

**ЭРЕКТИЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ ПРИ КОМПЕНСИРОВАННОЙ СТАДИИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

**Ураимов Б.Р., Мамбетов Ж.С., Оморов Д.Р.**

Республиканский научный центр урологии при Национальном госпитале  
Министерства здравоохранения Кыргызской Республики  
Бишкек, Кыргызская Республика

**Резюме.** В статье дана клинико-лабораторная оценка сексуальной функции у 97 больных с доброкачественной гиперплазией предстательной железы, на начальной стадии клинической проявлений осложненной эректильной дисфункцией и ряд показатели исследований были сравнены полученными результатами у 30 больных с ДГПЖ без фоновой патологией.

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

**ПРОСТАТА БЕЗИНИН ЗАЛАЛСЫЗ ГИПЕРПЛАЗИЯСЫНЫН КОМПЕНСАЦИЯ БАШКЫЧЫНДАГЫ ЭРЕКТИЛДИК ДИСФУНКЦИЯСЫ**

**Ураимов Б.Р., Мамбетов Ж.С., Оморов Д.Р.**

Кыргыз Республикасынын Саламаттык сактоо министрлиги  
Улуттук Госпиталь караштуу Республикалык илимий урология борбору  
Бишкек, Кыргыз Республикасы

**Корутунду.** Бул макалада 97 бейтаптын простата безинин залалсыз гиперплазиясынын баштапкы баскычындагы эректилдик дисфункциясынын клиникалык сүрөттөмөсү. Сексуалдык функциясынын клиника-лабораториялык баасы берилип жана 30 бейтаптын простата безинин залалсыз гиперплазиясынын патологиясы жок изилдөөсүнүн көрсөткүчү менен салыштырылды.

**Негизги сөздөр:** простата безинин залалсыз гиперплазиясы, эректилдик дисфункция, жашына ылайык гипогонадизм.

**ERECTILE DYSFUNCTION IN THE INITIAL STAGE OF BENIGN PROSTATIC HYPERPLASIA**

**Uraimov B.R., Mambetov Zh.S., Omorov D.R.**

Republican scientific Center of Urology at the National Hospital of the Ministry of Health  
Bishkek, Kyrgyz Republic

**Resume.** The article presents clinical and laboratory evaluation of sexual function in 97 patients with benign prostatic hyperplasia in the early stages of clinical manifestations at complicated erectile dysfunction and a number at indicators the study, were compared with the results obtained in 30 patients prostatic hyperplasia without background pathology.

**Keywords:** benign prostatic hyperplasia, erectile dysfunction, hypogonadism age.

**Введение.**

Доброкачественная гиперплазия предстательной железы (далее по тексту - ДГПЖ), считается распространенной патологией среди мужчин пожилого возраста, однако встречаются случаи возникновения клинических проявлений в более раннем возрасте. Клиническими симптомами ДГПЖ в основном являются дизурические расстройства, которые имеют тенденцию к прогрессированию с нередкими случаями возникновения острой задержки мочеиспускания. У пациентов могут присоединяться симптомы эректильной дисфункции различной степени выраженности, которые протекают на фоне возрастного гипогонадизма, что приводит к психо-эмоциональному расстройству, тем самым ухудшая качество жизни указанных пациентов. (1,2,3).

В этой связи, возникла необходимость изучить клинические особенности проявления эректильной дисфункции у больных с ДГПЖ на начальной стадии заболевания для целенаправленного лечения.

**Цель работы:** проведение клинико-лабораторных и сексологических обследований у больных с ДГПЖ в компенсированной стадии.

**Материал и методы исследования.**

Клинический материал представлен обследова-

ниями больных с ДГПЖ I стадией, осложненной сексуальными расстройствами. Из них основную группу составили - 97 больных, контрольную группу – 30 больных. Контрольная группа представлена пациентами с ДГПЖ компенсированной стадии без эректильной дисфункцией. Основную группу составили пациенты с ДГПЖ с эректильной дисфункцией.

При этом применены следующие методы исследования:

1. Опрос больных с использованием шкалы симптомов нижних мочевых путей и заполнением дневника мочеиспусканий с оценкой качества жизни.

2. Анкету Международного индекса эректильной дисфункции (МИЭФ), сексуальной формулы мужчин (СФМ), с оценкой характера половой конституции (ХПК), генотипического индекса половой конституции (Кг) и трохантерного индекса половой конституции.

3. Определение простатоспецифического антигена (ПСА) и тестостерона в сыворотке крови.

4. Микроскопические исследования секрета предстательной железы.

5. Ультразвуковое исследование предстательной железы.

**Результаты и обсуждение.**

Результаты опроса больных и вычисление среднего суммарного балла симптомов по шкале IPSS определили, что показатели симптомов по шкале IPSS в обеих группах были равнозначными и составили  $21,2 \pm 2,7$  и  $19,3 \pm 2,1$ , частота ночных мочеиспусканий в основной и контрольной группах до лечения составила соответственно  $2,5 \pm 1,4$  и  $2,2 \pm 1,2$  ( $p > 0,05$ ).

