

УДК 616.69-008.14

И.Т. МУХАМЕДЖАН

АО «Научный центр урологии им. Б.У. Джарбусынова», г. Алматы

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМПЛЕКСНОГО ПОДХОДА В ЛЕЧЕНИИ ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Статья посвящена вопросам лечения эректильной дисфункции у пациентов с сопутствующими заболеваниями. Автор раскрывает актуальные вопросы урологии, цели и задачи исследования. В качестве исследовательской задачи автором была определена роль сопутствующей патологии в развитии эректильной дисфункции. Основное внимание в работе автор акцентирует на тесную взаимосвязь степени нарушения эрекции с тяжестью сопутствующих заболеваний. Работа имеет междисциплинарный характер, написана на стыке таких специальностей, как урология, терапия, эндокринология. На основе анализа результатов исследования, а также полученных выводов можно утверждать о положительном решении в деле укрепления здоровья населения и улучшения демографической ситуации в стране.

Ключевые слова: эректильная дисфункция, метаболический синдром, сахарный диабет, артериальная гипертензия.

Эректильная дисфункция (неспособность достигать и/или поддерживать эрекцию, достаточную для проведения полового акта) – крайне распространенная медицинская проблема, особенно среди больных сахарным диабетом. Эректильная дисфункция (ЭД) – типичное осложнение сахарного диабета, которое наряду с другими, более хорошо изученными осложнениями (диабетические микро- и макроангиопатия, полинейропатия, ретинопатия и др.) часто приводит к значительному ухудшению качества жизни пациентов, инициирует и поддерживает депрессивное состояние [1, 2, 3]. Частота ЭД при сахарном диабете достигает 50%, при этом у пациентов данной группы она развивается в значительно более молодом возрасте [4, 5]. Частота развития ЭД находится в прямой зависимости от возраста больного (чем, видимо, и объясняется ее большая распространенность среди больных сахарным диабетом 2 типа), а также от длительности заболевания. ЭД может даже стать первым проявлением сахарного диабета (СД), артериальной гипертензии (АГ) и метаболического синдрома (МС) [5, 6, 7]. Так, по данным К. Sairam et al. (2001), среди 129 пациентов, обследованных по поводу ЭД, 17% больных знали о наличии у них сахарного диабета, однако в 4,7% это заболевание было выявлено впервые. По нашим данным, среди больных, обращающихся по поводу ЭД, как единственного заболевания, сахарный диабет впервые выявляется еще чаще – более чем в 10% случаев [3, 8].

Цель исследования – оценить эффективность комплексного подхода в лечении эректильной дисфункции у пациентов с сопутствующей патологией.

Материал и методы

За период 2012-2013 годы в НЦ урологии было обследовано и пролечено 37 пациентов с эректильной дисфункцией (ЭД). В ходе углубленного обследования было выявлено, что из 37 пациентов 18 страдали артериогенной (сосудистой формой) ЭД, 19 пациентов страдали хроническими, заболеваниями осложненными ЭД (СД, МС, АГ).

В наше исследование были включены пациенты с ЭД и наличием сопутствующей патологии (метаболический синдром, сахарный диабет, ИБС), n=19.

Всем пациентам проводилось скрининговое исследование уровня общего тестостерона в утренней крови (с 8 до 10 часов), содержания общего простатического специфического антигена (ПСА), триглицеридов, холестерина и глюкозы. Допплерография сосудов полового члена с фармако-кавернозным тестом проводилась для подтверждения сосудистого генеза ЭД. В некоторых случаях проводилась КТ кавернозография с целью определения ангиоархитектоники сосудистого русла в половом

члене. Также всем пациентам измеряли систолическое и диастолическое артериальное давление (АДс и АДд, мм рт. ст.). Для определения избыточной массы тела и ожирения рассчитывали индекс массы тела (ИМТ) по формуле: масса тела (кг)/рост (м)². У мужчин с уровнем тестостерона в крови ниже референсных значений фиксировали андрогенный дефицит. Наличие пяти основных компонентов МС (АО, АГ, гипергликемии, гипертриглицеридемии и гипоальфахолестеринемии) оценивали по критериям американских экспертов Национальной образовательной программы по холестерину (NCEP-ATP III). В ходе углубленного обследования было выявлено, что из 37 пациентов 18 страдали артериогенной (сосудистой формой) ЭД, 19 пациентов страдали хроническими заболеваниями, осложненными ЭД (СД, МС, АГ).

