Health of man

SCIENTIFIC-PRACTICAL JOURNAL

Здоров'я чоловіка

НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ ЖУРНАЛ

№3 (82) '2022

ISSN 2412-5547 (Online)
ISSN 2307-5090 (Print)

ВПЛИВ М-ХОЛІНОБЛОКАТОРІВ НА КЛІНІЧНИЙ ПЕРЕБІГ СЕЧОВОЇ ІНКОНТИНЕНЦІЇ У ХВОРИХ З АРТИФІЦІАЛЬНИМ СЕЧОВИМ МІХУРОМ 5

ГІПОАКТИВНИЙ СТАТЕВИЙ ПОТЯГ, ОБУМОВЛЕНИЙ ПСИХІЧНИМИ І НЕВРОЛОГІЧНИМИ РОЗЛАДАМИ 12

СУЧАСНІ АСПЕКТИ ВИКОРИСТАННЯ ПРОБІОТИЧНИХ ТА ПРЕБІОТИЧНИХ ПРОДУКТІВ В УРОЛОГІЧНІЙ ПРАКТИЦІ 66

РИЗИК РОЗВИТКУ ТА ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК СЕЧОКАМ'ЯНОЇ ХВОРОБИ ТА ОСТЕОПОРОЗУ 72

ВОГЕР VOGER

БІХЕЛС

Відповідає рекомендаціям ЕАУ[1]

European Association of Urology

З використанням запатентованого екстракту житнього пилку «Graminex G63».[2,3]

1. Рекомендації ЕАУ станом на 02.2020
2. Інструкція до дієтичної добавки «ВОГЕР»
3. www.graminex.com

- **Полегшує симптоми болю**
- **Зменшує запалення та набряк**
- **Зменшує спазм**
- **Гальмує подальший ріст простати**

- **При хронічному простатиті**
- **При доброякісній гіперплазії простати**

Дієтична добавка «ВОГЕР®». Не є лікарським засобом. Без ГМО.

Інформація про дієтичну добавку «ВОГЕР®» призначена виключно для професійної діяльності медичних та фармацевтичних працівників, для розповсюдження на спеціалізованих семінарах, конференціях та симпозіумах, присвячених медичній тематиці. Розповсюдження цієї інформації будь-якими способами, які надають до неї доступ невизначеному колу осіб – заборонено.

ТУ У 10.8-38639061-002:2015

ЗДОРОВ'Я ЧОЛОВІКА 3 (82)/2022

ЗАСНОВНИКИ
ДУ «ІНСТИТУТ УРОЛОГІЇ НАМН УКРАЇНИ»

ЩЕРБІНСЬКА О.С.

Наказом МОН України № 241 від 09.03.2016 журнал «Здоров'я чоловіка» включено до переліку наукових фахових видань України в галузі медичних наук. У виданні можуть бути опубліковані основні результати дисертаційних робіт

Згідно з Наказом Міністерства освіти і науки України від 28.12.2019 № 1643 науково-практичний журнал «Здоров'я чоловіка» включено до Категорії «Б» Переліку наукових фахових видань України

Журнал «Здоров'я чоловіка» реферується Інститутом проблем реєстрації інформації НАН України

Журнал «Здоров'я чоловіка» включено у реферативну базу «Україніка наукова», а також у міжнародні наукометричні та пошукові бази. Статтям журналу «Здоров'я чоловіка» присвоюється DOI

РЕКОМЕНДОВАНО
Вченою радою ДУ «Інститут урології імені академіка О.Ф. Возіанова НАМН України»
Протокол №4 від 27.09.2022.

Підписано до друку 30.09.2022.

Статті, що публікуються в журналі «Здоров'я чоловіка», – рецензовані.
Відповідальність за достовірність фактів та інших відомостей у публікаціях несуть автори.
Відповідальність за зміст реклами, а також за відповідність наведених у рекламі відомостей вимогам законодавства несуть рекламодавці.
Редакція і видавці не несуть відповідальності за достовірність інформації, опублікованої в рекламних матеріалах.
Думка редакції може не збігатися з думкою авторів публікації.
Передрук матеріалів – тільки з письмового дозволу редакції.
При передруці посилання на журнал «Здоров'я чоловіка» обов'язкове.

АДРЕСА ДЛЯ КОРЕСПОНДЕНЦІЇ, ТЕЛЕФОНИ РЕДАКЦІЇ ТА ВИДАВЦІВ
Україна, 03039, Київ, а/с № 4.
Тел.: +38(044) 257-27-27, +38(067) 233-75-91.
E-mail: alexandra@professional-event.com

НАШ ПЕРЕДПЛАТНИЙ ІНДЕКС: 01666
З питань передплати або придбання журналу звертатися до поштових відділень зв'язку, до редакції або на сайт: www.health-man.com.ua

Тираж – 3000 прим.
Періодичність видання – 4 номери на рік.

Свідоцтво про державну реєстрацію друкованого засобу масової інформації
КВ 21040-10840ПР от 17.11.2014 г.

Фотовивід і друк
«Наша друкарня» ФОП Симоненко О.І.
Київська обл. м. Бориспіль, вул. Київський шлях, 75, кв. 63.
Тел. +38(067) 172-86-37

© Інститут урології НАМН України, 2022
© Щербінська О.С., 2022
© Professional-Event, 2022

НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ

ДУ «ІНСТИТУТ УРОЛОГІЇ НАМН УКРАЇНИ»

АСОЦІАЦІЯ СЕКСОЛОГІВ ТА АНДРОЛОГІВ УКРАЇНИ

ЗДОРОВ'Я ЧОЛОВІКА
HEALTH OF MAN
ЗДОРОВЬЕ МУЖЧИНЫ

Всеукраїнський науково-практичний журнал
Офіційне видання Асоціації сексологів та андрологів України

ВИДАЄТЬСЯ ЗА ПІДТРИМКИ УКРАЇНСЬКОГО ІНСТИТУТУ СЕКСОЛОГІЇ І АНДРОЛОГІЇ

Головний редактор
І.І. Горпинченко *– доктор мед. наук, проф., генеральний директор Українського інституту сексології і андрології, завідувач відділом сексопатології і андрології ДУ «Інститут урології імені академіка О.Ф. Возіанова НАМН України»*

Редакционная коллегия
С.О. Возіанов
Б.М. Ворнік
С.В. Головко
Ю.М. Гурженко
Ф.І. Костєв
Г.С. Кочарян
В.М. Лісовий
З.С. Маршанія (Грузія)
О.Д. Нікітін
К.Р. Нуріманов
С.П. Пасечніков
Т.В. Порошина
А.І. Сагалевич
В.В. Спиридоненко
В.П. Стусь
О.С. Федорук
В.В. Черненко
С.М. Шамраєв
О.В. Шуляк
Juza Chen (Ізраїль)
Anna Drannik (Канада)
Dimitris Hatzichristou (Греція)

ДИРЕКТОР ПРОЕКТУ
О.С. Щербінська, доктор мед. наук

ДИРЕКТОР З РЕКЛАМИ
І.М. Лукавенко

ВІДПОВІДАЛЬНИЙ СЕКРЕТАР
О.О. Попільнюк

РЕКЛАМА
К.О. Панова

ЛІТЕРАТУРНИЙ РЕДАКТОР
Л.В. Сухих

ДИЗАЙН ТА ВЕРСТКА
А.О. Бондаренко

HEALTH OF MAN **3** (82)/2022

FOUNDERS

SI «INSTITUTE OF UROLOGY NAMS OF UKRAINE»

SHCHERBINSKA O.S.

Journal «Health of man» is included into the list of scientific specialized Ukrainian editions in the field of medical sciences by the Order of the Ministry of Education and Science of Ukraine N241 from 09.03.2016. The main results of the dissertation researches can be published in the journal.

According to the order of the Ministry of Education and Science of Ukraine 28.12.2019 № 1643 scientific and practical journal «Health of man» is included in Category «B» of the List of scientific professional publications of Ukraine.

Journal «Health of man» is reviewed by the Institute of Information Recording of NAS of Ukraine

Journal «Health of man» is included in the abstracts database «Ukrainika naukova», in the international scientometric and search databases. Articles of the journal «Health of man» are assigned DOI.

RECOMMENDED BY
Academic Council of SI «Academician O.F.Vozianov Institute of Urology of NAMS of Ukraine»
Protocol No 4 from 27.09.2022.

Passed for printing 30.09.2022.

Articles published in the journal «Health of man» – reviewed.
Authors are responsible for accuracy of the facts and other information in the publication. Advertisers are responsible for the content of advertising, as well as those appearing in the advertisement information requirements of the law. The editors and publishers are not responsible for the accuracy of the information published in promotional materials.
Editorial opinion may not coincide with the opinion of the authors of the publication.
Reprinting material only with the written permission of the publisher.
When reprinting reference to the journal «Health of man» is obligatory.

EDITORIAL OFFICES ADDRESS AND TELEPHONE OF PUBLISHERS
Ukraine, 03039, Kyiv, p/b 4
Tel.: +38(044) 257-27-27, +38(067) 233-75-91.
E-mail: alexandra@professional-event.com

OUR SUBSCRIPTION INDEX: 01666
To subscribe or purchase – please contact post offices, journal office or site : www.health-man.com.ua

Circulation – 3000 copies
Periodicity – 4 issues per year

Certificate of Registration
KB N21040-10840 ПР from 17.11.2014

Imagesetter and Printing
"OUR PRINTING" FOP Simonenko OI
Kyiv region Boryspil, street Kyivsky Shliakh, 75, apt. 63.
Tel. +38 (067) 172-86-37

© SI «Institute of Urology NAMS of Ukraine», 2022
© Shcherbinska O. S., 2022
© Professional-Event, 2022

NATIONAL ACADEMY OF MEDICAL SCIENCE OF UKRAINE
SI "INSTITUTE OF UROLOGY NAMS OF UKRAINE"
ASSOCIATION OF SEXOLOGISTS AND ANDROLOGISTS OF UKRAINE

HEALTH OF MAN
ЗДОРОВ'Я ЧОЛОВІКА
ЗДОРОВЬЕ МУЖЧИНЫ

Ukrainian scientific and practical journal
Official journal of the Association of Sexologists and Androloigists of Ukraine

PUBLISHED WITH THE SUPPORT OF UKRAINE INSTITUTE OF SEXOLOGY AND ANDROLOGY

Editor-in-chief
I.I. Gorpynchenko *– Dr. med. Sciences, professor, Chief Executive Officer of the Ukrainian Institute of Sexology and Andrology, head of the Department of Sexopathology and Andrology of State Institution "Institute of Urology named by Acad. O.F. Vozianov of the NAMS of Ukraine"*

Editorial board
S.O. Vozianov
B.M. Vornik
S.V. Golovko
Yu.M. Hurzhenko
F.I. Kostiev
G.S. Kocharyan
V.M. Lisovyi
Z.S. Marshania (Georgia)
O.D. Nikitin
S.P. Pasechnikov
A.I. Sahalevych
V.V. Spyrydonenko
V.P. Stus
O.S. Fedoruk
V.V. Chernenko
S.M. Shamraiev
O.V. Shuliak
Juza Chen (Israel)
Anna Drannik (Canada)
Dimitris Hatzichristou (Greece)

PROJECT DIRECTOR
O.S. Shcherbinska, Dr. med. Sciences

ADVERTISING DIRECTOR
I.M. Lukavenko

RESPONSIBLE SECRETARY
O.O. Popilniuk

ADVERTISING
K.O. Panova

LITERARY EDITOR
L.V. Sukhykh

DESIGN AND LAYOUT
A.O. Bondarenko

TABLE OF CONTENTS №3 (82)/2022

TOPICAL ISSUES

Effect of M-cholinoblockers on the clinical course of urinary incontinence in patients with an artifical bladder
R.V. Savchuk, F.I. Kostyev, Yu.M. Dekhtiar, O.N. Kolosov, A.I. Zadorognuk, N.S. Vyhovska 5

Hypoactive sexual desire due to mental and neurological disorders
G. S. Kocharyan 12

FOR PRACTICING PHYSICIANS

Modern phytotherapy in patients with benign prostate hyperplasia and chronic prostatitis
O.D. Nikitin, V.I. Sych, M.O. Yasynetskyi 25

Hypoactive sexual desire due to endocrine pathology, diseases of internal organs, tumors, other diseases and conditions, ionizing radiation, smoking, alcohol, and drugs
G.S. Kocharyan 33

SEXOLOGY AND ANDROLOGY

Effectiveness of the complex treatment with the inclusion of dietary supplements on the sexual health in men with chronic bacterial prostatitis
G.S. Kocharyan 45

Correction of Homosexual Desire in a Male Adolescent. A Case from Clinical Practice
Garnik S. Kocharyan 51

Hypoactive sexual desire due to physiological conditions, influences of social and psychological factors, disregard for sexual needs of a woman
G.S. Kocharyan 56

LECTURES AND REVIEWS

Modern aspects of the use of probiotic and prebiotic products in urological practice (Literature review)
P.V. Aksonov, V.V. Spyrydonenko, M.G. Romanyuk 66

The risk of the development and relationship of kidney stone disease and osteoporosis (Literature review)
O.D. Nikitin, O.I. Nishkumay, A.V. Korytskyi, I.A. Kordubailo 72

ЗМІСТ №3 (82)/2022

АКТУАЛЬНІ ТЕМИ

Вплив М-холіноблокаторів на клінічний перебіг сечової інконтиненції у хворих з артифіціальним сечовим міхуром
Р.В. Савчук, Ф.І. Костєв, Ю.М. Дехтяр, О.М. Колосов, А.І. Задорожнюк, Н.С. Виговська 5

Гіпоактивний статевий потяг, обумовлений психічними і неврологічними розладами
Г.С. Кочарян 12

НА ДОПОМОГУ ЛІКАРЮ-ПРАКТИКУ

Сучасна фітотерапія хворих на доброякісну гіперплазію передміхурової залози та хронічний простатит
О.Д. Нікітін, В.І. Сич, М.О. Ясинецький 25

Гіпоактивний статевий потяг, зумовлений ендокринною патологією, захворюваннями внутрішніх органів, пухлинами, іншими хворобами і станами, іонізуючою радіацією, курінням, вживанням алкоголю і наркотиків
Г.С. Кочарян 33

СЕКСОЛОГІЯ ТА АНДРОЛОГІЯ

Ефективність впливу комплексного лікування з включенням дієтичних добавок на стан сексуального здоров'я у чоловіків із хронічним бактеріальним простатитом
М.В. Поворознюк 45

Correction of Homosexual Desire in a Male Adolescent. A Case from Clinical Practice
G.S. Kocharyan 51

Гіпоактивний статевий потяг, зумовлений фізіологічними станами, впливом соціальних і психологічних факторів, ігноруванням сексуальних потреб жінки
Г.С. Кочарян 56

ЛЕКЦІЇ ТА ОГЛЯДИ

Сучасні аспекти використання пробіотичних та пребіотичних продуктів в урологічній практиці (Огляд літератури)
П.В. Аксьонов, В.В. Спиридоненко, М.Г. Романюк 66

Ризик розвитку та взаємозв'язок сечокам'яної хвороби та остеопорозу (Огляд літератури)
О.Д. Нікітін, О.І. Нішкумай, А.В. Корицький, І.А.Кордубайло 72

DOI: https://doi.org/10.30841/2307-5090.3.2022.270799
УДК 616-092-616.6-616-006

Вплив М-холіноблокаторів на клінічний перебіг сечової інконтиненції у хворих з артифіціальним сечовим міхуром

Р.В. Савчук, Ф.І. Костєв, Ю.М. Дехтяр, О.М. Колосов, А.І. Задорожнюк, Н.С. Виговська
Одеський національний медичний університет

Мета дослідження: **вивчення впливу м-холіноблокаторів при нетриманні сечі після формування артифіціального сечового міхура та аналіз ефективності фармакологічної корекції щодо виживаності та якості життя.**
***Матеріали та методи*. У дослідженні взяли участь 114 пацієнтів, яким раніше було проведено радикальну цистектомію з формуванням необладера на різних етапах післяопераційного періоду. Значне нетримання сечі різного ступеня, що впливало на якість життя, було зафіксовано у 27 (23,7 %) хворих, які увійшли до групи вивчення впливу соліфенацину.**
Для виявлення ступеня тяжкості і динаміки відновлення функції континенції було проведено анкетування хворих з нетриманням сечі в денний та нічний час. За допомогою комплексного дослідження на уродинамічній установці Delphis KT проведено аналіз уродинамічних показників при нетриманні сечі.
***Результати*. Після формування артифіціального сечового міхура у хворих спостерігали більш стабільну денну континенцію за рахунок ментального контролю за сечовипусканням та розуміння необхідності сечовипускання за часом. Більш складною була ситуація у хворих з нічним нетриманням сечі після радикальної цистектомії та формування штучного сечового міхура. Проте через 2 тиж лікування соліфенацином пацієнти відзначили значне поліпшення функції нічного утримання сечі.**
Після проведеного лікування соліфенацином пацієнти відзначили покращання денного утримання сечі на 37,2 %, нічного – на 48,9 %.
Двотижневе лікування соліфенацином значно покращило якість життя пацієнтів та динаміку показників ентероцистоманометрії, про що свідчать результати контрольних досліджень. Показник рівня суб'єктивної чутливості статистично достовірно збільшувався на 35,24 % порівняно з групою до лікування і становив 304,2±62,1 см вод. ст. ($p \leq 0,05$). Рівень першого позиву на сечовипускання також достовірно збільшувався на 20,4 % – 458,2±81,0 см вод. ст. ($p \leq 0,05$). Рівень імперативного позиву на сечовипускання дорівнював 636,1±92,8 мл ($p \leq 0,05$), що статистично достовірно вище на 17,5 % щодо пацієнтів, які не приймали соліфенацин.
***Висновки*. Використання м-холіноблокаторів у корекції нетримання сечі у пацієнтів з артифіціальним сечовим міхуром внаслідок дії на гладкі м'язи кишечника через парасимпатичну іннервацію покращує уродинамічні показники та якість життя хворих.**
Ключові слова: *артифіціальний сечовий міхур, сечова інконтиненція, м-холіноблокатори, радикальна цистпростатектомія, якість життя.*

Effect of M-cholinoblockers on the clinical course of urinary incontinence in patients with an artifical bladder

R.V. Savchuk, F.I. Kostyev, Yu.M. Dekhtiar, O.N. Kolosov, A.I. Zadorognuk, N.S. Vyhovska

The objective: to study the M-cholinoblockers effect by urinary incontinence after the formation of an artificial bladder and to analyze the effectiveness of pharmacological correction on survival and quality of life.
***Materials and methods*.** 114 patients after radical cystectomy with the formation of a neobladder at various stages of the postoperative period involved in the study. The significant urinary incontinence of different degrees, which affected the patient's quality of life, was determined in 27 (23.7%) persons who were included in solifenacin effect study group.
To identify the degree of severity and the dynamics of recovery of the continence function, a questionnaire was conducted among patients who had urinary incontinence during the day and at night. With the help of a comprehensive study on the Delphis KT urodynamic unit, an analysis of urodynamic parameters in urinary incontinence was carried out.
***Results*.** After the formation of an artificial bladder, the patients had more stable daytime continence due to mental control over urination and understanding the need to urinate according to time.
The situation was more complicated in patients with nocturnal urinary incontinence after radical cystectomy and the formation of an artificial bladder. However, after 2 weeks of treatment with solifenacin, patients had a significant improvement in the function of nocturnal urinary retention.
After treatment with solifenacin patients had an improvement in daytime urinary retention by 37.2 % and nighttime urinary retention by 48.9 %.

© The Author(s) 2022 This is an open access article under the Creative Commons CC BY license

Two-week treatment with solifenacin significantly improved the patient's quality of life and the dynamics of enterocystomanometry indicators, as evidenced by the results of control studies. The indicator of the subjective sensitivity level increased statistically significantly by 35.24 % compared to the group before treatment and amounted to 304.2±62.1 cm of water column (p≤0.05). The level of the first urge to urinate also increased reliably by 20.4 % – 458.2±81.0 cm of water column (p≤0.05). The level of urge to urinate was 636.1±92.8 ml (p≤0.05), which was statistically significantly higher by 17.5 % compared to patients who did not take solifenacin.

Conclusions. The use of M-cholinoblockers in the correction of urinary incontinence in patients with an artificial urinary bladder due to the action on the smooth muscles of the intestines through parasympathetic innervation improves urodynamic indicators and the quality of life of the patients.

Keywords: *artificial bladder, urinary incontinence, M-cholinoblockers, radical cystoprostatectomy, quality of life.*

Рак сечового міхура (РСМ) входить в десятку найпоширеніших онкологічних захворювань у світі [1, 2]. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, РСМ становить 3–4 % у загальній онкологічній захворюваності та від 46 % до 72 % серед усіх новоутворень сечової системи [3, 4].

В Україні проблема РСМ досить актуальна, характерним є стійке зростання смертності серед дорослого населення, інтенсивність якого збільшується останніми роками: за 2014–2018 рр. на 4,5 %, тоді як за 2009–2013 рр. – на 2,6 % [5–7].

Радикальна цистпростатектомія (РЦ) з формуванням артифіціального сечового міхура (АСМ) із клубової кишки є «золотим стандартом» лікування м'язовоінвазивного раку сечового міхура [8, 9]. Одним із критеріїв успішно проведеної ілеоцистопластики, окрім онкологічних результатів, є утримання сечі, оскільки це є складовою як фізичного, так і психологічного здоров'я пацієнта [10, 11]. Радикальна цистпростатектомія порушує цілісність рефлекторної дуги й анатомічних структур, що відповідають за контроль сечовипускання в момент резекції шийки сечового міхура та передміхурової залози [12, 13].

Утримання сечі після ортотопічної пластики можливе в разі відсутності ушкоджень сфінктера уретри і тазового дна, які здатні підтримувати задовільний тиск опору в зоні сфінктера, при максимальній довжині уретри, достатньому обсязі неоцистису з низьким тиском та зниженою кількістю спонтанних скорочень, а також функціональній і морфологічній адаптації стінки необладера. [14, 15].

Важливе значення в регуляції моторики кишечника мають рефлекторні механізми, які реалізуються через парасимпатичну та симпатичну іннервацію. Парасимпатичний вплив відбувається через волокна блукаючого нерва і переважно стимулює моторику, симпатичний – через волокна черевного нерва і переважно гальмують моторику.

Основним медіатором у роботі парасимпатичної нервової системи є ацетілхолін, який скорочує гладкі м'язи детрузора та кишечника, впливаючи на мускаринові рецептори. Блокування цих рецепторів, які переважно представлені M_3 підтипом, призводить до розслаблення гладких м'язів, зниження моторики та амплітуди скорочень кишечника [16, 17].

В експерименті in vivo на mini-pigs м-холіноблокатор соліфенацин виявив гарні спазмолітичні та уродинамічні властивості: зниження гіпертонусу необладера на 55,23 %, амплітуди скорочень – на 49,31 %, частоти скорочень за 10 хв – на 57,40 %, тривалості скорочень – на 18,18 %, що свідчить про можливість його використання для лікування нетримання сечі в пацієнтів після РЦ та ілеоцистонеопластики [18].

Мета дослідження: клінічно та уродинамічно обґрунтування ефекту м-холіноблокаторів при лікуванні нетримання сечі після формування артифіціального сечового міхура.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Обстеження всіх хворих відповідало етичним принципам проведення наукових медичних досліджень за участю людини, визначеним у декларації Гельсінської всесвітньої медичної асоціації (1964–2000). Добровільна письмова інформована згода на участь у проведенні обстеження була обов'язковою для всіх пацієнтів.

Із 114 пацієнтів, які перебували під наглядом після радикальної цистектомії та формування АСМ на різних етапах післяопераційного періоду протягом п'яти років, 27 (23,7 %) хворих фіксували значуще нетримання сечі різного ступеня, що впливало на якість життя. Більшість пацієнтів відзначали тільки нічне нетримання сечі, частина – денне та нічне.

Критерії виключення з дослідження:
- прогресуючий онкологічний процес,
- високий рівень азотистих шлаків,
- активно персистуюча інфекція сечових шляхів.

У дослідну групу вивчення впливу соліфенацину щодо нетримання сечі у пацієнтів з необладером увійшли 27 осіб. Тільки двоє з них не закінчили дослідження через сильно виражену сухість у ротовій порожнині та диспепсичні явища. За час дослідження гострої затримки сечі не виявлено.

Соліфенацин приймали у дозі 5 мг двічі на день протягом 2 тиж, після чого було проведено контрольні дослідження. Соліфенацин є конкурентним специфічним антагоністом холінергічних рецепторів. Відомо, що основним направленням лікування соліфенацином є гіперактивний сечовий міхур.

Було проведено анкетування хворих з нетриманням сечі для оцінювання ступеня тяжкості і динаміки відновлення функції континенції. Методи опитування, визначення термінів та оцінка відповідей хворих відповідають стандартам, рекомендованим Міжнародним товариством щодо збереження функції утримання сечі та калу (International Continence Society), окрім тих аспектів, які спеціально застережені [19].

Оцінювання ступеня тяжкості і динаміки відновлення функції континенції

Характеристика континенції залежно від часу доби	Оцінка функції утримання сечі
Денний час	
Цілком сухий без необхідності захисту	Функція утримання сечі бездоганна
Повністю сухий, захист прокладкою «про всяк випадок»	
Не більше 1 прокладки на день, промокає 1 або 2 рази на тиждень	Утримання сечі задовільне із соціального погляду
Не більше 1 вологої прокладки на день	Нетримання сечі
Більше 1 прокладки на день, яка є вологою або сильно промоклою	
Нічний час	
Цілком сухий без прокладки	Утримання сечі гарне
Повністю сухий, захист прокладкою «про всяк випадок»	
Цілком сухий, 2 сечовипускання за ніч	
Цілком сухий, 3 сечовипускання за ніч	Утримання сечі задовільне із функціонального погляду
Не більше 1 прокладки за ніч, промокає 1 або 2 рази на тиждень	Утримання сечі задовільне із соціального погляду
Не більше 1 вологої прокладки за ніч	Нетримання сечі
Більше 1 прокладки на день, яка є вологою або сильно промоклою	

Таблиця 1

Характеристика континенції у хворих із нетриманням сечі в денний час

Денний час	До лікування	Після лікування
Цілком сухий без необхідності захисту	-	-
Повністю сухий, захист прокладкою «про всяк випадок»	-	4 (16 %)
Не більше однієї прокладки на день, промокає 1 або 2 рази на тиждень	4 (14,8 %)	9 (36 %)
Не більше однієї вологої прокладки на день	7 (25,9 %)	6 (24 %)
Більше однієї прокладки на день, яка є вологою або сильно промоклою	16 (59,3 %)	6 (24 %)
Усього	27 (100 %)	25 (100 %)

Оцінку уродинамічних показників при нетриманні сечі проводили за допомогою комплексного дослідження (ентероцистотонометрія наповнення та спорожнення) на уродинамічній установці Delphis KT (Laborie, Канада) відповідно до рекомендацій Комітету зі стандартизації Міжнародного товариства з нетримання сечі.

Статистичне оброблення отриманих результатів проводили за допомогою методів описової та варіаційної статистики з використанням критерію Стьюдента. Обчислення отриманих результатів здійснювали на персональному комп'ютері з використанням ліцензійних програм Statistica for Windows і Microsoft Excel 7.0. Розбіжності визначали як достовірні при $p \leq 0{,}05$. Для дослідження взаємозв'язків між досліджуваними показниками проведено кореляційний аналіз з розрахунком парних коефіцієнтів кореляції Пірсона (r).

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

У хворих після формування АСМ денна континенція більш стабільна за рахунок ментального контролю за сечовипусканням та розуміння необхідності сечовипускання за часом. Більше однієї прокладки на день використовували 16 (59,3 %) хворих, не більше однієї вологої прокладки на день – 7 (25,9 %) пацієнтів. Не більше однієї прокладки на день, яка промокає 1 або 2 рази на тиждень, використовували 4 (14,8 %) хворих. Задовільне утримання сечі із соціального погляду відзначали 14,8 % хворих з нетриманням сечі, яких було включено в групу дослідження.

Після вживання протягом 2 тиж соліфенацину у дозі 10 мг у групі хворих, які відзначали спочатку значуще нетримання сечі, кількість таких пацієнтів зменшилася на 37,2 %. Після приймання м-холіноблокатора у 4 (16 %) пацієнтів були повністю сухі прокладки (здебільшого це були пацієнти, які раніше використовували не більше однієї прокладки на день). Задовільне утримання сечі із соціального погляду відзначали 9 (36 %) хворих (вони використовували не більше 1 прокладки на день, яка промокає 1 або 2 рази на тиждень). Такий ефект для цієї групи хворих був приємним і прийнятним, беручи до уваги те, що раніше ситуація з денним нетриманням сечі в них була значно гірша.

Результати анкетування хворих з денним нетриманням сечі представлені в табл. 1.

Більш складною була ситуація у хворих з нічним нетриманням сечі після радикальної цистектомії та формування штучного сечового міхура. Ці хворі втрачають міхурово-уретральний рефлекс, який зазвичай дозволяє підвищити тонус уретрального сфінктера в міру збільшення об'єму сечового міхура, зниження м'язового тонусу і тиску закриття уретри під час сну. Мимовільні скорочення резервуара високої амплітуди та зниження пильності пацієнта під час сну часто призводять до більш вираженого нічного нетримання сечі. Результати анкетування хворих з нічним нетриманням сечі представлені в табл. 2.

Таблиця 2

Характеристика континенції у хворих із нетриманням сечі в нічний час

Нічний час	До лікування	Після лікування
Цілком сухий без прокладки	-	-
Повністю сухий, захист прокладкою «про всяк випадок»	-	-
Цілком сухий, 2 сечовипускання за ніч	-	-
Цілком сухий, 3 сечовипускання за ніч		2 (8 %)
Не більше 1 прокладки за ніч, промокає 1 або 2 рази на тиждень	3 (11,1 %)	13 (52 %)
Не більше 1 вологої прокладки за ніч	5 (18,5 %)	4 (16 %)
Більше 1 прокладки на день, яка є вологою або сильно промоклою	19 (70,4 %)	6 (24 %)
Усього	27 (100 %)	25 (100 %)

Таблиця 3

Динамічні показники ентероцистоманометрії після лікування соліфенацином, M±m

Параметр		До лікування, n=27	Після лікування, n=25	p
Рівень суб'єктивної чутливості	V, мл P, см H_2O	197,4±56,2 18,2±2,5	304,2±62,1 22,9±5,1	0,04 0,132
Рівень першого позиву на сечовипускання	V, мл P, см H_2O	364,7±62,0 31,6±5,3	458,2±81,0 32,7±9,2	0,002 0,211
Рівень імперативного позиву на сечовипускання	V, мл P, см H_2O	524,6±81,6 31,9±7,1	636,1±92,8 30,6±9,5	0,03 1,27
Комплаєнс	мл/см H_2O	16,45±8,90	20,79±9,20	0,24
Об'єм залишкової сечі	V, мл	54,39±49,30	53,63±55,90	1,62

Слід відзначити частіше нічне нетримання сечі з більш тяжким перебігом у хворих після створення штучного сечового міхура з ділянки ілеум. У дослідній групі за даними анкетування пацієнтів відзначали 88,9 % випадків соціально значущого нетримання сечі. Це були хворі, які використовували не більше 1 вологої прокладки за ніч – 5 (18,5 %) пацієнтів, чи більше 1 прокладки за ніч, яка була вологою або сильно промоклою – 19 (70,4 %) респондентів.

Під час проведення повторного анкетування через 2 тиж пацієнти відзначили значне поліпшення функції нічного утримання сечі. Так, загальна кількість хворих із соціально значущим нетриманням сечі зменшилися на 48,9 % і становила 40 % порівняно з групою хворих до лікування. Пацієнти, які використовували не більше 1 вологої прокладки за ніч або більше однієї прокладки за ніч, яка була вологою або сильно промоклою, становили 4 (16 %) та 6 (24 %) відповідно.

Двоє пацієнтів (8 %) були цілком сухими чи відмічали 3 сечовипускання за ніч. Збільшилася кількість пацієнтів, які фіксували задовільне утримання сечі із соціального погляду – 13 (52 %) та використовували не більше однієї прокладки за ніч, що промокає 1 або 2 рази на тиждень.

Показники ентероцистометрії пацієнтів з АСМ і нетриманням сечі та ефект від двотижневого вживання соліфенацину наведено в табл. 3.

Показник рівня суб'єктивної чутливості (мінімальний обсяг рідини в АСМ, при якому пацієнт визначає суб'єктивне відчуття наповнення в необладері) у хворих після лікування становив 304,2±62,1 мл (p≤0,05), що статистично достовірно на 35,24 % більше порівняно з первинними показниками до лікування – 197,4±56,2 мл. Рівень тиску становив 22,9±5,1 см вод. ст. (p>0,05) у дослідній групі, що статистично недостовірно по відношенню до початкових показників – 18,2±2,5 см вод. ст.

Рівень першого позиву на сечовипускання (мінімальний об'єм рідини й тиску в резервуарі, при якому пацієнт відчуває позов до сечовипускання) у досліджуваній групі становив 458,2±81,0 мл (p≤0,05), що статистично достовірно на 20,4 % більше щодо тиску в інтактній групі – 364,7±62,0 мл. Внутрішній тиск у цей час в неоцисті становив 32,7±9,2 см вод. ст. (p>0,05), що статистично недостовірно по відношенню до показників групи порівняння – 31,6±5,3 см вод. ст.

Рівень імперативного позиву на сечовипускання – об'єм і тиск у неоцисті, при якому виникає важкостримуваний, імперативний позив на сечовипускання, є важливим показником ємності кондуїту. Об'єм після двотижневого лікування у групі хворих становив 636,1±92,8 мл (p≤0,05), що статистично достовірно на 17,5 % більше, ніж у групі порівняння – 524,6±81,6 мл. Рівень тиску в досліджуваній групі становив 30,6±9,5 см вод. ст. (p>0,05), що статистично недостовірно по відношенню до групи хворих до лікування – 31,9±7,1 см вод. ст.

Одним із найважливіших функціональних показників є розтяжність (комплаєнтність) необладера, що відзначає відношення між зміною об'єму наповнення неоцисту та відповідним збільшенням детрузорного тиску під час ентероцистометрії. Отже, комплаєнтність необладера – це здатність артифіціального сечового міхура демонструвати стабільні показники тиску в неоцисті при наповненні рідиною, відображаючи адаптаційну здатність міхура накопичувати достатні об'єми сечі. Комплаєнтність у досліджуваній групі становила 20,79±9,20 мл/см вод. ст. (p>0,05), що статистично недостовірно щодо групи хворих до лікування – 16,45±8,90 мл/см вод. ст.

Об'єм залишкової сечі – це показник, типовий для хворих з артифіціальним сечовим міхуром, який ха-

рактеризується об'ємом сечі, що залишається після сечовипускання. У досліджуваній групі хворих до та після лікування не виявлено статистичних відмінностей, показники становили 53,63±55,90 мл (p>0,05) та 54,39±49,30 мл відповідно.

Базальний тиск – це показник, який ми отримуємо при встановленні уретрального датчика. Результати вимірювання уретрального тиску у пацієнтів з необладером до та після лікування представлені на рис. 1. Цей показник становив 10,5±1,2 см вод. ст. у пацієнтів з нетриманням сечі до лікування, а після лікуванням соліфенацином – 10,2±1,2 см вод. ст. (p≥0,05), що статистично недостовірно щодо один до одного.

Частота неконтрольованих скорочень АСМ є одним із важливих факторів утримання сечі у пацієнтів з нетриманням сечі різної етіології. Показники частоти скорочень необладера, які заміряли за останні 5 хв наповнення, представлені на рис. 2.

Результат, отриманий після вживання соліфенацину у дозі 10 мг, у хворих досліджуваної групи становив 1,7±0,3 раза (p≤0,05), що статистично достовірно менше на 55,26 %, ніж у групі хворих до лікування.

Також вимірювали максимальну амплітуду скорочень стінки неоцисту у групах пацієнтів з нетриманням сечі після радикальної цистектомії (рис. 3). Вона становила у групі пацієнтів після лікування 36,3±14,1 см вод. ст. (p>0,05), що статистично недостовірно щодо групи хворих, які не приймали лікування, – 40,8±9,2 см вод. ст.

Проблема денного та нічного утримання сечі у пацієнтів після радикальної цистпростатектомії та формування АСМ в оцінюванні якості життя посідає перше місце, а в загальному сприйнятті після великого реконструктивного втручання – друге місце після онкологічних результатів.

Показник рівня суб'єктивної чутливості статистично достовірно збільшувався на 35,24 % порівняно з групою до лікування і становив 304,2±62,1 см вод. ст. (p≤0,05). Рівень першого позиву на сечовипускання також достовірно збільшувався на 20,4 % – 458,2±81,0 см вод. ст. (p≤0,05). Рівень імперативного позиву на сечовипускання становив 636,1±92,8 мл (p≤0,05), що статистично достовірно на 17,5 % щодо пацієнтів, які не приймали холіноблокатор.

Паралельні показники тиску в неоцисті статистично достовірно не відрізнялися від початкових результатів, що характеризує необладер як кондуїт низького тиску, навіть при збільшенні його об'єму. Частота неконтрольованих скорочень штучного сечового міхура відіграє одну з основних ролей насамперед в нічному нетриманні сечі. Через 2 тиж цей показник статистично достовірно знизився на 55,26 % – 1,7±0,3 раза (p≤0,05) за 5 хв наповнення.

Клінічно пацієнти після проведеного лікування соліфенацином у дозі 10 мг відзначили покращання денного утримання сечі на 37,2 %, а нічного – на 48,9 %. Така стабілізація континенції зумовлена уродинамічними змінами після комплексного уродинамічного лікування.

Наша гіпотеза про можливість використання м-холіноблокаторів у корекції нетримання сечі у пацієнтів з АСМ внаслідок дії на гладкі м'язи кишечника через

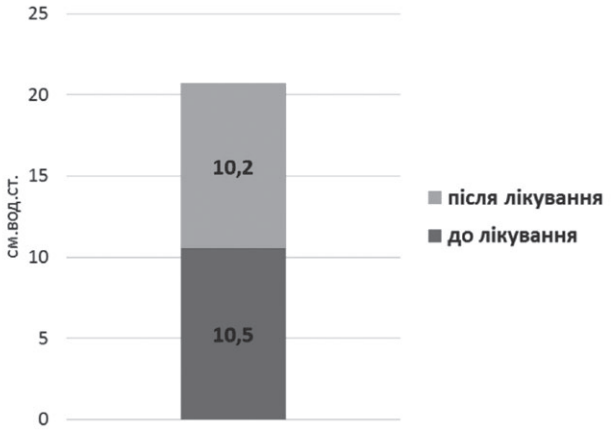


Рис. 1. Показник базального тиску в пацієнтів з необладером та нетриманням сечі, см вод. ст.

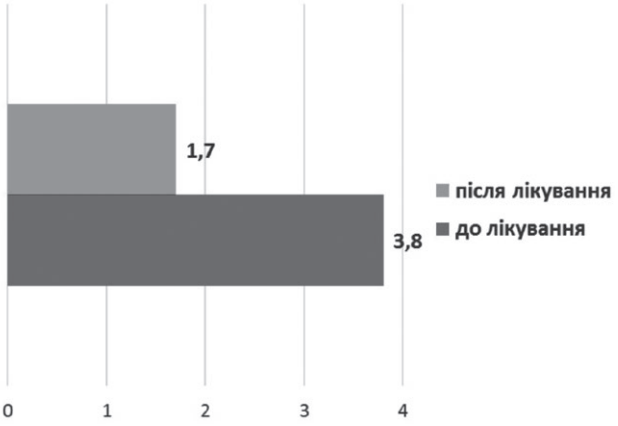


Рис. 2. Показники частоти скорочень необладера, рази

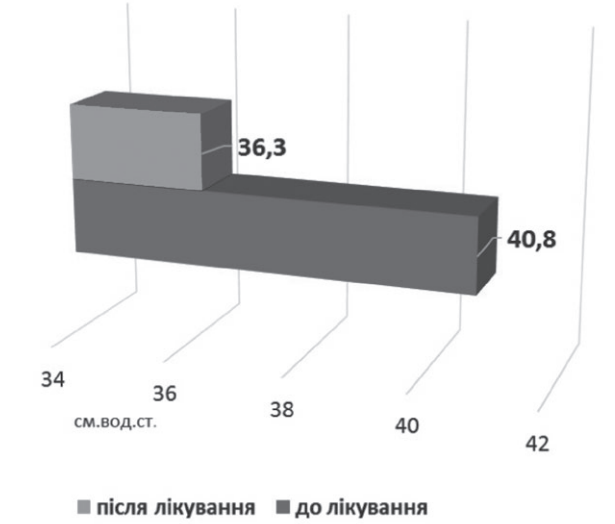


Рис. 3. Максимальна амплітуда скорочень стінки неоцисту, см вод. ст.

парасимпатичну іннервацію знайшла своє теоретичне та практичне обґрунтування в уродинамічних показниках та клінічній оцінці хворих. Ці дослідження перекликаються з дослідженням W. Månsson et al., які повідомили про значне збільшення об'єму кондуїту після підшкірної ін'єкції атропіну, хоча вони не змогли відтворити цей ефект при введенні атропіну безпосередньо в резервуар [20]. M. Tonini et al. в експериментальному дослідженні також відзначили дію м-холіноблокаторів у вигляді зниження частоти та амплітуди скорочень на гладких м'язах кишечника та сечового тракту [21]. C.A. Sheldon et al. також відзначали зниження частоти та максимальної амплітуди незагальмованих скорочень під дією оксибутиніну, що відіграє одну з найважливіших ролей у розвитку нетримання сечі у хворих з необладером [22].

ВИСНОВКИ

Соціоклінічна реабілітація групи пацієнтів з нетриманням сечі та артифіціального сечового міхура (АСМ) складна і витратна. Хворим із нетриманням сечі та штучним сечовим міхуром без ознак хронічної затримки сечі можна рекомендувати сечовипускання «за годинником» кожні 4 год та соліфенацин у дозі 10 мг на добу. Враховуючи наші дослідження тонусу тазового дна у пацієнтів після радикальної цистпростатектомії, вправи Кегеля також здійснять позитивний внесок у комплексне лікування даної групи хворих.

При тяжких формах нетримання сечі слід розглянути питання про встановлення штучного сфінктера, який, попри «фінансову токсичність», приводить до гарних результатів утримання сечі.

