

Еректильна дисфункція при хронічному простатиті – проблема чи міф?

В.І. Зайцев

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Стаття присвячена проблемі діагностики та лікування хронічного простатиту, поєданого з еректильною дисфункцією. Наводяться сучасні методи діагностики та лікування таких пацієнтів, а також аналізуються розбіжності між підходами до діагностики та лікування, викладеними у рекомендаціях Європейської асоціації урологів та реальною клінічною практикою. Зроблено висновок щодо врахування особливостей клінічних проявів, у тому числі наявності еректильної дисфункції, під час визначення тактики лікування та необхідності більш диференційованого підходу до таких пацієнтів.

Ключові слова: хронічний простатит, еректильна дисфункція, лікування.

Проблема діагностики та лікування хронічного простатиту (ХП) на сьогодні залишається актуальною. Незважаючи на появу сучасних високоспецифічних методів виявлення збудників запального процесу, нових високоактивних антибактеріальних препаратів, результати лікування цього захворювання далекі від оптимальних. Це пов'язано з багатьма факторами. Серед них – зміни мікробного пейзажу ХП, поява резистентних штамів та полімікробних асоціацій, складність їхнього виявлення та лікування. Крім того, запалення передміхурової залози (ПЗ) часто супроводжується ускладненнями з боку інших органів репродуктивної системи, розладами сечовипускання та хронічним больовим синдромом.

Загальноприйнятою класифікацією простатиту є класифікація Інституту здоров'я США (1995):

1. Гострий простатит.
2. Хронічний бактеріальний простатит (наявне виражене запалення та виділені етіологічні м/о).
3. Хронічний абактеріальний простатит:
 - А. Синдром запального хронічного тазового болю (наявне виражене запалення, але не виділені етіологічні м/о);
 - В. Синдром незапального хронічного тазового болю (немає вираженого запалення, не виділені етіологічні м/о).
4. Асимптомне запалення ПЗ (немає вираженого запалення, не виділені етіологічні м/о) – виявлено гістологічно.

Пацієнти, яким в Україні встановлюють діагноз «хронічний простатит», можуть бути віднесені до різних розділів останніх протоколів Європейської асоціації урологів (ЕАУ, 2016):

- урологічна інфекція (власне ХП);
- симптоми нижніх сечових шляхів (СНСШ);
- хронічний тазовий біль [1].

Відповідно до наведених протоколів, кожна з цих категорій пацієнтів має свої алгоритми діагностики та лікування, хоча у багатьох хворих на ХП є ознаки декількох груп.

Ми не будемо детально аналізувати усі аспекти діагностики та лікування ХП, проте слід зазначити певні недоліки даного протоколу при його використанні у реальній клінічній практиці.

Одним із спірних моментів є питання ускладнень ХП, які виявляють у багатьох пацієнтів і які, у першу чергу,

примушують їх звертатися до лікаря. Одним з головних та дискусійних питань є еректильна дисфункція (ЕД), пов'язана з ХП.

Порушення ерекції (ЕД) – це «неможливість досягнути та/або утримати ерекцію статевого члена, достатню для задовільної статевої активності» (визначення Національного інституту здоров'я США). Не слід навіть дискутувати про важливість збереження сексуальної функції у пацієнтів з ХП. Практика свідчить, що її наявність або прогресування порушень дуже негативно позначаються на стані пацієнта – як моральному, так і фізичному. Слід зазначити, що нормальна сексуальна функція – єдина парна функція організму людини [2], яка:

- покращує емоційний стан обох партнерів;
- зменшує рівень стресу обох партнерів;
- покращує загальний фізичний стан;
- покращує реконвалесценцію при тривалих захворюваннях;
- не має вікового ліміту.

У протоколі ЕАУ питання ЕД у хворих на ХП взагалі не піднімається. Більше того, запропоновані методи діагностики не передбачають навіть визначення наявності ЕД у таких хворих. Головним методом визначення клініки ХП відповідно до протоколу є опитувальник NIH-CPSI, який включає наступні пункти:

- Біль.
- Дизурія.
- Вплив симптомів на звичайну активність.
- Якість життя.

Жодні сексуальні порушення не входять до цього переліку. Водночас, наш власний досвід та дані інших дослідників свідчать про часте поєднання сексуальних порушень та ХП (у тому числі ЕД) та ХП (Юнда І.Ф., 1973, Горпинченко І.І., 1977, Тиктинський О.Л., 1999, Зайцев В.І., 2004, Кочарян Г.С., 2012 та ін.).

