

Байбулат Т.Н.

РОЛЬ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ГИПОДИНАМИИ В РАЗВИТИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПРОСТАТИТА

Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. Саркулов М.Н.,

Кафедра хирургических болезней №2 с урологией

Западно-Казахстанский медицинский университет им. Марата Оспанова, г. Актобе

Актуальность. Хронический простатит является одним из наиболее распространённых заболеваний мужской мочеполовой системы и выявляется у 60–80% половозрелых мужчин. Одним из значимых факторов его развития считается гиподинамия, характерная для лиц с сидячей профессиональной деятельностью. Длительное пребывание в положении сидя приводит к нарушению кровообращения в органах малого таза, венозному застою и гипоксии тканей предстательной железы, что способствует формированию конгестивной формы простатита. Рост числа офисных работников делает данную проблему социально и клинически значимой.

Цель: изучить клинико-инструментальные особенности хронического простатита у мужчин офисных работников.

Материалы и методы. В основу настоящей работы положены результаты выборки исследования и лечения 67 мужчин в возрасте от 23 до 48 лет, обратившихся в урологическую клинику «Уромед» с 2020 года по настоящее время. Профессия данных пациентов была связана с офисной деятельностью. В качестве контрольной группы использован материал 60 пациентов, прошедших лечение по поводу хронического простатита не имеющих отношения к «офисному синдрому». Верификация диагноза, помимо рутинных методов, включало УЗИ простаты (абдоминально, трансректально), пальцевой ректальный осмотр с забором секрета простаты на микроскопическое и бактериологическое исследование, спермограмма, урофлоуметрия, ИФА крови на инфекции передающиеся половым путем. Также учитывались наиболее типичные клинические проявления заболевания. Это боли, парестезии, нарушение эректильной и репродуктивной функции, расстройство мочеиспускания.

Результаты и их обсуждение. Клинические проявления хронического простатита в обеих группах были сопоставимы. Болевой синдром в области промежности, крестца и прямой кишки отмечали 59% пациентов, иррадиация в наружные половые органы — 23,6%, дизурические расстройства — 31,4%. Эректильная дисфункция выявлена у 63,7% больных, нарушение фертильности — у 8%. Активная фаза заболевания диагностирована у 20,8% пациентов основной группы и у 20% контрольной, в остальных случаях отмечалось латентное течение. Пальцевое ректальное исследование соответствовало типичным формам воспалительного процесса. Микроскопия секрета простаты в активной фазе характеризовалась лейкоцитозом (более 35–45 в поле зрения), при латентной фазе — снижением количества лецитиновых зёрен и умеренным лейкоцитозом (7–12 в поле зрения). Существенные различия между группами выявлены при ультразвуковом исследовании. В группе офисных работников конгестивная форма простатита диагностирована у 67,1% пациентов, калькулёзная — у 22,3%, инфильтративно-пролиферативная — у 10,4%. Эхографически при застойной форме отмечались равномерное увеличение объёма предстательной железы и чёткие контуры. В контрольной группе преобладал инфильтративный процесс — 66,6%, застойная форма выявлена у 20%, калькулёзная — у 13,3%. У пациентов старше 40 лет и при длительном течении заболевания чаще определялись очаговые асимметричные изменения и неровность контуров простаты. Микробиологический спектр в обеих группах был сходным и представлен преимущественно *Staphylococcus aureus*, *Enterococcus faecalis*, *Escherichia coli*. Небактериальная форма простатита выявлена у 29,8% пациентов основной и у 36,6% контрольной группы.

Выводы. У мужчин с преимущественно сидячей профессиональной деятельностью хронический простатит в большинстве случаев протекает в конгестивной форме, что связано с венозным застоем и нарушением микроциркуляции в органах малого таза. Гиподинамия является значимым фактором риска развития застойных изменений в предстательной железе и должна учитываться при профилактике и выборе лечебно-реабилитационных мероприятий.