

Проблемы мужского здоровья: взгляд кардиолога

**Государственный научно-исследовательский
центр профилактической медицины**

Мамедов М. Н. (Москва)

Интервал между развитием ЭД и ИБС

	Пцт (n=)	Вид ИБС	Распрост ЭД (%)	ЭД предш ИБС (%)	Интервал между ЭД и ИБС (месяцы)
Montorsi F. <i>Eur Urol</i> 2003	300	Не дифф	49	67	38.8 (1-168)
Montorsi P. <i>Circulation</i> 2005	249	ОКС	41	100	24 (12-36)
Montorsi P. <i>Eur Heart J</i> 2006	95	Стен. напр	67	93	28±36
Foroutan SK <i>Urol J</i> 2007	401	Не дифф	46	42	23 (10-36)

Эректильная дисфункция

Эректильная дисфункция является неспособностью достигать и/или поддерживать эрекцию, достаточную для удовлетворения сексуальной активности. Этот термин предложен взамен старого “импотенция”

психогенная

органическая

гормональная

нейрогенная

сосудистая

- Атеросклероз
- Артериальная гипертония
- Сахарный диабет
- Хроническая почечная недостаточность
- ХОБЛ

- Курение
- Злоупотребление алкоголем
- Малоподвижный образ жизни

80%

Определение Национального института здравоохранения США, 2000

ШКАЛА ОЦЕНКИ ЭРЕКТИЛЬНОЙ ФУНКЦИИ

(Международный индекс эректильной функции - МИЭФ)

Как часто Вы можете достигнуть эрекции во время полового акта?

- почти никогда или никогда – 1
- несколько раз (гораздо меньше половины этого времени) – 2
- иногда (примерно в половине случаев) – 3
- большинство раз (гораздо чаще, чем в половине случаев) – 4
- почти всегда или всегда – 5

Когда у Вас возникает эрекция во время сексуального возбуждения, как часто она достаточна для введения полового члена во влагалище?

- почти никогда или никогда – 1
- несколько раз (гораздо меньше половины этого времени) – 2
- иногда (примерно в половине случаев) – 3
- большинство раз (гораздо чаще, чем в половине случаев) – 4
- почти всегда или всегда – 5

Как часто во время полового акта Вы способны поддерживать эрекцию после введения полового члена во влагалище?

- почти никогда или никогда – 1
- несколько раз (гораздо меньше половины этого времени) – 2
- иногда (примерно в половине случаев) – 3
- большинство раз (гораздо чаще, чем в половине случаев) – 4
- почти всегда или всегда – 5

Во время полового акта насколько трудно Вам поддерживать эрекцию до завершения полового акта?

- чрезвычайно трудно – 1
- очень трудно – 2
- трудно – 3
- немного трудно – 4
- нетрудно -5

Насколько часто Вы испытываете удовлетворение от полового акта?

- почти никогда или никогда – 1
- несколько раз (гораздо меньше половины этого времени) -2
- иногда (примерно в половине случаев) – 3
- большинство раз (гораздо чаще, чем в половине случаев) – 4
- почти всегда или всегда – 5

Сложите очки и оцените степень эректильной дисфункции:

22-25 – норма

17-21 – легкая степень

12-16 – умеренно-легкая степень

8-11 – умеренная степень

5-7 – тяжелая степень

European Association of Urology

GUIDELINES ON MALE SEXUAL DYSFUNCTION (2006, update 2009)

Рабочая группа

E.Wespes, E.Amar, I.Eardley, F.Guiliano, D.Hatzichristou,
K.Hatzimouratidis, F.Montorsi, Y.Vardi

Рекомендации для лечения эректильной дисфункции

Рекомендации

уровень
доказательства

класс
рекомендаций

Изменение образа жизни и коррекция факторов риска должны предшествовать терапии ЭД или войти в состав комплексной терапии

1b

A

European Association of Urology

GUIDELINES ON MALE SEXUAL DYSFUNCTION (2006, update 2009)

Рабочая группа

E.Wespes, E.Amar, I.Eardley, F.Guiliano, D.Hatzichristou,
K.Hatzimouratidis, F.Montorsi, Y.Vardi

