

О. М. КУРМАНГАЛИЕВ

## ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПРОСТАТИТА У МУЖЧИН РЕГИОНА ИНТЕНСИВНОЙ ДОБЫЧИ НЕФТИ И ГАЗА

Западно-Казахстанская государственная медицинская академия имени Марата Оспанова, г. Актобе

**Актуальность.** В последние годы для Западного региона Казахстана характерной тенденцией является интенсивное развитие нефтегазовой отрасли промышленности, что резко ухудшает экологическую обстановку на территориях добычи нефти и газа. Атмосферный воздух прилегающих территорий загрязняется, наряду с углеводородами и сероводородом, солями тяжелых металлов (ванадий, свинец, цинк, кадмий, кобальт). Превышение предельно допустимых концентраций свинца и кадмия, обладающих, как известно, выраженным токсическим действием на мужские гонады, отмечается в питьевой воде, почве и растительности этого региона и, в частности, на территории Карашыганакского нефтегазоконденсатного месторождения (КНГКМ).

Проведенные нами ранее исследования сексуальных функций у мужчин, подверженных воздействию указанных загрязнителей, проживающих в регионе КНГКМ, свидетельствуют о снижении у них показателей копулятивного цикла и фертильности. При этом у большинства обследованных отмечены жалобы, характерные для хронического простатита, а при анализе эякулята выявлена астеноспермия. Как известно, одним из основных факторов, приводящих к снижению подвижности сперматозоидов, являются патологические изменения в семенной плазме, до 40% которой составляет секрет предстательной железы.

**Цель исследования** - изучение особенностей клинического течения хронического простатита у мужчин указанного региона и определение патогенетически адекватных методов коррекции этой патологии.

**Материалы и методы исследования.** Обследованы 35 мужчин в возрасте от 20 до 40 лет, проживающих в населенных пунктах региона КНГКМ не менее 10 лет, профессионально не связанных с месторождением. Контрольная группа из 19 мужчин населенного пункта, расположенного в 50 км от месторождения, по возрасту, длительности проживания в сельской местности была идентична.

Лица, имевшие жалобы, характерные для патологии простаты, подвергались дальнейшим исследованиям, включавшим сбор анамнеза, ректальный осмотр, ультразвуковое сканирование простаты, микроскопическое исследование простатического секрета.

**Результаты исследования и их обсуждение.** В результате анализа данных анкетирования всех мужчин, подвергнутых сексологическому обследованию, различного характера жалобы, характерные для хронического простатита, выявлены у 17 из 35 мужчин основной группы (в контрольной группе подобные жалобы были у 3 из 19 человек).

Как показали наши исследования, у 6 из них имели место симптомы эректильной дисфункции, 9 жаловались на боли различной интенсивности внизу живота, промежности, причем у половины из них указанные жалобы сочетались с дизурическими расстройствами, у остальных преобладали дизурические жалобы.

При пальцевом ректальном исследовании простаты у мужчин основной группы имела место умеренная её болезненность, относительно небольшие размеры, плотно-эластичная консистенция, сравнительно четкие контуры.

Характерным преобладающим изменением на эхограммах было усиление эха паренхимы, указывающее на уплотнение ткани простаты, остальные параметры ультразвуковой морфометрии не отличались от таковых у мужчин контрольной группы.

В секрете предстательной железы лишь у 3 мужчин основной группы содержание лейкоцитов было повышенным (более 10 в поле зрения микроскопа), у остальных - в пределах нормы. В то же время содержание лецитиновых зерен в секрете практически всех обследованных основной группы было понижено (от умеренного до незначительного количества). Тогда как секрет мужчин контрольной группы содержал достаточное количество лецитиновых зерен.

Таким образом, выявленные нами минимальные изменения в секрете предстательной железы мужчин, проживающих в регионе КНГКМ, так же как и данные ректального и ультразвукового обследования свидетельствуют о наличии у них абактериального простатита или синдрома т.н.

«хронической тазовой боли», обусловленного не столько воспалительными изменениями в паренхиме простаты, сколько ее функциональной недостаточностью. Причиной снижения функциональных возможностей предстательной железы на фоне фиброзно-конгестивных изменений в её паренхиме могут быть половые дизритмии, обусловленные нарушениями нейрогуморальной и эректильной составляющих копулятивного цикла вследствие токсического действия свинца и кадмия.

С другой стороны функционально-морфологические изменения предстательной железы, проявившиеся описанными выше симптомами, могут быть следствием дефицита цинка, имеющего место, как показали ранее проведенные нами исследования, у жителей исследуемого региона.

