



общей клетки.
Полученные патоморфологические данные позволяет сделать вывод, что больным с сохраненной до операции копулятивной функцией нежелательна превентивная вазорезекция, приводящая к сексуальным нарушениям у оперированных больных.

Литература

1. Аль-Шукри С.Х., Корнесв И.А. Сексуальная функция у мужчин с сопутствующими урологическими заболеваниями // Урология - 2005. - №3. - С. 18- 21.
2. Базасв В.В. Пути улучшения результатов лечения больных аденомой предстательной железы:

3. Автореф. дис. ... докт.мед.наук: 14.00.40.- М., 1999. - 41 с.
3. Гориловский Л.М. Заболевания предстательной железы в пожилом возрасте. - М.: Медицина, 1999.- 120 с.
4. Горюнов В.Г., Давыдов М.И. Сексуальная ре-адаптация после оперативного лечения доброкачественной гиперплазии простаты // Урология. - 1997.- №1.- С 20-24.
5. Камалов А.А., Гушин Б.Л., Дорофесв С.Д. Современные аспекты оперативного лечения доброкачественной гиперплазией предстательной железы // Урология. - 2004.- №1.- С. 30-34.
6. Пушкарь Д.Ю., Раснер П.И. Современный алгоритм обследования и лечения больных аденомой предстательной железы // Урология. - 2007. - №3. - С. 87-94.

ХАРАКТЕР СЕКСУАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИЕЙ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Насыров Н.

Республиканский научный центр урологии при Национальном госпитале Министерства здравоохранения Кыргызской Республики

Резюме: В статье даны структурные анализы 97 больных с различной степенью выраженности сексуальных расстройств у больных с ДГПЖ, на основе изучения гонадной функции.
Ключевые слова: Доброкачественная гиперплазия предстательной железы, сексуальные расстройства, тестостерон.

Корутунду: Статъяда - 97 бейтапка гонаддык функциянын негизинде, эркек жыныс безинин гиперплазиясы бар, ар кандай даражадагы сексуалдык бузулуштарына, структуралык аныктамалар бериглен.
Өзөктүү сөздөр: Эркек жыныс безинин гиперплазиясы, сексуалдык бузулуштар, тестостерон.

Resume: In this article presented data of structural analyses of 97 patients with BPH with different expression of sexual disorders, research was based on gonade function.
Keywords: BPH (bening prostate hypertrophy), sexual disorders testosterone.

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, тем самым причиняя серьезное психоэмоциональное напряжение больным [1,3].

Анализ литературных данных показал, что во многих работах лишь констатируется только сам факт наличия копулятивной дисфункции при ДГПЖ, но структурный анализ копулятивной

дисфункции и его коррелятивная связь с возрастным дефицитом андрогенов отсутствует, что делает невозможным дифференцированный подход в лечении различных форм этого осложнения [2,4].

Поэтому весьма актуальными являются поиск и применение информативных методов диагностики и терапии подобного страдания, направленное на улучшение результата лечения. Эти обстоятельства и явились основанием выполнения данного исследования.

Цель работы. Провести структурный анализ

сексуальной дисфункции у больных с ДГПЖ и ее коррелятивную связь с возрастным дефицитом андрогенов.

Материал и методы исследования. Проведен структурный анализ 97 больных с различной степенью выраженности сексуальных расстройств с ДГПЖ. Возраст больных в среднем колебался около 58,6±4,4 года. При этом ДГПЖ 1 стадии страдали - 46 (47,4%) больных, а 2 стадии составляли - 51 (52,6%) пациентов.

Все больные заполняли опросник - Международный индекс эректильной дисфункции (МИЭФ), сексуальной формулы мужчин (СФМ), даны оценки характера половой конституции (ХПК), генотипический индекс половой конституции (Кг) и трохантерный индекс половой конституции.

Результаты и обсуждение. В связи с этим, больные с копулятивными дисфункциями рассмотрены нами в зависимости от срока их проявления в послеоперационном периоде (табл.1).

Первую возрастную группу составили лица от 50 до 55 лет - 17,5% и их обращаемость была связана с развитием синдрома ожидания потери половой функции, связанной с установлением диагноза ДГПЖ, и в этой группе отмечалась низкая обращаемость в сравнении с другими группами. Вторая группа - возраст от 56 до 60 лет - 32,0%, соответствующая периоду снижения сексуальной активности половых партнеров, любая неудача при половой жизни у мужчин проявлялась яркой психо-эмоциональной реакцией, которая усугублялась недовольством со стороны половых партнеров. Обращаемость за медицинской помощью в основном в связи с прогрессированием сексуальной дисфункции. Третью группу составили лица в возрасте от 61 до 65 лет, соответствующие периоду сексуальной дисгармонии. В этой группе больных отмечена высокая обращаемость за медицинской помощью (50,5%).

