

Сведения об авторах статьи:

Коган Михаил Иосифович – д.м.н., профессор, зав. кафедрой урологии и репродуктивного здоровья человека ФПК и ППС с курсом детской урологии андрологии ГБОУ ВПО РостГМУ Минздрава России. Адрес: 344022, г. Ростов-на-Дону, пер. Нахичеванский, 29. E-mail: dept_kogan@mail.ru

Набока Юлия Лазаревна – д.м.н., профессор кафедры микробиологии и вирусологии №1 ГБОУ ВПО РостГМУ Минздрава России. Адрес: 344022, г. Ростов-на-Дону, пер. Нахичеванский 29. E-mail: nagu22@mail.ru

Гудима Ирина Александровна – к.м.н., ассистент кафедры микробиологии и вирусологии №1 ГБОУ ВПО РостГМУ Минздрава России. Адрес: 344022, г. Ростов-на-Дону, пер. Нахичеванский 29. E-mail: nagu22@mail.ru

Митусова Евгения Валерьевна – аспирант кафедры урологии и репродуктивного здоровья человека ФПК и ППС ГБОУ ВПО РостГМУ Минздрава России. Адрес: 344022, г. Ростов-на-Дону, пер. Нахичеванский 29, e-mail: mitus21@mail.ru

Газиев Заурбек Ибрагимович – аспирант кафедры урологии и репродуктивного здоровья человека ФПК и ППС ГБОУ ВПО РостГМУ Минздрава России. Адрес: 344022, г. Ростов-на-Дону, пер. Нахичеванский 29.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аляев, Ю.Г. Острый пиелонефрит / Ю.Г. Аляев, А.З. Винаров, В.В. Воскобойников // Врач. – 2001. – № 6. – С. 17-20.
2. Бешлиев, Д.А. Диагностика и лечение острого пиелонефрита / Д.А. Бешлиев, Л.А. Ходырева // Трудный пациент. – 2007. – №12-13. – С. 5 – 8.
3. Антибактериальная терапия моделированного острого гнойного пиелонефрита у экспериментальных животных / Ю.А. Аносова [и др.] // Биология. – 2009. – № 1. – С. 53-57.
4. Nicolle, L. Best pharmacological practice: urinary tract infections / L. Nicolle // Expert Opin. Pharmacother. – 2003. – Vol. 4, № 5. – P. 693-704.
5. Fluoroquinolone resistance in uncomplicated acute pyelonephritis: epidemiology and clinical impact / J. Shin [et al.] // Microb Drug Resist. – 2012. – Vol. 18, №2. – P. 169-175.
6. Prospective cohort study of acute pyelonephritis in adults: safety of triage towards home based oral antimicrobial treatment / C van Nieuwkoop [et al.] // Journ. Of Infection. – 2010. – Vol. 60, № 2. – P. 114-121.

УДК: 616.65-002-036-07-08:577.17

© М.И. Коган, Х.С. Ибишев, А.А. Черный, А.Х. Ферзаули, 2013

М.И. Коган, Х.С. Ибишев, А.А. Черный, А.Х. Ферзаули
**КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ХРОНИЧЕСКОГО БАКТЕРИАЛЬНОГО
 ПРОСТАТИТА НА ФОНЕ ДЕФИЦИТА ТЕСТОСТЕРОНА**
*ГБОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет»
 Минздрава России, г. Ростов-на-Дону*

Дефицит тестостерона является важной проблемой не только из-за своей распространенности в мужской популяции, но и из-за существенного вклада недостаточности тестостерона в нарушения метаболических процессов организма.

Обследовано 124 пациента в возрасте 20 - 45 лет с диагнозом хронический бактериальный простатит. В 37 % случаев у пациентов с хроническим бактериальным простатитом тестостерон был ниже нормативных показателей. При оценке клинических проявлений по шкале NIH -CPSI более тяжелая симптоматика отмечена у пациентов со сниженным уровнем тестостерона в сравнении с пациентами с нормотестостеронемией. Установлено, что степень выраженности воспалительного процесса в ткани предстательной железы по данным лабораторных исследований, коррелирует с тяжестью клинической симптоматики. Так, по данным микроскопического исследования, у пациентов с уровнем Тс < 8 нмоль/л уровень лейкоцитов, степень контаминации, количество ассоциантов в секрете простаты выше в сравнении с пациентами с нормальным уровнем тестостерона.