Відомості про авторів

Савчук Руслан Валерійович – канд. мед. наук, доцент, кафедра урології та нефрології, Одеський національний медичний університет, м. Одеса; тел.: (067) 792-47-63. *E-mail: savrus7@rambler.ru*
ORCID: 0000-0002-9917-2413

Костєв Федір Іванович – д-р мед. наук, проф., завідувач, кафедра урології та нефрології, Одеський національний медичний університет, м. Одеса; тел.: (067) 482-23-11. *E-mail: prof.kostev@gmail.com*
ORCID: 0000-0001-6480-564X

Дехтяр Юрій Миколайович – д-р мед. наук, проф., кафедра урології та нефрології, Одеський національний медичний університет, м. Одеса
ORCID: 0000-0003-0256-9279

Колосов Олександр Миколайович – лікар-уролог, міська клінічна лікарня № 10, м. Одеса
ORCID: 0000-0002-8104-6654

Задорожнюк Арістарх Ігорович – асистент, кафедра урології та нефрології, Одеський національний медичний університет, м. Одеса
ORCID: 0000-0002-0982-1513

Виговська Надія Сергіївна – студент, Одеський національний медичний університет
ORCID: 0000-0001-7009-7045

Information about authors

Savchuk Ruslan V. – MD, PhD, Associate Professor, Department of Urology and Nephrology, Odessa National Medical University, Odessa; tel.: (067) 792-47-63. *E-mail: savrus7@rambler.ru*
ORCID: 0000-0002-9917-2413

Kostyev Fedir I. – MD, PhD, DSc, Professor, Head, Department of Urology and Nephrology, Odessa National Medical University, Odessa; tel.: (067) 482-23-11. *E-mail: prof.kostev@gmail.com*
ORCID: 0000-0001-6480-564X

Dekhtiar Yurii M. – MD, PhD, DSc, Professor, Department of Urology and Nephrology, Odessa National Medical University, Odessa
ORCID: 0000-0003-0256-9279

Kolosov Oleksandr N. – MD, Urologist, City Clinical Hgospital N 10, Odessa

Zadorognuk Aristarkh I. – MD, Assistant of Professor, Department of Urology and Nephrology, Odessa National Medical University, Odessa

Vyhovska Nadiia S. – Student, Odessa National Medical University, Odessa

ПОСИЛАННЯ

1. Richters A, Aben KKH, Lambertus AL, Kiemeney M. The global burden of urinary bladder cancer: an update. World J Urol. 2020;38(8):1895-904. doi: 10.1007/s00345-019-02984-4.
2. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA Cancer J. Clin. 2018;68:394-424. doi: 10.3322/caac.21492.
3. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, et al. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. CA A. Cancer J Clin. 2021;71(3):209-49. doi:10.3322/caac.21660.
4. Pasyechnikov SP, Vozianov SO, Lisovyy VM. et al. Urolohiya: pidruchnyk dlya studentiv vyshchykh medychnykh navchal'nykh zakladiv IY rivnya akredytatsiyi: vyd. 2-he, vypr. i dopovn. Vinnytsya: Nova knyha; 2015. 432 s.
5. Saydakova NO, Shulyak OV, Dmytryshyn SP, Yatsyna OI, Shylo VM, Melnychuk YAM, ta in. Zahalna kartyna stanu urolohichnoyi sluzhby, osnovnykh pokaznykiv diyal'nosti, epidemiolohichnykh protsesiv v Ukrayini (2016–2017 roky). Urol. 2018;3:28-36.
6. Fedorenko Z, Michailovich Yu, Goulak L, Gorokh Ye, Ryzhov A, Soumkina O, Koutsenko L. Cancer in Ukraine 2019 - 2020: Incidence, mortality, prevalence and other relevant statistics. Kyiv: NCRU; 2021. 84 p.
7. Saydakova NO, Yatsyna OI, Hrodzinskyy VI, Stus VP, Polion MYU, Shylo VM. Med perspektyvy. 2021;26(2):173-80.
8. Vozianov SA, Shamrayev SN, Stus VN, Krasnov VN, Vasilyeva VD, Polion NYU, i dr. Dinamika pokazateley rannikh i otdalennykh rezul'tatov radikal'noy tsistektomii v zavisimosti ot perioda vypolneniya s 2005 po 2016 gody. Zdorovye muzhchiny. 2016;3:23-8.
9. Stakhovskyy EO, Yatsyna OI, Voylenko OA, Vitruk YUV, Stakhovskyy OE, Vikarchuk MV, ta in. Yakist zhyttya patsiyentiv pislya tsystektomiyi z ileoneoplastykoyu. V: Materil nauk.-prakt. konf. Dosyahnennya ta perspektyvy v onkourolohiyi, plastychniy ta rekonstruktyvniy khirurhiyi sechovyvidnykh shlyakhiv; 2013 Kvit. 18-20; Kyiv. Kyiv. Klyn onkolohyya. 2013, s. 42.
10. Mrachkovskiy VV, Kondratenko AV, Yakovlev PG, Sakalo VS, Kuranov YUYU, Sakalo AV, ta ín. Sobstvennyy opyt ortotopicheskoy intestinalnoy plastiki u 91 bolnogo rakom mochevogo puzyrya. Urol. 2009;11(1):51-4.
11. Hautmann RE, de Petriconi RC, Volkmer BG. Lessons learned from 1,000 neobladders: The 90-day complication rate. J Urol. 2010;184(3):990-94. quiz 1235. doi: 10.1016/j.juro.2010.05.037.
12. Koraitim MM, Atta MA, Foda MK. Orthotopic bladder substitution in men revisited: identification of continence pre-

dictors. J Urol. 2006;176(5):2081-4. doi: 10.1016/j.juro.2006.07.006.
13. Hugonnet CL, Danuser H, Springer J, Studer UE. Urethral sensitivity and the impact on urinary continence in patients with an ileal bladder substitute after cystectomy. J Urol. 2001;165(5):1502-5.
14. Chen Z, Lu G, Li X, Li X, Fang Q, Ji H, et al. Better compliance contributes to better nocturnal continence with orthotopic ileal neobladder than ileocolonic neobladder after radical cystectomy for bladder cancer. Urol. 2009;73(4):838-43. doi: 10.1016/j.urology.200 8.09.076.
15. Kessler TM, Burkhard FC, Perimenis P, Danuser H, Thalmann GN, Hochreiter WW, et al. Attempted nerve sparing surgery and age have a significant effect on urinary continence and erectile function after radical cystoprostatectomy and ileal orthotopic bladder substitution. J Urol. 2004;172(4 Pt 1):1323-7.
16. Carlson AB, Kraus GP. Physiology, Cholinergic Receptors [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK526134/.
17. Haga T. Molecular properties of muscarinic acetylcholine receptors. Proc Jpn Acad Ser B Phys Biol Sci. 2013;89(6):226-56. doi: 10.2183/pjab.89.226.
18. Savchuk RV, Kostyev FI, Shmatkova NV. Mozhlyvosti farmakolohichnoyi korektsiyi skorotlyvoyi aktyvnosti artyfitsiynoho sechovoho mikhura v eksperymentalnykh umovakh in vivo. Med perspektyvy. 2019;24(4):19-24. doi: 10.26641/2307-0404.2019.4. 189182.
19. Thüroff JW, Mattiasson A, Andersen JT, Hedlund H, Hinman F Jr, Hohenfellner M, et al. The standardization of terminology and assessment of functional characteristics of intestinal urinary reservoirs. BJU Int. 1996;78(4):516-23. doi: 10.1046/j.1464-410x.1996.01394.x.
20. Månsson W, Hedlund H, Andersson KE. Effect of atropine and terbutaline on motor activity of the continent caecal reservoir for urine. Br J Urol. 1989;63(4):3758. doi: 10.1111/j.1464-410x.1989.t b05221.x.
21. Tonini M, Rizzi CA, Pernocca E, De Ponti F, D'Angelo L, Del Vecchio A, et al. Depressant action of oxybutinin on the contractility of intestinal and urinary tract smooth muscle. J Pharm Pharmacol. 1987;39(2):1037. doi: 10.1111/j.2042-7158.1987.tb06953.x.
22. Sheldon CA, Reedes D, Lewis AG. Oxybutinin administration diminishes the high gastric muscular tone associated with bladder reconstruction. J Urol. 1995;153(2):4612. doi: 10.1097/00005392-199502000-00057.
23. Moroni RM, Magnani PS, Haddad JM, de Aquino Castro R, Oliveira Brito LG. Conservative treatment of stress urinary incontinence: A systematic review with meta-analysis of randomized controlled trials. Rev Bras Ginecol Obstet. 2016;38(2):97-111. doi: 10.1055/s-0035-1571252.
24. Singh V, Yadav R, Sinha RJ, Gupta DK. Prospective comparison of quality-of-life outcomes between ileal conduit urinary diversion and orthotopic neobladder reconstruction after radical cystectomy: A statistical model. BJU Int. 2014;113(5):726-32. doi: 10.1111/bju. 12440.
25. Kessler TM, Burkhard FC, Perimenis P, Danuser H, Thalmann GN, Hochreiter WW, et al. Attempted nerve sparing surgery and age have a significant effect on urinary continence and erectile function after radical cystoprostatectomy and ileal orthotopic bladder substitution. J Urol. 2004;172:(4Pt1):1323-7. doi: 10.1097/01.ju.0000138249.3164 4.ec.

Стаття надійшла до редакції 18.08.2022. – Дата першого рішення 22.08.2022. – Стаття подана до друку 23.09.2022

ВИМОГИ ДО ПОДАННЯ НАУКОВИХ СТАТЕЙ

Редакція приймає на розгляд статті за умови, що:

- це перша публікація
- стаття не передавалася для публікації в інші редакції
- оформлення виконано відповідно до *вимог щодо оформлення наукових статей* нашого видання.

Під час подання статті до журналу автори повинні підтвердити її відповідність усім встановленим вимогам, зазначеним нижче. У разі виявлення невідповідності поданої роботи до пунктів цих вимог редакція повертатиме авторам матеріали на доопрацювання.

Стаття подається до редакції українською та англійською мовами як файл у форматі Microsoft Word .docx, доданий до електронного листа. Стаття англійською мовою публікується без перекладу на українську мову. Рукопис має бути набраний у Microsoft Word, формат листа А4, шрифт Times New Roman, кегль 14, міжрядковий інтервал 1,5.

Стаття повинна супроводжуватися листом-заявою у довільній формі з підписами автора/авторів.

Стаття складається з наступних елементів: титул, основний текст, резюме українською, англійською мовами з ключовими словами, список літератури, відомості про автора/авторів.

Титул

1. УДК (Універсальна десятинна класифікація)
2. ПІБ автора
3. Назва статті

- заголовки наукових статей повинні бути інформативними, передавати основний зміст статті (не більше 150 символів),
- у назвах статей можна використовувати тільки загальноприйняті скорочення,
- у перекладі назв статей англійською мовою не повинно бути транслітерації, крім неперекладних назв власних імен, приладів та інших об'єктів, що мають власні назви; також не використовується неперекладний сленг.

4. Місце роботи автора/авторів.

Основний текст

1. Основний текст статті та матеріали до нього за структурою та змістом мають відповідати певному виду наукової публікації (оригінальна стаття, оглядова стаття, опис клінічних випадків, матеріали наукових медичних форумів).
2. У статті не допускається скорочення слів, крім загальноприйнятих в науковій літературі. Усі вимірювання подаються у системі одиниць СІ. Абревіатури, що наводяться у статті, повинні бути розшифровані при першому згадуванні.
3. Ілюстрації (таблиці, рисунки) повинні розташовуватися після першого згадування у тексті.
4. У тексті слід вказувати бібліографічні посилання у вигляді цифри у квадратних дужках, що відповідає номеру у списку цитованої літератури.

Додатки до основного тексту

До статті повинні бути додані всі використовувані в роботі таблиці, ілюстрації, список літератури.

Ілюстрації мають бути подані у формі фотографії, слайду, рентгенограми, електронного файлу та підготовлені на високому якісному рівні.

- Ілюстрації мають відповідати основному змісту статті.
- Ілюстрація повинна бути максимально вільна від написів, які слід перенести у підпис до неї.
- Підписи до ілюстрацій подаються на окремому аркуші у кінці статті.
- Кожна ілюстрація повинна мати загальну назву.
- Оригінальні ілюстрації слід передавати в окремому конверті із зазначенням назви статті та ПІБ автора.
- У статті слід зазначити місце, де, на думку автора, бажано було б помістити ілюстрацію.
- Ілюстрація, подана в електронному вигляді, повинна мати роздільну здатність не менше 300 dpi (масштаб 1:1).

Таблиці повинні мати заголовок і порядковий номер. На всі таблиці повинні бути посилання в основному тексті. Їх слід пронумерувати послідовно у тому порядку, в якому вони зустрічаються в основному тексті.

- Розміщувати таблиці слід в основному тексті статті одразу після абзацу, де вони згадуються.
- Посилання на таблицю робиться за допомогою арабських цифр.
- Таблиці не повинні дублювати зміст тексту.
- Автори повинні переконатися, що дані у таблицях відповідають тим, які зазначені у відповідних місцях у тексті.
- Підсумкові суми необхідно складати коректно, а відсотки – правильно розраховувати.
- Назви стовпців і рядків повинні відповідати їхньому змісту, текст подається без скорочень.
- Примітки до таблиці розміщуються під таблицею.

Резюме

До статті додаються резюме українською та англійською мовами. Резюме на всіх мовах обов'язково містять назву статті (малими літерами, починаючи з великої), автора/авторів (ініціали та прізвище), назви організацій (повні, без абревіатур), місто, країна, ключові слова. Обсяг резюме має становити не менше ніж 1800 знаків.

Текст резюме є самостійним і повноцінним джерелом інформації з коротким і послідовним викладенням матеріалу публікації, що висвітлює зміст статті. Посилання на джерела літератури, рисунки і таблиці у резюме недопустимі.

- Резюме для оригінальних статей повинні бути структурованими з наступними підзаголовками: мета дослідження, матеріали та методи, результати, заключення та ключові слова.
- Структурування резюме оглядових статей не вимагається.
- Резюме статей, присвячених опису клінічних випадків, можуть бути структурованими з наступними підзаголовками: вступ, клінічний випадок, заключення, ключові слова.

Список літератури

- Список літератури наводиться латиницею. Джерела на українській та російській мовах наводяться у тому написанні, як вони зазначені та реєструються на англійських сторінках сайтів журналів. **Якщо джерело не має назви англійською мовою – воно наводиться транслітерацією.**
- Оформлення списку літератури здійснюється відповідно до стилю **Vancouver** (Ванкуверський) **англійською мовою**.
- Посилання в тексті наводяться у квадратних дужках, повний бібліографічний опис джерела у списку літератури в порядку згадування у тексті статті.
- У список літератури – включаються тільки рецензовані джерела (статті з наукових журналів і монографії), що використовуються в тексті статті. Якщо необхідно посилатися на статтю у засобі масової інформації, на текст з онлайнового ресурсу, слід помістити інформацію про джерело у посиланні.
- Посилання на прийняті до публікації, але ще не опубліковані статті, повинні бути позначені словами «у друку»; автори повинні отримати письмовий дозвіл для посилання на такі документи і підтвердження того, що вони прийняті до друку. Інформація з неопублікованих джерел повинна бути відзначена словами «неопубліковані дані / документи», автори також повинні отримати письмове підтвердження на використання таких матеріалів.

Рекомендовано навести не менше: 25 літературних джерел в дослідницьких роботах, 40–50 – в теоретичних роботах/оглядах літератури. Автори несуть відповідальність за точність посилань.

Відомості про авторів

Відомості про авторів наводяться у кінці рукопису і містять інформацію про авторів українською та англійською мовами:

- Прізвища, імена, по-батькові (повністю).
- Науковий ступінь, вчене звання, посада в установі/установах (якщо автор працює у декількох організаціях, зазначаються дані за всіма організаціями).
- Робоча адреса з поштовим індексом, службовий номер телефону (за бажанням – особистий).
- Адреса електронної пошти всіх авторів.
- Ідентифікатор ORCID (https://orcid.org/register).

Скорочення не допускаються.

На останній сторінці статті повинні бути підписи авторів та зазначено внесок кожного автора у підготовку рукопису.

Стаття, схвалена редакційною колегією, може бути опублікована у термін до трьох місяців, включаючи період рецензування.

Статті просимо надсилати за адресою: 03039, м. Київ, а/с № 4, Редакція журналу «Здоров'я чоловіка»
e-mail: alexandra@professional-event.com Тел.: (044) 257-27-27
або головному редактору проф. Горпинченко І.І., e-mail: sexology@sexology.com.ua

DOI: https://doi.org/10.30841/2307-5090.3.2022.270806
УДК 616.89-008.442-02:616.8

Гіпоактивний статевий потяг, обумовлений психічними і неврологічними розладами

Г.С. Кочарян
Харківська медична академія післядипломної освіти

У статті наводяться дані щодо гіпоактивного статевого потягу при невротичних і пов'язаних зі стресом розладах (неврастенії, тривожно-фобічних та обсесивно-компульсивних розладах, включаючи синдром тривожного очікування сексуальної невдачі, дисоціативних розладах, розладах адаптації [пролонгованій депресивній реакції, тривожно-депресивній реакції]). Зокрема, характеризуючи сексуальні розлади у хворих на неврастенію, одна група авторів вважає, що ці розлади відрізняються залежно від форми цього захворювання (гіперстенічної, гіпостенічної). На їхню думку, при гіперстенічній формі спостерігають підвищену збудливість статевої сфери, що може призводити до появи різних сексуальних розладів, включаючи підвищення лібідо. При гіпостенічній формі неврастенії, на думку цієї групи авторів, можуть відзначатися різноманітні гіпоактивні сексуальні прояви, включаючи зниження лібідо, а крім цього, передчасну еякуляцію. Інша група дослідників фіксували у хворих на неврастенію, незалежно від її форми, лише гіпофункціональні сексологічні прояви, а також передчасну еякуляцію (тобто ті симптоми, які були названі першою групою авторів як характерні для гіпостенічної форми неврастенії).
Також у статті наведені дані щодо гіпоактивного статевого потягу, який може спостерігатися при розладах особистості та акцентуаціях характеру (шизоїдному розладі особистості та шизоїдній акцентуації характеру, акцентуаціях циклоїдного, астеноневротичного, істероїдного, нестійкого, психастенічного, сенситивного та інфантильно-залежного типів); розладах настрою [афективних розладах] (дистимії [депресивному неврозу], біполярному розладі); шизофренії; розумовій відсталості (олігофреніях); деменції, обумовленій органічними ураженнями головного мозку; епілепсії; органічними ураженнями головного мозку; розсіяному склерозі.
Наведено клінічні спостереження, де йдеться про гіпоактивний статевий потяг у хворих на шизофренію та органічне ураження головного мозку.
Ключові слова: *гіпоактивний статевий потяг, психічні розлади, неврологічна патологія.*

Hypoactive sexual desire due to mental and neurological disorders

G. S. Kocharyan

The article presents data on hypoactive sexual desire which occurs in neurotic and stress-related disorders (neurasthenia, anxiety-phobic and obsessive-compulsive disorders, including the syndrome of anxious expectation of sexual failure, dissociative disorders, adaptation disorders [prolonged depressive reaction, anxiety-depressive reaction]). In particular, characterizing sexual disorders in patients with neurasthenia, one group of authors believes that these disorders differ depending on the form of this disease (hypersthenic, hyposthenic). In their opinion, in the hypersthenic form increased excitability of the sexual sphere is observed which can lead to the appearance of various sexual disorders, including increased libido. In the hyposthenic form of neurasthenia, according to this group of authors, various hypoactive sexual manifestations can be noted, including a decrease in libido, and in addition, premature ejaculation. Another group of researchers found in patients with neurasthenia, regardless of its form, only hypofunctional sexological manifestations, as well as premature ejaculation (that is, those symptoms that were named by the first group of authors as characteristic of the hyposthenic form of neurasthenia).
The article also presents data on hypoactive sexual desire which can be observed in personality disorders and character accentuations (schizoid personality disorder and character schizoid accentuation, accentuations of the cycloid, asthenoneurotic, hysteroid, unstable, psychasthenic, sensitive and infantile-dependent types); mood disorders [affective disorders] (dysthymia [depressive neurosis], bipolar disorder); schizophrenia; mental retardations; dementia due to organic brain damages; epilepsy; organic brain damages; multiple sclerosis. Clinical observations are given; these concern hypoactive sexual desire in patients with schizophrenia and organic brain damage.
Keywords: *hypoactive sexual desire, mental disorders, neurological pathology.*

Ослаблення/відсутність статевого потягу може бути зумовлено психічною та неврологічною патологією, що буде представлено нижче.

Невротичні розлади і розлади адаптації

Хотілося б спеціально наголосити на тому факті, що за останні десятиліття відбулися значні зміни в термінології неврозів. Так, в СРСР, а потім у СНД було прийнято виділяти три або чотири форми неврозу. У першому випадку це неврастенія, істеричний невроз і невроз нав'язливих станів (Ленінград, Харків та ін.), а в другому – до цих форм додавали ще депресивний невроз (Москва та ін.).

Відповідно до МКХ-9, яка була адаптована в СНД, слід розрізняти 10 форм різних неврозів. Правомір-

© The Author(s) 2022 This is an open access article under the Creative Commons CC BY license

ність виділення частини з них оспорювалася багатьма вітчизняними авторами. Сьогодні на пострадянському просторі активно використовується МКХ-10, що характеризується відходом від нозологічного принципу. У ній відсутня загальна класифікаційна рубрика «Неврози», яка замінена рубрикою «Невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади» (F40-48). З колишніх назв неврозів у ній можна знайти лише неврастенію (F48.1), якій «пощастило» бути включеною лише до групи «Інші невротичні розлади» (F48). І якщо в загальній рубриці «Невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади» знайшлося місце неврозу нав'язливих станів та істеричному неврозу (звісно під іншими найменуваннями), то депресивний невроз під назвою «дистимія» (F34) «знайшов свій притулок» у загальній рубриці «Хронічні афективні розлади настрою» (F34), яка як складова увійшла до збірної рубрики «Афективні розлади настрою» (F3). Таким чином депресивний невроз опинився в одній групі з біполярним розладом.

Американці пішли ще далі. Класифікація DSM-IV взагалі не містить назви жодного неврозу. Вони фігурують у ній під іншими назвами. В американській енциклопедії психічного здоров'я [39] наголошується, що термін «невротичний розлад» не має формального клінічного значення в США і не зустрічається як базова категорія в класифікації психічних розладів американської психіатричної асоціації. Правильно говорити про невротичний процес, що характеризує неусвідомлювані психічні та емоційні конфлікти, здатні до продукування виражених симптомів та проблем. Слід розуміти, що «невротичний процес» – це не діагноз. Сьогодні американськими професіоналами вважається прийнятним використання терміна «невротик». Визнається, що невроз – патологічний психічний та емоційний процес, але невроз відкидається як специфічне захворювання чи розлад.

Називають такі причини, через які не слід використовувати невроз як клінічний діагноз. Одна з них полягає в тому, що розлади, які стоять за ним, є далеко неоднорідними. Цей діагноз охоплює дуже широкий спектр порушень, а тому надто загальний. Інша причина полягає в тому, що термін «невроз» передбачає специфічний теоретичний, переважно психоаналітичний підхід. Поведінкова терапія та когнітивна терапія мають інший теоретичний фундамент. Наголошується, що у зв'язку з цим у США було багато суперечок щодо того, як правильно використовувати слово «невроз». У результаті дійшли того, що виключили його як діагностичну категорію. Разом з тим зберегли за ним право використання як прикметника для опису важких емоційних процесів. В якості прикладів можна навести такі терміни, як «невротичний стиль» і «невротичний парадокс» (тенденція деяких людей з емоційними труднощами поводитися саморуйнівно).

Невротичні розлади можуть спричинити сексуальні дисфункції. За даними різних авторів, останні виявляють у 12–61% хворих із цією патологією. Сексуальні розлади стають додатковим психотравмуючим фактором, що порушує стан здоров'я та спричинює затяжний перебіг хвороби. У деяких випадках статеві розлади, зумовлені іншими причинами, призводять до виникнення неврозу, що зі свого боку посилює порушення в сексуальній сфері [12].

Слід зазначити, що при невротичних розладах спостерігаються різні ступені зниження лібідо. Цей симптом виникає як наслідок астенії, депресії, а також внаслідок розвитку тривожного побоювання сексуальної невдачі (страху сексуальної невдачі). При таких розладах із вторинним залученням сексуальної сфери в картину неврозу внаслідок занепокоєння станом свого здоров'я може розвинутися дезактуалізація сексуальних контактів (зокрема і виражена), що також гальмує лібідо і сексуальну підприємливість.

Слід уявити існуючі погляди на можливість ослаблення чи активізації різних сексуальних проявів у пацієнтів з невротичними розладами (неврозами), включаючи лібідо [12]. Характеризуючи сексуальні розлади при ***неврастенії***, одна група авторів вважає, що ці розлади відрізняються залежно від форми цього захворювання (гіперстенічної, гіпостенічної). На їхню думку, при *гіперстенічній формі*, головними проявами якої є дратівливість і запальність, спостерігають підвищену збудливість статевої сфери, що проявляється посиленням лібідо і високою сексуальною підприємливістю, частими спонтанними ерекціями, які можуть виникати з будь-якого найменшого приводу, передчасною еякуляцією, сновидіннями з полюціями. Якщо ж у пацієнтів і відзначається недостатність адекватних ерекцій, то це є наслідком того, що загострений статевий потяг спонукає їх до інтимної близькості раніше появи достатньої напруги статевого члена.

Виникнення названої сексологічної симптоматики при гіперстенічній формі неврастенії пояснюють ослабленням процесу активного гальмування і появою дратівливої слабкості в корі головного мозку, що супроводжується збуджуючим впливом на статеві центри. Також наголошується, що підвищена збудливість, властива цій формі, призводить до розгальмовування (посилення) статевого потягу та полегшує виникнення ерекцій. А.М. Свядощ [30] у зв'язку з цим відзначає, що на початковому періоді неврастенії при ослабленні внутрішнього гальмування іноді відзначається період розгальмовування статевого потягу, деякого його посилення, що проявляється прискоренням ерекцій.

При *гіпостенічній формі* неврастенії, головними характеристиками якої є загальна слабкість і підвищена стомлюваність, на думку цієї групи авторів, може відзначатися зниження лібідо, гіпоерекція і повна відсутність адекватних ерекцій, ослаблення спонтанних ерекцій, передчасна еякуляція. Розвиток перелічених симптомів пояснюють позамежним гальмуванням на фоні виснаження збудливого та гальмівного процесу в корі головного мозку, а також функціональним виснаженням спинальних статевих центрів. А. М. Свядощ [30] повідомляє, що при наростанні астенії знижується і статева активність, що обумовлюється втратою інтересу до протилежної статі.

У зазначених випадках є спроби пояснити існуючу при неврастенії сексологічну симптоматику, спираючись на нейродинамічну концепцію.

Інша група дослідників знаходила у хворих на неврастенію, незалежно від її форми, лише гіпофункціональні сексологічні прояви, а також передчасну еякуляцію (тобто ті симптоми, які були названі першою групою авторів як характерні для гіпостенічної форми неврастенії). Однак до цих симптомів додають зменшення насиченості оргастичних відчуттів, що спостерігається в низці випадків. Крім цього наголошується, що спонтанні ерекції можуть не тільки ослабнути, а й повністю зникнути, так само як еротичні сновидіння та нічні полюції.

Пояснюючи неможливість активізації сексуальних функцій у хворих на неврастенію, друга група авторів апелює до концептуальних підходів П. К. Анохина [1]. Відзначається, що у хворого на невроз відбувається «гальмування» статевої діяльності, мабуть обумовлене тим, що при його розвитку організм самостійно включає механізми, які викликають гальмування статевої діяльності. Зазначене гальмування в цьому випадку можна вважати біологічно доцільним захисним пристосуванням організму до екстремальних умов. Дослідники, які дотримуються цих поглядів, відзначають, що слід переглянути поширену в сексології думку, згідно з якою у початковий період неврастенії (у так званій гіперстенічній її стадії) відзначаються етап розгальмовування статевого потягу та підвищена статева збудливість. На їхню думку, важко припустити, що саме при розвитку неврастенії (що відрізняється від інших форм неврозів швидким виникненням на самому початку хвороби масової астенічної симптоматики) спостерігалося посилення сексуальності хворих. Сказане вони підтверджують і тим, що саме в цей період відзначається дезактуалізація сексуальних відносин [20].

На доказ неспроможності точки зору авторів, що орієнтуються тільки на нейродинамічну концепцію, їх опоненти підкреслюють, що при гіпостенічній формі неврастенії на відміну від гіперстенічної слід було б очікувати не передчасну еякуляцію, а навпаки, її уповільнене, утруднене настання, оскільки при першій з указаних форм превалює «активне гальмування» в корі головного мозку. Водночас за обох названих форм відзначалася лише передчасна еякуляція [20].

У жінок, які страждають на неврастенію, крім інших сексуальних розладів, також фіксують зниження лібідо та сексуальної активності.

При ***істеричному неврозі*** (дисоціативні/конверсійні розлади у МКХ-10) ключова симптоматика має умовно приємний (умовно бажаний) характер. Завжди можна відзначити раціональний вибір симптомів, що дозволяють їм бути вигідними для пацієнта в конкретній ситуації. Клінічна симптоматика у хворих на істеричний невроз відповідає їхнім уявленням про ту соматичну або психічну недугу, яка нібито у них є. Розлади при цій патології можуть імітувати різні психічні чи соматичні захворювання. Хворіють на зазначену форму неврозу переважно люди з істероїдними рисами характеру, проте для його виникнення це зовсім необов'язково.

В описі клініки статевих розладів у чоловіків при істеричному неврозі простежуються розбіжності. Так, одні автори вважають, що можливі як активізація, так і пригнічення сексуальної сфери, інші стверджують, що можливе лише друге. Як гіперфункціональні сексологічні прояви називають підвищене лібідо, неконтрольовану гіперсексуальність, які пояснюють порушенням підкорення підкорки впливам кори, схильної у цих хворих до гальмування та перебування в гіпнотичному стані. Зниження лібідо пов'язують із гальмуванням у системі коркового представництва безумовних статевих рефлексів. Ослаблення лібідо також пояснюють переважанням підкорки над ослабленою корою, внаслідок чого адекватні сексуальні подразники стають надсильними та викликають позамежне гальмування рефлексів. Висловлюється і прямо протилежна думка, згідно з якою у чоловіків при істеричному неврозі посилюється коркова першосигнальна компонента (ерос) та пригнічується підкіркова та спинальна регуляція [20].

У жінок сексуальні розлади, що розвиваються за істеричним механізмом умовної приємності, діагностують частіше, ніж у чоловіків. Їх проявами, поряд з іншими, можуть бути різні ступені зниження сексуального лібідо, аж до його функціональної редукції. Наприклад, це може бути пов'язане з конфліктами в подружній парі, коли ослаблення лібідо може спонукати чоловіка до «правильної» поведінки.

При ***неврозі нав'язливих станів*** (тривожно-фобічні та обсесивно-компульсивні розлади в МКХ-10) смислове поле (семантика) нав'язливостей в інтелектуальній сфері (обсесії) та фобій (нав'язливих страхів) може безпосередньо стосуватися сексуальної сфери. У цих випадках йдеться про синдром тривожного очікування сексуальної невдачі. В інших випадках фіксують нав'язливі страхи несексуального змісту. При неврозі нав'язливих станів з фабулою несексуального змісту і особливо при нозофобіях може спостерігатися дезактуалізація статевої сфери (зокрема й виражена). Це є наслідком занепокоєння станом свого здоров'я і супроводжуватись ослабленням лібідо та зниженням сексуальної підприємливості, аж до відмови від статевих контактів.

Деякими авторами висловлювалася думка, що у хворих при неврозі нав'язливих станів з фабулою несексуального змісту може спостерігатися активізація сексуальної сфери (іншими авторами така можливість заперечується), що супроводжується значним підвищенням статевого потягу, нав'язливими сексуальними бажаннями, еротоманією, фізичним та психічним онанізмом нав'язливого характеру, частими сновидіннями з полюціями. Виникнення вказаних явищ пояснюють інертністю збудливого процесу. У таких схемах вбачається архаїчність, коли всі розлади, часом суто умоглядно, намагаються пояснити лише з точки зору нейродинамічної концепсії.

Новіші дані про сексуальні розлади при невротичних і пов'язаних зі стресом розладах представив М. И. Ягубов [36]. Було обстежено 69 пацієнтів чоловічої статі віком від 20 до 52 років (середній вік – 38,0±9,6 року). Оцінку клінічних проявів проводили за МКХ-10. У 22 пацієнтів психічний стан відповідав критеріям F43.2 (Розлади адаптації), а саме: в 11 з них фіксували пролонговану депресивну реакцію (F43.21),

а ще в 11 – тривожно-депресивну реакцію (F43.22). У 7 хворих було встановлено дисоціативний розлад відчуттів (F44.6), що проявляється втратою чуттєвого сприйняття в ділянці статевих органів, і у 40 – неврастенію (F48.0).

У 48 пацієнтів сексуальні дисфункції проявлялися розладом лібідо (відсутність або втрата статевого потягу), у 14 – розладом ерекції (її ослабленням чи відсутністю), а у 7 – розладом еякуляції (передчасна еякуляція).

Під час оцінювання сексуальних порушень у хворих із ***розладами адаптації*** виявлено:

- У всіх пацієнтів з *пролонгованою депресивною реакцією* фіксували пригнічений статевий потяг, обумовлений депресивною та астенічною симптоматикою, що супроводжувався повним зникненням спонтанних ерекцій.
- У 9 (81,8%) хворих із *тривожно-депресивною* реакцією спостерігалося зниження сексуального потягу, а у решти 2 (18,2%) – розлад ерекції.

У 7 чоловіків, у яких сексуальні дисфункції були обумовлені *дисоціативним розладом відчуттів*, окрім відчуттів «втрати чутливості» в ділянці статевих органів, з якими пацієнти пов'язували виникнення сексуальних порушень, були відзначені неглибокі депресивні порушення. Вони пов'язували втрату чутливості у статевих органах із сексуальними дисфункціями. Втраті цієї чутливості передували періоди конфліктних взаємин у сім'ї. Якщо в 4 випадках міжособистісні конфлікти виникали на тлі суто побутових проблем, то в 3 були закиди щодо нерегулярних інтимних відносин. Цитований автор відзначає, що лише двоє пацієнтів на момент звернення пов'язували втрату чутливості та виникнення сексуального розладу з перенесеними застудними та інфекційними захворюваннями. Інші ж, хоч і вказували на чітку дату початку захворювання, не могли назвати причину розладу. Існуючі міжперсональні конфлікти не згадувалися як причинні фактори. У 4 хворих із цієї групи сексуальні дисфункції проявлялися зниженням сексуального потягу, а у 3 – розладом ерекції.

Серед 40 хворих на ***неврастенію*** переважаючою сексуальною патологією ($p<0,001$) був розлад сексуального потягу (65%). У рівній кількості випадків (по 17%) як стрижневий розлад у них було відзначено порушення ерекції та еякуляції. На тлі невротичної симптоматики дезактуалізувалися, аж до їхнього припинення, сексуальні відносини. Однак усвідомлення факту сексуальної неспроможності призвело до реактуалізації сексуальної сфери та фіксації на сексуальних проявах.

Аналіз наведених даних дозволяє констатувати дуже високу частоту розладів лібідо у вивченого контингенту хворих, яка перевищує частоту всіх інших сексуальних дисфункцій.

На особливу увагу заслуговує синдром тривожного очікування сексуальної невдачі (СТОСН), який є найбільш універсальним сексопатологічним синдромом у чоловіків. Цей синдром найчастіше фіксували при невротичних розладах і насамперед при так званому неврозі очікування невдачі (в МКХ-10 відноситься до рубрик F40.1 і F42). Він став предметом всебічного і поглибленого вивчення [14, 16]. Спеціальні сексологічні дослідження, проведені нами серед 245 чоловіків із зазначеною патологією, виявили ослаблення лібідо у 26,5% обстежених. З метою характеристики сексуальних дисфункцій, що спостерігаються при відносно чистих формах СТОСН, зі згаданих 245 випадків було відібрано 113 (очищена група). У зазначеній групі СТОСН відігравав основну роль в організації сексуальних розладів і, крім ураження психічної складової копулятивного циклу, могли визначатися лише фонові синдроми, що свідчать про дефіцитарність нейрогуморальної складової (затримка або дисгармонія пубертату). У низці спостережень діагностували хронічний простатит, який за результатами клінічного аналізу в цих випадках не брав участь у розвитку сексуальних порушень. Серед цих 113 хворих зниження лібідо виявлялося у 19,5% спостережень, тобто практично у кожного п'ятого чоловіка.

Таку значну для пацієнтів без органічно обумовленої сексуальної патології частоту розладів лібідо ми переважно пояснюємо їх емоційними реакціями на сексуальну проблематику, що виражається зниженням настрою аж до невротичної субдепресії і навіть депресії, розвитком астенічного синдрому, а також стурбованістю, настороженістю та гіперконтролем сексуальних реакцій, пов'язаних з побоюванням сексуальної невдачі, які за механізмом реципрокної інгібіції (взаємного гальмування) справляють пригнічувальну дію на сексуальний потяг.

Крім цього, слід відзначити і поведінковий механізм ослаблення лібідо. Він полягає у тому, що кожен статевий акт чи спроба провести його є для хворого емоційно важкою психотравмуючою ситуацію. Замість «нагороди», яку отримують після статевого акту здорові в сексуальному відношенні люди, чоловіки з патологією відчувають після неякісного або невдалого статевого акту розчарування і досаду, що може посилюватися докорами, які пред'являються дружиною (партнеркою). Отже, замість «нагороди» пацієнт отримує «покарання», тобто мова йде про аверсивне (те, що відвертає від цього поведінкового акта) підкріплення. Зниження лібідо, що виникає внаслідок цього, виконує адаптаційно-захисну функцію, оскільки внаслідок зменшення сексуальної підприємливості оберігає хворого від чергової психотравми.

На зниження лібідо у хворих зі страхом сексуальної невдачі впливають і пов'язані з цим страхом вегетативні пароксизми та субпароксизмальні стани симпатико-адреналового і змішаного характеру, які нерідко виникають у чоловіків при інтимній близькості та є наслідком дисфункції вегетативного відділу нервової системи. У низці випадків ми спостерігали неспецифічне для СТОСН зниження статевого потягу, обумовлене порушенням міжособистісних відносин у подружній (партнерській) парі. Скарги на зниження лібідо пред'являлися хворими самостійно чи виявлялися при активному опитуванні. Ступені зниження сексуального лібідо були різними: від мінімальних до значно виражених [14, 16].

Слід відзначити, що в діагностиці розладів лібідо та інших сексуальних дисфункцій у хворих з невротич-

ними розладами має значення вивчення гормонального статусу. Такі дослідження було проведено нами у чоловіків із СТОСН [14–16]. Радіоімунологічні дослідження вмісту в плазмі широкого спектра гормонів, включаючи статеві, доповнювалися радіоферментними (визначення активності 5α-редуктази, що перетворює тестостерон [Тс] на дигідростерон у гомогенаті шкіри лобка) та радіорецепторними (визначення інтенсивності поглинання ним ^{3}H-тестостерону) дослідженнями. Було зроблено висновок про те, що на розвиток сексуальних дисфункцій у хворих із СТОСН може впливати зниження секреції тестостерону, послаблення його перетворення на дигідротестостерон та гіперпролактинемія.

У результаті аналізу та узагальнення даних, отриманих при радіоімунологічних, радіоферментних та радіорецепторних дослідженнях, нами було запропоновано концепцію, що пояснює виникнення ендокринних порушень у хворих зі СТОСН невротичного генезу та неврозом очікування (невдачі) [14–16].

Розлади особистості та акцентуації характеру

Розлади особистості (конституційні психопатії) також впливають на статевий потяг, що може позначатися на інтенсивності, термінах становлення його окремих компонентів, структурі статевого потягу (пропорція платонічного, еротичного і сексуального його компонентів), особливостях його прояву, які залежать від форми специфічного розладу особистості. А. Нохуров [22] відзначає, що в порушеннях сексуальної поведінки у «психопатичних особистостей» поряд із загальною психічною дисгармонією, значне місце посідають розлади статевого потягу. Слід відзначити, що здебільшого розглядається роль розладів особистості в формуванні парафілій (розладів сексуального переваги).

Перш ніж характеризувати інтенсивність лібідо і перешкоди у його реалізації при деяких розладах особистості, необхідно звернутися до акцентуацій, які хоча і не належать до психічної патології, проте характеризуються посиленням виразності окремих рис характеру. При їх описі деякі автори звертають увагу на силу статевого потягу та перешкоди у його реалізації. Б. В. Шостакович та В. Ф. Матвеев [35], характеризуючи проблему відмінностей між акцентуаціями та розладами особистості (психопатіями), підкреслюють, що К. Леонгард, який запровадив поняття «акцентуйована особистість», не дав чіткого визначення акцентуйованих осіб. Він вважав, що, не будучи психопатично-патологічними, вони «через особливу структуру особистості постійно входять у конфлікт зі своїм оточенням» [19]. За словами Б. В. Шостакович і В. Ф. Матвеев, наведені ним клінічні приклади скоріше можуть бути діагностовані як розлади особистості. Завершуючи аналіз цієї проблеми, названі автори висловлюють припущення, що поняття акцентуації характеру в прагматичному діагностичному аспекті тотожно уявленням про наявність окремих психопатичних проявів.

А. Е. Личко [21], характеризуючи особливості сексуальних проявів при окремих типах акцентуацій, повідомляє:

• Сексуальна активність осіб ***циклоїдного типу*** зазвичай обмежується фліртом та залицянням; для них характерна мала диференційованість статевого потягу, що уможливлює їхнє відхилення на шлях транзиторного гомосексуалізму.

• Сексуальна активність підлітків ***астеноневротичного типу*** зазвичай обмежується короткими спалахами, які швидко виснажуються.

• Реакції ***шизоїдів***, пов'язані зі статевим потягом, що формується, можуть, на перший погляд, не проявлятися. Проте їх зовнішня «асексуальність» або демонстративна зневага до статевого життя нерідко поєднуються з наполегливим онанізмом і багатими еротичними фантазіями, які легко включають перверзні компоненти. Труднощі у спілкуванні та встановленні контактів проявляються в їхній нездатності фліртувати та залицятися, а також домагатися сексуальної близькості у ситуації, де вона можлива. Це може різко контрастувати з несподіваною сексуальною активністю в грубих і неприродних формах. Вони можуть «... годинами сторожити, щоб підглянути чиїсь оголені геніталії, ексгібіціонувати перед малюками, онанувати під чужими вікнами, звідки на них дивляться, вступати у зв'язок із випадковими людьми, призначати побачення по телефону незнайомим людям «на один раз» [21]. Своє статеве життя та сексуальні фантазії вони приховують від інших, а якщо про їхні вчинки, що мають сексуальну мотивацію, стає відомо, то не відкривають свої мотиви та переживання.

• При ***істероїдному типі*** сексуальний потяг не відрізняється ні силою, ні напругою, а в сексуальній поведінці багато театральної гри. Підлітки чоловічої статі приховують свої сексуальні переживання і ухиляються від розмов на цю тему, адже відчувають, що можуть виявитися «не на висоті» і їм нема чим вразити своїх співрозмовників. Дівчатка ж, навпаки, афішують свої дійсні зв'язки і навіть розповідають про вигадані. Вони здатні на осуд і самоосуд. Можуть грати роль розпусниць, насолоджуючись приголомшливим враженням, яке вони справляють на співрозмовника.

Наші клінічні спостереження свідчать про те, що і представники чоловічої статі, які належать до цього типу акцентуації, можуть розповідати про свої «великі» сексуальні можливості навіть у випадках порушення статевих функцій. З цією метою у колі друзів і знайомих вони створюють образ високопотентного чоловіка, який має успіх у жінок, розповідаючи про свої сексуальні перемоги та описуючи свої чоловічі достоїнства (захисне фантазування) [13, 16].

• Серед осіб, які належать до ***нестійкого типу***, нерідко зустрічається інфантилізм. Незважаючи на те, що їх сексуальний потяг не відрізняється силою, через раннє залучення до антисоціальних груп вони швидко набувають сексуального досвіду, «включаючи знайомство з розпустою та збоченнями». Статеве життя для них є таким же джерелом насолоди, як і постійні випивки та пригоди. Романтичне кохання обходить їх стороною, тому що вони просто нездатні закохуватися (редукований платонічний компонент лібідо). Вони не можуть бути і вірними друзями [21].

Г. С. Васильченко [4], даючи узагальнену оцінку проявів сексуального почуття осіб із ***психастенічною та сенситивною акцентуаціями***, відзначає, що їхня боязкість і сором'язливість посилюються при першому коханні. Молоді люди або очікують, що їхня кохана «все сама зрозуміє» (насправді вона може навіть не здогадуватися про їхнє почуття), або проявляють себе настільки імперативними та несподіваними діями, що лякають свою партнерку і відштовхують її. Це пояснюється дією феномена психологічної гіперкомпенсації.

Г. С. Васильченко [4] повідомляє, що сексопатологами також виділяється так звана ***інфантильно-залежна акцентуація***. Кардинальні прояви цієї акцентуації – виборча соціопобутова залежність від матері та повна сексуальна безініціативність. «У сексологічному плані в інфантильно-залежних, на противагу нестійкому типу, найбільш редуковані сексуальна та еротична складові лібідо при відносно кращій збереженості платонічної. Усі вікові прояви сексуальності запізнюються, а їх набір виявляється обмеженим. Перша еякуляція зазвичай відбувається при коїтусі. Мастурбація та ексцеси, як правило, відсутні. Перший статевий акт у них часто є результатом пасивної спокуси старшою за них жінкою, яка вже має сексуальний досвід. У нових зв'язках такі особи тяжіють до старших жінок протягом усього життя. Однак неясно, чого тут більше – влади імпринтингу або інфантилізму, що забезпечує чоловікам з типом затримки психосексуального розвитку, що розглядається, більш комфортне самопочуття з більш життєво і сексуально досвідченою жінкою, а символом цієї досвідченості стає вік» [4].

Характеризуючи осіб із ***шизоїдним розладом особистості***, Г. И. Каплан, Б. Дж. Седок [9] відзначають, що для цих осіб характерно те, що їхнє сексуальне життя довгий час може існувати тільки в їхній уяві, оскільки зріле сексуальне життя вони іноді відкладають на невизначений час. Чоловіки часто не одружуються через неможливість підтримувати інтимні стосунки.

У списку діагностичних критеріїв Діагностичного та статистичного посібника з психічних розладів четвертого перегляду (Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fourth Edition; DSM-IV) (США) [37] привертає увагу два, які мають безпосереднє відношення до розглянутої проблеми. Згідно з одним з них, у цих осіб відзначається небажання мати близькі стосунки з оточуючими та відсутність радості від таких відносин, включаючи стосунки із членами сім'ї. Інший критерій характеризує їх як людей зі зниженим інтересом або його відсутністю до сексуальних відносин.

Слід наголосити, що у наведеному матеріалі нами не були розглянуті відомості про ті характерологічні особливості, які, як вважається, пов'язані з посиленням статевого потягу, його розгальмованістю та можливим розвитком різних парафілій.

Розлади настрою (афективні розлади)

Розлади настрою (афективні розлади) є групою, що кодується як F30-F39. У ній під рубрикою «дистимія» (F34.1) записано депресивний невроз, а під низкою інших сучасних рубрик (F30.2x, F31.2x, F31.5x, F32.3x, F33.3x) – маніакально-депресивний психоз [17].

R. L. Jr. Phillips, J. R. Slaughter [44] повідомляють, що втрата лібідо є поширеною проблемою у Сполучених Штатах. У національному опитуванні, проведеному у 1994 році, 33 відсотки жінок та 17 відсотків чоловіків повідомили про сексуальну незацікавленість [43]. В іншому опитуванні третина жінок віком від 18 до 59 років повідомили про відсутність сексуального потягу протягом попереднього року [42]. В одному дослідженні було виявлено, що понад 70 % пацієнтів з депресією втрачали сексуальний інтерес, якщо не застосовували ліки, і вони повідомили, що тяжкість цієї втрати була більшою, ніж від інших симптомів депресії [40]. У цьому самому дослідженні, за словами автора, лібідо знижувалося із збільшенням тяжкості захворювання. Складний взаємозв'язок між депресією та зниженим лібідо додатково проілюстрований у дослідженні, в якому серед пацієнтів з пригніченим сексуальним бажанням було виявлено підвищений рівень поширеності афективних розладів протягом життя [45].

