

Коррекция эректильной дисфункции у больных с хроническим уретрогенным простатитом

Дюдюн А.Д., Нагорный А.Е., Полион Ю.Н., Дюдюн С.А., Полион Н.Ю., Турчина И.П.

*Днепропетровская государственная медицинская академия
Институт урологии АМН Украины
Днепропетровский центр планирования семьи и репродукции человека
Запорожский государственный медицинский университет
Запорожский центр экстремальной медицины и скорой помощи*

КОРЕКЦІЯ ЕРЕКТИЛЬНОЇ ДИСФУНКЦІЇ У ХВОРИХ З ХРОНІЧНИМ УРЕТРОГЕННИМ ПРОСТАТИТОМ

Дюдюн А.Д., Нагорний О.Є., Поліон Ю.М., Дюдюн С.А., Поліон Н.Ю., Турчина І.П.

Хронічні урогенітальні інфекції призводять до розвитку простатиту, везикуліту та орхіту; при цьому еректильная дисфункція є одним із самих частих сексуальних розладів, що зустрічаються у чоловіків з хронічним простатитом. Препарат «Лавекс» є ефективним засобом, який відновлює порушення еректильної функції шляхом поліпшення кровопостачання статевого члена.

CORRECTION OF ERECTILE DYSFUNCTION AT PATIENTS WITH CHRONIC URETHROGENIC PROSTATITIS

Dyudyun A.D., Nagorny O.Ye., Polion Ju.N., Dyudyun S.A., Polion N.Ju., Turchina I.P.

The chronic urogenital infections result in development of prostatitis, vesikulitis and orchitis. Thus erectile dysfunctions is one of the abundant sexual disorders at males with chronic prostatitis. The "Lavex" medicine is an effective remedy, which restores abnormalities of erectile function by improving penis blood supply.

Инфекции, передаваемые преимущественно половым путём (ИППП), представляют собой не только медицинскую, но и серьёзную социальную проблему; это объясняется их широким распространением и высокой контаминацией, трудностями в лечении, частыми рецидивами, тяжестью вызываемых осложнений, влияющих на репродуктивное здоровье населения. Все заболевания, вызванные ИППП, имеют преимущественно один и тот же путь передачи, сходные клинические проявления, характеризуются аналогичными поведенческими факторами риска больных. Конец XX и начало XXI столетия характеризуется неуклонным ростом заболеваемости ИППП; так, по данным ВОЗ, в мире ежегодно заболевают ИППП более 330 млн. человек. Росту заболеваемости ИППП способствуют негативные как социально-экономические (безработица, алкоголизм, наркомания, проституция, возросшая миграция населения, переоценка ценностей), так и медицинские факторы [1, 2]:

- диагностические ошибки врачей;
- недостаточное качество лабораторной диагностики;
- снизившийся уровень санитарно-просветительной работы;
- недостаточно эффективное проведение противоэпидемиологической работы.

В последние годы заболевания, вызванные ИППП, характеризуются значительным увеличением частоты микстинфекций, при которых происходят изменения как вирулентности каждого ассоцианта, так и ответной реакции макроорганизма, что приводит к:

- изменению длительности инкубационного периода;
- особенностям клинических проявлений;
- торпидности к проводимой терапии;
- частыми рецидивами заболевания.

Особенностями современного течения урогенитальных инфекций являются латентные и асимптомные формы. Даже в случаях наличия симптомов заболевания, которые, как правило,

носят невыраженный, стёртый характер, пациенты обращаются за специализированной помощью после длительно существующей инфекции, которая, как правило, приводит к развитию простатита, везикулита и орхита [2-4].

Расстройства мочеиспускания, сексуальные нарушения и ряд других симптомов являются результатами длительно существующих хронических воспалительных процессов органов мочеполовой системы, в частности предстательной железы. Традиционно принято считать простатит заболеванием лиц молодого возраста; однако развернутые эпидемиологические исследования показали, что простатит поражает мужчин всех возрастов, — в отличие от доброкачественной гиперплазии простаты и рака простаты, которые являются заболеваниями преимущественно лиц пожилого возраста [4-7].

