

Зміни лейкограми, імунологічних показників крові та ревмопроб при курсовому лікуванні хворих хворобою Пейроні

Ю.Н. Гурженко

Інститут урології АМН України

Авторами проведено дослідження стану лейкограми, імунологічних показників крові та ревмопроб у пацієнтів із хворобою Пейроні. Також показаний вплив курсового лікування на прикладі 99 хворих. Запропоновано новий оригінальний метод лікування хвороби Пейроні з використанням протейфлазиду, нестероїдних протизапальних препаратів та контрактубекса. Ефективність терапії хворих з використанням запропонованого методу за лабораторними показниками (зокрема, за даними лейкограми — у середньому на 11-19 %; за імунологічними показниками — на 26-39 %; за ревматологічними пробами — на 10-15 %) істотно вища традиційного методу.

Ключові слова: хвороба Пейроні, лейкограма, ревмопроби, імунологія, лікування!

За останні 10-12 років відзначається збільшення частоти звертання хворих з приводу хвороби Пейроні (ХП), що стало підставою для вивчення причин виникнення, етапності розвитку, розробки нових методів лікування та профілактики [2,3,6].

Клінічні спостереження, та попередньо проведені нами експериментальні, електрофізіологічні, морфологічні, гістохімічні, лабораторні дослідження дозволяють зробити висновок, що хвороба Пейроні — є симптомом загального захворювання організму [1, 2]. Морфологічним субстратом хвороби є ущільнення (бляшка), локалізоване у білковій оболонці статевого органу, що призводить до його скривлення при ерекції і ускладнень в статевому житті пацієнта.

При хворобі Пейроні відбувається поразка сполучної тканини, а також кровоносних судин, в наслідок порушення проникливості судинної стінки чи порушення центральних механізмів регуляції судинного тонуусу, що призводить до зміни лейкограми, імунологічних показників крові та ревмопроб [1, 2, 5, 7].

Метою даного дослідження було вивчення зміни лейкограми, імунологічних показників крові та ревмопроб при комплексному курсовому лікуванні хворих на ХП.

У відділенні сексопатології й андрології Інституту урології АМН України, була проведена оцінка зміни лейкограми, імунологічних показників крові та ревмопроб при комплексному курсовому лікуванні хворих на ХП.

Було обстежено 99 пацієнтів, що страждають на ХП з вираженим болючим синдромом. Хворі були розділені на дві групи: I (контрольна) — 70 пацієнтів, які отримували традиційне лікування (лідаза, дексаметазон ін'єкційно в бляшку, вітамін Е, лазеротерапію) [4] та II (основна) — 29 хворих, при комплексному лікуванні ХП, що включає використання імуномодуляторів (протейфлазид) [4], судинних препаратів (трентал) [4], вітамінотерапії (вітамін Е) [4], а також місцевого лікування (фонофорез нестероїдних протизапальних препаратів і контрактубекса) [4]. Було проведено два курси лікування з інтервалом у 3 місяці. Оцінка ефективності

лікування проводилася на підставі клінічних і ультрасонографічних досліджень до та після лікування через 3 і 6 місяців.

Тривалість хвороби від 3 до 72 місяців (у середньому $33 \pm 4,1$). Скривлення досягало від 30° до 60° . Порушення еректильної функції спостерігалось у 33 (47,1%) з 70 пацієнтів I групи і у 13 (44,8%) з 29 пацієнтів II групи. Статеве життя було майже неможливе в зв'язку із скривленням у 5 (7,1%) чоловіків (там, де кут складав близько 60° і більше) I групи і у 4 (6,9%) пацієнтів II групи.

Кількість бляшок — від 1 до 2. Алгічний синдром турбував 59 (84,3%) пацієнтів I групи і 25 (86,2%) хворих II групи. Відповідно по групах у 2 (2,9%) і 1 (3,4%) хворого консистенція бляшок була кісткообразною; а у 68 (97,1%) і 28 (96,6%) пацієнтів — хрящеподібною.