Аналіз наших власних даних (978 пацієнтів із ХП) свідчить, що серед клінічних проявів захворювання близько 40% пацієнтів мали скарги на ті чи інші сексуальні порушення:

- біль/дискомфорт – 62,3%;
- дизурія – 16,6%;
- ЕД – 28,5%;
- ПЕ – 12,3%;
- інші сексуальні дисфункції (СД) – 7,3%;
- безплідність – 7,7%.

Вплив перебігу ХП на сексуальну функцію може відбуватися за багатьма взаємопов'язаними напрямками. У літературі є чимало публікацій, які свідчать про можливість негативного впливу на сексуальну функцію проявів ХП, таких, як [3]:

- біль;
- дизурія;
- гіпогонадизм;
- психологічні проблеми;
- супутні захворювання та медикаменти.

У протоколах ЕАУ (2016) наводяться дані великого дослідження The Multinational Survey on the Aging Male (MSAM-7), яке вивчало взаємозв'язок дизурії та СД на

прикладі понад 12 тис. чоловіків віком 50–80 років [1]. Було показано, що серед 83% сексуально активних чоловіків частота дизурії була 90% при частоті СД 49%, з них у 10% пацієнтів ерекція взагалі була відсутня.

Інше велике дослідження Cologne male Survey, в якому взяли участь 8 тис. чоловіків віком 30–80 років також підтвердило зв'язок між ЕД та дизурією [4]. Серед обстежених пацієнтів у 44% фіксували дизуричні симптоми, а в 19% випадках – ЕД. При цьому у чоловіків з ЕД дизурію констатували у 72%, а у чоловіків без ЕД – у 38%. Автори зробили висновок, що відносний ризик розвитку ЕД при дизурії складає 2,1. Цікаво, що низка інших досліджень свідчить, що у жінок ситуація схожа – дизурія у них також є фактором ризику сексуальних порушень.

Існує багато публікацій, які підтверджують існування схожого зв'язку між ЕД та іншими наведеними факторами [5–11]. Важливим практичним моментом, який підтверджує цей зв'язок, є той факт, що при адекватному лікуванні простатиту в багатьох випадках прояви сексуальних дисфункцій зменшуються.

Лікування ХП, відповідно до протоколу ЄАУ, включає перш за все антибіотики. Групою вибору є фторхінолони, які вживають протягом 4–6 тиж і препаратом вибору залишається ципрофлоксацин. Тетрацикліни рекомендують за підозри на внутрішньоклітинні мікроорганізми. Про можливе використання комбінації антибактеріальних препаратів не згадується. З інших препаратів наводяться альфа-адреноблокатори та фінастерид (при ХП категорії 3а). Внутрішньопростатичні ін'єкції не рекомендовані даним протоколом. Інші типи препаратів не згадуються.

Щодо лікування ЕД, то даний протокол рекомендує наступну терапію [3]:

- 1-а лінія – інгібітори фосфодіестерази 5-го типу.
- 2-а лінія – інтракавернозні ін'єкції (Alprostadil), або в комбінації.
- 3-я лінія – протезування члена.

Протоколи Американської асоціації урологів дають схожі рекомендації.

Якщо діяти відповідно до наведених протоколів, то це все, що можна запропонувати хворим з ХП та ЕД. У той самий час, на наш погляд, не слід однаково підходити до лікування ЕД, незалежно від причини виникнення та клінічних особливостей пацієнта. Лікування першопричини (або важливого фактора появи та прогресування ЕД, якщо лікар не впевнений у першопричині), має бути базисним підходом до терапії пацієнтів. Неможливо однаково лікувати пацієнтів з ЕД на тлі, приміром, гіпогонадизму, цукрового діабету чи ХП. Вони потребують зовсім інших підходів.