Розлади лібідо при невротичних розладах ми вже розглядали раніше. Було зазначено, що у деяких випадках його зниження є наслідком депресії. Тому цілком природно, що при ***дистимії (депресивному неврозі)*** йдеться про ослаблення лібідо, що може досягати виражених ступенів.

При ***біполярному розладі (маніакально-депресивному психозі)*** також спостерігаються розлади лібідо, проте може йтися про його різноспрямовані зміни. Н. Ш. Татлаев [32] повідомляє, що у чоловіків у маніакальній стадії (гіпоманія, манія) цього захворювання лібідо порушується у 92,8%, а статева активність – у 95,6%. При цьому відзначається, що статевий потяг посилюється пропорційно до наростання маніакального афекту. Водночас рівень статевої активності дещо підвищується при гіпоманії, проте за наявності власної манії дещо знижується. При атиповій манії рівень статевої активності був нижчим від початкового, а при типовій манії – вище, але нижче, ніж при гіпоманії. При типових маніакальних станах посилене лібідо реалізувалося зазвичай частішими статевими актами, при атипових – переважно некоітальними формами сексуальних проявів (полюції, мастурбація тощо). Той самий автор відзначає, що сексуальна активність чоловіків в аналізованій фазі зростає в 2–3 рази і більше, статеві ексцеси частішають, зменшується тривалість рефрактерного періоду копулятивного циклу [33].

У депресивній фазі біполярного розладу у чоловіків лібідо знижувалося у 100% випадків, а статева активність – у 98,9%. Водночас при тривожних депресіях (переважно при субдепресіях), на відміну від тужливих та апатичних, нерідко спостерігали короткочасні епізоди підвищеного статевого потягу. Автор описує різні варіанти минущих та стійких сексуальних розладів в інтермісії біполярного розладу у чоловіків. Серед останніх так званий псевдоінволюційний варіант. Він може розвиватися у хворих із слабкою статевою конституцією після частих абстиненцій, обумовлених депресивними та вираженими маніакальними станами. Цей варіант характеризується прогресуючим зниженням статевого потягу, ослабленням ерекції та передчасним (тобто невідповідним конституційним мож-

ливостям) припиненням статевої активності. Обробка одержаних Н. Ш. Татлаєвим даних продемонструвала, що найбільш патогенну дію на стан статевих функцій в інтермісії МДП мали попередні депресії, дещо менше – субдепресії та ще менше – манії. Попередні гіпоманії, навпаки, чинили сануючий вплив на функціонування статевої системи хворих в інтермісії.

Для всіх варіантів маскованих (ларвованих) депресій, як вважає Ю. С. Савенко [28], загальним радикалом є синдром сексуальних розладів, які проявляються зокрема і зниженням лібідо.

Слід відзначити, що ослаблення статевого потягу відзначається при різних розладах, представлених у МКХ-10 у рубриці «Розлади настрою (афективні розлади)», де йдеться про депресію.

А. М. Свядощ [29] повідомляє, що дуже рідко різке посилення статевого потягу може спостерігатися під час депресивної фази маніакально-депресивного психозу, можливо, як елемент змішаного стану. При цьому він посилається на В. П. Осипова, який на своїй лекції розповів про хвору, у якої під час депресивної фази виник такий сильний статевий потяг, що вночі, вбігши в будку, де перебував молодий вартовий, вона, стоячи на колінах, благала його, щоб він здійснив із нею статевий акт, що й сталося.

Це не єдине повідомлення, де відзначається, що депресія може поєднуватись з посиленням статевого потягу. Так, J. Bancroft та співавт. [38] виявили, що депресивний ефект був пов'язаний зі збільшенням сексуального потягу у 9% групи гетеросексуальних чоловіків. На можливість підвищення лібідо при тривожних депресіях (переважно субдепресіях) вказував і Н. Ш. Татлаев [32].

Шизофренія

У хворих на шизофренію лібідо може зазнавати різних змін. Мова може йти як про різні ступені його ослаблення аж до повної відсутності, так і про його посилення. Також при повністю збереженому у своїй силі лібідо, його реалізація може блокуватися шизофренічним процесом або дефектом і навіть зазнавати різних якісних трансформацій (гомосексуалізм та ін.).

У хворих з цією патологією спостерігаються як істинні, так і уявні сексуальні розлади (вони вважають себе сексуально хворими, але насправді такими не є), а також спотворення сексуальної поведінки за маревними мотивами. Одні хворі активно шукають сексологічну допомогу, а інші потрапляють у поле зору сексопатолога лише тому, що їхні родичі стурбовані тим, що їх не цікавлять представники протилежної статі, і вони не намагаються встановлювати з ними еротичні/сексуальні відносини.

Простежується зв'язок статевого потягу з психопатологічними синдромами, що спостерігаються у хворих на шизофренію. У низці випадків вони пред'являють скарги на зниження/підвищення статевого потягу та інші сексуальні дисфункції (порушення ерекції та еякуляції, ослаблений оргазм). Акцент на відсутності інтересу та байдужості до статевої активності може бути проявом апатико-абулічного синдрому, який є вираженням негативної (дефіцитарної) симптоматики та не має тенденції до зворотного розвитку. Зміна інтенсивності лібідо спостерігається при різних формах/варіантах шизофренії.

Часто виражене зниження статевого потягу може спостерігатися у хворих з простою формою шизофренії. П. Б. Посвянский [27] наводить такий приклад.

Хвора М., 26 років. До 7-го класу навчалася задовільно, а потім відбувся «якийсь зсув у характері та поведінці». Стала наростати млявість, відчуженість, скаржилася на головний біль, «сітку в голові», насилу справлялася з навчальним матеріалом, різко знизилися інтереси, годинами байдуже сиділа вдома, відчувала «порожнечу в голові». Млява, малорухлива, монотонні скарги на «гальмо в голові», «відчуття каменю», який не тільки лежить у голові, але й «на всьому моєму житті», різке зниження інтересів. Амбівалентна, розсіяна, темп психічного життя сповільнений.

Основні скарги хворої на те, що вона ніколи не відчувала жодного статевого потягу, абсолютно байдужа до молодих людей, не знає, що таке «статевий інтерес, хвилювання чи почуття цього роду». Тричі проходила стаціонарне лікування в психіатричній лікарні. Пацієнтка лікувалася дуже вперто, лікарі застосовували різні комбінації нейролептиків, а в 1967 році в клініці провела лікування голодом (до 30 днів). Позаяк проживає в гуртожитку з дівчатами, які поводяться, як «будь-які молоді люди» («захоплюються, заводять романи, ходять на танці тощо»), вона особливо гостро відчуває свою відчуженість, глибокий дефект, відсутність симпатії до людей, втрату контакту. Критично оцінює свій стан і прагне лікування, хоча робить це «механічно».

Аналізуючи цей випадок і залучаючи деякі додаткові відомості щодо сексуальної сфери, автор відзначає, що хвора страждає простою формою шизофренії з млявим типом течії без помітної прогредієнтності. Частково соціально компенсована. Ніколи не відчувала сексуального потягу, не мастурбувала, ніколи не відчувала оргастичних відчуттів, заперечує еротичні сновидіння.

П. Б. Посвянский [27] також наводить фрагмент історії хвороби пацієнтки, яка понад 15 років хворіє на просту форму шизофренії. У цієї хворої поступово наростає спустошення особистості, наявні виражені порушення мислення: «голова порожня, думок немає, не знаю про що говорити з людьми, іноді навіть не розумію, про що вони говорять, ніби іноземною, невідомою мені мовою». Також в неї спостерігають глибоке ураження емоційно-вольової сфери, втрату інтересів. Особливо докладно хвора у скаргах зупиняється на своїй статевій байдужості і, незважаючи на досить низький рівень освіти (закінчила всього 3 класи школи), дуже образно описує свій стан, виявляючи до нього критичне ставлення: «я не жінка, перестала бути жінкою, хоча і одружена і народжувала дітей. Я порожня, колода, не знаю, як мене терпить чоловік. Все це у пам'яті, адже колись це було. До близькості з чоловіком ставлюся абсолютно байдуже, без огиди, як нежива».

Зміни лібідо можуть залежати від типу перебігу шизофренії, для якого характерне чергування манії та депресії (так званий шизоафективний тип). Очевидно, що під час депресії має місце його зниження, а за гіпоманії-манії – посилення.

Якщо емоційні та вольові порушення безпосередньо можуть призводити до виникнення сексуальних розладів, то сенестопатичний синдром із локазізацією відчуттів у генітальній ділянці опосередковано впливає на сексуальні функції, зокрема і на статевий потяг, «гальмуючи» його. Хворі можуть скаржитися на те, що у них «одне яєчко важче за інше», «печіння і ниючий біль в тестикулах», «розпирання статевого члена», на зміну забарвлення статевих органів («почорніли яєчка»), «переливання всередині статевих органів», «тиск у паху», «припливи крові до статевих органів», почуття «бульбашок, що лопаються в піхву», «злипання і розлипання стінок піхви», «роздування матки» [25, 29]. Ці відчуття можуть бути часом настільки вигадливі, що хворі іноді навіть неспроможні приблизно описати їхній характер. Іноді вони вважають, що ці неприємні відчуття їм зробили (прояви синдрому Кандинського–Клерамбо). До ослаблення лібідо внаслідок його «гальмування» можуть вести дисморфофобії, які спостерігаються у хворих на шизофренію («ліва статева губа стала тоншою», «одне яєчко менше іншого» тощо).

Повністю або частково блокувати реалізацію лібідо зі статевим партнером у хворих на шизофренію може стійка і непохитна онанофобія, що призводить до виникнення синдрому тривожного очікування сексуальної невдачі.

Результати спеціальних досліджень [24] з використанням шкали СФЧ («Сексуальна формула чоловіча») засвідчили, що у хворих з малопрогредієнтною шизофренією вже в молодому віці можна було відзначити тенденцію до рівномірного зниження всіх її показників (зокрема тих, які характеризують потребу у статевих стосунках, статеву підприємливість, частоту здійснення статевого акту), що корелює з тими випадками шизофренії, де відзначається загальне зниження енергетичного потенціалу.

Вивчення особливостей розвитку лібідо та його структури у хворих на шизофренію продемонстрували, що ранній початок шизофренії (у допубертатному або пубертатному періоді) іноді призводить до затримки появи сексуального компонента лібідо, а іноді й до повної його відсутності. Водночас привертає увагу той факт, що платонічне лібідо виражене надмірно (гіпертрофовано). Аналізуючи ці дані, автор приходить до висновку, що зазначені особливості зумовлені не тільки різними за структурою субдепресивними станами, а й характерними для шизофренії особливостями емоційності – вразливістю, крихкістю і водночас тупістю та «дерев'яністю».

Крім цього, відзначається, що при пізнішому початку шизофренії надзвичайно рано прокидається лібідо (у 5–7 років) і також швидко (до 25–30 років) зникає. Це є відображенням наростаючого процесуального дефекту емоційної сфери, що розвивається на той час. Автор також повідомляє, що при шизофренічному процесі, що повільно розвивається, відзначається різке і невмотивоване зниження статевої активності, аж до її повної редукції і виникнення соціосексуальної ізоляції. Співвідношення Ка/Кг (мова йде про показники статевої конституції) у цих випадках майже вдвічі менше одиниці.

У своїй публікації про особливості сексуальності підлітків чоловічої статі, хворих на шизофренію, в клінічній картині якої значне місце посідали сексуальні переживання, Д. Д. Исаєв [8] на підставі обстеження 77 підлітків віком від 15 до 17 років дійшов висновку, що хвороба надає спотворювальну, а в низці випадків – «блокуючу» дію на сексуальну сферу, що надалі посилюється поступовим згасанням статевого потягу.

При цьому у 30 осіб гетеросексуальна активність блокувалася онанофобічними чи дисморфоманічними переживаннями, що призводили до появи думок про сексуальну неповноцінність. При ранньому початку захворювання (препубертатний період) та значній його прогредієнтності відзначалися виражене зниження потягу та втрата інтересу до протилежної статі. Для цих підлітків були властиві незрілі форми девіантної сексуальної поведінки (ексгібіціонізм, візіонізм, інфантильна сексуальна агресія).

Зазначено, що дисоціація лібідо проявляється вираженим акцентом на платонічному компоненті потягу. Це виражалося у стійкості платонічної закоханості підлітків, яка не вимагала підкріплення та могла зберігатися роками. Водночас сексуальний компонент лібідо був редукований, що могло обумовлювати негативне, зневажливо-гидливе ставлення до статевого життя, а в деяких випадках призводити до формування огиди до жінок взагалі та активного уникнення будь-яких контактів з ними.

А. А. Пицак [26] обстежив 90 хворих віком від 20 до 50 років, які страждають на мляву шизофренію та пред'являють сексологічні скарги неперверзного характеру. Резюмуючи отримані дані, автор відзначає, що загалом в обстежених ним хворих відзначалося раннє пробудження платонічного компонента лібідо, що поєднувалося із затримкою його реалізації, інтенсивне становлення еротичного лібідо, найчастіше з його ранньою реалізацією, затримка пробудження сексуального компонента статевого потягу, розтягнутість, а також незавершеність становлення сексуального лібідо.

Порівняльний аналіз ступеня зрілості лібідо продемонстрував, що найменш зрілим і найслабшим воно було у пацієнтів з депресивними розладами, тоді як при іпохондричних розладах воно було найбільш зрілим. Ступінь цієї зрілості при неврозоподібних розладах займала проміжне положення.

Цитований автор підкреслює, що при ранньому початку млявої шизофренії відзначалося своєрідне «подразнення» сексуальної сфери (передчасне пробудження лібідо і раннє пробудження здатності до еякуляції). Водночас за пізнішого початку шизофренії переважно фіксувалося «придушення» цієї сфери.

Л. И. Голубцова [5] обстежила 119 жінок з малопрогредієнтною шизофренією із сексуальними порушеннями віком 20–55 років. У 37 хворих провідним психопатологічним синдром був депресивний, у 23 – переважали істероформні розлади, у 18 – сенесто-іпохондричні, а у 13 – іпохондрично-фобічні. Аналіз розладів статевого потягу свідчить про те, що для групи осіб з провідним депресивним синдромом (хворі із субдепресивними порушеннями, включаючи масковані депресії) характерно зниження «емоційного компонента» лібідо та гіполібідемія, при іпохондрично-фобічному синдромі – перева-

жання розумового компонента» лібідо та амбівалентне ставлення до статевого акту, при сенесто-іпохондричному синдромі та істеріоформних розладах – переважання відсутності статевого потягу та огиди до статевого акту.

Слід відзначити, що частіше сексуальні дисфукції спостерігають у хворих на шизофренію, які отримують лікування, ніж у тих, які його не отримують [41].

У хворих на шизофренію відомі різні варіанти порушень реалізації статевого потягу, які можуть обумовлюватися утрудненням контакту з особами протилежної статі, впевненістю в наявності статевих розладів або дефектів статевих органів. Це частково чи повністю блокує сексуальну реалізацію. Крім того, при загостренні шизофренічного процесу можуть виникати спотворення психосексуальної орієнтації.

Розумова відсталість (олігофренії)

Розлади статевого потягу наявні і за розумової відсталості (олігофренії). Це може виявлятися в різних ступенях зниження лібідо, його підвищенні, а також в порушеннях психосексуальної орієнтації. В основі цих порушень лібідо можуть лежати психічні розлади, органічні ураження головного мозку, ендокринна патологія, зумовлені органічними факторами порушення статевого розвитку (соматостатевого та психосексуального).

У поле зору сексопатологів потрапляють лише особи з легкою розумовою відсталістю, які можуть активно звертатися по сексологічну допомогу. Пацієнти з більш вираженими формами розумової відсталості потрапляють у поле зору психіатрів.

Виділяють недиференційовані та диференційовані форми розумової відсталості. Останні, зокрема, реєструють при аномаліях статевих хромосом (синдроми Шерешевського-Тернера, Кляйнфельтера, синдром XYY), спадкових порушеннях метаболізму (наприклад, синдром Лоренса-Муна-Барде-Бідля). До диференційованих форм розумової відсталості також належить гіпотиреоїдна (кретинізм).

Інтенсивність статевого потягу при розумовій відсталості має досить широкий розмах (від украй низької до значно посиленої). Так, наприклад, при синдромі Лоренса-Муна-Барде-Бідля спостерігають вкрай низький статевий потяг. Зниження статевого потягу відзначається і в осіб, в яких розумова відсталість зумовлена гіпотиреозом.

Для зручності систематизації статевих розладів при розумовій відсталості незалежно від її форми виділяють три її психопатологічні синдромальні варіанти: ейфоричний, апатико-абулічний та імпульсивної гіперсексуальності [23]. Гіпосексуальність властива саме апато-абулічному синдрому, який зокрема характеризується низьким лібідо, сексуальною пасивністю, недостатнім сексуальним диференціюванням психічного складу. Сексуальна пасивність, недостатнє сексуальне диференціювання психічного складу і навіть підвищена навіюваність пацієнтів у несприятливих мікросоціальних умовах можуть призводити до того, що гомосексуали роблять їх пасивними партнерами. Якщо ж йдеться про місця ув'язнення, то в цьому випадку особи з цим синдромом можуть використовуватися як пасивні партнери кількома гомосексуалами. При зміні мікросоціального оточення припиняється і гомосексуальна практика, проте при тривалому гомосексуальному стажі (2–3 роки і більше) та малому сексуальному диференціюванні психічного складу цього не трапляється [22, 23].

Деменція, обумовлена органічними ураженнями головного мозку

Описано порушення статевого потягу при деменції (набутому недоумстві), обумовленої черепно-мозковими травмами, судинною патологією головного мозку, а також тій, що виникає внаслідок атрофічних процесів головного мозку. В останньому випадку йдеться про пресенільну (переважно виникає у віці 40–60 років) та сенільну (старечу) деменцію. При цьому зазвичай фіксують увагу на посиленні статевого потягу та його неадекватних, часом виражених до ступеня парафілії проявах.

На цій підставі може скластися помилкова думка, що зниження статевого потягу в осіб із деменцією практично не буває. Це пов'язано з тим, що мова йде про осіб похилого віку, коли це зниження сприймається як норма, а несприятливі соціальні наслідки, зумовлені посиленням лібідо, що сприяє появі парафільних проявів, відсутні. Крім цього, зниження статевого потягу при даній патології також не може здивувати.

Повідомляється, що у пацієнтів із деменцією сексуальна функція може навіть повністю згаснути. «Зазвичай це супроводжується втратою інтересу до навколишньої дійсності та людей загалом. ... Сексуальна функція у деяких пацієнтів починає згасати вже на ранній стадії захворювання. Хворий може впізнавати свою дружину і навіть позитивно реагувати на її ласки, але сам ініціативи не виказувати. На більш пізніх стадіях у людини, яка страждає на недоумство, може розвинутися різко негативне ставлення до сексу. На ласки партнера, якого він більше не впізнає, починає реагувати як на агресію та насильство» [31].

Епілепсія

Питання існування епілепсії як самостійного захворювання давно дискутується. Багато авторів ставлять таку можливість під сумнів. Інші фахівці, які визнають таку можливість, використовують для позначення цієї патології такі терміни, як «епілептична хвороба», «ідіопатична», «генуїнна», «криптогенна» або «есенціальна» епілепсія. Можливість існування цього захворювання вони пояснюють її спадковим характером, характерною клінічною картиною і відсутністю обумовленості захворювання якою-небудь іншою патологією, при якій уражається головний мозок. Окрім цього, друга група авторів виділяє і «симптоматичну епілепсію», яка є проявом органічної патології головного мозку.

Проте результати досліджень низки авторів продемонстрували, що здебільшого при так званій генуїнній епілепсії при ретельному обстеженні вдається виявити той чи інший екзогенний етіологічний фактор та наявність локальних змін у головному мозку [10]. Крім цього, патоморфологічні дані свідчать про те, що у міру перебігу симптоматичної епілепсії морфологічні зміни в головному мозку, властиві постінфекційним та посттравматичним ураженням, поступово замінюються гіс-

топатологічною картиною, характерною для генуїнної епілепсії.

Серед хворих на генуїнну епілепсію, які звертаються по лікувальну сексологічну допомогу, превалюють чоловіки, а серед скарг на статевий потяг – вказівки на його зниження. У жінок, як і у чоловіків, може спостерігатися як ослаблення, так і посилення потягу, яке проявляється статевою розгальмованістю, гіперсексуальністю. Крім цього, у них може бути сексуальна аверсія.

У літературі наводяться дані, які свідчать, що епілепсія призводить до розвитку сексуальних дисфункцій тільки при локалізації вогнища збудження у скроневій частці (Gastaunt, Collumb, 1954; Hierons і Saunders, 1966; Saunders і Rawson, 1970) [3]. Крім цього, епілепсія, яка має злоякісний перебіг з дитячого віку, може стати причиною затримки статевого розвитку, що саме по собі може бути причиною виникнення сексуальних порушень.

Загалом у хворих на епілепсію набагато частіше фіксують ретардацію статевого розвитку, ослаблення лібідо, а також низьку статеву активність, які корелюють зі злоякісністю епілепсії та можуть бути відсутніми при рідкісних нападах та незначних змінах особистості.

Органічні ураження головного мозку

Головний мозок людини відіграє надзвичайно велику роль як у регуляції сексуальної поведінки загалом, так і в регуляції окремих сексуальних функцій, зокрема лібідо. Ця роль може бути і координуючою, і початково детермінуючою сексуальні прояви, і нарешті такою, що забезпечує передачу сигналів до виконавчих структур, які беруть участь у забезпеченні сексуальності (спинному мозку, статевим залозам).

К. Имелинский [7] відзначає, що у хворих з органічними ураженнями головного мозку відзначаються різні розлади статевого потягу: ослаблення лібідо аж до його відсутності, його посилення, а також порушення його спрямованості. Клінічні дані свідчать про несприятливий вплив ушкоджень вищих відділів мозку на сексуальну сферу. Так, при пухлинах лобових часток мозку відзначаються явища, які називають лобовим синдромом. Один із його проявів – зміна сексуальної активності. Найчастіше йдеться про зниження сексуальної активності, проте описані й випадки гіперсексуальності. Зниження сексуальної активності також виникає при видаленні лобових часток, а також після різних психохірургічних операцій у випадках, коли порушуються зв'язки лобових часток з іншими частинами мозку. Після таких операцій відзначалося навіть зникнення поведінки, зумовленої парафіліями, а також поведінки, що проявляється зміною сексуальної орієнтації за статтю об'єкта потягу.

При пухлинах скроневих часток мозку виникає так звана скронева епілепсія, а також різні кількісні та якісні зміни сексуальності. Кількісні її порушення проявляються посиленням чи ослабленням сексуальної активності, а якісні – девіантними формами сексуальної поведінки. Передбачається, що у скроневих відділах кори знаходяться ділянки, що гальмують певні форми сексуальної поведінки. Їхнє пошкодження призводить у деяких чоловіків до появи фетишизму чи трансвестизму. Пояснюють появу цих феноменів тим, що у цих чоловіків, мабуть, вже раніше існувала тенденція до названих форм сексуальної поведінки, яка стримувалася нормальним функціонуванням скроневих відділів кори. Випадіння ж її гальмівної функції призвело до прояву патологічних тенденцій, що існували раніше.

К. Имелинский [7] також відзначає, що пухлини інших часток мозку зазвичай не супроводжуються сексуальними порушеннями, проте ураження нижньої частини тім'яних відділів поряд з іншими розладами може проявитися зниженням сексуальної активності або її зникненням.

Слід відзначити, що розлади статевого потягу можуть бути обумовлені не тільки ураженням кори головного мозку, але й інших відділів, зокрема, гіпоталамуса. Підсумовуючи дані про вплив уражень головного мозку на сексуальну сферу, К. Имелинский [7] відзначає, що «органічне, структурне ураження мозку може супроводжуватися також розладами у сфері сексуальності у вигляді ослаблення або зникнення сексуальної активності, іноді – у вигляді гіперсексуальності, девіантних форм сексуальної поведінки (фетишизм, трансвестизм, гомосексуалізм), а також порушеннями статевого дозрівання або нападоподібними сексуальними відчуттями (T. Dom al, 1974). Ці порушення зазвичай з'являються при двосторонньому ураженні мозку, особливо скроневих відділів. При односторонньому ураженні цих розладів або зовсім немає, або вони бувають короткочасними».

Наведемо приклад із нашої клінічної практики, де йшлося про відсутність статевого потягу, обумовленого ураженням головного мозку.

Хворий Щ., 30 років, електрик, одружений, батько двох дітей (дівчата 6 та 9 років). Діагноз: стан після тяжкої закритої черепно-мозкової травми з лівостороннім геміпарезом та лікворною гіпертензією. Пред'являє скарги на головний біль тупого характеру в тім'яній ділянці або такі, що починаються з очних яблук і поширюються до потилиці та шиї. При цьому відзначає нечіткість зору. Також спостерігають нудоту, шум у вухах при фізичній напрузі, потемніння перед очима після розгинання тулуба, судоми в лівих кінцівках, поганий сон (або взагалі не спить або спить не більше 5 год). Проте при активному опитуванні скарги на підвищену дратівливість, запальність, а також загальну слабкість та підвищену стомлюваність відсутні. Також виявлено відсутність іпохондризації та переважно гарний фон настрою.

При спеціальному сексологічному опитуванні виявлено повну відсутність сексуального компонента статевого потягу. Через цю відсутність після перенесеної травми черепа статевим життям взагалі не живе. Нічні полюції також відсутні. Також заперечує наявність у себе еротичних сновидінь та спонтанних ерекцій. До травми жодних сексуальних дисфункцій не було. Жив статевим життям щоденно по 1-2 рази.

Хворіє протягом 5 міс. Все почалося з того, що їхав на таксі з аеропорту та заснув (сидів поряд із водієм). Прокинувся вже в лікарні приблизно через 8 год після того, що сталося. З'ясувалося, що коли він спав у машині, таксі зазнало аварії. Таксист прожив лише кілька годин і помер. Відзначає, що була пошкоджена вся голова за винятком потиличної ділянки (м'які тканини були

пошкоджені, але не роздерті). Крім цього, були рани на ногах (кістки не були пошкоджені, а сухожилля були), один із середніх зубів був вибитий. Також виявили тріщину проксимальної фаланги одного з пальців правої руки. Коли прийшов до тями, було сильне запаморочення (голову не міг підняти з подушки). Нікого не впізнавав: всі зовнішні предмети та обличчя «зливались» один з одним. Замість людей бачив лише тіні. Була нудота та блювання. Візуальне сприйняття «відновилося» через 3 дні, але й досі погано бачить лівим оком.

Понад місяць перебував у хірургічному відділенні лікарні, де 5 разів робили спинномозкову пункцію, а потім протягом місяця – у неврологічному. Перебуваючи в хірургічному відділенні, 3-4 рази втрачав свідомість, коли намагався встати з ліжка і пройтися протягом декількох хвилин. Тоді при втраті свідомості судомних явищ та прикусів язика не було. Після 2-3 пункцій перестав втрачати свідомість.

Після проведеного лікування стан здоров'я покращився, але відзначалися хиткість при ходьбі, слабкість у лівій руці (не міг утримати предмет), а також слабкість у лівій нозі. Крім того, скаржився на «посмикування» в ділянці лівої руки та лівої ноги. Після терапії, проведеної в хірургічному та неврологічному відділеннях, більше не лікувався, хоча йому і пропонували пройти курс лікування амбулаторно. Інвалідність не оформлював. Продовжував працювати електриком. Через слабкість лівої руки на роботі двічі отримував удари електричним струмом. Розповідає, що 08.10.1984 року ніс важкий предмет, зачепився, впав на коліна. Тоді потемніло в очах, а потім почервоніли очні яблука. Після цього був госпіталізований у стаціонар неврологічного відділення.

Сьогодні відзначається слабкість у лівих кінцівках, більше у руці. Також вказує, що «трясеться» ліва нога. Крім цього, болять усі зуби, особливо верхні. Майже щодня у вечірній час виникає головний біль пульсуючого характеру та тупий біль у лівому вусі, що супроводжується шумом. Зрідка при ходьбі заносить вліво. Після травми схуд на 15 кг (з 74 до 59 кг). Різко знизився апетит (взагалі байдуже ставиться до їжі: «що вона є, що її немає»).

У зв'язку із сексуальним розладом по допомогу не звертався. Думав, що може все нормалізується. Дружина жодних нарікань у зв'язку з його сексуальним розладом не висловлювала. Вона повністю відповідає індивідуальним сексуальним уподобанням пацієнта. Також вона подобається йому як господиня, друг та мати його дітей. У них із дружиною дуже добрі міжособистісні стосунки.

У 1968 р. переніс апендектомію. Курить. Алкогольними напоями не зловживав. Інфекційний гепатит, туберкульоз, венеричні захворювання заперечує. Одружений протягом 10 років. Одружився з дівчиною. Дружині зараз 27 років. Вона працює старшим лаборантом та має середньотехнічну освіту. Перший у своєму житті статевий акт пацієнт здійснив зі своєю нинішньою дружиною у 20-річному віці, але ще до весілля.

Об'єктивно: *загальний стан хворого задовільний. Зріст 173,2 см. Маса тіла 59 кг. Шкіра чиста, сліди хімічних опіків на ногах. Харчування знижене. Тони серця трохи приглушені. Дихання везикулярне. Живіт безболісний при пальпації. АТ = 120/80 мм рт.ст. У неврологічному статусі: різко позитивний симптом Манна, ністагма немає. Слабкість мімічних м'язів зліва з окремими посмикуваннями. Девіація язика вліво, симптом Марінеску зліва позитивний. М'язовий тонус чітко підвищений у лівій нозі. Рефлекси вищі зліва. Зниження сили у лівих кінцівках до трьох балів. Лівостороння гемігіпалгезія. Порушено суглобово-м'язове почуття у пальцях лівої кисті та стопи. Помірно виражений симптом Керніга з двох сторін. Помірна хиткість у позі Ромберга. Мимопопадання при координаторних пробах у лівих кінцівках. Черевні рефлекси живі. Нечіткий симптом Пуссепа.*

Статевий член: довжина – 9 см, головка постійно відкрита. Яєчка нормальної величини та консистенції. З боку придатків яєчок патології не виявлено. Передміхурова залоза: контури чіткі, поверхня рівна, еластична консистенція, хворобливості при її пальпації не відзначається. Секрет передміхурової залози при масажі одержати не вдалося.

Огляд окуліста: *VOD = 1,0; VOS = 0,6; sph -0,5 D = 1,0. Симптоматика хронічного кон'юнктивіту. Поле зору, зіниці, зорові реакції, очне дно обох очей у межах норми.*

Огляд отоларинголога. *Скарги на періодичний «тріск» у лівому вусі. Об'єктивно: носові ходи вузькі, зів чистий. Шепітна мова 6 м. Діагноз: євстахіїт зліва.*

Краніограма *оглядова та контактні (правий та лівий профіль). Порушення цілісності кісток не виявлено. Турецьке сідло в нормі.*

Пневмоенцефалографія. *Заповнена газом шлуночкова система розташована серединно. Шлуночки гідроцефально розширені з переважанням гідроцефалії лівого бокового шлуночка. Праворуч по склепінню легкі листоподібні просвітлення субарахноїдальних просторів у лобовому відділі. У парателенних відділах заповнення окремими відблисками. Висновок: асиметрична шлуночкова гідроцефалія. Посттравматичний кістозний арахноїдит.*

Електроенцефалографія. *Фонова ЕЕГ без суттєвих змін. Збочена кіркова реактивність при застосуванні проби відкривання-заплющування очей (зростання амплітуди α-ритму) вказує на порушення кірково-стовбурових зв'язків. Ознаки дисфункції стовбура мозку.*

Ехоенцефалографія. *Зміщення М-відлуння не виявлено.*

Реоенцефалографія. *Зниження мозкового кровотоку, дифузна венозна недостатність мозку. Артеріальний тонус нестійко підвищений.*

Слід зазначити, що проводилися спеціальні дослідження для вивчення сексуальних розладів у хворих із патологією гіпоталамуса. Аналізуючи дані літератури, які передували проведеному Н. З. Хаит [34] дослідженню, автор відзначає, що в ній вказується наступне. У хворих на цю патологію серед сексуальних дисфункцій насамперед спостерігається зниження статевого потягу. Н. З. Хаит [34] обстежив 105 чоловіків з цією патологією. За етіологічним фактором вони розподілилися таким чином: черепно-мозкова травма (закрита та відкрита) – 44 (41,90%) особи, вторинна чи первинна нейроінфекція – 23 (26,66%) чоловіки, інтоксикації (зокрема, хронічний алкоголізм) та психогенія – по 3 (2,86%) чоловіки відповідно.

Слід відзначити, що під гіпоталамічним синдромом розуміють симптомокоплекс, зумовлений лише переважно первинним органічним ураженням гіпоталамуса (черепномозкова травма, пухлина, енцефаліт тощо) та конституційною гіпоталамічною неповноцінністю.

Підсумовуючи дані спеціальної літератури, А. П. Журавель [6] відзначає: «Первинне ураження гіпоталамуса може виникнути в результаті черепномозкових травм, гострих та хронічних інфекцій (грип, ангіна, малярія, ревматизм, токсоплазмоз, бруцельоз, тиф та ін.), різних інтоксикацій (алкоголізм, отруєння деякими органічними барвниками, тривале вживання великих доз нейролептиків), порушення мозкового кровообігу, дії електромагнітного поля, радіочастот, іонізуючого випромінювання та ін.

Г. Г. Корик [11] відзначає, що до розвитку сексуальних розладів гіпоталамічного генезу може призводити тривале приймання деяких ліків (граміцидин, аміназин, стелазин, дексфенметразін, френолон).

Серед хворих із сексуальними розладами гіпоталамічного генезу найчастішою причиною ураження гіпоталамуса є черепно-мозкова травма. Це пояснюють тим, що ядра підгір'я близько розташовані до лікворних шляхів, що робить гіпоталамічну ділянку підвищено вразливою по відношенню до травм черепа.

При ураженні гіпоталамуса механізми власне сексуальних порушень пов'язані з ушкодженням як його аденогіпофізотропного відділу (розвиток вторинного гіпогонадизму та інших ендокриннообмінних порушень), так і нервових структур, чутливих до специфічної дії андрогенів та деяких інших біологічно активних речовин, що беруть участь у формуванні статевого потягу та у вегетативному забезпеченні статевих функцій.

Відзначається, що у пацієнтів на початку захворювання спостерігається не ослаблення лібідо, а, навпаки, його посилення [2]. Проте через деякий час підвищення статевого потягу закономірно змінюється його зниженням.

Спільним для хворих зі зниженням лібідо є те, що адекватні та спонтанні ерекції зберігаються протягом більш менш тривалого проміжку часу (від кількох місяців до 1–6 років), але при цьому виникають рідко (1-2 рази на місяць). Також відзначається поступове зниження статевої активності та рідкісні полюції без оргастичних розрядок [34]. Проте А. И. Белкин [2], який у 1965 р. описав цю патологію під назвою «діенцефальна імпотенція», відзначав, що коли в одних випадках зниження лібідо відразу супроводжується ослабленням адекватних і спонтанних ерекцій, то в інших тривалий час (іноді протягом ряду років) ерекції залишаються збереженими, але для їх виникнення хворі використовують різні збуджуючі засоби (механічне подразнення, еротичні уявлення, спогади та інше).

А. П. Журавель [6] на підставі проведених ним клінічних досліджень відзначає, що зниження лібідо він виявив у 78% обстежених хворих із цією патологією. Ступінь цього зниження був різним – від повного зникнення сексуального компонента лібідо до його ослаблення, що виявлялося тільки при активному опитуванні, і на яке пацієнти самостійно не звертали уваги. Переважали відносно нерізкі ступені зниження статевого потягу. Виявлено, що лібідо втрачає свою інтенсивність, стає більш вибірковим, починає переважати його еротичний та естетичний компонент. У низці випадків бажання здійснити статевий акт виникає у хворих тільки тоді, коли вони знаходяться в інтимній обстановці поряд із жінкою, та дещо посилюється при ласках. Активувала лібідо й поява ерекції. Поза ситуації інтимної близькості лібідо могло взагалі з'являтися чи виникати рідко й в ослабленому вигляді. Ці пацієнти добре переносили тривале статеве утримання. Короткочасне посилення статевого потягу навпаки фіксувалося лише у поодиноких випадках.

Після статевого акту чоловіки з цією патологією зазвичай протягом тривалого періоду (від кількох годин до доби і більше) відчувають слабкість, розбитість, важкість у голові. У деяких з них виникає почуття туги, занепокоєння та незадоволеності, що веде до уникнення ними статевої активності [2]. Г. Г. Корик [11], описуючи самопочуття цих хворих після статевого акту, відзначає, що в цей період вони не відчувають заспокоєності та задоволеності. Навпаки, виникає слабкість, невдоволення, розлади сну та тривале (до кількох діб) почуття розбитості. Характеризуючи посткоїтальний період, Н. З. Хаит [34] відзначає, що після статевих зносин у цих хворих може виникати дисфорія, почуття невмотивованого страху, тривоги та інші емоційні розлади, що він вважає патогномонічним для сексуальних розладів, зумовлених патологією гіпоталамуса.

Проте А. П. Журавель [6] повідомляє, що такі порушення, як виникнення фізичного та емоційного дискомфорту після еякуляції, які описувалися в літературі як типові симптоми при гіпоталамічній патології, були виявлені лише у 12% випадків. При цьому провідними у клінічній картині статевого розладу вони були тільки в одного хворого. Інші пацієнти надавали цьому феномену лише другорядне значення. Характеризуючи постеякуляторні порушення, автор відзначає, що вони проявлялися млявістю, розбитістю, підвищеною дратівливістю, пригніченістю та тривали в середньому 2–4 дні. Пристосовуючись до цього розладу, хворі намагалися проводити статевий акт лише увечері, оскільки після нічного сну описані порушення помітно згладжувалися.

Слід відзначити, що сила статевого потягу у хворих з гіпоталамічною патологією знижується не тільки у зв'язку з тим, що уражається область головного мозку, яка бере участь безпосередньо у формуванні статевого потягу, а також через порушення секреції нейрогормонів гіпоталамуса, що стимулюють вироблення статевих гормонів гіпофіза. Крім цього, при даній патології слід відзначити наявність поведінкових механізмів, які можуть брати участь у формуванні ослабленого статевого потягу (відсутність позитивного підкріплення та наявність негативного, що обумовлено іншими сексуальними дисфункціями, а також соматичними порушеннями, які можуть відбуватися після статевого акту). У зв'язку з цим можливе формування синдрому тривожного очікування сексуальної невдачі.

Розсіяний склероз

Послаблення сексуального потягу може відбуватися при розсіяному склерозі (РС) – захворюванні головного та спинного мозку, при якому ушкоджуються мієлі-

нові оболонки, що покривають нервові волокна. РС відбивається на сексуальному функціонуванні більшості пацієнтів, які страждають на цю хворобу [18]. Це може виражатися в ослабленні чи повній втраті сексуального інтересу та чутливості геніталій, а також збудження чи оргазму. Можливе виникнення дискомфортної гіперсприйнятливості до генітальної стимуляції. Навпаки, через втрату чутливості, яка також може мати місце, виникнення сексуального збудження за допомогою стимуляції статевих органів буває зовсім неможливим (Smeltzer & Kelley, 1997). У жінок може спостерігатися вагінальна сухість (відсутність лубрикату) [18].

Відомості про автора

Кочарян Гарнік Суренович – д-р мед. наук, проф., Харківська медична академія післядипломної освіти, м. Харків; тел.: (095) 259-65-23, (098) 521-61-46. *E-mail: kocharyangs@gmail.com*
https://orcid.org/0000-0003-3797-5007

Information about the author

Kocharyan Garnik S. – MD, PhD, DSc, Professor, Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education, Kharkiv; tel.: (095) 259-65-23, (098) 521-61-46. *E-mail: kocharyangs@gmail.com*
https://orcid.org/0000-0003-3797-5007

ПОСИЛАННЯ

1. Anokhin PK. Essays on the physiology of functional systems. Moscow: Medicine; 1975. 448 p.
2. Belkin AI. Clinic and treatment of diencephalic form of impotence. Actual issues of sexopathology. Moscow; 1967, p. 211-30.
3. Wagner G, Green R. Impotence (physiology, psychology, surgery, diagnosis, treatment). Translation from English to Russian. Moscow: Medicine; 1985. 240 p.
4. Vasilchenko GS. Accentuations of character. Special sexopathology: Guide for doctors. Moscow: Medicine; 1983, p. 118-26.
5. Golubtsova LI. Low progression schizophrenia with sexual disorders in women: author. [avtoreferat]. Moskow: Moscow scientific research Institute of Psychiatry; 1988. 15 p.
6. Zhuravel AP. Sexual disorders in men with pathology of the hypothalamus. Special sexopathology. Moskow: Medicine; 1983, p. 179-83.
7. Imelinsky K. Sexology and sexopathology. Translation from Polish to Russian. Moscow: Medicine; 1986. 423 p.
8. Isaev DD. On the peculiarities of sexuality of male adolescents with schizophrenia. Actual issues of sexopathology. Moscow: Medicine; 1986, p. 104-6.
9. Kaplan GI, Sadok BJ. Clinical psychiatry. Translated from English. Moscow: Medicine; 1994. 672 p.
10. Kovalev VV, Belov VP, Ventsovsky E. Epilepsy. Manual to Psychiatry: in 2 volumes. Moscow: Medicine; 1988, p. 532-6.
11. Korik GG. Sexual disorders in men. Moscow: Medicine; 1973. 230 p.
12. Kocharyan GS. Neurosis and sexual disorders. Clinical sexology and andrology (Textbook). NAS and AMS of Ukraine. Kyiv: Health; 1996, p. 114-21.
13. Kocharyan GS. Sexual dysfunctions and behavioral transformations. Kharkiv: Academy of Sexological Research; 2000. 81 p.
14. Kocharyan GS. Syndrome of anxious expectation of sexual failure in men (formation, pathogenetic mechanisms, clinical manifestations, psychotherapy) [avtoreferat]. Moskow; 1992. 46 p.
15. Kocharyan GS. Syndrome of anxious expectation of failure in men and endocrine mechanisms of sexual dysfunctions. Soc Clin Psychiatry. 1997;4:57-62.
16. Kocharyan GS. Syndrome of anxious expectation of sexual failure in men and its treatment. Kharkiv: Osnova; 1995. 279 p.
17. Churkin AA, Martyushov AN. A brief guide to the use of ICD-10 in psychiatry and narcology. Moscow: Triada-X; 2000. 232 p.
18. Crooks R, Baur K. Sexuality. Translation from English to Russian. St. Petersburg: Prime-EUROZNAK; 2005. 480 p.
19. Leonhard K. Accentuated personalities: translation from German into Russian. 2nd ed. stereotypical. Kyiv: Vishcha school. Main publishing house; 1989. 375 p.
20. Lipgart NK, Goloburda AV. Clinical features of sexual disorders in neuroses in men. Neuroses and sexual disorders. Voronezh: Voronezh Publishing House; 1985, p. 83-108.
21. Lichko AE. Psychopathies and character accentuations in adolescents. 2nd ed., add. and reworked. Lviv: Medicine; 1983. 255 p.
22. Nokhurov A. Violation of sexual behavior: forensic psychiatric aspect. Moscow: Medicine; 1988. 224 p.
23. Nokhurov A. Sexual disorders in oligophrenia. Special sexopathology. Manual for Physicians. Moscow: Medicine; 1983, p. 172-80.
24. Ovsyannikov SA. Changes in some sexological indicators of the SFM scale and their clinical features in schizophrenia. Diagnosis, treatment and prevention of sexual disorders. Moscow: Medicine; 1978, p. 37-41.
25. Ovsyannikov SA. Mental status and its features in sexological patients. Methodical recommendations. Moscow: Medicine; 1976. 21 p.
26. Pitsak AA. Features of sexual disorders in men suffering from sluggish schizophrenia [avtoreferat]. Moslow: Moscow scientific research Institute of Psychiatry; 1986. 22 p.
27. Posvyansky PB. Sexual disorders in the clinic, differential diagnosis and psychopathology of schizophrenia. Problems of modern sexopathology (collection of works). Moscow: Moscow Research Institute of Psychiatry; 1972, p. 296-322.
28. Savenko YuS. Hidden depressions and their diagnosis: Guidelines. Moscow: Medicine; 1978. 15 p.
29. Svyadoshch AM. Women's sexual pathology. Fifth edition, revised. and add. Chisinau: Shtiintsa; 1991. 184 p.
30. Svyadoshch AM. Neurosis and their treatment. Ed. second, revised and add. Moscow: Medicine; 1971. 451 p.
31. Srinivasan S, Glover J, Tampi RR, Tampi DJ, Sewell DD. Sexuality and the Older Adult. Curr Psychiatry Rep 2019 Sep 14;21(10):97. doi: 10.1007/s11920-019-1090-4.
32. Tatlaev NSh. Clinic of sexual disorders in men suffering from manic-depressive psychosis [avtoreferat]. Mokov; 1984. 24 p.
33. Tatlaev NSh. Sexual disorders in men suffering from manic-depressive psychosis. Special sexopathology: a manual for doctors. Moscow: Medicine; 1983, p.160-72.
34. Khait NZ. Sexual disorders in the defeat of the hypothalamus [avtoreferat]. Moskow; 1971. 19 p.
35. Shostakovich BV, Matveev VF. Psychopathies and pathocharacterological developments. Manual to Psychiatry. Moskow: 1988, p. 301-49.
36. Yagubov MI. Clinical features and therapy of sexual dysfunctions in patients with neurotic disorders. Soc Clin Psychiatr. 2006;16(3):46-53. doi: 10.1055/s-2007-979596.
37. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition: DSM-IV-TR. United States: American Psychiatric Association; 2000. 943 p.
38. Bancroft J, Janssen E, Strong D, Carnes L, Vukadinovic Z, Long JS. The relation between mood and sexuality in heterosexual men. Arch Sex Behav. 2003;32(3):17-30. doi: 10.1023/a:1023409516739.
39. Bruno FJ. The Family Mental Health Encyclopedia. New York, Chicher, Brisbane, Toronto, Singapore: JOHN WILEY & SONS; 1989. 422 p.
40. Casper RC, Redmond DE, Katz MM, Schaffer CB, Davis JM, Koslow SH. Somatic symptoms in primary affective disorder. Presence and relationship to the classification of depression. Arch Gen Psychiatry. 1985;42(11):1098-04. doi: 10.1001/archpsyc.1985.01790340082012.
41. Kockott G, Pfeiffer W. Sexual disorders in nonacute psychiatric outpatients. Compr Psychiatry. 1996;37(1):56-61. doi: 10.1016/s0010-440x(96)90052-8.
42. Laumann EO. The social organization of sexuality: sexual practices in the United States. Chicago: University of Chicago Press; 1994. 32 p.
43. Michael RT. Sex in America: a definitive survey. Boston: Little, Brown; 2000. 121 p.
44. Phillips RL Jr, Slaughter JR. Depression and sexual desire. Am Fam Physician. 2000;62(4):782-6.
45. Schreiner-Engel P, Schiavi RC. Lifetime psychopathology in individuals with low sexual desire. J Nerv Ment Dis. 1986;174(11):646-51. doi: 10.1097/00005 053-198611000-00002.
46. Segraves RT. Psychiatric illness and sexual function. Int J Impot Res. 1998;10(suppl 2):131-3.

