

Эректильная дисфункция у больных с малой длительностью сахарного диабета 2 типа

Р.В. Роживанов, Ю.И. Сунцов, С.Ю. Калинин,
Г.А. Мельниченко, Н.С. Шишкина, О.Н. Бондаренко

ГУ Эндокринологический научный центр
(дир. — акад. РАН и РАМН И.И. Дедов) РАМН, Москва

Эректильная дисфункция (ЭД) широко распространена среди мужчин, больных сахарным диабетом (СД), и встречается у 50-60% пациентов [10]. В исследовании Brunner и соавт. ЭД выявлена у 49% больных СД 1 типа [3], в то время как среди мужчин с СД 2 типа этот показатель достигал 89,2% [4]. Показана более высокая распространенность ЭД среди пациентов с диабетом, чем среди пациентов с артериальной гипертензией или среди здоровой группы мужчин [4].

Риск возникновения ЭД при СД в 3 раза выше, чем в здоровой популяции [6]. В исследовании Васон и соавт. показано, что по данным регрессионного анализа мужчины с СД 2 типа в сравнении с мужчинами без диабета имели достоверно более высокий риск развития ЭД (1,3 для мужчин с СД 2 типа) [2].

Более чем у 50% больных диабетом ЭД возникает в первые 10 лет болезни и может предшествовать другим осложнениям диабета или является их первым проявлением [10]. Известно, что частота развития ЭД находится в прямой зависимости от возраста больного [5], а также длительности диабета [8, 10]. Вероятной причиной возрастания частоты ЭД у больных СД 2 типа с возрастом является развитие сопутствующей патологии, особенно ишемической болезни сердца [9] и артериальной гипертензии, а также более частый прием больными лекарственных препаратов, негативно влияющих на половую функцию [7].

Нами предпринята работа по оценке распространенности и характеристик ЭД у больных с малой длительностью СД 2 типа с целью установления доминирующего фактора в ее этиологии.

Объем и методы исследования

Специалистами ГУ ЭНЦ РАМН (мобильного модуля) проведено скрининговое обследование репрезентативной выборки больных СД 2 типа мужчин в Нижнем Новгороде и различных районах Нижегородской области на предмет наличия осложнений СД в рамках Федеральной целевой программы «Сахарный диабет». Для оценки компенсации СД у всех пациентов определялся уровень гликированного гемоглобина (HbA_{1c}) на приборе DC A 2000+.

У 29 пациентов, включенных в дальнейшее исследование, длительность СД не превышала 3 лет (со слов больных и по данным медицинской документации). У всех пациентов был собран половой анамнез, проведено анкетирование по шкале Международного индекса эректильной функции (МИЭФ) и шкале скрининг-оценки андрогенодефицита (по Morley) для исключения пациентов с симптомами андрогенодефицита; произведена доплерография артерий полового члена (прибор Minimax Doppler Fono, датчик с

постоянной частотой 10 мГц) и определение вибрационной (камертон 128 С), тактильной (микрофиламент 9 г), температурной (устройство «Thio-Term», производства фирмы «ASTA Medica AG») чувствительности полового члена с оценкой бульбокавернозного рефлекса по стандартной методике [11]. На основании полученных данных диагностировалась та или иная форма ЭД.

В исследование не включены пациенты, принимающие препараты с доказанным негативным влиянием на половую функцию (β-блокаторы и диуретики тиазидного ряда).

Статистическая обработка данных проведена с использованием пакета прикладных программ STATISTICA (StatSoft Inc. США, версия 6.0). Сравнение показателей (представлены медианы и 95% доверительные интервалы) осуществлялось непараметрическим методом с использованием U-критерия Манна-Уитни. Статистически значимыми считали различия при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

Из 29 пациентов ЭД выявлена у 8 (27%) мужчин (средний балл по МИЭФ составил 13,5 (9,1-16,9), что соответствует средней степени тяжести ЭД). У 2 пациентов оценить состояние половой функции не представлялось возможным, так как они не жили половой жизнью вследствие медицинских противопоказаний (состояние после операции по поводу доброкачественной гиперплазии предстательной железы и повторного инфаркта миокарда). У 19 пациентов нарушений половой функции выявлено не было. Группы пациентов с ЭД и отсутствием нарушений половой функции достоверно не различались по длительности СД ($p=0,894$), которая составила 1,25 (0,6-2,25) и 1,0 (1,0-1,88) года соответственно; и по возрасту ($p=0,184$), который составил 57,5 (50,6-63,8) и 55,0 (47,7-55,7) лет соответственно. Показатели гликированного гемоглобина у пациентов с ЭД и без нарушений половой функции также достоверно не различались ($p=0,651$) и составляли 8,7 (6,6-10,0) и 7,2% (6,9-8,8) соответственно, т. е. все пациенты находились в состоянии декомпенсации СД. Данные обследования пациентов с ЭД представлены в таблице.

