

УДК 616.69-008.3-07

*В.И.Зайцев, Б.М.Гафси Махер***ВОЗМОЖНОСТИ ОБЪЕКТИВИЗАЦИИ ЖАЛОБ У ПАЦИЕНТОВ С ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ ЭЯКУЛЯЦИЕЙ**Кафедра анестезиологии, реаниматологии и урологии (зав. – проф. В.Н.Коновчук)
Буковинского государственного медицинского университета, г. Черновцы

Резюме. В работе приведены основные методы и критерии постановки диагноза преждевременной эякуляции (ПЭ) и опроса больных, существующие в современной урологии, проанализированы их преимущества и недостатки. Оптимальный из существующих методов – Китайский индекс ПЭ (КИПЭ). На основании его апробации на 20 пациентах с ПЭ определены основные позитивные и негативные моменты его использования

и категории пациентов, у которых показано применение КИПЭ. Предложены также пути его усовершенствования и оптимизированный вариант опроса пациентов с ПЭ.

Ключевые слова: преждевременная эякуляция, Китайский индекс преждевременной эякуляции, статист.

Вступление. Преждевременная эякуляция (ПЭ) в современной медицине признана самым распространенным сексуальным нарушением у мужчин, встречаясь у 30-40% сексуально активных мужчин и 75% мужчин в определенные моменты жизни [3,4,7]. В отличие от эректильной дисфункции (ЭД), которая последние 10-15 лет активно изучается, ПЭ только последние годы привлекла внимание специалистов. Общепринятого ее определения до сих пор не существует, многие определения являются частичными, субъективными и неспециальными. Считается, что идеальное определение или диагностика должны включать латентное время внутривлагалищной эякуляции /ЛВВЭ/, способность контролировать эякуляцию, степень удовлетворения мужчины, степень удовлетворения женщины, частоту достижения оргазма партнершей, ряд психологических и патологических факторов [10]. В то же время, постановка самого диагноза требует применения специфических методов, абсолютное большинство которых является достаточно субъективными, причем субъективными вдвойне – вначале при оценке пациентом своего состояния, потом при оценке врачом ответов пациента. Кроме того, для объективизации состояния больного необходимо учитывать множество факторов, которые могут влиять на возникновение и протекание данного заболевания и которые не учитываются в существующих классификациях и опросниках [1,9].

Анализ литературы показал, что не существует универсального определения ПЭ. Так, Мастерс и Джонсон определили ПЭ как неспособность сдерживать эякуляцию до тех пор, пока партнер с нормальной сексуальной функцией не достигнет оргазма 50% времени. Облер определил это нарушение как эякуляцию, наступившую меньше, чем через 2 минуты от начала вагинальной пенетрации. Некоторые специалисты ввели в качестве критерия ПЭ определение, основанное на количестве толчков в пределах 8-15 до достижения эякуляции [8-10].

После второй консультации по сексуальным дисфункциям было предложено современное

определение и диагностика ПЭ. ПЭ получила определение в соответствии с тремя основными критериями: 1) короткий латентный период эякуляции, 2) потеря контроля, 3) психологический дистресс у пациентов / или партнера. Латентная эякуляция в течение 2 мин. и меньше может быть показателем для диагноза ПЭ вместе с неспособностью задерживать или контролировать эякуляции и выраженным дистрессом в связи с такой патологией. Для постановки диагноза ПЭ должны присутствовать все 3 компонента [3,10].

Исходя из того, что не существует общепринятого определения ПЭ, не может существовать и четких инструментов ее диагностики. Считается, что в большинстве случаев ПЭ является результатом смешения психогенных, физиологических и органических факторов. Для диагностики ПЭ, кроме обычных тестов, таких как общий анализ мочи, предлагается проводить определение уровня гормонов, психосексуальный опрос, характеристику пары и физическое обследование, обследование простаты, определение лептина плазмы, измерение магния в сперме, определение чувствительности головки полового члена, хотя их практическое значение до сих пор остается дискуссионным [4,5].

Из существующих методов диагностики наиболее приемлем, по мнению большинства исследователей, Китайский индекс преждевременной эякуляции /КИПЭ/ благодаря тому, что он включает все вышеназванные элементы. В него вошли 10 вопросов, на которые пациент должен ответить по 5-бальной шкале Ликерта с подсчетом индивидуального количества очков и общего счета. Бинарная логичная регрессия показала, что вопросы 4, 5, 6, 7 и 10 тесно связаны с ПЭ, то есть КИПЭ можно упростить, используя только 5 вопросов. 18 пунктов в КИПЭ–5 можно считать точкой отсчета для дифференцирования ПЭ от нормы [2,6].

Цель исследования. Предложить усовершенствованный вариант опросника для больных с ПЭ.