У хворих на ХП лейкограма до початку лікування характеризувалася (табл. 1) тенденцією до підвищення загальної кількості лейкоцитів, збільшенням відносного змісту в крові паличкоядерних, сегментоядерних нейтрофілів (НФ) і зменшенням відсотка лімфоцитів. СОЭ в 1,8 рази перевищувала контрольні показники.

Як видно з даних таблиці 1, після першого курсу терапії зменшувалася кількість у крові лейкоцитів (на 11%), сегментоядерних НФ і базофілів, що супроводжувалося збільшенням рівня лімфоцитів на 11,3%. СОЭ знизилася на 26,7%, але залишалася в 1,4 рази вище норми. Не нормалізувався відсоток паличко- і сегментоядерних НФ і лімфоцитів.

Таблиця 1.

Показники лейкограми і СОЭ у хворих на ХП після першого курсу лікування.

Показники	Здорові волонтери n =45	Контрольна група		Основная группа	
		до лікування, n =70	після лікування, n =70	до лікування, n =29	після лікування, n =29
Лейкоцити, г/л	$5,63 \pm 0,17$	$5,91 \pm 0,14$	$5,37 \pm 0,09$ $p^* < 0,001$	$5,98 \pm 0,27$	$5,25 \pm 0,15$ $p < 0,05$ $p^{**} < 0,05$
СОЭ, мм/год	$4,34 \pm 0,45$	$7,97 \pm 0,40$ $p < 0,001$	$5,84 \pm 0,25$ $p < 0,01$ $p^* < 0,001$	$8,00 \pm 0,70$ $p < 0,001$	$5,10 \pm 0,47$ $p^{**} < 0,001$
Паличкоядерні НФ, %	$1,60 \pm 0,16$	$2,54 \pm 0,19$ $p < 0,01$	$2,20 \pm 0,16$ $p < 0,05$	$2,52 \pm 0,27$ $p < 0,01$	$2,03 \pm 0,19$
Сегментоядерні НФ, %	$56,17 \pm 0,65$	$61,96 \pm 0,81$ $p < 0,001$	$59,13 \pm 0,72$ $p < 0,01$ $p^* < 0,01$	$62,76 \pm 1,14$ $p < 0,001$	$58,07 \pm 1,11$ $p^{**} < 0,01$
Еозинофіли, %	$2,31 \pm 0,27$	$2,01 \pm 0,14$	$1,96 \pm 0,13$	$2,14 \pm 0,24$	$2,00 \pm 0,21$
Лімфоцити, %	$37,23 \pm 0,57$	$30,83 \pm 0,80$ $p < 0,001$	$34,31 \pm 0,71$ $p < 0,01$ $p^* < 0,001$	$29,97 \pm 1,34$ $p < 0,001$	$35,69 \pm 1,07$ $p^{**} < 0,01$
Моноцити, %	$2,37 \pm 0,35$	$2,49 \pm 0,17$	$2,26 \pm 0,15$	$2,41 \pm 0,26$	$2,07 \pm 0,18$
Базофіли, %	$0,31 \pm 0,09$	$0,17 \pm 0,05$	$0,14 \pm 0,04$ $p < 0,05$	$0,21 \pm 0,08$	$0,14 \pm 0,06$

Примітка: p — ступінь вірогідності показників щодо контролю; p* — ступінь вірогідності показників до і після лікування в контрольній групі; p** — ступінь вірогідності показників до і після лікування в основній групі.

По завершенні першого курсу лікування кількість у лейкоцитів крові зменшилася щодо початкових показників на 12,2%, СОЭ — на 36,3%, сегментоядерних НФ — на 7,5%, що супроводжувалося підвищенням змісту

лімфоцитів на 19,1%. Контрольного рівня досягли показники СОЭ, відносна кількість сегментоядерних НФ і лімфоцитів.

Після другого курсу терапії (табл. 2) показники кількості в крові лейкоцитів, СОЭ, відсотка паличкоядерних НФ, еозинофілів, моноцитів і базофілов не відрізнялися від контролю, але рівень сегментоядерних НФ був на 6,8% більше, а лімфоцитів – на 9,3% менше, ніж у хворих контрольної групи. Після другого курсу терапії у хворих на ХП усі показники лейкограми і СОЭ нормалізувалися, за винятком кількості лейкоцитів, це було на 12,3% менше ніж до контролю.

