ЧАСТИЧНЫЙ АНДРОГЕНОДЕФИЦИТ, ОСТЕОПЕНИЯ И РАННИЕ НАРУШЕНИЯ МИКЦИИ У СТАРЕЮЩИХ МУЖЧИН, СВЯЗЬ ЯВЛЕНИЙ

Куликовский В.Ф., Олейник Н.В., Осипов П.Г.
Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа, Белгород, Россия

Старение человека является универсальным феноменом, а изучение различных вопросов, связанных со старением, занимает одно из ведущих мест в современной медицине. В первую очередь, это связано со значительными демографическими изменениями, произошедшими в обществе(4,5,6). По данным ООН, к началу третьего тысячелетия в мире насчитывается свыше 610 млн. людей старше 60 лет, а к 2025 году их число превысит 1 млрд., причём отмечено, что по сравнению с 1900 годом, число мужчин в мире в возрасте старше 65 лет увеличилось в 7, а в возрасте старше 85 лет - в 31 раз(1,2,3).

Прогрессирующий процесс старения населения вызывает многочисленные медико-социальные проблемы, основной среди которых является удовлетворение современным обществом различных потребностей стареющих людей, в том числе и обеспечение их высококвалифицированной медицинской помощью(10).

Современный стареющий пациент представляет собой уникальный клинико-психологический феномен с точки зрения наличия и сочетания разнообразной по характеру и течению патологии, протекающей на фоне инволюционных возрастных изменений различных органов и систем, оказывающей неодинаковое влияние на качество жизни, социальную активность, прогноз и требующий различного нестандартного подхода к решению поставленных проблем(7,8,9).

Данное исследование посвящено изучению ранних нарушений микции и порозности костной ткани у мужчин среднего возраста (45-59 лет) и возможностям их медикаментозной коррекции.

Цели и задачи исследования:

Изучить влияние частичного андрогенодефицита на качество микции и состояние костной системы у мужчин среднего возраста (45-59 лет).

Материалы и методы:

Исследованы 34 пациента с синдромом нижних мочевых путей, обусловленным доброкачественной гиперплазией простаты (больные с патологией мочевого пузыря, онкопатологией простаты из исследования были исключены):

Биохимически идентифицирован уровень свободного тестостерона в плазме крови, при отсутствии снижения показателей до субнормальных цифр - пациентам выполнен тройной тестостероновый тест (tripple-T-test).

Расчитан остеопоротический индекс, выполнена денситометрия.

Изучены особенности уродинамики путём выполнения урофлоуметрии.

Из 34 пациентов - лишь 3 в возрасте 57, 59, 59 лет продемонстрировали уровень свободного тестостерона менее 12 нмоль/л (9,2; 9,7; 10,7). У абсолютного большинства данный показатель не регрессировал до значений действительного гипогонадизма, однако "тройной тестостероновый тест" оказался в разной степени положительным у всех исследуемых пациентов в виде улучшения общего самочувствия и качества микции.

Остеопоротический индекс у всех исследуемых лежал в пределах 0,7-1ус.ед., однако у 3 пациентов с субнормальными показателями свободного тестостерона остеоденситограммы демонстрировали значительное отклонение от нормы, подтверждая значимое снижение костной плотности.

При урофлоуметрии, использующей традиционное соотношение времени и потока и выполняемой до "тройного тестостеронового теста". Все, без исключения, пациенты продемонстрировали анормальные типы мочеиспускания. Из 34 пациентов - 28 имели непрерывную микцию. У 4 - микция была прерывистой из-за сокращений наружного сфинктера мочевого пузыря (≤ 2 сек.) и у 2 - с напряжением абдоминальных мышц. Из 28 пациентов у 12 максимальная скорость потока мочи ($Q_{макс.}$) была >15 мл/сек., а у 7 - объём опорожнения < 200 мл. Для этой группы $Q_{макс.}$ была 13,3±5,3 мл/сек., средняя скорость потока мочи ($Q_{сред.}$) была 7,6±3,0 мл/сек., а средний объем остаточной мочи после опорожнения, был 29,9 мл (от 0 до 134 мл).

Заключение.

Таким образом, отмечается прямая корреляция между уровнем частичного андрогенодефицита, явлениями остеопении и нарушением микции.

Снижение костной плотности и урофлоуметрические нарушения тем выраженнее, чем ниже уровень свободного тестостерона и чем длительнее частичный андрогенодефицит существует.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Анисимов В.Н. Крутько В.Н. Фундаментальные проблемы изучения продолжительности жизни. Вестник Российской академии наук.-1996.- Т. 66.-N 6.-С 507-511.

2. Безруков В.П. Влияние постарения населения на формирование потребностей в финансировании здравоохранения // Материалы консульт. межд. семин. - М. : МЗМП РФ, 1995. - С. 149.

3. Гориловский Л. М. Оперативное лечение урологических заболеваний в пожилом и старческом возрасте: Дис. д-ра мед. наук. М.; 1984.

4.Дедов И.И., Мельниченко Г.А., Фадеев В.В.