Взаимосвязь сексуальных расстройств с хроническим простатитом неоднозначна. Сексуальные расстройства у больных хроническим простатитом большинством исследователей рассматриваются как нейрорецепторные. Половые расстройства, развившиеся на почве хронического простатита, объясняются повреждением периферических рецепторов, находящихся в предстательной железе и задней уретре. В результате раздражения периферических нервных окончаний повышается возбудимость спинальных центров эрекции и эякуляции, что клинически проявляется учащением эрекции и ускорением эякуляции. Воспалительный процесс предстательной железы рассматривается, как ирритативный очаг, который может вызвать реактивный вегетативный синдром. Возникающая при этом диссоциация, обусловленная длительным существованием воспалительного процесса предстательной железы, приводит к «истощению» спинальных половых центров эрекции при продолжающемся возбуждении центров эякуляции [3-7].

Значительное число сообщений указывает на то, что простатит не только сопровождается болью и нарушением мочеиспускания, но и различными сексуальными расстройствами. Так, сексуальные расстройства встречаются у 52 % мужчин с хроническим простатитом. Начало сексуальных расстройств у 85 % пациентов с хроническим простатитом проявляется более редкими половыми контактами. В дальнейшем сексуальные взаимоотношения у 67 % больных ухудшаются или разрываются, новые связи образуются труднее, а у 43 % пациентов вообще не возникают. Межличностные отношения в браке нарушаются в 17 % случаев, а у 7 % пациентов изменяются нормальные отношения с родственниками и друзьями. Расстройства половой функции у больных хроническими про-

статитами очень часто зависят от характера половой конституции пациентов [4, 5, 8].

Первоначально сексуальные расстройства при простатите проявляются относительным ускорением эякуляции и стертостью, болезненностью оргастических ощущений. Что касается изменений остальных фаз копулятивного цикла, то их нарушения могут быть объяснены сопутствующей патологией. Так, снижение либидо может иметь двойное происхождение:

- во-первых, длительный воспалительный процесс, сопровождающийся ускорением эякуляции и сглаженностью оргазма, как правило, приводит к чисто психогенному снижению либидо;

- во-вторых, хронический простатит влечет за собой снижение андрогенной насыщенности, что клинически может проявляться снижением либидо.

Эти изменения приводят к снижению эрекции. Изменение оргастических ощущений связано с вовлечением в патологический процесс задней уретры и зоны семенного бугорка, являющейся тем местом, где зарождается ощущение оргазма при выбросе семени через узкие семяизвергающие устья [3, 4, 6].

Хронический вялотекущий процесс в уретропростатической зоне приводит к постоянному раздражению семенного бугорка с афферентной импульсацией в спинальные половые центры. Клинически это проявляется длительными, неадекватными ночными эрекциями, а затем их ослаблением за счет функционального истощения эрекции центра (И. Ф. Юнда, 1981; Г. С. Васильченко, 1990).

Нарушение половой функции при хроническом простатите сопровождается дисфункцией вегетативной нервной системы. В связи с дисбалансом симпатической и парасимпатической нервной системы и угнетением спинальных центров эрекции, некоторые больные отмечают ослабление и даже исчезновение спонтанной (утренней) эрекции. Некоторые больные указывают на изменение «окраски» оргазма, который колеблется от сглаженного, тусклого, иногда болезненного до аноргазмии. Хронический простатит может выступать в роли predisposing фактора в развитии сексуальных расстройств, а также провоцирующего и усугубляющего их течение фактора.

Сексуальная сфера с многомерностью обеспечения представляет собой сложные психосоматические соотношения. Роль триггерных механизмов в сексуальных нарушениях отводится психогенным, соматогенным или социогенным факторам. Что касается половой функции, то в данном случае важным является мнение, бытующее в обществе, о неизбеж-

ти развития «импотенции» у больных хроническим простатитом. Больные с психосоматическими и сексуальными нарушениями, как правило, имеют:

- слабую половую конституцию, обусловленную сниженной чувствительностью тканей к тестостерону;

- слабое неврологическое обеспечение половой функции;

- низкие резервы сосудистого обеспечения половых реакций.