Таблиця 2

Показники лейкограмми і СОЭ у хворих на ХП після другого курсу лікування

Показники	Здорові волонтери, n=45	Контрольна група, n =38	Основная группа, n =29
Лейкоцити, г/л	5,63±0,17	5,16±0,19	4,94±0,12 p<0,01
СОЭ, мм/год	4,34±0,45	5,20±0,47	4,48±0,33
Паличкоядерні НФ, %	1,60±0,16	2,04±0,23	1,59±0,13
Сегментоядерні НФ, %	56,17±0,65	60,00±1,35 p<0,01	57,62±1,17
Еозинофіли, %	2,31±0,27	1,84±0,16	1,86±0,18
Лімфоцити, %	37,23±0,57	33,76±1,27 p<0,01	36,62±1,15
Моноцити, %	2,37±0,35	2,24±0,25	2,17±0,23
Базофіли, %	0,31±0,09	0,12±0,06	0,17±0,07

Примітка: p — ступінь вірогідності показників щодо контролю.

До початку лікування у хворих на ХП виявлялося незначне гноблення фагоцитарної активності (ФА), хоча показники фагоцитарного індексу (ФІ), НСТ-теста відповідали нормі. Водночас, зміст у крові циркулюючих імунних комплексів (ЦК) на 79,1-85,2% перевищував контрольні величини, а рівні IgA, IgM від норми не відрізнялися (табл. 3).

Як видно з таблиці 3, істотних порушень клітинних і гуморальних факторів неспецифічної імунної відповіді і змісту в крові Ig у хворих на ХП не відзначається, за винятком підвищення сироваткових рівнів ЦК і зниження ФА. Остання нормалізувалася вже після першого курсу лікування, хоча рівень ЦК істотно не змінювався і перевищував контроль на 61,3 %.

Комплексне лікування хворих на ХП також нормалізувало імунологічні показники крові і зменшило зміст ЦК на 39,3%, унаслідок чого ЦК перевищував контрольний рівень тільки на 12,4%.

Таблиця 3.

Імунологічні показники крові хворих на ХП після першого курсу лікування

Показники	Здорові волонтери, n =45	Контрольна група		Основна група	
		до лікування, n =25	після лікування, n =25	до лікування, n =29	після лікування, n =29
Ig, г/л	3,59±0,05	3,61±0,17	3,66±0,19	3,54±0,14	3,77±0,18
Ig, г/л	1,05±0,03	1,10±0,06	1,13±0,07	1,11±0,05	1,04±0,06
IgG, г/л	17,31±0,20	17,15±0,64	17,42±0,51	16,86±0,78	17,10±0,46
Фагоцитарна активність, %	65,94±0,65	64,00±0,58 p<0,05	66,08±0,70 p*<0,05	63,69±0,62	65,97±0,38 p**<0,01
Фагоцитарний Індекс	4,74±0,05	4,88±0,15	4,76±0,10	4,95±0,13	4,71±0,05

НСТ-тест	15,23±0,48	14,92±0,72	15,17±0,69	15,83±0,84	14,79±0,62
ЦК, од.	91,09±1,70	163,10±7,85 p<0,001	146,90±6,82 p<0,001	168,70±7,37 p<0,001	102,40±3,67 p<0,01 p**<0,001 p***<0,001
Титр комплемента	0,071 ±0,002	0,089±0,008	0,084±0,007	0,086±0,009	0,067±0,003 p**<0,05

Примітка: p — ступінь вірогідності показників щодо контролю; p* — ступінь вірогідності показників до і після лікування в контрольній групі; p** — ступінь вірогідності показників до і після лікування в основній групі; p*** — ступінь вірогідності показників після лікування в контрольній і основній групах.

Результати імунограми після другого курсу терапії приведені в таблиці 4.

