

Полученные данные были обработаны с использованием методов вариационной статистики. Все данные представлены в виде $M \pm m$. Оценка достоверности различий осуществлялась по критерию Стьюдента.

Результаты. В первой группе индекс симптомов по шкале NIH-CPSI рассчитывался по доменам «боль», «симптомы мочеиспускания», «влияние на качество жизни», рассчитывался суммарный балл. Среднее значение болевого синдрома составило $8,2 \pm 0,7$ баллов, симптомы, связанные с нарушением мочеиспускания, - $4,2 \pm 0,3$ баллов, влияние ХБП на качество жизни - $4,7 \pm 0,5$ баллов, а суммарный балл, составил $14,2 \pm 2,6$. При анализе результатов анкетирования с помощью МИЭФ проводилась интерпретация сексуальной функции по следующим доменам: эректильная функция, удовлетворенность половым актом, оргазмическая функция, либидо, общая удовлетворенность. Средний балл эректильной функции составил $25,2 \pm 1,4$, средний балл удовлетворенности половым актом $13,2 \pm 0,4$, оргазмическая функция была оценена в $9,9 \pm 0,8$ баллов, либидо - $8,4 \pm 0,3$, общая удовлетворенность - $8,2 \pm 0,5$, при микроскопии секрета простаты увеличение количества лейкоцитов в секрете простаты было отмечено у всех пациентов и в среднем составило $23,2 \pm 3,1$ в поле зрения микроскопа. Объем эякулята составил $3,4 \pm 0,2$ мл, pH $7,14 \pm 0,18$, вязкость $2,10 \pm 0,24$ см, средняя концентрация сперматозоидов в эякуляте составила $43,27 \pm 7,55$ млн/мл. Подвижность сперматозоидов имела следующие показатели: PR $39,53 \pm 4,68\%$, NP $13,39 \pm 2,44\%$, IM $46,84 \pm 3,03\%$. Показатель агглютинации сперматозоидов составил $1,6 \pm 0,2$ балла. Показатель MAR-теста составил $10,2 \pm 2,4\%$.

Во второй группе при оценке тяжести клинической симптоматики по шкале NIH-CPSI среднее значение выраженности болевого синдрома составило $8,9 \pm 0,4$ баллов, симптомы, связанные с нарушением мочеиспускания, - $5,0 \pm 0,4$ баллов, влияние ХБП на качество жизни - $5,4 \pm 0,8$ баллов, а суммарный балл, составил - $15,0 \pm 3,2$. При анализе результатов анкетирования с помощью МИЭФ средний балл эректильной функции составил $23,8 \pm 1,7$, средний балл удовлетворенности половым актом $12,7 \pm 0,6$, оргазмическая функция была оценена в $9,0 \pm 0,6$ баллов, либидо - $9,1 \pm 0,4$, общая удовлетворенность - $8,9 \pm 0,5$, при микроскопии секрета простаты увеличение количества лейкоцитов в секрете простаты было отмечено у всех пациентов и в среднем составило $20,7 \pm 3,5$ в поле зрения микроскопа. Объем эякулята составил $3,7 \pm 0,2$ мл, pH $7,15 \pm 0,20$, вязкость $2,21 \pm 0,11$ см, средняя концентрация сперматозоидов в эякуляте составила $12,27 \pm 3,55$ млн/мл ($p < 0,001$). Подвижность сперматозоидов имела следующие показатели: PR $13,57 \pm 1,66\%$ ($p < 0,001$), NP $10,67 \pm 1,94\%$, IM $75,55 \pm 4,20\%$ ($p < 0,001$). Показатель агглютинации сперматозоидов составил $1,8 \pm 0,2$ балла. Показатель MAR-теста составил $13,7 \pm 2,4\%$.

Заключение.

1. Развитие патоспермии при хроническом бактериальном простатите не сопровождается специфической клинической симптоматикой, позволяющей выделить эту группу пациентов из общей популяции больных;

2. В диагностический алгоритм при обследовании молодых мужчин с хроническим бактериальным простатитом необходимо включение спермограммы;

Литература

1. Белый Л.Е. Острый эпидидимит: этиология, патогенез, диагностика и лечение / Л.Е. Белый // Проблемы репродукции. – № 4. – С. 66–71.

