

Rezultate

Analiza chestionarelor IIEF a arătat un grad sever al DE la 24% (41) pacienți, severitate moderată 54% (92) pacienți și ușoară la 22% (36) de pacienți. Simptomele subiective ale deficienței androgenice au fost semnalate la 67 bărbați (39%). În același timp scăderea nivelului de testosteron total sau liber s-a remarcat la 31 (18%) pacienți. Am diagnosticat o prostatită cronică la 32 (19%) pacienți, iar o hiperplazie benignă de prostată la 48 (28%) pacienți. În 3 (1,8%) cazuri a fost diagnosticat un adenocarcinom al prostatei. Indicele crescut al masei corporale a fost detectat la 103 pacienți (61%), iar creșterea tensiunii arteriale la 45 (27%) pacienți. Niveluri crescute de colesterol sau a fracțiunile sale am determinat la 38 (22%) bărbați, creșterea glicemiei - în 29 (17%) cazuri. Prezența osteopeniei și/sau oste-

oporoziei am semnalat-o la 13 (7%) pacienți. Dereglarea funcției hepatice și/sau hepatite s-au depistat la 23 (14 %) pacienți. Alte patologii au fost diagnosticate în 14 (8%) cazuri.

Discuții și concluzii

Datele obținute au arătat că DE la pacientul adult în 89% cazuri este depistată pe fondalul unor patologii concomitente, despre care pacientul adeseori nu știe. DE poate fi primul simptom al unor maladii, precum: hipertensiunea arterială, boala ischemică a cordului, diabetul zaharat, prostatita cronică, hipogonadismul secundar tardiv, adenomul de prostată, sindromul metabolic, hepatita cronică, etc. Tratamentul pacienților cu DE, nu trebuie să fie doar simptomatic, dar patogenic, multidisciplinar cu implicarea altor specialiști.

ASPECTE CARDIOLOGICE ALE DISFUNȚIEI ERECTILE

CARDIOLOGIC ASPECTS OF ERECTILE DYSFUNCTION

Boris Baluțel, Ion Dumbrăveanu, Ghenadie Scutelnic, Adrian Tănase

Secția Urologie IMSP Spitalul Clinic Republican

Catedra Urologie și Nefrologie Chirurgică, USMF „N. Testemitanu”

Summary

We have presented in this article the issues of the erectile dysfunction (ED) in the patients with cardiovascular pathologies. The erectile dysfunction (ED) can hide severe coronary affections, present even in men who don't belong to the risk groups of cardiovascular diseases – the smokers, the obese people and the diabetic people. The erectile dysfunction (ED) is the most frequent pathology that affects the sexual life of millions of men in the whole world regardless their age, race, religion and social status. The fact that the erectile dysfunction quite often serves as the first manifestation of the cardiovascular pathology is demonstrated, and it must be included in the list of risk factors for cardiac diseases; the use of the cardiovascular preparations allow improving considerably the life quality of the patients suffering from the erectile dysfunction.

Introducere

Disfuncția erectilă (DE) este definită drept incapacitatea persistentă a unui bărbat de a obține și/sau menține o erecție suficientă pentru realizarea și finalizarea unui act sexual satisfăcător (NIH Consensus Statement of Impotence, 1993). [1]

Creșterea speranței de viață și a dorinței de ameliorare a calității vieții, mediatizarea posibilităților de investigare și terapie, confruntă tot mai frecvent practicianul cu disfuncția erectilă, care, prin prevalență, tinde să se impună ca o problemă de sănătate publică. Problema disfuncției erectile trebuie interpretată în context familial, social, istoric, cultural, moral și legal, elemente care influențează esențial adresabilitatea. [2]

