

Хронический простатит (ХП) в настоящее время занимает одно из ведущих мест среди заболеваний предстательной железы (ПЖ). Рост этой патологии в России обусловлен эпидемическим подъемом инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), социально-экономическим расслоением общества, урбанизацией, изменением полового поведения мужчины и женщины [1, 2, 3].

Несмотря на многочисленные исследования отечественных и зарубежных ученых, некоторые вопросы этиологии, патогенеза, диагностики ХП остаются спорными и недостаточно ясными и требуют более глубокого изучения [4, 5]. Заболевание характеризуется хроническим циклического характера течением, с периодами ремиссий и обострений, а при неадекватном лечении и поздней диагностике приводит к потере функции органа. Это, в свою очередь, ведет к бесплодию, инвалидизации мужчины, напряжению внутрисемейных отношений, увеличению числа разводов [6,7,8].

Поэтому сегодня актуальным и перспективным является принцип индивидуального подхода к развитию и течению патологического процесса в организме человека. Такая задача может быть успешно решена с помощью клинической антропологии, изучающей индивидуально-типологическую изменчивость фенотипа, что позволяет рассматривать заболевание с позиций биологических особенностей организма [9,10]. Это научное направление дает возможность разработать меры профилактики, уточнить диагностику, подобрать адекватную схему лечения любого заболевания.

Цель нашего исследования - определить взаимосвязи между клинико-функциональными, микроциркуляторными проявлениями заболевания и типом конституции у молодых мужчин, страдающих ХП.

Объектом обследования были 150 мужчин, страдающих ХП, в возрасте от 17 до 35 лет. Больные ХП находились на стационарном или амбулаторном лечении в андрологическом отделении четвертой больницы г. Красноярска и андрологическом кабинете Красноярского краевого кожно-венерологического диспансера.

Комплексное обследование больных ХП, оценивающее тяжесть проявления заболевания, состояло из анализа анамнестических и клинических данных (продолжительность заболевания ХП, частота возникновения обострений, предрасполагающие к ХП факторы, ранее перенесенные ИППП, характеристика болевого, дизурического и сексуального синдромов), данных ректального осмотра ПЖ, лабораторных исследований (макроскопическое и микроскопическое исследование эякулята, микроскопическое исследование и определение феномена кристаллизации секрета ПЖ, бактериоскопическое и бактериологическое исследование уретрального содержимого с определением *Neisseria gonorrhoeae*, *Trichomonas vaginalis*, *Gardnerella vaginalis*, *Ureaplasma urealyticum*, *Mycoplasma hominis*, *Chlamidia trachomatis*, а также определение титра антител IgG в сыворотке крови к *Chlamidia trachomatis* методом ИФА), УЗИ ПЖ с проведением ЦДК и доплерографии уретральных и капсулярных артерий, исследование микроциркуляции гениталий методом лазердоплерофлюометрии. Результаты УЗИ ПЖ сравнивались с показателями УЗИ ПЖ молодых здоровых мужчин контрольной группы. Антропометрическое обследование мужчин с последующим соматотипированием проводилось по схеме В.П. Чтецова с соавт. [11].

Для определения индивидуально-типологических особенностей все 150 больных ХП на основании антропометрических данных были разделены по соматотипам: грудной составили 66 (44%) мужчин, мускульный - 56 (36%), брюшной - 10 (6,67%), неопределенный - 20 (13,33%).

Среди обследованных больных ХП преобладали лица грудного соматотипа (44%), что значительно превышает частоту встречаемости грудного соматотипа среди здоровых мужчин и свидетельствует о конституциональной предрасположенности лиц грудного соматотипа к заболеванию ХП.

Соматометрические параметры и показатели компонентов, составляющих соматотип мужчин различных конституциональных типов у больных ХП, сравнивались с параметрами мужского населения г. Красноярска соответствующей возрастной группы. Масса тела у больных ХП всех конституциональных типов была достоверно выше ($P < 0,01$), чем у здоровых мужчин. Также выявлено большое количество статистически достоверных различий аналогичных антропометрических параметров в пределах одной конституции между мужчинами региональной популяции и больными ХП. Это становится очевидным при сравнении основных компонентов тела в исследуемых группах. У мужчин с ХП грудного и брюшного соматотипов выявлено снижение относительных показателей жирового компонента. Установлено уменьшение относительной мышечной массы у больных ХП всех соматотипов. Статистически достоверных отличий относительных компонентов костной массы выявлено не было. Следовательно, мужчины, страдающие ХП, отличаются от мужчин популяции региона не только большей частотой заболевания лиц грудного соматотипа, но и статистически достоверным различием антропометрических параметров в пределах одноименных соматотипов.

