ТИВОРТИН®

Незаменимый донатор **оксида азота**

У Вас **нет времени** болеть

www.tivortin.com

РС МЗ Украины № UA/8954/01/01 от 13.09.2013, № UA/9941/01/01 от 29.07.2014

ЮРІЯ·ФАРМ

www.uf.ua

Сексуальная дисфункция у мужчин: европейские рекомендации и современный подход

26-27 мая в Харькове состоялась научно-практическая конференция «Урология, андрология, нефрология 2016». За два насыщенных рабочих дня были рассмотрены вопросы современной онкоурологии, трансплантологии и диализа, реконструктивной урологии и андрологии.

Среди многих интересных выступлений следует отметить доклад **профессора кафедры урологии Национальной медицинской академии последипломного образования (НМАПО) им. Шупика (г. Киев), главного научного сотрудника ГУ «Институт урологии НАМН Украины» (г. Киев), доктора медицинских наук, профессора Юрия Николаевича Гурженко**, который подробно остановился на проблеме сексуальной дисфункции у мужчин и возможностях ее метаболической коррекции.

– Одним из основных условий высокого качества жизни является сексуальная гармония. Половой акт – сложный комплекс специфических физиологических реакций, лежащих в основе интимной близости мужчины и женщины. Помимо физиологии и биохимии генитальных процессов он включает сложные психологические и поведенческие проявления.

Как свидетельствует статистика, в последние годы отмечается устойчивая тенденция к возрастанию частоты половых расстройств у мужчин. К таковым относят нарушения эякуляции, нарушения эрекции и нарушения либидо. Как правило, одно из этих расстройств, в случае некорректного лечения, влечет за собой развитие остальных.

Среди нарушений эякуляции наиболее частым расстройством является преждевременная эякуляция (ПЭ) – состояние, когда мужчина не способен контролировать продолжительность полового акта в той мере, которая была бы достаточна, чтобы оба партнера получили сексуальное удовлетворение.

Распространенность ПЭ в популяции составляет 20-30%. Однако за медицинской помощью обращаются только от 1 до 12% мужчин. В структуре причин ПЭ ведущее место занимают воспалительные заболевания предстательной железы, а кроме того – повышенная чувствительность головки полового члена и психогенные факторы.

При хроническом простатите нарушение половой функции регистрируется в 41% случаев. Под эректильной дисфункцией (ЭД) понимают неспособность мужчины достигать или поддерживать эрекцию полового члена, достаточную для удовлетворительного для обоих партнеров полового акта. В Украине каждый третий мужчина старше 35 лет испытывает трудности с эрекцией. При этом, согласно опросам, на наличие ЭД указывают 35% опрошенных мужчин и 55% их партнерш. Не все мужчины готовы признаться даже в анонимном анкетировании, что имеют проблемы с эрекцией.

Чаще всего к ЭД приводят следующие заболевания и факторы риска: артериальная гипертензия, сахарный диабет, метаболический синдром, ишемическая болезнь сердца, нарушение функции желез внутренней секреции, злоупотребление спиртными напитками и курение, побочные эффекты от приема некоторых лекарственных средств (гипотензивные, антидепрессанты, транквилизаторы) и множество других. Также причиной ЭД могут быть психологические проблемы: давление со стороны партнера по поводу качества отношений, нехватка времени, ежедневная рутина, недостаток общения с партнером, недовольство и конфликты с ним, отсутствие сексуального желания, эротическая скука, депрессии и другие.

Лечение сексуальных дисфункций напрямую зависит от первопричины. ПЭ чаще всего вызвана воспалительными заболеваниями половых органов. При наличии таковых (простатит, эпидидимит и др.) назначают антибактериальные препараты (макролиды, фторхинолоны, тетрациклины), нестероидные противовоспалительные средства, ингибиторы α-5-редуктазы. В качестве вспомогательной терапии применяются иммуномодуляторы, витамины и фитотерапевтические средства, методы физиотерапии. При отсутствии воспалительных заболеваний для улучшения эякуляторной функции рекомендуют ингибиторы обратного захвата серотонина и нормализацию частоты половой жизни. После лечения нормальная длительность полового акта, как правило, восстанавливается.

В лечении ЭД значительная роль отводится модификации образа жизни – отказу от курения и злоупотребления алкоголем, рациональному питанию и двигательной активности, а также регулярной сексуальной жизни, желательно с постоянной партнершей. Авторитетные мировые урологические общества (европейское, канадское, американское) в своих рекомендациях по лечению ЭД солидарны в том мнении, что активное изменение образа жизни помимо улучшения эректильной функции может обеспечить общее улучшение состояния сердечно-сосудистой системы и метаболических процессов в организме. Изменение образа жизни можно рекомендовать как в качестве отдельного лечебного мероприятия, так и в сочетании с терапией ингибиторами фосфодиэстеразы-5, которые сегодня выступают препаратами первой линии в лечении ЭД. Ингибиторы фосфодиэстеразы-5 (силденафил, тадалафил, варденафил) по механизму действия являются донаторами оксида азота: высвобожденный NO активирует фермент гуанилатциклазу и стимулирует повышение уровня цикличного гуанозинмонофосфата. При этом расслабляется гладкая мускулатура кавернозного тела, усиливается приток крови, возникает эрекция. Эти препараты принимаются разово за 15-60 мин перед половым актом. Второй линией терапии выступают интракавернозные инъекции вазоактивных препаратов (алпростадил) и терапия локальным отрицательным давлением (ЛОД-терапия). При неэффективности всего вышеперечисленного пациенту можно рекомендовать протезирование полового члена.