Ключевые слова: Хронический бактериальный простатит, дефицит тестостерона, уровень тестостерона.

M.I. Kogan, Kh.S. Ibishev, A.A. Chernyy, A.Kh. Ferzauli
**CLINICAL CHARACTERISTICS OF CHRONIC BACTERIAL PROSTATITIS
 ASSOCIATED WITH TESTOSTERONE DEFICIENCY**

Testosterone deficiency is a major problem, not only because of its prevalence in male population, but also because of significant contribution of testosterone deficiency disorders in the metabolic processes of the body.

124 patients aged 20 - 45 with a diagnosis of chronic bacterial prostatitis have been examined. In 37% of patients with chronic bacterial prostatitis testosterone was below the norm. In assessing clinical manifestations according to NIH-CPSI scale, more severe symptoms were observed in patients with low testosterone levels. It was established that the severity of inflammation in the prostate tissue, according to laboratory tests, correlated with the severity of clinical symptoms. Thus, according to the microscopic examination patients with a Tc < 8 nmol / L have increased level of white blood cells, high degree of contamination and large amount of associates in the prostate secretion as compared with patients with normal testosterone level.

Key words: chronic bacterial prostatitis, testosterone deficiency, testosterone level.

Дефицитом тестостерона (ДТ) на сегодняшний день считается состояние, ассоциированное с сопутствующими сердечно-сосудистыми, неврологическими, эндокринными и психологическими расстройствами. Проблема ДТ и методов его коррекции вызывает интерес различных специалистов: уроло-

гов, андрологов, эндокринологов, кардиологов – и занимает одно из ведущих мест в современной литературе [1,2,4,7,8,9,11]. Известно, что сопутствующие тяжелые и/или хронические заболевания ведут к снижению плазменной концентрации тестостерона (Тс) и к появлению соответствующей симптоматики

[9]. Кроме того, доказано, что течение заболевания у пациентов с ДТ более тяжелое, а проводимое лечение любого заболевания менее эффективно в сравнении с пациентами с нормальным уровнем тестостерона (Тс).

В ряде научных работ продемонстрирована взаимосвязь между степенью тяжести урологической патологии у мужчин и дефицитом тестостерона [1,2,4,9].

В настоящее время доказана связь течения урологической патологии на фоне снижения плазменной концентрации тестостерона у мужчин [4,5,13,14]. По мнению ряда авторов, дефицит тестостерона крови отрицательно влияет на функцию органов мочевой и репродуктивной систем [1,9,10], увеличивая процент рецидива многих урологических заболеваний.

Цель работы. Изучить уровень тестостерона у больных хроническим бактериальным простатитом (ХБП).

Материал и методы. Обследовано 124 пациента в возрасте 20 - 45 лет с диагнозом ХБП. Средний возраст пациентов составил $31,58 \pm 0,55$ года, а средняя продолжительность заболевания ХБП составила $8,07 \pm 0,89$ года. Комплексное обследование включало: анализ анамнестических и клинических данных с использованием шкалы симптомов ХП NIH-CPSI, опросников AMS и МИЭФ, данные ректального осмотра предстательной железы, пробу Стейми-Мирса, исследование общего тестостерона крови, урофлоуметрию, трансректальную сонографию простаты (ТРУЗИ), расширенное микробиологическое исследование секрета предстательной железы.

Результаты. В результате обследования у 37 % мужчин тестостерон крови был ниже нормативных показателей. Пациенты были разделены на три группы: I группа - 46 пациентов с ХБП, сочетающимся с биохимическим андрогенным дефицитом (уровень тестостерона крови < 8 нмоль/л), II группа - 27 пациентов с ХБП и уровнем тестостерона в диапазоне серой зоны (8-12 нмоль/л) [7], III группа

– 51 пациент, у которого уровень Тс соответствовал нормативным показателям (рис.1).