Все обследуемые мужчины относились к юношескому и первому периоду зрелого возраста. В группе грудного соматотипа средний возраст был наименьшим ($27,05 \pm 0,54$ года). Представители других соматотипов были старше: мускульного - $28,79 \pm 0,57$ года, $P < 0,05$; брюшного - $30,60 \pm 1,58$ года, $P < 0,05$, и неопределенного - $30,80 \pm 0,99$ года, $P < 0,01$; и ХП у них развивался на 2-3 года позже. Средняя продолжительность заболевания ХП у представителей грудного соматотипа была $3,38 \pm 0,19$ года, у брюшного - $4,80 \pm 0,61$ года, $P < 0,01$, и у неопределенного - $4,40 \pm 0,49$ года, $P < 0,05$. Лица мускульного соматотипа занимали промежуточное положение

($3,83 \pm 0,22$ года). При этом достоверно большее число больных с коротким анамнезом заболевания (до двух лет) составили лица грудного соматотипа (30,3%).

Анализируя факторы, способствующие развитию ХП у мужчин разных соматотипов, следует отметить, что достоверно чаще простудные заболевания и эпизоды переохлаждения выявлены у лиц грудного (45,5%) и неопределенного (55%) соматотипов. Жалобы, характерные для ИППП, чаще отмечались у лиц грудного (74,2%) и мускульного (74,1%) соматотипов. Малоподвижный образ жизни (60%), психологические перегрузки на работе и в семье (30%), аноректальный варикозный симптомокомплекс (50%), нерегулярная половая жизнь (50%) чаще имели место у лиц брюшного соматотипа. Таким образом, у мужчин брюшного соматотипа в анамнезе преобладают факторы, вызывающие застой секрета в ПЖ и венозный крови в органах малого таза.

Ведущей жалобой, независимо от соматотипа, являлись постоянные боли с преимущественной локализацией в области промежности. Однако для каждого соматотипа была выявлена характерная иррадиация болевого синдрома: для грудного соматотипа - пояснично-крестцовая область (24,4%) и яички (15,2%), для мускульного соматотипа - прямая кишка (18,5%), для брюшного соматотипа - прямая кишка (20%) и яички (20%), для неопределенного соматотипа - пояснично-крестцовая область (25%). Боли, вызванные физической нагрузкой, чаще отмечали лица неопределенного соматотипа (25%), боли, связанные с эякуляцией, - лица грудного соматотипа (30,3%).

Дизурический синдром также имел конституциональную зависимость. Если больные грудного соматотипа достоверно чаще жаловались на неприятные ощущения в уретре (62,1%), выделения из уретры по утрам (72,7%), инициальные боли при мочеиспускании (25,8%) и затрудненное учащенное мочеиспускание (39,4%), позывы на мочеиспускание ночью (31,8%), то для брюшного соматотипа были характерны только никтурия (30%) и выделения из уретры по утрам (70%). Больные мускульного соматотипа чаще жаловались на постоянные боли в уретре (25,9%) и учащенное мочеиспускание (46,3%). У лиц неопределенного соматотипа достоверных отличий выявлено не было.

Наиболее яркие проявления сексуального синдрома отмечались у представителей грудного и брюшного соматотипов. Пациенты грудного соматотипа в большем количестве случаев имели неполную адекватную эрекцию (45,5%), ускоренную эякуляцию (59,1%), стертый оргазм (37,9%). У лиц брюшного соматотипа достоверно чаще отсутствовало половое влечение к женскому полу (20%), отмечалась усиленная спонтанная эрекция (70%), прерывистая адекватная эрекция (30%), отсутствие эякуляции (40%). Мускульный соматотип характеризовался меньшим числом неполных адекватных эрекций (22,2%), усиленными спонтанными эрекциями (16,7%), ускоренной эякуляцией (37%). Для лиц неопределенного соматотипа характерно увеличение случаев неполных адекватных эрекций (50%) и продолжительной эякуляции (20%), снижение усиленных спонтанных эрекций (25%).

Таким образом, анализируя клинико-анамнестические данные, можно отметить, что проявления ХП у мужчин различных соматотипов конституционально обусловлены.

Конституциональные особенности нарушения репродуктивной функции были выявлены при макро- и микроскопическом исследовании эякулята больных ХП. У лиц грудного соматотипа достоверно, по сравнению с мускульным соматотипом, наблюдалось увеличение малоподвижных сперматозоидов ($12,56 \pm 1,23\%$, $P < 0,05$), общего числа патологических форм сперматозоидов ($39,56 \pm 0,87\%$, $P < 0,001$), сперматозоидов с патологией в области головки ($23,00 \pm 0,66\%$, $P < 0,001$) и хвоста ($16,69 \pm 0,48\%$, $P < 0,001$), снижение концентрации лимонной кислоты ($17,23 \pm 0,49$ ммоль/л, $P < 0,05$). У мужчин брюшного и неопределенного соматотипов статистически достоверных особенностей нарушения репродуктивных функций не выявлено.