Вышеуказанные методы не всегда позволяют добиться положительного результата в лечении ЭД. Повысить шансы на успех терапии может назначение вспомогательных препаратов, индивидуально подобранных для каждого больного. Одним из перспективных направлений в лечении ЭД является курсовое назначение донаторов оксида азота (L-аргинин).

Ключевым механизмом, приводящим к формированию ЭД, является функциональное либо органическое нарушение кавернозного кровотока. Основным веществом, влияющим на кровоток в половом члене, является оксид азота (NO). Снижение способности эндотелиальных клеток к выработке NO зачастую является основной причиной развития ЭД как функционального, так и органического характера. L-аргинин – важный фактор метаболических процессов в репродуктивных органах мужчины, так как представляет собой субстрат для синтеза NO – мощного эндогенного вазодилататора. Расширение сосудов и усиленное кровенаполнение пещеристого тела приводит к усилению эрекции. Поэтому включение препаратов L-аргинина в комплексное лечение ЭД может значительно улучшить результаты терапии.

Таким образом, лечение сексуальных дисфункций у мужчин должно носить комплексный характер. Согласно современным рекомендациям мировых сообществ по лечению ЭД препаратами первой линии выступают ингибиторы фосфодиэстеразы-5 при обязательной модификации образа жизни. В качестве терапии второй линии служат интракавернозные инъекции, в качестве третьей – эндофаллопротезирование. Назначение вспомогательной курсовой терапии, в частности препаратами L-аргинина, может значительно повысить шансы на успех лечения.

Подготовила ***Мария Маковецкая***

НАША СПРАВКА

NO – гидрофобный газ, простая молекула, способная выполнять роль универсального регулятора многих биологических функций. С нарушением синтеза и/или выделения NO ассоциированы не только сексуальные дисфункции, но и большое количество других заболеваний – артериальная гипертензия, атеросклероз, ишемическая болезнь сердца, бронхиальная астма, первичная легочная гипертензия, облитерирующие поражения сосудов нижних конечностей, сахарный диабет (СД), тромбоцитоз, аллергические заболевания и др. Установлено, что синтез NO происходит во всех эндотелиальных клетках (в том числе и в эндотелии кавернозных тел) из L-аргинина при действии фермента эндотелиальной NO-синтазы. Путем достаточно сложных биохимических реакций NO в конце концов опосредованно релаксирует гладкомышечные клетки, что приводит к вазодилатации и улучшению кровоснабжения соответствующих органов.

Препарат L-аргинина Тивортин® («Юрия-Фарм», Украина) можно использовать для улучшения как эректильной и эякуляторной функции мужчин, так и микроциркуляции в половых органах, либидо и качественных показателей спермы (подвижность, концентрация и количество сперматозоидов).

Эффект Тивортина® на репродуктивную функцию у мужчин был исследован на базе ГУ «Институт урологии НАМН Украины» (Горпинченко И.И., Гурженко Ю.Н., 2014). В исследование были включены мужчины от 25 до 40 лет (n=102), имеющие экскреторно-токсическое бесплодие. Все больные на I этапе лечения получали традиционную комплексную патогенетическую и этиологическую противовоспалительную терапию. На II этапе 72 пациента принимали дополнительно препарат Тивортин® аспартат по 5 мл 3 раза в день на протяжении 4 нед.

У всех пациентов, принимавших Тивортин®, после 1 мес приема препарата достоверно увеличилось количество сперматозоидов в 1 мл эякулята. Процентное содержание активноподвижных и живых сперматозоидов также достоверно повысилось и достигло уровня, характерного для здоровых фертильных мужчин. При использовании Тивортина® клиническая эффективность курса лечения возросла на 18,2% по сравнению с таковой в группе, получавшей стандартную терапию.

В другом исследовании, выполненном на базе ГУ «Институт урологии НАМН Украины» (Горпинченко И.И., 2013), изучали влияние препарата Тивортин® на эректильную функцию у мужчин, страдающих ЭД. В исследовании приняли участие 37 мужчин в возрасте 47-58 лет с СД 2 типа, гипертонической болезнью (I стадия), ожирением I-II степени, дислипидемией, ЭД легкой и средней тяжести. Все пациенты принимали Тивортин® аспартат по 5 мл 3 раза в день во время еды в течение 30 дней.

До лечения подавляющее большинство исследуемых (n=30, 81%) не могли осуществлять половой акт из-за недостаточной эрекции. После лечения 21 пациент (56,7%) мог осуществлять интимную близость при достаточной эрекции, при этом у 6 (16,2%) пациентов эрекция восстановилась полностью. Показатели шкалы Международного индекса эректильной функции (МИЭФ), характеризующие качество эрекций, после приема Тивортин® аспартата улучшились, что позволило пациентам повысить сексуальную активность. В результате удовлетворенности половым актом повысилось сексуальное желание и возросла удовлетворенность половой жизнью в целом. После лечения отмечалось улучшение показателей, характеризующих гемодинамику в половом члене (реографический индекс и минутный кровоток). А по данным допплерографии сосудов полового члена достоверно усилился приток крови в кавернозных телах, при этом конечная диастолическая скорость не изменилась. После анализа результатов работы исследователями был сделан вывод о том, что монотерапия L-аргинином (препарат Тивортин® аспартат) оказывает положительное влияние на выраженность эрекций у больных ЭД, что подтверждается субъективной оценкой пациентов, данными опросника МИЭФ и объективными показателями (реофаллография, допплерография).