Disfuncția erectilă este cea mai frecventă disfuncție a vârstnicului. Abordarea disfuncției erectile trebuie să fie reactualizată în sensul de a se considera, că disfuncția erectilă este frecvent semnalul și rezultatul unor tulburări mult mai

importante, care se impun a fi investigate cu toată atenția. Bărbații au cunoștințe destul de modeste privind actualele posibilități de diagnostic și tratament al disfuncțiilor erectile. Orice disfuncție erectilă necesită o evaluare completă, deoarece mulți dintre subiecți pot avea concomitent o patologie severă. (concluzii la 94-a întâlnire ale American Urological Association, 1 – 6 mai 1999). [2]

Epidemiologia

Prevalența disfuncțiilor erectile este diferit raportată și crește odată cu vârsta. Conform datelor statistice realizate în S.U.A. prevalența DE este de circa 52 % la bărbații cu vârsta cuprinsă între 40 – 70 ani (The Massachusetts Male Aging Study, 1994) [2]

Circa 150 milioane de bărbați suferă de DE în toată lumea, iar pronosticurile arată o creștere de 350 milioane către anul

2025. Un studiu realizat în anul 2000 indică o corelație semnificativă dependentă de vârstă a DE, astfel, incidența crește de la 10 % între 40 – 49 ani, 16 % la 50 – 59 ani, 34% între 60 – 69 ani și peste 50 % la bărbații trecuți de 70 ani, prevalența generală fiind de circa 19%. Prin urmare, în medie un bărbat din 5 are probleme de erecție.

În urma studiilor efectuate s-a schimbat radical concepția etiopatogenetică asupra disfuncțiilor erectile. Dacă în anii 70 – 80 ai secolului trecut se considera că 70 – 90% dintre disfuncțiile sexuale au substrat psihogen și sunt funcționale, în prezent se consideră că DE se datorează unor factori preponderent organici, în special pentru grupele de vârstă de peste 40 ani [3, 4]

Printre factorii incriminați în apariția disfuncțiilor erectile sunt cei cardiovasculari, neurogeni, endocrini, metabolici, etc. Circa 20% de pacienți cu DE au diabet zaharat diagnosticat sau nu, 30 – 45% sunt fumători sau consumă în mod regulat alcool, iar peste 70% au nivel crescut al colesterolului. [3, 5]

În realitate, la majoritatea bărbaților cauza principală a disfuncțiilor erectile sunt maladiile cardiovasculare. Majoritatea studiilor epidemiologice dedicate DE stabilesc legătură strânsă dintre apariția DE și hipertensiunea arterială (HTA), ateroscleroza. După părerea unor autori, depistarea DE dovedește prezența la pacient a unor maladii ascunse. (Nusbaum M.R. et al., 2002). [6]

În modificările aterosclerotice pereții vasculari își pierd elasticitatea, lumenul se micșorează din cauza plăcuțelor aterosclerotice care provoacă infarct și insult. Ca rezultat al modificărilor aterosclerotice ale arterelor peniene, apar nu numai modificări mecanice ale fluxului arterial, dar se dereglează producerea de neuromediatorii, care suplimentar micșorează elasticitatea vaselor.

Adeseori afecțiunile aterosclerotice (boala ischemică a cordului și DE) se dezvoltă paralel, deoarece factorii de risc sunt identici pentru disfuncția endotelială și ateroscleroză, boala ischemică a cordului care afectează arterele coronariene. (Kloner R. A., Speakman M., 2002).[10]

Riscul de dezvoltare a maladiilor cardiovasculare la pacienții de peste 50 ani a crescut esențial la pacienții cu DE. (Speel T.G. W. et al., 2003). Se presupune că DE este marcherul maladiilor cardiovasculare, dar după gradul DE se poate judeca despre progresarea bolii ischemice a cordului. (Kirby M. et al., 2001, Solomon H. et al., 2003). La micșorarea fluxului sistolic pe arterele peniene, după datele dopplerografiei peniene, unii autori propun efectuarea electrocardiografiei de efort, înaintea inițierii tratamentului DE. (Kawanishi Y. et al., 2001). [7]