Стаття надійшла до редакції 28.07.2022. – Дата першого рішення 02.08.2022. – Стаття подана до друку 20.09.2022

DOI: https://doi.org/10.30841/2307-5090.3.2022.270810

Сучасна фітотерапія хворих на доброякісну гіперплазію передміхурової залози та хронічний простатит

О.Д. Нікітін, В.І. Сич, М.О. Ясинецький
Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ

Лікування захворювань передміхурової залози залишається одним із пріоритетних напрямків сучасної медицини. У пацієнтів із хронічним запаленням і доброякісною гіперплазією передміхурової залози (ДГПЗ) виявляють більший об'єм залози, більш виражені клінічні прояви захворювання та вищу ймовірність розвитку гострої затримки сечі.
На вибір препарату для лікування ДГПЗ та хронічного простатиту (ХП) впливає ціла низка факторів, а саме: характер клінічних проявів захворювання, об'єм аденоматозної тканини, вираженість і особливості розладів сечовипускання і порушень функціонального стану сечового міхура.
Широку популярність у багатьох країнах світу, насамперед завдяки мінімальній вираженості побічних реакцій, мають препарати рослинного походження.
***Мета дослідження:* аналіз ефективності і переносимості дієтичних добавок при лікуванні хворих на ДГПЗ та ХП.**
***Матеріали та методи*. У дослідженні взяли участь 90 пацієнтів із ДГПЗ I–II стадії, середній вік і тривалість захворювання практично не відрізнялись. Хворі були розподілені на дві групи залежно від методів лікування. В основну групу включено 56 чоловіків, що отримували засіб для покращення стану при ХП і ДГПЗ компанії «БІХЕЛС», до складу якого входять всі компоненти, перелічені в розділі «Фітотерапія» Рекомендацій з лікування ДГПЗ Європейської Асоціації Урологів (2019 р.). До групи порівняння увійшли 34 пацієнти, які отримували монокомпонентний препарат.**
Переносимість продукту у пацієнтів основної групи оцінювали на підставі суб'єктивних відчуттів та об'єктивних даних, отриманих у процесі лікування.
***Результати*. Внаслідок лікування у пацієнтів обох груп відзначали покращення клінічного стану з урахуванням основних скарг (переривчастість та ослаблення струменя сечі, відчуття неповного випорожнення сечового міхура, полакіурія, імперативні позиви).**
Через 3 міс лікування в основній групі достовірно збільшилась максимальна швидкість сечовипускання, зменшилась дизурична симптоматика.
У 7 пацієнтів основної групи (30±10%) з вихідним об'ємом простати до 80 мл і обсягом залишкової сечі до 150 мл у результаті лікування відбулося найбільше і вірогідне зниження обсягу залишкової сечі в середньому до 40±6 мл ($p<0,05$). Було зафіксовано зниження показника QOL на 9,13 % ($p>0,05$), зменшення обсягу простати на 13,3 % ($p>0,05$), збільшення максимальної і середньої швидкості сечовипускання (на 9,1 % і 14,6 % відповідно; $p>0,05$).
Лікування забезпечило ефективне усунення симптомів нижніх сечових шляхів, обумовлених ДГПЗ, що підтверджується клінічним покращенням у 94,1 % хворих основної групи.
***Висновки*. У результаті проведеного дослідження продемонстровано ефективність засобу для покращення стану при ХП і ДГПЗ компанії «БІХЕЛС» у лікуванні хворих на доброякісну гіперплазію передміхурової залози (ДГПЗ) та хронічний простатит (ХП) як за об'єктивним, так і за суб'єктивними показниками (IPSS та QOL).**
Фітотерапія продемонструвала свою високу ефективність та безпечність у лікуванні ДГПЗ, зокрема у полегшенні симптомів ХП, попередженні прогресування захворювання, покращенні якості життя пацієнтів та мінімальним рівнем побічних ефектів, що дозволяє застосовувати його тривалий час.
Ключові слова: *доброякісна гіперплазія передміхурової залози, хронічний простатит, фітотерапія.*

Modern phytotherapy in patients with benign prostate hyperplasia and chronic prostatitis

O.D. Nikitin, V.I. Sych, M.O. Yasynetskyi

Treatment of prostate diseases remains one of the priorities in modern medicine. The patients with chronic inflammation and benign prostate hyperplasia (BPH) have a larger volume of the gland, more pronounced clinical manifestations of the disease and a higher probability of acute urinary retention development.
The choice of the medication treatment of BPH and chronic prostatitis (CP) is under the influence of many factors, namely: the nature of clinical manifestations of the disease, the volume of adenomatous tissue, the severity and features of urinary disorders and disorders of the functional state of the bladder.
Plant medications are very popular in many countries of the world, primarily due to the minimal severity of side effects.
The objective: to analyze the efficacy and tolerability of dietary supplements in the treatment of patients with BPH and CP.
***Materials and methods*.** 90 patients with BPH stage I-II were involved in the study, the average age and the duration of the disease were practically similar. Patients were divided into two groups depending on the treatment. The main group included 56 men who received a medication produced by company "BEHEALTH" for condition improvement of CP and BPH. This drug includes all the components listed in the "Phytotherapy" section of Recommendations of the Treatment of

© The Author(s) 2022 This is an open access article under the Creative Commons CC BY license

the European Association of Urology (2019). The comparison group included 34 patients who received a monocomponent medication.
The tolerance of the product in patients of the main group was evaluated on the basis of subjective sensations and objective data during the treatment.
Results. After the treatment the patients in both groups had an improvement in the clinical condition, taking into account the main complaints (intermittent and weakening of a jet of urine, feeling of incomplete emptying of the bladder, polakiuria, imperative urges). After 3 months of treatment in the main group the maximum rate of urination increased significantly, dysuria symptoms decreased.
In 7 patients of the main group (30±10%) with the output volume of up to 80 ml and the volume of residual urine up to 150 ml after the treatment, the largest and significant decrease in the volume of residual urine on average up to 40±6 ml ($p<0.05$) was established. QOL decreased by 9.13 % ($p>0.05$), prostate volume – by 13.3 % ($p>0.05$), maximum and average urination rate increased (9.1 % and 14.6 % respectively; $p>0.05$).
Treatment has ensured effective elimination of symptoms of lower urinary tract caused by BPH, which is confirmed by clinical improvement in 94.1 % of patients in the main group.
Conclusions. As a result of the study, the effectiveness of the medication produced by company "BEHEALTH" for condition improvement by CP and BPH in the treatment of patients with benign prostate hyperplasia (BPH) and chronic prostatitis (CP) both objective and subjective indicators was determined (IPSS and QOL).
Phytotherapy has demonstrated its high efficiency and safety in the treatment of BPH, in particular in relieving the symptoms of CP, preventing the progression of the disease, improving the patient's quality of life and the minimum level of side effects, which allows it to be used for a long time.
Keywords: *benign prostate hyperplasia, chronic prostatitis, phytotherapy.*

Успіхи у вивченні патогенезу гіперплазії передміхурової залози і досягнення фармакології сприяли створенню медикаментозних засобів, що мають патогенетичні механізми дії, для лікування цього захворювання. Їх можна розділити на три групи:

- Альфа1-адреноблокатори (альфузозин, доксазозин, тамсулозин, теразозин). Препарати цієї групи блокують α1-адренорецептори гіперплазованої простати і в такий спосіб ліквідують динамічний компонент інфравезикальної обструкції. Вплив на α1-адренорецептори детрузора і його судини відновлює кровообіг стінки міхура, підвищує енергетичні запаси клітин і поліпшує скорочувальну здатність мускулатури сечового міхура.
- Інгібітори 5-α-редуктази (фінастерид, дутастерид). Ці лікарські засоби блокують 5-α-редуктазу клітин простати і переривають ланку метаболізму тестостерону – перетворення на дигідротестостерон. Саме цей механізм відповідає за процеси власне клітинної проліферації.
- Препарати рослинного походження. Такі препарати мають складні патогенетичні механізми впливу при гіперплазії передміхурової залози. Основними з них є інгібування активності 5-α-редуктази, протинабрякова і протизапальна дія, блокування тканинних факторів росту [4, 15].

На вибір препарату тієї чи іншої групи впливає ціла низка факторів, а саме:

– характер клінічних проявів захворювання,
– обсяг гіперплазованої простати,
– вираженість і особливості розладів сечовипускання,
– порушення функціонального стану сечового міхура.

Під час вибору препарату повинні враховуватися його переносимість, можливість виникнення і характер побічних ефектів. Важливість обліку цих факторів обумовлена віком пацієнтів, наявністю інтеркурентної патології і необхідністю багаторічної терапії [13] .

Доброякісна гіперплазія передміхурової залози (ДГПЗ) є одним із найбільш поширених захворювань у чоловіків похилого віку, поширеність і частота якого прогресивно зростають. За даними аутопсії, у віці 40 років 20% чоловіків мають гістологічні ознаки ДГПЗ, у 60 років – 50%, у 85 років – у середньому 90% [8].

Причини захворювання на сьогодні до кінця не з'ясовані. Вважається, що гіперплазія передміхурової залози є одним із проявів чоловічого клімаксу. До факторів ризику належать тільки вік і рівень андрогенів у крові. З віком в організмі чоловіка порушується фізіологічний баланс між андрогенами та естрогенами, що призводить до порушення контролю за ростом і функцією клітин передміхурової залози. Не виявлено достовірного зв'язку між виникненням ДГПЗ і статевою активністю, сексуальною орієнтацією, курінням і вживанням алкоголю, перенесеними венеричними і запальними захворюваннями статевих органів [1, 9].

Хронічний простатит (ХП) – найбільш поширена хвороба передміхурової залози в осіб працездатного віку, що становить, за даними різних авторів, 40–75% усіх запальних захворювань нижніх сечових шляхів у чоловіків [5, 6]. Часте необґрунтоване призначення антибіотиків призвело до поширення нечутливих до них госпітальних штамів мікроорганізмів. У більшості випадків інфекційний збудник взагалі неможливо визначити, тому зростає роль профілактики загострень, призначення в лікувальних схемах небактеріостатичних засобів [2, 7].

Пацієнти з ХП скаржаться на наявність симптомів нижніх сечових шляхів переважно іритативного характеру – часте сечовипускання, імперативні позиви до сечовипускання, виникнення неприємних відчуттів над лоном, у паху, сечовому каналі. Розлади сечовипускання характерні для 52–88% хворих на ХП [3, 10].

Вважають, що причинами дизурії при ХП є збільшення передміхурової залози, спричинене набряком внаслідок венозного стазу, тиск збільшеної передміхурової залози на шийку сечового міхура, помірне стискання простатичної частини сечового каналу, вплив на α1-адренорецептори передміхурової залози, а також нестабільність детрузора [11].

Оперативне втручання справедливо вважають єдиним методом радикального лікування ДГПЗ. Однак

головною перешкодою до повсюдного хірургічного лікування ДГПЗ є високий операційний ризик у хворих похилого та старечого віку, в осіб із супутніми захворюваннями (летальність до 1,5%), а також високий відсоток післяопераційних ускладнень, який, за зведеними даними, становить від 10% до 35%. Це, безумовно, позбавляє задоволеності і значно знижує якість життя хворих після операції.

Велика кількість літературних даних свідчить про ефективність медикаментозної терапії, її здатність не тільки полегшувати страждання хворих, але й у деяких випадках уникати операції або створювати кращі умови для хірургічного лікування. У зв'язку з різними варіантами клінічного перебігу захворювання, переважанням іритативних або обструктивних симптомів необхідно диференційовано підходити до питання лікування ДГПЗ, вибираючи монотерапію α-адреноблокаторами, інгібіторами 5-α-редуктази або комбіновану фітотерапію. Слід оцінювати ефект проведеного лікування за допомогою методів клінічної та апаратної уродинаміки. Можливості фармакологічної корекції акту сечовипускання досить великі. Пошук оптимальних комбінацій препаратів і технології застосування, безумовно, дасть свої результати [12].

На жаль, медикаментозна терапія не дає можливості вилікувати хворого від гіперплазії передміхурової залози. Однак найчастіше ефективність медикаментозної терапії дозволяє настільки суттєво підвищити якість життя пацієнта, що він і не думає про операцію. Ефект, досягнутий при консервативній терапії, необхідно підтримувати повторними курсами медикаментозного лікування [8, 12].

Фітотерапія ДГПЗ набула значної популярності у світі. Для лікування цього захворювання застосовують фітопрепарати з плодів американської карликової пальми, кори сливи африканської, екстракту пилку рослин, екстракту квіток опунції (рослина сімейства кактусових), екстракту коренів кропиви, олії насіння гарбуза. Також використовують рецепти народної медицини: водний екстракт зі шкірки насіння каштана кінського, настій із трави зніту мілкоцвітного, ліщина звичайна (відвар листя, екстракт шкаралупи горіхів); цибуля ріпчаста (свіжі цибулини, настій цибулин), льнянка звичайна (настій трави), омела біла (настій листя і молодих пагонів), осика звичайна (відвар бруньок і настій кори, листя), спаржа лікарська (відвар кореневищ із корінням, настій трави і плодів), лопух великий (відвар коріння), мед тощо [3, 9].

Препарати рослинного походження широко популярні у багатьох країнах світу, насамперед завдяки мінімальній вираженості побічних реакцій. Однак до кінця їх місце в медикаментозній терапії хворих на гіперплазію передміхурової залози не визначено. Відповідно до Рекомендацій Об'єднавчого комітету ВООЗ з гіперплазії передміхурової залози необхідні подальші дослідження препаратів рослинного походження, що дозволять вивчити патогенетичний механізм дії, вірогідно оцінити ефективність і визначити їх місце серед численних медикаментозних засобів [12].

Компанія БІХЕЛС створила унікальний препарат Вогер, до складу якого входять усі компоненти, перелічені в розділі «Фітотерапія» Рекомендацій з лікування доброякісної гіперплазії передміхурової залози Європейської Асоціації Урологів 2019 року.

Одна капсула Вогер містить:

- екстракт плодів Со Пальметто (Serenoa repens) – 160 мг,
- екстракт насіння гарбуза (Cucurbita moschata) – 60 мг,
- екстракт бульби африканської картоплі (Hypoxis hemerocallidea) – 50 мг,
- екстракт кореня кропиви дводомної (Urtica dioica) – 50 мг,
- екстракт кори африканської сливи (Prunus africana) – 40 мг,
- пилок жита (Secale cereale) – 25 мг.

Екстракт плодів Со Пальметто (Serenoa repens) містить 45% жирних кислот (лауринова, міристинова, олеїнова, пальмітинова, стеаринова, лінолева) і фітостероли (β-ситостерол, кампестерол, стигмастерол) [15].

Со Пальметто покращує показники сечових симптомів, симптоми та показники потоку сечі за міжнародною шкалою симптомів передміхурової залози (IPSS). Сприяє блокуванню 5-α-редуктази [16] та пригніченню зв'язування дигідротестостерону з рецепторами простати. Антипроліферативний ефект обумовлений пригніченням активності ферментів 5-α-редуктази та ароматази [16].

Екстракт Со Пальметто – лідер серед рослинних засобів, що пригнічують розвиток набряку, запалення та зменшують розміри передміхурової залози. Численні клінічні дослідження екстракту Со Пальметто в Німеччині, Англії, США та інших країнах продемонстрували його високу ефективність при ХП. Відсутність небажаних дій дозволяє застосовувати екстракт Со Пальметто протягом тривалого часу, не побоюючись шкідливих для організму наслідків. Крім того, екстракт Со Пальметто сприятливо впливає на стан шкіри та волосся, блокуючи 5-α-редуктазу 2-го типу [16], що є ключовою ланкою в розвитку андрогенної алопеції (випадіння волосся) і вугрової висипки.

Екстракт плодів Со Пальметто приводить до зменшення розміру передміхурової залози та поліпшення симптоматики, сприяє зупинці перетворення тестостерону в дигідротестостерон, тобто усуненню провідної причини розвитку ДГПЗ.

Екстракт насіння гарбуза (Cucurbita repo) містить аміносполуку кукурбітин та жирні олії, які мають протизапальні, відновлювальні, антиоксидантні, імуномодулюючі, регенеративні та антипаразитарні властивості.

Вживання продуктів гарбуза супроводжується зменшенням об'єму передміхурової залози шляхом протизапального та антиандрогенного ефектів, зниженням активності детрузора, поліпшенням показників міжнародної шкали IPSS, параметрів урофлоуметрії та якості життя (QOL).

Насіння гарбуза також є потужним джерелом цинку, який відіграє важливу роль у функціонуванні сечостатевої системи у чоловіків, сприяє підсиленню статевої функції та нормалізації функціонального стану передміхурової залози при простатиті та аденомі.

Екстракт бульби африканської картоплі (Hypoxis hemerocallidea) сприяє підсиленню дії Со Пальметто. Кореневище рослини африканської картоплі відо-

ме своїм традиційним використанням при лікуванні ДГПЗ та інших захворювань сечостатевої системи, зокрема за наявності інфекцій сечового міхура.

Екстракт, отриманий з бульби африканської картоплі, має основну біоактивну сполуку гіпоксозид, аглікон та роопероl та дає найбільш вагомі докази ефективності та безпеки у нормалізації функціонального стану при ДГПЗ.

Екстракт кореня кропиви дводомної (Urtica dioica) містить комплекс біологічно активних сполук, серед яких вітаміни (К, С, В2, В3, каротиноїди), хлорофіл, дубильні речовини, органічні кислоти, флавоноїди, макро та мікроелементи (Si, Fe, Ca, Cu, K, Mn, B, Ti, Ni). Він сприяє підвищенню рівня гемоглобіну, зниженню рівня глюкози в крові, нормалізації ліпідного обміну та підвищенню загального тонусу організму. Екстракт кореня кропиви дводомної сприяє зменшенню набряку і перешкоджає процесу збільшення передміхурової залози.

Екстракт кори африканської сливи (Prunus africana) містить низку біологічно активних речовин (фітостероли, пентациклічні тритерпени, n-докозанол і тетракозанол), які мають протизапальні та протинабрякові властивості завдяки пригніченню продукції простагландину, зниженню рівня пролактину в передміхуровій залозі.

На підставі доклінічних досліджень було висунуто кілька механізмів дії, включаючи інгібування 5-α-редуктази, α-адренергічний антагонізм, інгібування дигідротестостерону і рецепторів, що сприяє зменшенню проліферації тканин передміхурової залози [13, 14, 17].

Пилок жита (Secale cereale) має низку ефектів, включаючи розслаблення сечівника та сечового міхура, розслаблення гладких м'язів через антагонізм α-адренергічних рецепторів. До додаткових механізмів належить індукція апоптозу в клітинах епітелію передміхурової залози та гальмування біосинтезу простагландинів та лейкотрієнів [18].

Шляхом протизапального ефекту пилок жита зменшує розмір передміхурової залози при ДГПЗ, простатиті та простатодинії, покращуючи такі симптоми, як ніктурія та часті позиви до сечовипускання.

Функціональні властивості

В етіології патологічних процесів, що призводять до порушення сечовипускання, статевої функції і больових відчуттів у чоловіків, суттєву роль відіграє збільшення утворення дигідротестостерону (ДГТ), що спричинює ріст тканини передміхурової залози шляхом зв'язування з цитоплазматичними рецепторами андрогену. ДГТ утворюється з тестостерону шляхом активації ферменту 5-α-редуктази, а також активації α-адренорецепторів [19], що збільшують концентрацію іонів кальцію всередині клітини, та призводить до скорочення гладкої мускулатури.

Функціональні властивості дієтичної добавки Вогер обумовлені фізіологічною активністю біологічно активних речовин, що входять до її складу: жирних кислот (лауринова, міристинова, олеїнова, пальмітинова, стеаринова, лінолева), фітостеролів (β-ситостерол, кампестерол, стигмастерол [15]), курбітину та жирної олії, цинку, гіпоксозиду, аглікону та роопероlу, вітамінів (К, С, В2, В3, каротиноїдів), хлорофілу, дубильних речовин, органічних кислот, флавоноїдів, макро- та мікроелементів (Si, Fe, Ca, Cu, K, Mn, B, Ti, Ni), пентациклічних тритерпенів, n-докозанолу та тетракозанолу.

Біологічно активні речовини, що входять до складу Вогера, володіють протизапальними, антиандрогенними та антиестрогенними властивостями. Вони здатні знижувати рівень глобуліну, що зв'язує статеві гормони. Найважливішими складовими фітотерапії є фітостероли, β-ситостерол [15], жирні кислоти та лектини. Ці речовини пригнічують ароматазу, ліпооксигеназу та фактор росту, що стимулюють проліферацію клітин передміхурової залози. Водночас вони пригнічують α-адренорецептори [15, 16, 18] 5-α-редуктазу [16], мускаринові холінорецептори, рецептори дигідропіридину або ванілоідні рецептори та нейтралізують вільні радикали.

Біологічно активні речовини, що входять до складу дієтичної добавки Вогер, зменшують патологічні процеси передміхурової залози, які супроводжуються частими позивами до сечовипускання, особливо в нічний час, слабким або переривчастим сечовипусканням, відчуттям неповністю випорожненого сечового міхура, дискомфортом, зокрема під час сечовипускання, дискомфортними відчуттями внизу живота або в ділянці промежини, а також порушенням статевої функції.

Слід зазначити, що на українському фармацевтичному ринку з'явився сучасний потужний фітопрепарат вітчизняного виробництва, який об'єднав у своєму складі практично всі діючі речовини існуючих рослинних препаратів світу.

Мета дослідження: оцінювання ефективності і переносимості дієтичної добавки Вогер при лікуванні хворих на ДГПЗ та ХП.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Згідно з критеріями відбору у дослідженні взяли участь 90 пацієнтів.

Критерії включення у дослідження:

- легкі і помірні симптоми ДГПЗ та ХП без ускладнень;
- вік від 45 років і більше;
- діагноз ДГПЗ із симптомами нижніх сечових шляхів та ХП з лейкоцитарною реакцією в секреті простати (більше 10 лейкоцитів у полі зору);
- сумарний бал за шкалою IPSS > 13 і бал QOL – понад 3;
- максимальна об'ємна швидкість потоку сечі від 5 мл/с до 12 мл/с (об'єм спорожнення сечового міхура > 150 мл);
- обсяг залишкової сечі не більше 150 мл.

Обстежувані з ДГПЗ I–II стадії були розподілені на дві групи:

- основна група (ОГ) – 56 пацієнтів, які отримували Вогер,
- група порівняння (ГП) – 34 пацієнти, які отримували монокомпонентний фітопрепарат.

Середній вік пацієнтів обох груп і тривалість захворювання практично не відрізнялися. Повторне дослідження проводили через 3 міс від початку лікування.

Переносимість препарату оцінювали у балах на підставі суб'єктивних відчуттів пацієнта та об'єктивних даних, отриманих у процесі лікування:

1 бал – дуже хороша (не відзначаються побічні ефекти);

Таблиця 1

Розподіл хворих на ДГПЗ за віком

Показник	ОГ, n=56		ГП, n=34	
	Абс. число	%	Абс. число	%
45–49 років	4	7,14	2	5,88
50–60 років	25	44,64	13	38,23
60–70 років	23	41,07	16	47,05
70 років і більше	4	7,14	3	8,82

2 бали – хороша (спостерігаються незначні побічні ефекти, що не завдають серйозних проблем пацієнтові та не потребують відміни препарату);

3 бали – задовільна (відзначаються побічні ефекти, що впливають на стан пацієнта, але не потребують відміни препарату);

4 бали – незадовільна (спостерігається небажаний побічний ефект, що чинить значний негативний вплив на стан хворого та вимагає відміни препарату);

5 балів – вкрай незадовільна (побічний ефект, що вимагає відміни препарату та надання невідкладної медичної допомоги).

Середній вік пацієнтів становив 59,2±7,6 року. За віком усі пацієнти були розподілені на чотири підгрупи (табл. 1).

Для оцінювання ступеня тяжкості суб'єктивної симптоматики інфравезикальної обструкції у хворих на ДГП використовували міжнародний опитувальник IPSS з коефіцієнтом QOL.

У ході дослідження пацієнтам проводили обстеження із застосуванням клінічних, лабораторних та інструментальних методів, зокрема:

- збір анамнезу, огляд, пальцеве ректальне дослідження простати;
- лабораторне дослідження крові та сечі, аналіз секрету простати;
- ультразвукове дослідження нирок, сечового міхура і простати з визначенням обсягу залишкової сечі;
- урофлоуметрія.

Вогер призначали перорально після прийому їжі по одній капсулі двічі на день протягом 3 міс.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Через 3 міс після лікування відзначали покращення клінічного стану пацієнтів з урахуванням основних скарг (переривчастість та ослаблення струменя сечі, відчуття неповного спорожнення сечового міхура, полакіурія, імперативні позиви), що знайшло відображення у зниженні кількості балів за шкалою IPSS з 24,1±1,1 до 6,2± 0,8 ($p<0,05$), а також у достовірному зменшенні коефіцієнта QOL.

У групі порівняння сума балів IPSS знизилася з 21,2±1,3 до 20,3±0,9, а QOL – з 4,5±0,8 до 4,1±1,2, що було статистично недостовірним (табл. 2; рис. 1, 2).

Максимальна швидкість сечовипускання в основній групі достовірно збільшилась з 6,2±0,9 до 18,3±1,2 мл/с, зміни цього показника у групі порівняння були статистично невірогідні.

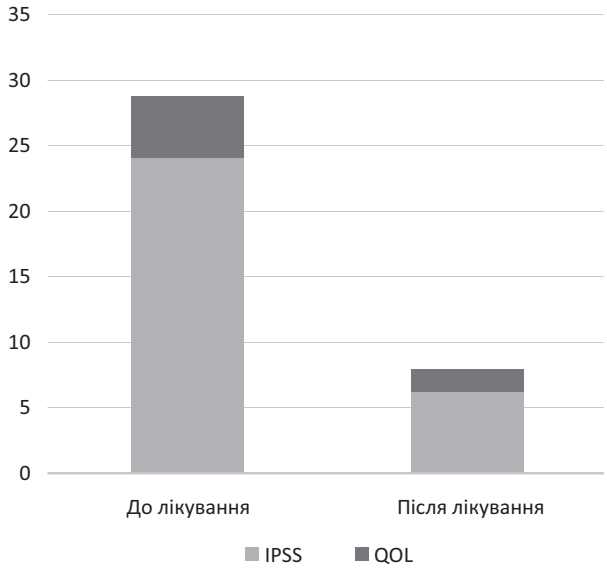


Рис. 1. Динаміка показників IPSS та QoL у пацієнтів основної групи у процесі лікування (у балах)

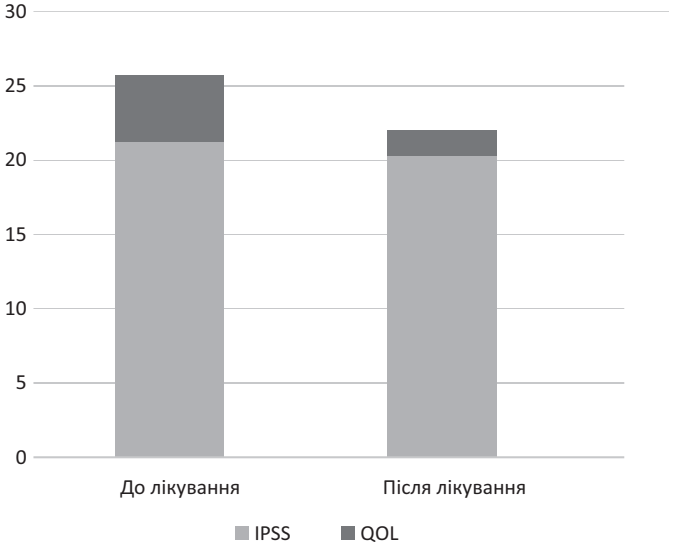


Рис. 2. Динаміка показників IPSS та QoL у пацієнтів контрольної групи у процесі лікування (у балах)

Таблиця 2

Динаміка об'єктивних і суб'єктивних показників у процесі лікування, M±m

Показник	ОГ, n=56		ГП, n=34	
	До лікування	Після лікування	До лікування	Після лікування
Об'єм простати, мл	52,6±1,7	51,4±2,1 p>0,05	49,3±1,4	50,3±2,1 p>0,05
Обсяг залишкової сечі, мл	63,8±9,4	48,7±8,9 p>0,05	58,6±8,3	56,4±7,9 p>0,05
Максимальна швидкість сечовипускання, мл/с	6,2±0,9	18,3±1,2 p<0,05	7,0±0,8	11,2±2,4 p>0,05
Кількість сечовипускань за ніч	2,3±0,4	0,8±0,3 p>0,05	2,5±0,6	2,7±0,9 p>0,05
IPSS	24,1±1,1	6,2±0,8 p<0,05	21,2±1,3	20,3±0,9 p>0,05
QOL	4,7±0,3	1,7±0,5 p<0,05	4,5±0,8	4,1±1,2 p>0,05

Таблиця 3

Оцінка ефективності проведеного лікування, що базується на даних об'єктивного обстеження і суб'єктивних відчуттях пацієнтів

Оцінка ефективності лікування	ОГ, n=56		ГП, n=34	
	Абс. число	%	Абс. число	%
Значне покращення	28	51,85	6	17,64
Покращення	22	40,74	11	32,3
Без змін	4	7,4	15	33,3
Незначне погіршення	0		2	5,8
Значне погіршення	0		0	

За даними табл. 2 в обох групах хворих спостерігали статистично невірогідне зменшення об'єму передміхурової залози (рис. 3).

У більшості пацієнтів на початку дослідження відзначали симптоми почащення сечовипускання (нічна полакіурія – у 96±4%, денна полакіурія – у 72±9%), странгурія – у 88±7%, імперативні позиви – у 68±10%. По завершенню терапії покращання фіксували у 84±8%, середня частота нічних сечовипускань зменшилась з 3,6 до 1,9 (p<0,05), середня частота денних сечовипускань – з 6,2 до 4,8 (p>0,05), ступінь вираженості странгурії та імперативних позивів зменшилась у 72±9% і 84±8% пацієнтів відповідно (рис. 4).

Суттєвіші зміни після проведеного лікування зазнав показник обсягу залишкової сечі. Після вживання Вогера тенденція до зменшення цього показника була більш вираженою, хоча статистично невірогідною.

В обох групах дизурична симптоматика внаслідок лікування зменшувалася дуже суттєво, проте в основній групі тенденція до зменшення розладів сечовипускання була більш вираженою.

Слід зазначити, що у процесі лікування у 85,7% пацієнтів основної групи фіксували нормалізацію лейкоцитарної реакції секрету простати на відміну 55,9% хворих групи порівняння. Це свідчить про позитивний вплив Вогера на перебіг ХП.

Результати оцінки ефективності лікування, заснованої на даних об'єктивного обстеження і суб'єктивних відчуттях пацієнтів представлені в табл. 3.

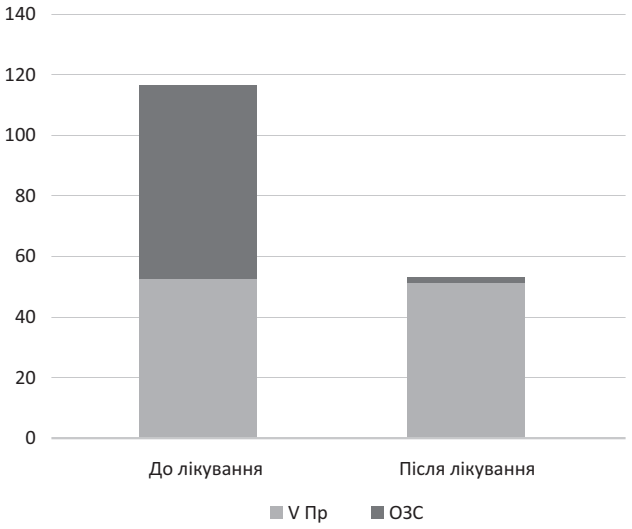


Рис. 3. Динаміка показників об'єму простати та обсягу залишкової сечі у пацієнтів основної групи у процесі лікування (у мл)

Слід зазначити, що у 7 пацієнтів (30±10%) з вихідним об'ємом простати до 80 мл і обсягом залишкової сечі до 150 мл у результаті лікування відбулося найбільше і вірогідне зниження обсягу залишкової сечі в середньому до 40±6 мл (p<0,05). Крім цього, зареєстровано зниження показника QOL на 9,13% (p>0,05), зменшення об'єму простати на 13,3% (p>0,05), збіль-

HEALTH OF MAN / ЗДОРОВ'Я ЧОЛОВІКА • №3 (82)/2022
ISSN 2307-5090 (Print) | ISSN 2412-5547 (Online)

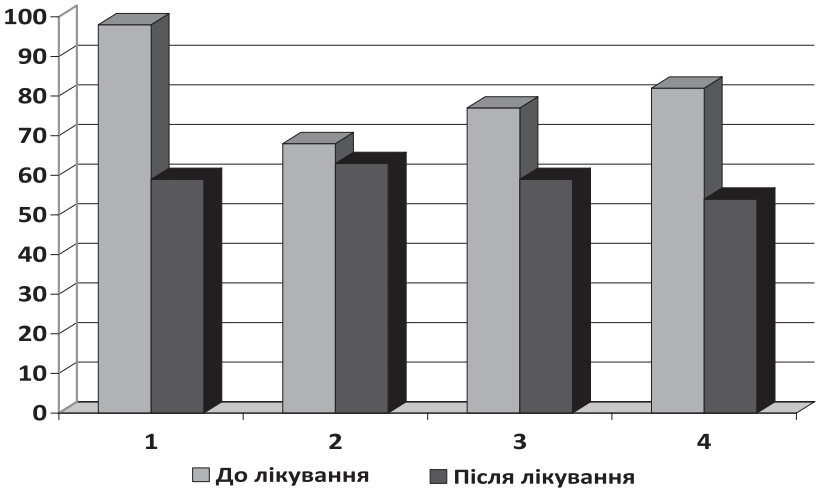


Рис. 4. Динаміка показників ноктурії (1), денної полакіурії (2), странгурії (3) та ургентного сечовипускання (4) у хворих у процесі лікування Вогером (відсоток хворих)

шення максимальної і середньої швидкості сечовипускання (на 9,1% і 14,6% відповідно; p>0,05).

Отримані дані свідчать про високу терапевтичну ефективність досліджуваного препарату. Поліпшення того чи іншого ступеня вираженості відзначили 94,1% хворих основної групи та 49,9% групи порівняння.

Під час оцінювання побічних ефектів виявилося, що більшість із них мали легкий ступінь тяжкості і зникали в процесі лікування без будь-якої корекції. При застосуванні Вогера запаморочення відзначали у 2 (3,6%) хворих, стомлюваність – у 3 (5,3%), сонливість – у 4 (7,1%) та головний біль – у 2 (3,6%) пацієнтів. У пацієнтів групи порівняння спостерігали такі симптоми: запаморочення – у 2 (5,9%), головний біль – у 3 (8,8%), стомлюваність – у 3 (8,8%). Інших побічних ефектів у пацієнтів обох груп не відзначали. Статева функція пацієнтів під час вживання дієтичної добавки Вогер істотно не змінилася.

Отже, Вогер забезпечує ефективне усунення симптомів нижніх сечових шляхів, обумовлених ДГПЗ, що підтверджується клінічним покращенням у 94,1% хворих основної групи. Відзначено статистично достовірну позитивну динаміку параметрів: об'єктивного – збільшення максимальної швидкості сечовипускання, суб'єктивних – зниження показників IPSS та QOL. Препарат має мінімальний рівень побічних ефектів, що дозволяє застосовувати його протягом тривалого часу.

ВИСНОВКИ

У результаті проведеного дослідження Вогер продемонстрував свою ефективність у лікуванні хворих на доброякісну гіперплазію передміхурової залози (ДГПЗ) та хронічний простатит (ХП) як за суб'єктивними показниками (IPSS), так і за одним з об'єктивних, вірогідно зменшуючи обсяг залишкової сечі. Відзначено статистично достовірну позитивну динаміку параметрів: об'єктивного – збільшення максимальної швидкості сечовипускання, суб'єктивних – зниження показників IPSS та QOL.

Вогер добре переноситься хворими, не дає побічних ефектів, не порушує статеву функцію хворих на ДГПЗ та ХП.

Найбільшу ефективність препарат виявив у пацієнтів з об'ємом простати до 80 мл і вихідним обсягом залишкової сечі до 150 мл.

Застосування Вогера зафіксувало позитивний ефект у 85,7% пацієнтів із симптомами ХП.

Подальше дослідження динаміки об'єктивних показників у цієї категорії хворих, можливо, дозволить скорегувати критерії відбору пацієнтів для успішного лікування Вогером.

Відомості про авторів

Нікітін Олег Дмитрович – д-р мед. наук, проф., завідувач, кафедра урології, Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ; тел.: (067) 209-42-22. *E-mail: o.nikitin@i.ua*

ORCID: 0000-0002-6563-7008

Сич Володимир Ігорович – аспірант, кафедра урології, Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, завідувач, урологічне відділення, Олександрівська міська клінічна лікарня

Ясинецький Микола Олександрович – асистент, кафедра урології, урології, Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

Information about the authors

Nikitin Oleh D. – MD, Phd, DSc, Professor, Head of the Department of Urology, Bogomolets National Medical University, Kyiv; tel.: (067) 209-42-22. *E-mail: o.nikitin@i.ua*

ORCID: 0000-0002-6563-7008

Sych Volodymyr I. – MD, Postgraduate Student, Department of Urology, Bogomolets National Medical University, Kyiv, Head of Urology Department, Alexander City Clinical Hospital

Yasynetskyi Mykola O. – Assistant of Professor, Department of Urology, Bogomolets National Medical University, Kyiv

ПОСИЛАННЯ

1. Chapple CR, Carter P, Christmas TJ, Kirby RS, Bryan J, Milroy EJ, Abrams P. A three month double-blind study of doxazosin as treatment for benign prostatic bladder outlet obstruction. Br J Urol. 1994;74(1):50-6. doi: 10.1111/j.1464-410x.1994.tb16546.x.

2. Bales GT, Christiano AP, Kirsh EJ, Gerber GS. Phytotherapeutic agents in the treatment of lower urinary tract symptoms: a demographic analysis of awareness and use at the University of Chicago. Urol. 1999;54(1):86-9. doi: 10.1016/s0090-4295(99)00028-x.

3. Berry SJ, Coffey DS, Walsh PC, Ewing LL. The development of human benign prostatic hyperplasia with age. J Urol. 1984;132(3):474-9. doi: 10.1016/s0022-5347(17)49698-4.

4. Boyle P, Gould AL, Roehrborn CG. Prostate volume predicts outcome of treatment of benign prostatic hyperplasia with finasteride: meta-analysis of randomized clinical trials. Urology. 1996;48(3):398-405. doi: 10.1016/s0090-4295(96)00353-6.

5. Engelmann U, Walther C, Bondarenko B, Funk P, Schl fke S. Efficacy and safety of a combination of sabal and urtica extract in lower urinary tract symptoms. A randomized, double-blind study versus tamsulosin. Arzneimittelforschung. 2006;56(3):222-9. doi: 10.1055/s-0031-1296714.

6. Gormley GJ, Stoner E, Bruskewitz RC, Imperato-McGinley J, Walsh PC, McConnell JD, et al. The effect of finasteride in men with benign prostatic hyperplasia. The Finasteride Study Group. N Engl J Med. 1992;327(17):1185-91. doi: 10.1056/NEJM199210223271701.

7. Lukacs B, Grange JC, Comet D, McCarthy C. History of 7,093 patients with lower urinary tract symptoms related to benign prostatic hyperplasia treated with alfuzosin in general practice up to 3 years. Eur Urol. 2000;37(2):183-90. doi: 10.1159/000020116.

8. Lepor, H. For the Veterans Affairs Cooperative Studies Benign Prostatic Hyperplasia Study Group. The impact of medical therapy on bother due to symptoms, quality of life and global outcome, and factors predicting response. J Urol. 1998;160:1358-67.

9. McConnell JD, Roehrborn CG, Bautista OM, Andriole GL Jr, Dixon CM, Kusek JW, et al. The long-term effect of doxazosin, finasteride, and combination therapy on the clinical progression of benign prostatic hyperplasia. N Engl J Med. 2003;349(25):2387-98. doi: 10.1056/NEJMoa030656.

10. Paubert-Braquet M, Cave A, Hocquemiller R, Delacroix D, Dupont C, Hedef N, et al. Effect of Pygeum africanum extract on A23187-stimulated production of lipoxygenase metabolites from human polymorphonuclear cells. J Lipid Mediat Cell Signal. 1994;9(3):285-90.

11. McConnell JD, Bruskewitz R, Walsh P, Andriole G, Lieber M, Holtgrewe HL, et al. The effect of finasteride on the risk of acute urinary retention and the need for surgical treatment among men with benign prostatic hyperplasia. Finasteride Long-Term Efficacy and Safety Study Group. N Engl J Med. 1998;338(9):557-63. doi: 10.1056/NEJM199802263380901.

12. Yablonsky F, Nicolas V, Riffaud JP, Bellamy F. Antiproliferative effect of Pygeum africanum extract on rat prostatic fibroblasts. J Urol. 1997;157(6):2381-7. Erratum in: J Urol 1997 Sep;158(3 Pt 1):889.

13. Wilt TJ, MacDonald R, Ishani A. beta-sitosterol for the treatment of benign prostatic hyperplasia: a systematic review. BJU Int. 199;83(9):976-83. doi: 10.1046/j.1464-410x.1999.00026.x.

14. «Serenoa repens for benign prostatic hyperplasia» James Tacklind, Roderick MacDonald, Indy Rutks, and Timothy J Wilt2.

15. Abbott, K.C., et al. Hospitalized nephrolithiasis aft er renal transplantation in the United States. Am J Transplant, 2003. 3: 465.

16. «Serenoa repens and its effects on male sexual function. A systematic review and meta-analysis of clinical trials» Gianni Paulis , Andrea Paulis , Gianpaolo Perletti.

17. «A Review of the Potential of Phytochemicals from Prunus africana (Hook f.) Kalkman Stem Bark for Chemoprevention and Chemotherapy of Prostate Cancer» Richard Komakech, Youngmin Kang * Jun-Hwan Lee, and Francis Omujal.

18. Kadow C, Abrams PH. A double-blind trial of the effect of beta-sitosterol glucoside (WA184) in the treatment of benign prostatic hyperplasia. Eur Urol 1986; 12: 187-9.

19. R. T. M. Chang, Roger Kirby, B. J. Challacombe. Is there a link between BPH and prostate cancer? // The Practitioner. – 2012-4. – Т. 256, вып. 1750. – С. 13–16.