Зрозуміло, що використання ІФДЕ сьогодні на практиці стало практично універсальним методом лікування ЕД незалежно від інших обставин. Безумовно, їхнє запровадження призвело до революції у даній галузі. З іншого боку, значно простіше призначити ІФДЕ позитивно, ніж «заморочуватись» більш точною діагностикою та лікуванням головної причини (що і відбувається, особливо за кордоном). У ситуаціях, коли вже існують незворотні зміни в тканинах (наприклад, у разі тривалого цукрового діабету, посттравматичної чи післяопераційної ЕД), коли неможливо інакше ефективно допомогти пацієнту – запровадження ІФДЕ дало реальний інструмент корекції ЕД, якого раніше не мали. Але у пацієнтів більш молодого віку, в яких немає глибоких анатомічних змін, але є, як правило, ціла низка факторів, які у комбінації спричинили появу ЕД, призначення ІФДЕ як єдиного варіанту лікування вважаємо не зовсім коректним. У комплексній терапії таких пацієнтів вони можуть використовуватися, але необхідно впливати і на інші ланки патогенезу виникнення ЕД, для того щоб за

можливості у подальшому відмовитись від ІФДЕ за рахунок нормалізації статевої функції.

Лікування ЕД при ХП, на наш погляд, має певні особливості на відміну від ЕД іншого генезу. Серед них:

- у частини пацієнтів саме ЕД є єдиною ознакою ХП;
- достатньо часто пацієнти вважають саме ЕД головним критерієм ХП (та ефективність її лікування);
- ефективність лікування ЕД значно впливає на психологічний стан пацієнта;
- призначення ІФДЕ не лікує причину і потребує постійного використання.

Отже, якщо діяти чітко за міжнародними протоколами ЕД при ХП, то постає низка недоліків такого підходу:

- Лікуємо не хворобу, а симптом.
- Лікування механістичне, без урахування особливостей пацієнта – аби була ерекція.
- Не відбувається усунення інших причин, що негативно впливають на появу ЕД при ХП.

Альтернативою вважаємо комплексне лікування запального процесу з урахуванням сексуальних дисфункцій. На жаль, не існує оптимальних препаратів для цього, але крім названих підходів до лікування слід звернути увагу на рослинні препарати, які на практиці широко використовуються у багатьох європейських країнах, у тому числі в Україні [12–14]. Як не дивно, але лідером з використання рослинних препаратів є Німеччина – країна з надзвичайно розвиненим законодавчим регулюванням життя, у тому числі і медицини. Цікаво, що основи сучасної популярності фітотерапії в Німеччині були закладені у 30–40 роки минулого століття нацистами, які виділяли величезні кошти на виведення нової раси «суперлюдей» та на перспективні для цього наукові напрямки, у тому числі на пошук нових ліків на основі рослин. Саме тоді була закладена основа для потужної індустрії з виробництва фітопрепаратів та проведення наукових досліджень. Ідея «суперлюдей» повністю нівелювала себе, а от фітопрепарати і далі користуються величезним попитом.

Під час лікування ХП використовують різноманітні фітопрепарати. Найчастіше використовують препарати на основі Saw palmetto, Pigeum africanum, Urtica dioica, а також різноманітні комбіновані препарати. Головними перевагами, які приваблюють лікарів у фітопрепаратах, є їхнє натуральне походження, відсутність побічних дій та вплив на різні клінічні прояви захворювань та різні ланки патогенезу.

Водночас, недоліками рослинних препаратів є відсутність стандартизації виробництва, важкість (неможливість) виділення діючої речовини та контролю якості препарату, а також значні розбіжності в якості сировини та методах її оброблення. Прямим наслідком цього всього те, що проведення повноцінних клінічних досліджень з рослинними препаратами є вкрай складним, особливо у порівняльному аспекті.

Фіто- та комбіновані препарати мають суттєві переваги для використання при ХП, тому що впливають на різні ланки виникнення ЕД:

- протизапальний ефект;
- гормоноподібна дія;
- покращують різні аспекти функціонування статевої системи;
- комплексна дія на інші порушення (біль, дизурія, лібідо...).

Серед фіто- та комбінованих препаратів, які використовують при ЕД, можна назвати:

- алкалоїди з кори дерева *Corynanthe Yohimbe*
- трава якрців (TRIBULUS)
- L-аргінін
- їхні комбінації ...

Серед сучасних комбінованих препаратів, які можуть успішно використовуватися у комплексній терапії ЕД при ХП, слід виділити Правенор® Форте. Його перевагами є комплексна дія на різні ланки запального процесу, практична відсутність ускладнень, можливість корекції дози та можливість тривалого лікування.

