

Урунбаева Д.А.,
Нажмудинова Д.К.,
Садыкова Н.Г.,
Артыкова Д.М.,
Каюмов Ж.А.

КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ТИПА 2

Ташкентская Медицинская Академия
Кафедра подготовки ВОП с эндокринологией

УДК.616.3^9-008.64:616.69-008.1-07-08

Сахарный диабет (СД) распространен во всех странах мира. По данным ВОЗ в настоящее время на планете насчитывается около 285 млн. больных диабетом, и их число прогрессивно растет. Хорошо известно, что СД опасен, прежде всего, своими отдаленными осложнениями, такими как нефропатия, ретинопатия, нейропатия, кардиоваскулярные заболевания и другие.

Диабетическая нейропатия, одиноково часто встречается при обоих типах СД. Частота ее развития увеличивается с возрастом и длительностью СД. Распространенность автономной и сенсомоторной нейропатий одинокова [2,3,4]. Диабетическая автономная нейропатия (ДАН) урогенитальная форма является одной из форм автономной (вегетативной) нейропатии, основным проявлением которой является эректильная дисфункция (ЭД) [1,3].

ЭД встречается у 50-60% мужчин, страдающих СД [4,7]; риск возникновения ЭД при СД в 3 раза выше, чем в здоровой популяции [4,5,6]. ЭД может быть первым симптомом СД однако более чем у 50% больных диабетом, она возникает в течение первых 10 лет заболевания и нередко является первым проявлением нейропатии или макроангиопатии [2]. В последнее время появляется все больше работ, показывающих, что ЭД может быть ранним косвенным признаком возникновения и прогрессирования атеросклероза при СД [2,3], что демонстрирует значимость ранней диагностики ЭД для выявления групп риска и улучшения профилактических мер, препятствующих развитию поздних осложнений, таких как синдром диабетической стопы и тяжелые макроангиопатии. Кроме того, в ряде исследований выявлена взаимосвязь между развитием ЭД и степенью длительной компенсации СД (уровня гликированного гемоглобина), наличием поздних осложнений, сопутствующих заболеваний и проводимой терапии [7,8]. У больных СД и сопутствующей артериальной гипертензией ЭД встречается более чем в 80% случаев [4,8]. Поскольку этиология ЭД при сахарном диабете является многофакторной (гипогонадизм, нейропатия, сосудистые нарушения, декомпенсация диабета, психогенные факторы, влияние препаратов, используемых для лечения осложнений диабета), точная диагностика формы ЭД и степени вклада каждого из этих факторов позволит повысить качественный эффект проводимой терапии и вследствие этого улучшить качество жизни больных СД. Наряду с этим, ввиду недостаточной освещенности в литературе клинических проявлений ЭД у пациентов при СД особого внимания заслуживает проведение анализа особенностей и степени тяжести клинической симптоматики нарушений в зависимости от типа

и длительности заболевания. Поскольку, по данным многих исследователей ведущим патогенетическим фактором ЭД у больных СД является нейропатия [2], а обращаемость по поводу ЭД выше, чем по поводу других ранних проявлений поражения нервной системы, своевременно сформированная мотивация пациентов на более тщательную компенсацию диабета и выполнение данных врачом рекомендаций позволит предотвратить появление и развитие более грозных осложнений СД, таких как кардиальная и гастроинтестинальная формы нейропатии, синдром диабетической стопы. Активное выявление и изучение характера ЭД у больных с СД позволят не только аргументировано выбирать методы лечения больных СД что будет способствовать повышению качества их жизни, но и более рационально проводить профилактику развития других нейрогенных и васкулогенных осложнений основного заболевания. Не менее важным является так же развитие системы медицинской помощи мужчинам с нарушениями половой функции, подобно системам, активно осуществляющим помощь пациентам с такими осложнениями, как нефропатия, ретинопатия, ишемическая болезнь сердца синдром диабетической стопы.

Целью исследования явилось изучение особенностей и степени тяжести клинических проявлений ЭД в зависимости от компенсации и длительности заболевания.