Таблица 1

Сроки клинических проявлений копулятивной дисфункции у больных, ДГПЖ (n-97)

Сроки	Абс. число	%
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

Представляло интерес выяснение жалоб больных с копулятивной дисфункцией при ДГПЖ, и они рассмотрены нами в зависимости от их характера (табл.2).

Таблица 2

Характер семиотики копулятивной дисфункции у больных ДГПЖ (n-97)



Изучение сексологических жалоб и анамнеза больных показали, что у 27,8% пациентов имелись жалобы на расстройство потенции, которое в свою очередь проявлялось вялостью или отсутствием адекватной эрекции (39,2%), ускоренным семяизвержением (20,6%) и слабостью разрядки полового напряжения (оргазма) - у 12,4%, что свидетельствовало о возникновении различного варианта и клинического про-

явления сексологических нарушений у больных, перенесших операции по поводу стриктуры уретры, вследствие воспалительного процесса в предстательной железе и семенного пузырька.

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

Таблица 3

Характер половой конституции, трохантерного и генотипического индекса 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±0,3	4,5±0,7	3,8±0,2
	M1-M2>0,05	M2-M3<0,05	
Трохантерный индекс половой конституции	1,8±0,6	1,9±0,2	2,3±0,8
	M1+M2>0,05	M1+M3>0,05	
Всего	17	51	29

У большинства больных средней выраженности сексуального расстройства - 51 (52,6%) отмечен ослабленный вариант средней половой конституции (генотипический индекс Кг = 4,5±0,8), с тяжелой степени - 29 (29,9%) слабой половой конституции (генотипический индекс Кг = 4,0±1,2), а легкой степени полового расстройства (17,5%) соответствовал средней половой конституции и Кг колебался в пределах нормы (5,2±0,6). При сопоставлении показате-

лей в легкой и тяжелой степени отмечены достоверные различия (p<0,05). Средняя величина трохантерного индекса колебалась в пределах нормы и различия его между тяжести полового расстройства были не достоверны (p>0,05).

Нам предоставлялось также важным выяснить характер и тяжесть сексуальных расстройств у обследуемой нами группы больных, полученные результаты структурного анализа половых расстройств представлены в таблице 4.

Таблица 4

Структурный анализ половых расстройств у больных с ДГПЖ (n- 97)

Характер нарушений Копулятивного цикла	Всего больных	
	Абс. число	%
Нейрогуморальная	31	31,9
Психическая	27	27,8
Эрекционная	25	25,8
Эякуляторная	9	9,3
Сочетанная	5	5,2
Всего	97	100,0



Нейрогуморальная форма нарушений составила 31,9 %. Она характеризовалась эмоциональной подавленностью, нарушением потенции, проявляющейся в слабости полового влечения, вялости и отсутствием адекватной реакции перед половым актом, его укорочении, редкостью и слабостью. Данная форма сексуальных нарушений характеризовалась снижением содержанием тестостерона в организме. Наряду с андрогенной недостаточностью у этих больных 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 проявлялось снижением либидо, половой предприимчивости, частоты половых актов, что характерно для нейрогуморальных нарушений. Данному виду изменений была характерна андрогенная недостаточность организма у обследуемых, о чем свидетельствуют полученные результаты исследований уровня тестостерона в сыворотке крови у больных.

Психическая форма составила 27,8%, которая характеризовалась расстройством потенции, проявляющейся угнетенным состоянием перед половым актом (т.е. страх неудачи), слабостью эрекции, слабостью разрядки половых напряжений (оргазма) и психострессовой реакцией половой партнерши на половой акт. При психической копулятивной дисфункции отмечалась связь между уровнем половой активности и полового темперамента.

При данной форме копулятивной дисфункции снижения температуры ($35,3 \pm 0,8$ С) 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 выраженности симптомом ожидания половой неудачи, которое прежде всего зависело от возраста больных. Так, для мужчин от 50 до 60 лет это состояние сопровождалось выраженной психомоторной реакцией половых партнеров с последующим развитием угнетенно-депрессивного состояния перед половым актом.

Эрекционная форма нарушений (25,8%) ха-

рактеризовалась угнетением потенции, коротким половым актом, вялостью эрекции, нарушением оргазма, следовательно, сопровождалось конфликтами между половыми партнерами.