Материал и методы. Исследование проводилось путем анализа литературы и оценки пред-

ложенных методов оценки состояния больных с ПЭ, их усовершенствования и апробации предложенного опросника на 20 пациентах с ПЭ. Всем пациентам проводилось комплексное обследование, которое включало детальный сексуальный и урологический опрос, обследование секрета простаты методами световой микроскопии и иммунофлюоресценции, определение уровня гормонов крови (тестостерон, тиреотропный гормон, ТЗ, Т4), УЗИ мочеполовой системы.

Результаты исследования и их обсуждение.

Мы обследовали 20 мужчин, основной жалобой которых была ПЭ. Возраст обследованных – 29,8±6,5 лет. Кроме ПЭ, у большинства пациентов присутствовали другие жалобы. Наиболее частой из них были болевые ощущения или дискомфорт в уретре, промежности, органах мошонки (у 15 человек), другие сексуальные нарушения (эректильная дисфункция (ЭД), уменьшение либидо, боли при эякуляции). Ни у одного из пациентов не было выявлено явных неврологических или психологических нарушений, которые могли бы быть этиологическим фактором ПЭ. Среди возможных причин возникновения ПЭ у абсолютного большинства больного был диагностирован хронический простатит (у 18 пациентов). Из них у 16 пациентов при обследовании секрета простаты выявлены патогенные возбудители (хламидии, трихомонады, моликуты), у 2 – условно-патогенные микроорганизмы (представители кокково-бациллярной флоры). У троих пациентов выявлено уменьшение уровня тестостерона крови, а у одного – увеличение уровня тиреоидных гормонов.

При опросе больных с использованием КИ-ПЭ выявлены следующие особенности его использования. Анкетирование показало по большинству вопросов значительную долю субъективизма, зависящего как от адекватности разъяснения пациенту сути вопроса врачом, так и от соответствующего понимания их пациентом. Последний фактор значительно зависел от уровня образования пациента и от его возраста – пациенты старше 60 лет в большинстве своем не могли полноценно ответить на большинство этих вопросов. Поэтому оценка результатов тестирования этой группы пациентов должна быть достаточно критичной. Кроме того, еще целый ряд обстоятельств значительно влияет на результаты тестирования. Апробация КИПЭ показала, что для получения достоверного результата необходимо:

- Наличие постоянного полового партнера на протяжении хотя бы трех месяцев. Анализ показал, что только при регулярных половых контактах возможна стабилизация показателей сексуальной жизни, в т.ч. и длительности полового акта.
- Наличие достаточного психологического контакта между партнерами.
- Отсутствие явных проблем со здоровьем, которые ограничивали бы возможность совершения половых контактов.

- Наличие желания иметь половые контакты у обоих партнеров.

Кроме перечисленных факторов, влияющих на получение достоверного результата, апробация предложенного КИПЭ выявила ряд особенностей его использования у данного контингента больных:

- Ответы на все предложенные вопросы следует оценивать во временном аспекте, отмечая степень изменения каждого параметра на протяжении последнего года, что позволяет дифференцировать определенные врожденные причины и стабильные психологические установки от приобретенных относительно недавно заболеваний.
- Важным моментом является наличие достаточного сексуального опыта пациента – например, один из пациентов был молодым мужчиной, который обратился после первых в его жизни двух половых актов, оба из которых закончились эякуляцией через 1-2 мин. Обследование не показало никаких отклонений и после психологической работы с ним при продолжении половых контактов ситуация нормализовалась. Вряд ли следует считать данную ситуацию патологической (как и при нерегулярной половой жизни и некоторых других состояниях), скорее речь идет об одном из вариантов физиологической реакции. Ее можно трактовать как приспособительную реакцию, имеющую эволюционное происхождение – при редких половых контактах жизненно важным для выживания вида было успеть при первой возможности быстро оплодотворить самку. У человека, вида с массивными социальными и культурными наслоениями на психологическое восприятие половой жизни, этот приспособительный механизм уже трактуется как определенная патология.
- Необходимо учитывать определенные конституциональные и психологические особенности пациентов, при которых ПЭ может быть первичной – то есть наблюдаться с самого начала половой жизни и не изменяться со временем (наблюдалась у двух пациентов). В этих ситуациях необходимо назначать, с нашей точки зрения, процедуры, корригирующие процессы возбуждения при возникновении эякуляторного рефлекса (применение ингибиторов обратного захвата серотонина, анестезирующих кремов). Другим вариантом может быть присутствие ПЭ при первом половом контакте и значительно более длительный период при втором, причем для мужчины это может быть нормой.
- Вторичная ПЭ, наоборот, возникает после определенного периода с нормальной длительностью полового контакта. В этих ситуациях (если это не связано с возрастными изменениями) в первую очередь необходимо предположить возникновение определенного фактора,

который и привел к данному расстройству (по нашим данным, чаще всего это воспалительный процесс в органах половой системы).