Психологические состояния у больных хроническим простатитом сопровождается повышенной фиксацией внимания больных на половой системе, сексуальными страхами, неуверенностью в себе и другими проявлениями.

Таким образом, такое соматическое состояние, как хронический простатит, приводит к хроническому психоэмоциональному стрессу и развитию патологического состояния в сексуальной сфере по психосоматическому механизму. К нарушению либидо и эрекции приводит не само воспаление простаты, а возникающие при хроническом психоэмоциональном стрессе дефицит тестостерона и блокада его тканевых рецепторов при избытке надпочечниковых гормонов. Спастическое состояние сосудов полового члена будет ухудшать эрекцию по сосудистым механизмам, а комплекс отрицательных эмоций при хроническом стрессе снижать сексуальность по психическим механизмам.

Одним из самых часто встречающихся сексуальных расстройств у мужчин с хроническим простатитом является эректильная дисфункция (ЭД), под которой понимается неспособность достигать и (или) поддерживать эрекцию, достаточную для проведения полового акта. Эрекция полового члена представляет собой комплексную реакцию, возникающую в результате сложных взаимодействий нервной, эндокринной и сосудистой систем. Одним из ведущих патогенетических звеньев ЭД является нарушение метаболизма оксида азота (NO), необходимого для расслабления гладких мышц пещеристых тел. Оксид азота выделяется эндотелиальными клетками на парасимпатическую стимуляцию. Расслабляющее действие NO на гладкомышечные клетки стенок приносящих артерий и кавернозных тел приводит к заполнению артериальной кровью лакун, сдавлению венул, блокированию оттока крови из полового члена и возникновению эрекции. В естественных условиях инактивация цГМФ происходит путем ее превращения в 5-гуанозинмонофосфат под действием фосфодиэстеразы. При ЭД отмечается дефицит цГМФ, обусловленный различными патогенетическими факторами, что приводит к недостаточной эрекции или ее отсутствию [6, 7].

Исходя из вышесказанного, лечение сексуальных нарушений при хроническом простатите должно носить комплексный характер. Несомненно, патогенетической основой его должна быть медикаментозная терапия (антибактериальная, противовоспалительная, улучшающая микроциркуляцию, симптоматическая и др.) в сочетании с адекватным физиотерапевтическим воздействием, а также применение препаратов, направленных на улучшение сексуальной функции больных.

Огромный арсенал лекарственных средств, которые применяются для лечения больных ЭД, насчитывает десятки препаратов. Применяемые препараты для лечения ЭД должны быть высокоэффективными, быстродействующими, не иметь токсических побочных эффектов и обладать, по возможности, пролонгированным действием.

Существуют три основных направления медикаментозного лечения больных ЭД:

- лечение интракавернозными инъекциями;
- лечение специфическими пероральными препаратами;
- лечение средствами общетерапевтического действия, к которым относятся:

- 1) адаптогены (Пантокрин, Элеутерококк);

- 2) сосудистые препараты генерализованного действия (ксантинола-никотинат);

- 3) биогенные стимуляторы (алоэ, стекловидное тело);

- 4) седативные препараты (Тиоридазин);

- 5) витамины и аминокислоты (Аевит, Глицин);

- 6) фитопрепараты (Тентекс-форте).

Однако эффективность лечения данными препаратами остается достаточно низкой и составляет, по оценкам различных авторов, не более 30 % и может, в основном, использоваться в лечении психогенной эректильной дисфункции.

В настоящее время появились новые специфические, высокоэффективные препараты первого ряда в лечении больных с нарушениями эрекции. Среди этих средств имеются препараты с периферическим и центральным механизмом действия. Наиболее современными и доказано действенными препаратами в настоящее время являются ингибиторы фосфодиэстеразы 5. Препараты этой группы различаются между собой временем действия и количеством побочных эффектов, но каждый из них занимает достойное место в лечении ЭД легкой и средней степени тяжести.