Так же все пациенты заполняли анкеты: Международный индекс эректильной функции (МИЭФ-5) и Качество эрекции (КЭ) до лечения, на 2, 4 и 12-й неделях. Опросник КЭ определял субъективное качество эрекции по 100-балльной шкале, включал в себя 6 вопросов и выражался в процентах. Результаты анкетирования представлены в таблице 1.

Таблица 1 – Результаты оценки тяжести ЭД по данным МИЭФ-5 и КЭ

Пациенты	Степени тяжести ЭД		
	легкая	средняя	Тяжелая
Пациенты с ЭД и сопутствующей патологией, n=19	9 (47%)	8 (42%)	2 (11%)

Результаты исследования

Пациентам с ЭД и сопутствующей патологией (n=19) была проведена консультация с узкими специалистами (эндокринолог, кардиолог, терапевт), для комплексного лечения данной патологии. Ожирение I степени зарегистрировано у 48,4%, ожирение II степени – 39,7%, а ожирение III степени – 12,7%. Преобладало абдоминальное ожирение. Индекс массы тела (ИМТ) у наблюдаемых составил $33,8 \pm 0,5$ кг/м².

После консультации пациенты получали следующую консервативную терапию: на фоне тренирующего режима двигательной активности, питания по диете №6 или №9, антибактериальную, противовоспалительную терапию, ингибиторы ФДЭ-5 (левитра) в дозировке 20 мг, гормонозаместительную терапию в случае низкого уровня тестостерона (небидо), назначение дополнительного лечения

Таблица 2 – Результаты лечения пациентов с ЭД и сопутствующей патологией

Показатель	До лечения	Через 1 месяц	Через 3 месяца
Метаболический синдром, %	8 пациентов	7	4 пациента
Основные компоненты метаболического синдрома			
Окружность талии (см)	101,2±1,24	94,6±10,8	91,6±10,8
Объем бедер (см)	118,1±1,52	112,1±2,2	109,1±1,21
Абдоминальное ожирение, %	33,3	22,6	18,1
АД систолическое (мм рт. ст.)	141,2±17,7	131,7±15,9	124,8±5,4
АД диастолическое (мм рт. ст.)	90,7±11,3	84,1±12,8	82,6±1,8
Артериальная гипертензия, %	4 пациента	2 пациента	-
Триглицериды (ммМ)	3,35±0,58	2,28±0,79	1,17±0,22
Холестерин (ммМ)	7,3±0,29	6,24±0,37	5,18±0,9
Глюкоза натощак (ммМ)	6,59±0,78	5,16±0,82	4,28±0,7
Дополнительные компоненты метаболического синдрома			
Окружность талии / окружность бёдер	0,939±0,057	0,901±0,060	0,805±0,065
Индекс массы тела (кг/м ²)	33,8±5,34	28,8±4,13	26,7±3,2
Избыточная масса тела, %	84,3	77,8	64,2
Тестостерон (нМ)	1,5±2,36	4,4±1,69	7,4±1,5
Пролактин (мЕд/л)	580,5±2,36	422,2±5,8	385,8±6,5

в зависимости от сопутствующей патологии (гипотензивные, холестеринснижающие препараты, инсулин).

Лечение у пациентов в стационаре составило 10 дней, продолжительность амбулаторного лечения и период наблюдения составили до 3-х месяцев. Результаты проведенного лечения пациентов с ЭД, связанной с сопутствующей патологией, представлены в таблице 2.

Обсуждение

Как видно из таблицы 2, после лечения произошло снижение уровня липидов и триглицеридов, уровень тестостерона и пролактина приблизился к нормальным величинам. Улучшилась эректильная функция, что подтвердилось тестированием по шкале МИЭФ-5. Улучшилось общее самочувствие, снизилась утомляемость. Болезненность простаты при пальпации уменьшилась. У большинства больных отсутствовали такие симптомы, как общая слабость, головная боль, раздраженность, нарушение сна, снижение работоспособности, повышение веса, нарушение мочеиспускания. Так, по результатам проведенного лечения у 15 пациентов (79%) от общего количества пролеченных больных качество эрекции улучшилось, отмечался прирост баллов по шкале МИЭФ-5 в среднем до 7-8, улучшилось качество и количество спонтанных и утренних эрекции у 18 пациентов (95%). Так же в 89% (17 пациентов) отмечалось улучшение качества жизни мужчин по шкале QoL. По показателям метаболического синдрома также была отмечена положительная динамика: уменьшение окружности талии до 10 см в течение 3-х месяцев в 79% случаях, абдоминальное ожирение уменьшилось на 15%, уровень тестостерона увеличился у всех пациентов (100%) в среднем в 4,5-5 раз и достиг нормальных показателей, тогда как уровень пролактина снизился в среднем до 380 (мЕд/л), что было верхним порогом нормы.