Однако, показатели качества жизни пациентов основной группы (97 больных) были более худшими, нежели результаты контрольной группы (30 больных) и это связано с негативной психо-эмоциональной реакцией больных на снижение сексуальной функций ( $P < 0,05$ ).

Оценены жалобы больных с копулятивной дисфункцией при I стадии ДГПЖ и рассмотрены в зависимости от характера их клинических проявлений (таблица 1).

Согласно вышеуказанному анализу, изучение сексологических жалоб и анамнеза больных у 27,8% случаев имелось 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 различных вариантов клинических проявлений сексологических нарушений у больных перенесших операции по поводу стриктуры уретры, вследствие воспалительного процесса в предстательной железе и семенного пузырька.

Кроме того, исследован характер половой кон-

ституции, трохантерный и генотипический индексы у больных с простатитом на фоне ДГПЖ в зависимости от тяжести сексуального расстройства (таблица 2).

У большинства больных с фолликулярной формой простатита, возникающего на фоне ДГПЖ в 52,6% случаев отмечен ослабленный вариант средней половой конституции (генотипический индекс  $Kr = 4,5 \pm 0,8$ );

При паренхиматозной форме простатита 29,9% в наблюдений отмечено слабая половая конституция (генотипический индекс  $Kr = 4,0 \pm 1,2$ );

При катаральной форме простатита в 17,5% случаев средняя половая конституция и  $Kr$  колебались в пределах нормы ( $5,2 \pm 0,6$ ).

При сопоставлении показателей в зависимости 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, его различия между клиническими стадиями простатита были не достоверны ( $P > 0,05$ ).

Оценены характер и тяжесть сексуальных расстройств у пациентов с ДГПЖ. Нейрогуморальная форма нарушений составила - 11,3 %. Характеризовалось эмоциональной подавленностью, нарушением потенции, проявляющейся в слабости полового влечения, вялости и отсутствием адекватной реакции перед половым актом, его укорочении, редкостью и слабостью. Данная

**Таблица 1.**  
**Характер семиотики копулятивной дисфункции у больных ДГПЖ**  
**Основная группа (n-97)**

Характер семиотики половой потенции	Абс. число	%
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

**Таблица 2.**  
**Характер половой конституции, трохантерного и генотипического индекса у больных с ДГПЖ (n-97)**

Показатели	Степень сексуальных нарушений		
	легкая $M1 \pm m1$	Средняя $M2 \pm m2$	тяжелая $M3 \pm m3$
Характер половой конституции	Средний	ослабленный средний	слабый средний
Генотипический индекс половой конституции	$5,2 \pm 0,6$	$4,5 \pm 0,8$	$3,3 \pm 1,2$
	$M1 - M2 > 0,05$	$M1 - M3 < 0,05$	
Трохантерный индекс половой конституции	$1,2 \pm 0,4$	$1,9 \pm 0,3$	$2,1 \pm 0,2$
	$M1 \pm M2 > 0,05$	$M1 \pm M3 < 0,05$	
Всего	17	51	29

форма сексуальных нарушений характеризовалась снижением содержания тестостерона в организме. Наряду с андрогенной недостаточностью у больных с нейрогуморальными формами нарушений отмечено снижение уровня половой активности ( $91,96 \pm 0,33$ ) и полового темперамента ( $2,28 \pm 0,27$ ).

Показатели исследований СФМ у больных с нейрогуморальными формами нарушений указывали на их снижение: I (1,5 баллов), II (2,8 баллов), III (1,8 баллов), IV (1,7 баллов). Клинически это проявлялось снижением либидо, половой предприимчивости и частотой половых актов. Данному виду изменений была характерна андрогенная недостаточность, о чем свидетельствуют полученные результаты исследований уровня тестостерона в сыворотке крови.

Психическая форма (40,2%) 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 копулятивной дисфункции отмечалась связь между уровнем половой активности и полового темперамента.

При данной форме копулятивной дисфункции снижения температуры ( $35,3 \pm 0,8^\circ\text{C}$ ) 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). Клинически это состояние характеризовалось различной выраженностью симптомов ожидания половой неудачи, которое зависело от возраста больных. Так, для мужчин от 50 до 60 лет, это состояние сопровождалось выраженной психомоторной реакцией половых партнерш с последующим развитием депрессивного состояния перед половым актом.

Эрекционная форма нарушений (25,8%) характеризовалась 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 ( $2,85 \pm 0,35$ ).

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).

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

Эякуляторная форма нарушений (14,4%) проявлялась снижением потенции, ускорением семяизвержения и оргазма, вследствие чего частыми конфликтами на почве сексуального нарушения у половых партнерш.

Причиной нарушения эякуляторной функции являлось снижение функции репродуктивных желез, связанных с возрастным снижением тестостерона в организме.

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 ( $22,7 \pm 0,2^\circ\text{C}$ ). При этом, отмечено снижение показателей СФМ: II (2 балла), VI (2 балла), VII (2,1 баллов), IX (2,2 баллов).