2. Белый Л.Е. Механизмы развития патоспермии при остром эпидидимоорхите, осложненном интраскротальной гипертензией / Л.Е. Белый, И.И. Коньшин // Фундаментальные исследования. – 2013. – № 7–2. – С. 277–280.

3. Коньшин И.И. особенности гемодинамического профиля органов мошонки при острых эпидидимоорхитах, сопровождающихся интраскротальной гипертензией / И.И. Коньшин, Л.Е. Белый // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. – 2012. – № 1. – С. 44.

4. Пушкарь Д.Ю. Оптимизация алгоритма диагностики и лечения хронического бактериального простатита / Д.Ю. Пушкарь, А.В. Зайцев, П.И. Раснер // Русский медицинский журнал. – 2008. – Т. 16. – № 17. – С. 34–38.

5. Степенский А.Б. Диагностика и лечение хронического простатита / А.Б. Степенский, С.В. Попов, М.Л. Муфегед // Consilium medicum. – 2003. – Т. 5. – № 7. – С. 396–401.

6. Nickel J.C. Prostatitis: evolving management strategies // Urologic Clinics of North America. – 1999. – Vol. 26(4). – P. 737–751.

Белый Л.Е.¹, Коньшин И.И.²

¹ Доктор медицинских наук, профессор кафедры госпитальной хирургии Ульяновского государственного университета,

² кандидат медицинских наук, врач-уролог Ульяновского областного клинического центра специализированных видов медицинской помощи.

ОБ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ТАДАЛАФИЛА ПРИ ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У ФЕРТИЛЬНЫХ МУЖЧИН С ХРОНИЧЕСКИМ БАКТЕРИАЛЬНЫМ ПРОСТАТИТОМ

Аннотация

Исследовано состояние оплодотворяющей способности спермы у молодых мужчин с хроническим бактериальным простатитом, получавшим терапию одним из распространенных ингибиторов ФДЭ-5 – тадалафилем. Установлено, что применение тадалафила в дозировке 5 мг/сут в течение 30 суток не оказывает негативного влияния на сперматогенез.

Ключевые слова: ингибиторы фосфодиэстеразы-5, эректильная дисфункция, хронический простатит, сперматогенез.

Belyi L.E.¹, Konshin I.I.²

¹ Doctor of medical sciences, professor, Ulyanovsk State University,

² candidate of medical sciences, urologist, Ulyanovsk clinical center of specialized types of medical care

THE EFFECT OF TADALAFIL ON ERECTILE FUNCTION AND THE SPERMATOGENESIS AT FERTILE MEN WITH THE CHRONIC BACTERIAL PROSTATITIS

Abstract

The condition of fertilizing ability of a semen at young men with the chronic bacterial prostatitis receiving therapy by one of widespread inhibitors of PDE-5 – tadalafil is investigated. It is established that application tadalafil in a dosage 5mg/days within 30 days has no negative impact on spermatogenesis.

Keywords: inhibitors phosphodiesterase-5, erectile dysfunction, chronic prostatitis, spermatogenesis.

Известно, что воспалительные заболевания мужской репродуктивной системы часто сопровождаются развитием сексуальной дисфункции и мужской инфертильности [1,2]. Особого внимания, ввиду широкой распространенности, требует рассмотрение этих проблем при хроническом простатите. Принято считать, эректильная дисфункция (ЭД), отмечаемая у пациентов с хроническим простатитом, в большей степени, обусловлена психогенными и неврогическими синдромами. Однако существует и альтернативное мнение, состоящее в признании безусловной важности органических гемодинамических нарушений в патогенезе воспалительного процесса в предстательной железе и формировании недостаточности эректильной функции [5], подтверждаемое исследованиями, посвященными изучению роли гемодинамических расстройств в патогенезе других урологических заболеваний [3,4].