Комбінація рослинних екстрактів з L-аргініном, що містяться у препараті Правенор® Форте, оптимально підібрана для лікування даного контингенту хворих, за рахунок чого він впливає на різні ланки патогенезу хронічного запального процесу у ПЗ. Такі компоненти, як екстракт ягід карликової пальми (Saw palmetto), екстракт якорців (Tribulus terrestris) та екстракт гінкго білоба (Ginkgo biloba) давно та з успіхом використовують у медицині. Вони позитивно впливають на перебіг запалення у ПЗ, стимулюють статеву функцію, нормалізують гормональний дисбаланс. Крім того, препарати гінкго білоба широко використовують для покращання когнітивних функцій, мозкового кровообігу, що особливо важливо для пацієнтів старшого віку.

Іншим компонентом препарату Правенор® Форте, який традиційно як монопрепарат та в комбінації використовується для корекції ЕД, є його імібін гідрохлорид. Саме він був препаратом вибору лікування ЕД в епоху «до інгібіторів фосфодіестерази». Він є селективним блокатором $\alpha 2$ -адренорецепторів, нормалізує статеву функцію, має стимулювальний вплив на ЦНС при психогенній ЕД, покращує функціонування спинномозкових центрів ерекції та еякуляції, а також зменшує негативний вплив серотоніну (депресія, синдром очікування невдачі).

До складу препарату Правенор® Форте також входить аргінін. Це основна α -амінокислота, l-форма якої входить до 20 амінокислот, що становлять основу білків. Для людини аргінін є напівнезамінною амінокислотою, тобто біохімічні шляхи для її біосинтезу існують. Але в певні періоди життя, зокрема інтенсивного росту та розвитку, а також під час деяких захворювань вони не можуть забезпечувати достатньої кількості цієї сполуки, через що вона повинна потрапляти в організм із їжею. Аргінін є попередником для синтезу монооксиду азоту (NO), що бере участь у регуляції низки фізіологічних процесів, таких, як розширення кровоносних судин, передача нервових імпульсів та імунна відповідь.

Вміст аргініну порівняно високий у морській їжі, кавуні, горіхах, насінні, водоростях, м'ясі, концентраті рисового білка та у соєвому білку. Сорок відсотків аргініну од-

разу розщеплюється у тонкому кишечнику – велика частина від загальної кількості цієї амінокислоти, що поступає з їжею, не потрапляє у кров.

Аргінін покращує функціонування ПЗ та кровопостачання (у тому числі органів статевої системи); покращує сперматогенез, стимулює сексуальну функцію і загалом покращує відновлення тканин організму.

Правенор® Форте зазвичай призначають по 1 капсулі 1 раз на день незалежно від вживання їжі.

Збалансований склад препарату Правенор® Форте патогенетично та практично показаний для використання у пацієнтів з ХП та ЕД.

Зрозуміло, що під час визначення комплексної терапії ХП лікарі часто покладаються перш за все на власний досвід і абсолютних рекомендацій немає. Проте монотерапія антибіотиками (як рекомендовано ЄАУ) є далеко не завжди ефективною, особливо за наявності ускладнень, як ЕД. Додавання Правенор® Форте може покращити результати лікування за рахунок впливу на окремі патогенетичні ланки ХП та на патологічну симптоматику цього захворювання.

ВИСНОВКИ

Отже, ми вважаємо, що в питаннях етіології, діагностики та лікування хронічного простатиту (ХП), особливо за наявності сексуальних дисфункцій, сучасний протокол Європейської асоціації урологів містить багато дискусійних питань, які не завжди відповідають реальній клінічній практиці. Проведений аналіз свідчить, що еректильна дисфункція (ЕД) дійсно часто виникає при ХП, підставою для чого є багато факторів. Механістичне лікування ЕД має тимчасовий ефект і не впливає ні на її причину, ні на інші взаємозв'язані з нею порушення. Ефективне лікування хронічного запального процесу в більшості випадків покращує чи виліковує ЕД. У пацієнтів з ХП у більшості випадків адекватний підбір комбінованої терапії дозволяє обійтись без використання ІФДЕ, або використовувати їх протягом короткого терміну.

У будь-якому разі протоколи лікування є важливим інструментом для урологів, але їхнє використання у певних випадках слід адаптувати до реальних особливостей даного захворювання у наших пацієнтів. Водночас, усі відхилення такого типу повинні мати чіткі обґрунтування і, головне, не нашкодити пацієнту.

