого синдрома значительно влияла на качество жизни пациентов. В группе с уровнем Тс ниже нормативных показателей отмечена более высокая степень интенсивности болевого синдрома (Рис.3).

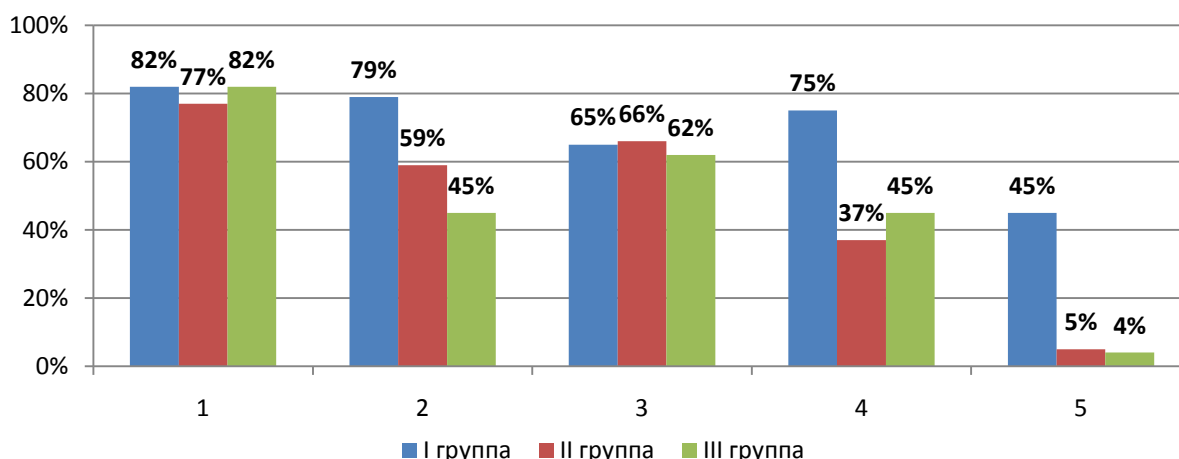


Рис. 2. Локализация боли (n=124): 1 – боль в промежности, 2 – боль в яичках, 3 – боль в надлонной области, 4 – боль при эякуляции, 5 – боль при мочеиспускании

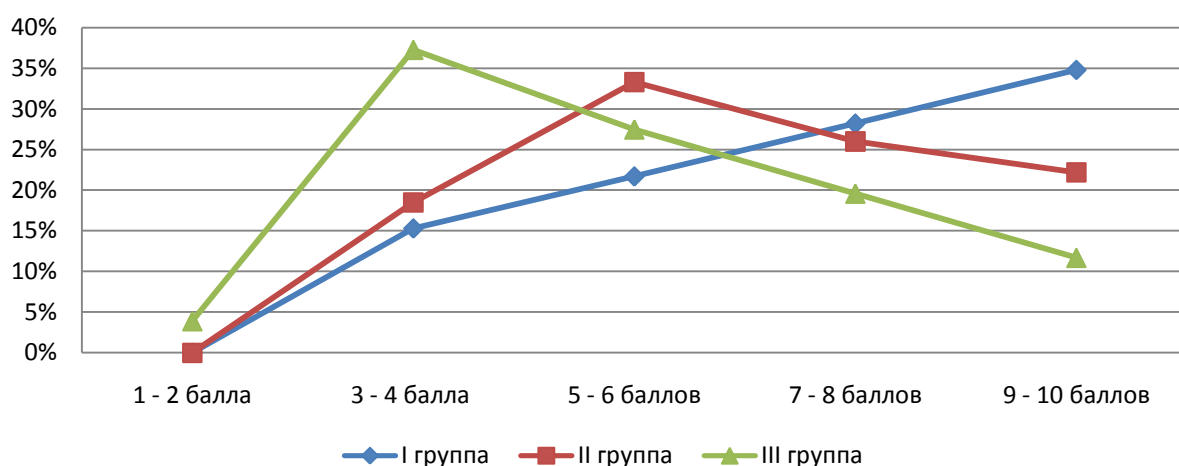


Рис. 3. Интенсивность болевого синдрома

Сексуальные нарушения отмечены у 81,4% пациентов, среди которых доминировали: преждевременная эякуляция (ПЭ) – у 73,4% пациентов, снижение либидо – у 53,3%, эректильная дисфункция (ЭД) – у 45,9%, реже отмечали стертость оргазма и отсутствие удовлетворенности от полового акта – у 41,9% и 39,5% пациентов соответственно. У подавляющего большинства пациентов встречается сочетание различных нарушений сексуальных функций.

