

УДК: 615.352:616.65 – 002 – 085

© Провизион А.Н., Провизион Л.Н., Кошляк А.П., Шведюк С.В., Шедания И.Е., 2011

ОБОСНОВАНИЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПОЛОВЫХ ГОРМОНОВ В ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ПРОСТАТО-ВЕЗИКУЛИТАМИ**Провизион А.Н., Провизион Л.Н., Кошляк А.П., Шведюк С.В., Шедания И.Е.***1 многопрофильная клиника г. Луганска; Луганский государственный медицинский университет; 10 поликлиника г. Луганска*

Публикации последних десятилетий свидетельствуют о том, что в структуре заболеваний уро-андрологических клиник, как и частных центров подобного профиля, от 30 до 50% занимают различной этиологии простато-везикулиты. Отмеченно и то, что для больных простато-везикулитами присущ широкий диапазон клинических проявлений, как то: наличие болевого синдрома (в промежности, крестце и яичках), нарушение сексуальной функции (снижение либидо, ускорение эякуляции, преждевременного оргазма и др.), а также снижение оплодотворяющей способности, в том числе и бесплодия в браке(2,9).

Подобные варианты пестроты клинических проявлений имели место и в наблюдаемых нами случаях 112 больных, проходивших обследование и санирование в уро-андрологическом центре 1 многопрофильной больницы г. Луганска в 2007- 2008 годах. Кстати, будет замечено, что упомянутый клинический диагноз простато-везикулита устанавливался по совокупности данных как анамнеза, так и детального обследо-

вания (пальпаторно- ректального исследования, наличие патологических маркеров по результатам УЗИ – сканирования, с целью верификации этиологического диагноза, использовалась ПЦР, для определения фертильности проводилось исследование эякулята больных и для определения гормонального баланса исследовалась кровь на содержание тестостерона и пролактина).

Итак, в группе нами обследованных больных (112 человек), на наличие боли в области промежности и внизу живота заявили - 54, в области крестца - 25, и яичек - 11 обследуемых. В итоге, болевой симптом имелся у 90 больных из общего числа обследуемых. Нарушение сексуальной функции в виде снижения либидо отметили 54 больных, ускорение семяизвержения и боли при эякуляции - 34 пациента.

Для осуществления патоморфологической идентификации вариантов простато-везикулитов нами были использованы материалы УЗИ-сканирования. Полученные результаты иллюстрирует таблица 1.

Таблица 1. Клинико-морфологические варианты простато-везикулитов.

Варианты простато-везикулитов (УЗИ сканирование)	Число больных	%
<i>Катаральный простато-везикулит</i>	20	16,8
<i>Фолликулярный простато-везикулит</i>	29	27,0
<i>Паренхиматозный простато-везикулит</i>	26	23,0
<i>Паренхиматозно – фолликулярный простато-везикулит</i>	30	27,2
<i>Паренхиматозно – калькулезный простато-везикулит</i>	7	6,0
Всего:	112	100,0

Как видно из приведенных данных, УЗИ-сканирование выявило наличие преимущественно фолликулярно- паренхиматозных форм простато-везикулитов.

Состояние сперматогенеза обследуемых оценивалось традиционно(1,6) путем доступного информативного макро- и микроскопического исследования эякулята 112 больных, забор которого производился в клинике методом ипсациии.

Количественное содержание тестостерона и пролактина периферической крови больных (взятой с 9⁰⁰ до 12⁰⁰ часов), проводилось методом твердофазного иммуноферментного анализа, используя наборы «Стероид-ИФА-тестерон» и «ИФА-пролактин». Данными методиками была исследована периферическая кровь 85 больных.

Таблица 2. Общая характеристика эякулята больных.