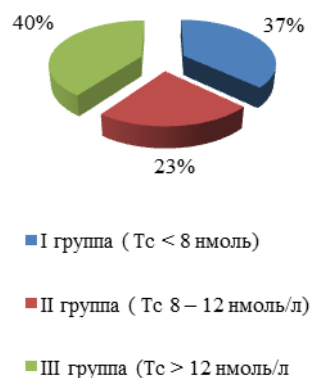


Рис.1. Уровень тестостерона у пациентов с ХБП

При оценке клинических проявлений по шкале NIH-CPSI более тяжелая симптоматика отмечена в I группе в сравнении с II и III группами. Так, боль в промежности и в надлонной области регистрировали практически с одинаковой частотой в трех группах. Однако боль в яичках чаще выявляли в I группе у 78% пациентов, во II и III группах – 59% и 45% пациентов соответственно. Боль при эякуляции встречается чаще в I группе – 75%, во II и III группах по 37% и 45% соответственно. При мочеиспускании боль во II и в III группах имела место в единичных случаях, а в I группе была зарегистрирована у 45% пациентов (рис.2).

Интенсивность болевого синдрома была более выражена у пациентов I группы ($7,52 \pm 0,35$ балла), во II группе средний показатель боли – $5,74 \pm 0,43$ балла, в III группе – $4,84 \pm 0,29$ балла ($p < 0,01$).

Кроме болевого синдрома у большинства обследованных пациентов отмечали ухудшение качества сексуальной жизни, хотя по шкале AMS у всех пациентов суммарный балл был меньше 26. В I группе снижение либидо имело место у всех пациентов, во II группе – у 55,5 %, в III – у 9,8% пациентов.

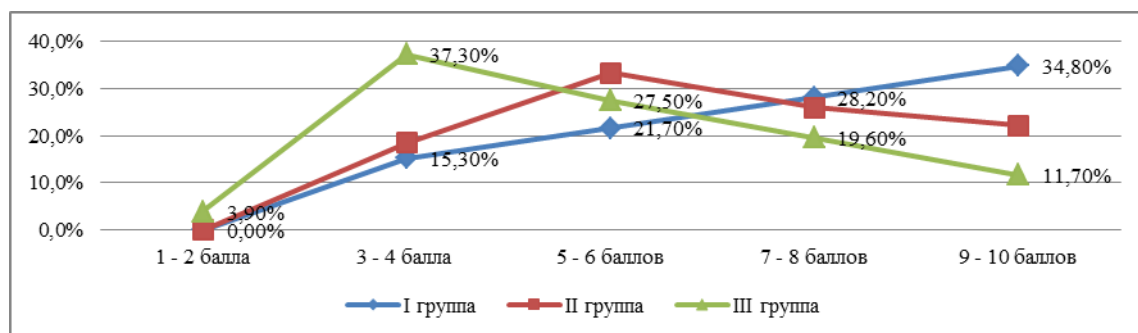


Рис. 2. Локализация боли (n = 124): 1 балл – боль в промежности; 2 – боль в яичках, 3 – боль в надлонной области, 4 – боль при эякуляции, 5 баллов – боль при мочеиспускании

По данным микроскопического исследования уровень лейкоцитов >50 х в секрете предстательной железы был выявлен у 89,1 % пациентов I группы, в сравнении со II и III группами (58,1% и 47,1 % соответственно) (рис.4).

Снижение количества лецитиновых зерен было зарегистрировано практически у всех пациентов I группы, у 55,5% пациентов II группы, у 62,7% пациентов III группы.

В микробном спектре ХБП практически с одинаковой частотой доминировали неклостридиальные анаэробные бактерии, а среди факультативно-аэробных микроорганизмов доминировали коагулазоотрицательные стафилококки, коринеформные бактерии. Представители семейств Enterobacteriaceae, Streptococcus sp., S.aureus и неферментирующие грамотрицательные палочки регистрировались реже.