Влияние липид - снижающей терапии на эректильную функцию у мужчин с ЭД

Saltzman et al. 2004

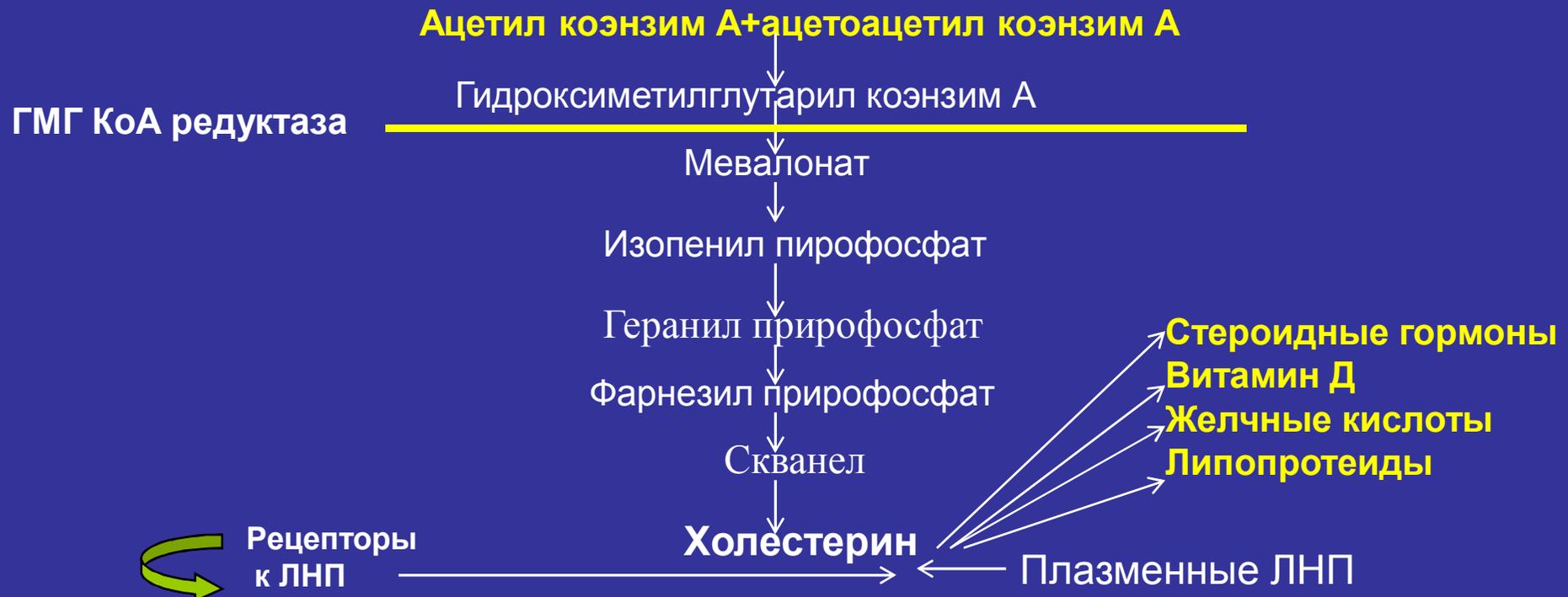
У 8 пациентов из 9 лечение на протяжении 3,7 месяцев аторвастатином улучшило эректильную функцию у мужчин с гиперхолестеринемией. Это сочеталось со снижением уровня общего ХС и ХС ЛНП ($p < 0,001$).

Solomon et al. 2006

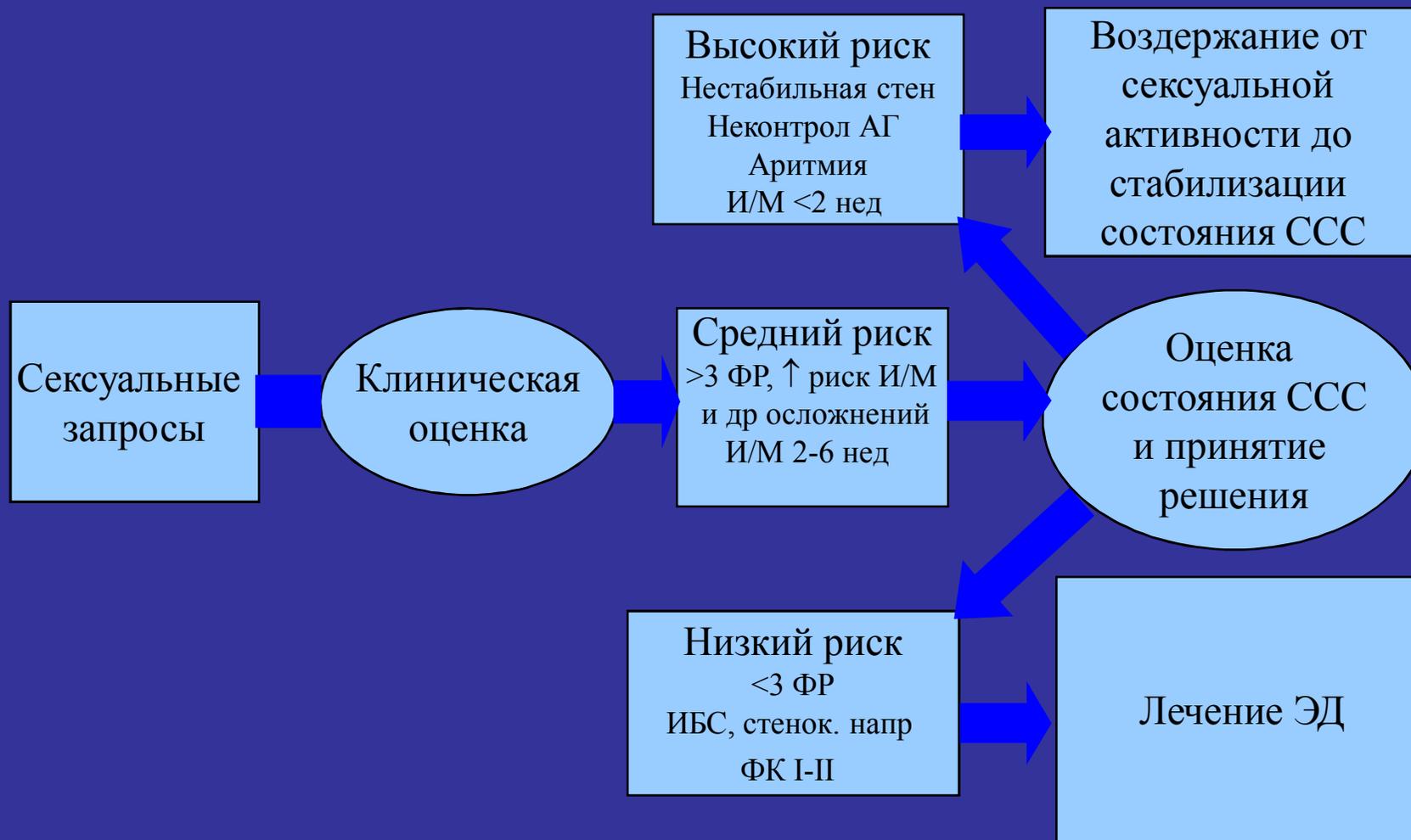
Среди мужчин с высоким сердечно-сосудистым риском исходно МИЭФ составил 18,7 баллов (57% имели ЭД); после терапии МИЭФ в среднем составил 10,4 баллов.