Всего обследовано	Объем эякулята			РН эякулята			вязкость		Спермагглютинация		
	До 2 см ³	3-4 см ³	4 и более см ³	4,0 – 4,2	7,2 – 7,2	Более 8	Повышенная	Нормальная	Агглютинация (+)	Агглютинация (++)	Агглютинация (+++)
112	49	35	28	44	37	31	54	58	57	19	6
%	43,8	31,2	25	39,3	33	27,7	48	52	63,8	21,3	6,7

Как свидетельствует анализ спермограмм, у 49(43,7%) из 112 больных имела место олигозоо-спермия – объем эякулята не превышал 2 мл, у 28 (25,0%) в среднем составлял 5-6 мл. У 54 (48,2%) пациентов эякулят имел повышенную

вязкость, что патогномонично для эякулята с наличием воспалительных процессов в сопряженных органах и является причинной ограничения подвижности сперматозоидов (8,10,11).

Одним из параметров характеризующим со-

стояние сперматогенеза, является РН эякулята, который был сдвинут в кислую в 44(39,3%) и в 31 (27,7%) случаях в щелочную сторону. Отклонения РН от оптимального показателя (7,2 – 7,9) в любую сторону (кислую или щелочную), наряду с аутоиммунизацией организма антигенами

тестикулярного происхождения, по мнению ряда исследователей(3,4,8), является одной из причин развития спермагглютинации.

Иллюстративными оказались и параметры качественной характеристики эякулята.

Таблица 3. Качественная характеристика эякулята больных, инфицированных трихоманадами.

Всего обследованных	Морфология			Подвижность				Пиоспермия
	нормальные	измененные	Тератозооспермия	Активно подвижные	Малоподвижные и неподвижные	В том числе		
						Астенозооспермия 1 ст.	Астенозооспермия 2 ст.	
112	28	84	29	68	44	4	29	34
100%	25,0%	75,0%	25,9%	60,7%	39,3%	7,1%	65,2%	30,4%

Как свидетельствуют данные таблицы № 3 из общего числа обследуемых у 84 больных выявлены морфологически измененные сперматозоиды. У 29(25,9%) имела место тератозооспермия, среди 44(39,3%) больных со сниженной подвижностью сперматозоидов у 29 (65,2%) была обнаружена астенозооспермия 2 степени.

Поскольку расстройств генеративной и ко-

пулятивной функции являются результатом андрогенной недостаточности, а сперматогенез нормально протекает только в присутствии тестостерона (Т), мы сочли обязательным изучить концентрацию тестостерона и пролактина в периферической крови обследуемой группы больных.

Таблица 4. Содержание тестостерона и пролактина в сыворотке крови больных простатовезикулитами.

Всего обследованно	Тестостерон			Пролактин		
	Ниже 4,4 нмоль/л	От 4,5 до 13,5 нмоль/л	От 13,6 до 32,5 нмоль/л	Меньше 300 мМЕ/л	300- 500 мМЕ/л	Свыше 500 мМЕ/л
85	8	53	24	7	33	45
100%	9,4	61,2	29,4	8,3	38,8	52,9

Исследование указанных гормонов было осуществлено у 85 больных из общего числа в 112 пациентов, их возраст составил от 25 до 35 лет. Полученные показатели тестостерона оказались в диапазоне от 1,3 до 33,0 нмоль/л и имели тенденцию к снижению (11,33 нмоль/л в целом для обследуемой группы).

Итак по нашим данным у 8 (9,4%) обследованных концентрация Т в сыворотке крови была резко снижена и у 53 (61,2%) больных находилась в диапазоне нижней границы нормы (8,95нмоль/л). И лишь у 25 (29,4%) концентрация Т составляла (20,32 нмоль/л), что соответствует норме для возрастной группы от 21 до 35 лет.

Показатели концентрации пролактина (Прл) так же имели широкий диапазон (от 210 до 1600 мМЕ/л). Содержание пролактина (Прл) лишь у 33 (38,8%) больных соответствовало нормативным показателям для данной возрастной группы (300-500 мМЕ/л), у 45 (52,9%) обследованных превышало их, в том числе у 7 (8,3%) в два раза.