Цель работы – изучить эффективность применения препарата «Лавекс» в комплексном лечении больных хроническим бактериальным простатитом с эректильной дисфункцией.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 67 больных уретрогенным простатитом с эректильной дисфункцией. С помощью микробиологических, бактериологических и иммунологических методов исследования проводилось типирование микробных агентов, вызвавших развитие воспалительного процесса в мочеполовых органах.

Для уточнения топического диагноза, характера и особенностей патологических изменений проводилась сухая уретроскопия, трансректальное ультразвуковое исследование предстательной железы, семенных пузырьков, мочевого пузыря и почек. Всем наблюдаемым больным:

- проводили исследования общего анализа крови и мочи, биохимическое исследование крови;

- определяли количественные и качественные характеристики секрета простаты и спермограммы.

Все наблюдаемые больные заполняли анкету международного индекса эректильной функции (МИЭФ).

Лечение наблюдаемых больных проводилось в два этапа:

- на 1 этапе проводили санацию инфекционных агентов, используя антибактериальные препараты, согласно действующим стандартам и рекомендациям МОЗ Украины;

- на 2 этапе для коррекции ЭД назначали препарат «Лавекс» (производства АТ «Фармако») – по 1 табл. за один час до планируемого полового контакта; максимальная частота применения – 1 табл. в сутки.

Препарат «Лавекс» относится к фармако-терапевтической группе препаратов для лечения больных с ЭД. Международное непатентованное наименование активных веществ – силденафила цитрат. Препарат «Лавекс» выпускается в таблетках по 70 мг силденафила. Препарат применяется перорально для лечения больных с ЭД. Восстановление нарушенной эректильной функции происходит путем улучшения кровоснабжения полового члена и таким образом способствует возникновению естественного ответа на сексуальное возбуждение. Физиологический механизм, обеспечивающий эрекцию полового члена, обусловлен высвобождением оксида азота (NO) в кавернозных телах во время сексуального возбуждения. Оксид азота активирует фермент гуанилатциклазу и способствует повышению концентрации цГМФ, что, в свою очередь, вызывает расслабление гладких мышц в кавернозных телах и обеспечивает приток крови в половой член. Препарат «Лавекс» является сильным селективным ингибитором цГМФ – специфической фосфодиэстеразы типа 5 (ФДЭ5), ответственной за расщепление

цГМФ в пещеристом теле полового члена. Препарат «Лавекс» значительно повышает релаксирующее действие NO на кавернозные тела. При сексуальном возбуждении препарат «Лавекс» угнетает ФДЭ5, способствуя повышению концентрации цГМФ в кавернозных телах, активизируя метаболический путь NO /цГМФ.

Препарат «Лавекс» быстро всасывается из пищеварительного тракта. Максимальная концентрация в плазме крови достигается через 30-120 мин. (в среднем – через 60 мин.) после перорального приема препарата натощак. Если препарат применяется во время еды, скорость всасывания снижается. Средняя абсолютная биодоступность при пероральном приеме препарата составляет 41 % (25-63 %). Средний объем распределения равняется 105 л. Как активное вещество силденафил, так и его основной метаболит – N-дисметилловый метаболит на 96 % связываются с белками крови. Степень связывания препарата с белками не зависит от его концентрации в крови.

Активное вещество препарата «Лавекс» – силденафил метаболизируется, главным образом, изоферментами цитохрома P450 печени в микросомах по основному пути – CYP3A4 и второстепенному – CYP2C9. Основной циркулирующий в крови метаболит образуется в результате N-диметилирования активного вещества силденафила. Метаболит также характеризуется селективным действием в отношении ФДЭ5, но степень его селективности составляет приблизительно 50 % от селективности силденафила. Концентрация метаболита в плазме крови составляет 40 % от концентрации силденафила. Период полувыведения N-дисметилового метаболита составляет около 4 часов. Общий клиренс препарат «Лавекс» составляет 41 л/ч, период полувыведения – 3-5 часов. Препарат выводится в виде неактивных метаболитов с каловыми массами (приблизительно 80 % от принятой дозы) и почками (13-15 % от принятой дозы).