Hipertensiunea arterială contribuie la apariția DE, chiar în lipsa aterosclerozei. După datele lui Roth A. și coaut. (2003) frecvența DE la bolnavii cu HTA constituie 46%. Cercetările experimentale internaționale în studierea HTA și DE au fost generalizate la conferința Europeană din Milan în 2003. Conform datelor prezentate, HTA contribuie la proliferarea țesutului muscular în corpii cavernoși și mărește conținutul colagenului III. Expresivitatea acestor modificări este direct proporțională cu gradul măririi cifrelor sistolice în HTA. [7]

Este dovedit faptul, că DE poate preceda manifestarea simptomelor patologiilor cardiace pe parcursul unui an și mai

mult, iar afectarea arterelor peniene se înregistrează la majoritatea bolnavilor cu DE. Dislipidemia nediagnosticată a fost prezentă la 60% bărbați cu DE, iar prezența DE arteriogene la bărbații de peste 50 ani este un semn incontestabil al afectării aterosclerotice a vaselor coronariene.

La pacienții cu nivelul colesterolului mai mare de 240 mg/ml se constată un risc sporit de dezvoltare a DE, cu 80% mai frecvent, decât la cei sănătoși. Modificările aterosclerotice se depistează mai mult de 50% la bărbații de peste 50 ani, astfel reducerea fluxului sangvin pe arterele peniene este cauza preponderentă a DE de origine organică.

DE și maladiile cardiovasculare sunt strâns legate între ele: în primul rând, au factori comuni de risc (vârsta, anxietatea, diabetul zaharat, depresia,); în al doilea rând, multe particularități ale modului de viață (fumatul, obezitatea, hipodinamia). La examinarea primară a bărbaților, care s-au adresat pentru probleme de erecție, nu se determinau modificări clinice ale sistemului cardiovascular, dar la 80% a fost depistat cel puțin un factor de risc pentru maladiile cardiovasculare, la 56% au fost evidențiate semne de modificări ale activității cardiace sub formă de micșorare a segmentului ST>1mV la efort fizic.[6]

Un factor etiologic comun de dezvoltare a DE este disfuncția endotelială. Se poate de pus semnul egalității între DE și disfuncția endotelială? Actualmente, la întrebare se poate de răspuns pozitiv, fiindcă corelația dintre DE și disfuncția endotelială este demonstrată. Spre exemplu: la pacienții cu diabet zaharat tip II și DE asociată se depistează mărirea marcherilor disfuncției endoteliale. HTA, diabetul zaharat, dislipidemia și fumatul provoacă stresul oxidativ, care din urmă, provoacă lezarea celulelor endoteliale. Celulele endoteliale lezate provoacă vasoconstricție, tromboză, ateroscleroză și DE.

Comunitatea etiologică și patogenetică a DE și a maladiilor cardiovasculare răspund la întrebarea „de ce medicul cardiolog trebuie să se ocupe de depistarea și tratarea DE?”. Patologia vasculară este cauza de bază a DE, DE este marcherul maladiilor cardiovasculare, depresia este însoțită de DE și poate provoca apariția bolilor cardiovasculare, DE poate fi complicație a terapiei medicamentoase în cardiologie, DE, în majoritatea cazurilor, se supune tratamentului conservativ. De aceea este foarte important dialogul între cardiolog și pacient în discuția acestei probleme destul de dificile.

Concluzii

1. Disfuncția erectilă deseori constituie prima manifestare a patologiei cardiovasculare și trebuie inclusă în lista factorilor de risc pentru bolile cardiace.

2. Disfuncția erectilă este frecvent semnalul de alarmă al unor tulburări mult mai importante, care impun a fi investigate cu toată atenția.

3. Disfuncția erectilă este marcherul maladiilor cardiovasculare, dar după gradul DE se poate judeca despre progresarea bolii ischemice a cordului.

4. În 80-85% disfuncția erectilă are un substrat organic, iar tratamentul adecvat indicat îmbunătățește calitatea vieții pacienților.

