

УДК 616.65-006-008.14

СЕКСУАЛЬНЫЕ ДИСФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИЕЙ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Б.Р. Ураимов, Ж.С. Мамбетов, Д.Р. Оморов, Н.Р. Насыров

Приведены данные клинико-лабораторной оценки доброкачественной гиперплазии предстательной железы у больных с эректильной дисфункцией.

Ключевые слова: доброкачественная гиперплазия предстательной железы; эректильная дисфункция; возрастной гипогонадизм.

SEXUAL DYSFUNCTION IN PATIENTS BENIGN PROSTATIC HYPERPLASIA

B.R. Uraimov, Zh.S. Mambetov, D.R. Omorov, N.R. NasYROV

The paper presents clinical and laboratory evaluation of patients with benign prostatic hyperplasia, erectile dysfunction.

Keywords: benign prostatic hyperplasia; erectile dysfunction; hypogonadism age.

Введение. В лечении доброкачественной гиперплазии предстательной железы (ДГПЖ) большинство урологов акцентируют внимание на улучшении или восстановлении акта мочеиспускания, не учитывая, что сексуальные нарушения до и после операции могут прогрессировать, причиняя серьезные психоэмоциональные проблемы больным [1].

Анализ литературных данных показал, что во многих работах констатируется только сам факт наличия копулятивной дисфункции при ДГПЖ, но структурный анализ и коррелятивная связь с возрастным дефицитом андрогенов отсутствует, что делает невозможным дифференцированный подход в лечении различных форм данного осложнения. Поэтому весьма актуальным являются поиск и применение информативных методов диагностики и терапии копулятивной дисфункции, направленных на улучшение результатов лечения. Эти обстоятельства явились основанием для выполнения данного исследования [2, 3].

Цель работы – проведение структурного анализа сексуальных дисфункций у больных с ДГПЖ и определение коррелятивной связи с возрастным дефицитом андрогенов.

Материал и методы исследования. Проведен структурный анализ историй болезней 97 больных с ДГПЖ различной степени выраженностью сексуальных расстройств. Возраст пациентов колебался в интервале $58,6 \pm 4,4$ года. При

этом ДГПЖ I стадии наблюдалась в 79 случаях (61 %), II стадии – в 51 случае (39 %). Все больные заполняли опросник Международного индекса эректильных дисфункций (МИЭФ), сексуальную формулу мужчин (СФМ). Оценен характер половой конституции (ХПК), генотипический индекс половой конституции (Кг) и трохантерный индекс половой конституции.

Результаты и обсуждение. Пациенты разделены на три клинические группы. Больные с копулятивными дисфункциями рассмотрены нами в зависимости от срока их проявления в послеоперационном периоде (таблица 1).

Первую группу составили лица от 50 до 55 лет (32,0 %). Их обращаемость была связана с развитием синдрома ожидания потери половой функции, связанной с установлением диагноза ДГПЖ. В этой группе была отмечена низкая обращаемость пациентов в лечебные учреждения.

Вторую группу составляли пациенты в возрасте от 56 до 60 лет (50,5 %). Данная группа соответствовала периоду снижения сексуальной активности половых гармонов, а любая неудача при половой жизни у мужчин проявлялась яркой психоэмоциональной реакцией. Обращаемость за медицинской помощью соответствовала прогрессированию сексуальной дисфункции.

Третью группу составили лица в возрасте от 61 до 65 лет (17,5 %), соответствующие периоду сексуальной дисгармонии. В этой группе больных

Таблица 1 – Сроки клинических проявлений копулятивной дисфункции у больных, ДГПЖ (n = 97)

Сроки	Абс. число, n	%
От 6 мес. до 1 года	4	4,1
От 1 до 3 лет	12	12,5
От 4 до 6 лет	21	21,6
От 7 до 9 лет	43	44,3
Более 10 лет	17	17,5
Всего	97	100,0

Таблица 2 – Симптоматика копулятивных дисфункций у больных с ДГПЖ (n = 97)

Характер семиотики половой потенции	Абс. число, n	%
Снижение половых влечений	27	27,8
Вялость эрекции	38	39,2
Ускорение эякуляции	20	20,6
Слабость оргазма	12	12,4
Всего	97	100,0

была отмечена высокая обращаемость за медицинской помощью.

Оценка жалоб больных с копулятивной дисфункцией при ДГПЖ, рассмотрена в зависимости от их характера (таблица 2).

