

КАК СВЯЗАНЫ ЭРЕКТИЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ И СИНДРОМ ХРОНИЧЕСКОЙ ТАЗОВОЙ БОЛИ

Шангичев А.В., Белоусов И.И., Коган М.И.

Кафедра урологии и репродуктивного здоровья человека с курсом детской урологии-андрологии ГБОУ ВПО РостГМУ Минздрава России, г.Ростов-на-Дону
Адрес: 344022, г. Ростов-на-Дону, пер. Нахичеванский, 29, тел. (863)2014448
Эл.почта: 2308336@aaanet.ru, belrost_dept@mail.ru, dept_kogan@mail.ru

По существующим представлениям эректильная дисфункция является одним из симптомов синдрома хронической тазовой боли (СХТБ), ассоциированной с патологией простаты. Тем не менее, нарушения эрекции не является патогномоничными для этого состояния. В работе представлены результаты оценки 249 пациентов СХТБ, полученные при заполнении анкет NIH-CPSI; I-PSS; МИЭФ-5. Отдельно показана симптоматология воспалительной и невоспалительной форм СХТБ. Выявлена частота представления боли, симптомов со стороны нижних мочевых путей, подробно представлена структура нарушений эректильной функции и ее взаимосвязи между наличием и выраженностью болевого синдрома и нарушений мочеиспускания.

Ключевые слова: синдром хронической тазовой боли, эректильная дисфункция

HOW TO LINK ERECTILE DYSFUNCTION AND CHRONIC PELVIC PAIN SYNDROME

Shangichev A.V., Belousov I.I., Kogan M.I.

Department of Urology and Human Reproductive Health with a Course of Pediatric Urology-Andrology Rostov State Medical University, Rostov-on-Don

According to existing ideas erectile dysfunction is one of the symptoms of chronic pelvic pain syndrome (CPPS) associated with prostatic pathology. However, erectile dysfunction is not pathognomonic for this state. This paper presents the results of 249 patients CPPS obtained by filling out questionnaires NIH-CPSI; I-PSS; IIEF-5. Shown separately symptomatology of inflammatory and non-inflammatory forms of CPPS. The frequency of an identified pain, symptoms of the lower urinary tract in detail the structure of erectile dysfunction and its relationship between the presence and severity of pain and urinary disorders.

Key words: chronic pelvic pain syndrome, erectile dysfunction

ВВЕДЕНИЕ

Клиническая картина синдрома хронической тазовой боли (СХТБ) характеризуется тремя ведущими симптомами: болью, нарушениями мочеиспускания и нарушениями эректильной функции [1, 2], где симптомы со стороны нижних мочевых пу-

тей (СНМП) и эректильная дисфункция (ЭД) определяются не у всех пациентов. О нарушениях эрекции при СХТБ сообщали многие отечественные и зарубежные авторы [3, 4, 5], высказывая мнение, что ЭД не является патогномоничной для этого синдрома.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Критерии включения: мужчины в возрасте 18-50 лет с установленным диагнозом СХТБ и имеющие жалобы на боли, СНМП и ЭД. Включенные в исследование не получали терапию антибактериальными препаратами и α -адреноблокаторами в течение 3 месяцев до исследования.

Критерии исключения: острые урогенитальные воспалительные процессы; инфекции, передающиеся половым путем; другие заболевания органов таза, сопровождающиеся болевым синдромом; наличие в анамнезе неврологических и сосудистых заболеваний; патология нижнегрудного, поясничного и крестцового отделов позвоночника; декомпенсированные состояния других органов и систем.

Дифференцировку пациентов на воспалительную (III А) и невоспалительную (III Б) формы СХТБ осуществляли по результатам 4-х стаканной пробы Мирса-Стеми. Оценено 125 пациентов СХТБ IIIА (1-я группа) и 124 пациента (2-я группа) СХТБ IIIБ.

Симптомы пациентов оценивали в баллах по валидным анкетам-опросникам NIH-CPSI; I-PSS; МИЭФ-5.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Главным и постоянным симптомом исследуемых является боль в тазовом регионе.