Полученные результаты гормональных исследований свидетельствуют о том, что у больных простатитами и простато-везикулитами, отмечается выраженное снижение концентрации Т у 61 (70,6%) и превышение среднестатистических показателей пролактина (ПРЛ) у 52,9% больных, что очевидно и способствовало выше отмеченным нарушениям сперматогенеза у 75,0%) больных.

Выводы:

1. Проведенные исследования свидетельствуют о том, что лечение данной группы больных должно быть комплексным: этиологическим и патогенетически направленным на восстановление нарушенных функций половой сферы и сперматогенеза.

2. Если при определении этиотропного лечения необходимо исходить из наличия двух групп факторов: инфекционного агента и конгестии, назначая при этом антибактериальные препараты и средства, направленные на ограничения проявления конгестивного (застойного) фактора и допуская возможным как одновременное, так параллельное и последовательное их применение. При этом преследуется главная цель – устранение различных условий возможного застоя в моче- половой сфере, различных дизритмий копуляции, обеспечения оттока воспалительного отделяемого простаты и семенных пузырьков.

3. Проведению патогенетической терапии должно предшествовать освобождение структурных образований (ацинусов) от воспалительного содержимого.

4. К патогенетическому лечению помимо иммунотерапии и ферментных препаратов необходимо подключать витаминотерапию, гормонотерапию как средства для восстановления гормонообразования и сперматогенеза.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Акунц К.Б. Очерки сперматологии. / Акунц К.Б., Погосян Г.К. – Ереван. 1992 – 323с.
 2. Иванов В.В. Урогенитальные инфекции и бесплодие./ Иванов В.В, Путря И.А., Коваленко А.В. //

Журнал дерматологии и венерологии. Харьков – 1998. - №2 (6) - с.52-54.

3. Имшинецкая Л.П. Роль гормональных изменений в патогенезе половых расстройств и бесплодия при хроническом неспецифическом простатите: дис. доктора медицинских наук: 1983/ **Имшинецкая Л.П.** – Киев. - 1983.

4. **Коган Б.Г.** К вопросу диагностики трихомоноза: Научно-практическая конференция Заболевания передающиеся половым путем. / Коган Б.Г., Иваненко Т.В., Барабанчик Т.В. – К. – 1998. – 34с.

5. **Литус О.И.** Вивчення вмісту тестостерону в крові хворих з різними клінічними формами хронічного простатиту: Тези доповідей 7 Українського з'їзду дерматовенерологів./ Литус О.И., Степаненко В.И. - Київ - 1999. – 135с.

6. **Мольнар Е.** Общая сперматология./ Мольнар Е - Будапешт. - 1969.

7. Мочеполовой трихомоноз (Клиника, диагно-

стика, лечение, профилактика): Информационно-методическое пособие/[Радионов В.Г., Нешков Н.С., Провизион Л.Н. и др.]. – Луганск. 1997. – 45с.

8. **Нешков Н.С.** Трансмиссивно-сексуальные инфекции: Руководство/ Нешков Н.С. – Луганск 1997. – 160с.

9. **Нешков Н.С.** Диагностика и лечение трихомонозно-хламидийных уретропростатитов, осложненных нарушением сперматогенеза/ Нешков Н.С., Фомина Л.А./Укр. медичний альманах. – 1999 - №1 (додаток) - с. 97-100.

10. **Симоненко В.Е.** Показатели спермы при трихомонодном уретрите у мужчин: Научно-практическая конференция: Заболевания передающиеся половым путем. / Симоненко В.Е. - К. - 1998. – 71с.

11. **Чебоженко Р.О.** Особливості лабораторної діагностики трихомонозних уретритів: Тези доповідей 7 Українського з'їзду дерматовенерологів./ Чебоженко Р.О. - Київ - 1999. – 129с.

Провизион А.Н., Провизион Л.Н., Кошляк А.П., Шведюк С.В., Шедания И.Е. К вопросу обоснования использования половых гормонов в патогенетической терапии больных простато-везикулитами // Украинский медицинский альманах. – 2011. – Том 14, № 1. – С. 164-166.