За даними таблиці 4, після другого курсу терапії ФА інгібувалось на 9,6%, знизився ФІ на 17,7%, НСТ-тест — на 26,2%. Крім того, щодо контролю спостерігалось зменшення сироваткових концентрацій IgA (на 12,8%) і IgC (на 36,0%). Рівень у крові ЦК залишався на 43,5% більше, ніж у контрольній групі. Водночас відбувалася нормалізація всіх досліджуваних імунологічних показників крові.

Таблиця 4.

Імунологічні показники крові хворих на ХП після другого курсу лікування

Показники	Здорові волонтери, n =45	Контрольна група, n =31	Основна група, n =29
IgA, г/л	3,59±0,05	3,13±0,14 p<0,001	3,69±0,13 p*<0,01
IgM, г/л	1,05±0,03	1,10±0,14	1,11 ±0,06
IgG, г/л	17,31±0,20	11,08±0,48 p<0,001	16,76±0,54 p*<0,001
Фагоцитарна активність, %	65,94±0,65	59,64±0,62 p<0,001	64,93±1,22 p*<0,001
Фагоцитарний індекс	4,74±0,05	3,90±0,16 p<0,001	4,89±0,16 p*<0,001
НСТ-тест	15,23±0,48	11,24±0,57 p<0,001	15,48±0,46 p*<0,01
ЦК, од.	91,09±1,70	130,70±5,61 p<0,001	99,62±2,851 p<0,01 p*<0,001
Титр комплемента	0,071±0,002	0,089±0,008 p<0,05	0,066±0,004 p*<0,01

Примітка: p — ступінь вірогідності показників щодо контролю; p* — ступінь вірогідності показників після лікування в контрольній і основній групах.

Таким чином, комплекс лікування в контрольній групі гнітить комплементарну діяльність крові і клітинну ланку імунної системи, внаслідок чого у хворих на ХП відбувається послаблення гуморального імунітету, тоді як комплекс лікування в основній групі позбавлений цих негативних проявів і ефективно знижує зміст ЦК після другого курсу лікування з використанням протезфлазіда, нестероїдних протизапальних препаратів і контрактубекса.

Звертає на себе увагу той факт, що навіть незначні імунологічні модифікації у хворих на ХП супроводжуються змінами ревматологічних характеристик крові (табл. 5).

Таблиця 5

Ревмопроби у хворих на ХП після першого курсу лікування

Показники	Здорові волонтери, n=35	Контрольна група		Основна група	
		до лікування, n=70	після лікування, n=70	до лікування, n =29	після лікування, n =29
Антистрептолізин- О , МЕ/мл	184,40±6,12	268,60±9,21 p<0,001	253,20±9,51 p<0,001	256,90±9,79 p<0,001	237,40±9,49 p<0,001
Антигіалуронідаза АЕ/мл	245,70±2,40	279,10±8,72 p<0,01	273,30±6,75 p<0,01	269,30±6,47 p<0,001	254,00±6,51
Сіаловий тест, усл. Од.	190,40±3,04	236,40±11,17 p<0,01	226,30±7,77 p<0,01	233,80±10,0 p<0,001	207,50±7,57 p<0,05 p**<0,05
Серомукоїд, усл. Од.	182,20±5,12	254,90±13,43 p<0,001	251,90±9,95 p <0,001	251,10±13,82 p<0,001	214,20±9,60 p<0,01 p***<0,05 p **<0,05

Примітка: р — ступінь вірогідності показників щодо контролю;

р* — ступінь вірогідності показників до і після лікування в контрольній групі;

р** — ступінь вірогідності показників до і після лікування в основній групі;

р*** — ступінь вірогідності показників після лікування в контрольній і основній групах

До початку лікування титр АСЛ-О перевищував контроль на 39,3-45,7%, активність антигіалуронідази — на 9,6-13,6%, сіаловий тест — на 22,8-24,2%, серомукоїд - на 37,8-39,9%.

Після першого курсу у хворих контрольної групи показники ревмопроб практично не змінювалися, тоді як у хворих основної групи відбувалася нормалізація рівня антигіалуронідази, зниження сіалового тесту і змісту в крові серомукоїда — відповідно на 11,3 і 15,0%. Титр АСЛ-О достовірних змін не випробував.