В целом, пациенты с СХТБ в 42,2% случаев испытывают практически по-

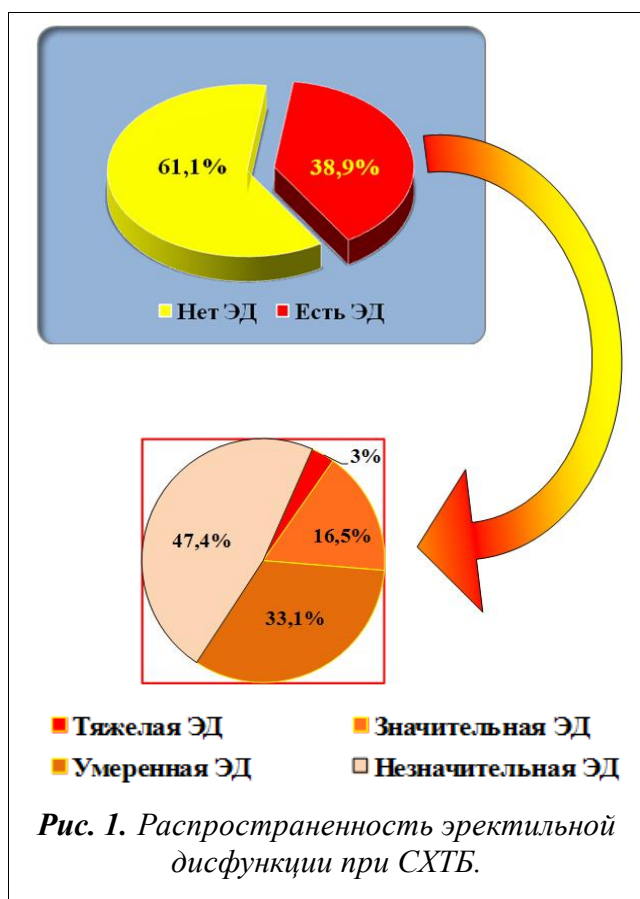
стоянный болевой синдром, в 24,1% случаев боль вызывает серьезное беспокойство пациентов. При этом треть исследуемых больных (33,7%), отмечает относительно редкие альгические проявления своего состояния.

Симптомы со стороны нижних мочевых путей, равно как и эректильная дисфункция, определяются не у всех пациентов.

Симптомны по отношению к СНМП оказались 162 пациента (65,1% от общего числа). Абсолютное большинство пациентов имели легкие (48,8%) и умеренно выраженные (42,0%) СНМП. Доля больных с выраженной симптоматикой не превысила 9,2%. До 8,0% пациентов с СНМП легкой степени выраженности отметили отсутствие влияния симптомов на качество их жизни.

Эректильная дисфункция является третьим симптомом, после боли и СНМП, наиболее часто определяемым при СХТБ. По нашим данным нарушения эректильной функции выявлены в 38,9% случаев. В целом пациенты с СХТБ отмечают различные степени ее нарушения, наиболее часто определяются легкие дисфункции, 80,5%; 17 [15; 20] баллов. Однако в 19,5% случаев выявлены тяжелые эректильные нарушения, 8 [8; 10] баллов (рис. 1).

Межгрупповой анализ нарушений эрекции показал меньшую распространенность ЭД в 1-й группе, где данный симптом встречался в 27,2% случаев против 50,8% во 2-й. Наряду с этим бо-



[13; 20] баллов и 2-я группа – 16 [12; 18] баллов (рис. 2, 3).