Стаття надійшла до редакції 27.07.2022. – Дата першого рішення 01.08.2022. – Стаття подана до друку 14.09.2022

DOI: https://doi.org/10.30841/2307-5090.3.2022.270815
УДК 616.89-008.442-02:[616.1/.6+178.1+178.7/.8]

Гіпоактивний статевий потяг, зумовлений ендокринною патологією, захворюваннями внутрішніх органів, пухлинами, іншими хворобами і станами, іонізуючою радіацією, курінням, вживанням алкоголю і наркотиків

Г.С. Кочарян
Харківська медична академія післядипломної освіти

У статті наведено дані про гіпоактивний сексуальний потяг, який має місце у хворих на гіпогонадизм, його класифікацію та анатомічні ознаки, клінічний приклад автора, де йдеться про гіпогонадизм, зумовлений кастрацією. Повідомляється, що якщо кастрація здійснюється до статевого дозрівання, то сексуальний потяг так і не розвивається, а якщо після його завершення – відзначається лише зниження його інтенсивності. Назване обумовлюється тим, що гормональні зміни, що відбуваються в період статевого дозрівання, підвищують «чутливість» мозку, у зв'язку з чим розвивається «психічний компонент» сексуального потягу, який не зникає після кастрації.
Зазначається, що залежність лібідо та сексуальної активності чоловіків від андрогенів набагато менша, ніж у тварин. Також повідомляється, що названа залежність значно менша у людей з більш високим рівнем інтелектуального розвитку. Однак кастрація, проведена після статевого дозрівання і навіть у зрілих чоловіків з великим досвідом сексуального життя, все ж призводить до ослаблення статевого потягу та погіршення інших сексуальних функцій. Якщо йдеться про оцінку лібідо, то під час обстеження необхідно аналізувати вираженість різних його компонентів і, зокрема, ступінь збереженості його сексуального компонента.
Наводяться також дані щодо ослаблення статевого потягу, зумовленого цукровим діабетом, гіпотиреозом, гіпертиреозом, захворюваннями внутрішніх органів, пухлинами, іншими захворюваннями та станами, впливом іонізуючої радіації. Представлені клінічні спостереження автора, де ослабленню статевого потягу в осіб, які зазнали радіації на Чорнобильській атомній електростанції, передувало його посилення. Повідомляється про можливі механізми розвитку сексуальних дисфункцій, пов'язаних із впливом радіації. Також наводяться дані про гіпосексуальний статевий потяг, зумовлений курінням, вживанням алкоголю та наркотиків.
Ключові слова: *гіпоактивний статевий потяг, ендокринні хвороби, захворювання внутрішніх органів, пухлини, інші захворювання та стани, іонізуюча радіація, куріння, алкоголь, наркотики.*

Hypoactive sexual desire due to endocrine pathology, diseases of internal organs, tumors, other diseases and conditions, ionizing radiation, smoking, alcohol, and drugs

G.S. Kocharyan

Data on hypoactive sexual desire, which occurs in patients with hypogonadism, its classification, anatomical features, and the author's clinical example of castration-induced hypogonadism are presented. It is reported that if castration is carried out before puberty, then sexual desire does not develop, and if after its completion, only a decrease in its intensity is noted. This is due to the fact that hormonal changes that occur during puberty increase the "sensitivity" of the brain, and therefore the "mental component" of sexual desire develops, which does not disappear after castration.
It is noted that the dependence of libido and sexual activity of men on androgens is much less than in animals. Moreover, it is reported that this dependence is much less in people with a higher level of intellectual development. However, castration carried out after puberty and even in mature men with extensive experience in sexual life still leads to a weakening of sexual desire and a deterioration in other sexual functions. If we are talking about the assessment of libido, then during the examination it is necessary to analyze the severity of its various components and, in particular, the safety of its sexual component.
It also provides data on the weakening of sexual desire caused by diabetes mellitus, hypothyroidism, hyperthyroidism, diseases of internal organs, tumors, other diseases and conditions, exposure to ionizing radiation. The author's clinical observations are given, where the weakening of sexual desire in persons exposed to radiation at the Chernobyl nuclear power plant was preceded by its strengthening. Possible mechanisms for the development of sexual dysfunctions associated with exposure to radiation are reported. Also data on hyposexual sexual desire caused by smoking, alcohol and drugs use are provide.
Key words: *hypoactive sexual desire, endocrine diseases, diseases of internal organs, tumors, other diseases and conditions, ionizing radiation, smoking, alcohol, drugs.*

© The Author(s) 2022 This is an open access article under the Creative Commons CC BY license

Ослаблення статевого потягу може бути наслідком різних захворювань, що, зокрема, знайшло відображення у цій статті.

Ендокринні захворювання

Гіпогонадизм

Статевий потяг дуже часто послаблюється при ендокринних захворюваннях, при яких прямо або опосередковано може порушуватися вироблення статевих гормонів та їх оптимальні пропорції. Гіпогонадизм – синдром, зумовлений недостатністю функцій статевих залоз та порушенням синтезу статевих гормонів. В одних випадках йдеться про безпосереднє ураження статевих залоз (первинний гіпогонадизм), в інших – про ослаблення гонадотропних стимулів, спричинене ураженням гіпоталамо-гіпофізарних структур (вторинний гіпогонадизм). У низці спостережень (корелятивний гіпогонадизм) відсутнє безпосереднє ураження будь-якої з ланок системи гіпоталамус–гіпофіз–гонади, але її функція порушена під впливом якогось іншого захворювання.

Зазвичай гіпогонадизм поділяють на первинний і вторинний, проте вітчизняний андролог А. Н. Демченко запропонував додатково виділяти корелятивний гіпогонадизм [5]. Пізніше в класифікацію препубертатного гіпогонадизму він ще ввів рубрику «перинатально-детермінований гіпогонадизм», під яким розуміє стан, за якого відсутні порушення функції системи гіпофіз–гонади, але змінюється програма реалізації дії гонадотропних та статевих гормонів, яка під впливом різних факторів опосередковується через гуморальне середовище вагітної [4, 7].

У посібнику з ендокринології наводиться класифікація гіпогонадизму в осіб чоловічої статі та його клінічні прояви [18].

Класифікація

- Залежно від рівня ураження гіпоталамо-гіпофізарної системи:
  - гіпергонадотропний (первинний);
  - гіпогонадотропний (вторинний);
  - нормогонадотропний;
  - обумовлений резистентністю органів-мішеней.
- Залежно від часу виникнення:
  - препубертатний;
  - постпубертатний.
- За етіологією:
  - уроджений;
  - набутий;
  - ідіопатичний.

Клінічна картина

- *Для препубертатного гіпогонадизму характерні*:
  - високий зріст (при збереженій секреції соматотропного гормону – СТГ) або карликовість (при дефіциті СТГ);
  - євнухоїдні пропорції тіла (довгі кінцівки, укорочений тулуб);
  - слабко розвинена скелетна мускулатура;
  - розподіл жиру за жіночим типом;
  - справжня гінекомастія;
  - блідість шкірних покривів;
  - відсутність оволосіння на лобку, пахвових западинах;
  - високий тембр голосу;
  - статевий член довжиною до 5 см;
  - атонічна мошонка, непігментована, без складчастості;
  - яєчка до 2 мл або їх відсутність у мошонці;
  - синдром непробудженого лібідо.
- *Для постпубертатного гіпогонадизму характерні:*
  - зниження статевого потягу;
  - зрідження та ослаблення адекватних і спонтанних ерекцій;
  - пролонгований статевий акт;
  - ослаблення чи відсутність оргазму;
  - відсутність еякуляції;
  - зменшення оволосіння на тілі та обличчі;
  - витончення волосся на голові;
  - блідість шкірних покривів;
  - статевий член довжиною 9 см та більше;
  - атонічна, помірна пігментація та складчастість мошонки;
  - яєчка більше 12 мл, м'які, в'ялі при пальпації.

Етіологія

Первинний гіпогонадизм

- *Вроджений*
  - Синдром Клайнфелтера.
  - Анорхізм.
- *Придбаний*
  - Травми, опромінення, хіміотерапія з приводу раку, інші токсичні ураження яєчок.
  - Пізній початок лікування крипторхізму.

Вторинний гіпогонадизм

- *Вроджений*
  - Синдром Кальмана.
  - Синдром фертильного євнуха (ізольований дефіцит лютеїнізуючого гормону).
  - Рідкісні вроджені захворювання, що супроводжуються гіпогонадизмом (див. «Синдром затримки статевого розвитку»).
- *Придбаний*
  - Пухлини гіпофіза та гіпоталамуса, їх хірургічне лікування або променева терапія, крововилив у них.

Гіпогонадизм, зумовлений резистентністю органів-мішеней

- Фемінізація внаслідок резистентності рецепторів до андрогенів.
- Дефіцит 5-α редуктази.
- Дефіцит естрогенів.

Крім багатьох різних порушень, гіпогонадизм призводить до ослаблення лібідо, інших сексуальних дисфункцій та безпліддя.

Слід зазначити наявність у чоловіків низки ознак для виявлення андрогенної недостатності при дослідженні органів статевої системи [21]:

1. Гіпоплазія статевого члена.
2. Депігментація мошонки, її атонія, малі розміри та недостатній розвиток.
3. Атрофія або гіпоплазія яєчок (поздовжній розмір у дорослого менше 2,5 см). М'якувата або занадто щільна консистенція також свідчить про гіпогонадизм.

4. Гіпоплазія простати, серпоподібна атрофія простати – симптом «серпа», який запропонував И. Ф. Юнда (1975). За андрогенної недостатності простата набуває форму серпа, відкритого догори, тобто верхній сегмент простати сплощується і западає, а нижній у формі валика як би облямовує з нижньої сторони западину, що утворилася. Якщо частина, що запала, має діаметр до 2,5–3 см – симптом «серпа» розцінюється як різко позитивний (+++) – андрогенна функція знижена приблизно в 3 рази; до 1,5 см – позитивний (++) – андрогенна функція знижена в 1,5–2 раза; якщо менше – початковий симптом серпа (+) – спостерігається зниження резервної андрогенної функції. Повна відсутність передміхурової залози вказує на важку ваду розвитку яєчок, а одночасне виявлення при цьому порожньої мошонки дає підстави припускати у хворого анорхізм.

5. Стрибкоподібна («безпричинна») зміна будь-якої з фаз копулятивного циклу (лібідо, адекватні ерекції, спонтанні ерекції, еякуляція, оргазм) або статевої активності може розцінюватися (за винятком психогенно обумовлених сексуальних дисфункцій) як ознака гормональних порушень, оскільки фази копулятивного циклу формуються та нормально перебігають при нормальному ендокринному фоні організму.

Г. Г. Корик [9] зазначає, що при об'єктивному обстеженні хворих із сексуальними розладами особлива увага приділяється вивченню розподілу та вираженості волосяного покриву. Визначається характер межі оволосіння на лобі, скронях та потилиці. У нормі у жінок (тобто при переважанні в організмі естрогенів над андрогенами) лінія волосся на лобі та на скронях має вигляд рівної дуги, а лінія волосся на потилиці нагадує літеру М або зубці пилки.

У хлопчика-підлітка (тобто при невисокому рівні андрогенів) лінія волосся на лобі та скронях нагадує квадратну дужку, а лінія волосся на потилиці – круглу дужку, яка звернена опуклістю вниз. У дорослого чоловіка (тобто при високому рівні андрогенів) лінія волосся на лобі та скронях характеризується наявністю більш-менш глибоких залисин на скронях. Чим вище рівень андрогенної насиченості організму, тим глибші ці залисини. На потилиці лінія волосся утворює дужку, звернену опуклістю вгору [19].

На рис. 1 представлені відмінності в характері лінії оволосіння у жінки, підлітка та чоловіка.

Також Г. Г. Корик [9] пропонує проводити антропометрію, а саме – побудову морфограм за Декурт–Думік (J. Decourt, J. M. Doumic) [31].

З цією метою вимірюються такі 5 параметрів:

1) зріст;
2) нижній розмір (довжина нижніх кінцівок від верхнього краю великого рожна до підлоги);
3) окружність грудної клітини на рівні нижньої межі сосків і нижніх кутів лопаток (грудна клітка при цьому повинна бути у положенні середньої глибини вдиху);
4) міжакроміальна відстань, яка вимірюється циркулем на рівні найбільшої ширини плечей;
5) міжвертельна відстань (також вимірюється циркулем).

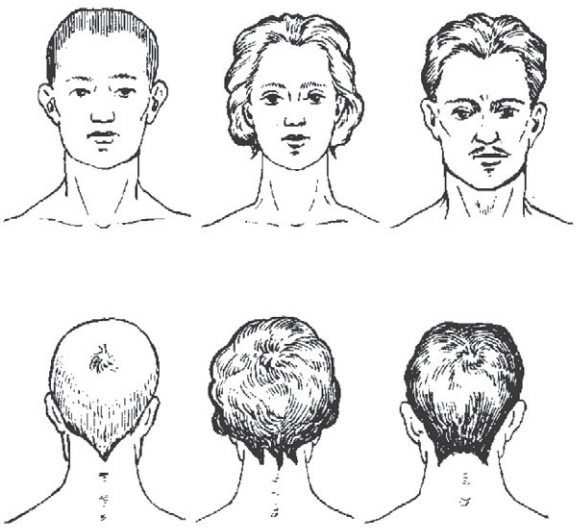


Рис. 1. Межі оволосіння на лобі, скронях та потилиці у підлітка, жінки та чоловіка [19]

Отримані цифрові дані наносяться на спеціальну сітку. Для чоловіків і жінок, що цілком природно, Декурт та Думік розробили різні сітки.

Морфотипування із встановленням власних нормативів також проводили Z. Podlaska, L. Zdunkiewicz [53], Г. Г. Корик [9], Г. С. Васильченко [2].

Корисною для клінічного сексолога може бути наступна інформація. Так, А. Н. Демченко та И. А. Черкасов [5] повідомляють, що:

1. Грудний індекс є вираженим у відсотках співвідношенням між глибиною та шириною грудної клітки, виміряних на рівні 5-го ребра. Цей показник дає уявлення про форму грудної клітки, яка в процесі пубертату у хлопчиків і дівчаток змінюється по-різному і, отже, характеризується статевим диморфізмом. Збільшення грудного індексу на 5% і більше щодо норми дозволяє запідозрити в обстежуваного порушення статевого диференціювання.

2. Інфантильність скелета визначається за морфограмою і характеризується порушенням раціональних співвідношень між зростом і поперечними розмірами тіла, такими, як ширина плечей і таза. Дитині властиво відносне щодо зросту зменшення поперечних розмірів тіла. Це відставання в процесі пубертату ліквідується, а збереження невластивих віку зменшених поперечних розмірів тіла свідчить про його інфантильність.

3. Євнухоїдність скелета визначається за морфограмою і характеризується порушенням раціонального співвідношення між верхньою та нижньою половинами тіла з переважанням останньої. У пубертатний період насамперед настає зміна зростання нижніх кінцівок. При цьому з'являються риси помірної євнухоїдності, яка зазвичай зникає у другій фазі пубертату (15–16 років). Збереження цих характеристик у більш пізньому віці чи виражений їх розвиток свідчить про порушення процесів статевого дозрівання. Ступінь євнухоїдності визначається у балах.

4. Гіноїдність скелета визначається за морфограмою і характеризується збільшенням розмірів таза по

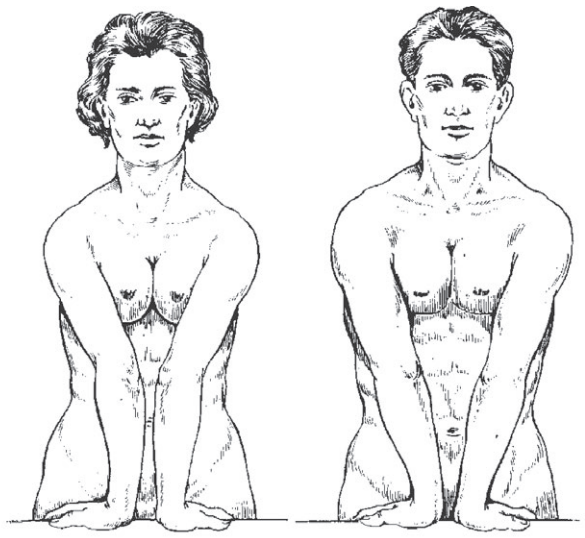


Рис. 2. Проба Жеріко на супінацію у чоловіка і жінки [9]

відношенню до зросту, тобто появою жіночих (гіноїдних) рис у статурі, що свідчать про порушення статевого диференціювання.

Викликає інтерес і проба Жеріко на супінацію. Вона заснована на тому, що у нормальних чоловіків та жінок передпліччя у супінації приймають різне положення (рис. 2). Якщо у перших це положення нагадує літеру V, то у других – літеру Y. Недостатній рівень андрогенів в організмі в період статевого дозрівання призводить до того, що передпліччя в супінації набувають положення, тим більше схоже на літеру Y, чим сильніше була виражена недостатність. Проба проводиться в такий спосіб. Обстежений з упором кладе кисті рук на край столу так, щоб великі пальці лежали на його поверхні, а решта – за краєм, а передпліччя знаходилися в супінації та були б максимально зближені. Запис оцінки цього тесту у карті сексологічного обстеження дуже простий: у графі «тест на супінацію» ставиться значок V чи Y [9].

Наведемо клінічний приклад з нашої клінічної практики, де сексуальні дисфункції у чоловіка були пов'язані з гіпогонадизмом, зумовленим кастрацією. Але насамперед слід навести деякі дані. Зазначається, що цікавою є залежність між вираженістю статевого потягу чоловіка та наслідками кастрації. Повідомляється, що якщо кастрація проводиться до статевого дозрівання, то сексуальний потяг так і не розвивається, а якщо після його завершення –відзначається лише зниження його інтенсивності. Назване обумовлюється тим, що гормональні зміни, які відбуваються в період статевого дозрівання, підвищують «чутливість» мозку, у зв'язку з чим розвивається «психічний компонент» сексуального потягу, який не зникає після кастрації [6].

Слід зазначити, що залежність лібідо та сексуальної активності чоловіків від андрогенів набагато менша, ніж у тварин. Більше того, зазначається, що названа залежність значно менша у людей із вищим рівнем інтелектуального розвитку. К. Имелинский [6] у зв'язку з цим пише: «Зниження рівня сексуального потягу після кастрації зворотно пропорційне інтелектуальному рівню. В осіб із високим психічним розвитком, високим інтелектом зниження сексуального потягу настає повільно і несильно виражене. Люди ж примітивні реагують на кастрацію швидким та різким зниженням статевого потягу. Це свідчить про те, що чим більше розвинена психіка людини, тим більшою мірою інтенсивність її статевого потягу є незалежною від гормональних механізмів». Як із гіркою усмішкою висловився в розмові один молодий скопець, «скільки не вирізай, а все одно буде...». Однак він (і це дуже важливо) також зазначив, що це не зовсім те почуття, «яке ви відчуваєте, не скопці, але все-таки жінка в мені завжди щось викликає ...» [15].

Кастрація, проведена після статевого дозрівання і навіть у зрілих чоловіків з великим досвідом сексуального життя, все одно призводить до послаблення статевого потягу та погіршення інших сексуальних функцій. Зокрема, якщо йдеться про оцінку статевого потягу, то при обстеженні необхідно аналізувати вираженість різних компонентів лібідо, а також збереження його сексуального компонента.

Отже, наведемо приклад, що свідчить про те, як чоловік із гарним рівнем інтелектуального розвитку та великим стажем статевого життя зберіг після кастрації здатність до проведення статевих актів, хоча, що цілком природно, в нього відзначалися різні сексуальні порушення [12].

Хворий Т., 60 років, вперше звернувся до мене по медичну сексологічну допомогу наприкінці квітня 1998 р. Працює старшим інженером на одному із заводів. Має середню технічну освіту (закінчив технікум за спеціальністю «технік-електрик»). Зазначає, що за станом свого здоров'я належить до першої групи інвалідності, однак для того, щоб не заборонили працювати, оформив другу.

Під час звернення мала місце наступна сексопатологічна симптоматика. Сексуальний компонент лібідо був відсутній, і відзначалася лише невелика потреба у ласках та поцілунках. Також з'ясувалося, що вранці у нього іноді виникає неповна ерекція. На момент звернення статевим життям не живе, проте зазначає, що після двох перенесених операцій (з приводу аденоми передміхурової залози 4 грудня 1996 р., яка при гістологічному дослідженні була ідентифікована як рак, а також двосторонньої орхіектомії 25 грудня 1996 р.) через деякий проміжок часу жив статевим життям понад 8 міс, але не було ні еякуляції, ні оргазму.

Із дружиною статевим життям не живе з початку 1995 р., оскільки після того, як перестав отримувати зарплату на роботі, вона позбавила його цієї можливості. Через відсутність зарплати теща одного разу йому сказала, щоб він не приходив рано з роботи, бо його треба годувати. Коли він незабаром вирішив піти з дому, то дружина гаряче вітала його рішення, яке він і втілив у життя. Пішов жити на міську квартиру брата, який також має будинок у селі та мешкає там зі своєю родиною.

До того, як це сталося, позашлюбних зв'язків не мав, хоча дуже часто їздив у відрядження. Ще перед тим, як пішов із дому, дізнався від сусідів, що поки він перебуває у відрядженні, то дружина «погулює». Крім того,

його дружина відбила коханця в іншої жінки і остання розповіла йому про це під час зустрічі. У зв'язку із сімейними обставинами, що склалися, в 1996 р. (ще до операцій) почав жити статевим життям із жінкою, яка приходила до нього 1 раз на тиждень практично до того моменту, як йому була зроблена перша із зазначених операцій. Після перенесених операцій, як зазначалося раніше, 8 міс жив з іншою жінкою. Зауважує, що протягом цього часу статеві можливості поступово різко зменшилися («не стоїть і все»). Проте вранці іноді виникала неповна ерекція. У зв'язку з цією проблемою звернувся до лікаря, який зробив обидві операції, і той сказав йому, що так і має бути (згасання потенції). По телевізору подивився передачу з відомим сексопатологом і поїхав до нього для лікування в інше місто. Цей лікар виписав йому ліки з настоїв трав, які він приймав протягом 1 місяця, проте якогось позитивного ефекту це не дало. І хоча йому було запропоновано безкоштовне процедурне лікування (фізіотерапія, включаючи локальну декомпресію [ЛД-терапію]), однак зіставивши ціну ліків, які також треба було приймати, та необхідну квартирну плату зі своїми матеріальними можливостями, відмовився від запропонованого курсу лікування. Потім приїхав до рідного міста (Харків) і звернувся до мене по лікувальну допомогу.

Коли саме виникли платонічний (романтичний) та еротичний компоненти лібідо, не пам'ятає. З великою часткою сумніву (точно не може згадати) вказує, що сексуальний компонент лібідо виник приблизно в 16–17 років. Також не пам'ятає, в якому віці була перша еякуляція. Максимальний ексцес був 4, але каже, що «особливо не намагався». Одружився у 28 років. Статеве життя з дружиною загалом було нерегулярним через часті відрядження, де керував монтажем та налагодженням обладнання.

У вересні 1997 р. познайомився із жінкою, з якою зустрічається до цього часу. Їй 55 років. Вона вимагала, щоб він розлучився з дружиною і одружився з нею. Більше того, заявляла, що лише після цього «дасть йому». Однак він наполіг на своєму, і вони стали жити статевим життям. На сьогодні брат, у квартирі якого він живе, збирається оперуватися, а потім житиме із сім'єю у своїй квартирі, де зараз живе пацієнт. У зв'язку з цим хворому незабаром не буде де жити. Коли його партнерка дізналася про це, то знову почала ставити йому колишні умови (сексуальні стосунки тільки після одруження) і перестала жити з ним статевим життям. Заявила, що коли він одружиться з нею, то вони житимуть разом у її квартирі. І раніше (після операцій), і зараз він невпевнений у своїх сексуальних можливостях. Зараз не знає, як довго він зможе жити статевим життям, тому й боїться одружуватися. Ця жінка не обізнана про те, що йому було проведено двосторонню орхіектомію (мошонка в нього є), і він не збирається їй про це розповідати.

Об'єктивно: член 6 см, оволосіння на лобку за жіночим типом, відсутність яєчок у мошонці, виражена двостороння гінекомастія, що розвинулася після двосторонньої орхіектомії та естрогенотерапії (хлортріанізен). При опитуванні пацієнт зазначає, що до оперативних втручань у нього було добре виражене оволосіння на передній поверхні грудної клітки, а також значна кількість волосся на лопатках і шиї. Йому навіть казали, що в нього «овеча вовна». Потім поступово оволосіння редукувалося.

У цьому випадку у пацієнта був діагностований первинний гіпогонадизм, зумовлений двосторонньою орхіектомією, та стан після аденектомії, що проявлялося множинними сексуальними дисфункціями, включаючи розлад лібідо.

Було призначено лікування: ЛД-терапія – 15 процедур, геріатрик фарматон, йохімбін (Харківського виробництва), прозерин 1 таблетка (0,015 г) 2 рази на день. Після проведення 5–6 сеансів ЛД-терапії у поєднанні з названим вище медикаментозним лікуванням здійснив статевий акт, який характеризувався гарною ерекцією. Після проведеної терапії ерекція почала виникати вранці 2–3 рази на тиждень і за вираженістю буває від слабкої до сильної. За інтимної близькості ерекція виникає «тоді, коли візьму її за груди».

Цукровий діабет

За даними різних авторів, сексуальні дисфункції при цукровому діабеті спостерігаються досить часто (у 24–74% випадків). Це захворювання накладає специфічний відбиток, що пов'язано зі ступенем компенсації вуглеводного обміну, розвитком мікроангіопатії та поліневропатії. При гормональних дослідженнях у хворих з даною патологією у більшості випадків рівень у плазмі крові фолікулостимулюючого (ФСГ), лютеїнізуючого (ЛГ), пролактину (ПРЛ), тестостерону (Тс), естрадіолу (E_2) знаходиться в межах вікової норми. Виняток становлять досить рідкісні при захворюванні на цукровий діабет феномени, що дебютували в ранньому дитячому віці – синдроми, які характеризуються затримкою фізичного та статевого розвитку та гепатомегалією (синдроми Нобекура та Моріаку). За цих станів затримка статевого розвитку поєднується зі зниженою секрецією гонадотропінів (ЛГ, ФСГ). Разом з тим, при цукровому діабеті, що поєднується з цирозом печінки, частота розвитку якого при цукровому діабеті в 3 рази вища, ніж у загальній популяції, може відзначатися підвищений рівень E_2 у плазмі крові [8].

У чоловіків, які страждають на цукровий діабет, за наявності статевих дисфункцій рівень ПЛЛ у плазмі крові відповідає віковій нормі, але може підвищуватися у разі розвитку хронічної ниркової недостатності («діабетична нирка» при мікроангіопатичних ураженнях ниркових клубочків). Підвищення рівня ПРЛ супроводжується зниженням лібідо і пригніченням сексуальної активності [8].

Зазначається, що погіршення статевої функції є одним із основних та серйозних ускладнень цукрового діабету. Чоловіки, окрім інших сексуальних дисфункцій, також можуть відчувати ослаблення/втрату лібідо. Діабет також може знизити рівень Тс, що ще більше знижує статевий потяг [41].

Повідомляється, що низький рівень Тс у чоловіків із діабетом 2-го типу зустрічається частіше, ніж у чоловіків без нього. Крім того, є докази, що низький рівень Тс може бути предтечею розвитку діабету 2-го типу та призводити до ослаблення лібідо [55].

Слід зазначити, що знижувати статевий потяг у чоловіків із цукровим діабетом можуть їхні реакції на інші сексуальні дисфункції, які спостерігаються при даній патології (гіпоерекція, ретроградний закид сперми в сечовий міхур), переживання у зв'язку з існуючою хворобою і пов'язані з цим невротичні розлади, а також порушення міжособистісних стосунків у подружній/партнерській парі.

Жінки з цукровим діабетом схильні до підвищеного ризику розвитку сексуальних проблем. Було обстежено 75 жінок із цукровим діабетом 2-го типу (основна група) та 75 жінок контрольної групи. Середній вік в основній та контрольній групі хворих становив 44,5 та 38,9 років відповідно. Сексуальну дисфункцію оцінювали за допомогою індексу жіночої сексуальної функції (The Female Sexual Function Index; FSFI). Дані, отримані в цьому дослідженні, були представлені як середнє значення ± стандартне відхилення та проаналізовані з використанням програмного забезпечення SPSS 17. Хоча середній загальний «сексуальний» бал статистично значуще не відрізнявся в основній та контрольній групі, показники FSFI у доменах бажання, лубрикації та оргазму були статистично значно нижче у жінок із цукровим діабетом ($p<0,05$) [33].

Гіпотиреоз та гіпертиреоз

Гіпотиреоз є найпоширенішим ендокринним розладом після цукрового діабету. При цьому захворюванні порушується функція статевих залоз як у чоловіків, так і у жінок. У чоловіків може виявлятися знижений вміст загального Тс у сироватці крові, тоді як рівень вільного Тс знаходиться в межах норми. Це пояснюється зменшенням утворення печінкою секстероїдзв'язуючого глобуліну (СССГ). У більшості хворих на гіпотиреоз секреція ПРЛ у межах норми, але при тривалому перебігу цього захворювання вміст ПРЛ у сироватці крові збільшується до високих цифр. Знижуються лібідо та потенція [1].

У багатьох пацієнтів із гіпотиреозом були виявлені високі рівні ПРЛ та E_2, а відомо про існування кореляції між підвищеним вмістом ПРЛ у крові та порушеннями функції статевих залоз [29, 40, 59]. В іншому дослідженні було виявлено, що у чоловіків із гіпертиреозом відзначається високий рівень СССГ, а у чоловіків із гіпотиреозом – нормальний або знижений, а також зниження вмісту загального, біоактивного та пов'язаного Тс [29, 54].

Т. В. Шелковникова, С. А. Догадин [20] повідомляють наступне. Мультицентрові дослідження показали, що у чоловіків із гіпертиреозом та гіпотиреозом відзначається підвищена поширеність ослабленого статевого потягу, еректильної дисфункції, передчасної еякуляції, ретардованої еякуляції. Названі дисфункції зазвичай нівелюються після нормалізації функції щитоподібної залози [28, 42, 44].

Слід навести дані дослідження, в якому йшлося про зв'язок між гіпотиреозом та сексуальними дисфункціями у жінок. Було обстежено 320 пацієнток: 250 жінок із нелікованим аутоімунним захворюванням щитоподібної залози (АЗЩЗ), яких розділили на три підгрупи (еутиреоїдна підгрупа, субклінічний гіпотиреоз та клінічно виражений гіпотиреоз). До контрольної групи увійшли 70 здорових жінок. Пацієнтки пройшли обстеження щитоподібної залози, яєчників та лабораторні аналізи. На момент встановлення діагнозу АЗЩЗ вони заповнювали психометричні шкали: індекс жіночої сексуальної функції 6 (the Female Sexual Function Index 6; FSFI-6) і шкалу депресії Бека-II (the Beck's Depression Inventory-II; BDI-II). Було відзначено, що здорові пацієнтки мали значно вищі бали за FSFI, ніж пацієнтки з АЗЩЗ ($p=0,006$). У групі АЗЩЗ ризик сексуальних дисфункцій збільшувався з наростанням тяжкості захворювання. Найбільш порушеними були: статевий потяг ($p<0,001$), лубрикація ($p=0,001$) та оргазм ($p=0,008$), за якими йшли збудливість та сексуальне задоволення.

Тяжкість гіпотиреозу впливає на ступінь зниження лібідо, центральної та периферичної збудливості. Сексуальне задоволення та оргазм були більш стійкі до негативного впливу [24].

В іншому дослідженні брали участь 56 жінок із захворюваннями щитоподібної залози віком 19–50 років (22 з гіпертиреозом, 17 з гіпотиреозом та 17 з тиреоїдитом Хашимото) та 30 здорових жінок того самого віку. Гіпоактивний статевий потяг, порушення статевого збудження, лубрикації, оргазму, задоволення та сексуальний біль оцінювали за допомогою індексу жіночої сексуальної функції. Проводили гормональні та інші дослідження. Показники всіх сексуальних доменів були значно знижені (p у діапазоні $<0,0001$ – $<0,05$) як у жінок з гіпо-, так і з гіпертиреозом.

Корекція гіпотиреозу супроводжувалася нормалізацією бажання, задоволення та зникненням болю, тоді як збудження та оргазм залишалися без змін. У жінок із гіпертиреозом терапія нормалізувала статевий потяг, збудження/лубрикацію, задоволення, призводила до ліквідації болю, тоді як оргазм залишався значно порушеним. Цікаво, що у еутиреоїдних жінок з тиреоїдитом Хашимото спостерігалося значне зниження сексуального потягу ($p<0,0005$) без змін в інших сексуальних аспектах. На підставі проведених досліджень автори дійшли таких висновків. Як гіпо-, так і гіпертиреоз помітно погіршують жіночу сексуальну функцію. Швидке покращення спостерігається при відновленні еутиреозу, хоча для повної нормалізації може знадобитися більший період часу. Згідно з попередніми даними, аутоімунітет щитоподібної залози може вибірково порушувати статевий потяг, незалежно від її функції [48].

В одній статті, присвяченій взаємозв'язку між захворюваннями щитоподібної залози та сексуальною дисфункцією у чоловіків та жінок, зазначається, що у нещодавніх повідомленнях задокументовано підвищену поширеність сексуальної дисфункції серед пацієнтів із захворюваннями щитоподібної залози. Її авторами був здійснений огляд літератури з бази даних PubMed з 1978 року до 2018 року. Оцінено поширеність сексуальної дисфункції у хворих на гіпотиреоз (59–63% і 22–46% у чоловіків та жінок відповідно) та гіпертиреозом (48–77% і 44–60% у чоловіків та жінок відповідно). Як гіпотиреоз, так і гіпертиреоз були тісно пов'язані з еректильною та еякуляторною дисфункцією:

гіпотиреоз із затримкою еякуляції, гіпертиреоз із передчасною еякуляцією.

Повідомлялося, що гіпотиреоз та гіпертиреоз погіршують лібідо у чоловіків та жінок; проте дані про вплив гіпотиреозу на лібідо чоловіків є неоднозначними. У жінок із гіпотиреозом та гіпертиреозом фіксували порушення лібідо, збудження/лубрикації, оргазму, задоволення, а також біль під час статевого акту. Зазначається, що гіпотиреоз та гіпертиреоз впливають на рівні циркулюючих статевих гормонів через периферичні та центральні шляхи та здатні опосередковано провокувати психічні та вегетативні порушення, які можуть погіршувати сексуальну функцію. Корекція до еутиреоїдного стану була пов'язана з різким усуненням сексуальної дисфункції як у чоловіків, так і у жінок з гіпотиреозом або гіпертиреозом [34].

Захворювання внутрішніх органів

E. J. Meuleman, J. J. van Lankveld [47] повідомляють, що гіпоактивний розлад сексуального потягу (ГРСП) часто зустрічається у пацієнтів із хронічними захворюваннями, наприклад ішемічною хворобою серця і серцевою недостатністю [23]. ГРСП, що суб'єктивно пов'язується зі стомлюваністю, також часто зустрічається у пацієнтів із хронічною нирковою недостатністю [57]. Чоловіки, які перебувають на гемодіалізі або перитонеальному діалізі, значно частіше страждають від ГРСП, ніж чоловіки після трансплантації нирки.

W. L. Diemont та співавтори [32] повідомили про поширеність ГРСП у 56% чоловіків, що проходять гемодіаліз, 48% – перитонеальний діаліз та у 41% пацієнтів після трансплантації нирки. Слід зазначити, що гіпоактивний статевий потяг при виражених хронічних захворюваннях внутрішніх органі, зокрема може бути наслідком астенії, дезактуалізації сексуальних відносин та можливого гормонального дисбалансу.

Пухлини

Р. Крукс, К. Баур [14] зазначають, що як сам рак, так і методи його лікування можуть негативно впливати на сексуальність, що обумовлено порушенням функціонування гормональної, судинної та нервової систем, які беруть участь у забезпеченні сексуального інтересу та сприйнятливості (Waldman, Eliafson, 1997; Williamson, 2000). Вкрай негативно позначатися на сексуальному бажанні та потенції може також біль. Кожен із негативних ефектів хіміотерапії та радіотерапії (випадіння волосся, зміна шкірного покриву, нудота та втома) можуть негативно позначитись на сексуальній сфері. Результатом деяких форм хірургічного лікування раку можуть стати утворення шрамів, що не заростають, ампутація частин тіла або формування отворів, що слугують для виведення продуктів життєдіяльності організму після видалення товстої кишки або сечового міхура.

Усі ці наслідки хірургічних операцій завдають шкоди фізичній зовнішності (Burt, 1995). Повідомляється, що рак органів репродуктивної системи має особливо руйнівний вплив на сексуальність, а тому є предметом особливих побоювань для багатьох людей (Newman, 2000a; Walsh і співав., 2000) [14].

Інші захворювання та стани

William L. Maurice [46] в якості причини зниження статевого потягу називає паротит, орхіт, крипторхізм, синдром Кушинга, хронічні захворювання печінки, гемохроматоз, таласемію і СНІД.

Зазначається, що бодібілдери і чоловіки з розладами харчової поведінки значно частіше повідомляють про відсутність сексуального потягу, ніж представники контрольної групи [45]. Бодібілдери демонструють такий самий нав'язливий спосіб життя та фізичних вправ, як і люди з розладами харчової поведінки, але зі «зворотним» фокусом на нарощування м'язової маси, а не на втраті жиру.

Іонізуюча радіація

Аварії, що мали місце на атомних електростанціях, у тому числі і на Чорнобильській АЕС (1986), продемонстрували небезпеку впливу іонізуючої радіації на організм людини та її статеву систему.

І.І. Горпинченко та співавтори [16] повідомляють, що під час обстеження понад 700 чоловіків-ліквідаторів були виявлені різні копулятивні порушення у 38% чоловіків (ерекційні, еякуляторні, пригнічення лібідо, стертість оргазму). При цьому скарги на зниження лібідо пред'являли 40,6% обстежених чоловіків, а на його повну відсутність – 5,5%. При опроміненні високими дозами радіації пригнічення лібідо було в 1,5–2 рази більш виражене. Більш вираженими були й інші названі сексуальні дисфункції. Також відзначено залежність між ймовірністю виникнення сексуальних порушень та статевою конституцією. Чим слабкіша була статева конституція, тим частіше виникали сексуальні розлади, і навпаки.

Наші дослідження даного контингенту хворих, здійснені у 1986–1987 роках на базі одного із санаторіїв під Харковом у відділенні, спеціально виділеному для реабілітації чоловіків-ліквідаторів наслідків аварії на Чорнобильській АЕС, виявили, що у деяких пацієнтів ослабленню лібідо передував період його інтенсифікації [10, 11, 13]. Наведу низку прикладів із моєї клінічної практики.

Хворий М., 25 років, одружений, обстежений 26.11.1986 р. Пред'являв скарги на передчасну еякуляцію, гіпоерекцію, зменшення сексуальних можливостей (якщо раніше здійснював кілька статевих актів за один день, то тепер може зробити лише один). Зазначені явища разом з астенічною симптоматикою виникли через тиждень після повернення пацієнта з Чорнобиля, а протягом цього тижня, навпаки, відзначалося підвищення статевої активності, на що звернула увагу навіть його дружина [10, 11, 13].

Хворий К., 46 років, одружений, обстежений 13.12.1986 р. Пред'являв скарги на різке зниження лібідо та гіпоерекцію. Зазначені явища фіксують з вересня 1986 р. Також скаржився на загальну слабкість, підвищену стомлюваність, дратівливість, головний біль, запаморочення. У липні та серпні 1986 р. двічі по 2 тиж брав участь у проведенні робіт на 1-му та 2-му блоках ЧАЕС. Після того, як знаходився там вперше, а потім повернувся додому, відзначив значне підвищення статевої активності. Якщо раніше здійснював не більше 3

статевих актів на тиждень («бувало і набагато рідше»), то після повернення з Чорнобиля статева активність стала щоденною. Після другого терміну перебування в Чорнобилі статева активність теж була вищою, ніж раніше, але цього разу активізація була набагато меншою, ніж у перший раз. Поступово явища активізації змінилися пригніченням статевого потягу та гіпоерекцією.

Хворий Р., 41 рік, одружений, обстежений у березні 1987 р. Пред'являв скарги на гіпоерекцію та передчасну еякуляцію, а також ослаблення лібідо. При активному опитуванні також виявилося ослаблення хтивих відчуттів при фрикціях та притуплення оргазму. Зазначені явища розвинулися після аварії на ЧАЕС (26 та 27 квітня 1986 р. був на місці вибуху). Крім сексологічних скарг пред'являє скарги на головний біль, запаморочення, біль у серці, розлади сну, загальну слабкість, підвищену стомлюваність. Зазначає, що у перші 1–1,5 міс після аварії відзначалася сексуальна активізація.

Хворий Д., 34 роки, одружений, обстежений 13.03.1987 р. Пред'являв скарги на передчасну еякуляцію, ослаблення напруги статевого члена у процесі фрикцій. При активному опитуванні також скаржився на ослаблення лібідо. Крім цього, у хворого часто підвищується артеріальний тиск. Зазначив, що з липня по листопад 1986 р. у нього фіксували період сексуальної активізації. Посилення лібідо супроводжувалося почастішанням статевих актів та більшою інтенсивністю оргастичних відчуттів.

І.І. Горпинченко та співавтори [16] також зазначають, що у 28% чоловіків-ліквідаторів аварії на ЧАЕС у перші дні та тижні після аварії відзначалася інтенсифікація сексуальних проявів у формі посилення лібідо та спонтанних ерекцій.

Серед обстежених нами пацієнтів виявлялися пов'язані з іонізуючим опроміненням астенічний синдром та синдром вегетативної дистонії, що брали участь в організації сексуальних розладів. Ці синдроми були зумовлені залученням до патологічного процесу головного мозку з порушенням функціонування його регуляторних систем. Часто йшлося про змішані за генезом сексуальні розлади, коли у формуванні сексуальних дисфункцій могли брати участь інші захворювання, а також сексуальна абстиненція. Іноді іонізуюче опромінення не відігравало жодної ролі в генезі виявлених розладів, і у хворих міг діагностуватися, наприклад, невроз очікування (невдачі).

Одним із пояснювальних механізмів ослаблення лібідо при впливі іонізуючого випромінювання може бути пригнічення (виснаження) розташованих у гіпоталамусі структурних елементів, відповідальних за генерацію та вираженість статевого потягу. Посилення статевого потягу, що веде до сексуальної активізації і спостерігається у низці випадків на першому етапі променевого впливу, на нашу думку, значною мірою може бути обумовлено стимулюючим впливом радіації на дані структурні елементи (фаза ірритації).

Однак зміна вираженості лібідо може пояснюватись і з урахуванням залучення до патологічного процесу гіпофіза, що призводить до порушення його функцій, які регулюють діяльність периферичних ендокринних залоз. Дане залучення, зокрема, обумовлено тісним зв'язком гіпофіза з гіпоталамусом.

І.І. Горпинченко та співавтори [16] вважають, що порушення функцій гіпофіза у контингенту досліджуваних має гіпоталамічне походження. Повідомляється, що у них можуть відбуватися зниження секреції гонадотропних гормонів, пригнічення тестостеронопродукуючої функції сім'яників, високий рівень базального ПРЛ, ослаблення функцій щитоподібної залози та надниркових залоз. Зазначені гормональні зрушення можуть зі свого боку негативно позначатися на сексуальних функціях, зокрема і на вираженості статевого потягу.

Куріння, вживання алкоголю та наркотиків

До рекреаційних наркотиків належать нікотин, марихуана, алкоголь, героїн, метадон і метилендіоксиметамфетамін [МДМА] (напівсинтетична психоактивна сполука амфетамінового ряду, що відноситься до групи фенілетиламінів, яка широко відома під сленговою назвою «екстазі» [таблетована форма]).

Нікотин. Вплив куріння на сексуальну функцію давно відомий, особливо у чоловіків. Куріння викликає еректильну дисфункцію з порушенням як виникнення, так і підтримки ерекції. Це пов'язано із сильною судинозвужувальною дією нікотину. Вважається також, що нікотин зменшує утворення інших вазоактивних речовин, таких, як релаксуючий фактор ендотелію та оксид азоту [36].

William L. Maurice [46] зазначає, що, враховуючи зв'язок між курінням сигарет та еректильною дисфункцією, а також очевидний зв'язок між останньою та гіпоактивним розладом статевого потягу, нікотин можна розглядати як непряму причину розладів сексуального потягу у чоловіків.

Хоча вплив куріння на сексуальну функцію у жінок недостатньо вивчений, у деяких дослідженнях повідомляється про зменшення виділення лубрікату та затримку оргазму, спричинених судинними ефектами нікотину [39].

Сексуальна дисфункція через нікотин здається посилюється зі збільшенням його вживання. Тривале утримання від куріння може повернути назад деякі з цих змін.

Алкоголь пригнічує збудливість нейронів, впливаючи на рецептори гамма-аміномасляної кислоти (ГАМК) [43]. Він пригнічує центральну нервову систему, а також призводить до розгальмованості. Алкоголь тривалий час використовували як афродизіак. У той час як деякі дослідження свідчать, що алкоголь покращує сексуальну поведінку та бажання, інші дослідження виявляють, що алкоголь погіршує сексуальну функцію. Умови, за яких відбувається вживання алкоголю, лабораторні дослідження порівняно із самостійними спостереженнями користувачів, а також кількість алкоголю, що споживається, можуть сприяти отриманню цих суперечливих результатів [56].

Дослідження продемонстрували, що хоча низький рівень алкоголю в крові не впливає на сексуальне збудження і реактивність у чоловіків або трохи посилює їх, підвищений рівень алкоголю в крові призводить до зниження еректильної реактивності, зменшення збудження і порушення здатності до еякуляції [30, 52, 56]. Разом з тим інші дослідження не виявили значного впливу низького чи високого рівня алкоголю у крові на показники збудження [35, 56].

Повідомляється, що шкода вживання алкоголю є спірною соціальною темою. Часто передбачається, що він згубно впливає на сексуальну активність. Немає єдиної думки, чи може він бути корисним для еректильної функції. Було проведено популяційне дослідження, щоб оцінити зв'язок між споживанням алкоголю та еректильною дисфункцією (ЕД).

В анкетному опитуванні брали участь особи, які увійшли до випадково обраної, стратифікованої за віком вибірки чоловічого населення зі списку виборців Західної Австралії. Анкета включала соціально-демографічні деталі, клінічну інформацію, яку повідомляли самі опитувані, та дані про пристрасть до вживання алкоголю.