Ингибиторы 3-гидрокси-метилглутарил коэнзимА-редуктазы

- ✓ Обратимое подавление фермента ГМГ-КоА-редуктазы, тем самым блокируется превращение ГМГ-КоА в мевалоновую кислоту;
- ✓ Увеличение числа рецепторов ЛНП в поверхности гепатоцитов повышает катаболизма и выведения к ЛНП из кровотока;
- ✓ Снижение образования ЛНП за счет подавления синтеза в печени ЛОНП, предшественника ЛНП;



Стратификация сердечно-сосудистого риска при сексуальной активности: второй пересмотр Принсетонского консенсуса



ORIGINAL ARTICLE

Low testosterone levels are associated with coronary artery disease in male patients with angina

GMC Rosano¹, I Sheiban², R Massaro¹, P Pagnotta³, G Marazzi¹, C Vitale¹, G Mercurio⁴, M Volterrani¹, A Aversa⁵ and M Fini¹

¹Centre for Clinical and Basic Research – IRCCS San Raffaele, Rome, Italy; ²Department of Cardiology, University of Turin, Italy; ³Department of Cardiology: Clinical Institute Humanitas, Milan, Italy; ⁴Department of Cardiology, University of Cagliari, Italy and ⁵Department Medical Pathophysiology, University of Rome 'La Sapienza', Rome, Italy

Historically, high androgen levels have been linked with an increased risk for coronary artery disease (CAD). However, more recent data suggest that low androgen levels are associated with adverse cardiovascular risk factors, including an atherogenic lipid profile, obesity and insulin resistance. The aim of the present study was to evaluate the relationship between plasma sex hormone levels and presence and degree of CAD in patients undergoing coronary angiography and in matched controls. We evaluated 129 consecutive male patients (mean age 58 ± 4 years, range 43–72 years) referred for diagnostic coronary angiography because of symptoms suggestive of CAD, but without acute coronary syndromes or prior diagnosis of hypogonadism. Patients were matched with healthy volunteers. Out of 129 patients, 119 had proven CAD; in particular, 32 of them had one, 63 had two and 24 had three vessel disease, respectively. Patients had significantly lower levels of testosterone than controls (9.8 ± 6.5 and 13.5 ± 5.4 nmol/l, $P < 0.01$) and higher levels of gonadotrophin (12.0 ± 1.5 vs 6.6 ± 1.9 IU/l and 7.9 ± 2.1 vs 4.4 ± 1.4 , $P < 0.01$ for follicle-stimulating hormone and luteinizing hormone, respectively). Also, both bioavailable testosterone and plasma oestradiol levels were lower in patients as compared to controls (0.84 ± 0.45 vs 1.19 ± 0.74 nmol/l, $P < 0.01$ and 10.7 ± 1.4 vs 13.3 ± 3.5 pg/ml, $P < 0.05$). Hormone levels were compared in cases with one, two or three vessel disease showing significant differences associated with increasing severity of coronary disease. An inverse relationship between the degree of CAD and plasma testosterone levels was found ($r = -0.52$, $P < 0.01$). In conclusion, patients with CAD have lower testosterone and oestradiol levels than healthy controls. These changes are inversely correlated to the degree of CAD, suggesting that low plasma testosterone may be involved with the increased risk of CAD in men.

International Journal of Impotence Research (2007) **19**, 176–182. doi:10.1038/sj.ijir.3901504; published online 31 August 2006