

УДК 6181-082-435

**ФАКТОРЫ РИСКА, СПОСОБСТВУЮЩИЕ РАЗВИТИЮ ХРОНИЧЕСКОГО БАКТЕРИАЛЬНОГО ПРОСТАТИТА В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ****Рзаев Р.С.***Центральная медицинская клиника, Баку, e-mail: khalafli@mail.ru*

Приведенными данными показаны основные факторы риска, способствующие развитию хронического бактериального простатита (ХБП) в современных условиях: раннее начало половой жизни (до 18 лет), варикозная болезнь, частая смена половых партнеров без использования барьерных методов защиты, указания в анамнезе на перенесенные инфекции, передаваемые половым путем. Во всех группах обследованных в анамнезе преобладал болевой синдром и дизурические расстройства (в группе I –  $64,0 \pm 7,0\%$ , во II –  $55,6 \pm 14,0\%$ , в III –  $70,7 \pm 11,2\%$  ( $p < 0,01$ )). Длительность заболевания у больных с ХБП в большем проценте –  $62,6\%$  составляла от 5 и более лет. В течение этого времени пациенты за медицинской помощью в лечебные учреждения не обращались. Установлена зависимость клинических проявлений хронического бактериального простатита с латентно протекающим уретритом, обусловленным инфекциями, передаваемыми половым путем.

**Ключевые слова:** хронический бактериальный простатит, распространенность, медицинская оценка

**THE RISK FACTORS PROMOTING DEVELOPMENT OF CHRONIC BACTERIAL PROSTATITIS IN MODERN CONDITIONS****Rzayev R.S.***Central Medical Clinic, Baku, e-mail: khalafli@mail.ru*

The provided data showed the major factors of risk promoting development of chronic bacterial prostatitis in modern conditions: the early beginning of sexual life (till 18 years), a varicose illness, frequent change of sexual partners without use of barrier methods of protection, the instruction in the anamnesis on the transferred infections, sexually transmitted. In all groups surveyed in the anamnesis the pain syndrome and dizuric frustration (in group I –  $64,0 \pm 7,0\%$ , in II –  $55,6 \pm 14,0\%$ , in III –  $70,7 \pm 11,2\%$  ( $p < 0,01$ )) prevailed. Disease duration at patients with chronic bacterial prostatitis in bigger percent –  $62,6\%$  made of 5 and more years. During this time patients in medical institutions didn't ask for medical care. Dependence of clinical manifestations of chronic bacterial prostatitis with latent proceeding urethritis, caused by infections, sexually transmitted is established.

**Keywords:** chronic bacterial prostatitis, prevalence, medical assessment

Хронический простатит относится к одному из наиболее распространенных заболеваний у мужчин. По данным литературы, хронический простатит диагностируется в 40–70% случаев [1, 2]. В связи с этим успех в лечении данного заболевания имеет не только медицинское, но и социальное значение [3, 4]. В литературных источниках, освещающих проблемы этиологии и патогенеза хронического простатита, нет единого мнения о причинах возникновения, а также развития данного заболевания. Встречаются работы, в которых авторы отмечают, что на долю абактериального простатита приходится 90–95% всех случаев заболевания [4, 8]. По мнению других авторов, в 60% случаев диагностируется хронический инфекционный простатит [5, 6, 7]. Актуальность изучения проблемы хронического бактериального простатита обусловлена широким распространением заболевания, влияющим на репродуктивную функцию и качество жизни больных. Учитывая распространенность заболевания, существенные медицинские затраты на лечение, а также выраженное негативное влияние на качество жизни больных, сопоставимое с таковым при стенокардии, болезни Крона и сахарном диабете, становится очевидным высокое социаль-

но-экономическое значение хронического простатита.

**Цель исследования** – выявить основные факторы риска, способствующие развитию хронического бактериального простатита в современных условиях.

**Материалы и методы исследования**

Обследовано 146 мужчин в возрасте от 20 до 65 лет, обратившихся с разнообразными жалобами со стороны мочевыделительной системы (МВС) или без жалоб с целью планового осмотра. В результате проведенного комплексного клинико-лабораторного обследования у 96 (65,8%) мужчин на момент обращения был диагностирован хронический бактериальный простатит, а 50 (34,2%) – это группа здоровых мужчин без жалоб и симптомов поражения МВС и репродуктивной системы (контрольная группа).