Перспективным направлением терапии пациентов с хроническим простатитом, сопровождающимся эректильной дисфункцией, является применение ингибиторов фосфодиэстеразы-5. Достижением последних лет стало появление возможности

терапии эректильной дисфункции, позволяющей исключить необходимость подстраивания сексуальной активности под время приема препарата. Оптимальным ингибитором ФДЭ-5 для достижения этой цели является тадалафил: обладая длительным периодом полувыведения (17,5 ч), он идеально подходит для применения в малых дозах по схеме 1 раз/сут. [6,7]. Однако существуют определенные сложности: все ингибиторы ФДЭ-5, несмотря на высокую селективность, воздействуют и на другие изоферменты ФДЭ.

Цель исследования - изучение состояния эректильной функции и оплодотворяющей способности спермы у пациентов с хроническим бактериальным простатитом, получающим терапию тадалафилом.

Материал и методы исследования. В исследование было включено 22 больных с хроническим бактериальным простатитом, осложненным эректильной дисфункцией. Средний возраст больных составил $31,3 \pm 4,6$ лет. Все пациенты получали стандартную консервативную терапию, включающую применение антибиотиков, α -адреноблокаторов, нестероидных противовоспалительных препаратов, биорегуляторных пептидов, иммуномодуляторов. После окончания курса лечения все пациенты в течение 30 суток получали тадалафил (5 мг/сут). Для оценки тяжести клинической симптоматики использовали шкалу симптомов хронического простатита NIH-CPSI. Оценка эректильной функции проводили с помощью расчета международного индекса эректильной функции (МИЭФ). Исследование эякулята проводилось двукратно – до стандартной консервативной терапии и после окончания 30 дневного курса тадалафила. Исследование выполнялось в соответствии с рекомендациями ВОЗ в 5-м издании («WHO laboratory manual for the examination and processing of human semen», 2010). Полученные данные были обработаны с использованием методов вариационной статистики. Все данные представлены в виде $M \pm m$. Оценка достоверности различий осуществлялась по критерию Стьюдента.

Результаты. До начала консервативной терапии индекс симптомов по шкале NIH-CPSI составил $22,7 \pm 1,4$ баллов. При микроскопии секрета простаты увеличение количества лейкоцитов в секрете простаты было отмечено у всех пациентов и в среднем составило $25,2 \pm 4,1$ в поле зрения микроскопа. До начала консервативной терапии средний балл эректильной функции составил $23,0 \pm 0,4$, с удовлетворенности половым актом $10,8 \pm 0,4$, оргазмическая функция была оценена в $8,4 \pm 0,2$ баллов, либидо – $8,6 \pm 0,2$, общая удовлетворенность – $6,7 \pm 0,4$. При исследовании эякулята были получены следующие результаты: объем эякулята составил $3,42 \pm 0,47$ мл, pH $7,15 \pm 0,22$, вязкость $2,41 \pm 0,19$ см, средняя концентрация сперматозоидов в эякуляте составила $58,87 \pm 7,21$ млн/мл. Подвижность сперматозоидов имела следующие показатели: PR $42,35 \pm 2,56\%$, NP $14,18 \pm 2,34\%$, IM $42,12 \pm 3,08\%$. Показатель агрегативности сперматозоидов составил $1,4 \pm 0,2$ балла. Показатель MAR-теста составил $13,6 \pm 2,1\%$.

После окончания двухэтапного курса лечения, включающего стандартную консервативную терапию и прием тадалафила в течение 30 суток, индекс симптомов по шкале NIH-CPSI составил $11,6 \pm 0,3$ ($p < 0,001$). При микроскопии секрета простаты увеличение количества лейкоцитов больше 10 клеток в поле зрения микроскопа сохранялось только у 4 пациентов и в среднем составило $12,2 \pm 0,4$ ($p < 0,005$). Эректильная функция оценена пациентами в $25,9 \pm 0,5$ баллов ($p < 0,001$), удовлетворенность половым актом – $12,9 \pm 0,4$ ($p < 0,001$), оргазмическая функция – $9,7 \pm 0,5$ ($p < 0,05$), либидо $8,4 \pm 0,2$, общая удовлетворенность $9,2 \pm 0,4$ ($p < 0,01$), что указывает на достоверное улучшение сексуальной функции на фоне проведенной комплексной терапии. Объем эякулята составил $2,74 \pm 0,23$ мл, pH $7,18 \pm 0,20$, вязкость $2,21 \pm 0,11$ см, средняя концентрация сперматозоидов в эякуляте составила $63,22 \pm 6,68$ млн/мл. Подвижность сперматозоидов имела следующие показатели: PR $41,35 \pm 2,12\%$, NP $13,27 \pm 2,44\%$, IM $46,05 \pm 3,19\%$. Показатель агрегативности сперматозоидов составил $0,9 \pm 0,1$ ($p < 0,05$) балла. Показатель MAR-теста составил $9,7 \pm 0,8\%$.

