

ПОРУШЕННЯ ЕРЕКЦІЇ ПРИ ХРОНІЧНИХ ЗАПАЛЬНИХ ПРОЦЕСАХ ЧОЛОВІЧОЇ СТАТЕВОЇ СИСТЕМИ

В. І. Зайцев, А. Абу Селех

Буковинська державна медична академія

ERECTION'S DISORDERS IN CHRONIC INFLAMMATORY PROCESSES OF MALE SEXUAL SYSTEM

Abstract

For revealing of frequency and possible causes of erectile dysfunction (ED) 322 males with chronic microbial inflammatory processes of sexual system were examined. Erection's disorders of various degree were found in 39,4 % patients. Statistical analysis didn't show dependence of ED appearance upon infections invader. At the same time ED is associated with increased activity of inflammatory process, disorders of prostate function and spreading of infection upon several organs of reproductive system (in 62,2 % patients with ED comparatively with 33,8 % without ED).

Еректильна дисфункція (ЕД) визначається як нездатність мати або підтримувати ерекцію, достатню для задовільної статевої діяльності. Близько 10 % чоловіків у загальній популяції мають проблеми з ерекцією. Поширеність ЕД у чоловіків 40–50 років становить 39 %, 50–60 років — 46 %, а у віці старше 70 років — майже 70 %. Сучасні дослідження переконливо демонструють, що в основі більш ніж 50–90 % еректильних розладів лежать органічні причини, серед яких важливе місце займають хронічні запальні процеси (ХЗП) статевої системи чоловіків [3, 5, 6]. ХЗП за останні роки мають невпинну тенденцію до зростання, особливо серед чоловіків молодого віку та підлітків, викликаючи глибокі зміни в репродуктивній системі, які проявляються в тому числі й у вигляді порушення копулятивної функції [1, 3]. ЕД у таких хворих є досить поширеним розладом і важливою медико-соціальною проблемою, значно впливаючи на якість життя пацієнтів [2, 4]. У той же час питання впливу перебігу запального процесу в статевій системі на появу ЕД залишається дискусійним. Немає чітких даних про вплив різних мікроорганізмів та їх асоціацій на появу ЕД, а також її залежність від поширеності процесу.

Мета дослідження — встановити частоту ЕД у пацієнтів із ХЗП і залежність її появи від особливостей мікробного спектра уретри й простати та інших факторів.

Обстежено 322 чоловіки віком від 19 до 66 років, більшість віком 23–35 років, із підтвердженими ХЗП. Запальний процес локалізувався в уретрі, простаті, додатках яєчок у різних комбінаціях. Усі пацієнти підлягали загальноклінічному та урологічному обстеженню, трансабдомінальному та трансректальному УЗД простати, сім'яних міхурців та УЗД органів калитки. Виявлення збудників проводилося методами рутинної мікроскопії препаратів, імунофлуоресценції, засівів на специфічні середовища залежно від виду збудника, виявлення антитіл за допомогою імуноферментного аналізу.

Результати дослідження та їх обговорення

Серед обстежених пацієнтів у 127 чоловік (39,4 %) виявлено ті чи інші порушення ерекції. При мікробіологічному обстеженні уретри (проведено в 112 пацієнтів з ЕД і в 167 — без ЕД) та простати (проведено в 125 пацієнтів з ЕД та в 186 — без ЕД) найчастіше траплялися хламідії (34,8 % в уретрі та 51,8 % у простаті), коково-бацилярна флора (17,9 % та 47,3 % відповідно), трихомонада (3,2 % та 37,0 % відповідно, табл. 1). Поширеність усіх збудників у простаті в декілька разів перевищувала таку в уретрі, причому мінімальні відмінності спостерігалися відносно хламідій та гарднерел (у 1,5 рази), максимальні — відносно трихомонади (у 11,5 рази). Пояснення таким фактам ми в літературі не знайшли. Можна припустити, що саме особливості тропності трихомонад до епітелію простатичних протоків зумовлюють такий нерівномірний розподіл збудника. З іншого боку, це може бути зумовлене й тим, що трихомонади заселяють здебільшого проксимальні частини уретри, внаслідок чого аналіз, взятий із дистального відділу, часто не

