2. При генерализованной форме инфекции сроки заживления раневого процесса увеличиваются.

3. На моноинфекцию и микст-инфекцию оказывает влияние форма инфекции и наличие сопутствующей патологии.

4. Наличие сопутствующей полипатии влияет на течение раневого процесса на этапе воспалительных реакций и при переходе в стадию регенераций.

1. Боткин С.П. Курс клиники внутренних болезней и клинические лекции в двух томах. М.: Медгиз, 1950. 180 с.
2. Гельфанд Б.Р. Сепсис: классификация, клинко-диагностическая концепция и лечение. Москва: ООО «Медицинское информационное агентство», 2017. 408 с.
3. Ерюхин И.А., Гельфанд С.А., Шляпников С.А. Хирургические инфекции. СПб.: Питер, 2003. 588 с.

Кузьменко А.В., Гяургиев Т.А., Сабынина К.А., Бойко Н.А., Польшкова А.А.
Анализ причин развития эректильной дисфункции у мужчин различных
возрастных групп

*ФГБОУ ВО "Воронежский государственный медицинский университет
им. Н.Н. Бурденко" Минздрава России
(Россия, Воронеж)*

doi:10.18411/lj-04-2018-112

idsp: 000001:lj-04-2018-112

Аннотация

В настоящее время эректильная дисфункция является одной из наиболее частых причин обращения мужчин к урологу. Результаты, полученные в ходе ряда исследований, свидетельствуют о том, что с возрастом число пациентов с данным заболеванием возрастает. Цель исследования: провести сравнительный анализ частоты встречаемости факторов эректильной дисфункции у мужчин различных возрастных категорий. Материалы и методы. Клинико-статистический анализ 150 медицинских карт мужчин в возрасте от 19 до 60 лет с эректильной дисфункцией, поступивших на амбулаторное лечение в период 2015-2017 г. Результаты исследования. Нами были проанализированы причины, приводящие к развитию эректильной дисфункции, а также частота их встречаемости в отдельно взятых возрастных категориях.

Ключевые слова: Эректильная дисфункция, андрогенодефицит, МИЭФ-5.

Введение: В настоящее время эректильная дисфункция (ЭД) является одной из наиболее частых причин обращения мужчин к урологу [1].

В США среди мужчин в возрасте 40-70 лет данная проблема встречается у 52% пациентов, в Германии - у 31%, в России - у 34% [3]. Результаты, полученные в ходе ряда исследований, свидетельствуют о том, что с возрастом число пациентов с данным заболеванием возрастает. Так, результаты исследований Teles A.G. говорят о том, что в возрасте 40-49 лет ЭД встречается у 29% пациентов, в 50-59 лет у 50%, а в 60-69 лет у более 70% [2].

Механизм эрекции требует координированного взаимодействия многих регуляторных систем. Патологические изменения, как в самих системах, так и в регуляции их отношений могут приводить к ЭД. Так, она может быть связана с андрогендефицитом, сахарным диабетом (СД), метаболическим синдромом, дислипидемией, гиперхолестеринемией, ожирением и стрессом [3-9]. При этом выделяют три основных вида ЭД: психогенный, органический (возникающий в результате соматических заболеваний), смешанный [10].

Причиной психогенного нарушения эрекции является взаимодействие ситуационных факторов, особенностей личностного реагирования, а также стрессы, депрессии, беспокойство [11]. При андрогендефиците, в первую очередь, отмечается снижение либидо, или полового влечения у мужчин. Наряду с этим, происходит дегенерация и апоптоз гладкомышечных клеток, снижается выработка NO-релаксирующего фактора, что приводит к ухудшению кровенаполнения кавернозных тел полового члена [3].