Для оцінювання еректильної функції використовували Міжнародний індекс еректильної функції, що включає 5 пунктів (МІЕФ-5). Більшість (87%) учасників були алкоголіками, зокрема й запійними. Порівняно з тими, хто ніколи не п'є, скориговані за віком шанси існування ЕД були нижчими серед тих, хто п'є в даний час, у вихідні дні і запійно, і вищими серед чоловіків, які раніше пили. Серед тих, хто п'є сьогодні, ці шанси були найнижчими при вживанні алкоголю від 1 до 20 стандартних порцій на тиждень відповідно до рекомендацій Національної ради з охорони здоров'я та медичних досліджень (National Health and Medical Research Council; NHMRC). При подальшому аналізі з урахуванням серцево-судинних захворювань (ССЗ) та куріння сигарет, скоригованих за віком, шанси існування ЕД серед осіб, які вживають алкоголь, знизилися на 25–30%.

Автори дослідження дійшли висновку, що отримані ними результати, зокрема, свідчать про помірний негативний зв'язок між споживанням алкоголю та ЕД. Вони відзначають, що дослідження стану здоров'я чоловіків у Західній Австралії, безумовно, не дає підстав рекомендувати чоловікам з ЕД, чиї звички вживання алкоголю відповідають рекомендаціям NHMRC, припинити чи скоротити споживання алкоголю (K-K. Chew, A. Bremner, B. Stuckey, C. Earle, K. Jamrozik, 2009) [49].

Проте тривале вживання алкоголю через його вплив на різні системи організму може викликати у чоловіків різні сексуальні дисфункції. За рахунок інгібуючої дії на гіпоталамо-гіпофізарно-наднирникову вісь він знижує вивільнення гонадотропінів, що призводить до гіпогонадизму. Пригнічення секреції Тс викликає еректильну дисфункцію. Зниження його секреції може бути пов'язане як зі зниженням рівня ЛГ, так і з прямим придушенням алкоголем тестикулярної секреції Тс. У пригніченні вироблення Тс можуть бути залучені й інші механізми: зниження вивільнення судинорозширювальних речовин, таких, як оксид азоту, і токсична дія оксидантів, що утворюються при метаболізмі алкоголю. Еректильна дисфункція може бути результатом викликаної алкоголем нейропатії [36].

William L. Maurice [46] зазначає, що негативні сексуальні ефекти хронічного вживання алкоголю численні і включають розлади ерекції (можливо через периферичну невропатію), атрофію яєчок, низький рівень Тс і високий рівень глобуліну, що зв'язує статеві гормони у пацієнтів із цирозом, а також гіперестрогенію, зумовлену захворюванням печінки, що пов'язано із вживанням алкоголю. Будь-яка з цих проблем може призвести до зниження статевого потягу.

У жінок споживання алкоголю в менших дозах може спричинити підвищене суб'єктивне збудження та задоволення. Однак у великих кількостях він знижує сексуальне збудження. При хронічному вживанні алкоголю може спостерігатися зниження виділення лубрикату, диспареунія та труднощі з досягненням оргазму [36].

Хоча багато досліджень продемонстрували, що порушення сексуальної функції можуть зникати при утриманні від вживання алкоголю, проте це не завжди так.

Хочеться відзначити, що якщо йдеться про споживання алкоголю, багато залежить від дози. Так, вживання малої кількості алкоголю, що має розгальмовуючий вплив (зняття психічних затримок), може посилити статевий потяг. У цьому може брати участь і стимулююча дія алкоголю на структури головного мозку, що беруть участь у генерації сексуального потягу. Насправді не все так однозначно у плані впливу на сексуальну сферу засобів, що мають наркотичну дію. Багато залежить від стадії розладу.

Дослідження впливу ***канабісу (коноплі)*** засвідчило, що він пов'язаний з покращенням сексуального бажання та функціонування. Так, 70% осіб, які вживають марихуану, заявили, що вона є афродизіаком, а 81% – що вона покращує їхнє сексуальне задоволення [38]. Однак наголошується, що дані про вплив канабісу на сексуальну функцію суперечливі. Вживання канабісу може призвести до суб'єктивних відчуттів поліпшення сексуального задоволення. Хронічне вживання канабісу може призвести до зниження рівня Тс.

Дослідження на тваринах за участю ендоканабіноїдної системи виявили інгібуючу дію канабісу на еректильну функцію кавернозного тіла. Це може бути пов'язано з центральними ефектами рецепторів канабіноїдів 1 у паравентрикулярному ядрі гіпоталамуса або з периферичними ефектами рецепторів канабіноїдів 1 та 2, розташованих у печеристих тілах.

William L. Maurice [46] також повідомляє, що багато хто з тих, хто часто вживає марихуану, заявляє про низький сексуальний потяг. Як відомо, марихуана – психоактивний засіб, що отримується з коноплі.

Використання ***опіоїдів*** на початковому етапі викликає затримку еякуляції у чоловіків, що призводить до відчуття покращення сексуальної функції. Однак при хронічному вживанні опіоїдів, таких, як морфін та героїн, послаблюється вивільнення ЛГ. Це призводить до зниження рівня Тс та E_2, що обумовлює розвиток гіпогонадизму [36], який проявляється зниженням

статевого потягу, еректильною дисфункцією та безплідністю.

Хронічне вживання опіоїдів також пов'язане зі зниженням продукції андрогенів наднирниками (дегідроепіандростерону, сульфату дегідроепіандростерону та андростендіону). Подібні впливи на сексуальну функцію також спостерігаються при тривалій замісній опіоїдній терапії, більше при використанні метадону, ніж бупренорфіну [36]. Будь-яка з цих проблем може призвести до зниження статевого потягу. William L. Maurice [46] також зазначає, що хронічне вживання героїну та інших опіатів призводить до зниження статевого потягу, що, можливо, пов'язано з низьким рівнем Тс.

Кокаїн є стимулятором центральної та периферичної нервової системи, що пригнічує поглинання дофаміну та норадреналіну. Початкове його використання може спричинити сексуальне збудження та покращити еректильну функцію, проте тривале вживання кокаїну знижує статевий потяг, призводить до еректильної дисфункції та викликає затримку оргазму/еякуляції [36].

Амфетаміни є стимуляторами, що блокують зворотне захоплення дофаміну та норадреналіну. Вони, як вважають, є потужними афродизіаками, які в малих дозах можуть посилювати статевий потяг та викликати затримку оргазму. Це може бути обумовлено ослабленням гальмування, посиленням впевненості та відчуттям підвищеної енергійності. Ці ефекти особливо добре відомі при вживанні метамфетаміну. Однак тривале його вживання може зумовити труднощі у досягненні повної ерекції, зниження статевого потягу та аноргазмію. Це також може призвести до стану, відомому як «кришталевий член» («crystal dick») [26, 36]. За цього стану у людини, яка вживає подібні речовини, сильне лібідо, високий рівень енергії та зниження сексуальних заборон, але вона не може досягти ерекції статевого члена.

Метадон та ***бупренорфін.*** В осіб, учасників програм замісної підтримувальної терапії метадоном та бупренорфіном, можуть спостерігатися сексуальні дисфункції. Вони можуть бути наслідком несприятливого анамнезу життя, психологічного стану та результатом лікування. Близько 14% чоловіків заявляють про сексуальні дисфункції різного характеру. Рівень задоволеності сексуальним життям серед тих, хто вживає бупренорфін, більш ніж на 30% вищий порівняно з тими, хто вживає метадон.

В обох групах ступінь вираженості сексуальних дисфункцій залежить від дози препарату. Метадон знижує сексуальний потяг та викликає розлади ерекції. Чим більша доза метадону, тим вища ймовірність розвитку оргазмічної дисфункції. Використання метадону у жінок асоціюється зі зменшенням частоти сексуальних контактів та порушеннями оргазму [17].

Метилендіоксиметамфетамін (МДМА) широко відомий як «екстазі» або як «наркотик кохання». Він викликає покращення сексуальних переживань. Однак постійне його вживання призводить до порушення ерекції та затримки оргазму [22, 36]. Згідно з проведеним опитуванням, 10% студентів великого навчального закладу США повідомили про вживання МДМА [25, 56]. Доведено, що МДМА погіршує сексуальну активність і призводить до виникнення еректильної

Сексуальні дисфункції, обумовлені речовинами, що мають наркотичну дію, та їх можливі патофізіологічні механізми

Речовина	Сексуальна дисфункція	Можлива патофізіологія
Алкоголь	Чоловіки: зниження сексуального збудження; порушення ерекції; порушення еякуляції. Жінки: зниження виділення лубрикату; диспареунія; проблеми у досягненні оргазму	Інгібування гіпоталамо-гіпофізарно-наднирникової вісі; зниження вивільнення гонадотропіну; пригнічення секреції тестостерону; зниження вивільнення вазодилататорів; токсична дія оксидантів; невропатія
Нікотин	Чоловіки: еректильна дисфункція. Жінки: зменшення виділення лубрикату; затримка оргазму	Сильна судинозвужувальна дія
Канабіс	Еректильна дисфункція	Зменшення CB1 рецепторів у паравентрикулярних ядрах гіпоталамуса; зменшення CB1 та CB2 рецепторів у кавернозному тілі
Опіоїди	Зниження статевого потягу; еректильна дисфункція; безпліддя	Зниження рівня лютеїнізуючого гормону; зниження рівня тестостерону; зниження вироблення андрогенів наднирниками
Кокаїн	Зниження статевого потягу; еректильна дисфункція; затримка оргазму; затримка еякуляції; пріапізм	Судинозвужувальні ефекти. При одноразовому вживанні кокаїну відбувається адренергічна активація, але хронічне вживання може призвести до нейронного виснаження норадреналіну, що призводить до пріапізму
Стимулятори (включаючи амфетаміни та MDMA)	Еректильна дисфункція; зниження статевого потягу; затримка оргазму; «кришталевий член» («crystal dick»)	Порушення релаксації гладких м'язів тіла за рахунок дії на симпатичну нервову систему; вплив на калієві канали MaxiK та внутрішньоклітинний Ca2+. Механізм пріапізму аналогічний до такого, який відбувається при вживанні кокаїну

дисфункції, затримки оргазму [27, 56, 60] і пригнічення сексуального бажання [50, 51, 56, 58].

У таблиці наведені сексуальні дисфункції, які викликають речовини, що мають наркотичну дію, а також механізми виникнення цих дисфункцій [36].

Зазначається, що поширеним явищем у США, країнах Європи та інших країнах є хімсекс (англ. chemsex), тобто статеві акти, що супроводжуються вживання стимуляторів. Вважається, що психоактивні речовини (ПАР):

- посилюють бажання займатися сексом;
- збільшують тривалість статевого акту;
- забезпечують незабутні відчуття;
- гарантують виникнення оргазму;
- змінюють суб'єктивне сприйняття – через тимчасову дезорієнтацію здається, що інтимний процес триває довше.

Дійсно, більшість наркотичних препаратів здатна збільшувати інтерес та потребу у сексуальних відносинах. Короткочасний ефект варіюється залежно від речовини. З метою посилення лібідо використовують марихуану, екстазі, амфетамін, кокаїн, метамфетамін, ЛСД, героїн [3].

Однак втрата статевого потягу може бути наслідком тривалого вживання наркотичних засобів. За відсутності лікування позитивні ефекти від вживання ПАР, які спостерігаються перед сексом або під час нього, зникають. Дослідження демонструють, що найбільш згубними для лібідо є кокаїн та екстазі. Еректильна дисфункція спостерігається у третини наркоманів-чоловіків. Жінки частіше страждають від нездатності досягти оргазму [3].

Втрату інтересу до сексу обумовлює сукупність наступних причин [3]:

- порушення механізмів реагування на збуджуючі фактори;
- порушення функціонування статевих органів;
- зниження чутливості шкірних покривів та слизових оболонок;
- відсутність чи критичне зменшення виробленого лубриката;
- заміщення задоволення від сексу спектром відчуттів, які забезпечують наркотичні речовини;
- поява страху сексуальної невдачі.

Потреба в інтимних відносинах поступово зникає – наркоман повністю концентрується на пошуку чергової дози та ейфорії, яку дає ПАР. Швидкість зниження лібідо залежить від виду препарату, що приймається, дози, способу введення – при внутрішньовенному вживанні організму наноситься найбільша шкода. Крім втрати сексуального бажання знижується/зникає можливість мати дітей, а у разі зачаття – виносити та народити здорову дитину [3].

Відомості про автора

Кочарян Гарнік Суренович – д-р мед. наук, проф., Харківська медична академія післядипломної освіти, м. Харків; тел.: (095) 259-65-23, (098) 521-61-46. *E-mail: kocharyangs@gmail.com*
ORCID: 0000-0003-3797-5007

Information about the author

Kocharyan Garnik S. – MD, PhD, DSc, Professor, Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education, Kharkiv; tel.: (095) 259-65-23, (098) 521-61-46. *E-mail: kocharyangs@gmail.com*
ORCID: 0000-0003-3797-5007

ПОСИЛАННЯ

1. Balabolkin MI, Klebanova MI, Kreminskaya VM. Fundamental and clinical thyroidology: a guide. Moscow: Medicine; 2007. 816 p.
2. Vasilchenko GS. Sexological anthropometry. General sexopathology. manual for doctors. Ed. G. S. Vasilchenko. Moscow: Medicine; 1977, p. 329-55.
3. Influence of drugs on sexual life [Internet]. 2022. Available from: https://clinic-centr.com/narkotiki-i-libido/.
4. Demchenko AN. Perinatally determined andropathies. Mater. scientific conf. dedicated to the 75th anniversary of the foundation of the Ukrainian Research Institute of Pharmacotherapy of Endocrine Diseases. Kharkov; 1994, p. 105-06.
5. Demchenko AN, Cherkasov IA. Clinical examination and rehabilitation of persons with delayed male puberty: guidelines. Research Institute of Endocrinology and Chemistry of Hormones. Kharkov; 1978. 23 p.
6. Imelinsky K. Sexology and sexopathology. Translation from Polish to Russian. Moscow: Medicine; 1986. 423 p.
7. Demchenko AN. Clinical diagnosis and therapy of male prepubertal hypogonadism: guidelines. Kharkov; 2000. 16 p.
8. Kozlov GI, Slonimsky BYu. Sexual disorders in men with diabetes mellitus (lecture). Probl Endocrinol. 1995;41(5):25-7. doi: 10.14341/probl11476.
9. Korik GG. Sexual disorders in men. Lviv: Medicine; 1973. 230 p.
10. Kocharyan GS. Hypersexuality. Kharkov: Disa plus LLC; 2020. 263 p.
11. Kocharyan GS. Hypersexual behavior pattern in clinical practice. Med Scie Educ. 2009;(1):114-6.
12. Kocharyan GS. Sex after castration: a clinical observation [Internet]. World Sexol. 2015;(8). Available from: http://1sexology.ru/seks-posle-kastracii-klinich eskoe-nablyudenie/.
13. Kocharyan GS. Modern sexology. Kyiv: Nika-Center; 2007. 400 p.
14. Crooks R, Baur K. Sexuality. St. Petersburg: Prime-Euroznak; 2005. 480 p.
15. Sexual function of eunuchs [Internet]. Domedika. 2018. Available from: http://dommedika.com/psixiatria/564.html.
16. Gorpinchenko II, Ivanyuta LI, Solsky YaP, Vovk IB. Reproductive system. Chernobyl catastrophe. Kyiv: Naukova Dumka; 1995, p. 471-3.
17. Del Mundo M. Sexual and reproductive health. Lesson 11 [Internet]. 2020. p. 12. Available from: https://profihealth.org.ua/ru/lessons/172.
18. Dedova II, Melnichenko GA, editors. Syndrome of hypogonadism in men. Endocrinology. National manual. Brief edition. Moskow: Geotar-Media; 2013, p. 637-42.
19. Teter E. Hormonal disorders in men and women. Warsaw; 1968. 700 p.
20. Shelkovnikova TV, Dogadin SA. Modern ideas about the relationship between thyroid hormones and gonads in men. Siberian Med Rev. 2013;(1):9-14.
21. Yunda IF, Imshinetskaya LP. Endocrine diagnostics in diseases of the genital organs and sexual disorders in men: guidelines. Kyiv; 1977. 24 p.
22. Beck J, Rosenbaum M. Pursuit of Ecstasy: The MDMA Experience. Albany, New York: State University of New York Press; 1994. 254 p.
23. Bernardo A. Sexualit t bei Patienten mit koronarer Herzkrankheit und Herzinsuffizienz [Sexuality in patients with coronary disease and heart failure]. Herz. 2001;26(5):353-9. doi: 10.1007/pl00002038.
24. Bortun AC, Ivan V, Navolan DB, Dehelean L, Borlea A, Stoian D. Thyroid Autoimmune Disease-Impact on Sexual Function in Young Women. J Clin Med. 2021;10 (2):369. doi: 10.3390/jcm10020369.
25. Boyd CJ, McCabe SE, d'Arcy H. Ecstasy use among college undergraduates: gender, race and sexual identity. J Subst Abuse Treat. 2003;24(3):209-15. doi: 10.1016/s0740-5472(03)00025-4.
26. Buffum J. Pharmacosexology: the effects of drugs on sexual function a review. J Psychoactive Drugs. 1982;14(1-2):5-44. doi:10.1080/02791072.1982.10471907.
27. Buffum J, Moser C. MDMA and Human Sexual Function. J Psychoac-

tive Drugs. 1986;18(4):355-9. doi: 10.1080/02791072.1986.10472369.
28. Carani C, Isidori AM, Granata A, Carosa E, Maggi M, Lenzi A, Jannini EA. Multicenter study on the prevalence of sexual symptoms in male hypo- and hyperthyroid patients. J Clin Endocrinol Metab. 2005;90(12):6472-9. doi: 10.1210/jc.2005−1135.
29. Cavaliere H, Abelin N, Medeiros-Neto G. Serum levels of total testosterone and Sex Hormone Binding Globulin in hypothyroid patients and normal subjects treated this incremental doses of L-T4 or L-T3. J Androl. 1988;9(3):215-9. doi: 10.1002/j.1939-4640.1988.tb01038.x.
30. Crowe LC, George WH. Alcohol and human sexuality: Review and integration. Psychological Bulletin. 1989;105(3):374-86. doi: 10.1037/0033-2909.105.3.374.
31. Decourt J, Doumic JMI. Schema anthropometrique applique a l'endocrinologie. Le «morphotype» masculin. II. Les variations morphologiques de l'homme normal. III. L'evolution du morphogramme au cours de l'adolescence. IV. Le morphotype'de la femme. V. Aspects anthropometriques de l'eunuchoidisme dans les deux sexes. VI. Aspects anthropometriques du feminisme chez l'homme. VII. Aspects anthropometriques du virilism chez la femme. Sem Hop. 1950;26:2457-83.
32. Diemont WL, Vruggink PA, Meuleman EJ, Doesburg WH, Lemmens WA, Berden JH. Sexual dysfunction after renal replacement therapy. Am J Kidney Dis. 2000;35(5):845-51. doi: 10.1016/s0272-6386(00)70254-x.
33. Ezeani I, Onyeonoro U, Ugwu E. Evaluation of Female Sexual Function in Persons With Type 2 Diabetes Mellitus Seen in a Tertiary Hospital in Southeast Nigeria With Emphasis on its Frequency and Predictors. J Sex Marital Ther. 2020;46(2):170-6. doi: 10.1080/0092623X.2019.1654583.
34. Gabrielson AT, Sartor RA, Hellstrom WJG. The Impact of Thyroid Disease on Sexual Dysfunction in Men and Women. Sex Med Rev. 2019;7(1):57-70. doi: 10.1016/j.sxmr.2018.05.002.
35. George WH, Davis KC, Norris J, Heiman JR, Schacht RL, Stoner SA, et al. Alcohol and erectile response: the effects of high dosage in the context of demands to maximize sexual arousal. Exp Clin Psychopharmacol. 2006;14(4): 461-70. doi: 10.1037/1064-1297.14.4.461.
36. Ghadigaonkar DS, Murthy P. Sexual Dysfunction in Persons With Substance Use Disorders. Journal of Psychosexual Health. 2019;1(2):117-21. doi:10.1177/2631831819849365.
37. Gratzke C, Christ GJ, Stief CG, Andersson KE, Hedlund P. Localization and function of cannabinoid receptors in the corpus cavernosum: basis for modulation of nitric oxide synthase nerve activity. Eur Urol. 2010;57(2): 342-348. doi:10.1016/j.eururo.2008.12.024.
38. Halikas J,Weller R, Morse C. Effects of Regular Marijuana Use on Sexual Performance. J Psychoactive Drugs. 1982;14(1-2):59-70. doi: 10.1080/02791072.1982.10471911.
39. Harte CB, Meston CM. Acute effects of nicotine on physiological and subjective sexual Arousal in nonsmoking men: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. J Sex Med. 2008;5(1):110-21. doi: 10.1111/j.1743-6109.2007.00637.x.
40. Jannini EA, Ulisse S, D'Armiento M. Thyroid hormone and male gonadal function. Endocr. Rev. 1995;16(4):443-59. doi: 10.1210/edrv-16-4-443.
41. Kizilay F, Gali HE, Serefoglu EC. Diabetes and Sexuality. Sex Med Rev. 2017;5(1):45-51. doi: 10.1016/j.sxmr.2016.07.002.
42. Krassas GE, Tziomalos K, Papadopoulou F, Pontikides N, Perros P. Erectile dysfunction in patients with hyper-and hypothyroidism: how common and should we treat? J Clin Endocrinol Metab. 2008;93(5):1815-9. doi: 10.1210/jc.2007-2259.
43. Kumar S, Porcu P, Werner DF, Matthews DB, Diaz-Granados JL, Helfand RS, et al. The role of GABA(A) receptors in the acute and chronic effects of ethanol: a decade of progress. Psychopharmacology (Berl). 2009;205(4):529-64. doi: 10.1007/s00213-009-1562-z.
44. Larsen PR, Davies TF, Kronenberg HM, Shlomo M, Kenneth SP, Jean DW, Henry MK, et al. Hypothyroidism and thyroiditis. Williams textbook of endocrinology. 10th ed. Philadelphia: Saunders; 2003, p. 423-55.
45. Mangweth B, Pope HGJr, Kemmler G, Ebenbichler C, Hausmann A, De Col C, et al. Body image and psychopathology in male bodybuilders. Psychother Psychosom. 2001;70(1):38-43. doi: 10.1159/000056223.
46. Maurice William L. Male Hypoactive Sexual Desire Disorder. Handbook of Sexual Dysfunction (Eds. R. Balon, R. Taylor Segraves). Boca Raton: Taylor & Francis Group; 2005, p. 67-109.
47. Meuleman EJ, van Lankveld JJ. Hypoactive sexual desire disorder: an underestimated condition in men. BJU Int. 2005;95(3):291-6. doi: 10.1111/j.1464-410X.2005.05285.x.
48. Oppo A, Franceschi E, Atzeni F, Taberlet A, Mariotti S. Effects of hyperthyroidism, hypothyroidism, and thyroid autoimmunity on female sexual function. J Endocrinol Invest. 2011;34(6):449-53. doi: 10.1007/ BF03346712.
49. Kew-Kim C, Alexandra B, Bronwyn S, Carolyn E, Konrad J, Phil D. Original research-erectile dysfunction: alcohol consumption and male erectile dysfunction: An unfounded reputation for risk? Science Direct. 2009;6(5):1386-94. doi: 10.1111/j.1743-6109.2008.01115.x.
50. Parrott AC, Milani RM, Parmar R, Turner JJ. Recreational ecstasy/MDMA and other drug users from the UK and Italy: psychiatric symptoms and psychobiological problems. Psychopharmacol. 2001;159(1):77-82. doi: 10.1007/s002130100897.
51. Torsten P, Uwe H, Udo S, Emrich HM, Krüger Tillmann HC. Ecstasy (MDMA) mimics the post-orgasmic state: Impairment of sexual drive and function during acute MDMA-effects may be due to increased prolactin secretion. Med Hypotheses. 2005;64(5):899-903. doi: 10.1016/j.mehy. 2004.11.044.
52. Peugh J, Belenko S. Alcohol, Drugs and Sexual Function: A Review. J Psychoactive Drugs. 2001;33(3):223-32. doi: 10.1080/02791072.2001. 10400569.
53. Podlaska Z, Zdunkiewicz L. Morfogramy jako metoda oceny rozwoju fizycznego mlodziezy w okresie dojrzewania. Endokr Pol. 1961;(12):349-61.
54. R jdmark S, Berg A, Kallner G. Hypothalamicpituitary-testicular axisin patients with hyperthyroidism. Horm Res. 1988;29(5-6):185-90. doi: 10.1159/000181000.
55. Ryan GJ, Jobe LJ. Age-related androgen deficiency and type 2 diabetes. J Pharm Pract. 2011;24(3):316-22. doi: 10.1177/0897190010397719.
56. Wikipedia. Sex and drags [Internet]. 2022. Available from: https://en.wikipedia.org/wiki/Sex_and_drugs.
57. Toorians AW, Janssen E, Laan E, Gooren LJ, Giltay EJ, Oe PL, et al. Chronic renal failure and sexual functioning: clinical status versus objectively assessed sexual response. Nephrol Dial Transplant. 1997;12(12):2654-63. doi: 10.1093/ndt/12.12.2654.
58. Topp Libby, Hando Julie, Dillon Paul, Roche Ann, Solowij Nadia. Ecstasy use in Australia: patterns of use and associated harm. Drug Alcohol Dependence. 1999;55(1-2):105-15. doi: 10.1016/s0376-8716(99)00002-2.
59. Wortsman J, Rosner W, Dufau ML. Abnormal testicular function in men with primary hypothyroidism. Am J Med. 1987;82(2):207-12. doi: 10.1016/0002-9343(87)90057-X.
60. Zemishlany Z, Aizenberg D, Weizman A. Subjective effects of MDMA ('Ecstasy') on human sexual function. Eur Psychiatry. 2001;16(2):127-30. doi: 10.1016/s0924-9338(01)00551-x.

Стаття надійшла до редакції 29.07.2022. – Дата першого рішення 04.08.2022. – Стаття подана до друку 08.09.2022

DOI: https://doi.org/10.30841/2307-5090.3.2022.270820
УДК 616.65-002-036.12-08-059:612.6-055.1

Ефективність впливу комплексного лікування з включенням дієтичних добавок на стан сексуального здоров'я у чоловіків із хронічним бактеріальним простатитом

М.В. Поворознюк
Український державний інститут репродуктології Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, м. Київ

Хронічний простатит – найбільш поширене запальне захворювання передміхурової залози, що складно піддається лікуванню та значно погіршує якість життя. У групі ризику на сьогодні перебувають не тільки чоловіки середнього, а й молодого та більш зрілого віку. Одними з частих проявів хронічного простатиту є сексуальні дисфункції, які спричинюють психоемоційні порушення і негативно впливають на різні сфери життєдіяльності чоловіків.
Максимальне усунення статевих розладів – важлива задача у лікуванні цього захворювання.
Мета дослідження: **аналіз ефективності впливу комплексного лікування з включенням дієтичних добавок на стан сексуального здоров'я у чоловіків із хронічним бактеріальним простатитом.**
Матеріали та методи**. У дослідженні взяли участь 162 хворих на хронічний бактеріальний простатит із порушеннями статевих функцій. Середній вік обстежених становив 33,4±0,6 року. Сексуальні дисфункції у хворих вивчали методом опитування. В основу запитань та варіантів відповідей було покладено Міжнародний індекс еректильної функції. Усім чоловікам проведено комплексну антибактеріальну протизапальну терапію.**
Після отримання традиційного лікування 87 пацієнтам (група 1, основна) терапію було продовжено шляхом призначення дієтичних добавок виробництва ТОВ «Гармонія Україна». Водночас 75 пацієнтів (група 2, контрольна) додаткового лікування не отримували. Чоловіки обох груп були зіставні за віком і тяжкістю проявів захворювання, зокрема статевих розладів, які здебільшого були вираженими.
Результати**. Внаслідок проведеного лікування сексуальне здоров'я пацієнтів обох груп покращилося: посилився статевий потяг, збільшилася частота інтимних стосунків, поліпшилась ерекція, збільшилася тривалість фрикційного періоду статевого акту, а також яскравість оргастичних відчуттів.**
Більш ефективною була терапія у чоловіків групи 1. Передусім це стосувалося стійкості, тривалості і контрольованості ерекції при здійсненні статевого акту, посилення статевого потягу, частоти інтимних стосунків.
В осіб, які приймали дієтичні добавки, нормалізація окремих статевих функцій зафіксована у 51,7–62,1% випадків; усіх функцій у середньому – у 57,5% випадків. У пацієнтів, які отримували тільки антибактеріальне протизапальне лікування, окремі статеві функції було повністю відновлено у 33,3–41,3% випадків; усі функції в середньому – в 38,0% випадків ($p<0,01$). Значно виражених сексуальних дисфункцій у чоловіків групи 1 після лікування було зафіксовано лише в поодиноких випадках; усіх у середньому – в 0,9% випадків. В осіб групи 2 подібні показники становили 6,7–25,3% випадків відповідно, в середньому – 14,3% випадків ($p<0,001$).
Позитивний вплив лікування із включенням дієтичних добавок відзначили 82,8% чоловіків. Дуже задоволеними терапією були 60,9% пацієнтів. Зазначене лікування сприяло задоволенню статевими відносинами та покращенню здоров'я загалом, а також позитивно відобразилось на всіх сферах життя чоловіків. Водночас пацієнти, які отримували тільки антибактеріальну протизапальну терапію, зазначили її високу ефективність у 62,7% випадків ($p<0,01$). Дуже задоволеними лікуванням були 30,7% чоловіків ($p<0,001$).
Заключення**. Дієтичні добавки доцільно широко застосовувати у комплексі терапії хворих на хронічний бактеріальний простатит із сексуальними розладами.**
Ключові слова: *хронічний бактеріальний простатит, комплексна антимікробна протизапальна терапія, дієтичні добавки, лібідо, ерекція, тривалість статевого акту, частота інтимних стосунків.*

Effectiveness of the complex treatment with the inclusion of dietary supplements on the sexual health in men with chronic bacterial prostatitis

M.V. Povorozniuk

Chronic prostatitis is the most common inflammatory disease of the prostate gland, which is difficult to treat and significantly impairs the quality of life. Today, not only middle-aged men are in the risk group, but also young and older men. One of the frequent manifestations of chronic prostatitis are sexual dysfunctions, which cause psycho-emotional disturbances and negatively affect various spheres of men's life.
Maximum removal of sexual disorders is an important task in the treatment of this disease.

© The Author(s) 2022 This is an open access article under the Creative Commons CC BY license

The objective: to analyze the effectiveness of complex treatment with the inclusion of dietary supplements on the sexual health in men with chronic bacterial prostatitis.
Materials and methods. 162 patients with chronic bacterial prostatitis with sexual dysfunction took part in the study. All men received complex antibacterial and anti-inflammatory therapy. The average age of the examined persons was 33.4±0.6 years old. Sexual dysfunctions in patients were studied by the survey method. The questions and answer options were based on the International Index of Erectile Function.
After traditional complex antibacterial anti-inflammatory treatment, 87 patients of the 1st group (main group) received the dietary supplements produced by Harmony Ukraine Ltd. At the same time, of the 2d group (control one) did not receive additional treatment. Men of both groups were comparable in age and severity of disease manifestations, in particular sexual disorders, which were mostly pronounced.
Results. As a result of the treatment, the sexual health of patients in both groups improved: sexual desire increased, the frequency of intimate relations increased, erection improved, the duration of the friction period of sexual intercourse increased, as well as the brightness of orgasmic sensations.
The therapy was more effective in men of the 1st group. First of all, it concerned stability, duration and controllability of erection during sexual intercourse, increased sexual desire, regularity of intimate relations.
In persons who took additionally dietary supplements, the normalization of individual sexual functions was observed in 51.7–62.1% of cases; of all functions – in an average of 57.5% of cases. In patients who received only antibacterial anti-inflammatory treatment, individual sexual functions were completely restored in 33.3–41.3% of cases; all functions on average – in 38.0% of cases ($p<0.01$). Significantly pronounced sexual dysfunctions in men of the 1st group were not determined after treatment, they were found only in isolated cases; all of them on average – 0.9% of cases. In the persons of the 2d group, similar indicators were 6.7–25.3% of cases, respectively, on average – 14.3% of cases ($p<0.001$).
The positive effect of treatment with the inclusion of dietary supplements was determined in 82.8% of men. 60.9% of patients were very satisfied with the therapy. The specified treatment contributed to satisfaction with sexual relations and improved general health, and also had a positive effect on all spheres of men's lives. At the same time, the patients who received only antibacterial anti-inflammatory therapy had its high effectiveness in 62.7% of cases ($p<0.01$). 30.7% of men were very satisfied with the treatment ($p<0.001$).
Conclusion. It is advisable to widely use dietary supplements in the complex therapy of patients with chronic bacterial prostatitis with sexual disorders.
Keywords: *chronic bacterial prostatitis, complex antimicrobial anti-inflammatory therapy, dietary supplements, libido, erection, duration of intercourse, frequency of intimate relations.*

Хронічний простатит – одна з найбільш частих урологічних патологій, що має соціальну значущість [1–8]. До виникнення цього захворювання схильні чоловіки найбільш працездатного і репродуктивного віку – 30–45 років [1, 4, 8, 9]. Проте останнім часом вік хворих на простатит водночас і збільшився (до 60 років і вище), і помолодшав (до 20 років) [4, 10, 11]. Простатит рідко призводить до тяжких, життєво небезпечних ускладнень, але має переважно тривалий рецидивуючий перебіг, погано піддається лікуванню і значно погіршує якість життя [1, 9, 12, 13].

У період загострення хвороби нерідко спостерігають різний за характером та інтенсивністю больовий синдром, порушення сечовиділення, слабкість, підвищену втомлюваність, зниження працездатності, порушення сну, підвищення температури тіла. Часто хронічний простатит супроводжується сексуальними порушеннями [14–18], які негативно впливають на психічне здоров'я. За результатами різних досліджень, частота виявлення сексуальних порушень становить від 40–45% до 77% [14, 15]. Хронічний простатит як із типовими клінічними симптомами, так і з латентним перебігом негативно впливає на якість сперми і може бути причиною безпліддя [1, 2, 7, 10, 14].

Проявами сексуальних дисфункцій у хворих на хронічний простатит є передчасна еякуляція, зниження інтенсивності оргазму та його болючість, зменшення статевого потягу, ослаблення ерекції [1, 15, 19]. І.І. Горпинченко (2012) відзначає, що сексуальні розлади у пацієнтів з хронічним простатитом передусім стосуються тривалості статевого акту і зниження оргастичних відчуттів [14]. У разі поєднання хронічного простатиту та еректильної дисфункції остання може бути зумовлена психогенним фактором, набутою андрогенною недостатністю, порушенням кавернозної гемодинаміки [14]. Сексуальні розлади відображаються на психіці і працездатності хворого, привертають його увагу до хвороби, спричинюють розвиток неврастенії, тривожних і депресивних станів, які зі свого боку посилюють тяжкість перебігу захворювання [19, 20].

Сексуальні стосунки, що існують, погіршуються або розриваються. Нові зв'язки утворюються більш складно чи взагалі не виникають. Порушуються також і міжособистісні відносини у шлюбі, контакти з рідними й друзями [16]. Різні психоемоційні розлади виявляють у 78–93% хворих на хронічний простатит [14].

Отже, хронічний простатит – захворювання з багатьма ланками патогенезу і різними клінічними проявами. Лікування слід проводити комплексно з огляду на особливості стану пацієнта, використовувати засоби, спрямовані на нормалізацію сексуальної функції у хворих [14, 21].

Мета дослідження: визначення ефективності впливу комплексного лікування з включенням дієтичних добавок на стан сексуального здоров'я у чоловіків із хронічним бактеріальним простатитом.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Під нашим спостереженням було 162 чоловіки, які звернулися по медичну допомогу до Українського державного інституту репродуктології Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика (м. Київ) в останні 5 років. Пацієнтам було проведено обстеження, а саме: збір скарг, анамнез, загальний огляд, фізикальне обстеження стате-

вих органів і, зокрема, пальцеве дослідження передміхурової залози з отриманням її секрету і подальшої мікроскопії, бакпосів еякуляту та комплексне обстеження на наявність інфекцій, що передаються статевим шляхом, ультразвукове дослідження простати з наповненим сечовим міхуром і після міксії – визначення остатку залишку сечі, трансректальне ультразвукове дослідження простати, аналіз сечі загальний і тристаканна проба; в окремих хворих також проводили визначення загального PSA та МРТ органів малого таза з контрастуванням.

У результаті обстеження у хворих було діагностовано хронічний бактеріальний простатит.

Вік пацієнтів становив від 26 до 57 років (середній вік – 33,4±0,6 року). У 64,8% чоловіків хронічний бактеріальний простатит було виявлено вперше; 35,2% чоловіків знали про хворобу протягом останніх 2–15 років; дві третини з них раніше лікувалися.

У хворих здебільшого спостерігалися алгічний та дизуричний синдроми; різні за характером астеноневротичні прояви. Незалежно від комбінації і ступеня вираженості цих симптомів у всіх пацієнтів фіксували сексуальні розлади. У більшості чоловіків спостерігалося скорочення тривалості статевого акту, нездатність контролювати сім'явиверження, подовжувати коїтус або неможливість завершувати статевий акт еякуляцією в бажаний момент. Часто обстежені скаржилися на зниження оргастичних відчуттів, їхню стертість і навіть болючість під час сім'явиверження; зменшення статевого потягу; ослаблення ерекції. Чимало осіб вказували на рідкі статеві стосунки, навмисне їх уникнення та обмеження. Усі пацієнти відчували невдоволеність інтимними стосунками.

Прояви захворювання і передусім сексуальні дисфункції викликали у чоловіків значне занепокоєння, тривогу, а інколи навіть страх, що негативно позначалося на різних аспектах життя.

Слід зазначити, що була виражена помірно або була відсутня хронічна соматична та ендокринна патологія, яка може призводити до еректильної дисфункції та інших сексуальних розладів (цукровий діабет 2-го типу або порушення толерантності до глюкози, гіпертонічна хвороба, абдомінальне ожиріння, метаболічний синдром, захворювання щитоподібної залози, гіперпролактинемія) за даними анамнезу і показників вимірювання артеріального тиску, об'єму талії, визначення у сироватці крові глікованого гемоглобіну, холестерину загального, тиреотропного гормону, пролактину тощо.

Андрогенна недостатність, з урахуванням рівня тестостерону загального і вільного у сироватці крові, у всіх обстежених і навіть в осіб старшого віку була відсутня.

Усі чоловіки отримали комплексне антибактеріальне протизапальне лікування. У 87 осіб (група 1, основна) терапію одразу було продовжено шляхом призначення дієтичних добавок Потенза і Лонгсил виробництва ТОВ «Гармонія Україна», затверджених до використання МОЗ України.

Засоби Потенза та Лонгсил приводять до потужного стимулювального впливу на організм, сприяють нормалізації роботи всіх органів і систем, зокрема сечостатевої системи та психоемоційної сфери.

Складові продукту Потенза – екстракти з кордицепсу, гуарани, гінкго білоба, кісточок винограду – мають виражену дію на посилення лібідо та ерекції. Продукт Лонгсил – екстракт маки перуанської, який містить значну кількість білка з біологічно цінним амінокислотним профілем (19 амінокислот, з яких 8 – незамінні), насичені і ненасичені жирні кислоти в оптимальному співвідношенні, а також вітаміни А, С, Е і групи В, ефективно впливає на подовження якісної ерекції і тривалість статевого акту, покращує показники сперми.

Комбіноване використання Потенза і Лонгсил гармонійно потенціює дію одне одного, приводить до найбільшого терапевтичного ефекту, є безпечним та не потребує постійного лікарського нагляду.

Продукт Потенза призначали по 1–2 капсули 1 раз у дві доби у першій половині дня курсом 32 капсули. Лонгсил застосовували по 1 капсулі 1 раз на добу протягом 6 днів, після добової перерви – ще 6 днів; надалі після добової перерви Лонгсил рекомендували по 1 капсулі 1 раз у дві доби до 2 міс. Деяким чоловікам пропонували також вживання Потенза додатково по 1 капсулі за 2 год до передбачуваних інтимних стосунків.

У 75 пацієнтів (група 2, контрольна) після отримання антибактеріальних і протизапальних препаратів лікування було призупинено.

Чоловіки груп 1 і 2 не відрізнялися за віком і тяжкістю проявів захворювання.

Ефективність впливу комплексної терапії з включенням продуктів Потенза та Лонгсил на стан сексуальних функцій у хворих групи 1 було порівняно з результатами тільки антибактеріального протизапального лікування у хворих групи 2 через 1 міс після його закінчення. Стан сексуального здоров'я у пацієнтів обох груп до і після лікування оцінювали за результатами їхніх відповідей щодо низки статевих функцій.

В основу запитань та оцінки відповідей на них було покладено Міжнародний індекс еректильної функції [22]. Чоловікам груп 1 і 2 пропонувалося відверто й однозначно відповісти щодо сили сексуального потягу, стану ерекції й еякуляції, яскравості відчуттів при оргазмі, частоти статевих актів, задоволеності статевим життям. Їхні відповіді оцінювали балами. Для кожного з показників сексуальної функції вираховували інтегральний показник. За обраного дизайну дослідження нормальні рівні показників чоловічого сексуального здоров'я становили 4 бали, залежно від ступеня порушення – 3, 2 і 1 бал.

Так, наприклад, якщо у пацієнта кількість статевих актів була 2–4 рази на тиждень і більше, це розцінювалося як нормальний показник (4 бали); 1–2 рази на тиждень – помірне зниження частоти (3 бали); 1 раз на 2 тиж – як виражене зниження (2 бали); 1 раз на 4 тиж і рідше – як значно виражене (1 бал).

Вираженість статевого потягу – сильний (4 бали), дещо ослаблений (3 бали), ослаблений (2 бали), значно знижений (1 бал) оцінювались суб'єктивно самим пацієнтом.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Після проведеної терапії стан пацієнтів обох груп суттєво покращився. Зникла або зменшилася слабкість, підвищилися працездатність та вітальний тонус, значно послабшали або зникли больові відчуття і дискомфорт у ділянці промежини, нормалізувалось або покращилося сечовипускання, зменшилась або нормалізувалася кількість лейкоцитів у секреті передміхурової залози. У 82,5% осіб було підтверджено елімінацію мікроорганізмів, що ймовірно могли спричиняти і підтримувати запальний процес у простаті.

Динаміку вираженості порушень окремих статевих функцій у чоловіків із хронічним бактеріальним простатитом внаслідок лікування наведено на рисунку.

Результати дослідження продемонстрували, що до початку лікування показники стану лібідо, ерекції, тривалості статевого акту і частоти інтимних стосунків у пацієнтів груп 1 і 2 не розрізнялися, здебільшого порушення цих статевих функцій у них були вираженими (оцінка – близько 2 балів).

У результаті проведеної терапії сексуальне здоров'я чоловіків обох груп покращилося: посилився статевий потяг, підвищилася частота інтимних стосунків, поліпшилася ерекція, збільшилася тривалість фрикційного періоду статевого акту, а також яскравість оргастичних відчуттів. Це сприяло гармонізації статевих і міжособистісних відносин у сім'ї, покращенню психоемоційного стану пацієнтів.

Водночас більш впевнених результатів щодо усунення статевих дисфункцій було досягнуто у пацієнтів групи 1, у яких комплексне антибактеріальне протизапальне лікування було доповнено призначенням дієтичних добавок Потенза та Лонгсил. Передусім це стосувалося стійкості, тривалості, контрольованості ерекції при здійсненні статевого акту, посилення статевого потягу, частоти інтимних стосунків.

В осіб групи 1 нормалізацію окремих сексуальних функцій, які було проаналізовано, зафіксовано у 51,7–62,1% випадків, усіх чотирьох функцій у середньому – у 57,5% випадків. У пацієнтів групи 2, які отримували тільки антибактеріальну протизапальну терапію, окремі статеві функції було повністю відновлено лише у 33,3–41,3% випадків, усіх чотирьох у середньому – у 38,0% випадків ($p<0,01$).

Значно виражених статевих дисфункцій у чоловіків групи 1 після лікування не лишалося зовсім, або вони мали місце в поодиноких випадках, всіх чотирьох у середньому – у 0,9% випадків. В осіб групи 2 після проведеної терапії значно виражені порушення окремих функцій були у 6,7–25,3% випадків, усіх чотирьох у середньому – у 14,3% випадків ($p<0,001$).