- ПЭ может быть постоянной (возникающей при каждом половом контакте на протяжении определенного времени – мы считаем, что на протяжении хотя бы месяца) или периодической (возникающей при определенных обстоятельствах или с определенным партнером). Среди наших больных у четырех ПЭ была постоянной (20%), у остальных 80% ПЭ была периодической с частотой от «в большинстве случаев» до «менее 1/3 случаев».
- Наличие признаков воспалительного процесса на головке полового члена и уретре может приводить к значительному повышению ее чувствительности и уменьшению времени полового контакта. В других ситуациях, наоборот, при болевых ощущениях при половом контакте, его длительность может быть чрезмерной, вплоть до отсутствия эякуляции.

Таким образом, в результате проведенного исследования нами предложены следующие подходы к опросу пациентов с ПЭ:

1. Основными вопросами, определяющими постановку диагноза, являются:

- ЛВВЭ,
- трудности в контроле длительности полового акта,
- частота возникновения чувств беспокойства, депрессии и стресса вследствие нарушения половой деятельности;
- уверенность в выполнении сексуальной деятельности,
- частота достижения оргазма партнером в половом акте,
- удовлетворение партнерши.

Все перечисленные вопросы должны оцениваться состоянием за последний месяц и степенью изменений за последний год, которую мы предлагаем делить на три категории: «не изменилось», «ухудшилось незначительно», «ухудшилось значительно». Пациент должен ответить на каждый из этих вопросов по пятибалльной шкале.

2. Дополнительными общими вопросами, помогающим уточнить происхождение и особенности протекания ПЭ являются:

- первичный или вторичный характер ПЭ;
- постоянная или периодическая ПЭ;
- наличие других нарушений сексуальной функции;
- состояние межличностных взаимоотношений в семье.

Оценка ПЭ может быть адекватной только при следующих условиях:

- наличие постоянного полового партнера на протяжении хотя бы трех месяцев;
- отсутствие выраженных психологических или физических заболеваний, ограничивающих возможность половых контактов;

- наличие достаточного сексуального опыта пациента.

Таким образом, проведенное исследование показало, что на сегодняшний момент не существует оптимального метода диагностики ПЭ. Предложенный КИПЭ имеет ряд достаточно существенных недостатков, ограничивающих его применение у ряда пациентов. У части мужчин ПЭ следует считать временным физиологическим вариантом половой функции.

Вывод

Предложен усовершенствованный вариант опросника для пациентов с преждевременной эякуляцией.

Перспективы дальнейших исследований.

Дальнейшие исследования могут проводиться по пути более широкой апробации предложенного варианта и его усовершенствования, описания клинических особенностей у больных с ПЭ.

Литература

1. Возианов А. Ф., Горпинченко Й. Й. Эректильная дисфункция: диагностика и современные методы лечения // Сексология и андрология. — Киев: Институт урологии АМН Украины, 2002. — С. 3- 6.
2. Горпинченко І.І., Гурженко Ю.М. Традиційні та нетрадиційні методи лікування андрологічних та сексологічних хворих // Ж. практичн. лікаря.- № 6.- 2001. - С.33-39.
3. Barnas J.L., Pierpaoli S., Ladd P. et al. The prevalence and nature of orgasmic dysfunction after radical prostatectomy// BJU Int.- 2004.- V.94.- P. 603-605.
4. Colpi G., Weidner W., Jungwirth A. et al. EAU guidelines on ejaculatory dysfunction// Eur. Urol.- 2004.- V.46.- P.555-558.
5. Giuliano F., Clement P. Physiology of ejaculation: emphasis on serotonin control// Eur.Urol.- V.48, №3.- 2005.- P.408-417.
6. Jannini E.A., Carosa E., Pepe M. et al. Update of pathophysiology of premature ejaculation// Eur.Urol.- V.4.- 2006.- P.141-150.
7. McMahon C.G., Abdo C., Incrocci L. et al. Disorders of orgasm and ejaculation in men// Sexual medicine. Sexual dysfunctions in men and women. Ed.: Lue T.F., Basson R., Rosen R., Giuliano F., Khoury S., Montorsi F.- Plymouth, UK: Health Publication.- 2004.- P. 411-468.
8. Rosen R., Altwein J., Boyle P. et al. Lower urinary tract symptoms and male sexual dysfunction: the multinational survey of the aging male (MSAM-7)// Eur. Urol.- 2003.- V.44.- P.637-639.
9. Waldinger M.D. The neurobiological approach to premature ejaculation// J. Urol.- 2002.- V.68.- P.2359-2367.
10. Wang W., Kumar P., Minhas S., Ralph D. Proposals or findings for the new about how to define and diagnosis premature ejaculation // Eur.Urol.- V.48, №3.- 2005.- P.418-423.