Оценка субъективных проявлений хронического бактериального простатита и уровня качества жизни осуществлялась в соответствии со шкалой симптомов хронического простатита, разработанной Национальным институтом здоровья США (NIH-CPSI). Учитывали проявления болевого синдрома (локализация, интенсивность, а также наличие иррадиирующего характера боли), наличие нарушений акта мочеиспускания. При физикальном обследовании проводили ректальное пальцевое исследование для определения локальной болезненности, размеров, формы, консистенции, состояния границ, выраженности срединной бороздки предстательной железы. Программа обслед-

дования включала использование четырехстаканного локализационного теста Meares-Stamey с определением чувствительности выделенной микрофлоры к антибиотикам.

Проводили урофлоуметрию и ультразвукографическое (надлонное и трансректальное) сканирование с использованием ультразвукового аппарата Philips Sonodiagnost 360 с применением конвексного датчика (рабочая частота 3,5 МГц). Статистический анализ данных осуществлялся с помощью программы электронных таблиц Microsoft Excel, которые были сформированы в соответствии с запросами проводимого исследования.

### Результаты исследования и их обсуждение

В соответствии с задачами исследования 96 пациентов с хроническим бактериальным простатитом (ХБП) были разделены на 3 группы:

Группа I – 30 (31,3 ± 4,7%) больных с ХБП; при обнаружении признаков воспаления и бактерий, локализующихся в предстательной железе;

Группа II – 12 (12,5 ± 3,4%) больных с ХБП, с рецидивирующей инфекцией мочевого тракта;

Группа III – у 54 (56,3 ± 5,1%) больных с ХБП, у которых диагностирован латентно протекающий уретрит, обусловленный инфекционными агентами, передаваемыми половым путем (*C.trachomatis*, *U.urealyticum*, *M.genitalium*, *M.hominis*).

Анализ результатов анамнестических данных позволил установить, что длительность заболевания у 62,6% больных ХБП составляла от 5 лет и более. Возраст пациентов варьировался от 20 до 50 и более лет. Распределение пациентов по возрасту представлено в табл. 1.

Таблица 1

Распределение обследованных мужчин по возрасту

Возраст (лет)	I группа (n = 30)		II группа (n = 12)		III группа (n = 54)		Контрольная группа (n = 50)	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
20–30	2	6,7 ± 0,5	–	–	9	16,7 ± 3,07	3	6,0 ± 0,3
30–40	23	76,7 ± 7,7*	4	33,3 ± 13,6	26	48,1 ± 6,7*	24	48,0 ± 7,1*
40–50	3	10,0 ± 0,6	7	58,3 ± 14,2*	16	29,6 ± 6,0	20	40,0 ± 6,9
51 и >	2	6,7 ± 0,5	1	8,4 ± 0,8	3	5,6 ± 0,3	3	6,0 ± 0,3
Средний возраст		36,33 ± 6,27		41,5 ± 5,9		36,68 ± 7,7		39,08 ± 7,01

Примечание: \* – различия достоверны,  $p < 0,05$ .

Как видно из данных, представленных в табл. 1, ХБП чаще встречался в возрасте от 30 до 40 лет (76,7 ± 7,7%) по сравнению с другими возрастными группами (6,7 ± 0,5; 10,0 ± 0,6; 6,7 ± 0,5% соответственно;  $p < 0,05$ ). Большинство мужчин контрольной группы находилось в возрасте от 30 до 40 лет (48,0 ± 7,1%) и от 40 до 50 лет (40,0 ± 6,9%). При изучении социального статуса обследованных пациен-

тов (табл. 2) было установлено, что среди 146 пациентов четырех клинических групп профессиональную трудовую деятельность вели 100 (68,5%), из них связанную с интеллектуальным трудом 92 (63,0%), с физическим 8 (5,5%); 46 (31,5%) не имели постоянной работы. Высшее образование было у 107 (73,3%) пациентов, среднее специальное – у 24 (16,4%), среднее – у 17 (11,6%).