Заключение. Использование ингибиторов ФДЭ-5 нивелирует проблемы, обусловленные сексуальной дисфункцией. Применение тадалафила в дозировке 5мг/сут в течение 30 суток не оказывает негативного влияния на сперматогенез.

Литература

1. Белый Л.Е. Механизмы развития патоспермии при остром эпидидимоорхите, осложненном интраскrotальной гипертензией / Л.Е. Белый, И.И. Коньшин // *Фундаментальные исследования.* – 2013. – №7-2. – С.277-280.
2. Белый Л.Е. Острый эпидидимит: этиология, патогенез, диагностика и лечение / Л.Е. Белый // *Проблемы репродукции.* – 2010. – № 4. – С.66–71.
3. Белый Л.Е. Ультразвуковая диагностика у больных с почечной коликой / Л.Е. Белый // *Клиническая медицина.* – 2009. – №6. – С.53-56.
4. Белый Л.Е. Ультразвуковая оценка расстройств внутривисцерального кровотока и нарушений уродинамики у больных с острой обструкцией верхних мочевых путей / Л.Е. Белый // *Российские медицинские вестн.* – 2005. – №3. – С.49-53.
5. Есилевский Ю.М. Комплексное лечение больных хроническим простатитом и сексуальной дисфункцией / Ю.М. Есилевский // *Фарматека.* – 2004. – №16. – С. 3–4.
6. Локшин К.Л. Современные тенденции в медикаментозной терапии эректильной дисфункции ингибиторами фосфодиэстеразы 5 типа / К.Л. Локшин // *Русский медицинский журнал.* – 2011. – №32. – С. 2068–2071.
7. Dunn M.E., Althof S.E., Perelman M.A. Phosphodiesterase type 5 inhibitors' extended duration of response as a variable in the treatment of erectile dysfunction // *Int J Impot Res.* – 2007. – Vol.19. – P. 119–123.

Валеев З.Г.

Соискатель степени кандидата медицинских наук, заместитель главного врача по организационной и методической работе ГАУЗ ГKB №16 г. Казани.

ИССЛЕДОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ ОКАЗАНИЯ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ И ЕЁ ВЛИЯНИЕ НА ПОКАЗАТЕЛИ ГОСПИТАЛЬНОЙ ЛЕТАЛЬНОСТИ В БОЛЬНИЦЕ СКОРОЙ ПОМОЩИ (ПО МАТЕРИАЛАМ ГБСМП №1 Г. КАЗАНИ)

Аннотация

Изучить взаимодействие лечебно-профилактических учреждений при организации оказания скорой медицинской помощи на всех этапах до обращения в приемное отделение ГБСМП №1. Определить степень влияния догоспитального этапа на рост летальности в стационаре. По результатам исследования предложить организационно - управленческие рекомендации, направленные на повышение качества и эффективности службы экстренной медицинской помощи.

Ключевые слова: госпитальная летальность, догоспитальный этап, бригада скорой помощи.

Valeev Z.

Applicant for a degree of candidate of medical sciences, deputy chief physician GAUS GCB №16, KAZAN.

RESEARCH OF THE ORGANIZATION OF AMBULANCE PREHOSPITAL STAGE AND ITS IMPACT ON HOSPITAL MORTALITY IN EMERGENCY HOSPITAL (ON MATERIALS GBSMP №1 KAZAN)

Abstract

Study of the interaction of health care institutions in the organization of emergency medical care at all stages before going to the emergency room GBSMP № 1. Determine the grade of influence on the growth of pre-hospital stage to the hospital mortality. According to