В структуре ЭД у пациентов с малой длительностью СД преобладала нейрогенная форма, длительность заболевания которой была сопоставима с длительностью СД. Васкулогенная форма ЭД по длительности расстройства превышала длительность СД, и, вероятно, ее развитие было связано с предшествующей диабету сопутствующей сосудистой соматической патологией (атеросклерозом артерий и артериальной гипертензией).

Результаты обследования пациентов с ЭД

Пациенты	Длительность диабета	Длительность ЭД	Форма ЭД	Другие осложнения СД, соматическая патология и дата ее выявления
1	Около 6 мес.	Около 1 года	Нейрогенная	Дистальная диабетическая полинейропатия (2004)
2	Около 6 мес.	Около 1 года	Нейрогенная	Нет
3	1,5 года	1,5 года	Нейрогенная	Дистальная диабетическая полинейропатия (2004)
4	2,5 года	2,5 года	Нейрогенная	Дистальная диабетическая полинейропатия (2004)
5	1 год	1 год	Нейрогенно-васкулогенная	Дистальная диабетическая полинейропатия (2004), атеросклероз артерий нижних конечностей (2002)
6	1 год	2 года	Нейрогенно-васкулогенная	Дистальная диабетическая полинейропатия (2004), артериальная гипертензия (2003)
7	Около 6 мес.	2 года	Васкулогенная	В анамнезе острое нарушение мозгового кровообращения (1987) на фоне артериальной гипертензии (1987)
8	3 года	5 лет	Васкулогенная	Дистальная диабетическая полинейропатия (2004), атеросклероз артерий нижних конечностей (2002), инфаркт миокарда (2000, 2003), артериальная гипертензия (1988)

Следовательно, ЭД, развившаяся именно вследствие СД, выявлена у 6 (20%) пациентов, но поскольку объем обследованной выборки невелик, реальная распространенность ЭД в данной группе пациентов может отличаться от полученной.

У всех пациентов с нейрогенной формой ЭД было выявлено и другое осложнение СД – дистальная

диабетическая нейропатия. Распространенность осложнений СД и сопутствующей патологии среди пациентов с ЭД и без нарушений половой функции представлена на рисунке.

В группе пациентов с отсутствием нарушений половой функции осложнения СД, и сопутствующая патология выявлялись значительно реже: только у 3 мужчин (15%) была выявлена васкулопатия (атеросклероз артерий нижних конечностей). Дистальная диабетическая нейропатия была выявлена у 3 (15%) пациентов этой группы.



Распространенность осложнений сахарного диабета и сопутствующей патологии среди пациентов с ЭД и без нарушений половой функции.

Выводы

1. ЭД нередко является одним из первых выраженных клинических проявлений СД 2 типа у мужчин.

2. В структуре ЭД, возникшей у пациентов в начале заболевания СД, преобладает нейрогенная форма.

3. Развитие васкулогенной формы ЭД, выявляемой в начале заболевания СД, вероятнее всего связано с васкулопатией, обусловленной соматической патологией, возникшей до дебюта СД.

Литература

1. Тиктинский О.Л., Михайличенко В.В. Андрология. – Медиа Пресс, 1999.
2. Bacon C.G., Ни F.B., Giovannucci E. // Diabetes Care.-2002.-Vol. 25, N.8.-P.1417.
3. Brunner G.A., Pieber T.R., Schattenberg S., et al. // Wien Med Wochenschr. - 1995.-Vol.145,N.21.-P.584-586.
4. El-Rufaie O.E., Bener A., Abuzeid M.S., Ali T.A. // J Psychosom Res-1997.-Vol.43, N.6.-P.605-612.
5. Fedele D., Bortolotti A., Coscelli C, et al. // Int J Epidemiol.-2000.-Vol.29.-P.524-531.
6. Hakim L.S., Goldstein I. // Endocrinol. Metab. Clm. North Am. - 1996. - Vol. 25.-P. 379-400.
7. Impotence in Diabetes.// ed. by Price D.E., Aleksander W.D.-2002.- London.-164 p.
8. Klein R., Klein B.E, Lee K.E, et al. Prevalence of selfreported erectile dysfunction in people with long-term IDDM. // Diabetes Care. - 1996. - Vol. 19,N.2.-P. 135-141.
9. Kloner R.A., Mullm S.H., Shook T., et al. // JUrol.- 2003.- Vol.170, N.2. Pt. 2.-S.46-50.
10. Vinik A., Richardson D.// Diabetes Rev. -1998.-Vol.6, N.I-P.16-33