МОЖЛИВОСТІ ОБ'ЄКТИВІЗАЦІЇ СКАРГ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ПЕРЕДЧАСНОЮ ЕЯКУЛЯЦІЄЮ

В.І.Зайцев, М.Гафсі

Резюме. У роботі наведені головні методи і критерії постановки діагнозу передчасної еякуляції (ПЕ) і опитування хворих, які існують у сучасній урології, проаналізовані їх переваги та недоліки. Зроблений висновок, що найбільш оптимальним із існуючих методів є Китайський індекс ПЕ (КІПЕ). На основі його апробації на 20 пацієнтах з ПЕ визначені головні позитивні і негативні моменти його використання і категорії пацієнтів, яким показано застосування КІПЕ. Також запропоновані шляхи його вдосконалення і оптимізований варіант опитування пацієнтів з ПЕ.

Ключові слова: передчасна еякуляція, Китайський індекс передчасної еякуляції, простатит.

OBJECTIFICATION POSSIBILITIES OF COMPLAINTS
IN PATIENTS WITH PREMATURE EJACULATION*V.I.Zaitsev, Gafsi Maher b. M.*

Abstract. The principal methods and criteria of making a diagnosis of premature ejaculation (PE) and questioning patients, existing in modern urology have been presented in the study, their advantages and defects have been analysed. The Chinese index of premature ejaculation (CIPE) is considered to be optimal among the existing ones. On the basis of its clinical testing on 20 patients with PE the basic positive and negative moments of its use and categories of patients with the indication of CIPE in them have been determined. Ways of its updating and an optimal variant of questioning patient with PE have been suggested.

Key words: premature ejaculation, Chinese index of premature ejaculation, prostatitis.

Bukovinian State Medical University (Chernivtsi)

Рецензент – доц. Р.І.Рудницький

Buk. Med. Herald. – 2007. – Vol.11, №2. - P.37-40

Надійшла до редакції 6.02.2007 року

УДК 616.1 + 616.43 – 053.2 /.6

*І.А.Зорій, С.В.Білецький, Н.М.Шевчук, Т.М.Крецу*КЛІНІКО-БІОХІМІЧНІ МАРКЕРИ МЕТАБОЛІЧНОГО СИНДРОМУ
В ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВКафедра сімейної медицини (зав. – проф. С.В.Білецький)
Буковинського державного медичного університету, м. Чернівці

Резюме. У роботі представлені результати виявлення маркерів метаболічного синдрому в 45 дітей та підлітків віком від 8 до 18 років. Досліджені антропометричні параметри (маса тіла, зріст, індекс маси тіла, окружність талії), біохімічні показники (вуглеводний та ліпідний спектр крові). Виявлено збільшення індексу маси тіла, окружності талії, підвищення рівня триацилгліцеролів, холестеролу, порушення толерантності до глюкози, підвищення рівня імунореактивного інсуліну натще. За нашими даними, маркерами мета-

болічного синдрому в дітей з ожирінням виявились: абдомінальний тип ожиріння, артеріальна гіпертензія, порушення толерантності до глюкози, гіперінсулінемія, гіпертриацилгліцеролемія. Встановлено, що надлишок маси тіла корелює з рівнем систолічного артеріального тиску, індексом НОМА_{IR} [інсулін крові натще (мкОД/мл) x глюкоза крові натще (ммоль/л)/22,5] та рівнем глікемії.

Ключові слова: метаболічний синдром, діти, вуглеводний та ліпідний обміни.

Вступ. Метаболічний синдром (МС) - це розповсюджений комплекс клініко-біохімічних порушень, зумовлений зниженням чутливості тканин до інсуліну, найбільш частим проявом якої є артеріальна гіпертензія (АГ), дисліпідемія, абдомінальне ожиріння (АО), порушення толерантності до глюкози (ПТГ) або цукровий діабет (ЦД) типу 2. Порушення гормонально-метаболічного статусу при МС зумовлюють ранній розвиток атеросклеротичних змін судин, що створює передумови для виникнення й швидкого прогресування ряду тяжких захворювань, які призводять до ранньої інвалідизації та передчасної смерті [5].

Раніше вважали, що МС характерний тільки для людей середнього віку, переважно жінок. Однак проведені дослідження за підтримки Американської Асоціації Діабету свідчать про те, що за минулі два десятиліття МС демонструє високий зріст серед дітей та, особливо, підлітків. Кластер факторів ризику, які пов'язані з інсулінорезистентністю (ІР), починають формуватися вже в дитячому та підлітковому віці. Однак у педіатричній практиці дослідження дітей та підлітків із МС одиничні, а клініко-діагностичні критерії цього синдрому в дитячому та підлітковому віці остаточно не встановлені. Основними клінічними проявами МС у дітей та підлітків вважають ожиріння та АГ [6].