Эректильная дисфункция при хроническом простатите – проблема или миф?

В.И. Зайцев

Статья посвящена проблеме диагностики и лечения хронического простатита, сопровождающегося эректильной дисфункцией. Приводятся современные методы диагностики и лечения таких пациентов, а также анализируются разногласия в подходах к диагностике и лечению, приведенных в рекомендациях Европейской ассоциации урологов и реальной клинической практикой. Сделан вывод касательно учета особенностей клинических проявлений, в том числе наличия эректильной дисфункции при определении тактики лечения и необходимости более дифференцированного подхода к таким пациентам.

Ключевые слова: хронический простатит, эректильная дисфункция, лечение.

Erectile dysfunction in chronic prostatitis – the problem of the myth?

V.I. Zaitsev

The article is devoted to the problem of diagnosis and treatment of chronic prostatitis, accompanied by erectile dysfunction. Modern methods of diagnostics and treatment of such patients are presented, as well as analyzes the differences in the approaches to diagnosis and treatment given in the Guidelines of the European Association of Urology and real clinical practice. It is concluded that it is necessary to take into account the peculiarities of clinical manifestations, incl. the presence of erectile dysfunction, in determining the treatment options and the necessity of more differentiated approach to such patients.

Key words: chronic prostatitis, erectile dysfunction, treatment.

Сведения об авторе

Зайцев Валерий Иванович – Буковинский государственный медицинский университет, 58001, г. Черновцы, пл. Театральная, 2. E-mail: vzyatsev@meta.ua

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. <http://uroweb.org/individual-guidelines/non-oncology-guidelines/>
2. Fisher W.A., et al. Erectile dysfunction (ED) is a shared sexual concern of couples I: couple conceptions of ED. *J Sex Med*, 2009. 6: 2746.
3. Hatzimouratidis K., et al., EAU Guidelines Panel on Male Sexual Dysfunction. EAU guidelines on Male Sexual Dysfunction. Edn. presented at the EAU Annual Congress Munich 2016.
4. Braun M., Wassmer G., Klotz T. et al. Epidemiology of erectile dysfunction: results of the 'Cologne Male Survey'. *Int J Impot Res*. 2000 Dec;12(6):305–11.
5. Юнда И.Ф. Болезни мужских половых органов. – К.: Здоров'я, 1989. – 272 с.
6. Сексология и андрология/ Под ред. Возианова А.Ф., Горлинченко И.И./ Бойко Н.И., Борисенко Ю.А., Быстров А.А. и др. – К.: Абрис, 1997. – 880 с.
7. Абу Селех А., Зайцев В.І., Ілюк І.І., Святська Л.В. Сучасні аспекти колонізації органів сечостатевої системи чоловіків при хронічному запальному процесі // Клінічна та експериментальна патологія. – 2006. – № 1. – С. 40–45.
8. Тиктинский О.Л., Калинина С.Н. Хламидийный простатит. – СПб: Питер. – 2001. – 267 с.
9. Schouten B.W., et al. Incidence rates of erectile dysfunction in the Dutch general population. Effects of definition, clinical relevance and duration of follow-up in the Krimpen Study. *Int J Impot Res*, 2005. 17: 58.
10. Besiroglu H., et al. The relationship between metabolic syndrome, its components, and erectile dysfunction: a systematic review and a meta-analysis of observational studies. *J Sex Med*, 2015. 12: 1309.
11. Seftel A.D., et al. Coexisting lower urinary tract symptoms and erectile dysfunction: a systematic review of epidemiological data. *Int J Clin Pract*, 2013. 67: 32.
12. Boyle P., Robertson C., Lowe F., et al. Meta-analysis of clinical trials of per-mixion in the treatment of symptomatic benign prostatic hyperplasia// *Urology*.- 2000, 55(4). – P. 533–539.
13. Avins AL, Bent S. Saw palmetto and lower urinary tract symptoms: what is the latest evidence? *Curr Urol Rep*.- 2006, 7(4). – P. 260–5.
14. Tacklind J., MacDonald R., Rutks I., Wilt T.J. Serenoa repens for benign prostatic hyperplasia /Cochrane Database of Systematic Reviews (Online). – 2009. – <http://ukpmc.ac.uk/abstract/MED/19370565>.