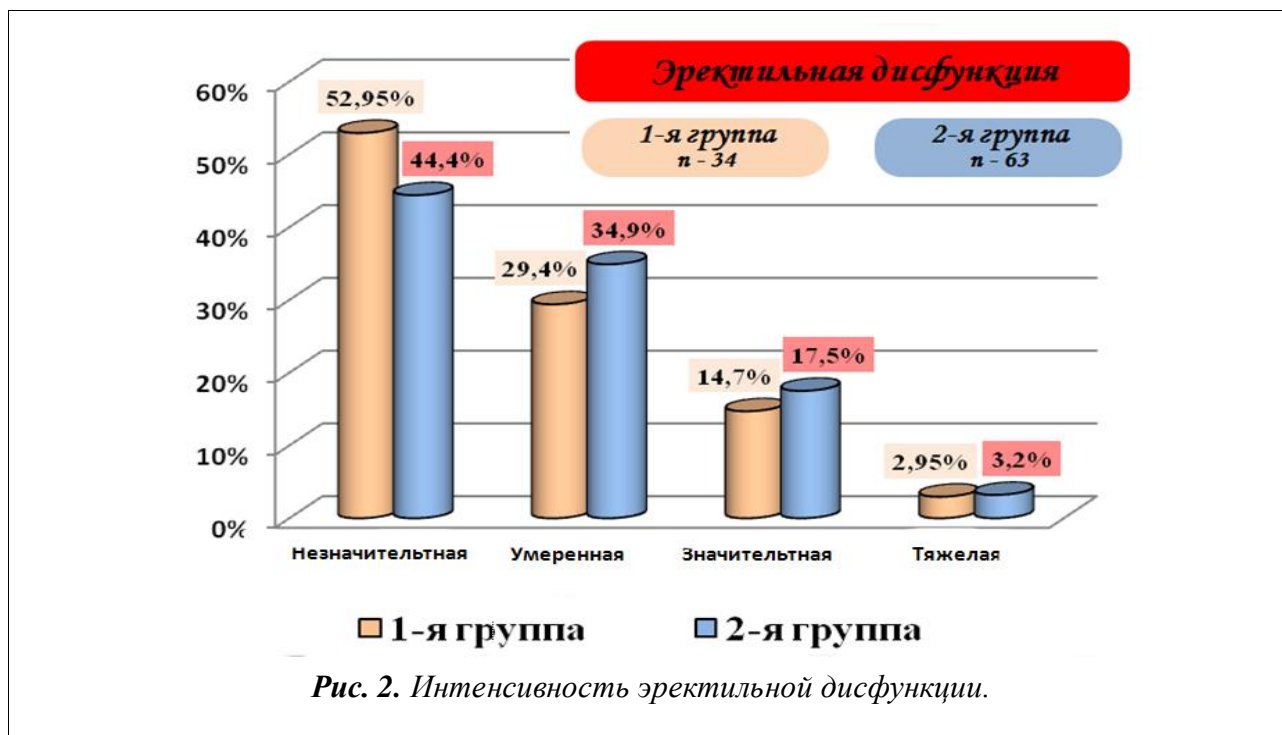
Более углубленная внутригрупповая оценка по степени тяжести ЭД показала недостоверные различия тяжелой и значительной ЭД ($p > 0,05$) и достоверные различия умеренной и незначительной ЭД ($p < 0,05$) в группах (табл. 1).

Представляет интерес поиск вероятных взаимосвязей между болью и СНМП с ЭД.

Сопоставление общих показателей боли, характеристик мочеиспускания и изменений эректильной функции показало умеренную достоверную взаимосвязь между NIH-CPSI и наличием ЭД ($r = 0,381$; $p < 0,05$) и отсутствие достоверной корреляции между наличием СНМП и патологией эректильной функции ($r = -0,055$; $p > 0,05$).

Проявления ЭД той или иной степени определены в обеих группах. Во 2-й

более интенсивные проявления ЭД зарегистрированы во 2-й группе, чему также соответствуют и значения медиан по общему баллу анкеты: 1-я группа – 17,5



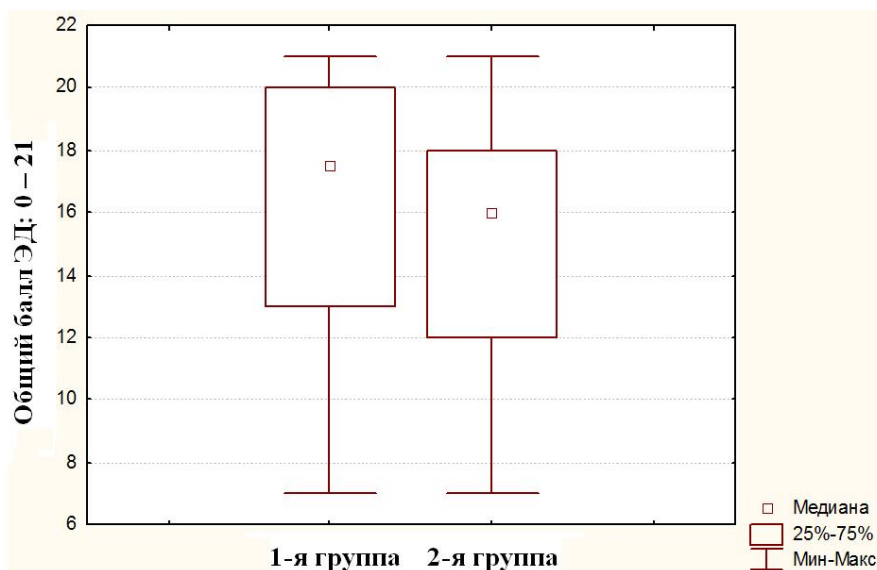


Рис. 3. Диаграмма размаха эректильной дисфункции.