Изучение жалоб и анамнеза больных показало, что у 27,8 % пациентов имелось расстройство потенции, которое, в свою очередь, проявлялось вялостью или отсутствием адекватной эрекции (39,2 %), ускоренным семяизвержением (20,6 %) и слабостью оргазма (12,4 %). Это свидетельствовало о возникновении различных вариантов и клинических проявлений сексологических нарушений у больных вследствие воспалительного процесса в предстательной железе и семенных пузырьках, а также у больных, перенесших пластические операции на уретре.

Наряду с этим, нами был подвергнут анализу характер половой конституции, трохантерный и генотипический индексы в зависимости от тяжести сексуального расстройства (таблица 3).

У больных с фолликулярной формой простатита в 52,6 % случаев отмечен ослабленный вариант средней половой конституции (генотипический индекс Кг = $(4,5 \pm 0,8)$), с паренхиматозным простатитом в 29,9 % случаев отмечена слабая половая конституция (генотипический индекс Кг = $(4,0 \pm 1,2)$), а при катаральной форме простатита в 17,5 % наблюдениях выявлена средняя половая конституция (Кг колебался в пределах нормы – $(5,2 \pm 0,6)$). При сопоставлении показателей в за-

висимости от формы простатита достоверных различий не обнаружено. Следовательно, полученные данные дают основание считать, что ослабление половой функции не зависит от тяжести деструктивного процесса в предстательной железе. Средняя величина трохантерного индекса колебалась в пределах нормы и различия его между формами простатита были не достоверны ($P > 0,05$).

Нами также были оценены характер и тяжесть сексуальных расстройств у обследуемой группы больных. Полученные результаты структурного анализа половых расстройств представлены в таблице 4.

Нейрогуморальная форма нарушений составила 11,3 %. Она характеризовалась эмоциональной подавленностью, нарушением потенции, проявляющейся слабостью полового влечения, вялостью и отсутствием адекватной реакции перед половым актом, его укороченностью, редкостью и слабостью. Данная форма сексуальных нарушений характеризовалась снижением содержания тестостерона в организме. Наряду с андрогенной

Таблица 3 – Характер половой конституции, трохантерного и генотипического индексов у больных с ДГПЖ (n = 97)

Показатели	Степень сексуальных нарушений		
	легкий M1 ± m1	средний M2 ± m2	тяжелый M3 ± m3
Характер половой конституции (ХПК)	Средний	Ослабленный средний	Слабый средний
Генотипический индекс половой конституции (Кг)	$5,2 \pm 0,6$	$4,5 \pm 0,8$	$4,0 \pm 1,2$
$M1 - M2 > 0,05$ $M2 - M3 > 0,05$			
Трохантерный индекс половой конституции	$1,8 \pm 0,4$	$1,9 \pm 0,3$	$2,1 \pm 0,2$
$M1 \pm M2 > 0,05$ $M1 \pm M3 > 0,05$			
Всего	17	51	29

Таблица 4 – Структурный анализ половых расстройств у больных с ДГПЖ (n = 97)

Форма нарушений копулятивного цикла	Всего больных	
	абс. число, n	%
Нейрогуморальная	11	11,3
Психическая	39	40,2
Эрекционная	25	25,8
Эякуляторная	14	14,4
Сочетанная	8	8,2
Всего	97	100,0

недостаточностью отмечено снижение уровня половой активности ($91,96 \pm 0,33$) и полового темперамента ($2,28 \pm 0,27$).

Показатели исследований СФМ у больных указывали на их снижение: I (1,5 баллов), II (2,8 баллов), V (1,8 баллов), IX (1,7 баллов).

Клинически это характеризовалось в виде снижения либидо, половой предприимчивости, частоты половых актов, что характерно для нейрогормональных нарушений. Для данного вида изменений была характерна андрогенная недостаточность организма у обследуемых, о чем свидетельствуют полученные результаты исследований уровня тестостерона в сыворотке крови у больных.

Психическая форма составила 40,2 % и характеризовалась расстройством потенции, проявляющейся угнетенным состоянием перед половым актом (страх неудачи), слабостью эрекции, слабостью разрядки половых напряжений (оргазма) и психострессовой реакцией половой партнерши на половой акт. При психической форме также отмечалась связь между уровнем половой активности и полового темперамента.