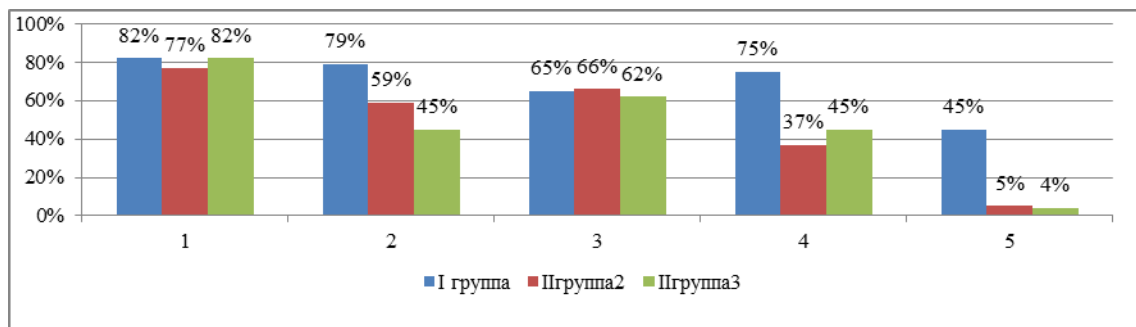


Рис. 3. Интенсивность болевого синдрома

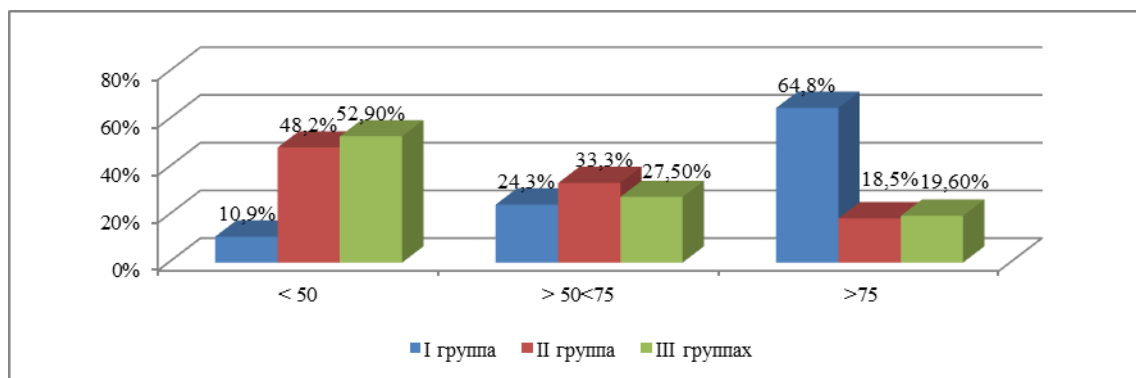


Рис. 4. Уровень лейкоцитов в секрете предстательной железы

Средний уровень обсемененности (Lg) секрета предстательной железы в I группе составил 7,0 КОЕ/мл, а во II и III группах находился на уровне 5,0 КОЕ/мл.

Во всех случаях выявляли многокомпонентные ассоциации микроорганизмов. Но в I группе количество регистрируемых бактериальных ассоциантов в секрете простаты было выше в сравнении с II и III группами. Так, в этиологической структуре бактериальные микст-инфекции у больных I группы преобладали 4- и 5-компонентные микробные ассоциации (67,4%), реже (32,6%) регистрировали 3-компонентные сочетания патогенов. Во II группе преобладали также 4-х и более компонентные ассоциативные взаимоотношения (66%), а в 34% случаев регистрировали 3-компонентные сочетания микроорганизмов. В III группе в 27,5% случаев выявили 2-компонентные ассоциации патогенов, 3-компонентные ассоциации обнаруживали у 56,8% пациентов, а 4-компонентные варианты определяли лишь у 15,7% пациентов. Как

правило, 4- компонентную бактериальную микст-инфекцию регистрировали у пациентов с низким уровнем Тс. Естественно, наличие бактериальных ассоциаций в секрете предстательной железы, обладающих различными факторами патогенности и биологическими характеристиками, затрудняет лечение пациентов с ХБП. Сложные взаимоотношения микробиоценоза предстательной железы могут приводить к потенцированию вирулентных свойств выделенных уропатогенов и способствовать длительному существованию очага инфекции в ткани простаты.

Обсуждение. В результате проведенного исследования выявлено, что у 37% пациентов с хроническим бактериальным простатитом отмечается дефицит тестостерона. При сравнительном анализе трех групп больных выраженность клинических симптомов и уровень повышения лейкоцитов секрета простаты оказались наивысшими у пациентов со сниженным уровнем тестостерона.

При микроскопии секрета простаты от-

мечена корреляция уровня лейкоцитов и лецитиновых зерен в секрете предстательной железы с уровнем Тс ($r=0,42$). Анализ бактериологического исследования секрета предстательной железы выявил наиболее высокую степень обсемененности бактериальными патогенами у пациентов с ДТ. При уровне Тс <12 нмоль/л в секрете простаты преобладают 4-компонентные бактериальные ассоциативные взаимоотношения. Можно предположить, что наличие многовариантных бактериальных ассоциаций в секрете предстательной железы, обладающих различными факторами патогенности и биологическими характеристиками, затрудняет лечение пациентов с ХБП, а сложные взаимоотношения микробиоценоза предстательной железы могут приводить к потенцированию вирулентных свойств выделенных уропатогенов и способствовать длительному существованию очага инфекции в ткани простаты [7,11].