При расстройствах эрекционной составляющей показатель Кг соответствовал норме ($4,28 \pm 0,61$), но отмечено снижение уровня половой активности Ка и средний ее показатель составил $2,85 \pm 0,35$.

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.

Названная дисфункция встречалась у пациентов в возрасте старше 60 лет, при длительности заболевания более 10 лет.

Эякуляторная форма нарушений (9,3%) проявлялась снижением потенции и количества эякулята, ускорением семяизвержения и оргазма, вследствие чего частыми конфликтами на почве сексуального нарушения у половых партнеров.

Причиной нарушения эякуляторной функции является снижение функции репродуктивных желез, связанной с возрастным снижением тестостерона в организме больных.

Показатели Кг и Ка у них существенно не изменялись и составили соответственно $4,56 \pm 0,32$ и $4,2 \pm 0,4$. Средние показатели топометрических и термометрических исследований составили соответственно ($19,7 \pm 0,3$ мм рт.ст) и ($22,7 \pm 0,2$ С). 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 5,2% пациентов 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 и об этом свидетельствовали показатели тонометрии - $17,9 \pm 0,3$ мм рт.ст. и термометрии полового члена - $21,3 \pm 0,2$ С.

Показатели СФМ составили: II (1,6), V (2,2),



VI (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 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. Абдуллаев К.И. Доброкачественная гиперплазия предстательной железы. - Баку, 2005.- 212 с.
2. Бырко И.А., Кузьменко В.В., Семенов Б.В. Современная диагностика и лечение при ДГПЖ // Матер. 3-й Всероссийской конференции.- М., 2006.- С. 97-98.
3. Гомберг В.Г., Надь Ю.Т., Пархомчук Н.А. Повышение качества жизни и профилактика осложнений у пожилых мужчин, страдающих доброкачественной гиперплазией простаты // Матер. 3-й Всероссийской конференции.- М., 2006.- С. 102-103.
4. Лопаткин Н.А. Доброкачественная гиперплазия предстательной железы. - М., 1999. - 216 с.

ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ МЕЖТЕЛОВОГО СПОНДИЛОДЕЗА СПОСОБОМ "КЛИН-ШИНА" ПРИ НЕСТАБИЛЬНЫХ ФОРМАХ ПОЯСНИЧНОГО ОСТЕОХОНДРОЗА ПО ИНДЕКСУ ОСВЕСТРИ И ВАШ В СРАВНИТЕЛЬНОМ АСПЕКТЕ.

Нурматов У. К.

Бишкекский научно-исследовательский центр травматологии и ортопедии (Директор - член корр. НАН КР, д.м.н., проф. Джумабеков С.А.). Кыргызстан, г. Бишкек ул. Кривоносова 206.

Резюме: В данной работе проведена оценка результатов межтелового спондиллодеза способом "клин-шина" 105 больных с дегенеративными заболеваниями позвоночника по индексу Освестри и ВАШ за период 2006 - 2009гг. в отделении патологии позвоночника БНИЦТиО. Межтеловой спондиллодез способом "клин-шина" дает высокие показатели регресса болевого синдрома и низкий процент нарушения дееспособности пациентов. Ключевые слова: остеохондроз, нестабильность, аутоотрансплантат.

Корутунду: төмөнкү иште "клин-шина" ыкмасы менен 2006 - 2009жж. операция болгон 105 омуртка тутумунун остеохондрозу менен орууган оруулулардын индекс Освестр жана ВАШ боюнча салыштырмалуу баа берилген. Спондиллодез "клин-шина" ыкмасы менен оруу синдромун жокорку корсеткүч менен жойуу жана жашоо сапатын жакшыртат.

ESTIMATION OF RESULTS FORWARD CORPORODEZ IN THE WAY "WEDGE-TYRE" AT ASTABLE FORMS OF A LUMBAR OSTEOCHONDROSIS ON INDEX OSWESTRY AND VAS IN COMPARATIVE ASPECT.

Nurmatov Ulan Kenjebaevich

The Bishkek research center of traumatology and orthopedy (director-prof. Djumabekov S.A.) Kyrgyzstan, Bishkek, street Krivonosova 206.

The resume: In the given job the estimation of results forward corporodez by way "wedge-tyre" of 105 patients with degenerate diseases of a backbone on index Oswestry and VAS during 2006 - 2009y is spent. In branch of a pathology of backbone BSRCTaO. Forward corporodez in the way "wedge-tyre" gives high indicators of recourse of a painful syndrome and the low interest of infringement of capacity of patients. Key words: osteochondrosis, instability, ansplantat.