

ДИАГНОСТИКА ПОРАЖЕНИЯ ТЕСТИКУЛЯРНОЙ ТКАНИ ПО КОНЦЕНТРАЦИИ СПЕЦИФИЧЕСКОГО ТЕРМОСТАБИЛЬНОГО АЛЬФА-ГЛИКОПРОТЕИНА В ЭЯКУЛЯТЕ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПРОСТАТИТОМ

К.Р. Галькович, Д.Ю. Соснин

*Институт экологии и генетики микроорганизмов Уральского отделения РАН
(директор — чл.-корр. РАН В.А. Черешнев), г. Пермь*

Проблема лабораторной диагностики ранних стадий заболеваний мужских половых органов достаточно актуальна, так как она позволяет выявить скрытые и латентные формы данной патологии [3, 6]. Известно, что в тестикулах секретируется белок — специфический термостабильный альфа-гликопротеин (СТАГ), являющийся иммунохимическим маркером данной ткани [5, 7]. Показано значение этого белка в оценке репродуктивной функции мужчин. Однако в доступной литературе мы не обнаружили сведений о его содержании в эякуляте при сочетанном воспалительном процессе в органах мужской репродуктивной сферы.

Целью настоящего исследования было выявление диагностической ценности определения концентрации СТАГ в эякуляте у больных хроническим простатитом.

Обследованы 196 мужчин, которые были разделены на 3 группы. В 1-ю вошли больные (148 чел.) с хроническим простатитом, во 2-ю (26) — с хроническим простатитом, осложненным хроническим эпидидимитом, и в 3-ю, контрольную (22) — здоровые мужчины репродуктивного возраста.

Концентрацию СТАГ в образцах эякулята определяли методом иммунодиффузии в 1% агарозном геле по Оухтерлони [8] в модификации Н.И. Храмовой и Г.И. Абелева.

После обследования больные получали лечение простатиленом [1, 2] в дозе 5 мг один раз в сутки в течение 10 дней внутримышечно. Затем пациентам было проведено повторное исследование концентрации указанного белка в сперме.

Концентрация СТАГ у здоровых мужчин составила $44,65 \pm 5,01$ мкг/мл, у больных 1-й группы — $36,23 \pm 1,25$ мкг/мл, 2-й — $36,92 \pm 5,77$ мкг/мл. В 1 и 2-й группах наблюдалась тенденция к некото-

рому снижению уровня данного протеина по сравнению с контролем, однако различия нельзя признать статистически значимыми ($P > 0,05$).

На первый взгляд, отсутствие достоверных различий между показателями 1, 2 и 3-й групп до лечения свидетельствует о том, что тестикулы в патологический процесс не вовлечены. Однако более детальный анализ результатов исследования показал, что у части из них определялся исходно сниженный уровень СТАГ — меньше величины разности среднего значения и стандартного отклонения от него в группе контроля — 21,14 мкг/мл (стандартное отклонение в нашем случае составило 23,51 мкг/мл). Исходя из выявленной закономерности, все больные 1 и 2-й групп были разделены нами на 2 подгруппы: 1А — 30 (20,3%) больных и 2А — 9 (34,6%) с исходно сниженной концентрацией указанного протеина в эякуляте, а также 1Б — 118 (79,7%) больных и 2Б — 17 (65,4%) с исходной концентрацией выше этого значения. В 1А подгруппе уровень белка был равен $13,50 \pm 0,89$ мкг/мл (P к контролю $< 0,01$), в 1Б — $41,87 \pm 1,02$ мкг/мл ($P > 0,05$), в 2А — $12,78 \pm 1,54$ мкг/мл (P к контролю $< 0,001$) и в 2Б — $49,41 \pm 7,06$ мкг/мл ($P > 0,05$).

Принято считать, что при хроническом простатите, как правило, нет глубокого поражения тестикулярной ткани. Поскольку СТАГ является маркером секреторной активности тестикул, можно предположить, что у больных 1А и 2А подгрупп имеется субклиническое угнетение функции железистой ткани данного органа, в том числе и вследствие возможного распространения воспалительного процесса с простаты на тестикулы по причине их тесной анатомической и функциональной взаимосвязи. В то же время в подгруппах 1Б и 2Б до лечения не было исходного изме-

нения концентрации данного белка по сравнению с контролем и, следовательно, отсутствовала функциональная недостаточность тестикул.