Выводы. Таким образом, более выраженные клинические и лабораторные изменения наблюдаются у пациентов с ХБП, сочетающимся со сниженным уровнем плазменного тестостерона. У всех пациентов ХБП необходимо определять уровень общего тестостерона крови.

Возможно, что медикаментозная коррекция уровня плазменного тестостерона повлияет на результаты лечения больных ХБП.

Значимых различий в клиническом течении ХБП у пациентов с уровнем Тс 8-12 нмоль/л и >12 не отмечено, однако микробный спектр пациентов с уровнем Тс в «серой зоне» аналогичен микробному спектру пациентов с ДТ.

Антибактериальная терапия у больных ХБП с ДТ должна проводиться с учетом наличия многокомпонентных ассоциаций микроорганизмов в простате.

Сведения об авторах статьи:

Коган М.И. – д.м.н., профессор, зав. кафедрой урологии и репродуктивного здоровья человека ФПК и ППС с курсом детской урологии андрологии ГБОУ ВПО РостГМУ Минздрава России. Адрес: 344022, г. Ростов-на-Дону, пер. Нахичеванский, 29. E-mail: dept_kogan@mail.ru

Ибишев Х.С. – д.м.н., профессор кафедры урологии и репродуктивного здоровья человека с курсом детской урологии и андрологии ГБОУ ВПО РостГМУ Минздрава России. Адрес: 344022, г. Ростов-на-Дону, пер. Нахичеванский, 29.

Черный А.А. – заочный аспирант кафедры урологии и репродуктивного здоровья человека с курсом детской урологии и андрологии ГБОУ ВПО РостГМУ Минздрава России. Адрес: 344022, г. Ростов-на-Дону, пер. Нахичеванский, 29.

Ферзаули А.Х. – аспирант кафедры урологии и репродуктивного здоровья человека с курсом детской урологии и андрологии ГБОУ ВПО РостГМУ Минздрава России. Адрес: 344022, г. Ростов-на-Дону, пер. Нахичеванский, 29.

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. Дедов И.И., Мельниченко Г.А., Фадеев В.В. Эндокринология. – М.: Медицина, 2000. – 631 с.
5. Дедов И.И., Калинин С.Ю. Возрастной андрогенный дефицит у мужчин. – М.: Практ.медицина, 2006. – С.14.
6. Коган, М.И. Восстановление либидо у пациентов со стриктурами уретры /М.И. Коган, Х.С.Ибишев // Клинические исследования. – 2008. – №2. – С. 22-24.
7. Коган М.И., Ибишев Х.С. Вторичный гипогонадизм у больных с повреждением мочеиспускательного канала // Consilium medicum: журн. доказ. мед. для практ. врачей. – 2007. – Т. 9, № 4. – С. 50-54.
8. Коган М.И., Ибишев Х.С., Гусова З.Р. Возрастной андрогенный дефицит. Патогенез, диагностика, клиника, лечение: учебно-метод. пособие. – Ростов-на-Дону, 2010. – С. 2-4.
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. Коган М.И., Ибишев Х.С., Черный А.А., Ферзаули А.Х. Дефицит тестостерона у пациентов с хроническим бактериальным простатитом. Материалы XII съезда Российского общества урологов. – М., 2012. – С. 32.
11. Коган М.И. Этиологическая структура и антибиотикочувствительность микроорганизмов, выделенных при хроническом бактериальном простатите /М.И. Коган, Х.С.Ибишев Ю.Л.Набока // Consilium medicum: журн. доказ. мед. для практ. врачей. – 2010. – Т. 12, № 7. – С. 5-7.
12. Коган М.И., Ибишев Х.С., Васильев О.Н. Возрастной андрогенный дефицит. Патогенез, диагностика, клиника, лечение: учебно-метод. пособие. – Ростов-на-Дону, 2010. – С.14-15.
13. Шустер, П.И., Основы рациональной терапии пациентов с метаболическим синдромом, уролитиазом и эректильной дисфункцией. – Омск, 2010. – С. 5-6.
14. 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.
15. Schiavi R. C., Schreiner-Engel P., White D., Mandeli J. The relationship between pituitary-gonadal function and sexual behavior in healthy aging men // Psychosom Med. 1991. № 53. с. 363-374.