При СД риск возникновения нарушения эрекции выше, чем в здоровой группе людей. В своем исследовании Ромео и соавторы выяснили, что средний балл ЭД по шкале МИЭФ уменьшается при высоком уровне гликированного гемоглобина (HbA1C) [12]. Основными причинами возникновения эректильных нарушений при СД является ангиопатия пенильных сосудов, диабетическая нейропатия [13]. Спутником сахарного диабета II типа является метаболический синдром, который включает в себя атеросклероз, артериальную гипертензию, ожирение, гиперхолестеринемию. Всё это усугубляет нарушения микроциркуляции и вызывает снижение артериального притока к половому члену [14]. При метаболическом синдроме также повышается риск развития атеросклероза и ИБС. На сегодняшний день, по данным Государственного научно-исследовательского центра профилактической медицины в качестве одного из проявлений метаболического синдрома является нарушение эрекции [15, 16].

Также отмечено, что прочие заболевания мочеполовой системы, в том числе и хронический простатит, МКБ, ИНМП могут послужить причиной развития ЭД [3-9].

Эффективное лечение ЭД, в первую очередь, требует коррекции нарушений, лежащих в её основе, и комплексного подхода к терапии. Таким образом, знание и понимание причин возникновения нарушения эрекции позволит повысить эффективность диагностики данного заболевания, а, следовательно, и его лечения.

Цель исследования: провести сравнительный анализ частоты встречаемости факторов ЭД у мужчин различных возрастных категорий.

Материалы и методы: нами было проанализировано 150 медицинских карт мужчин в возрасте от 19 до 60 лет с эректильной дисфункцией в период 2015-2017 г. Всем пациентам был проведён комплекс обследований: заполнение опросника МИЭФ-5, анализ шкал Гамильтона для оценки депрессии (HDRS), тревоги (HARS), и шкалы оценки качества жизни (SF 36), общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови, ЭКГ, консультация эндокринолога и кардиолога.

При анализе амбулаторных карт учитывались возраст пациентов и причина возникновения нарушения эрекции. Оценивались такие факторы ЭД, как андрогендефицит, сахарный диабет, заболевания сердечно-сосудистой системы (ССС), ожирение, психоэмоциональные нарушения.

Пациенты разделены на четыре возрастные группы: группа 1 – 19-30 лет; группа 2 – 31-40 лет; группа 3 – 41-50 лет; группа 4 – 51-60 лет.

Результаты исследования. Из 150 проанализированных медицинских карт 15 случаев (10%) приходится на возрастную группу 19-30 лет, 30 случаев (20%) – на возрастную группу 31-40 лет, 45 случаев (30%) – на возрастную группу 41-50 лет, 60 (40%) – на возрастную группу 51-60 лет.

В возрастной группе 19 - 30 лет у 87,1% (13 пациентов) встречаются психоэмоциональные нарушения, у 73,7% (11 пациентов) - ожирение III степени, у 67,0% (10 пациентов) - ожирение II степени, у 60,3% (9 пациентов) - ожирение I степени, у 20,1% (3 пациента) - сахарный диабет, у 13,4% (2 пациента) - заболевания ССС, у 13,4% (2 пациента) - андрогенодефицит. В возрастной группе 31-40 лет у 82,5% (25 пациентов) встречаются психоэмоциональные нарушения, у 66,0% (20 пациентов) - ожирение III степени, у 62,7 % (19 пациентов) - ожирение II степени, у 66,0% (20 пациентов) - ожирение I степени, у 19,8% (6 пациентов) - андрогенодефицит, у 16,5% (5 пациентов) -

сахарный диабет, у 13,2% (4 пациента) - заболевания ССС. В возрастной группе 41 – 50 лет у 85,8% (39 пациентов) встречаются заболевания ССС, у 50,6% (23 пациента) - ожирение III степени, у 48,4% (22 пациента) - ожирение II степени, у 46,2% (21 пациент) - ожирение I степени, у 30,8% (14 пациентов) - сахарный диабет, у 28,6% (13 пациентов) - андрогенодефицит, у 15,4% (7 пациентов) – психоэмоциональные нарушения. В возрастной группе 51 – 60 лет у 90,1% (53 пациентов) встречаются заболевания ССС, у 79,9% (47 пациентов) - ожирение III степени, у 78,2% (46 пациентов) - ожирение II степени, у 73,1% (43 пациентов) - ожирение I степени, у 37,4% (22 пациента) - андрогенодефицит, у 35,7% (21 пациент) - сахарный диабет, у 11,9% (7 пациентов) – психоэмоциональные нарушения.