Применение препарата «Лавекс» противопоказано пациентам:

- с повышенной чувствительностью к любому из компонентов препарата;

- с тяжелыми формами заболевания сердечно-сосудистой системы:

- 1) нестабильная и выраженная стенокардия;

- 2) артериальная гипотензия;

- 3) перенесенный инфаркт;

- 4) выраженная сердечная недостаточность;

- с тяжелой печеночной недостаточностью;

- с недавно перенесенным инсультом;

- с наследственными дегенеративными заболеваниями сетчатки.

Препарат следует использовать с осторожностью при:

- анатомических деформациях полового члена;
- серповидно-клеточной анемии;
- множественной миеломе;
- лейкозе.

Препарата «Лавекс» противопоказан в детском возрасте.

Применение препарата «Лавекс» совместно с кетоконазолом, эритромицином, циметидином и другими ингибиторами *CYP3A4* приводит к снижению клиренса препарата. В связи с влиянием препарата «Лавекс» на процесс обмена *NO* /цГМФ, применение нитратов и других доноров оксид азота с препаратом «Лавекс» противопоказано. Из побочных действий на применение препарата «Лавекс» следует указать на:

- головную боль, головокружение;
- диспепсию;
- заложенность носа;
- нарушения зрения (изменение цвета объектов, усиленное восприятие света, нарушение чёткости зрения);
- тахикардию;
- артериальную гипотензию;
- носовые кровотечения;
- гиперемии кожи лица и других областей;
- аллергические реакции.

После окончания антибактериальной терапии и в последующем, в течение двухмесячного диспансерного наблюдения проводился контроль санации урогенитальных инфекций.

Результаты исследований и их обсуждение. Комплексное обследование позволило установить у 67 больных хронический уретрогенный простатит с ЭД, из них:

- хронический трихомонадный уретропростатит диагностирован у пяти больных;
- хламидийный – у семи;
- трихомонадно-хламидийной – у 37;
- трихомонадно-хламидийно-микоплазменный уретропростатит – у 18 больных.

К особенностям наблюдаемых нами пациентов с длительно текущим хроническим простатитом относятся ипохондрическая готовность и фиксация малейших ощущений в половых органах. О наличии у наблюдаемых больных тревожной депрессии свидетельствуют навязчивые мысли тревожного содержания; так, высказывали мысли:

- о своей мужской и «человеческой» неполноценности – 24 больных;
- о неизлечимости недуга и бесперспективности лечения – 37;
- о неминуемой потере семейного благополучия – 26 больных.

У 18 наблюдаемых больных тревога и страх за свое состояние определяли их поведение, которое можно классифицировать как «уход в болезнь с отрывом от действительности». Для данной категории лиц была характерна тенденция к самодиагностике и самолечению. Среди клинической тревожно-депрессивной симптоматики были характерны:

- расстройства сна – для 47 наблюдаемых больных
- расстройства аппетита – для 55;
- вегетативные симптомы (повышенное потоотделение, лабильность пульса и др.) – для всех наблюдаемых больных.

Половые расстройства у наблюдаемых больных носили следующий характер:

- снижение либидо – у 27 (40,3 %) больных;
- снижение частоты и силы спонтанных эрекций – у 10 (14,9 %);
- ослабление адекватных эрекций – у 57 (85 %) больных.

Такие психологические факторы, как повышенная фиксация внимания на половой системе, сексуальные страхи, неуверенность в потенции формируют внутриличностные проблемы. Большая часть пациентов, опасаясь фиаско, сознательно и подсознательно избегали половой близости. Двадцати двум больным ранее проводилась специфическая терапия, которая не имела должного эффекта, что в значительной степени усугубило течение эректильной дисфункции за счет отрицательного психогенного влияния, усиливающегося при негативном результате лечения или неадекватной оценке как пациентом, так и врачом соотношения между задачами терапии и предполагаемыми ее результатами.

Проводимое общепринятое этиотропное лечение больных хроническим уретрогенным простатитом, которое включало применение антибиотиков, антипротозойных препаратов, гепатопротекторов, адаптогенов и местной терапии, показало хорошую терапевтическую эффективность и переносимость.