Таблица 2

Социальный статус обследованных пациентов

Группы	Служащие		Рабочие		Не имеют постоянной работы	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
I группа (n = 30)	18	60,0 ± 7,1	1	3,3 ± 0,2	11	36,7 ± 3,4
II группа (n = 12)	5	41,7 ± 13,9	1	8,3 ± 0,8	6	50,0 ± 14,0
III группа (n = 54)	36	66,7 ± 7,5	4	7,4 ± 0,9	14	25,9 ± 5,9
Контрольная группа (n = 50)	33	66,0 ± 7,8	2	4,0 ± 0,2	15	30,0 ± 6,1

При анализе распределения обследованных пациентов по перенесенным заболеваниям в анамнезе (табл. 3) было выявлено, что наибольшее число пациентов во

всех группах перенесли в детском возрасте или иные инфекционные заболевания (в I группе 73,3 ± 7,4%, во II – 75,0 ± 14,9%, в III – 79,6 ± 14,1%, в контрольной –

82,0 ± 8,7%), ( $p < 0,05$ ). У 5 (3,4%) пациентов имелись указания на перенесенный вирусный гепатит.

Кроме перенесенных детских инфекций, в анамнезе у пациентов I, III и контрольной групп наиболее частыми были заболевания ЛОР-органов (в I группе 46,7 ± 4,3%, в III – 42,6 ± 6,2% и в контрольной – 34,0 ± 6,6%), ( $p < 0,05$ ). Несколько реже в анамнезе встречались острые и хронические заболевания

органов дыхания (13,7%), почек и мочевыводящих путей (14,4%), сердечно-сосудистой (11,6%) и эндокринной системы (7,5%). Как видно из данных, представленных в табл. 4, среди перенесенных заболеваний чаще встречались инфекционно-воспалительные заболевания мочеполовых органов (в группе I – 83,3 ± 8,1%, во II – 75,0 ± 14,9%, в III – 75,9 ± 13,8% и в контрольной группе – 56,0 ± 7,4%), ( $t = 2,26; p < 0,05$ ).

Таблица 3

Перенесенные заболевания у обследованных пациентов

Перенесенные заболевания	I группа (n = 30)		II группа (n = 12)		III группа (n = 54)		Контрольная группа (n = 50)	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Инфекционные заболевания (ветряная оспа, краснуха, корь, скарлатина, эпидемический паротит, вирусный гепатит)	22	73,3 ± 7,4*	9	75,0 ± 14,9	43	79,6 ± 14,1		
Острые и хронические заболевания органов дыхания (бронхит, пневмония, плеврит, бронхиальная астма)	5	16,7 ± 2,3	2	16,7 ± 5,2	6	11,1 ± 2,6	7	14,0 ± 1,2
Острые и хронические заболевания ЛОР-органов (тонзиллит, гайморит, ринит, отит, фарингит)	14	46,7 ± 4,3*	4	33,3 ± 13,6	23	42,6 ± 6,2*	17	34,0 ± 6,6*
Заболевания органов пищеварения (гастрит, язвенная болезнь желудка или двенадцатиперстной кишки, колит, проктит, холецистит, панкреатит)	7	23,3 ± 2,9	1	8,3 ± 0,8	11	20,4 ± 5,3	10	20,0 ± 4,1
Заболевания почек и мочевыводящих путей (пиелонефрит, мочекаменная болезнь, цистит, аномалии развития почек и мочевых путей)	4	13,3 ± 1,6	3	25,0 ± 8,6	7	12,9 ± 2,7	7	14,0 ± 1,2
Заболевания сердечно-сосудистой системы (вегетососудистая дистония, гипертоническая болезнь, пролапс митрального клапана)	5	16,7 ± 2,3	2	16,7 ± 5,2	4	7,4 ± 0,9	6	12,0 ± 1,1
Заболевания эндокринной системы (гипотиреоз, ожирение)	3	10,0 ± 0,6	1	8,3 ± 0,8	3	5,6 ± 0,3	4	8,0 ± 0,5

Примечание: \* – различия достоверны,  $p < 0,05$ .