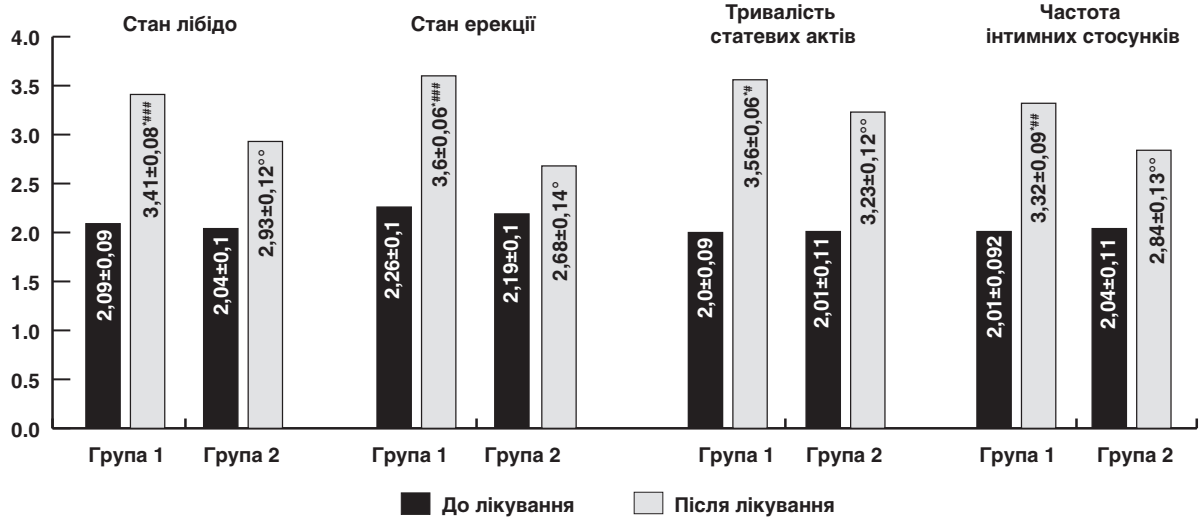
Високу ефективність лікування із включенням Потенза та Лонгсил відзначили 82,8% чоловіків. Дуже задоволеними терапією були 60,9% пацієнтів. На їхню думку, проведене лікування сприяло не тільки задоволенню статевими відносинами та покращенню здоров'я в цілому, а й знайшло позитивний відбиток у всіх сферах життя.

Особи, які отримували тільки антибактеріальну протизапальну терапію, зазначили її високу ефективність у 62,7% випадків ($p<0,01$). Дуже задоволеними лікуванням були 30,7% чоловіків ($p<0,001$).

ВИСНОВКИ

Доповнення традиційної комплексної антибактеріальної протизапальної терапії дієтичними добавками Потенза та Лонгсил у чоловіків із хронічним бактеріальним простатитом ефективно впливає на стан їхнього сексуального здоров'я: нормалізації і збільшення лібідо, значного покращення ерекції, зростання тривалості статевого акту, збільшення частоти сексуальних відносин.

Продукти Потенза та Лонгсил доцільно широко застосовувати в комплексі терапії чоловіків, хворих на хронічний бактеріальний простатит із сексуальними розладами.



Інтегральні показники окремих статевих функцій у чоловіків у динаміці лікування, бали

Примітки: достовірність різниці між показниками: * – у динаміці лікування в групі 1, $p<0,001$; ° – у динаміці лікування в групі 2, $p<0,01$; °° – у динаміці лікування в групі 2, $p<0,001$; # – після лікування відносно групи 2, $p<0,05$; ## – після лікування відносно групи 2, $p<0,01$; ### – після лікування відносно групи 2, $p<0,001$.

HEALTH OF MAN / ЗДОРОВ'Я ЧОЛОВІКА • №3 (82)/2022
ISSN 2307-5090 (Print) | ISSN 2412-5547 (Online)

Для підтримки нормальної статевої функції у чоловіків

Повна назва продукту: Дієтична добавка «ПОТЕНЗА»

Склад 1 капсули: екстракт гуарани -210 мг (mg); екстракт кордицепсу – 100 мг (mg); екстракт з кісточок винограду – 30 мг (mg); екстракт гінкго білоба - 10 мг (mg); допоміжні речовини: желатин (оболонка капсули) – 100 мг (mg), стабілізатор - МКЦ (мікрокристалічна целюлоза) – 50 мг (mg); харчові барвники (оболонка капсули): заліза оксид червоний, заліза оксид чорний.

Рекомендації щодо споживання (використання): дієтична добавка може бути спожита додатково до звичайного харчового раціону як джерело комплексу біологічно активних речовин для підтримки нормальної статевої функції у чоловіків та загального зміцнення організму.

Рекомендована порція для щоденного (добового) споживання: 1-2 капсули 1 раз у 2-3 доби.

Не є лікарським засобом. Перед споживанням рекомендована консультація лікаря. Дієтична добавка не може замінити повноцінного і збалансованого раціону харчування. Не перевищувати рекомендоване щоденне (добове) споживання.

Виробник (замовник виготовлення): ТОВ «Гармонія Україна», Україна, 01103 м. Київ, вул. Підвисоцького/Драгомирова,10/10, к. 60-61, тел.: +38(099)721-81-47.

Повну інформацію можна знайти в інструкції з використання дієтичної добавки.

Висновок про науково-дослідну роботу з оцінки дієтичної добавки: на підставі розгляду та оцінки дієтичних та споживчих властивостей і за результатами гігієнічної оцінки, а також досліджень показників безпеки дієтична добавка «ПОТЕНЗА» відповідає вимогам вітчизняного санітарного законодавства про дієтичні добавки (Науковий центр превентивної токсикології, харчової та хімічної безпеки ім. академіка Л.І. Медведя МОЗ України, №3/8-А-394-19-67255Е).

Повна назва продукту: Дієтична добавка «ЛОНГСИЛ»

Склад 1 капсули: екстракт маки перуанської (Lepidium meyenii) - 500 мг (mg); допоміжні речовини: желатин (оболонка капсули) – 100 мг (mg), харчовий барвник (оболонка капсули) – титану двоокис.

Рекомендації щодо споживання (використання): дієтична добавка може бути спожита додатково до звичайного харчового раціону як джерело комплексу біологічно активних речовин для підтримки нормальної статевої функції у чоловіків та жінок, статевої сили та потягу.

Рекомендована порція для щоденного (добового) споживання: 1 капсула на добу.

Не є лікарським засобом. Перед споживанням рекомендована консультація лікаря. Дієтична добавка не може замінити повноцінного і збалансованого раціону харчування. Не перевищувати рекомендоване щоденне (добове) споживання.

Виробник (замовник виготовлення): ТОВ «Гармонія Україна», Україна, 01103 м. Київ, вул. Підвисоцького/Драгомирова,10/10, к. 60-61, тел.: +38(099)721-81-47.

Повну інформацію можна знайти в інструкції з використання дієтичної добавки.

Висновок про науково-дослідну роботу з оцінки дієтичної добавки: на підставі розгляду та оцінки дієтичних та споживчих властивостей і за результатами гігієнічної оцінки, а також досліджень показників безпеки дієтична добавка «ЛОНГСИЛ» відповідає вимогам вітчизняного санітарного законодавства про дієтичні добавки (Науковий центр превентивної токсикології, харчової та хімічної безпеки ім. академіка Л.І. Медведя МОЗ України, №3/8-А-5070-65106Е).

potenza.com.ua

longsil.com.ua

Інформація для медичних і фармацевтичних працівників, а також для поширення в рамках спеціалізованих заходів з медичної тематики.

Відомості про автора

Поворознюк Михайло Володимирович – канд. мед. наук, Український державний інститут репродуктології Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, м. Київ; тел.: (097) 230-02-26

Information about the author

Povorozniuk Mykhailo V. – MD, PhD, Ukrainian State Institute of Reproductology Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Kyiv; tel.: (097)-230-02-26

ПОСИЛАННЯ

1. Horpynchenko II, Lytvynets YEA, Sandurskyy OP, Trishch VI. Diahnostyka khronichnoho prostatytu: suchasni realiyi ta problemy. Zdorove muzhchyny. 2014;48(1):105-10.
2. Hurzhenko YUM. Antybiotykoterapiya khronichnoho prostatytu u svitli dokazovoyi medytsyny. Zdorovya Ukrayiny. 2020;20(3):23.
3. Kogan MI, Naboka YUL, Ismailov RS, Belousov II, Gudima IA. Bakterialnyy prostatit: epidemiologiya i etiologiya. Urol. 2018;(6):144-8. doi: 10.18565/urology.
4. Chernogubova YEA. Markory vospaleniya pri raznykh formakh khronicheskogo abakterialnogoprostatita. Vestnik urol. 2018;6(2):44-53. doi: 10.21886/2308-6424-2018-6-2-44-43.
5. Cyril AC, Jan RK, Radhakrishnan R. Pain in chronic prostatitis and the role of ion channels: a brief overview. Br J Pain. 2022;16(1):50-9. doi: 10.1177/20494637211015265.
6. Khan FU, Ihsan AU, Khan HU, Jana R, Wazir J, Khongorzul P, et al. Comprehensive overview of prostatitis. Biomed Pharmacother. 2017;94:1064-76. doi: 10.1016/j.biopha.2017.08.016.
7. Magistro G, Stief CG, Wagenlehner FME. Chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. Urol A. 2020;59(6):739-48. doi: 10.1007/s00120-020-01226-5.
8. Stamatiou K, Samara E, Perletti G. Sexuality, Sexual Orientation and Chronic Prostatitis. J Sex Marital Ther. 2021;47(3):281-4. doi: 10.1080/0092623 X.2020.1871142.
9. Gurbanov ASH, Shevyrin AA, Akhmedov MN, Bakhshyly SHR. Vzaimosvyaz vospalitelnykh proyavleniy i morfofunktsionalnykh izmeneniy predstatelnoy zhelezy u patsiyentov s khronicheskim prostatitom. Urol vedomosti. 2019;(9):37-8.
10. Fedoruk OS, Stepanchenko MS, Bozhuk BS. Katastrofizatsiya khronichnoho bolyu ta psykhohenni mekhanizmy obtyazhennya perebihu khronichnoho nebakterialnoho prostatytu. Bukovynsky medychnyy visnyk. 2018;22(4):(88):113-19. doi: 10.24061/2413-0737. XXII.4.88.2018.95.
11. Urkmez A, Yuksel OH, Uruc F, Akan S, Yildirim C, Sahin A, et al. The effect of asymptomatic histological prostatitis on sexual function and lower urinary tract symptoms. Arch Esp Urol. 2016;69(4):185-91.
12. Brizhatyuk YEV, Shevchenko SYU. Vliyaniye obraza zhizni bolnogo khronicheskim prostatitom na yeyo kachestvo. Vestnik Urol. 2020;8(3):13-7. doi: 10.21886/2308-6424-2020-8-3-13-17.
13. Doiron RC, Nickel JC. Management of chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. Can Urol Assoc J. 2018;12(6 Suppl 3):161-3. doi: 10.5489/cuaj. 5325.
14. Gorpynchenko II. Muzhchina v KHKHI veke. Seksologicheskiye i andrologicheskiye aspekty. Zdorovye muzhchiny. 2012;(4):15-8.
15. Davidov MI. Seksualnaya disfunktsiya u bolnykh khronicheskim prostatitom i yeye lecheniye. Urologiya. 2020;(1):51-8. doi: 10.18565/urology. 2020.1.51-58.
16. Boyko NI. Prostatit i seksualnyyerasstroystva. Prostatit. Moskva: MEDpress-inform; 2011, s. 130-5.
17. Kocharyan GS. Seksualnyye disfunktsii u bol'nykh khronicheskim prostatitom: modeli formirovaniya. Zdorovye muzhchiny. 2012;41(2):114-22.
18. Kulchavenya YEV, Brizhatyuk YEV, Kholtobin DP, Cherednichenko AG. Sovremennyy podkhod k diagnostike khronicheskogo prostatita. Urol. 2021;(2):32-9. doi: 10.18565/urology.2021.2.32-39.
19. Boyko NI. Osobennostilichnostipatsiyenta s khronicheskim prostatitom. Moskva: MEDpress-inform; 2011, s. 114-9.
20. Kuznetskiy YUYA. Klinicheskaya kartina. Moskva: MEDpress-inform; 2011, s. 108-13.
21. Bozhedomov VA. Sovremennyye vozmozhnosti lecheniya khronicheskogo prostatita. Androl Genitalnaya Khirurgiya. 2016;(17):10-22. doi: 10.17650/2070-9781-2016-17-3-10-22.
22. Rosen R, Cappelleri J, Gendrano N. The International Index of Erectile Function (IIEF): a state-of-the-science review. Int J Impot Res. 2002;(14);226-44. doi: 10.1038/sj.ijir.3900857.

Стаття надійшла до редакції 28.07.2022. – Дата першого рішення 03.08.2022. – Стаття подана до друку 15.09.2022

DOI https://doi.org/10.31579/2688-7517/053
УДК 616.89-008.442.36:615.851.2

Correction of Homosexual Desire in a Male Adolescent. A Case from Clinical Practice

Garnik S. Kocharyan
Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education (Kharkiv, Ukraine)

«Psychological Counseling and Psychotherapy» (Issue 17, 2022).

The article describes a clinical case with a 17-year-old male patient, who presented complaints about presence of his homosexual desire. He believed that his sexual orientation was pathology and existing statements about normality of homosexuality were political propaganda. He wanted to get rid of homosexuality, marry over time and have children.
During an active inquiry he informed that the proportion of the homosexual component of his libido in its total structure was 90–95%, that of the heterosexual one being 5–10%. Though during his active inquiry the patient informed about presence of a minimally expressed heterosexual component, our comprehensive analysis of his psychosexual development, sexual behavior manifestations and erotic dreams did not reveal any presence of the heterosexual component. Nevertheless, the latter might be present because from the very beginning the patient felt a slightly expressed sexual desire during heterosexual masturbation. The following correction was made: (1) cognitive influences targeted at strengthening of the patient's set that it is normal to be heterosexual as opposed to homosexual; (2) aesthetic-erotic correction (viewing of beautiful women [naked and non-naked] using video materials for formation of the woman ideal); (3) hypnosuggestive correction of the sexual desire orientation with inclusion of the cognitive and behavioral (aversive) components; (4) prohibition of homosexually oriented masturbation and change over to heterosexually oriented one (sexual behavior training targeted at change of orientation of his sexual desire).
Complete normalization of the patient's health took place after 10 sessions of hypnosuggestive correction (programming, modelling) and retraining masturbation. This clinical observation once again demonstrates the possible effectiveness of conversion therapy with absence of any complications. Here we should emphasize that such therapy can be given only on the voluntary basis.
Keywords: *homosexuality, male adolescent, hypnosuggestion, sexual behavior training.*

Корекція гомосексуального потягу у підлітка чоловічої статі. Випадок з клінічної практики

Г. С. Кочарян

У статті наведено клінічний випадок, де йдеться про 17-річного пацієнта, який скаржився на наявність у нього гомосексуального потягу. Вважає таку сексуальну орієнтацію за патологію, а існуючі твердження про те, що гомосексуалізм є нормою, – політичною пропагандою. Хоче позбутися гомосексуальності, з часом одружитися та мати дітей.
При активному розпитуванні зазначає, що питома вага гомосексуального компонента лібідо у його структурі становить 90–95%, а гетеросексуального – 5–10%. Хоча при активному опитуванні пацієнт зазначив наявність мінімально вираженого гетеросексуального компонента, проте ретельний аналіз його психосексуального розвитку, сексуальних поведінкових проявів та еротичних сновидінь наявність гетеросексуального компонента не виявив. Проте наявність такого компонента імовірна, оскільки з самого початку при гетеросексуальній мастурбації у пацієнта фіксують слабкий статевий потяг.
Було проведено таку корекцію: 1) когнітивні впливи, спрямовані на підтримку настанови пацієнта на нормативність гетеросексуальності на відміну від гомосексуальності; 2) естетико-еротична корекція (розглядання красивих жінок [оголених і неоголених] з використанням відеоматеріалів для формування жіночого ідеалу); 3) гіпносугестивна корекція спрямованості статевого потягу з включенням когнітивного та поведінкового (аверсивного) компонентів; 4) заборона на гомосексуально орієнтовану мастурбацію та переключення на гетеросексуально орієнтовану (сексуально-поведінковий тренінг для періорієнтації спрямованості статевого потягу).
Повна нормалізація стану здоров'я пацієнта відбулася після 10-ти проведених сеансів гіпносугестивної корекції (програмування, моделювання) та перенавчальної мастурбації. Наведене клінічне спостереження вкотре демонструє можливу ефективність репаративної терапії з відсутністю розвитку будь-яких ускладнень. При цьому необхідно наголосити, що така терапія може проводитися лише на добровільній основі.
Ключові слова: *гомосексуальність, підліток чоловічої статі, гіпносугестія, сексуально-поведінковий тренінг.*

Introduction

At present there are two approaches in providing psychotherapeutic aid to ego-dystonic homosexuals (those homosexuals, who do not accept their sexual orientation). According to the first one, such cases should be adapted to orientation of their own sexual desire and helped in adjusting to live in the society with heterosexual standards [7]. This is so-called supportive, or gay affirmative, therapy. The second approach (reparative, conversion, sexual reorientation, differentiation therapy) is directed to help homosexual men and women in changing their sexual orientation. The former approach is based on the statement

© The Author(s) 2022 This is an open access article under the Creative Commons CC BY license

that homosexuality is not a mental disorder [4]; this is embodied in the International Classification of Diseases, Tenth and Eleventh Revisions (ICD-10 and ICD-11), and the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM–5). From this it follows that those homosexuals, who do not accept their sexual orientation, should not be treated. Also, conversion therapy is called ineffective and, even more, able only to harm, that is not confirmed by experience of clinical work [2–8, 10–11]. On the basis of such false statements measures, sometimes unprecedented, are taken for banning conversion therapy.

Malta has become the first European country, where conversion therapy is officially banned. The bill concerning its ban was unanimously approved by Maltese legislators. Under this new law, anyone who tries to "change, repress or eliminate a person's sexual orientation, gender identity and/or gender expression" will be fined up to 10,000 Euros or even jailed for up to a year. The bill also states that "no sexual orientation, gender identity or gender expression constitutes a disorder, disease or shortcoming of any sort".

Bundesrat (the representative body of federal states in Germany) approved on June 5, 2020 the bill, which bans conversion therapy. Its delivery can be punished with imprisonment for up to one year, its promotion and facilitation being fined with up to 30,000 Euros, as *The Deutsche Welle* informs [1].

At present this therapy is legally prohibited for minors in 20 states and numerous municipalities in the United States; efforts are also made to expand the scope of this ban for adults [11].

As a matter of fact, these bans deprive ego-dystonic homosexuals of the opportunity to receive the aid they look for and as a result violate their rights. But the use of conversion therapy is not banned in the majority of countries, Ukraine being among them.

Below is a clinical example of successful correction of homosexuality with use of psychotherapeutic influences.

Case report

Male patient L., 17, a second-year university student, did not work. He sought our medical advice on September 11, 2021.

Complaints. He presented complaints about presence of his homosexual desire. He believed that his sexual orientation was pathology and existing statements about normality of homosexuality were political propaganda. He wanted to get rid of homosexuality, marry over time, have children and live a normal life. During an active inquiry he informed that the proportion of the homosexual component of his libido in its total structure was 90-95%, that of the heterosexual one being 5-10%.

Anamnesis. Before the 5th form (the age of 11 years) he did not like anybody – either boys or girls. He had never had any romantic (platonic) desire to girls. In the 5th form he began to like boys, but it was not platonic libido any more: he imagined that he came into physical contact with them with resultant erection. He attempted to touch them accidentally, but he did not go further. At school and outdoors he started to wrestle with them intentionally that resulted in erection. He had never fallen in love with boys. It should be particularly emphasized that during all his life the patient had never fallen in love with either males or females. He had never had any sexual intercourses.

Masturbation started from the age of 14-15 (the 7th-8th form). His ***first ejaculation and orgasm*** happened at the same age too. He masturbated using fantasies and photographs of clothed boys and additionally engaging more sexually explicit fantasies as well as he used video plots including porn ones: at first they contained naked men and later homosexual intercourses. From the very beginning, he had been masturbating every day.

Erotic dreams. He remembered that they appeared more than a year before and occurred once every two months. He did not dream sexual intercourses, and he had never felt any desire to kiss. He dreamt that he touched abdominal muscles and other parts of boys' body except for their lips. During such dreams no orgasm and ejaculation took place.

In childhood, he was friendlier with girls. He did not like wrestling (except for with the erotic purpose); he was not fond of football and basketball either. During 11 years (from the 1st to 11th form) he enjoyed practicing ballroom dancing. Some period of time he also made yogic exercises, and he liked them.

He had never disguised himself as persons of the opposite sex, painted his lips, put on earrings or made up.

His mother was the leader in their family. He characterized her as very active and emotional. His father was the very opposite to her. It was his mother who paid much more attention to his education. His father worked much ("he had some business") and came home after his work very late. Only his mother knew about his sexual orientation.

His mother's delivery was normal; he was born mature and healthy.

He did not have any chronic diseases. He did not smoke, abuse alcoholic drinks and take narcotic drugs.

Objective data. Body height = 178 cm; body weight = 70 kg. He shaved himself once every 3-4 days ("such a necessity appears"). There was much hair on his arms and legs. Also, hair was present on his abdomen and chest. There was a hair "line" from his pubis to umbilicus. The size of his penis and testes was normal. His scrotum was sufficiently wrinkled and pigmented. His glans penis was freely exposed.

Conclusion

The state of that young man could be assessed as ego-dystonic homosexuality. During his active inquiry the patient informed about presence of a minimally expressed heterosexual component. Yet our comprehensive analysis of his psychosexual development, sexual behavior manifestations and erotic dreams did not reveal any presence of the heterosexual component. Nevertheless the latter might be present because from the very beginning the patient felt a slightly expressed sexual desire during heterosexual masturbation.

Recommendations.

1. Cognitive influences targeted at strengthening of the patient's set that it is normal to be heterosexual as opposed to homosexual.

2. Aesthetic-erotic correction (viewing of beautiful women [naked and non-naked] using video materials for formation of the woman ideal).

3. Hypnosuggestive correction of the sexual desire orientation with inclusion of the cognitive and behavioral (aversive) components.

4. Prohibition of homosexually oriented masturbation and change over to heterosexually oriented one (sexual behavior training targeted at change of orientation of his sexual desire: experiencing of pleasant sensations, excitement and orgasm during heterosexual masturbation with resultant formation of heterosexual behavior stereotype).

September 12, 2021. The first session of hypnosuggestive therapy was conducted.

The following suggestion, which included 5 structural components, was made:

1 "The homosexual desire and intercourses are futureless. ... This is a dead-end road that leads to loneliness, absence of family and children".

2. Twelve comparisons of the word "homosexuality" with other ones were pronounced, those words being associated with either unpleasant sensations, or unpleasant landscapes, or negative social consequences of homosexual relations, or mental disorders and somatic problems observed in homosexuals.

3. Liberation of the organism from the homosexual desire: "One. ... Your organism has begun to liberate from the homosexual desire... Two. ... The process of liberation from the homosexual desire is becoming still more expressed and passing still more intensively. Three. ... You are becoming liberated from the homosexual desire more and more. ... Four. ... The internal cleaner enters the most hidden areas of your psyche, your consciousness and subconsciousness, casting out residues of the homosexual desire, collecting them and throwing out of your organism like garbage in order to release it from this pathological programme, from this pathogenic garbage. ... Five. ... Your organism has been liberated from the sexual desire to males to the maximally full degree possible by today".

4. Filling of the organism with the heterosexual desire: "One. ... Your organism has begun to fill with the heterosexual desire, which is filling every cellule of your body. ... Two. ...The desire to females is filling your every nerve cell. ... Three. ...The desire to girls and women is filling all your nervous system. ... Four. ... The heterosexual desire is filling every unit of your mental space, your consciousness and subconsciousness. ... Five. ... Your psyche, your nervous system, all your organism have been filled with the sexual desire to persons of the opposite sex".

5. A change of the aesthetic and sexual perception of persons of the female and male sex, intensification of the sexual desire to girls and women: "From now persons of the female sex arouse your interest. ... You like their beautiful faces, nice figures, pleasant voices. You like to communicate with them, you feel a strong sexual desire to them. ... On the contrary, persons of the male sex are perceived by you only as friends, comrades, fellows, acquaintances and strangers, but sexually neutral objects. ... Any sexual desire to them is absolutely absent".

Also suggestions were made (nonstructural component), which were focused on programming of good mood: "From now, from the moment of waking up in the morning and by the moment of falling asleep in the evening you are in good and sometimes festive mood. ... You perceive life in optimistic, pink shades; you enjoy life and derive pleasure from it".

September 17, 2021. The patient noticed small positive shifts. The homosexual and heterosexual components in the structure of his libido made, respectively, 85 and 15%. His reaction to girls had become slightly larger. During the previous period he masturbated 3 times. He used fantasies, imagined his wrestling with boys. He had sexual excitement and orgasm.

September 17, 2021. The 2nd session of hypnosuggestive therapy was conducted; that was the same as the 1st one.

September 21, 2021. The patient noticed positive changes after the second session of hypnosis. The homosexual and heterosexual components in the structure of his libido made, respectively, 70 and 30%. He became to pay attention to girls. He masturbated every day using porn (female masturbation). That kind of plot was recommended by me. He had weak sexual excitement and erection manifested by 80%, but he failed to desire himself to the point of ejaculation and orgasm. The above masturbation did not cause any aversion; he felt weak satisfaction.

September 21, 2021. The 3rd session of hypnosuggestive therapy was conducted; that was the same as the 2nd one.

September 24, 2021. No changes in the structure of his libido were observed. He masturbated every day using the same porn plots as after the second session of hypnosis. Like after the second session of hypnosis, masturbation caused weak sexual excitement and erection manifested by 80%, but he failed to desire himself to the point of ejaculation and orgasm. The above masturbation did not cause any aversion; he felt weak satisfaction.

September 24, 2021. The 4th session of hypnosuggestive therapy was conducted, where the same suggestions as during the previous one were used. At the same time, those were supplemented with another suggestion. It was suggested that during masturbation with use of porn (female masturbation) he would be well excited and his penile erection would be expressed by 100%. Also, it was suggested that the above masturbation would cause pleasant voluptuous sensations accompanied by sexual excitement. It was suggested that those sensations and sexual excitement, which accompanied them, would spread all over his organism, wholly involving it, and in that flow of voluptuousness and constantly increasing sexual excitement he would steadily move towards ejaculation and orgasm.

October 1, 2021. A slight positive shift in the structure of his libido had happened. At that time the proportion of the homosexual and heterosexual components in the structure of his libido made, respectively, 65 and 35%. He became to pay a bit more attention to females. During the period of time after the previous session of hypnosis he masturbated two times a day. The heterosexual masturbation was performed using previous video plots. He noticed that then he had sexual excitement expressed by 80% (in the beginning of the treatment with use of heterosexual masturbation that excitement was by 30-40%). At that time voluptuous sensations made 20%, whereas in the beginning of the treatment during homosexual masturbation those ones were almost absent. But he had failed to achieve ejaculation and orgasm with that masturbation yet.

October 1, 2021. The 5th session of hypnosuggestive therapy was conducted; that was the same as the 4th one.

October 5, 2021. Positive shifts had taken place during the time after the 4th session of hypnosis. The homosexual and heterosexual components of his libido made, respectively, 60% and 40%. During the above period of time he masturbated twice a day. On October 2, 2021 ejaculation with masturbation occurred for an internet plot where wrestling women wore bras and shorts. After that, ejaculation and orgasm occurred every time when he watched those scenes. Sexual desire was expressed by 100%, erection by 90% or a bit more, orgastic sensations by 40% versus those ones that had occurred before, when he watched gay porn. Alongside with internet products he viewed photographs of beautiful women (including naked ones).

October 5, 2021. The 6th session of hypnosuggestive therapy was conducted; that was the same as the previous one.

October 12, 2021. Slight positive shifts had taken place. When he masturbated with previously used video plots two times every day, his desire was expressed by 100%, erection by 90-95% and orgastic sensations by 60% (versus those ones, which occurred with use of gay porn). Ejaculation and orgasm happened every time. The proportion of homosexual and heterosexual components in the structure of his libido was, respectively, 60 and 40%.

October 12, 2021. The 7th session of hypnosuggestive therapy was conducted. That time some changes were introduced into its structure. Thus, the 1st and 2nd structural components, previously used in hypnosuggestive programming, were excluded. But hypnosuggestive modelling was made. It was suggested to the patient that he was caressing and kissing the girl, who satisfied his taste. He saw that plot and experienced appropriate feelings. He informed that at that time his sexual desire, sexual excitement, pleasant voluptuous sensations and erections were expressed by 30% (separate self-evaluation of each of the above parameters). It was also programmed that masturbation with use of video plots with naked women would develop fully expressed sexual desire, pleasant voluptuous sensations, sexual excitement, penile tension, bright and strong orgasm.

October 19, 2021. For the time after the 7th session of hypnosis the rate of masturbation and the character of video plots, used during it, were as before. No changes in the proportion of the homosexual and heterosexual components of libido as well as in separate characteristics of the masturbatory act had taken place. It was revealed that when during his masturbation he watched video plots with women only their legs excited him.

October 19, 2021. The 8th session of hypnosuggestive therapy was conducted; by its structure it was significantly identical to the previous one. In the process of modelling of the preliminary period of sexual intercourse the patient's sexual desire and voluptuous sensations were expressed by 40%, sexual excitement and erection by 50%. That time, in addition, the basic period of sexual intercourse was modelled. According to self-evaluation, the expression of felt pleasant voluptuous sensations was 60% and that of sexual excitement and erection was 50%.

October 26, 2021. The expression of both homosexual and heterosexual components of libido was 50%, this fact demonstrating further improvement. During the time after the 8th session of hypnosis he masturbated with the same rate as before. But then he masturbated viewing naked women, who were wrestling. In such cases his sexual desire was expressed by 60%, erection by 95%, orgastic sensations by 60%. Ejaculation and orgasm of erection occurred.

October 26, 2021. The 9th session of hypnosuggestive therapy was conducted. Its structure was the same as of the 8th one, only without programming of sensations felt during masturbation. In the process of modelling of sexual intercourse with the ideal girl, during the preliminary period the expression of sexual desire was 50%, voluptuous sensations 40%, sexual excitement 50%, erection 60%. During the basic period of sexual intercourse the expression of sexual desire was 60%, voluptuous sensations 50%, sexual excitement and erection 60%.

November 2, 2021. For the period after the 9th session of hypnosis he masturbated twice every day. In such cases he used video plots with naked wrestling women. Then his sexual desire was expressed by 100%, voluptuous sensations by 80%, sexual excitement by 80%, erection by 95%. Orgasm, which occurred in ejaculation, was expressed by 80%. The proportion of his homosexual and heterosexual components of libido was, respectively, 40 and 60%. That is, versus the previous consultation, further positive shifts were registered.

November 2, 2021. The 10th session of hypnosuggestive therapy was conducted; to a considerable degree it corresponded to the previous one. When sexual intercourse with the ideal girl was modelled, the following characteristics of its parameters were present. During the preliminary period the sexual desire was expressed by 60-70%, voluptuous sensations by 70%, sexual excitement and erection by 70%. When the basic period of sexual intercourse was modelled, the expression of sexual desire, voluptuous sensations, sexual excitement and erection was 80% (for all listed parameters). The patient also informed that in case of sexual intercourse modelling the true (actual) erection achieved 70%. In addition it was suggested (programming) that from that moment during heterosexual masturbation with use of last video plots all its parameters (sexual desire, voluptuous sensations, sexual excitement, erection and orgasm) would be expressed by 100%.

November 9, 2021. During the period after his previous visit he masturbated with the same rate using a video plot with a naked masturbating girl. In those cases his sexual desire, voluptuous sensations, sexual excitement, erection and orgasm, which occurred in ejaculation, were expressed by 100%. The expression of his heterosexual and homosexual components of libido was, respectively, 90 and 10%. Analysis of the dynamics of changes, which took place in the structure of sexual desire, is given below.

The presented table demonstrates how during the correction process an increase in the heterosexual component of libido, which finally achieved a very high level, took place. The above clinical material shows dynamics in the strengthening of expression of separate sexual manifestations in heterosexual masturbation. One of interesting moments consists in the fact that ejaculation and orgasm occurred only after the 5th session of hypnosis and everyday heterosexual masturbation. If during its performance from the moment of appearance of ejaculation accompany-

Changes in the proportion of the homosexual and heterosexual components of libido in the process of correction

	Homosexual component of libido (%)	Heterosexual component of libido (%)
Before treatment	90–95	5–10
After the 1st session of hypnosis	85	15
After the 2nd session of hypnosis	70	30
After the 3rd session of hypnosis	70	30
After the 4th session of hypnosis	65	35
After the 5th session of hypnosis	60	40
After the 6th session of hypnosis	60	40
After the 7th session of hypnosis	60	40
After the 8th session of hypnosis	50	50
After the 9th session of hypnosis	40	60
After the 10th session of hypnosis	10	90

ing orgasm the latter was expressed by 40%, after the 10th session of hypnosis it achieved 100%.

November 9, 2021. The 11th session of hypnosuggestive therapy was conducted. Its structure was the same as after the 10th session, but that time without programming of hundred-percent intensity of separate sensations felt in heterosexual masturbation. When sexual intercourse with the ideal girl was modelled, the following facts were observed. During the preliminary period his sexual desire, voluptuous sensations, sexual excitation and erection were expressed by 80% (each of the components listed). As for the basic period, the intensity of each above characteristic of the sexual intercourse was 100%, and the real (actual) erection during modelling was 70-80%.

November 9, 2021. The treatment was completed. It should be considered that complete normalization of the patient's health took place after 10 sessions of hypnosuggestive correction (programming, modelling) and retraining masturbation. The patient remained absolutely satisfied with the achieved results.

This clinical observation once again demonstrates the possible effectiveness of conversion therapy with absence of any complications. Here we should emphasize that such therapy can be given only on the voluntary basis.

Information about the author

Kocharyan Garnik S. – MD, PhD, DSc, Professor, Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education, Kharkiv; tel.: (095) 259-65-23, (098) 521-61-46. *E-mail: kocharyangs@gmail.com*
ORCID: 0000-0003-3797-5007

Відомості про автора

Кочарян Гарнік Суренович – д-р мед. наук, проф., Харківська медична академія післядипломної освіти, м. Харків; тел.: (095) 259-65-23, (098) 521-61-46. *E-mail: kocharyangs@gmail.com*
ORCID: 0000-0003-3797-5007

REFERENCES

1. Germany passed a law banning the «treatment» of homosexuality.
2. Kocharyan G.S. (2020). Bisexuality: general data and clinical observation. Health of Man, 2, 71–80.
3. Kocharyan G.S. (2009). Greek love: get tested for homosexuality. M.: Eksmo, 288 p.
4. Kocharyan G.S. (2008). Homosexuality and modern society. Kh.: EDENA, 240 p.
5. Kocharyan G.S. (2020). Conversion Therapy. Pros and Cons. Discussion. Health of Man, 1, 43–49.
6. Kocharyan G.S. (2016). Experience of using hypnosuggestion in the conversion of the homosexual component of libido. Psychological Counseling and Psychotherapy,2(6), 39–55.
7. Kocharyan G.S. (2010). Psychotherapy homosexuals which reject their sexual orientation: the modern analysis of the problem. Psychiatry and medical psychology, 1–2, 131–141.
8. Kocharyan G.S. (2021). Hypnosuggestion in Correction of Homosexual Desire: A Case from Clinical Practice. Psychological Counseling and Psychotherapy, 16, 45-52.
9. Lysov V.G. (2019). Information and analytical report. Rhetoric of the homosexual movement in the light of scientific facts, Krasnoyarsk: Research and Innovation Center, 750p.
10. "Malta bans 'gay cure' conversion therapy
11. Nicolosi J, Byrd A.D, Potts R.W. (2000). Retrospective self-reports of changes in homosexual orientation: a consumer survey of conversion therapy clients. Psychol Rep, 86 (3 Pt 2), 1071–1088.
12. Sullins D.P., Rosik C.H., Santero P. (2021) Efficacy and risk of sexual orientation change efforts: a retrospective analysis of 125 exposed men, F1000Research. 10,

DOI: https://doi.org/10.30841/2307-5090.3.2022.270828
УДК 616.89-008.442-02:[613.73+159.922]

Гіпоактивний статевий потяг, зумовлений фізіологічними станами, впливом соціальних і психологічних факторів, ігноруванням сексуальних потреб жінки

Г.С. Кочарян
Харківська медична академія післядипломної освіти

У статті наводяться причини гіпоактивного статевого потягу, пов'язані із втомою та емоційною перенапругою; багаторазовими абортами; закоханістю в людину, яка не є членом цієї подружньої/партнерської пари; негативним сприйняттям фізичних якостей партнера/партнерки; порушенням міжособистісних відносин у подружній/партнерській парі; втратою сексуальної привабливості, зумовленою звиканням; перевагою мастурбації статевим актам; ігноруванням сексуальних потреб жінки; докорами сексуального характеру; конфліктами одного із членів подружжя з батьками іншого; віковим фактором; сексуальними проблемами партнера та станом його здоров'я; негативним образом тіла; наявністю в анамнезі сексуального чи емоційного насильства; втратою роботи; тяжкою втратою. Також зазначається, що гіпоактивний статевий потяг може зумовлюватись тривалим статевим утриманням; реакцією на сексуальний розлад чоловіка/дружини (партнера/партнерки); психологічною реакцією на іншу сексуальну дисфункцію, яка є у людини. Крім цього, ослаблене сексуальне бажання може мати місце у гомосексуальних чоловіків та жінок, які не до кінця прийняли свою сексуальну орієнтацію.

Наводяться дані про вплив культурних/релігійних факторів на частоту гіпосексуального статевого потягу. Так, існують помітні відмінності у рівнях поширеності низького потягу у різних культурах: від 12,5% у чоловіків із Північної Європи до 28% у чоловіків із Південно-Східної Азії віком 40-80 років. Асоціацію між східноазіатською етнічною приналежністю та сексуальним бажанням у чоловіків може опосередковувати почуття провини. Нижчі показники сексуального потягу відзначені серед жінок Східної Азії порівняно з жінками канадського походження.

У статті наводиться велика кількість клінічних прикладів, що ілюструють негативний вплив багатьох із названих факторів на вираженість статевого потягу.

Ключові слова: *гіпоактивний статевий потяг, фізіологічні стани, соціальні та психологічні фактори, ігнорування сексуальних потреб жінки, негативні впливи.*

Hypoactive sexual desire due to physiological conditions, influences of social and psychological factors, disregard for sexual needs of a woman

G.S. Kocharyan

The article describes causes of hypoactive sexual desire, which is associated with: tiredness and emotional overstrain; multiple abortions; rave for a person who is not a member of this couple of spouses/partners; criticism of physical qualities of one's male/female partner; disturbance of interpersonal relations in the couple of spouses/partners; loss of sensuous charm caused by habituation; preference of masturbation over sexual intercourses; disregard for sexual needs of a woman; reproaches of sexual nature; conflicts of one spouse with parents of another one; age factor; sexual problems of one's partner and his/her health condition; negative body image; presence of sexual or emotional abuse in the anamnesis; loss of job; severe loss. It is also pointed that hypoactive sexual desire can be caused by: long-term sexual abstinence; response to a sexual disorder of one's male/female spouse (male/female partner); psychological response to another sexual dysfunction in the other person. Besides, weak sexual desire can be revealed in homosexual men and women, who have not accepted their sexual orientation to the end. The article gives data about influence of cultural/religious factors on the frequency of sexual desire.

For example, noticeable differences exist in the levels of incidence of low desire in different cultures: from 12.5% in men from Northern Europe to 28% in men from South-East Asia at the age of 40-80. The association between the East Asian ethnicity and sexual desire in men can be mediated by feeling of guilt. Lower values of sexual desire were detected in women from East Asia versus women of the Canadian origin.

The article contains a lot of clinical examples, which illustrate negative influence of many above-mentioned factors on the intensity of sexual desire.

Keywords: *hypoactive sexual desire, physiological conditions, social and psychological factors, disregard for sexual needs of a woman, negative influences.*

© The Author(s) 2022 This is an open access article under the Creative Commons CC BY license

Ослаблене лібідо – досить частий сексологічний симптом, який посідає перше місце серед інших сексологічних симптомів у жінок і є об'єктом уваги дослідників [2, 9, 10, 19–24]. Зниження/відсутність статевого потягу може обумовлюватися різними фізіологічними станами, впливом соціальних, психологічних та біологічних факторів. Дуже часто може йтися, наприклад, про ті випадки, коли у партнерів виникає різна потреба в сексуальних відносинах. До нас звертались навіть такі пари, коли потреба в сексі у чоловіка становила 2 рази на тиждень, а у дружини – 4 рази. Однак такі звернення були рідкісними, частіше йшлося про набагато більш виражені відмінності у сексуальних потребах. Наприклад, потреба у статевій активності в одного з подружжя була кілька разів на тиждень, а в іншого – 1 раз на місяць і навіть рідше. У нашого пацієнта В., 23 років, потреба у сексуальності активності становила 2 рази на місяць, а у його «цивільної дружини», 21 року, – 3 рази на тиждень.

У деяких випадках в одного з членів подружжя або навіть в обох потреба в сексуальній активності може повністю або майже повністю бути відсутня. У наведених випадках ми мали на увазі партнерів, які не зраджують один одному, тобто коли статеві акти здійснюються виключно у цій парі. У кожному конкретному випадку невідповідності в сексуальних потребах слід постаратися виявити її витоки. Нижче наведені різні причини, що зумовлюють гіпоактивний статевий потяг.

Втома та емоційна перенапруга

Як варіант норми зниження статевого потягу відзначається при втомі, стурбованості та емоційній перенапрузі. У жінок це часто можливо після пологів. Крім втоми, пов'язаної з турботами про дитину, постійним доглядом за нею і систематичним недосипанням, суттєвим у цей період є те, що жінка переключає всю або майже всю свою увагу на дитину.

Так, пацієнтка Г., 33 років, яка звернулася до нас по допомогу, скаржилася на повну відсутність сексуального потягу, яка існує протягом 1 року. Ослаблення сексуального компонента лібідо, що виникло після пологів, поступово наростало і досягло того рівня, який зазначено в скаргах. Після пологів були великі періоди, коли вона не висипалася, не могла розслабитися, дуже втомлювалася. Втома стала постійною, розвинулися підвищена дратівливість та запальність. Статевим життям із чоловіком живе 1 раз на 2–3 тижні, часто йому відмовляє у проведенні статевого акту. Не мастурбує. Еротичні сновидіння припинилися рік тому.

Наш пацієнт Ш., 35 років, виконує різноманітні будівельні роботи на шабашках (маляр, штукатур, муляр). Поскаржився на значне зменшення частоти виникнення сексуального бажання, яке виникає 1–2 рази на місяць. Зазначає, що це сталося одразу після кодування від алкоголізму. Після кодування став дуже втомлюватися, його працездатність знизилася на 30%. Якщо в обідню пору не відпочине, не полежить протягом 1–1,5 год, то у 6–7 годин вечора відчуває себе повністю розбитим. Статевий акт може здійснити лише після чотирьох годин сну. Якщо вдень не відпочине і ввечері не поспить, а дружина починає пестити і цілувати, то на тлі втоми виникає легке сексуальне збудження і неповна ерекція. Одночасно починає хилити до сну. Він починає відповідати на ласки та поцілунки дружини, «але рухи напівв'ялі та напівсонні», і неконтрольовано, крім своєї волі, засинає і може навіть до ранку не прокинутися. Його дружині сказали, що після кодування проти алкоголізму у нього може погіршитися статева потенція, що вимагатиме проведення відповідного лікування.

Пацієнт повідомляє, що повноцінні статеві акти відбуваються за таких обставин. Втомлений, годині о 8 вечора він лягає спати. О 12 годині ночі прокидається і здійснює повноцінний статевий акт при повному бажанні, хорошій ерекції, нормальній тривалості статевого акту та хорошому оргазмі (не ослабленому). До кодування сексуальна активність була щоденною, а то й по 2–3 рази на день, навіть під час запою, хоча фізичне навантаження було дуже велике (сінокіс, різні інші роботи). Зниження статевого потягу може бути пов'язане із втомою та емоційною перенапругою на роботі.

Після періоду перебудови на пострадянському просторі відбулися зміни щодо питання сексологічної допомоги, що різко знизилася, проте відзначали виражене почастішання скарг на ослаблення статевого потягу [4, 5]. Це було пов'язано з появою чималої кількості осіб, які займаються бізнесом, а також соціально неадаптованих до нових постперебудовних умов людей, які іноді взагалі втратили роботу або перебивалися випадковими заробітками, розмір яких міг бути набагато нижчим за необхідний для підтримки «нормального» рівня життя. До цього слід додати невпевненість у завтрашньому дні, що існувала у більшості населення. Зверталися по сексологічну допомогу дуже рідко. У той період спеціальні центри підготовки лікарів-сексопатологів іноді навіть вдавалися до того, що через засоби масової інформації давали оголошення про безкоштовний прийом пацієнтів, але це приносило лише тимчасовий ефект.

Різкий спад звернень стосовно сексологічної допомоги пояснюється кількома факторами. Частина населення просто не мала грошей для лікування. Якщо вони й могли дозволити собі звернутися до лікаря, то на курсове лікування (фармакологічне чи, більше того, пов'язане з проведенням процедур, які здійснюються медперсоналом) у них просто не вистачало коштів, оскільки вони витрачалися на забезпечення базових потреб. Однак причина була не тільки в цьому, тому що в іншому випадку зниження випадків звернення по сексологічну допомогу в державні установи не було б таким вираженим. Йшлося, мабуть, про якусь дезактуалізацію сексуальних стосунків, викликану саме постійною турботою про хліб насущний. Що ж до бізнесменів, то вони іноді не мали достатньо часу для курсового лікування, оскільки він майже повністю присвячувався діловим операціям, які часто поєднувалися зі значним ризиком. Слід зазначити, що серед цих осіб почастішали сексуальні розлади, в основі яких було саме зниження статевого потягу чи навіть його відсутність. На першому етапі зниження статевого потягу та частоти статевого життя може не мати патологічного характеру, проте якщо стан емоційної перенапруги

триватиме довго, то можна буде констатувати перехід до патології через зону сексуальної передпатології.

Перехід від норми до патології ілюструє система «Світлофор», що передбачає встановлення донозологічного діагнозу [1]. Ця система передбачає 4 варіанти таких діагнозів:

1) задовільна адаптація організму до умов середовища (З);
2) напруга механізмів адаптації (Ж1);
3) недостатня, незадовільна адаптація (Ж2);
4) зрив адаптації (К).

