



Приложение к журналу «Андрология и генитальная хирургия» Материалы Международного Конгресса по андрологии 28–31 мая 2009, Сочи, ОК «Дагомыс» УД Президента РФ

Эректильная дисфункция

Варденафил в лечении эректильной дисфункции у больных после радикальной простатэктомии

Гамидов С.И., Чепуров А.К., Гусейнов М.М.

Кафедра урологии ГОУ ВПО Российский Государственный Медицинский Университет Росздрава (зав. кафедрой – проф. Даренков С.П.), Москва

Введение. Радикальные операции на органах малого таза и прежде всего простатэктомия являются важной причиной развития органической эректильной дисфункции у мужчин. Хотя основным патофизиологическим механизмом развития эректильной дисфункции у подобных больных является поражение кавернозных нервов, снижение притока артериальной крови к кавернозным телам также имеет значение. Оба этих фактора вызывают развитие апоптоза и фиброза кавернозной ткани. Одним из возможных путей решения этой проблемы является применение фармакологических препаратов, улучшающих кровоснабжение кавернозных тел в послеоперационном периоде. Целью настоящего исследования являлось изучение действия постоянного приёма варденафила на эректильную функцию у пациентов, перенесших нервосберегающую радикальную простатэктомию.

Материалы и методы. Пациенты с исходно нормальной эректильной функцией после радикальной нервосберегающей простатэктомии ($n=37$) были разделены на две группы. Больные первой группы ($n=19$) принимали варденафил в дозе 10 мг ежедневно на ночь начиная с 8-го дня после операции. Пациенты из второй группы в те же сроки принимали плацебо. Все пациенты отвечали на вопросы МИЭФ, а также проходили исследование эндотелиальной функции кавернозных артерий через 3 и 6 месяцев после операции.

Результаты. Средний возраст пациентов из первой и второй групп составил $63,06 \pm 6,94$ и $64,36 \pm 3,25$ лет, соответственно. Показатели МИЭФ и ПУДКА были достоверно выше у больных, получавших варденафил по сравнению с получавшими плацебо как через 3 ($19,4 \pm 3,74$ и $52,5 \pm 3,08$ vs. $10,12 \pm 1,54$ и $25,9 \pm 5,41$, соответственно, $p < 0,01$), так и через 6 ($21,05 \pm 1,87$ и $53,8 \pm 4,28$ vs. $11,24 \pm 1,48$ и $21,5 \pm 4,75$, соответственно, $p < 0,01$) месяцев после операции.

Заключение. Данные настоящего исследования показывают, что приём варденафила после нервосберегающей радикальной простатэктомии улучшает эректильную функцию, что может быть связано с улучшением гемодинамики кавернозной ткани на фоне проводимой терапии.

Влияние метаболического синдрома на функциональное состояние эндотелия у больных органической эректильной дисфункцией

Мазо Е.Б., Гамидов С.И., Щербачев Д.В., Абдыкеримов Б.К.

Кафедра урологии ГОУ ВПО Российский Государственный Медицинский Университет Росздрава (зав. – профессор Даренков С.П.), Москва

Введение. В настоящее время накоплено достаточное количество экспериментальных и клинических доказательств того, что нарушение функционального состояния эндотелия является важнейшим патогенетическим механизмом развития органической эректильной дисфункции (ЭД). Нами описана модифицированная методика исследования эндотелиальной функции кавернозных артерий, результаты которой оказались высокоинформативными в диагностике артериогенной ЭД. Значительный интерес представляет влияние метаболического синдрома (МС), нарушения, объединяющего в себе целый ряд сосудистых факторов риска, способных оказывать неблагоприятное влияние на эндотелий, на состояние эндотелиальной функции кавернозных артерий. Целью настоящего исследования являлось изучение функционального состояния эндотелия у больных органической эректильной дисфункцией с и без МС.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 385 больных МС и ЭД (группа 1) и 210 больных органической ЭД без МС (группа 2). Все больные прошли комплексное андрологическое обследование, а также ультразвуковое исследование посткомпрессионных изменений диаметра кавернозных артерий по модифицированной нами методике. Результаты этого исследования оценивали с применением показателя Процентного Увеличения Диаметра Кавернозных Артерий (ПУДКА). С целью изучения эндотелиальной функции у всех больных также была исследована концентрация асимметричного диметиларгинина крови (АДМА).