Заключение

Исходя из результатов исследования, можно заключить, что основной причиной развития ЭД в возрастных группах 19-30 лет и 31-40 лет являются психоэмоциональные нарушения, тогда как в возрастных группах 41-50 лет и 51-60 лет на первый план выступают соматические заболевания, такие как, метаболический синдром и патология ССС.

Кроме того, необходимо отметить, что в группе пациентов в возрасте 31-40 лет чаще встречались андрогендефицит и ожирение, в сравнении с возрастной группой 19-30 лет.

В возрастных группах 41-50 лет и 51-60 лет психоэмоциональные нарушения и ожирение встречались в примерно равном проценте случаев, тогда как заболевания ССС и андрогенодефицит встречались значительно чаще, чем у более молодых пациентов.

Сахарный диабет встречался у пациентов всех возрастных групп в сочетании с другими факторами развития ЭД.

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о необходимости комплексного, мультидисциплинарного подхода к лечению пациентов с ЭД в любом возрасте, который должен включать как коррекцию психоэмоционального статуса, так и компенсацию эндокринологической и сердечно-сосудистой патологии.

1. Роживанов Р.В. Эректильная дисфункция у больных сахарным диабетом по данным контрольно-эпидемиологических исследований / Р.В. Роживанов, Ю.И. Сунцов, Д.Г. Курбатов // Сахарный диабет. - 2009. - №2. - С.51-54.
2. Вёрткин А.В. Эректильная дисфункция: повторение и заметки / А.В. Вёрткин, А.Н. Водолазная, И.В. Галкин, Л.Ю. Моргунов, М.Н. Уряднова // Медицинский совет. - 2011. - №4-5. - С.30-32.
3. Кузьменко А.В. Хронобиологический статус больных с хроническим простатитом на фоне аденомы простаты / А.В. Кузьменко, В.В. Кузьменко, Т.А. Гяургиев, И.И. Баранников // Системный анализ и управление в биомедицинских системах. - 2017. - Т. 16, №3. - С. 513-516.
4. Кузьменко А.В. Комбинированная медикаментозная терапия больных с ДГПЖ / А.В. Кузьменко, В.В. Кузьменко, Т.А. Гяургиев // Урология. - 2018. - № 1. - С. 48-52.
5. Кузьменко А.В. Хронобиологический статус больных с хроническим простатитом на фоне аденомы простаты / А.В. Кузьменко, В.В. Кузьменко, Т.А. Гяургиев, И.И. Баранников // Системный анализ и управление в биомедицинских системах. - 2017. - Т.16. №3. - С. 513-516.
6. Левенков К.О. Кластерный анализ данных по выбору тактики лечения хронического пиелонефрита / К.О. Левенков, А.С. Турбин, Е.Н. Коровин, А.В. Кузьменко, Т.А. Гяургиев // Системный анализ и управление в биомедицинских системах. - 2017. - Т. 16, № 4. - С. 857-861.
7. Кузьменко А.В. Оценка влияния различных видов литокINETической терапии на состав конкремента при мочекаменной болезни с использованием спектрального анализа / А.В. Кузьменко, Т.А. Гяургиев, А.Ю. Титов // Системный анализ и управление в биомедицинских системах. - 2015. - Т. 14., № 3. - С. 540-543.
8. Кузьменко, А.В. Хронобиологические аспекты применения пролита супер септо у больных инфекционно-воспалительными заболеваниями органов мочевыделительной системы/ А.В. Кузьменко [и др.]// Урология. - 2015. - №4. - С. 19-23
9. Кузьменко, А.В. Хронобиологические аспекты применения комплекса «Нейродоз» у больных с эректильной дисфункцией/ А.В. Кузьменко [и др.]// Урология. - 2014. - №4. - С. 312-315.