Таблиця 1 — Персистенція мікрофлори в уретрі та простаті в обстежених пацієнтів							
Уретра							
	Трихомонади	Грибки роду <i>Candida</i>	Коково-бацилярна флора	Гарднерели	Уреаплазми	Мікоплазми	Хламідії
Виявлено штамів	9	2	50	55	40	22	97
%	3,2	0,7	17,9	19,7	14,3	7,9	34,8
Простата							
Виявлено штамів	115	17	147	90	103	66	161
%	37,0	5,5	47,3	28,9	33,1	21,2	51,8
Співвідношення простата/уретра	11,5	7,6	2,6	1,5	2,3	2,7	1,5
χ^2 критичний	100,93	10,64	56,94	6,75	28,25	20,61	17,28
Вірогідність відмінностей між уретрою та простатою	$p < 0,001$	$p < 0,01$	$p < 0,001$	$p < 0,01$	$p < 0,001$	$p < 0,001$	$p < 0,001$

виявляє збудника. Виходячи з отриманих даних, можна дійти до важливого практичного висновку про значне зменшення чутливості аналізу мазка з уретри (навіть сучасними методами) для виявлення хронічної інфекції статевих шляхів чоловіків. Більш детальний аналіз персистенції мікроорганізмів в уретрі обстежених пацієнтів залежно від наявності ЕД виявив відсутність статистично значимих відмінностей (табл. 2, 3). Притвертає увагу значне переважання частоти хламідій у порівнянні з іншими збудниками. З метою подальшого вивчення особливостей перебігу запального процесу на появу ЕД нами визначено вміст лейкоцитів та лецитинових зерен в аналізі секрету простати в обстежених пацієнтів (табл. 4). При порівнянні середніх значень цих показників вірогідних відмінностей не знайдено, але відсоток пацієнтів із нормальною кількістю лейкоцитів у групі з ЕД був вірогідно нижчим ($p < 0,05$), що може призводити до більш вираженого нега-

тивного впливу на нейрогуморальну складову процесу ерекції.

Певним підтвердженням цього є майже подвійне (але невірогідне) переважання частоти виражених змін функції простати, класичною (хоча і, можливо, недостатньо «науковою») ознакою чого є зменшення кількості лецитинових зерен. Виявлені кореляції змін обох показників із частотою ЕД указують на те, що й на сьогодні вони залишаються важливими загальними ознаками порушення функціонування простати.

Найбільш вагому залежність нами виявлено при аналізі поширеності запального процесу в статевій системі. За даними опиту та огляду хворого, змін при УЗД (простати, сім'яних міхурців, яєчок та їх додатків) було виявлено вірогідні відмінності між групами хворих із ЕД та без неї. У 62,2 % пацієнтів з ЕД було діагностовано комбіноване ураження статевої системи з ознаками запалення 2–3 органів на

Таблиця 2 — Видовий склад мікрофлори уретри в обстежених пацієнтів залежно від наявності еректильної дисфункції							
Пацієнти з еректильною дисфункцією							
	Трихомонади	Грибки роду <i>Candida</i>	Коково-бацилярна флора	Гарднерели	Уреаплазми	Мікоплазми	Хламідії
Виявлено штамів	3	1	18	19	17	6	37
%	2,7	0,9	16,1	17,0	15,2	5,4	33,0
Пацієнти без еректильної дисфункції							
Виявлено штамів	6	1	32	36	23	16	60
%	3,6	0,6	19,2	21,6	13,8	9,6	35,9
Усього							
Виявлено штамів	9	2	50	55	40	22	97
%	3,2	0,7	17,9	19,7	14,3	7,9	34,8

