

Хужамбердиев У.Э.
Ассистент кафедры урологии
Андижанского Государственного медицинского института

ВЛИЯНИЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА НА ПОЛОВУЮ ЖИЗНЬ МУЖЧИНЫ

Аннотация

Проблемы с эрекцией отмечают у себя примерно 33% мужчин, страдающих сахарным диабетом. Причин снижения эрекции при повышенном уровне глюкозы в крови может быть много. Это и проблемы с сердечно-сосудистой системой, и нарушение липидного и гормонального баланса, и повышенное артериальное давление. Но чаще всего к эректильной дисфункции у больных сахарным диабетом приводит такое осложнение как диабетическая полинейропатия.

Ключевые слова: *сахарный диабет, сексуальные нарушения, эректильная дисфункция, полинейропатия.*

Khujamberdiev O`E.
Assistant of Urology Department
Andijan State Medical Institute

IMPACT OF DIABETES ON MALE SEXUAL ACTIVITY

Abstract

Erection problems are reported by approximately 33% of men with diabetes mellitus. There may be many reasons for decreased erections with elevated blood glucose levels. These are problems with the cardiovascular system, and violation of lipid and hormonal balance, and high blood pressure. But most often such complication as diabetic polyneuropathy leads to erectile dysfunction in patients with diabetes mellitus.

Key words: diabetes mellitus, sexual dysfunction, erectile dysfunction, polyneuropathy.

Заболеваемость сахарным диабетом в мире стремительно увеличивается. По данным International Diabetes Federation на сегодняшний день более 371 млн. человек страдают сахарным диабетом (СД). Примерно 10% от общего числа больных СД приходится на долю СД 1 типа.

Сексуальные расстройства, характеризующиеся снижением качества жизни пациента, приводя к бесплодию и проблемам социального характера, наблюдаются более чем у 40% больных СД. Важно отметить, что половые расстройства у больных СД 1 типа дебютируют в более молодом возрасте по сравнению с популяцией без СД.

Превалирующим нарушением половой функции у больных СД является эректильная дисфункция (ЭД). В многочисленных исследованиях показано, что ЭД страдают до 35-55% больных СД 1 типа, а риск ЭД у больных СД в 3 раза выше по сравнению с популяцией без СД.

Частота развития эректильных расстройств у больных СД зависит не только от возраста пациента, а также от длительности течения основного заболевания и продолжительности периода декомпенсации углеводного обмена. На развитие ЭД влияет наличие сопутствующих заболеваний, осложнений СД и эффективность проводимой терапии [9]. Так, в нескольких исследованиях изучена связь наличия ЭД и поздних диабетических осложнений и показано, что ЭД выявлялась почти в 2 раза чаще у пациентов, имеющих диабетическую нефропатию или ретинопатию [10].

Диагностированная эректильная дисфункция у больных СД может быть косвенным признаком развития или прогрессирования атеросклеротического процесса и ишемической болезни сердца, а также являться первым проявлением диабетической нейропатии.

Учитывая распространенность ЭД при СД 1 типа, а также понимание того, что данное состояние не только снижает качество жизни молодых пациентов, но также может быть одним из симптомов таких осложнений СД, как диабетическая нейропатия, ИБС, атеросклероз, необходим своевременный, индивидуализированный и комплексный подход к диагностике и лечению ЭД у данной категории больных.

Классификация ЭД

Формы ЭД:

- Органическая (васкулогенная, нейрогенная, эндокринная)
- Психогенная
- Смешанная (органическая патология и психологический фактор)

Диагностика ЭД у больных СД

Обследование пациента с ЭД при СД проводится по классической схеме, включающей сбор анамнестических данных, осмотр, а также лабораторные и инструментальные методы.

Важным моментом в сборе анамнеза у пациентов с СД является оценка течения основного заболевания, наличие или отсутствие осложнений СД, информация о принимаемых лекарственных препаратах.

При физикальном обследовании проводится измерение массы тела, роста и индекса массы тела, так как избыточный вес может быть причиной гипогиперлипидемии. В некоторых случаях имеет смысл проводить дифференциальную оценку объема висцерального жира с помощью КТ-сканирования для более корректной оценки и прогнозирования рисков. Помимо этого оценивается состояние кожных покровов, характер и интенсивность оволосения, состояние мышечной системы и половых органов.