При этом во всех группах в анамнезе преобладал болевой синдром и дизурические расстройства (в группе I – 64,0 ± 7,0%, во II – 55,6 ± 14,0%, в III – 70,7 ± 11,2% ( $t = 3,13; p < 0,01$ ). Среди пациентов I груп-

пы отмечалось наибольшее количество перенесенных инфекционно-воспалительных заболеваний мочеполовых органов (83,3 ± 8,1%) по сравнению с другими группами. В анамнезе у обследованных

пациентов варикозная болезнь встречалась реже инфекционно-воспалительных заболеваний мочеполовых органов (в I группе –  $43,3 \pm 4,1\%$ , во II группе –  $41,7 \pm 13,9\%$  ( $t = 2,94; p < 0,01$ ), в III группе –  $50,0 \pm 6,4\%$  и в контрольной группе –  $32,0 \pm 6,5\%$ ), од-

нако чаще всех остальных, что статистически достоверно ( $p < 0,05$ ). Среди пациентов III группы отмечалось наибольшее количество случаев синдром хронической тазовой боли в анамнезе ( $25,9 \pm 6,0\%$ ;  $t = 0,76; p > 0,05$ ).

Таблица 4

Перенесенные заболевания у обследованных пациентов

Перенесенные заболевания	I группа (n = 30)		II группа (n = 12)		III группа (n = 54)		Контрольная группа (n = 50)	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Варикозная болезнь	13	$43,3 \pm 4,1^*$	5	$41,7 \pm 13,9^*$	27	$50,0 \pm 6,4^*$	16	$32,0 \pm 6,5^*$
Бесплодие	1	$3,3 \pm 0,2$	–	–	3	$5,6 \pm 0,3$	2	$4,0 \pm 0,2$
Неврологические заболевания области малого таза	5	$16,7 \pm 2,3$	2	$16,7 \pm 5,2$	7	$12,9 \pm 2,7$	5	$10,0 \pm 0,8$
Синдром хронической тазовой боли	3	$10,0 \pm 0,6$	2	$16,7 \pm 5,2$	14	$25,9 \pm 6,0$	10	$20,0 \pm 4,1$
Эпидидимит, фимоз, баланопостит	2	$6,7 \pm 0,5$	1	$8,3 \pm 0,8$	4	$7,4 \pm 0,9$	3	$6,0 \pm 0,3$
Инфекционно-воспалительные заболевания мочеполовых органов	25	$83,3 \pm 8,1^*$	9	$75,0 \pm 14,9^*$	41	$75,9 \pm 13,8^*$	28	$56,0 \pm 7,4^*$
Снижение либидо	5	$20,0 \pm 2,4$	2	$22,2 \pm 8,4$	16	$39,0 \pm 6,3$	9	$32,1 \pm 6,5$
Инфекции, передаваемые половым путем	9	$36,0 \pm 3,2$	3	$33,3 \pm 13,6$	23	$56,1 \pm 6,7$	8	$28,6 \pm 5,4$
Болевой синдром и дизурические расстройства	16	$64,0 \pm 7,0$	5	$55,6 \pm 14,0$	29	$70,7 \pm 11,2$	–	–
Периодическая или постоянная эректильная дисфункция	7	$28,0 \pm 3,0$	2	$22,2 \pm 8,4$	18	$43,9 \pm 6,4$	12	$42,9 \pm 7,0$

Примечание: \* – различия достоверны,  $p < 0,05$ .

При изучении особенностей сексуального анамнеза (табл. 5), раннее начало половой жизни отмечалось в каждой группе обследованных пациентов, однако чаще – в III и контрольной ( $59,3 \pm 7,1$  и  $62,0 \pm 7,7\%$  соответственно) ( $p < 0,05$ ).

В I, III и контрольной группах чаще пациенты указывали на наличие от 2 до 5 половых партнеров в течение всей половой жизни ( $50,0 \pm 5,1$ ,  $50,0 \pm 6,4$  и  $52,0 \pm 7,2\%$  соответственно,  $p < 0,05$ ), а от 6 до 10 и более 10 половых партнеров – в III группе ( $31,5 \pm 6,0$  и  $11,1 \pm 2,6\%$  соответственно,  $t = 2,08; p < 0,01$ ). 47,3% всех обследованных пациентов были женаты, из них чаще постоянную половую партнершу более 6 мес. имели пациенты контрольной группы ( $70,8 \pm 7,8\%$ ), а на новые половые контакты в предыдущие 1–3 мес. чаще указывали пациенты III группы ( $71,4 \pm 11,1\%$ ), ( $t = 3,18; p < 0,01$ ). В браке состояло 52,7% всех обследованных пациентов, преобладали среди них пациенты III группы ( $61,1 \pm 7,0\%$ ),