В большинстве случаев ПЭ была зарегистрирована в первой группе – 44,3%, тогда как во второй и третьей группах – 16,1% и 12,9% соответственно. При оценке либидо в I группе снижение имело место у всех пациентов, во II группе – у 55,5% пациентов, в III – у 9,8% мужчин.

Анализ групп в зависимости от степени тяжести ЭД (легкая, средняя, тяжелая) продемонстрировал, что степень тяжести ЭД существенно различалась в зависимости от уровня обще-

го Тс крови. Кроме того, средняя и тяжелая степень ЭД превалировала в группе с уровнем общего Тс ниже 8 нмоль/л, а в группе с нормальным

уровнем общего Тс тяжелая степень ЭД не выявлена ни у одного пациента, а легкая и средняя степень имела не-большой удельный вес (Рис.4.).

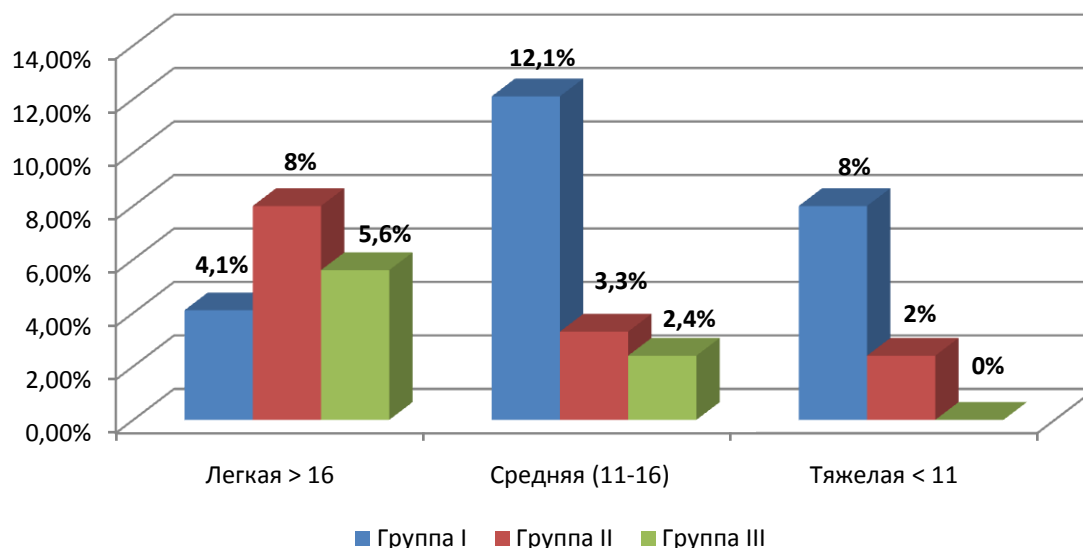


Рис.4. Степень тяжести эректильной дисфункции

Стертость оргазма выделяли в первой группе (23,4%), во второй (10,5%) и в третьей группе (8,0%).

Отсутствие удовлетворенности было выявлено практически с одинаковой частотой во всех группах.

Таким образом, высокий процент сексуальных нарушений был зарегистрирован в группе с уровнем общего Тс крови ниже нормативных показателей.

Известно, что существует связь между расстройствами мочеиспускания и тестикулярной недостаточностью у мужчин. При анализе опросников IPSS была установлена достоверная связь между расстройствами мочеиспускания и ДТ ($p < 0,05$). Симптомы со стороны нижних мочевых путей выявлены у 43,5% пациентов (Рис. 5).

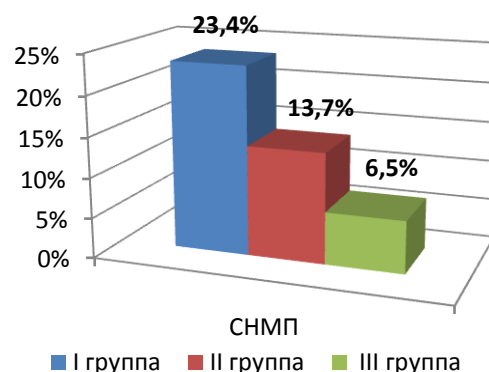


Рис. 5. Распределение больных с симптомами нижних мочевых путей

Симптомы нижних мочевых путей (СНМП) с большой частотой (23,4%) были выявлены среди пациентов с низким уровнем тестостерона. Имеются достоверные различия средних значений суммарного балла IPSS в трех группах. Так, в группе с низким уровнем Тс данный показатель достоверно выше ($20,5 \pm 0,75$ балла) в сравнении с

группами с уровнем Тс, соответствующего серой зоне, и нормотестостерономией ($17,1 \pm 0,85$ балла и $13,2 \pm 0,85$ балла соответственно ($p < 0,05$)).

