

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 больных с доброкачественной гиперплазией предстательной железы с эректильной дисфункцией.

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

## SEXUAL DYSFUNCTION IN PATIENTS WITH 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 отсутствуют структурный анализ и коррелятивная связь с возрастным дефицитом андрогенов, 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 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 болезни 97 больных с ДГПЖ различной степенью выраженности сексуальных расстройств. Возраст пациентов колебался от 58,6 до 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 (МИ-ЭФ), сексуальную формулу мужчин (СФМ). Оценен характер половой конституции (ХПК), генотипический индекс половой конституции (Кг) и трохантерный индекс половой конституции.

**Результаты и обсуждение.** Пациенты были 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 отмечалась 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 %), соответствующем периоду сексуальной дисгармонии. В этой группе больных была отмечена высокая обращаемость за медицинской помощью.

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

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

Таблица 2 – Симптоматика копулятивных дисфункций у больных с ДГПЖ (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

Изучение жалоб и анамнеза больных показало, что у 27,8 % пациентов имелось расстройство потенции, которое 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 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. Сред-

няя 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.

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

Показатели	Степень сексуальных нарушений		
	легкая M1 ± m1	средняя M2 ± m2	тяжелая 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	%
Нейрогуморальная	11	11,3
Психическая	39	40,2
Эрекционная	25	25,8
Эякуляторная	14	14,4
Сочетанная	8	8,2
Всего	97	100,0

Нейрогуморальная форма нарушений составила 11,3 %. Она характеризовалась эмоциональной подавленностью, нарушением потенции, проявляющейся в слабости полового влечения, вялости и отсутствии адекватной реакции перед половым актом, его укороченностью, редкостью и слабостью. Данная форма сексуальных нарушений характеризовалась снижением содержания тестостерона в организме. Наряду с андрогенной 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 реакции 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 балла), III (2,5 балла), V (2,7 балла), VIII (1,8 балла), IX (1,5 балла), особенно II и VIII показателей. Клинически это состояние характеризовалось различной выраженностью симптома 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 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 расстройстве 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 балла), V (1,6 балла), VI (2,2 балла), VIII (2 балла), IX (1,6 балла), 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 семяизвержения 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 Кг и Ка 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 балла), IX (2,2 балла), 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 формах 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.