После лечения показатели в 1 и 2-й группах достоверно не изменились — соответственно $36,71 \pm 2,28$ и $29,69 \pm 2,99$ мкг/мл (P до и после лечения $> 0,05$).

На фоне инъекций простатилена у больных подгрупп 1А и 2А концентрация СТАГ в эякуляте статистически значимо повысилась и составила соответственно $30,75 \pm 3,17$ (P до и после лечения $< 0,001$) и $25,33 \pm 4,43$ мкг/мл (P до и после лечения $< 0,05$), но различие по сравнению с данными контроля все равно оставалось ($P_{1A} < 0,002$, $P_{2A} < 0,01$). В подгруппах 1Б и 2Б после терапии показатели достоверно не изменились — соответственно $39,35 \pm 2,99$ и $33,43 \pm 3,77$ мкг/мл (P до и после лечения $> 0,05$, P к контролю $> 0,05$). Если данный белок считать маркером тестикул, то повышение его концентрации в 1А и 2А подгруппах можно расценивать как следствие частичного восстановления их секреторной функции, следовательно, и уменьшения интенсивности воспалительного процесса в этом органе. По нашим наблюдениям, у этих больных эффективность терапии простатиленом тем выше, чем более выраженное снижение концентрации СТАГ исходно фиксируется в эякуляте. Вероятно, это является одним из проявлений известной закономерности: чем сильнее поражена железистая ткань, тем больше выражена потенциальная ее чувствительность к корригирующему воздействию.

Таким образом, данный диагностический тест позволяет объективно оценивать процессы, проходящие в тестикулах, выявлять нарушение их функции на ранних, субклинических стадиях, уточнять эффективность проводимой терапии. Целесообразность терапии простатиленом больных хроническим простатитом подтверждается и улучшением у них нарушенной секреторной активности тестикул. Улучшение качества диагностики даст возможность начать

терапию как можно раньше и позволит более объективно контролировать динамику состояния больного в процессе лечения. В свою очередь, это приведет к развитию меньшего количества таких осложнений, как копулятивные и репродуктивные дисфункции [4], а значит, к сохранению браков, уменьшению количества разводов и увеличению рождаемости.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бойко Н.И. Научные проблемы и перспективы./ Тез. докл. науч. конференции. — Варна, 1989.
2. Горпинченко И.И., Бойко Н.И.// Андрол., репрод. и сексол. — 1993. — № 3. — С. 4—7.
3. Евдокимов В.В., Раков С.С., Липатова Н.А. и др.//Клин. лабор. диагн. — 1995. — № 1. — С. 114—116.
4. Овсянникова Т.В.// Планирование семьи. — 1995. — № 1. — С. 24—27.
5. Петрунин Д.Д., Ткаченко О.А. Неинвазивные методы диагностики./ Тез. докл. и стенд. сообщ. — II симпозиум. — М., 1995. — С. 66—67.
6. Руководство по андрологии./ Под ред. О.Л. Тиктинского. — Л., 1990.
7. Шевченко О.П., Петрунин Д.Д., Тамарнов Ю.С.// Бюлл. экспер. биол. и мед. — 1982. — № 10. — С. 80—81.
8. Ouchterlony O., Nilsson L.-A.// Handbook of Experimental Immunology. — 1978. — Vol. 1. — P. 19.1—19.44.

Поступила 24.03.97.

DIAGNOSIS OF TESTICULAR TISSUE AFFECTION BY THE LEVEL OF SPECIFIC THERMOSTABLE ALPHA-GLYCOPROTEIN IN EJACULATE OF PATIENTS WITH CHRONIC PROSTATITIS

K.R. Galkovich, D.Yu. Sosnin,

S u m m a r y

As many as 196 men with chronic prostatitis and examined. The concentration of specific thermostable alphasglycoprotein in ejaculate is determined by Oukhterlony s immunodiffusion method. The patients are treated with prostalinen. The latent functional insufficiency of testicules that is partially normalized after therapy with prostalinen is established.