При анализе полученных данных обнаружена тесная связь между симптомами нижних мочевых путей и дефицитом тестостерона.

ОБСУЖДЕНИЕ

В результате проведенного исследования выявлено, что у подавляющего большинства пациентов с хроническим бактериальным простатитом на фоне дефицита общего тестостерона клиническая картина, помимо болевого синдрома, представлена различными проявлениями сексуальных нарушений, а также симптомами нижних мочевых путей.

При сравнительном анализе трех групп больных выраженность клинических симптомов наивысшей оказалась у пациентов со сниженным уровнем тестостерона.

Ведущим клиническим симптомом, независимо от уровня тестостерона являлась боль, с преимущественной локализацией в промежности и в надлонной области. Однако интенсивность болевого синдрома превалировала в группе с низким уровнем плазменного тестостерона.

Распространенность ЭД, как и другие сексуальные нарушения, может

быть обусловлена не только низким уровнем Тс, но и связана с сосудистыми причинами, неврологическими, психологическими факторами, которые часто сопровождают ХБП. Наиболее яркие проявления сексуальных нарушений отмечены у пациентов с уровнем тестостерона ниже 8 нмоль/л.

Результаты исследования и их сопоставимость с данными литературы позволяют нам рекомендовать в комплексной терапии ХБП, сочетающегося с ДТ, лекарственные препараты, увеличивающие уровень общего Тс крови. Данная терапия может не только положительно влиять на ДТ, но также имеет потенциальные возможности купирования симптомов ХБП и снижения процента рецидива заболевания.

ВЫВОДЫ

Таким образом, при анализе клинических проявлений ХБП на фоне ДТ отмечены более выраженные нарушения у пациентов с уровнем общего Тс ниже 8 нмоль/л.

Поддержание физиологического уровня Тс является основным условием для лечения пациентов с ХБП на фоне ДТ.

Дефицит биодоступного Тс должен быть восполнен у мужчин, имеющих характерную симптоматику, независимо от фонового заболевания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аль-Шукри С.Х., Глазнева С.Ю., Корнеев И.А. Диагностика возрастного андрогенного дефицита у мужчин с расстройствами мочеиспускания // Сборник научных трудов VII российского конгресса «Мужское здоровье». – Ростов-на-Дону, 2011. – С. 243.
2. Гамидов С.И., Иремашвили В.В. Метаболический синдром в урологии. – М.: Практ. Медицина, 2010. – 42 с.
3. Глыбочко П.В., Чалый М.Е., Усачева О.А. Андрогенный статус мужчин после оперативного лечения варикоцеле // Материалы первого национального форума «Репродуктивное здоровье как фактор демографической стабилизации». – Ростов-на-Дону, 2012. – С. 155.
4. Мазо Е.Б., Степенский А.Б., Гамидов С.И. и соавт. Фармакотерапия хронических простатитов // РМЖ. – 2001. – Т.9, №23. – С. 12.
5. Шустер П.И. Эффективность и безопасность андрогенной терапии гипогонадизма у пациентов с радикально устраненным уролитиазом // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2009. – Т.5, № 3. – С. 327-332.
6. Jones R.D., Nettleship J.E., Kapoor D. et al. Testosterone and atherosclerosis in aging men: purported association and clinical implications // Am J Cardiovasc Drugs. – 2005; №5: P. 41-54.
7. Malkin C.J., Pugh P.J., West J.N. et al. Testosterone therapy in men with moderate severity heart failure: double-blind randomized placebo-controlled trial // Eur Heart J. – 2006. – №27. – P. 57-64.
8. Дедов И.И., Калиниченко С.Ю. Возрастной андрогенный дефицит у мужчин. – М.: Практ. Медицина, 2006. – 240 с.
9. Коган М.И., Ибишев Х.С., Ферзаули А.Х. Хронический бактериальный простатит и биохимический андрогенный дефицит // Материалы пленума правления российского общества урологов. – Кисловодск, 2011. – С. 326.
10. Курбатов Д.Г., Кузнецкий Ю.Я., Петричко М.И. Взаимосвязь синдрома хронической тазовой боли и андрогенодефицита // Тезисы научных трудов Всероссийского конгресса по андрологии. – Сочи, 2007. – С. 21.

– ✱ –