Ревматологічні характеристики крові після другого курсу лікування приведені в таблиці 6.

Дані таблиці 6 показують, що другий курс терапії також не вплинув на ревматологічні характеристики крові, що залишалися вищими контролю. У хворих основної групи рівні антигіалуронідази, сіалового тесту і серомукоїда зменшилися відповідно на 10,3, 9,1 і 12,4% і не відрізнялися від таких у контролі. Зниження титру АСЛ-О складало 12,2%, але цей показник залишався на 11,7% вищим, ніж у осіб контрольної групи.

Таблиця 6

Ревмопроби у хворих на ХП після другого курсу лікування

Показники	Здорові волонтери, n =45	Контрольна група, n =38	Основна група, n =29
Антистрептолізин-О, МЕ/мл	184,40±6,12	234,60±8,70 p<0,001	206,00±8,03 p<0,05 p*<0,05
Антигіалуронідаза, АЕ/мл	245,70±2,40	269,20±6,97 p<0,001	241,40±5,99 p*<0,01
Сіаловий тест, Ум од	190,40±3,04	209,50±4,19 p<0,001	190,50±3,78 p*<0,001

Серомуконд, Ум од	182,20±5,12	212,60±5,31 p<0,001	186,30±5,10 p*<0,001
----------------------	-------------	------------------------	-------------------------

Примітка: p — ступінь вірогідності показників щодо контролю; p* — ступінь вірогідності показників після лікування в контрольній і основній групах

Необхідно відзначити основні позитивні аспекти лікувального впливу курсу лікування хворих на ХП із використанням протезфлазіда, нестероїдних протизапальних препаратів і контрактубекса, що забезпечують клінічну ефективність терапії при ХП. Комплекс стандартного лікування (з використанням дексаметазона і лідази) гнітить активність системи комплементу і клітинну ланку кооперації кліток в імунній відповіді, внаслідок чого у хворих на ХП відбувається послаблення гуморального імунітету, тоді як використання запропонованого нами комплексу ефективно знижує зміст у крові ЦІК при нормалізації діяльності фагоцитуючих клітин крові. У хворих на ХП традиційний курс лікування гнітить діяльність фагоцитів, що супроводжується збільшенням змісту в крові ІgА, ЦІК, тоді як у клінічній групі функціональна активність НФ і рівень у крові ІgА нормалізуються при істотному зниженні сироваткового змісту ЦІК.

ВИСНОВКИ

1. Лікування з використанням запропонованого нами комплексу у хворих на ХП не тільки сприяє нормалізації імунологічних параметрів крові, але і наближує показники ревмопроб до нормальних величин.

2. Ефективність терапії хворих на ХП із використанням запропонованого методу за лабораторними показниками (зокрема за даними лейкограми в середньому на 11-19%; за імунологічними показниками — на 26-39%; по ревматологічним пробам — на 10-15%) вірогідно вище традиційного методу.

ЛІТЕРАТУРА

1. Горпінченко І.І., Гурженко Ю.Н. Морфологічна класифікація хвороби Пейроні // Дод. до журн. "Андрологія і генітальна хірургія": Тез. науч. тр. 1 Конгресу проф. Асоціації андрологів. -Кисловодськ, 2001. - С. 139-140.
2. Гурженко Ю.Н. Фібропластична індурація полового члена (хвороба Пейроні) // Доктор. -2001. - №1.- С. 38-41.
3. Клінічна сексологія й андрологія /За ред. О.Ф. Возіанова, І.І. Горпінченка. - К.: Здоров'я, 1996. -536с.
4. Компендіум 2000/2001 - лікарські препарати /Під ред. В.Н. Коваленко, А.П. Вікторова. - К.: МОРИОН, 2000. -1456 с.
5. Ройт А. Основи імунології: Пер. с англ. - М.: Світ, 1991. –327 с.
6. Сексологія й андрологія /Під ред. А.Ф. Возіанова і І.І. Горпінченко. - К.: Абрис, 1997.
7. Йегер Л. Клінічна імунологія й алергологія. - М.: Медицина: Пер. с нім., 1986. - Т. 1. – 476 с.