однако они же чаще указывали на внебрачные связи ( $42,4 \pm 6,2\%$ ,  $t = 0,97; p > 0,05$ ). Незащищенные половые контакты (включая половые контакты без презерватива) в анамнезе имелись более чем в половине случаев среди всех групп пациентов: в I группе  $70,0 \pm 7,4\%$ , во II –  $66,7 \pm 14,5\%$ , в III –  $83,3 \pm 14,6\%$ , в контрольной –  $76,0 \pm 8,1\%$  (статистически значимых различий не выявлено,  $t = 2,21; p < 0,05$ ).

#### Заключение

Приведенными данными показаны основные факторы риска, способствующие развитию хронического бактериального простатита в современных условиях: раннее начало половой жизни (до 18 лет), варикозная болезнь, частая смена половых партнеров без использования барьерных методов защиты, указания в анамнезе на перенесенные инфекции, передаваемые половым путем. Во всех группах обследованных в анамнезе преобладал болевой синдром

и дизурические расстройства (в группе I –  $64,0 \pm 7,0\%$ , во II –  $55,6 \pm 14,0\%$ , в III –  $70,7 \pm 11,2\%$  ( $p < 0,01$ ). Длительность заболевания у больных с ХБП в большем проценте –  $62,6\%$  составляла от 5 и более лет. В течение этого времени пациенты за меди-

цинской помощью в лечебные учреждения не обращались. Установлена зависимость клинических проявлений хронического бактериального простатита с латентно протекающим уретритом, обусловленным инфекциями, передаваемыми половым путем.

Таблица 5

Результаты сексуального анамнеза обследованных пациентов

Анализируемые признаки	I группа (n = 30)		II группа (n = 12)		III группа (n = 54)		Контрольная группа (n = 50)	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Раннее начало половой жизни (до 18 лет)	14	$46,7 \pm 4,3$	6	$50,0 \pm 14$	32	$59,3 \pm 7,1^*$	31	$62,0 \pm 7,7^*$
Число половых партнерш в течение всей половой жизни:								
– один	6	$20,0 \pm 2,4$	2	$16,7 \pm 5,2$	4	$7,4 \pm 0,9$	5	$10,0 \pm 0,8$
– 2–3	15	$50,0 \pm 5,1^*$	6	$50,0 \pm 14$	27	$50,0 \pm 6,4^*$	26	$52,0 \pm 7,2^*$
– 4–5	7	$23,3 \pm 2,9$	3	$25,0 \pm 8,6$	17	$31,5 \pm 6,0^*$	15	$30,0 \pm 6,1$
– более 5	2	$6,7 \pm 0,5$	1	$8,3 \pm 0,8$	6	$11,1 \pm 2,6$	4	$8,0 \pm 0,5$
Не женаты, из них:	17	$56,7 \pm 6,3$	7	$58,3 \pm 14,2$	21	$38,9 \pm 6,3$	24	$48,0 \pm 7,1$
– постоянный половая партнерша более 6 мес.	11	$64,7 \pm 7,1$	5	$71,4 \pm 14,6$	6	$28,6 \pm 6,7$	17	$70,8 \pm 7,8^*$
– новые половые контакты в предыдущие 1–3 мес.	6	$35,3 \pm 3,2$	2	$28,6 \pm 9,1$	15	$1,4 \pm 11,1^*$	7	$29,2 \pm 6,0$
Состоят в браке, из них указали на внебрачные связи	13	$43,3 \pm 4,1$	5	$41,7 \pm 13,9$	33	$61,1 \pm 7,0^*$	26	$52,0 \pm 7,2$
	3	$23,1 \pm 2,9$	–	–	14	$42,4 \pm 6,2^*$	–	–
Незащищенные половые контакты в прошлом имели (включая половые контакты без презерватива)	21	$70,0 \pm 7,4$	8	$66,7 \pm 14,5$	45	$83,3 \pm 14,6$	38	$76,0 \pm 8,1$

Примечание: \* – различия достоверны,  $p < 0,05$ .