Таблица 1. Степень выраженности эректильной дисфункции в группах

Группа	Всего пациентов / из них с ЭД	ЭД тяжелая	ЭД значительная	ЭД умеренная	ЭД незначи- тельная
		Me [LQ; UQ]			
1-я	125 / 34	7 [7; 7]	9 [8; 11]	15,5 [13; 16]	20 [19; 21]
2-я	124 / 63	7 [7; 7]	9 [8; 10]	14 [13; 15]	18 [17,5; 20]

Примечания: ЭД – эректильная дисфункция, Me – медиана, LQ - нижний квартиль, UQ - верхний квартиль.

группе таких пациентов было больше, чем в 1-й, на 23,6%. Установлено достоверное патологическое влияние интенсивности боли на увеличение случаев ЭД во 2-й группе, где при повышении степени боли от легкой к умеренной и тяжелой прирост пациентов с ЭД составил 11,3%, 29,8% и 19,7%. Наряду с этим в 1-й группе таковые показатели прироста составили только 10,4%, 14,4% и 2,4% (для легкой, умеренной и тяжелой боли соответственно).

Выраженность ЭД также зависела от тяжести болевого синдрома. При этом

в 1-й группе количество пациентов с умеренной и тяжелой степенью нарушения эректильной функции было ничтожно мало и не превышало 1,6% при различных степенях боли. Во 2-й группе при легкой степени боли количество таких пациентов равнялось 0,8%, но значительно увеличилось и достигло 9,7% при усилении болевого синдрома до умеренного и тяжелого.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

При СХТБ боль присутствует всегда, при этом только 42,2% пациентов отме-

чают наличие постоянного болевого синдрома и 24,1% больных сообщает об интенсивной боли. СНМП наблюдаются достаточно часто, по нашим данным до 65,1% пациентов от общего числа больных СХТБ. Доля больных с выраженными СНМП не превышает 9,2%. Нарушения ЭД определяются в 38,9% случаев и только в 19,5% случаев из них ЭД является тяжелой и значительной степеней.

Межгрупповой анализ нарушений эрекции демонстрирует меньшую распространенность ЭД при СХТБ III А в сравнении СХТБ III Б, 27,2% против 50,8% соответственно. В то же время более интенсивные проявления ЭД имеют больные СХТБ III Б. Иными словами, при СХТБ III Б эректильные

нарушения более значимы для пациентов. Нами установлена взаимосвязь между болевым синдромом и ЭД ($r=0,381$; $p<0,05$) и ее отсутствие между СНМП и ЭД ($r=-0,055$; $p>0,05$).

Влияние интенсивности боли на увеличение случаев ЭД, а также выраженности ЭД от тяжести болевого синдрома также было достоверно значимо при СХТБ IIIБ.

Таким образом, в клиническом течении СХТБ перманентным симптомом является боль. ЭД и СНМП определяются не у всех больных. В свою очередь, СНМП не имеют зависимости от наличия и выраженности ЭД, в то время как частота представления и проявления последней коррелируют с наличием и тяжестью болевого синдрома.

— ★ —

ЛИТЕРАТУРА

1. Мазо, Е.Б. Синдром хронической тазовой боли / Е.Б. Мазо, М.Е. Школьников // Consilium medicum. – 2008. – Т10, №4. – С.49–51.
2. Zamecnika, L. Statistical Analysis of Symptoms, Endoscopy and Urothelial Morphology in 58 Female Bladder Pain Syndrome / Interstitial Cystitis Patients / L. Zamecnika, T. Hanusa, I. Pavlika et al. // Urol. Int. – 2009. – Vol.83. – P.193–199.
3. Nickel J.C. Clinical evaluation of the man with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome / J.C. Nickel // Urology. – 2003. – Vol.60 (Suppl. 6A). – P.20-23.
4. Pontari, M.A. Mechanisms in prostatitis/chronic pelvic pain syndrome / M.A. Pontari, M.R. Ruggieri. // J. Urol. – 2004. – Vol.172(3). – P.839-845.
5. Shaeffer, A.J. Chronic prostatitis and chronic pelvic pain syndrome. / A.J. Shaeffer // N. Engl. J. Med. – 2006. – Vol.355. – P.1690-1698.

— ★ —