При физикальном обследовании, с целью диагностики нейропатии, необходимо выполнение определенного минимума неврологических диагностических методик. Наиболее информативной является оценка

кавернозного рефлекса. Может быть рекомендована также оценка температурной, тактильной и вибрационной чувствительности полового члена.

Перечень специальных методов обследования при ЭД включает гормональное исследование крови, мониторингирование ночных пенильных тумесценций, интракавернозное фармакодинамическое исследование, кавернозо-графию, ангиографию сосудов полового члена, ультразвуковую доплеро-графию сосудов полового члена и определение скорости распространения нервного импульса по n.pudendus.

Все вышеперечисленные методы обследования используются с целью диагностики ЭД любого генеза, однако наиболее информативным и единственно достоверным в настоящее время методом диагностики нейрогенной формы ЭД при СД является электронейромиография. К тестам, позволяющим оценить состояние сенсорных и эфферентных волокон, относятся промежностная электромиография латентного периода бульбокавернозного рефлекса, крестцовый скрытый тест, оценка вызванных дорсальных соматосенсорных потенциалов и исследование вибрационной перцептивной чувствительности. Для пациентов с СД и ЭД характерно отклонение результатов данных тестов от нормативных показателей. Например, для больных СД характерно увеличение латентного периода бульбокавернозного рефлекса. Однако, вышеописанные тесты не дают представление о состоянии эфферентной автономной иннервации, ответственной за эрекцию полового члена. Исходя из вышеизложенного, при регистрации отклонения результатов тестов от нормы можно лишь предположить наличие автономной нейропатии в половом члене.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В данной работе освещены вопросы эпидемиологии, классификация, патофизиология, а также диагностика и методы лечения

ЭД у больных СД 1 типа. ЭД у молодых пациентов с СД представляет собой серьезную проблему по причине достаточно широкой распространенности, а также влияния на психологическое состояние больных и качество жизни в целом.

Из всего вышеизложенного становится ясно, что на сегодняшний день в арсенале врача имеется широкий спектр различных методов диагностики ЭД, однако до сих пор не разработано высокоспецифичного и чувствительного метода диагностики именно нейрогенной формы ЭД. Важно учитывать, что своевременная диагностика с правильным определением формы ЭД позволяет обоснованно и адекватно подобрать терапию для каждого конкретного пациента.

Лечение ЭД у больных СД 1 типа должно быть комплексным и направленным не только на улучшение собственно эректильной функции, а также на устранение патогенетических факторов развития ЭД, таких как хроническая гипергликемия, дислипидемия, андрогенный дефицит. В настоящее время предпочтение отдается медикаментозным методам лечения, лидирующее место среди которых занимают препараты из группы ингибиторов ФДЭ-5 типа благодаря высокой эффективности, безопасности и удобству в применении для пациентов. Стоит отметить, что препараты данной группы обладают нейропротективным действием, что особо важно для пациентов именно с нейрогенной формой ЭД, однако данный вопрос требует дальнейшего углубленного изучения.

Таким образом, несмотря на большие достижения в разработке методов диагностики и лечения ЭД, по-прежнему остается много нерешенных вопросов, требующих дальнейших исследований.

ЛИТЕРАТУРА

1. International Diabetes Federation [Internet]. Cited 2013 Dec 9. Url.: <http://www.idf.org/worlddiabetesday/toolkit/gp/facts-figures>.

2. Prevalence of erectile dysfunction and its correlates: a population-based study in Morocco / S. Berrada, N. Kadri, S. Mechakra-Tahiri, C. Nejjari // *Int J Impot Res.* – 2003. – Vol.15, Suppl 1. – P.3-7.
3. Prevalence and correlates of erectile dysfunction in a population-based study in Belgium / R. Mak, G. De Backer, M. Kornitzer, J.M. De Meyer // *Eur Urol* 2002. – Vol.41(2). – P.132-138.
4. Sexual function in men with diabetes type 2: association with glycemic control / J.H. Romeo, A.D. Seftel, Z.T. Madhun, D.C. Aron // *J Urol.* – 2000. – Vol.163(3). – P.788-791.