Информационно-
консультативный портал
для урологических пациентов
03 uro 18+

Телемедицинская консультация врача-уролога

Пациент:

Имя: Александр

Возраст: 63

Пол: Мужской

Врач:

ФИО: Шадёркин Игорь Аркадьевич

Специализация: Уролог

Учёная степень: кандидат медицинских наук

Дата и время:

обращения пациента за консультацией: 16.07.2025 13:00:48

формирования заключения врача: 17.07.2025 09:21:27

Ссылка на электронную версию:

Адрес в сети Интернет: https://03uro.ru/consultations/question/322103/answer/322252

Заключение врача

Жалобы

1. Нарушение эрекции после лапароскопической радикальной интерфасциальной нервосберегающей простатэктомии (по поводу ацинарной аденокарциномы предстательной железы, стадия I, ISUP 1, pT2cN0M0).
2. Эрекция во время сна (особенно под утро) сохраняется, но не продолжительная.
3. После прекращения курса тадалафила и ЛОД-терапии восстановление эрекции неполное, продолжительность эрекции короткая.

Анамнез заболевания

1. Операция: 14.01.25 — лапароскопическая радикальная интерфасциальная нервосберегающая простатэктомия.
2. Послеоперационный диагноз: ацинарная аденокарцинома предстательной железы, pT2cN0M0, ISUP 1, стадия I.
3. Рекомендации при выписке: тадалафил 5 мг ежедневно 6 месяцев, ЛОД-терапия 6 месяцев.
4. Терапия выполнена, но эрекция полностью не восстановилась.
5. Нет данных о проведённых контрольных обследованиях после операции (ПСА, гормоны, сосудистые исследования).

Анамнез жизни

1. Возраст — 63 года.
2. Сопутствующие заболевания, приём других препаратов, образ жизни, наличие факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний — не указаны.
3. Нет информации о наличии сахарного диабета, гипертонии, курении, уровне физической активности.

Интерпретация представленных данных

1. После радикальной простатэктомии, даже при нервосберегающей технике, восстановление эректильной функции может быть длительным и не всегда полным. Сроки восстановления могут достигать 1–2 лет.
2. Наличие ночных и утренних эрекций — благоприятный прогностический признак, свидетельствующий о сохранности сосудистого и частично нервного компонента.
3. Отсутствуют сведения:
    - О текущем уровне ПСА (простат-специфического антигена) — важно для исключения рецидива/прогрессирования заболевания.
    - О приёме препаратов, снижающих уровень мужских половых гормонов (андрогенная депривация) — это может существенно влиять на потенцию.
    - О гормональном статусе (тестостерон, ЛГ, ФСГ, пролактин).
    - О проведении сосудистых исследований (фармакодоплерография полового члена) — для оценки сосудистого компонента эректильной дисфункции.

4. Нет информации о сопутствующих заболеваниях и факторах риска, которые могут влиять на эректильную функцию.

Заключение

1. Восстановление эректильной функции после радикальной простатэктомии — процесс длительный, требующий комплексного подхода и динамического наблюдения.
2. С учётом наличия ночных эрекций и отсутствия полной эректильной функции, вероятно, сохраняется частичное поражение нервных волокон и/или сосудистый компонент.
3. Для дальнейшей тактики необходима дополнительная информация:
    - Текущий уровень ПСА (надир и динамика).
    - Гормональный профиль (тестостерон, ЛГ, ФСГ, пролактин).
    - Проводится ли сейчас андрогенная депривация (приём препаратов, снижающих уровень тестостерона)?
    - Результаты сосудистых исследований (фармакодоплерография полового члена).
    - Сведения о сопутствующих заболеваниях и приёме других препаратов.

Рекомендации

1. **Собрать дополнительную информацию:**
    - Уточните, проводились ли после операции контрольные анализы ПСА. Если да — укажите самый низкий и текущий уровень.
    - Сообщите, проводился ли гормональный профиль (общий тестостерон, ЛГ, ФСГ, пролактин).
    - Принимаете ли сейчас какие-либо препараты, влияющие на уровень мужских половых гормонов?
    - Проводилась ли фармакодоплерография полового члена? Если да — приложите результаты.
    - Есть ли сопутствующие заболевания (сердечно-сосудистые, эндокринные, неврологические)?
2. **Если обследования не выполнялись:**
    - Рекомендуется выполнить:
        1. Контроль ПСА (если не сдавали в последние 1–2 месяца).
        2. Гормональный профиль: общий тестостерон, ЛГ, ФСГ, пролактин.
        3. Фармакодоплерография сосудов полового члена (по направлению уролога).
        4. Общий анализ крови, глюкоза, липидный профиль.
3. **По результатам обследования:**
    - Если гормональный статус в норме, нет признаков рецидива опухоли и сосудистый компонент сохранён — возможно продолжение/возобновление терапии ингибиторами ФДЭ-5 (тадалафил, силденафил и др.), ЛОД-терапии, рассмотрение интракавернозных инъекций (по назначению уролога).
    - При выраженном сосудистом компоненте — возможна коррекция терапии, обсуждение вакуумных устройств, интракавернозных инъекций.
    - При снижении уровня тестостерона — обсуждение заместительной терапии (только при отсутствии противопоказаний по онкологическому статусу и под контролем уролога-онколога).
4. **Динамическое наблюдение у уролога-онколога** — обязательно!
5. **При возможности** — приложите фото/скан выписки после операции для более точной интерпретации ситуации.

Дополнительная информация и инструкции

1. **Как сделать качественное фото/скан выписки:**
   - Используйте хорошо освещённое помещение.
   - Фотографируйте на ровной поверхности, избегайте бликов и теней.
   - Убедитесь, что текст полностью читаем и не обрезан по краям.
   - Прикрепите файл к сообщению на платформе.
2. **Домашнее наблюдение:**
   - Ведите дневник приёма препаратов и отмечайте изменения в эректильной функции.
   - Фиксируйте появление ночных и утренних эрекций, их частоту и продолжительность.
   - Записывайте любые новые симптомы или изменения самочувствия.

Пожалуйста, предоставьте недостающую информацию для более точных рекомендаций!