Материал и методы. Исследование проводилось в 3-клинике Ташкентской медицинской академии в отделении эндокринологии. Исследование проводилось с 2009 г по 2011 г. Объектом исследования явились 30 мужчин с сахарным диабетом 2 типа средней и тяжелой степени тяжести. Контрольную группу составили 7 практически здоровых людей. Критерием исключения набора больных явилось отсутствие у них доброкачественной гиперплазии предстательной железы (ДГПЖ).

Больные СД 2 типа были разделены на группы по возрасту (табл.1). По длительности заболевания больные так же были распределены на группы. СД 2 типа: до 5 лет в анамнезе страдали 8 пациентов (26%), от 5 до 10 лет - 18 (60%) больных, более 10 лет - 4 (14%) пациентов. Всем больным проводились традиционные общеклинические и биохимические исследования. Состояние компенсации СД оценивалось по содержанию гликированного гемоглобина (HbA1C) [25]. Уровень гликемии определялся глюкозо-оксидазным методом натошак и через 2 часа после приема завтрака.

Таблица 1

Распределение обследованных больных по возрасту

Возраст, в годах					Всего
45-49	50-54	55-59	60-65		
8(26%)	8(26%)	10(34%)	4(14%)		30(46%)

Выраженность эректильной дисфункции определяли с помощью анкетирования с использованием Международного Индекса Эректильной Функции - 5 (МИЭФ-5). ЭФ определяли с помощью опросника МИЭФ-5, позволяющего оценить пять компонентов половой функции (эрекция, оргазм, половое влечение, удовлетворение от полового акта, общее сексуальное удовлетворение). Опросник состоит из пяти вопросов,

на каждый из которых предлагается пять вариантов ответов. На основании ответов на вопросы суммируется общее число баллов, что позволяет определить норму (21-25 баллов) и разные степени нарушения эректильной функции, (16-20 балл - легкая степень, 11-15 баллов - умеренно легкая степень, 5-10 баллов - тяжелая степень), (приложение 1).

Приложение 1

Международный индекс эректильной дисфункции (МИЭФ)

	Почти НИКО- гда или ни- когда	Редко (реже чем в половине случаев)	Иногда (примерно в поло- вине слу- чаев)	Часто (более чем в половине случаев)	Почти всегда или всегда
1. Как часто у Вас возникала эрекция при сексуальной активности за последнее время	1	2	3	4	5
2. Как часто за последнее время возникающая у Вас эрекция бы-	1	2	3	4	5
ла достаточна для введения полового члена (для начала полового акта)					
3. При попытке полового акта как часто у Вас получалось осу-	1	2	3	4	5
ществить введение полового члена (начать половой акт)	1	2	3	4	5
4. Как часто за последнее время Вам удавалось сохранить эрек-					
цию после начала полового акта	1	2	3	4	5
5. Насколько трудным было со-	1	2	3	4	5
хранить эрекцию в течение и до	чрезвычайно	очень	трудно	не очень	не
конца полового акта	трудно	трудно		трудно	трудно
Суммарный балл степени выраженности ЭД: Норма -отсутствие ЭД 21-25 баллов: Легкая ЭД - 16-20 баллов: Умеренная (средней тяжести) ЭД - 11-15 баллов: Значительная (тяжелая) ЭД - 5-10 баллов.					

Все полученные данные обработаны методом вариационной статистики на персональном компьютере Pentium - 4 по программам, разработанным в пакете EXCEL, с использованием библиотеки статистических функций, вычислением среднеарифметической (М), среднего квадратичного отклонения (q), стандартной ошибки (т), относительных величин (частота, процент), критерий Стьюдента (t) и вычислением вероятности ошибки (Р). Различия средних величин считали достоверными при уровне значимости $P < 0,05$.

Результаты собственных исследований. Содержание HbA1c у больных СД 2 типа превышало контрольные показатели на 55.5% по отношению к

контролю. Аналогичные изменения наблюдались и со стороны показателей гликемии натощак и через 2 часа после приема пищи, которые увеличились соответственно на 54,5 и 55%. Эти показатели указывают на декомпенсацию диабета. Среди обследованных пациентов с СД 2 типа наличие ЭД в результате анкетирования с помощью опросников - МИЭФ-5 выявлено у 100% больных. При этом, нарушение эрекции лёгкой степени было выявлено у 10 (30%) больных - $17,4 \pm 2,3$ баллов, ЭД средней степени у 18 (54%) больных - $12,2 \pm 1,3$ баллов. У 2-х (6%) была выявлена ЭД тяжёлой степени и в среднем составило $8,4 \pm 1,13$ баллов. Кроме этого, по опросник} МИЭФ нами были изуче-