Известна важная роль цинка, как микроэлемента, в нормальном функционировании предстательной железы [2]. Описан синдром дефицита цинка у жителей Ирана и Египта [3,4]. Больные (мужчины) были карликами, у них наблюдались гепатомегалия, спленомегалия, половое недоразвитие с атрофией простаты.

Известно, что предстательная железа наиболее богата цинком и накапливает цинк. Её антибактериальная защита связана с наличием свободного цинка (простатический антибактериальный фактор-цинкпептидный комплекс). При бактериальном простатите отмечается снижение уровня цинка, мало изменяющийся на фоне перорального приема этого микроэлемента. В противоположность этому, при абактериальном простатите наблюдается восстановление уровня цинка при его экзогенном поступлении [5].

Таким образом, особенностью клинического течения хронического простатита у мужчин, проживающих в регионе интенсивной добычи нефти и газа, является синдром «хронической тазовой боли», обусловленный функциональной недостаточностью простаты вследствие фиброзно-конгестивных изменений в её паренхиме и дефицита цинка. Следовательно, в комплекс общепринятых лечебных мероприятий, направленных на нормализацию функциональных возможностей предстательной железы, обязательно следует включить препараты цинка в виде витаминно-минеральных комплексов и биологически активных добавок к пище. С другой стороны в комплексе лечебных мероприятий важное место должны занимать методы, направленные на уменьшение фиброзно-конгестивных изменений в ткани простаты, улучшение микроциркуляции и рассасывания. Таковыми, на наш взгляд, являются физические методы рассасывающей терапии.

Нами предложен и применен для лечения указанного контингента больных «Способ лечения хронического простатита», основанный на воздействии постоянным электрическим током малой силы (25-30 мкл) на предстательную железу с ректальным и уретральным подведением электродов, показанный при латентном течении хронического неспецифического простатита и синдроме хронической тазовой боли, т.е. хронического абактериального простатита [6].

Эффект лечения постоянным электрическим током мы объясняем следующим образом: изменяя рН среды в щелочную сторону противовоспалительным и обезболивающим эффектом положительной полярности постоянного электрического тока; снимают клинические признаки хронического воспалительного процесса в предстательной железе; восстанавливают нормальное кровообращение простаты и окружающих тканей; способствуют рассасыванию рубцов; одновременно снимают спазм как гладкой, так и поперечно-полосатой мускулатуры, что улучшает функцию предстательной железы, прямой кишки, тазового дна. В латентной фазе хронического простатита, на II-этапе воздействием отрицательной полярности постоянного электрического тока на предстательную железу восстанавливают сократительную деятельность гладких мышц, что приводит к более активному освобождению от застойного секрета тубулоальвеолярных желез простаты, стимулируя функцию последних.

В результате проведенных клинических наблюдений при лечении постоянным электрическим током больных с хроническим неспецифическим простатитом установили наиболее эффективные параметры силы тока от 20 до 30 микроампер. Продолжительность лечения хронического простатита составила 8-10 дней.

Предложенный способ лечения хронических простатитов, в т.ч. абактериальных, доступен в условиях любого лечебного учреждения, а также на дому, хорошо переносится больными, не вызывает побочных отрицательных явлений.

#### **Выводы.**

1. Особенностью клинического течения хронического простатита у мужчин, проживающих в регионе интенсивной добычи нефти и газа, является синдром «хронической тазовой боли».
2. Указанный синдром обусловлен функциональной недостаточностью простаты вследствие фиброзно-конгестивных изменений в её паренхиме и дефицита цинка.

3. В комплекс лечебных мероприятий при развитии абактериального простатита необходимо включить препараты цинка и лечебное воздействие ПЭТ (постоянным электрическим током) малой силы.

**Литература:**

1. Кенесариев У.И. Жакашов Н.Ж. Санитарно-гигиеническая характеристика региона Карашыганакского нефтегазоконденсатного месторождения // Вестник Казахского Национального медицинского университета. 2002, №4(18), С. 20-27.
2. Скальный А.В. Цинк и здоровье человека // Практическое пособие для врачей. Москва, 2003, 80 с.
3. Prasad A.S. Schoemaker E. B. Ortga J. et al. J.Clin.Chem. 1975, V21, P. 28-35.
4. Карлинский В.М. Синдром дефицита цинка // Вопросы питания. 1980, № 1, С. 10-13.
5. Сивков А.В., Ощепков В.Н., Егоров А.А. Терапия хронического а бактериального простатита // Материалы пленума РОУ. Саратов, 2004, С. 216-230.
6. Мамбеталин Е.С., Курмангалиев О.М. другие. Способ лечения хронического простатита. Авторское свидетельство № 37089 от 04.02.2002, Актобе.