Bibliografie

1. NIH Consensus Conference: Impotence. JAER 1993, 270: 83-90.
2. FELDMAN H.A., GOLDSTEIN I, HATZICHRISTOU D.G. ET AL. Impotence and its medical and psychological correlates: results of the Massachusetts Male Aging Study. J Urol 1994; 151: 54-61.
3. MELMAN A., GINGELL J.C. The epidemiology and pathophysiology of erectile dysfunction. J Urol 1999; 161: 5-11
4. MEULEMANN E.J., DONKERS L.H., ROBERTSON C. ET AL. Erectile dysfunction: prevalence and effect on the quality of life: Boxmeer study. Ned Tijdschr Geneesk 2001; 145: 576-581
5. MONTORSI R., SALONIA A., DEHO R., ET AL. Pharmacological management of erectile dysfunction. B.J. Uinternational, 2003, Nr.5, vol 91. 448.
6. NUSBAUM M.R. Erectile dysfunction: prevalence, etiology, and major risk factors // J.Am. Osteopath. Assoc. 2002. Vol. 102, №12 Suppl. 4. P. S1-S6
7. KAWANISHI Y., LEE K. S., KIMARA K. ET AL. Screening of ischemic heart disease with cavernous artery blood flow in erectile dysfunctional patients // Int. J. Impot. Res. 2001. – Vol.13, №2. P.100-103
8. ВЕРТКИН А. Л., ЛОРАН О. Б., ТОПОЛЯНСКИЙ А. В., НОСОВИЦКИЙ П. Б., ЖИЛЕПКО В. В. „Эректильная дисфункция у кардиологических и терапевтических пациентов”, Русский медицинский журнал, том 9, №25, 2001
9. ПУШКАРЬ Д. Ю., ВЕРТКИН А. Л., „Эректильная дисфункция: „Кардиологические аспекты”
10. KLONER R.A. Erectile dysfunction in the cardiac patient // Compr. Ther. 2004, Vol. 30. №1, p.50-54
11. Arta Medica. Ediția specială. Anul 2006, pag. 31 – 32

ПРИЧИНЫ И МЕХАНИЗМЫ СЕКСУАЛЬНОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ ПРИ ЭКСКРЕТОРНО-ТОКСИЧЕСКОМ БЕСПЛОДИИ У МУЖЧИН

THE SEXUAL DISADAPTATION IN EXCRETORY-TOXIC INFERTILITY. MEDICAL-PSYCHOLOGICAL ASPECTS

CAUZELE ȘI MECANISMELE DEZADAPTĂRII SEXUALE ÎN INFERTILITATEA EXCRETORIE TOXICĂ LA BĂRBAȚI

В. О. Лещинский¹, В. А. Терновский²

1. Поликлиника Аппарата Правительства Республики Молдова, Кишинев
2. Районная больница, Унгены

Summary

On the basis of systemic approach personal and spouses interpersonal relationship changes are studied under conditions of excretory-toxic infertility in husband. The role of somatogenic, psychogenic, socialgenic and negative social-psychological factors in the sexual disadaptation development is revealed in this disease, its clinical forms are determined. An effective sexual health disorder psychotherapeutic correction system in infertile marriage caused by the excretory-toxic infertility in husband is worked out.

Rezumat

S-au stabilit cauzele și mecanismele dezvoltării, s-au descris și s-au caracterizat formele clinice a dezadaptării sexuale a soților cu sterilitate toxico-excretorie la bărbați. S-a arătat geneza complexă a dezadaptării la maladia dată și s-a formulat concluzia despre necesitatea bazării pe legitațiile apărute în corecția ei psihoterapeutică.

Введение

Наиболее распространенное андрологическое заболевание – хронический простатит – нередко осложняется экскреторно-токсическим бесплодием и влечет за собой развитие невротических расстройств и нарушение сексуального здоровья супружеской пары. Тем не менее, в достаточно обширной литера-

туре, посвященной простатиту [1–3], этим аспектам проблемы уделяется очень мало внимания. Причины, механизмы и условия развития, течение и клинические проявления сексуальной дезадаптации супругов при экскреторно-токсическом бесплодии у мужа практически не исследованы, что, естественно, во многом ограничивает возможности диагностики