У 8,2% наблюдений 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, заболевание проявлялось выраженными нарушениями копулятивной функции, что свидетельствуют при исследованиях тонометрии – ( $17,9 \pm 0,3$  мм рт.ст.) и термометрии полового члена – ( $21,3 \pm 0,2^\circ\text{C}$ ). Показатели СФМ составили: II (1,6), V (2,2), VIII (1,8), IX (1,9). Данная форма нарушений преобладала у лиц в возрасте от 55 до 60 лет при давности заболевания от 5 месяцев до 7 лет.

Уровень ПСА у больных с ДГПЖ в сравниваемых группах существенно не отличался (в контрольной группе –  $4,06 \pm 1,56$  и в основной –  $3,23 \pm 0,41$ ), а содержание тестостерона в крови в основной группе было снижено ( $2,3 \pm 0,2$  ммоль/л) по сравнению с результатами контрольной группы ( $8,4 \pm 0,6$  ( $p < 0,05$ )).

При пальцевом ректальном исследовании предстательной железы у всех обследованных пациентов выявлены следующие данные:

В 70,1% случаев простата равномерно увеличена в размере, тугоэластической консистенции со сглаживанием срединной борозды;

В 29,9% случаев простата с плоской поверхностью, плотной и эластической консистенции без спаянности с окружающими тканями со сглаженностью срединной борозды.

При этом, болезненность и повышенная чувствительность выявлены в 73,1% наблюдений, а в 26,9% исследований безболезненность при пальпации.

При микроскопическом исследовании секрета предстательной железы у больных основной группе 80,4 % случаев и в контрольной группе 76,7% наблюдений были диагностированы различные формы простатита и выявлено неравномерное повышенное содержание лейкоцитов.

Более выраженная лейкоцитарная реакция отмечена у больных категории II (ХБП), у которых содержание лейкоцитов составило ( $65,7 \pm 2,6$ ) по сравнению с категорией IIIА СХТБ/ХАБП, где количество лейкоцитов составило ( $16,4 \pm 1,2$  ( $p < 0,05$ )). Содержание лейкоцитов в секрете простаты у больных с категорией IIIВ СХТБ/ХАБП показало ( $8,8 \pm 0,55$ ) по отношению к категории II достоверность по критерию t имело место ( $p < 0,001$ ), а категория IIIА СХТБ/ХАБП оказалась достоверной ( $p < 0,05$ ).

Уровень содержания лецитиновых зерен в секрете предстательной железы отражает ее функциональное состояние и связано с тем, что при длительном воспалительном процессе, как правило, резко репрессируется функция предстательной железы и



количество лецитиновых зерен в секрете изменяется.

В частности, содержание лецитиновых зерен в секрете предстательной железы у пациентов с ХБП имеет тенденцию к снижению у 65,0% случаев, а у пациентов с ШВ СХТБ/ХАБП эта тенденция выявлена у 77,8% наблюдений. Причем, у пациентов с категорией ША СХТБ/ХАБП – у 88,4% случаев.

При ультразвуковом обследовании установлено, что в основной группе объем простаты составил ( $62,3 \pm 1,7$  см<sup>3</sup>), а в контрольной группе ( $59,9 \pm 1,3$  см<sup>3</sup>) ( $P > 0,05$ ). Высота стояния гиперплазированной простаты в полости мочевого пузыря составила  $2,1 \pm 1,8$  см<sup>3</sup> и  $1,7 \pm 0,6$  см<sup>3</sup> ( $P > 0,05$ ). Следовательно, по данным ультразвуковой диагностики, различий в группах не выявлено.

### **Выводы:**

1. Высокая частота проявлений копулятивной дисфункции при ДГПЖ вследствие воспалительных заболеваний репродуктивных желез чаще протекает в различных клинических вариантах.

2. При обследовании больных с нарушением копулятивной функции при ДГПЖ компенсированной стадии, считаем целесообразным изучить наиболее важные показатели, которые позволили бы более полноценно оценить функциональное состояние предстательной

железы.

3. Причины развития копулятивной дисфункцией у больных ДГПЖ связаны наличием сопутствующего хронического простатита, так как в предстательной железе установлено повышенное содержание лейкоцитов при исследовании секрета простаты и смещение ее pH в щелочную сторону.

4. Одним из патофизиологических причин развития эректильной дисфункции у пациентов с ДГПЖ имеет место возрастной гипогонадизм, что следует учитывать в процессе лечения больных.

### **Литература:**

1. Алчинбаев М.К., Хусаинов Т.Э., Абсиметов А.К. и др. Применение препарата Импаза в лечении эректильной дисфункции у пациентов с ДГПЖ

2. Вишневский Е.Л., Калинин С.Ю., Коваль А.Н. Влияние силденафила (Виагры) на расстройства мочеиспускания у больных доброкачественной гиперплазией простаты (экспериментально-клиническое исследование) //Клиническая фармакология и терапия.- 2006.- Том 15, №1.- С. 46-51.

3. Лоран О.Б., Щеплев П.А., Нестеров С.Н. Диагностика и лечение эректильной дисфункции //Урология и нефрология.- 1998.- №3.- С.39-46.