Нормальная кристаллизация секрета ПЖ реже встречалась у представителей грудного (10,6%) и брюшного соматотипов (0%), а чаще - у мускульного (24,1%) и неопределенного (40%).

Микроскопия секрета ПЖ выявила зависимость некоторых исследуемых параметров от соматотипа. Отмечено более значительное увеличение количества лейкоцитов у мужчин грудного ($32,97 \pm 1,63$) и мускульного ($31,28 \pm 1,86$) соматотипов. Единичные лецитиновые зерна в секрете ПЖ обнаруживались чаще у лиц грудного ($P < 0,001$) и брюшного соматотипов ($P < 0,01$). При бактериоскопическом и бактериологическом исследованиях уретрального содержимого частота обнаружения возбудителей ИППП была одинаковой. Однако *T. vaginalis* реже встречалась у мужчин неопределенного соматотипа.

Ректальное пальцевое исследование выявило более выраженные изменения ПЖ у пациентов грудного и брюшного соматотипов. У грудного соматотипа ПЖ отличалась мягко-эластической консистенцией (54,5%), сглаженными границами (50%) и сглаженной междолевой бороздой (54,5%). Для брюшного соматотипа характерно увеличение ПЖ (90%), болезненность (90%) и неоднородность при пальпации (50%).

Следовательно, для мужчин грудного и брюшного соматотипов характерны более грубые нарушения феномена кристаллизации и снижение лецитиновых зерен в секрете ПЖ, а также выраженные изменения ПЖ при ректальном исследовании.

УЗИ ПЖ показало, что неоднородная экоструктура ткани ПЖ преобладала у мужчин грудного и брюшного соматотипов (соответственно 78,8% и 100%). При этом переднезадний размер ПЖ был достоверно самым большим у представителей грудного соматотипа ($2,42 \pm 0,026$ см), а у брюшного - поперечный ($4,76 \pm 0,057$ см) и верхненижний ($2,78 \pm 0,080$ см). Таким образом, размеры и экоструктура ПЖ также имеют конституциональную за-

висимость. Однако при УЗИ с ЦДК артерий ПЖ различий между соматотипами мы не отметили.

Исследование микроциркуляции гениталий методом лазер-доплерофлуометрии в процессе лечения ХП выявило некоторые закономерности изменения микроциркуляции в зависимости от проводимого лечения, но конституциональных различий также обнаружено не было.

Корреляционный анализ позволил определить особенности корреляционных связей между клиниколабораторными, функциональными показателями и антропометрическими параметрами среди больных ХП, принадлежащих к различным типам конституции.

Проведенный корреляционный анализ выявил, что у лиц грудного соматотипа имеются средней степени достоверные корреляции между размерами ПЖ, содержимым эякулята и параметрами жировой и мышечной ткани. Особенно следует подчеркнуть наличие статистически достоверных обратных корреляционных связей средней силы между функциональными показателями микроциркуляции ПЖ и показателями микроциркуляции головки полового члена у больных первой группы через 20 дней после лечения (мужчины, у которых терапия ХП была наиболее эффективной). Размеры ПЖ, определяемые при УЗИ, имели средней степени статистически достоверные корреляционные связи между поперечным, верхненижним размерами и жировой складкой плеча спереди; переднезадним размером и обхватом ягодиц.

У лиц мускульного соматотипа размеры ПЖ, показатели эякулята, длительность и количество обострений ХП имели от средней до высокой степени корреляции с параметрами жировой и мышечной ткани. Размеры ПЖ, определяемые при УЗИ, имели средней степени статистически достоверные корреляционные связи между поперечным, верхненижним размерами и обхватом бедра; переднезадним размером и обхватом грудной клетки.

У лиц брюшного соматотипа размеры ПЖ, показатели эякулята, длительность и количество обострений ХП имели в основном высокой степени корреляции с параметрами мышечной, жировой и костной ткани. Поперечный, верхненижний и переднезадний размеры ПЖ, определяемые при УЗИ, имели высокой степени статистически достоверные корреляционные связи с жировой складкой спины.

У лиц неопределенного соматотипа размеры ПЖ, показатели эякулята, клинические проявления имели от средней до высокой степени корреляционные связи с параметрами жировой и костной ткани. Поперечный, верхненижний и переднезадний размеры ПЖ, определяемые при УЗИ, имели высокой степени статистически достоверные корреляционные связи с жировой складкой плеча сзади.

Таким образом, проведенное исследование выявило конституциональные различия клиникофункциональных проявлений ХП у молодых мужчин. Учет индивидуально-типологических особенностей заболевания позволяет по-новому подойти к диагностике и профилактике ХП - диспансеризовать мужчин, предрасположенных к развитию ХП, предупредить тяжелые осложнения ХП, индивидуализировать лечебные мероприятия.