10. Кретов Р.С. Эффективность применения фототерапии у больных после операции на наружных половых органах / Р.С. Кретов, И.В. Шабунова, А.В. Кузьменко, Т.А. Гяргиев // Системный анализ и управление в биомедицинских системах. - 2015. - Т. 14, №3. - С. 540-543.
11. Гамидов С.И. Мужское бесплодие и эректильная дисфункция: Влияние ингибиторов фосфодиэстеразы 5-го типа на сперматогенез / С.И. Гамидов, Р.И. Овчинников, А.Ю. Попова // РМЖ. - 2015. - Т. 23, №11. - С. 626-629.
12. Гамидов С.И. Комбинированная терапия эректильной дисфункции / С.И. Гамидов, Р.И. Овчинников, А.Ю. Попова // Эффективная фармакотерапия. - 2017. - №32. - С. 12-20.
13. Кузьменко А.В. Хронобиологические аспекты применения комплекса «Нейродоз» у больных с эректильной дисфункцией / А.В. Кузьменко, В.В. Кузьменко, Т.А. Гяргиев, Д.Е. Строева // Урология.- 2014. - №5. - С. 90-94.
14. Ибишев Х.С. Проблема дефицита тестостерона и эректильной дисфункции у мужчин (обзор литературы) / Х.С. Ибишев, И.А. Хрипун, З.Р. Гусова, И.И. Белоусов, А.А. Черный, Е.О. Дзантиева, М.И. Коган // Урология. – 2014. - №6. – С. 104–107.
15. Коган М.И. Ассоциация симптомов нижних мочевыводящих путей с дефицитом тестостерона при сахарном диабете 2 типа у мужчин / М.И. Коган, И.И. Белоусов, Х.С. Ибишев, А.А. Черный, И.А. Хрипун, С.В. Воробьев, Д.В. Сизякин // Урология. – 2016.- №6. – С. 22-27.

**Кузьменко А.В., Кузьменко В.В., Гяргиев Т.А., Селютин Д.Г.
Сравнительный анализ различных вариантов комбинированной терапии у
больных с ДГПЖ**

*ФГБОУ ВО "Воронежский государственный медицинский университет
им. Н.Н. Бурденко" Минздрава России
(Россия, Воронеж)*

doi:10.18411/lj-04-2018-113

idsp: 000001:lj-04-2018-113

Аннотация

В этой статье приведены результаты обследования и лечения 60 пациентов с доброкачественной гиперплазией предстательной железы. Больные были разделены на две группы. В 1 группу были включены пациенты, которым проводилось лечение комбинацией препаратов из группы альфа-блокаторов и ингибиторов 5-альфа-редуктазы. Во 2 группе проводилось лечение комбинированным препаратом. Оценка эффективности лечения включала урофлоуметрию, ТРУЗИ простаты, оценку количества пациентов с побочными эффектами, а также оценивалась комплаентность лечения за 12 месяцев терапии.

Ключевые слова: ДГПЖ, Дуодарт, ингибиторы 5-альфа-редуктазы и альфа-блокаторы.

Введение. Доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ) – одна из самых распространенных урологических патологий среди мужчин старше 45 лет. Необратимый процесс старения населения приводит к возрастанию числа заболевших ДГПЖ. По данным зарубежных эпидемиологических исследований, клинические признаки ДГПЖ обнаруживаются у 14% мужчин в возрасте 45-50 лет, а к 80 годам достигают 90% [1, 2]. Кроме того, данная патология может являться причиной развития острой задержки мочи, воспалительных заболеваний, мочекаменной болезни [3-8].

Возникновение симптомов ДГПЖ обусловлено повышением тонуса гладкой мускулатуры предстательной железы и мочевого пузыря, содержащих в себе альфа-1-адренорецепторы, а также вследствие усиления деления и созревания клеток паренхимы и стромы предстательной железы, которое определяется повышением активности фермента 5-альфа-редуктазы [9, 10].

Лечение ДГПЖ, несмотря на развитие новых технологий, остается актуальной задачей. На современном этапе выделяют консервативную терапию и хирургическое вмешательство, которое проводится на поздних стадиях. Учитывая современные