При данной форме копулятивной дисфункции снижения температуры ($35,3 \pm 0,8$ °C) и тонометрических данных ($23,4 \pm 0,57$ мм рт. ст.) полового члена не отмечено, но наблюдалось снижение следующих показателей СФМ: II (1,7 баллов), III (2,5 баллов), V (2,7 баллов), VIII (1,8 баллов), IX (1,5 баллов), особенно II и VIII показателей. Клинически это состояние характеризовалось различной выраженностью симптомов ожидания половой неудачи, которая зависела от возраста больных. Так, для мужчин от 50 до 60 лет это состояние сопровождалось выраженной психомоторной реакцией половых партнерш с последующим развитием угнетенно-депрессивного состояния перед половым актом.

Эрекционная форма нарушений (25,8 %) характеризовалась угнетением потенции, коротким половым актом, вялостью эрекции, нарушением оргазма, сопровождалось конфликтами между половыми партнерами.

При расстройствах эрекционной составляющей показатель Kг соответствовал норме ($4,28 \pm 0,61$), но отмечено снижение уровня половой активности Ka ($2,85 \pm 0,35$).

При этом наблюдалось снижение шкалы СФМ: II (2,5 баллов), V (1,6 баллов), VI (2,2 баллов), VIII (2 баллов), IX (1,6 баллов), особенно отмечено снижение показателей V, VIII, IX шкал.

Данная форма дисфункции встречалась у пациентов в возрасте старше 60 лет, при длительности заболевания более 10 лет.

Эякуляторная форма нарушений (14,4 %) проявлялась снижением потенции, ускорением семяиз-

вержения и оргазма, частыми конфликтами на почве сексуального нарушения у половых партнеров.

Причиной нарушения эякуляторной функции являлось снижение функции репродуктивных желез, связанных с возрастным снижением тестостерона в организме больных. Показатели Kг и Ka существенно не изменялись и составили, соответственно, $4,56 \pm 0,32$ и $4,2 \pm 0,4$. Средние показатели топометрических и термометрических исследований составили $19,7 \pm 0,3$ мм рт. ст. и $22,7 \pm 0,2$ °C. При этом отмечено снижение показателей СФМ: II (2 балла), VI (2 балла), VII (2,1 баллов), IX (2,2 баллов), особенно VI, VII и IX шкал.

У 8,2 % случаев отмечено сочетание психической и эрекционной дисфункций, которое клинически проявлялось снижением потенции, страхом перед коитусом, коротким половым актом и оргазмом. При этом показатель полового темперамента был в пределах нормы ($4,25 \pm 8,61$), а уровень половой активности был значительно понижен ($2,87 \pm 0,35$).

Следует отметить, что при сочетанной психической и эрекционной форме клинически заболевание проявлялось выраженным нарушением копулятивной дисфункции. Об этом свидетельствовали показатели тонометрии – $17,9 \pm 0,3$ мм рт. ст. и термометрии полового члена – $21,3 \pm 0,2$ °C.

Показатели СФМ составили: II (1,6), V (2,2), VIII (1,8), IX (1,9), особенно показатели шкал II, VIII, IX.

Данная форма нарушений преобладала у лиц в возрасте от 55 до 60 лет при давности заболевания от 5 месяцев до 7 лет.

Таким образом, нарушение копулятивной функции у больных с ДГПЖ связано со снижением функциональной активности репродуктивных желез вследствие нарушения гемодинамики в малом тазу и половых органах, а также возникновением возрастного гормонального дисбаланса в организме.

Литература

1. Лоран О.Б. Диагностика и лечение эректильной дисфункции / О.Б. Лоран, П.А. Щеплев, С.Н. Нестеров // Урология и нефрология. 1998. № 3. С. 39–46.
2. Алчинбаев М.К. Применение препарата Импаза в лечении эректильной дисфункции у пациентов с ДГПЖ: методические рекомендации / М.К. Алчинбаев, Т.Э. Хусаинов, А.К. Абсиметов и др. Астана, 2009. 38 с.
3. Вишневский Е.Л. Влияние силденафила (Виагры) на расстройства мочеиспускания у больных доброкачественной гиперплазией простаты (экспериментально-клиническое исследование) / Е.Л. Вишневский и др. // Клиническая фармакология и терапия. М.: ФармаПресс, 2006. Т. 15. № 1. С. 46–51.