Результаты. Средний возраст обследованных из 1 и 2 групп составил $49,74 \pm 10,66$ лет и $47,8 \pm 12,18$ лет, соответственно. Значения ПУДКА у больных из 1 группы оказались достоверно меньшими, при сравнении со 2-ой группой ($24,6 \pm 6,39\%$ и $34,47 \pm 10,17$, соответственно). Корреляционный анализ выявил достоверную связь между значениями ПУДКА и данными ответов на вопросы анкеты Международного Индекса Эректильной Функции в обследованной группе ($r=0,61$, $p < 0,05$). Уровень АДМА у больных из 1 группы был почти в 2 раза выше по сравнению с пациентами из 2-ой группы ($1,37 \pm 0,44$ μM и $0,71 \pm 0,33$ μM , соответственно). Практически у всех обследованных из 1-ой груп-

7. GlaxoSmithKline, Avodart SPC, September 2005.
8. Merck Sharp & Dohme, Proscar SPC, February 2004.
9. Marberger M et al. Eur Urol 2004; 45: 411–419.
10. Liu GF et al. In: Chatelain (ed). BPH International Consultation. Health Publication Ltd, 2001: 19–57.
11. Roehrborn CG et al. Urology 2002; 60: 434–441.

Эффективность золедроновой кислоты у больных с костными метастазами рака предстательной железы

Аполихин О.И., Сивков А.В., Ощепков В.Н., Кешишев Н.Г., Костин И.Е., Рабинович Э.З.

ФГУ «НИИ урологии Росмедтехнологии», Москва

Введение. Метастатическое поражение скелета отмечается у 85–100% больных распространенным раком предстательной железы (РПЖ). Раковые клетки продуцируют целый ряд факторов роста – медиаторов усиленного синтеза костной ткани остеобластами. Вместе с тем, клетки РПЖ продуцируют биологически активные субстанции, повышающие остеолитическую активность остеокластов. Несмотря на усиление остеосинтеза, именно повышенная резорбция костной ткани является патогенетической основой развития гиперкальциемии, боли и патологических переломов. Поэтому, назначение бисфосфонатов на основе золедроновой кислоты, ингибирующей активность остеокластов, является ключевым инструментом профилактики и лечения вышеуказанных осложнений.

Материалы и методы. Обследовано 30 пациентов (средний возраст 73,3±4,6 лет) с костными метастазами РПЖ. Всем пациентам проводились инфузии препарата Резорба (ЗАО «Фарм-Синтез», Россия) в дозе 4 мг каждые 28 дней в течение 5 месяцев. Кроме того, все пациенты получали основное лечение: 15 пациентов – химиотерапию таксотером, 10 – гормональное лечение бусерелином – депо и/или флутамидом, 5 – комбинированное лечение, включавшее бусерелин – депо, октреотид – депо и дексаметазон. В ходе лечения оценивались: динамика болевого синдрома, уровень КЩФ, Са, ПСА, число костных метастазов по остеосцинтиграммам на первом и последнем визитах, побочные и нежелательные явления.

Результаты. При оценке выраженности болевого синдрома на основе балльной системы, было выявлено статистически достоверное его снижение на 80% ($p < 0,001$). Уровни КЩФ и кальция статистически достоверно уменьшились на 35,9% ($p < 0,001$) и 4,5% ($p < 0,001$) соответственно. По данным остеосцинтиграфии на последнем визите, по сравнению с первым, зарегистрирована достоверная редукция числа метастатических очагов на 40,4% ($p < 0,001$). У одного больного на фоне лечения Резорбой костные метастазы исчезли полностью. После первой инфузии отмечалось непродолжительное повышение ПСА до 30%. Все изменения значений ПСА были связаны с основным противоопухолевым лечением. Существенных побочных и нежелательных эффектов не отмечено.

Выводы. Резорба является эффективным и безопасным препаратом для лечения метастатического РПЖ: ее назначение приводит к статистически достоверному уменьшению боли, уровня КЩФ, кальция, числа определяемых костных метастазов. Препарат может быть рекомендован в качестве средства выбора для лечения костных метастазов РПЖ.

Оценка эффективности рентгенэндоваскулярной чрескатетерной эмболизации артерий при ДГПЖ, с помощью ультразвуковой трансректальной доплерографии

Яковец Е.А., Неймарк А.И., Яковец Я.В., Арзамасцев Д.Д.