Эндокринология: Учебник.—М.: Медицина, 2000.— 631 с.

5. Зезюлин П.Н. Эпиталон: геропротекторное действие на эндокринную и иммунную системы // Геронтология и гериатрия (Приложение., С.-Пб.)., №1., 2005. - с. 21-26. (http://www.prostata.ru/content/static/default.asp?)

6. Клепач А.А., Егорова А.О., Соловьев И.З. Реактивность инсулярного аппарата поджелудочной железы при аденоме простаты и хроническом простатите. Томск., „Факториал”., -1997., -212с.

7. Barrett-Connor E., Mueller J.E., Miihlen D.C et al. Low levels of estradiol are associated with vertebral fractures in older men, but not women: The Rancho Bernardo Study// J Clin Endocrinol Metab. - 2000. -V. 85.-P. 219-223.

8. Carter R., Golant S.K. Helping Yourself Help Others. A book for Caregivers. - New York : Times Books, 1994. - 45-48 p.

9. Kirby R.S., Roehrborn C, Boyle P., et al. Efficacy and tolerability of doxazosin and finasteride alone or in combination in treatment of symptomatic benign prostatic hyperplasia the Prospective European doxazosin and Combination Therapy (Predict) trial. Urology 2003; 61: 119-126.

10. Riddle M.C., Rosentstock J., Gerich J. // Diabetes Care 2003; 26(11): 3080-3086

ДИНАМИКА МОРФОМЕТРИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ДЕНДРИТНЫХ КЛЕТОК СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ДЕСНЫ ПРИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПАРОДОНТА И В ОТДАЛЕННЫЕ СРОКИ ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ

Масумова В.В., Булкина Н.В.
ГОУ ВПО Саратовский ГМУ Росздрава, Саратов, Россия

Воспалительные заболевания пародонта (ВЗП) являются наиболее часто встречающимися стоматологическими заболеваниями, которые сопровождаются множественной потерей зубов. Их распространенность, по данным различных авторов, составляет до 96-97%. В настоящее время доказана инфекционная природа ВЗП. Микроорганизмы зубной бляшки, являющиеся антигенами, при определенных условиях могут проникать в ткани пародонта и вызывать их повреждение. При этом в пародонте развивается воспаление как защитная реакция организма на внедрившийся в него антиген и включаются неспецифические и специфические механизмы защиты организма, направленные на освобождение организма от патогена. Сведения о конкретных механизмах развития ВЗП в литературе немногочисленны и отрывочны, что не позволяет предложить эффективные методы лечения этой широко распространенной патологии. Кроме этого, в последние годы многими авторами выявлены нарушения в системах как Т-, так и В-иммунитета. В инициации специфического иммунного ответа организма участвуют дендритные клетки (ДК). Функция ДК заключается в поглощении антигена, процессинге антигена и экспрессии антигена на своей клеточной мембране в иммуногенной форме (в комплексе с молекулой главного комплекса гистосовместимости II класса) для презентации антигена Т-лимфоцитам, которые после распознавания антигена получают сигнал к активации, мигрируют в тимус, где претерпевают клоноспецифический отбор и дифференцируются в эффекторные Т-лимфоциты, целенаправленно уничтожающие проникший в организм каждый конкретный патоген. В связи с этим изучение динамики показателей количественной плотности и функциональной активности ДК слизистой оболочки десны в норме, при ВЗП и в отдаленные сроки после проведенного лечения (через 1, 3 и 6 мес.) позволит выяснить тонкие механизмы, протекающие в клетках и между клетками при инициации специфического иммунного ответа организма, что, несомненно, будет способствовать появлению новых эффективных методов лечения ВЗП.

Обследовано 60 пациентов с ВЗП и 15 человек здоровых. Материал для биопсии получали из десневых сосочков. Иммуногистохимическое исследование ДК проводили с использованием моноклональных мышиных антител к маркеру ДК CD-35 (1:100, Novocastra). Количество CD-35-иммунопозитивных ядер клеток автоматически подсчитывалось в 10 рандомизированных полях зрения (ув.х400) и пересчитывалось на 1 мм^2 площади слизистой оболочки десны с помощью пакета программ Videotest. Обследование проводилось до лечения и через 1, 3, 6 месяцев после проведенного лечения.

Количественная плотность ДК у здоровых составила 16,7±1,7 на 1 мм^2 площади слизистой оболочки десны. При гингивите количественная плотность ДК уменьшилась в 2 раза (до 8,2±1,8), при пародонтите легкой степени - в 3,6 раза (до 4,7±0,4), при пародонтите средней степени - в 6 раз (до 2,7±0,2), при пародонтите тяжелой степени - в 9,6 раза (до 1,7±0,1). Т.о., при ВЗП выявлено уменьшение количественной плотности ДК слизистой оболочки десны соответственно степени тяжести воспаления; причем при гингивите выявлено незначительное снижение количественной плотности ДК, тогда как при пародонтите всех степеней тяжести выявлено резкое уменьшение количественной плотности ДК, что, вероятно, свидетельствует о значительном угнетении их функциональной активности.