Примітка. $p > 0,05$ по усіх збудниках при порівнянні між простатою та уретрою

Таблиця 3 — Видовий склад мікрофлори простати в обстежених пацієнтів залежно від наявності еректильної дисфункції							
Пацієнти з еректильною дисфункцією							
	Трихомонади	Грибки роду <i>Candida</i>	Коково-бацилярна флора	Гарднерели	Уреаплазми	Мікоплазми	Хламідії
Виявлено штамів	45	6	59	31	44	23	57
%	36,0	4,8	47,2	24,8	35,2	18,4	45,6
Пацієнти без еректильної дисфункції							
Виявлено штамів	70	11	88	59	59	43	104
%	37,6	5,9	47,3	31,7	31,7	23,1	55,9
Усього							
Виявлено штамів	115	17	147	90	103	66	161
%	37	5,47	47,3	28,9	33,1	21,2	51,8

Примітка. $p > 0,05$ по усіх збудниках при порівнянні між простатою та уретрою

Таблиця 4 — Вміст лейкоцитів та лецитинових зерен (у полі зору) в аналізі секрету простати в обстежених пацієнтів залежно від наявності ЕД						
	Лейкоцити			Лецитинові зерна		
Пацієнти з еректильною дисфункцією						
M±m	6,29±4,76			29,24±5,39		
	Не більше 5	>5	>9	Не більше 20	Від 20 до 35	>35
N	83	13	29	18	76	31
%	66,4*	10,4	23,2	14,4	60,8	24,8
Пацієнти без еректильної дисфункції						
M±m	7,65±6,95			29,47±5,74		
N	143	15	28	14	126	46
%	76,9*	8,1	15,1	7,5	67,7	24,7

Примітка. * $p < 0,05$ при порівнянні між пацієнтами з ЕД та без неї

відміну від 33,8 % пацієнтів без ЕД ($p < 0,001$). Найчастіше спостерігалось одночасне ураження простати та додатків яєчок. При цьому типовими змінами додатків було їх збільшення, неомогенність структури, нечіткість контурів та наявність друбних кістозних утворень (діаметром від 2 до 5–6 мм). Вважаємо, що саме поширеність процесу в статевій системі є тим важливим фактором, який впливає на появу ЕД при ХЗП і в подальшому значно погіршує результати лікування хворих.

Висновки

Таким чином, проведене дослідження виявило високу частоту виникнення ЕД у пацієнтів із ХЗП чоловічої статевої системи. Нами не виявлено залежності появи ЕД від виду збудника запального процесу.

ЕД асоціюється з порушенням функціонування простати та поширеністю інфекції на декілька органів репродуктивної системи чоловіків.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Ковалев В. А., Королева С. В., Камалов А. А. Фармакотерапія еректильної дисфункції//Урол. и нефрол. — 2000. — № 1. — С. 33–38.
2. Лоран О. Б., Щеплев П. А., Несеров С. Н. Диагностика и лечение эректильной дисфункции// Урол. и нефрол. — 1998. — № 3. — С. 39–46.
3. Сексология и андрология/ Под ред. А. Ф. Возианова, И. И. Горпинченко / Н. И. Бойко, Ю. А. Борисенко, А. А. Быстров и др. — К.: Абрис, 1997. — 880 с.
4. Ухаль М. І. Сучасний стан та проблеми розвитку андрології як медичної дисципліни//Урологія. — 2000. — № 3. — С. 74–75.
5. Trub M. C, Becker A. J., Schultheiss D., Machtens S. und and. Medikamentöse Therapie der erektilen Dysfunktion//Reproduktionsmedizin. — 1999. — V. 15. — P. 212–219.
6. Tudiver F., Talbot Y. Why don't men seek help? Family physician's perspectives on help-seeking behavior//J. Fam. Pract. — 1999. — V. 48. — P. 47–52.