### Список литературы

1. Аполихин О.И., Абдуллин И.И., Сивков А.В., Ощепков В.Н., Егоров А.А. Хронический простатит // Пленум правления Российского общества урологов, Саратов: материалы. – М., 2004. – С. 5–12.
2. Вершинин А.Е., Бондаренко В.М., Кузиков А.Н. Выявление потенциальных возбудителей хронических простатитов // Журн микробиол. – 2007. – № 2. – С. 111–116.
3. Кузнецкий Ю.Я. Пути улучшения дифференциальной диагностики различных форм хронического простатита // Урология. – 2006. – № 2. – С. 62–66.
4. Спивак Л.Г. Диагностика и терапия хронического простатита и связанных с ним нарушений фертильности с использованием альфа-1-адреноблокаторов: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2005. – 28 с.
5. Ткачук В.Я. Современные методы лечения больных хроническим простатитом: пособие для врачей. – СПб., 2006. – 31 с.
6. Щеплев П.А. Диагностика простатита. – М.: МЕДпресс-информ, 2007. – С. 136–163.
7. Bezold G. Prevalence of sexually transmissible pathogens in semen from asymptomatic male infertility patients with and without leukocytospermia // Fertil. Steril. 2007. – Vol. 87. – P. 1087–1097.
8. Dedhia R.C. Impact of phytotherapy on utility scores for 5 benign prostatic hyperplasia/lower urinary tract symptoms health states // J. Urol. 2008. – Vol. 179, № 1. – P. 220–225.
9. Wagenlehner F.M. Prostatitis and male pelvic pain syndrome. Diagnosis and treatment // Dtsch Arztebl Int. – 2009. – Vol. 106, № 11. – P. 175–183.

### References

1. Apolihin O.I., Abdullin I.I., Sivkov A.V., Oshhepkov V.N., Egorov A.A. Hronicheskij prostatit. Plenum pravlenija Rossijskogo Obshhestva Urologov, Saratov: Materialy, M., 2004, pp. 5–12.

2. Vershinin A E, Bondarenko V M, Kuzikov A N Vyjavlenie potencial'nyh vozбудitelej hronicheskikh prostatitov Zhurn mikrobiol, 2007, 2, pp. 111–116.

3. Kuzneckij J.J. Puti uluchshenija differencial'noj diagnostiki razlichnyh form hronicheskogo prostatita. Urologija, 2006, no. 2, pp. 62–66.

4. Spivak L.G. Diagnostika i terapija hronicheskogo prostatita i svjazannyh s nim narushenij fertilitnosti s ispolzovanijem al'fa-1-adrenoblokatorov: Avtoref. dis. . kand. med. nauk. M., 2005, 28 p.

5. Tkachuk V.J. Sovremennye metody lechenija bol'nyh hronicheskim prostatitom. Posobie dlja vrachej. SPb., 2006, 31 p.

6. Shheplev P. A. Diagnostika prostatita. M.: MEDpress-inform, 2007, pp. 136–163.

7. Bezold G. Prevalence of sexually transmissible pathogens in semen from asymptomatic male infertility patients with and without leukocytospermia. Fertil. Steril. 2007, Vol. 87, pp. 1087–1097.

8. Dedhia R.C. Impact of phytotherapy on utility scores for 5 benign prostatic hyperplasia/lower urinary tract symptoms health states. J. Urol. 2008. Vol. 179, no. 1. pp. 220–225.

9. Wagenlehner F.M Prostatitis and male pelvic pain syndrome. Diagnosis and treatment. Dtsch Arztebl Int. 2009. Vol. 106, no. 11. pp. 175–183.

### Рецензенты:

Агаев И.А., д.м.н., профессор, заведующий кафедрой эпидемиологии Азербайджанского медицинского университета, заслуженный деятель науки, г. Баку;

Векилов В.Н., д.м.н., профессор кафедры общественного здоровья и организации здравоохранения Азербайджанского медицинского университета, г. Баку.

Работа поступила в редакцию 23.07.2013.