Авторами сделана попытка наряду с изучением возможных вариаций клинических проявлений простато-везикулитов и микробного пейзажа их этиологии, несколько детальнее рассмотреть влияние одной из распространенных инфекций на состояния фертильности этой группы больных. Статистические данные достоверно подтвердили влияние инфекционного агента на качество эякулята больных: нормальные показатели РН эякулята имели лишь 33,0%, повышенную вязкость 48,0%, спермагглютинацию (++ и +++) 28,0%, измененную морфологию спермиев 75,0% в том числе у 25,0% была тератозооспермия, нарушение подвижности сперматозоидов 39,3% и у 30,4% выявлена пиоспермия. Помимо отмеченного выше установлены изменения в системе гормонообразования. Так, концентрация тестостерона в крови обследованных у 9,4% оказалась ниже и у 29,0% выше показателей принимаемых за норму, а концентрация пролактина в крови тех же больных превышала норму у 52, 9% обследованных.

Полученные результаты дают основания авторам для поиска адекватной состоянию тактике санирования этой группы больных.

Ключевые слова: простато-везикулит, эякулят, УЗИ-сканирование, конгестия, тестостерон, пролактин

Провізіон А.М., Провізіон Л.М., Кошляк О.П. Шведюк С.В., Шеданія І.Є. До питання про обґрунтування використання статевих гормонів у патогенетичній терапії хворих на простато-везикуліт // Український медичний альманах. – 2011. – Том 14, № 1. – С. 164-166.

Авторами зроблене намагання паралельно з вивченням можливих варіацій клінічних проявів простато-везикулітів та микробного пейзажу їх етіології детальніше розглянути вплив однієї з найрозповсюджених інфекцій на стан фертильності хворих. Статистичні дані достеменно говорять про вплив інфекційного агента на якість еякуляту хворих Також встановлено що у 33% пацієнтів були нормальні показники РН еякуляту, Підвищена в'язкість у 48,0%, спермагглютінація (++ та +++) – у 28,0%, змінена морфологія спермій – у 75,0%, в тому числі у 25,0% була тератозооспермія, порушення рухливості сперматозоїдів відмічено у 39,3% та у 30,4% була виявлена піоспермія. Встановлені зміни в системі гормоноутворення. Так, концентрація тестостерона виявилась нижче норми у крові у 9,4% хворих, а у 29,0% вище за норму. Концентрація пролактину у крові була більше ніж норма у 52,9% обстежених хворих.

Отримані результати аргументують пошук адекватної до стану пацієнтів тактики санірування цієї інфекції.

Ключеві слова: простато-везикулит, еякулят, УЗИ-сканирование, конгестия, тестостерон, пролактин.

Provizion A.N., Provizion L.N., Koshlak O.P. Shveduk S.V., Shedania I.E. To the question of using sexual hormones In treatment patients with prostate-vesiculities // Український медичний альманах. – 2011. – Том 14, № 1. – С. 164-166.

Authors make attempt along with studying of possible variations of clinical displays prostato-vesikulitov and a microbic landscape of their aetiology to consider influence of one of widespread infections on conditions of sexual function this group of patients slightly more detailed. Statisticheskyy data has authentically confirmed influence of the infectious agent on quality of ejaculate patients: normal indicators PH of ejaculate had only 33,0 %, the raised viscosity of 48,0 %, speragglutination (++ and +++) 28,0 %, the changed morphology sperms 75,0 % including at 25,0 % was teratozoospermia, mobility infringement of sperms 39,3 % and at 30,4 % is revealed piopersmia. Noted changes in system of hormones above are established. So, concentration of testosterone in blood surveyed at 9,4 % has appeared more low and at 29,0 % above indicators accepted for norm, and concentration prolactine in blood of the same patients exceeded norm at 52, 9 % of the surveyed.

The received results give the grounds to authors for search to tactics adequate to a condition of scanning this group of patients.

Key words: prostate-vesiculities, sperm, ultrasonic, testosterone, prolaktini.

Надійшла 12.10.2010 р.

Рецензент: проф. В.Т.Германов