Выводы

Таким образом, предлагаемый способ дает возможность восстановительного лечения больных с эректильной дисфункцией при метаболическом синдроме с междисциплинарным подходом к этой проблеме. Комплексный подход в выборе лечения эректильной дисфункции способствует ослаблению проявления метаболического синдрома, повышению уровня тестостерона, нормализации липидного обмена и улучшению эректильной функции, повышая тем самым качество жизни пациентов и способствуя нормализации демографической ситуации в стране.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Верткин А.Л., Лоран О.Б., Тополянский А.В., Носовицкий П.Б., Жиленко В.В. Эректильная дисфункция у кардиологических и терапевтических пациентов // РМЖ. – 2002. – Т. 10, №28
- 2 Пушкарь Д.Ю., Верткин А.Л. Эректильная дисфункция: кардиологические аспекты. – М.: «МЕДпресс-информ», 2005. – 145 с.
- 3 Пушкарь Д.Ю., Тевлин К.П., Сидоров Д.Б., Пуутиловский М.А. Эректильная дисфункция: принципы диагностики и новое в медикаментозном лечении // Фарматека. – 2002. – №10. – С. 61–68
- 4 Щеплев П.А., Семин Б.А. Фармакотерапия эректильной дисфункции // Андрология и генитальная хирургия. – 2001. – №1. – С. 11–15
- 5 Bai W.J. et al. Therapeutic choices of penile erectile dysfunction // Zhonghua Nan Ke Xue. – 2002. – V. 8(5). – P. 332–334
- 6 Boyle C.D., Xu R., Asberom T. et al. Optimization of purine based PDE1/PDE5 inhibitors to a potent and selective PDE5 inhibitor for the treatment of male ED // Bioorg. Med. Chem. Lett. – 2005. – V. 15(9). – P. 2365–2369
- 7 Dmitriev D.G., Gamidov S.I., Mazo E.B., Ovchinnikov R.I. A new approach to raising the efficiency of drug therapy for erectile dysfunction // Ter. Arkh. – 2002. – V. 74 (10). – P. 75–77
- 8 Doggrell S.A. Comparison of clinical trials with sildenafil, vardenafil and tadalafil in erectile dysfunction // Expert Opin. Pharmacother. – 2005. – V. 6(1). – P. 75–84

Т Ъ Ж Ы Р Ы М

І.Т. МҰХАМЕДЖАН

Б.О. Жарбосынов атындағы урология ғылыми орталығы, Алматы қ.

ІЛЕСПЕЛІ АУРУЛАРЫ МЕН ЭРЕКТИЛДІ ДИСФУНКЦИЯСЫ БАР НАУҚАСТАРДЫ ЕМДЕУДЕГІ КЕШЕНДІ КӨЗ ҚАРАСТЫҢ ТИІМДІЛІГІ

Эректилді дисфункция (жыныстық қатынасқа жеткілікті эрекцияға жету немесе/және оны сақтау қабілет) – өте жиі кездесетін медициналық жәйт, әсіресе қант диабетімен сырқаттанатын науқастарда кездеседі.

Зерттеу мақсаты – ілеспелі аурулары мен эректилді дисфункциясы бар науқастарды емдеудегі кешенді көзқарастың тиімділігін анықтау

Біздің зерттеуге ілеспелі аурулары (метаболикалық

синдром, кант диабеті, ЖИА) мен эректілді дисфункциясы бар 19 науқас кірді.

Кеңес алғаннан кейін, науқастар келесі ем қабылдады: жаттығушы режиміндегі қозғалғыш белсенділік, №6 немесе №9 емдәмі бойынша тамақтану, антибактериалді ем, қабынуға қарсы терапия, ФДЭ-5 тежеуіштері (левитра) 20 мг, тестостеронның төмен деңгейі кезінде гормоналмастырушы терапия (небидо), ілеспелі ауруларына байланысты қосымша ем (гипотензивті, холестерин төмендететін препараттар, инсулин).

Эректілді дисфункцияны емдеудегі кешенді көзқарас метаболикалық синдромның көріністерін азайтып, тестостерон деңгейін жоғарлатып, май алмасуын қалыптандырып эректілді функциясын жақсартады, ал осының бәрі, науқастардың өмір сүру сапасын жоғарлатып, мемлекеттің демографиялық жағдайын жақсартады.

Негізі сөздер: эрекцияның бұзылысы, метаболалық синдром, кант диабеті, артериалдық гипертензия.