ГОУ ВПО Алтайский государственный медицинский университет, кафедра урологии и нефрологии, АККБ ОРМДИЛ, г. Барнаул, Россия

Тяжелая сопутствующая патология при АПЖ – высокий риск для оперативного лечения. Предложена рентгенэндоваскулярная чрескатетерная эмболизация артерий (РЭВЧКЭ), питающих предстательную железу. Доступ к артериям осуществлялся по стандартной методике Селдингера, в артерии вводился поливинилалкоголь. После эмболизации кровотоков по тонким и извитым сосудам простаты прекращался. Осложнения (аллергические и местные) эмболизации АПЖ встречаются редко. Эффективность РЭВЧКЭ, оценивалась с помощью ультразвуковой трансректальной доплерографии. Пролечено 38 больных с АПЖ II стадии с выраженной сопутствующей патологией. Из них с цистостомой – 4 человека, а на медикаментозной терапии – 34 человека. Показания к операции: неэффективность медикаментозного лечения, невозможность проведения хирургического лечения у больных с тяжелой сопутствующей патологией, включая больных с цистостомой. Противопоказания: непереносимость контрастных веществ, острая инфекция, злокачественные опухоли предстательной железы, инфаркт миокарда сроком до 3-х месяцев, тяжелые коагулопатии. Выраженность симптомов определялась с помощью IPSS, для определения объема предстательной железы и узла использовалось ТРУЗИ предстательной железы с доплерографией. При поступлении у всех пациентов объем остаточной мочи до 500 мл, ноктурия до 6 раз. По шкале IPSS – в среднем 23 балла. ТРУЗИ простаты: объем предстательной железы – 96,2 см³, объем узла – 60,36 см³, мы отметили наличие кровотока в «немых» зонах, отмечались хорошо видимые приносящие сосуды. Кроме того, регистрировались возрастание линейных пиковой, диастолической и средней скоростей, снижение показателей индексов пульсационного и резистентности, увеличение диаметра сосудов сопровождалось ростом их количества и объемного кровотока по ним. Всем им была проведена эмболизация артерий, питающих простату. Результаты: количество остаточной мочи уменьшилось до 150 мл, ноктурия 1 раз, по IPSS в среднем до 7 баллов. По ТРУЗИ – объем предстательной железы 42,01 см³, объем узла – 17,04 см³, мы регистрировали снижение количества приносящих и относящихся сосудов, отдельные участки предстательной железы были «немыми» – в них отсутствовал кровоток, отмечалось снижение линейной пиковой скорости в группах больных, линейной диастолической и линейной средней скорости, а также показатели пульсационного индекса, уменьшалось количество сосудов на 1 см², а также объемный кровоток по ним. Заключение: проведение трансректальной доплерографии предстательной железы, позволяет контролировать эффективность РЭВЧКЭ у больных с АПЖ.

**В отделениях Роспечати
продолжается подписка
на журнал
«Андрология
и генитальная хирургия»**

Подписные индексы:

- для индивидуальных подписчиков 80626;**
- для организаций и предприятий 80627.**

**Андрология и генитальная хирургия
2/2009**

Научно-практический журнал

Ответственный за выпуск *Н.Н. Гарин*

Все публикуемые в журнале материалы представлены
в авторской редакции

**Учредитель —
Некоммерческая организация
«Профессиональная Ассоциация Андрологов России»**

**Свидетельство о регистрации
ПИ № 77-3324 от 28 апреля 2000 г.
выдано**

**Министерством Российской Федерации по делам печати,
телерадиовещания и средств массовых коммуникаций.**

Подписано в печать 30.04.2009. Бумага офсетная № 1.
Печать офсетная. Гарнитура Гарамонд. Тираж 1500 экз.
Заказ

Профессиональная Ассоциация Андрологов России (ПААР)

Москва, ул. М. Пироговская, 1А, поликлиника НИИФХМ

Тел./факс: (499) 246-4450

E-mail: androur@yandex.ru

Наш сайт: www.andronet.ru

Издательский дом «МЕДПРАКТИКА-М»,
Москва, Волоколамское ш. 4
Тел. (499) 158-4702, E-mail: id@medpractika.ru; www.medpractika.ru
Отпечатано с готовых диапозитивов в ФГУП «Производственно-издательский комбинат ВИНТИ».
140010, г. Люберцы Московской обл., Октябрьский пр-т, 403.
Тел. 554-21-86.