ны изменения зрительной дисфункции (ЭФ) больных и длительности заболевания (табл. 4).
СД 2 типа в зависимости от степени тяжести (табл. 3)

Таблица 2

Показатели углеводного обмена у больных СД типа 2 при поступлении (M=т)		
Исследования	Контроль, п=7	Больные СД 2 типа, п=30
НbA1c%	4,5=1,02	4,6=0,8
Гликемия натощак, ммоль/л	5,9=0,3	10,13=0,8* 10,1=0,35* 13,1=0,6*
Постпрандиальная гликемия, ммоль/л		

п - число обследованных больных *- наличие достоверности (P<0,05) по сравнению с контролем

Таблица 3

Показатели ЭФ у больных СД типа 2 в зависимости от тяжести заболевания			
Показатель	контроль, п-7	СД средней тяжести, п-21	СД тяжелая форма, п-9
МИЭФ-5, в баллах	24=2,24	13,9=2,3 *	7,5=1,13*

Как видно из таблицы, у больных с тяжелой формой заболевания выявлено более достоверное снижение эректильной функции до 7,5=1.13 баллов (на 73%),

а у больных со средней тяжестью этот показатель помощи ниже на 50%.

Таблица 4

Показатели ЭФ у больных СД типа 2 в зависимости от тяжести заболевания				
Показатель	Контроль, п-7	Длительность СД, лет		
		до 5 лет п-8	5-10 лет п-18	Более 10 лет п-4
МИЭФ-5, в баллах	24=2,24	18,4=2,3*	11,5=1,1*	6,8=0,3

Изучение ЭФ в зависимости от длительности заболевания показало, что чем больше стаж СД, тем выраженнее ЭД. Так, в группе больных с длительностью СД до 5 лет отмечается достоверное снижение ЭФ на 34%, а при длительности заболевания от 5 до 10 лет на 56%. В группе больных с длительностью заболевания более 10 лет этот показатель достоверно понижен по отношению к контролю и составил 6,8=0,3 баллов.

Выводы. Эректильная дисфункция чаще

встречается у мужчин больных сахарным диабетом типа 2 в возрасте 55-59 лет. У 54% больных сахарным диабетом типа 2 по данным опросника МИЭФ-5 диагностирована умеренно выраженная эректильная дисфункция. Степень выраженности эректильной дисфункции ассоциируется со степенью тяжести и длительностью диабета.

Литература

1. Бузиашвили И.И. Эректильная дисфункция у больных сахарным диабетом. // Сахарный диабет. - 2000. - №3. - С. 12-22.
2. Дедов И.И., Шестакова М.В., Максимова М.А. Федеральная целевая программа "Сахарный диабет". - М., 2002. - 88 с.
3. Дедов И. И., Шестакова М.В. Сахарный диабет. - М., 2003. - 455 с.
4. Калинин С.Ю., Козлов Г.И. Эректильная дисфункция у больных с сахарным диабетом. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. - М., 2003. - 28 с.
5. Королева С.В., Ковалев В.А., Камалов А.А. Психогенная эректильная дисфункция. Дифференциальная диагностика. Медикаментозная коррекция. // Андрология и генитальная хирургия. Тезисы научных трудов. - Москва. - 2001. - №1. - С. 164.
6. Berrada S., Kadri N., Mechakra-Tahiri S., Nejari C. Prevalence of erectile dysfunction and its correlates: a population-based study in Morocco. // Int J Impot Res. - 2010. - Vol.15. Suppl 1. - P. S3-7.
7. Chu N.V., Edelman S.V. Erectile dysfunction and diabetes // Curr. Diab. Rep. - 2009 - Vol.2, N1. - P. 60-66.
8. De Berardis G., Franciosi M., Belfiglio M., et al. The Quality of Care and Outcomes in Type 2 Diabetes (QuED) Study Group: Erectile dysfunction and quality of life in type 2 diabetic patients. // Diabetes Care. - 2008. - Vol.25. - P. 284 - 291.