SUMMARY

I.T. MUKHAMEDZHAN

Scientific center of Urology n.a. B.U. Dzharbussynov, Almaty c.

EVALUATING THE EFFECTIVENESS OF AN INTEGRATED APPROACH IN THE TREATMENT OF ERECTILE DYSFUNCTION IN PATIENTS WITH CONCOMITANT DISEASES

Erectile dysfunction (inability to achieve and / or maintain an erection sufficient for sexual intercourse) – an extremely

common medical problem, particularly among patients with diabetes.

The purpose of the study, to evaluate the effectiveness of an integrated approach in the treatment of erectile dysfunction in patients with concomitant diseases.

Our study included patients with ED and the presence of comorbidities (metabolic syndrome, diabetes mellitus, ischemic heart disease), n = 19.

After the consultation, patients received conservative therapy following: against coaching regime physical activity, dietary number 6 or 9, antibacterial, anti-inflammatory therapy, PDE-5 inhibitors (Levitra), at a dosage of 20 mg, hormone replacement therapy in the case of low testosterone (Nebido), the appointment of an additional treatment depending on comorbidities (antihypertensive, cholesterol lowering drugs, insulin).

An integrated approach in the choice of treatment for erectile dysfunction contributes to the weakening of the metabolic syndrome, higher levels of testosterone, the normalization of lipid metabolism and improve erectile function, thereby increasing the quality of life of patients and contributing to the normalization of the demographic situation in the country.

Key words: erectile dysfunction, metabolic syndrome, diabetes mellitus, arterial hypertension.

Рецензент: зав. отделением РПУ Научного центра урологии им. Б.У. Джарбусынова, д.м.н., профессор С.М. Кусымжанов.

УДК 616.643- 002-089.84

М.К. АЛЧИНБАЕВ, Н.М. КАДЫРБЕКОВ, А.К. БУЙРАШЕВ, А.А. МУРАВЬЕВ

АО «Научный центр урологии имени Б.У. Джарбусынова», г. Алматы

ВОЗМОЖНОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ УРЕТРОГРАФИИ В ОПРЕДЕЛЕНИИ ХАРАКТЕРА СТРИКТУРЫ УРЕТРЫ РАЗЛИЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ

Второй по частоте причиной обструктивных нарушений мочеиспускания у мужчин после заболеваний простаты является стриктура уретры. Традиционная рентгенологическая диагностика, направленная на уточнение локализации, протяженности, проходимости стриктур уретры, в настоящее время не является достаточной для определения лечебной тактики. Мы изучали возможности эхоуретрографии с применением современных ультразвуковых технологий при оценке характера стриктуры уретры.

Ключевые слова: ультразвуковое исследование, стриктура уретры, эхоуретрография.

В последние годы, благодаря совершенствованию эндоскопической и лазерной техники, возможности трансуретральной хирургии в лечении стриктур уретры существенно расширились [1]. Дооперационная оценка изменений уретры и периуретральных тканей является одним из основных факторов, определяющих выбор метода лечения и прогноза исхода заболевания [2, 3]. Использование традиционных рентгенологических методов исследования, направленных на уточнение локализации, протяженности и “проходимости” стриктур, сегодня считается недостаточным для определения оперативной тактики [4, 5, 6]. Ультразвуковые технологии открывают новые перспективы в диагностике стриктур уретры.

Цель исследования – определение возможностей ультразвукового метода исследования при стриктурах уретры в плане выбора метода их хирургического лечения.

Материал и методы

52 больным с рецидивными и осложненными стриктурами передней (11) и задней (41) уретры разной этиологии в составе комплексного урологического обследования

выполняли клинко-лабораторные, микробиологические исследования, урофлоуметрию, ретроградную и микционную уретрографию. У 5 больных с облитерацией уретры использовали встречную уретрографию. Всем больным проведено эхографическое исследование с использованием высокочастотных датчиков различной частоты на современных сканерах: “Logiq” (GE) и “Sonoline G60” (Siemens). Завершающим этапом диагностики являлась уретроскопия. В ходе уретроскопии визуально оценивали степень сужения и характер васкуляризации слизистой уретры. Кроме того, у 4 больных в ходе уретроскопии исследовали направление и глубину “ложных ходов”. Материалы интраоперационной биопсии подвергали гистоморфологическому исследованию. Урофлоуметрия являлась первым этапом диагностики инфравезикальной обструкции у больных с сохраненным мочеиспусканием. Рутинную ретроградную уретроцистографию выполняли всем больным. Для диагностики изменений задней уретры рентгенологическое исследование дополняли микционной цистоуретрографией.