Применение препарата «Лавекс» в специфическом лечении больных с ЭД дало возможность добиться адекватной эрекции на первом этапе лечения и нормализации в дальнейшем сложных условнорефлекторных механизмов полового акта у наблюдаемых нами пациентов.

Заключение. Эректильная дисфункция – распространенное заболевание среди мужской половины населения существенно ухудшает качество жизни пациентов. Современные представления об ЭД, как о проявлении эндотелиальной дисфункции, позволяют рассматривать эту проблему как общемедицинскую. Появление эффективных и безопасных методов лечения позволяет врачам различных специальностей

помочь подавляющему большинству мужчин, страдающих данным недугом.

Препарат «Лавекс» является сильным селективным ингибитором цГМФ – специфической фосфодиэстеразы типа 5 (ФДЭ5), ответственной за расщепление цГМФ в пещеристом теле полового члена. Пероральное применение препарата «Лавекс» в лечении больных с ЭД восстанавливает нарушение эректильной функции

Выводы

1. Длительно существующие урогенитальные инфекции, как правило, приводят к развитию простатита, везикулита и орхита.

2. Одним из наиболее часто встречающихся сексуальных расстройств у мужчин с хроническим простатитом является эректильная дисфункция

3. Эректильная дисфункция – распространенное заболевание среди мужской половины населения, существенно ухудшающее качество жизни пациентов, является общей медико-социальной проблемой.

путем улучшения кровоснабжения полового члена и таким образом способствует возникновению естественного ответа на сексуальное возбуждение.

Врач дерматовенеролог должен знать и уметь донести до пациента взвешенную, достоверную и объективную информацию об особенностях патологического состояния при ЭД и существующих методах ее коррекции.

4. Препарат «Лавекс» является сильным селективным ингибитором цГМФ-специфической фосфодиэстеразы типа 5 (ФДЭ5), восстанавливающий нарушение эректильной функции путем улучшения кровоснабжения полового члена, что способствует возникновению естественного ответа на сексуальное возбуждение.

4. Наличие на аптечном рынке Украины препарата «Лавекс» дает возможность врачам многих специальностей проводить специфическую адекватную коррекцию эректильной дисфункции.

ЛИТЕРАТУРА

1. Коляденко В.Г. Головаченко Д.Я. Клиника, лечение и профилактика венерических болезней : Учебн. пособие. – К. : Вища школа, 1990. – 127 с.
2. Мавров Г.И., Назорный А.Е., Чинюв Г.П. Инфекции, передающиеся половым путем, и проблема сексуального и репродуктивного здоровья нации // Клінічна імунологія. Алергологія. Інсектологія. – 2010. – № 1. – С. 5-14
3. Андрология. Мужское здоровье и дисфункция репродуктивной системы. Под ред. Э. Нишлага, Г.М. Бере. – М. : ООО «Медицинское информационное агенство» (МИА), 2005. – 554 с.
4. Руководство по андрологии / Под ред. О.Л. Тиктинского – Л. : Медицина, 1990 – 416 с.
5. Дюдюн А.Д., Полион Н.Н., Довбыш М.А и др. Эффективность и переносимость препарата «Трибистан» в комплексном лечении больных урогенитальными инфекциями с нару-

6. Roberts R.O., Bergstralh E.J. et al. Prostatitis as a risk factor for prostate cancer // Epidemiology. – 2004. – Vol. 15, No 1. – P. 93-95,
7. Горпинченко И.И., Гурженко А.Ю. Исследование эффективности препарата Трибестан в лечении больных эректильной дисфункцией // Здоровье мужчины. – 2008. – № 3. – С. 89–94.
8. Claes H., Goeman L., Van Poppel H. The new PDE-5 inhibitors in comparison with Sildenafil // Int. J. Impot. Res. – 2003. – Vol. 15 (Suppl. 6). – P. 5
9. Francis S.H., Turko I.V., Corbin J.D. Cyclic nucleotide phosphodiesterases: relating structure and function // Prog. Nucleic. Acid. Res. Mol. Bio. – 2001. – Vol. 65. – P. 1–52.