Відповідними літерами позначені: З – зелений колір, Ж – жовтий колір, К – червоний колір.

«Жовта» зона здоров'я якби розмежовує норму («зелена» зона) і патологію («червона» зона) і є зоною передпатології.

Велика емоційна напруга в постперебудовний період у бізнесменів, яка призводила до розвитку сексуальних розладів, була обумовлена ризиком, пов'язаним з їхньою професійною діяльністю, ненормованим робочим днем (працювали з раннього ранку і до пізнього вечора), роботою без вихідних днів та відпусток протягом тривалого часу. Навіть перебуваючи на відпочинку за межами того населеного пункту, де знаходився їхній бізнес, бізнесмени-керівники за допомогою сучасних засобів зв'язку намагалися постійно контролювати, як ідуть справи [4, 5].

Несприятливий вплив емоційної перенапруги у бізнесменів, що веде до зниження статевого потягу та зменшення частоти сексуальних контактів, міг посилюватися психотравмуючими впливами з боку незадоволеної таким становищем сексуальної партнерки. Так, один із наших пацієнтів, успішний молодий бізнесмен (торгівля на ринку), також працював вдома після закінчення основної роботи (пошивна справа). Він настільки від всього цього втомлювався, що статеве бажання у нього виникало тільки у вихідні дні не частіше 1 разу на 2 тиж. Дружина, незадоволена такими рідкими для неї контактами, у різкій формі виражала невдоволення, що призводило до сварок, які вели до подальшого зниження лібідо і частоти статевих актів.

Аналіз цього випадку дозволив нам зробити висновок, що у даного пацієнта поки не йдеться про будь-яку патологію, яка розуміється у вузько медичному сенсі. Бізнесмену були дані відповідні режимні рекомендації. Крім цього, я поговорив з дружиною пацієнта, якій пояснив, чим саме зумовлено зниження потреби у статевій активності у чоловіка («при статевих актах витрачається велика кількість енергії... в умовах високих навантажень таке зниження є адаптивним, що оберігає організм від виснаження»). Також розповів про патогенну роль закидів та претензій з її боку [4, 5].

Наведемо ще один приклад із нашої клінічної практики в постперебудовний період, що демонструє виражений вплив пов'язаної з бізнесом роботи на інтенсивність статевого потягу.

Хворий К., 22 років, приватний підприємець (працює на одному з великих ринків Харкова), перебуває у цивільному шлюбі. Хоча статевий розлад, який проявляється різними сексуальними дисфункціями, почав поступово розвиватися близько 3 років тому, він зазначив, що виражене зниження статевого потягу розвинулося взимку минулого року приблизно за рік до звернення по сексологічну допомогу після 2 міс інтенсивного навантаження («організм не відпочивав ні грама»): робота без вихідних, поїздки до Москви 2 рази на тиждень автобусом за товаром одразу після нічного базару («а який тут сон»). Коли повертався назад до Харкова, то виходив у прикордонній зоні у селі «Наумівка» (Росія) і 15 км йшов пішки без товару (якась комерційна хитрість, пов'язана з митницею). Зазначає, що виснаженим після цього себе не відчував («якась частка втоми була»), але на статевому потягу це різко позначилося [4, 5].

Багаторазові аборти

Зниження статевого потягу може бути наслідком психотравмуючого впливу багаторазових абортів. Пацієнтка О., 32 роки, одружена 14 років. Чоловікові 36 років. У них двоє дітей (два хлопчики 13 і 4 років). По лікувальну допомогу звернулася до нас 29.10.2015 р. Скаржилася на виражене зниження статевого потягу протягом 8 років. Крім цього, спостерігався невеликий компонент сексуальної аверсії, але загалом йшлося про ослаблення сексуального бажання. Я пов'язав це з тим, що з 2002 до 2007 р. у пацієнтки було більше 8 абортів. Якщо зараз (на момент звернення) потреба у сексуальних відносинах виникає у неї 1 раз на 2 тижні, то 8 років тому вона виникала практично щодня. При активному опитуванні вдалося з'ясувати, що лібідо почало слабшати 11 років тому після 3-го аборту. Перший аборт зробила, коли першій дитині було 3 міс. Зазначає, що щоразу перед статевим актом лягала в ліжко з чоловіком із острахом, що в результаті доведеться зробити аборт. На сьогодні категорично не допускає проведення статевого акту без презервативу. У чоловіка потреба у статевому житті щоденна або через день. Зараз він мастурбує 2 рази на тиждень по 1 разу. Запобігали настанню небажаної вагітності за допомогою презервативу з 2007 р. і роблять так до сьогодні. У 2011 р. статевий акт відбувся без презервативу. Тоді пацієнтка завагітніла та народила другу дитину.

Закоханість в людину, яка не є членом цієї подружньої/партнерської пари

Зниження лібідо у людини по відношенню до чоловіка/дружини може відзначатися у випадку її закоханості в персону, яка не є членом подружньої пари. До нас по допомогу звернулася молода жінка, яка скаржилася на те, що чоловік втратив до неї сексуальний інтерес, і їхні сексуальні стосунки наблизилися до нульової позначки. Під час опитування її чоловіка виявилося, що він закохався в іншу жінку. Невдовзі вони розійшлися. В одному нашому спостереженні молода жінка втратила сексуальний інтерес до чоловіка, тому що закохалася в свого начальника. Під час статевих актів із чоловіком, які проводилися з його ініціативи, вона могла відчути оргазм лише у випадках, коли уявляла, що проводить статевий акт зі своїм начальником. Тобто в цьому випадку йшлося про те, що її чоловік виконував суто механічну функцію.

Слід зазначити, що в таких випадках зниження статевого потягу може відбуватися і тоді, коли чоловік чи дружина навіть не мають ніяких сексуальних стосунків з людьми, у яких вони закохалися. Те саме може

відбуватися і коли йдеться не про подружжя, а просто про сексуальних партнерів.

Негативне сприйняття фізичних якостей партнера/партнерки

Ослаблення статевого потягу може бути зумовлено негативним сприйняттям фізичних якостей партнера/партнерки. Пацієнт К., 35 років, який звернувся до нас по допомогу, повідомив про повну відсутність статевого потягу до дружини. Протягом останніх 2 міс статевим життям із дружиною не жив. Живуть разом приблизно 2 роки, 1,5 року тому одружилися. Зазначає, що за останні півроку дружина набрала 30 кг. Зараз маса її тіла 82 кг, а зріст 1 м 58 см. На його думку, її повнота на 70% зумовлює зниження до неї сексуального інтересу, а на 30% це обумовлено тим, що вона чинить на нього тиск, тому що хоче, щоб вони мали дітей. Вночі може статися статевий акт, а вранці – ні. Це пов'язує з тим, що коли дружина оголена і він бачить її тіло, ерекція зникає. Зазначає, що 2 міс тому і раніше мали невдалі спроби провести статевий акт, пов'язані зі зниженням статевого потягу до дружини через її повноту. Тоді навіть невеликого потягу могло б вистачити, щоб здійснити статевий акт, але коли в цей момент порушувалася тема про необхідність мати дитину, то це створювало психологічний тиск, який унеможливлював здійснення коїтусу. Коли пацієнт одружився, частота статевих актів була через день, а через рік стала 1 раз на тиждень. Поступово частота сексуальних контактів ставала більш рідкісною, доки зовсім не зійшла нанівець. Під час еротичних сновидінь пацієнту сняться худі та стрункі жінки. Мастурбував з 13 до 18 років з використанням сексуальних фантазій, в яких здійснював статеві акти зі стрункими дівчатами. Він цінує і любить свою дружину, не хоче з нею розлучатися, з повагою ставиться до сімейних цінностей, розрізняє кохання та секс. Повідомляє, що у дружини твердий «незламний» характер, переконати її в чомусь неможливо.

Цікавим є і наступне клінічне спостереження. Йдеться про 46-річну жінку, яка живе в цивільному шлюбі з чоловіком, якому 38 років. Вона двічі офіційно була одружена. Розлучення з другим чоловіком супроводжувалося скандалами і було для неї сильною психотравмою. Причиною розлучення було пияцтво чоловіка, і вона турбувалася про свою доньку. У той період у неї був друг (нині – цивільний чоловік), який після розлучення її дуже морально підтримував. Потім вона дозволила йому жити у себе. Він ніколи фізично не подобався пацієнтці, до того ж він страждає на ожиріння (ріст 1 м 78 см, маса тіла – 117 кг). Пацієнтка ніколи не відчувала по відношенню до нього статевого потягу. Статеві акти проводить з ним «механічно», ніколи при цьому не відчуває оргазму. Частота статевих актів становить 1–2 рази на тиждень. Крім цього, 1 раз на місяць вона мастурбує, і тоді настає оргазм. Також у неї бувають еротичні сновидіння, під час яких оргазм також настає. Боїться припинити стосунки з цим чоловіком, щоб не залишитись самою, бо побоюється, що не знайде гідного супутника життя. За весь час спільного проживання жодного разу йому не зраджувала. Пацієнтка – гарна жінка, а її цивільний чоловік некрасивий і на вигляд зовсім не відповідає її соціальному статусу. До речі, це узгоджується з дійсним станом речей, тому що вона має вищу економічну освіту та працює економістом, а у нього освіта середньотехнічна, і працює він водієм. Пацієнтка сказала мені, що її цивільний чоловік дуже переживає у зв'язку з їхньою сексуальною проблемою і вважає себе винним в її існуванні. Повідомила, що він здоровий чоловік. Це повторила і в його присутності. У даному випадку йшлося про сексуальну дисгармонію між двома здоровими в сексуальному відношенні людьми.

Трапляються й інші випадки, коли статевий потяг може бути відсутнім через неприйняття зовнішніх даних партнера/партнерки аж до розвитку сексуальної аверсії. Наведемо випадок із нашої клінічної практики, коли у чоловіка, який нещодавно одружився, не було статевого потягу до своєї дружини. Більш того, при здійсненні з нею статевого акту він відчував до неї виражену огиду, причиною чого було волосся, що густо росте у неї на ногах. У зв'язку з цим в період інтимної близькості він навіть заплющував очі, щоб не бачити її ноги. Одружився з цією жінкою за рекомендацією батьків. Він і його дружина – представники однієї з національностей, що проживає в Дагестані. Незадовго до весілля зустрічався з дівчиною-слов'янкою, любив її і хотів на ній одружитися, але потім вони розлучилися. Батьки йому постійно говорили про те, що він повинен одружитися саме з дівчиною своєї національності. Після розриву відносин з дівчиною-слов'янкою дуже переживав, настрій був різко знижений. Перебуваючи в такому стані, послухав батьків і одружився з дівчиною, яку знав погано і не встиг добре розглянути перед весіллям.

Міжособистісні партнерські негативні психогенні впливи

Відсутність або зниження статевого потягу, які поєднуються із сексуальною аверсією, можуть обумовлюватися негативними психогенними впливами, не пов'язаними із зовнішніми даними сексуальних партнерів/партнерш (чоловіків/дружин). Наведемо приклад, де йдеться про міжособистісні партнерські негативні психогенні впливи, які позначилися і на сприйнятті фізичних даних партнера.

Хвора Б., 38 років, одружена 3,5 року, дітей немає. Освіта вища, працює за фахом. Чоловікові 36 років, освіта професійно-технічна. Останні 3 роки він не працює (начебто хоче знайти кращу роботу, але не може нібито її знайти). Фінансування їхньої сім'ї здійснює пацієнтка. На запитання, що її турбує, вона повідомила таке: «Я не хочу. У мене немає бажання займатися сексом ні з ним, ні з будь-ким іншим. Не сприймаю його як чоловіка, тому що він не працює, грошей у сім'ю не приносить, жодних домашніх справ не робить. Я його більше сприймаю як брата чи свого сина. Також у мене сексуальна огида до чоловіка. Коли він підходить до мене і починає цілуватися, мені гидко, виникає якесь неприємне почуття, як «слизняк якийсь лізе».

Відчуває по відношенню до чоловіка почуття огиди. Їй неприємні його дотики. «Почалося якесь відтор-

гнення». Дозволяє чоловікові проводити статевий акт лише 1 раз на місяць. Сексуальну огиду до чоловіка описує так: «Ось він підходить і починає губи до мене тягнути, і мені вже сам запах його неприємним стає, хоча мені раніше подобалося, як від нього пахло, але запах той самий. Потім він починає мене цілувати, і ці слини я взагалі ненавиджу, а раніше до них нормально ставилася. І борода колеться. Мені це також не подобається, а раніше нормально сприймала. Також мені не подобається, що він схуд. Такий худий став, уже більш худий, ніж я, хоча їсть добре. Він сидить на дієті через хронічне захворювання травного тракту. Став якийсь щупленький. У нього вже така постать, він уже на жінку став схожим. Раніше він не був таким. Він був вгодованим і міцним, займався спортом. А тепер каже, що хворий, почувається погано, і в нього болить живіт».

Те, що описано у скаргах, почалося понад рік тому. У результаті аналізу я дійшов висновку, що сексуальний розлад розвинувся у пацієнтки внаслідок психотравмуючих впливів, зумовлених тим, що чоловік тривалий час не працює і, звичайно, нічого не заробляє. До цього слід додати, що внаслідок хронічної патології травного тракту погіршились його зовнішні дані, що ще більше ускладнило проблему. Пацієнтка звернулася по медичну допомогу, щоб розібратися у собі та з'ясувати причини своїх сексуальних проблем [8].

Приклади, що свідчать про можливість формування сексуальних дисфункцій внаслідок порушення взаємовідносин між чоловіком та його дружиною, можуть бути такі спостереження.

По лікувальну допомогу до нас звернулася подружня пара. Скарги зводилися до того, що у чоловіка, якому було 46 років, ослабли статевий потяг та ерекція. У зв'язку з його віком, а також через те, що він мав слабку статеву конституцію, ми спочатку вважали його розлад проявом вікового спаду сексуальності. У розмові з обома членами подружжя нам вдалося з'ясувати, що в їхніх взаєминах далеко не все гладко. З'ясувалося, що його дружина працює в управлінні музичних ансамблів (за радянських часів це управління здійснювало контроль над ансамблями, які грали в ресторанах). Щоб працювати там, потрібен був «сильний» характер. «Сильний» характер жінки виявлявся у відносинах з чоловіком, якого вона буквально пригнічувала. Щойно вона приходила з роботи, він тут же починав з нею лаятись, що було проявом своєрідного захисного протесту проти свого становища. Цікавим виявився й інший прояв його стану у сім'ї. Подружжя спить на ліжку, одна сторона якого стоїть біля батареї. Цю сторону займає чоловік, який, відчуваючи сильний психологічний тиск з боку дружини, мало не падає з ліжка, часто поступово сповзаючи з нього та тримаючись за батарею. При з'ясуванні стосунків між чоловіком та його дружиною, коли я розмовляв з ними, вони сперечалися. Ця розмова тривала близько години. У результаті її проведення подружжя почало краще розуміти характер своїх взаємин. В якості лікувальних засобів чоловікові було призначено пантокрин і аевіт. Через тиждень після консультації я випадково зустрів дружину пацієнта у місті, і вона мені розповіла таке. Коли вони прийшли додому після зустрічі зі мною, то продовжуючи з'ясовувати стосунки між собою, сильно посварилися. І хоча чоловік поки так і не почав лікуватися відповідно до моїх рекомендацій (тоді пантокрин важко було швидко дістати через його дефіцит), його сексуальні функції повністю нормалізувалися. На підставі цього нами було зроблено висновок про психогенну природу статевого розладу у чоловіка, який був результатом порушення міжособистісних стосунків у подружній парі [6].

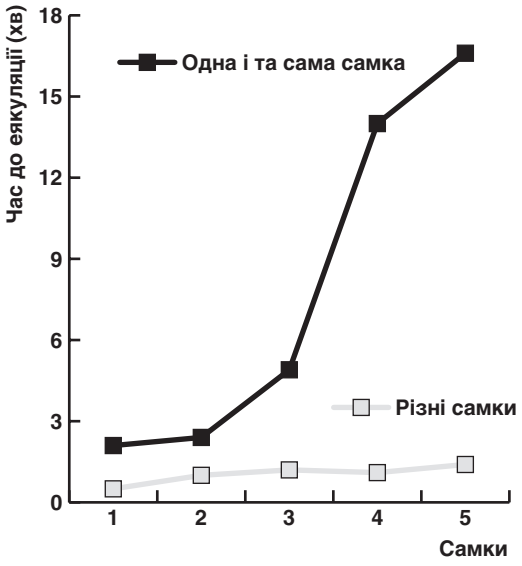
Сексуальні проблеми із залученням лібідо можуть розвинутись і внаслідок побутової психотравматизації, пов'язаної з низькими заробітками чоловіка. До нас по лікувальну допомогу ще під час існування СРСР звернувся молодий чоловік, у якого були розлад ерекції та ослаблення статевого потягу. З'ясувалося, що він (інженер) одружився з дівчиною, яка працювала кранівщицею. Коли виходила за нього заміж, то вважала його багатим, тому що його батько мав легкову машину, однак співвідношення зарплат подружжя було явно не на користь чоловіка. Він отримував 140, а дружина 250 рублів на місяць. Коли побралися, він із жінкою пішов жити до її батьків. У цій сім'ї постійно чув докори на свою адресу з приводу того, що мало заробляє. Під час опитування з'ясувалося, що пацієнт з небажанням іде додому після роботи, і щоразу, входячи до квартири, відчуває емоційне напруження. Іноді у вихідні дні він йде до батьків. Там почувається дуже комфортно, а вранці при пробудженні відзначає сильну ерекцію статевого члена.

Втрата сексуальної привабливості, зумовлена звиканням

Сексуальні порушення, у тому числі селективне зниження/відсутність статевого потягу, коли інші сексуальні дисфункції обумовлені саме змінами лібідо, можуть виникнути у цілком здорових людей у тих випадках, коли їхні партнери перестають бути для них достатнім сексуальним стимулом. У літературі навіть є спеціальний термін «імпотенція, спричинена нудьгою». Звичайно ж, не можна проводити аналогію між їжею та сексуальними взаєминами та порівнювати інтимні стосунки з дружиною з прийняттям одноманітної їжі, яка, зрештою, приїдається. Однак таке спрощення полегшує розуміння цього феномену. Разом з тим відомі випадки, коли чоловіки протягом тривалого періоду (часом протягом усього життя) вважають за краще жити статевим життям тільки з однією жінкою, яка є для них джерелом сексуального задоволення [6].

Г. Д. Вілсон (G. D. Wilson) [13] у зв'язку з цим зазначає, що хоча спільне проживання одного чоловіка з однією жінкою протягом усього життя і є цілком досяжною метою, але вічна пристрасть малоймовірна, а нездатність усвідомити цей несприятливий феномен природи веде до появи надлишку невиправданого почуття провини.

Аналізуючи феномен сексуального звикання, Г. Д. Вілсон повідомляє, що тенденція прогресуючого зниження рівня статевого збудження при повторних пред'явленнях одного і того ж стимулу є одним із вражаючих ефектів, що спостерігається при лабораторному вивченні еротичного збудження [18]. Цей феномен



Демонстрація «ефекту Куліджа» в овець. Барани, що мають зносини з однією і тією самою вівцею, з часом мають еякуляцію, що прогресивно затримується. Цього немає, якщо кожний наступний коїтус здійснюється з новою вівцею (Модифіковано з публікації W. Beamer, G. Bermant, M. Clegg, 1969 [13])

називається звиканням. Йдеться про те, що новизна є основною вимогою для виникнення сексуального збудження. Реакція на сексуальні стимули не може бути зіставлена з колінним рефлексом, позаяк у першому випадку сексуальні стимули, які спочатку впливають як сильний збудник, поступово втрачають цю здатність. Свідченням цього є той факт, що лабораторні тварини втомлюються від одного і того самого партнера, проте поява «свіжого» партнера швидко відновлює частоту спаровувань [17]. Це називають «ефектом Куліджа». Виникнення цієї назви пов'язане з пані Кулідж, яка, завітавши на державну ферму, була вражена здібності півня, який, як їй розповіли, «десятки разів на день» злягався щоразу з новою куркою [14]. Відомо, що бики і барани також віддають перевагу новим самкам (рисунок), а серед чоловіків широко поширений «синдром Дон Жуана» [13].

Велике значення новизна партнера має для представників чоловічої статі, хоч і жінки знаходять ідею про нових партнерів збудливою [16]. Чоловіки приблизно вдвічі частіше, ніж жінки, з метою оптимізації статевого життя, висловлюють бажання мати більшу кількість партнерів. Такі статеві відмінності передбачувані, виходячи з теорії еволюції. Самці можуть отримати генетичний виграш завдяки здатності запліднити паралельно відразу кілька самок. Самки ж більше зацікавлені у збереженні допомоги з боку самця, якого вони обрали для запліднення [25].

Г. Д. Вілсон (G. D. Wilson) [13] зазначає, що, можливо, саме звикання пояснює ухилення від інцесту у вищих ссавців. Про це, зокрема, свідчать результати вивчення поведінки приматів, які перебувають у неволі, а також людей в ізраїльських кібуцах. Виявилося, що індивідууми уникають сексуальних контактів із тими, хто ріс з ними у безпосередній близькості, незалежно від генетичної спорідненості. Наголошується на тому, що уникнення інцесту відбувається не у зв'язку з генетичним розпізнаванням або острахом покарання (хоча і останнє може мати місце), а насамперед тому, що «раннє знайомство вигодовує зневагу». Підтверджує цю думку той факт, що близькі родичі, які виросли вдалині окремо, часто відчувають одне до одного сильний статевий потяг. Водночас родичі, що прожили більшу частину часу разом, не викликають одне в одного сексуального інтересу.

За аналогією розглядається і взаємне зниження сексуального інтересу чоловіка та дружини, які тривалий час прожили разом. Більше того, образно це називають «приватним випадком ухилення від інцесту». У разі спільного тривалого проживання родичів та подружжя йдеться про втрату почуття новизни. Втрату почуття новизни для повноцінних сексуальних взаємин у подружній/партнерській парі часто недооцінюють, а іноді зовсім не беруть до уваги ті фахівці, в компетенції яких перебуває практична допомога у вирішенні сексуальних проблем. Дуже часто вони фіксують увагу на психологічних конфліктах подружжя і намагаються пояснити порушення сексуальних взаємин міжособистісною жорстокістю. Однак така інтерпретація причин сексуальної дисгармонії не є повною. Нерідко можна зустрітися з випадками виборчої (селективної) «імпотенції» або «фригідності» в подружжі. При цьому далеко не завжди виявляється страх сексуальної невдачі, що блокує статеві функції. Байдужі через банальне звикання до сексуальних стосунків у сім'ї, а іноді навіть повністю виключаючи їх, члени подружжя іноді демонструють повну сексуальну норму на стороні.

Г. Д. Вілсон (G. D. Wilson) [13] зазначає, що «для більшості «нормальних» чоловіків жодне зображення оголеної натури (або конкретна партнерка) не може забезпечити оптимальну довічну стимуляцію. Тому певний ступінь «ходіння на бік» здається неминучим. Зміна одягу, поз, місця статевих зносин, затемнення спальні і т. д. – все це не тільки сприяє набуттю новизни і в певному сенсі заміщає «реальну річ», але і, кажучи еволюційною мовою, припускає своєрідну «зміну партнерки». Біологічне значення такої моделі зрозуміле («репродукційний імператив» відверто заохочує відносний проміскуїтет самців для максимальної дисперсії генів), але її фізіологічні механізми залишаються загадкою. Виникає цікаве теоретичне питання: що станеться, якщо конкретна партнерка та форми сексуальної активності, які приносять їй задоволення, опиняться точно такими, що відповідають оптимальному плану чоловіка? Чи приведе це до справжнього кохання? Чи перестане діяти механізм новизни? Статистично така подія є малоймовірною, але тісні наближення до неї можуть бути досить часті. Дійсно, моногамні, зовсім як у лебедів, відносини зустрічаються іноді в людських парах, і їх можна пояснити подібним чином» [13].

Інколи чоловік/дружина перестають викликати сексуальний інтерес навіть у тих випадках, коли їхнє спільне проживання не є довгим.

Пацієнтка В., 25 років, звернулася до нас зі скаргами на втрату статевого потягу до 28-річного чоло-

віка, з яким спільно мешкала протягом року. Станом на сьогодні живуть окремо, оскільки він сказав їй, що поки вона не вирішить свою проблему, він з нею жити не буде. До цього чоловіка мала 4 партнери, сексуальні стосунки з якими тривали по 2–3 роки. З кожним з них, так само як і з останнім, статевий потяг був спочатку добрим, а потім (через 1–1,5 роки) сходив нанівець.

Пацієнт Ч., 31 рік, звернувся до нас по допомогу у зв'язку з тим, що він може жити статевим життям з дівчиною протягом 4–6 міс, а потім вона стає йому байдужою, статевий потяг до неї зникає, провести статевий акт з нею він не може. Інтерес цього клінічного спостереження також полягав у тому, що пацієнт з моральних міркувань не міг змінювати жінці, з якою спільно проживав.

У нашій клінічній практиці було спостереження, коли протягом певного періоду чоловік і дружина (молоді люди) ходили вдома один перед одним оголеними, а також були повністю відвертими в обговоренні своїх фізіологічних виділень, включаючи виділення зі статевих органів. Результат – зниження сексуального інтересу один до одного, а також відсутність у чоловіка ерекції, що унеможливлювало проведення ним статевого акту. Роз'яснювальна бесіда із включенням рекомендацій змінити свою поведінку по відношенню один до одного, а також 4 сеанси гіпносугестивної терапії, проведені чоловікові, дозволили ліквідувати існуючу сексуальну проблему.

Перевага мастурбації статевим актам

Низька потреба в сексуальній активності з партнером/партнеркою (дружиною/чоловіком) може бути зумовлена тим, що людина віддає перевагу мастурбації. Так, один із наших пацієнтів заявляв, що йому більше подобається мастурбація з використанням порно, ніж секс із дружиною, оскільки мастурбація менш енерговитратна, і еякуляція завжди відбувається швидше. У низці випадків чоловіки, які звертаються по сексологічну допомогу, характеризуючи сексуальне життя зі своєю дружиною, повідомляють про зниження сексуального бажання та активності, а також інші порушення сексологічного характеру. Проте при опитуванні вдається з'ясувати, що вони дуже часто мастурбують і при цьому у них все у повному порядку.

Іноді постійні стосунки з тим самим сексуальним партнером/партнеркою внаслідок звикання і втрати ними сексуальної привабливості можуть призвести до переключення на мастурбацію.

По лікувальну допомогу до нас звернувся пацієнт І., 32 років, який спільно проживає з дівчиною 26 років протягом 6 років. Він повідомив, що через 3–4 роки спільного життя частота статевих актів почала знижуватися. У перші 2–3 роки спільного життя вона була 2–3 рази на тиждень, з 3-го року перейшла на 1–2 рази на тиждень, а з 5-го досягла 1 разу на місяць. Це пов'язано з тим, що партнерка втратила для нього сексуальну привабливість. Результатом цього стало те, що останні 1–1,5 року пацієнт почав мастурбувати 2–3 рази на тиждень з використанням порно. Використовує відео з нормативними класичними гетеросексуальними актами, за один раз може подивитися секс кількох пар. Відзначає, що мастурбація приносить йому більше задоволення, ніж секс із його нинішньою партнеркою. Хоча інші дівчата/жінки йому подобаються і він хотів би мати сексуальні стосунки з ними, проте з моральних міркувань не робить цього. Лише двічі за останні півроку здійснив по 1 статевому акту з двома жінками. При цьому відчував виражений сексуальний потяг, добрі сексуальне збудження та ерекцію, а також яскравий повноцінний оргазм. Його нинішня партнерка приваблива, має гарну фігуру, стосунки у них хороші. Вони не мають жодних розбіжностей, крім тих, що зумовлені низькою частотою статевих актів. У зв'язку з пред'явленими дівчиною закидами на цю тему, намагався проводити статеві акти частіше, ніж 1 раз на місяць, але не відчував жодного задоволення, ерекція не була такою сильною. Тому були потрібні додаткові стимули (вживання невеликих кількостей алкоголю) і набагато більше часу для досягнення можливості здійснити статевий акт. Декілька разів ерекції практично не було. При статевих актах з частотою 1 раз на місяць ерекція через раз хороша, але навіть і вона не така сильна, оргазм іноді відмінний, а іноді «мізерний». Робив аналізи на вміст тестостерону в крові, але будь-яких відхилень від норми виявлено не було. Він гетеросексуал. У зв'язку із ситуацією, що склалася, виникло питання про те, що може йому слід розлучитися з цією дівчиною, проте думає про те, чи не може така ситуація виникнути в майбутньому з іншими дівчатами. Мастурбувати почав із 14 років. З 14 до 14,5 року мастурбував через день, потім трохи рідше, а з 16 років – 1 раз на тиждень. Потім через те, що жив статевим життям з дівчатами, мастурбував вкрай рідко, а з 18 років випадки мастурбації були поодинокими. Зазначає, що частота мастурбації залежала від періодів, протягом яких не було статевих відносин. За своє життя мав хороші статеві акти приблизно із 50 дівчатами. Коли зустрічався з дівчатами, то тривалість цих зустрічей іноді становила 1–2 роки, проте проблема, що виникла зараз, у минулому ніколи не було.

Ігнорування сексуальних потреб жінки

Зниження статевого потягу може розвинутись і внаслідок ігнорування сексуальних потреб жінки. Хвора Р., 27 років, заміжня 2,5 року, до цього ще протягом 2 років жили разом зі своїм майбутнім чоловіком. При зверненні до нас скаржилася на відсутність бажання займатися сексом. Слабкий або середній у своїй вираженості статевий потяг виникає 1 раз на місяць під впливом продукції еротичного характеру (еротичні фільми, книги [«жіночі романи»], якісь музичні кліпи з еротичними танцями). Розлад виник 2 роки тому і розвивався поступово, поки не досяг зазначеної вираженості. Статевих актів не було 1,5 останніх місяця. У перший рік життя з цим чоловіком (ще до заміжжя) статеві акти були по 4 рази на день двічі на тиждень. Два роки тому сексуальна активність була 1–2 рази на тиждень. Потім бажання поступово зникло, тому що асоціювалося з тим, що їй потрібно просто перетерпіти, і щоб чоловік був задоволений і не зраджував. Зниження статевого потягу у себе пацієнтка пов'язує з тим, що попередній період або відсутній, або якщо

він і є, то дуже короткий і ініціюється виключно нею. Оргазм при статевих актах із цим чоловіком наступав у перші роки і періодично до припинення статевого життя (його виникнення пов'язане з певними позами, коли член стимулює зовнішню частину клітора). Пацієнтка повідомляє, що вона хотіла б, щоб попередній період був повноцінним. Також відчуває потребу у різноманітності поз та місць проведення статевих актів. Мастурбує 1 раз на 1–2 міс. При цьому стискає стегна, що призводить до оргазму (міокомпресійний тип оргазму). Еротичні сновидіння бачить один раз на місяць. Вона та її чоловік люблять один одного. У перші роки спільного життя вона швидше збуджувалася при сексуальних контактах (через новизну, а також через недостатні можливості займатися сексом завжди, коли вони хотіли, – «заборонений плід солодкий»).

Наведемо ще один приклад, коли ігнорування сексуальних потреб жінки призвело до ослаблення її статевого потягу:

«Барні та Тамера почали зі здорового сексуального інтересу один до одного, хоча бажання у Барні було сильніше, ніж у Тамери. Вступивши в сексуальні відносини, вони встановили негласну домовленість, що Барні повністю керуватиме цією стороною їхнього життя. Саме він практично завжди виступав ініціатором занять коханням, і коли б він цього не робив, Тамера зазвичай поступалася... На ранніх стадіях їхніх сексуальних стосунків така схема працювала успішно. Хоча всім керував Барні, Тамера насолоджувалася сексом з ним, навіть тим, що вона приносить йому задоволення, коли вона сама не налаштована на секс. Барні ж намагався принести їй задоволення. Але оскільки Барні дісталася роль ініціатора, а Тамера була настільки податлива, згодом Барні став керуватися своїми власними інтересами, а не інтересами Тамери. Поступово і неусвідомлено для них обох Барні став дедалі менше дбати про потреби Тамери, і вона почала втрачати інтерес до сексу. Тамера стала ще більш пасивною та відстороненою під час сексу, що приносило дедалі більше розчарування Барні. Оскільки Барні отримував дедалі менше психологічне задоволення під час занять любов'ю, він став дедалі активніше домагатися свого фізичного сексуального задоволення. Зрештою, невеликі розбіжності в силі сексуального потягу та інтересу призвели до практично повної несумісності» (A. Christensen, N. S. Jacobson, 2000) [11].

Докори сексуального характеру

Зниження статевого потягу може бути обумовлено докорами на сексуальному ґрунті, адресованими одним членом сексуальної пари іншому.

Пацієнт Д., 30 років, одружений (повторно) неповних 2 роки, живе з цією жінкою трохи більше 3 років, одружився з кохання. Звернувся до нас зі скаргами на зниження статевого потягу до дружини, яке відбувається у процесі фрикцій (приблизно через 5 хв) та супроводжується повним зникненням ерекції. Ослаблення потягу при статевому акті виникає через впевненість пацієнта у тому, що він не отримає того задоволення, яке хоче відчути, і тому що у дружини вкотре не настане оргазм. Це порушення існує протягом 8 міс і виникло через місяць після того, як дружина, у якої при коітусі не виникає оргазм, один раз дорікнула його, що він її не задовольняє. Внаслідок цього у пацієнта поступово визріла сильна образа на дружину. Всі інші жінки, з якими у нього були сексуальні стосунки, завжди були задоволені. Повідомляє, що статевий потяг почав поступово слабшати ближче до весілля. Спочатку списував це на роботу, а потім почав пов'язувати це з тим, що розчарувався в статевому житті з дружиною, тому що не отримує того задоволення, яке він хотів би відчувати: не ті відчуття від її ласок і проникнення. Відносини з дружиною добрі, лаються дуже рідко, психологічно вона йому цілком підходить. Говорить, що зовнішність дружини подобається. «Я не сказав би, що дружину не люблю, але в сексуальному плані не отримую від неї того, чого хочу». Дев'ять місяців тому були статеві акти з іншою жінкою, від яких він отримував дуже велике задоволення. З нею бачився кілька разів, але за цей час було дуже багато сексуальних контактів. Якщо з дружиною буває один статевий акт на день, то з цією жінкою було 4–5.

Пацієнтка С., 33 роки, одружена 3 роки, чоловікові 31 рік. До цього ще 9 років жили разом із цим чоловіком. При зверненні до нас по лікувальну допомогу скаржилася на зниження статевого потягу на 40%, а також на страх, невпевненість, що не зможе задовольнити чоловіка. «Взагалі, здається, що я його не збуджую». Це її непокоїть більше, ніж зниження лібідо. Цей страх і невпевненість знову посилилися рік тому, коли, перебуваючи в стані алкогольного сп'яніння після статевого акту з нею, чоловік заявив, що секс у нього сьогодні був на трієчку, а вчора з іншою жінкою, яка була старша за нього не менше, ніж на 10 років – на п'ятірочку. «З тобою у мене немає мурашок», а на стороні є». Вперше ця невпевненість і страх виникли у пацієнтки 5 років тому, коли вона дізналася, що чоловік їй зраджує (тоді йшлося про жінку, яка була старша за нього на 5 років). Потім він продовжував зраджувати дружині. Тоді вона пішла від нього на півроку, і за цей час у неї був один статевий акт із чоловіком-однолітком, який раніше був її другом. Через півроку подружжя знову стало жити разом, але через докори чоловіка у пацієнтки була боязнь, що вона не зможе його задовольнити так, як його задовольняла та жінка, з якою він їй зраджував («з нею добре гуляти, бухати і тра...»). Крім того, пацієнтка була невпевнена в тому, що чоловік повністю припинив стосунки з цією жінкою і десь когось ще не знайде. Через деякий час невпевненість пацієнтки у собі знизилася, але не пройшла. Повідомляє, що її чоловік постійно і часто їй зраджував, і що йому подобаються жінки, які старші за нього. Коли він почав зустрічатися з нею, то спочатку не говорив про свій вік, бо боявся, що це може призвести до розриву їхніх стосунків. Чоловік систематично зловживає алкоголем.

Інший приклад також демонструє можливість негативного впливу сексуальної психотравматизації на сексуальну сферу із залученням лібідо.

За консультацією до нас звернувся пацієнт, який перебував на стаціонарному лікуванні у відділенні неврозів у зв'язку із сексуальним розладом (зниження статевого потягу та ослаблення ерекції). Цей чоловік одружився із жінкою, яка була молодша за нього і на-

багато красивіша. Одного разу, коли у нього стався сексуальний збій, він поділився зі своєю дружиною тим, що й у першому шлюбі з ним таке вже траплялося. З цього часу щоразу, коли подружжя сварилося з будь-якої причини, яка не мала жодного відношення до інтимної близькості, дружина в запалі скандалу нагадувала чоловікові, що в нього в статевому відношенні не все гаразд не тільки зараз, але було й раніше. Після таких висловлювань у нього знижувався сексуальний потяг та порушувалася ерекція. Якщо сварки якийсь час не повторювалися, то відбувалася нормалізація у сексуальній сфері.

Характеризуючи перебування цього хворого у відділенні неврозів, слід зазначити таку цікаву обставину. У стаціонарі хворим дозволялося йти додому після завершення всього призначеного на день лікування. У вихідні дні пацієнти взагалі могли перебувати за межами клініки протягом усього дня. Проте протягом усього періоду лікування в лікарні пацієнт її жодного разу не покинув. Це свідчило про те, що перебування в домашньому колі не приносить йому задоволення.

Під час розпитування ми з'ясували, що він любить свою дружину. У зв'язку з необхідністю ліквідації психотравмуючого впливу з її боку, дружина була запрошена на бесіду. У розмові з нею ми пояснили, що є причиною сексуального розладу її чоловіка, і порадили як слід поводитися, щоб у нього більше не виникали сексуальні проблеми. Дружина зрозуміла, про що йдеться, проте потім вдалося з'ясувати, що після виписки хворого зі стаціонару вона продовжувала поводитися так само. Це призвело до того, що пацієнт, про якого йдеться, на наступний рік повторно поступив на лікування в ту саму клініку з тією ж проблемою, проте цього разу він говорив про любов до дружини з набагато меншим ентузіазмом, ніж у перший [6].

Конфлікти одного з членів подружжя з батьками іншого

Як свідчить наш клінічний досвід, слід також оцінювати взаємини між одним із членів подружжя з батьками іншого. В якості прикладу наведемо наступне клінічне спостереження. Молодята жили з батьками чоловіка, і у дружини склалися погані стосунки зі свекрухою. Чоловік у цих суперечках або не ставав ні на жодну зі сторін, або приймав бік матері. Результатом стала образа дружини на нього, що, зокрема, проявилося у вираженому послабленні у неї статевого потягу до чоловіка [3].

Також інтерес представляє наступне наше клінічне спостереження.

Хвора А., 25 років, одружена 1 рік, раніше протягом 5 років перебувала в «цивільному шлюбі» зі своїм нинішнім чоловіком, якому 30 років. Дітей немає. При зверненні заявила, що півтора роки відчуває сексуальну аверсію до чоловіка (коли він намагається її обійняти, відчуває повзання мурашок по руках і на спині, почуття грудки в горлі, бажання плакати), а також відсутність до нього статевого потягу. Пов'язує це з тим, що чоловік «не приділяв їй достатньої уваги», не захищав її від нападів своїх родичів, виступав на боці своєї матері, звинувачуючи дружину в тому, що винною в конфліктних відносинах між жінками була вона.

Статеве життя 1 раз на тиждень. Допускає чоловіка до себе тоді, коли вона вип'є алкоголь. Місяць тому закінчився період, коли протягом 8 місяців взагалі не допускала його до себе. Чоловік терпить обмеження у статевому житті, коханки у нього немає. Чотири місяці тому пацієнтка розлучилася з коханцем, з яким зустрічалася 3–4 місяці. До нього аверсії не відчувала. З часом шляхом тривалих розмов їй вдалося добитися того, що її чоловік повністю прийняв її сторону в конфлікті з його батьками, і подружжя навіть припинило спілкуватися з ними. При додатковому обстеженні вдалося виявити низку характерологічних особливостей пацієнтки та, зокрема, істероїдність, що підтвердило наші клінічні спостереження. Було встановлено діагноз: сексуальна аверсія, відсутність статевого потягу (селективні варіанти), що розвинулися по конверсійному (істеричному) механізму [7].

У наведених вище клінічних ілюстраціях несприятливого впливу того чи іншого фактора на сексуальний потяг можна констатувати, що в деяких випадках справа не обмежується впливом лише того фактора, який вказано у відповідній рубриці.

Віковий фактор

Цілком природно, що статевий потяг слабшає з віком. Однак необхідно зазначити, що на зниження лібідо у людей похилого віку впливають не тільки вікові зміни, що відбуваються в організмі. Слід також враховувати партнерські фактори. Наприклад, ослаблення лібідо адаптаційного характеру в одного із членів подружжя може статися внаслідок хвороби іншого члена та зменшення у наданні їм можливостей проведення статевих актів. Послаблення статевого потягу названого характеру може виникнути і внаслідок швидшого вікового зниження лібідо в одного з членів подружжя.

Слід вважати неприйнятними рекомендації спеціаліста, орієнтовані на прийняття єдиних вікових норм частоти проведення статевих актів, оскільки вони не враховують не тільки індивідуальні можливості людини, а й багато інших обставин. У зв'язку з цим повідомляється [12], що наприкінці XIX ст. та на початку XX ст. рекомендувалося поступове зменшення статевої активності у зв'язку з віком. Після 40–45 років «нормальним» вважався один статевий акт на тиждень, а після 55–60 років – один статевий акт на 10 днів. При цьому не враховувалися такі чинники, як статева конституція, гормональна забезпеченість, загальний соматичний стан, темперамент, емоційна сфера, культуральні чинники, виховання тощо.

Разом з цим порівняння статевої активності індивіда з середньостатистичною нормою як би дозволяє оцінити стан його статевої активності у загальному ряду, тобто провести своєрідну «примірку». Однак при цьому слід враховувати, що підбір цих середньостатистичних параметрів повинен орієнтуватися на дані сучасних досліджень (порівняних з періодом життя пацієнта), що проводилися в ідентичному суспільстві або в суспільстві зі схожою культурою. Це пов'язано з тим, що різні прояви сексуальності зазнають потужного модифікуючого впливу з боку соціуму.

Послаблення статевого потягу може спостерігатися після тривалої статевої помірності та як реакція на сексуальний розлад чоловіка/дружини (партнера/партнерки). Воно може виникнути і внаслідок психологічної реакції на іншу сексуальну дисфункцію, яка є у людини. Причиною такого ослаблення, як зазначалося нами вище, може стати порушення взаємин у подружній/партнерській парі.

Ослаблене сексуальне бажання також може бути у гомосексуальних чоловіків та жінок, які не до кінця прийняли свою сексуальну орієнтацію [11].

Вплив факторів, не обумовлених медичними патологіями, названих у Діагностичному та статистичному посібнику з психічних розладів 5-го перегляду (США)

В останній американській класифікації сексуальних дисфункцій 2013 р., представленій у Діагностичному та статистичному посібнику з психічних розладів 5-го перегляду (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition) [15], зокрема, називають такі фактори, які можуть призводити до гіпоактивного розладу сексуального бажання у чоловіків та жінок:

1. Партнерські фактори (наприклад, сексуальні проблеми партнера та стан його здоров'я).

2. Фактори, пов'язані з партнерськими відносинами (наприклад, погане спілкування, невідповідність у бажанні сексуальної активності).

3. Фактори індивідуальної вразливості (наприклад, негативний образ тіла, історія сексуального чи емоційного насильства, втрата роботи, тяжка втрата).

4. Культурні/релігійні фактори (наприклад, заборони на сексуальну активність, ставлення до сексуальності). Існують помітні відмінності у рівнях поширеності низького статевого потягу у різних культурах: від 12,5% у чоловіків із Північної Європи до 28% у чоловіків із Південно-Східної Азії віком 40–80 років. Асоціацію між східноазіатською етнічною приналежністю та сексуальним бажанням у чоловіків може опосередковувати почуття провини. Нижчі показники сексуального потягу відзначені серед жінок Східної Азії порівняно з жінками канадського походження.

Отже, ослаблення/відсутність статевого потягу можуть бути обумовлені впливом найрізноманітніших факторів, не пов'язаних з медичними патологіями.

Відомості про автора

Кочарян Гарнік Суренович – д-р мед. наук, професор, Харківська медична академія післядипломної освіти, м. Харків; тел.: (095) 259-65-23, (098) 521-61-46. *E-mail: kocharyangs@gmail.com*
ORCID: 0000-0003-3797-5007

Information about the author

Kocharyan Garnik S. – MD, PhD, DSc, Professor, Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education, Kharkiv; tel.: (095) 259-65-23, (098) 521-61-46. *E-mail: kocharyangs@gmail.com*
ORCID: 0000-0003-3797-5007

ПОСИЛАННЯ

1. Baevsky RM. Prediction of states on the verge of norm and pathology. Moskov: Medicine; 1979. 295 p.
2. Kocharyan GS. Hypoactive Libido: Neurohumoral Characteristics, Regions of the Brain Regulating Sexual Desire, and Its Reactions to Erotic Stimuli. Health of Man. 2022;(1-2):33-41. doi: 10.30841/2307-5090.1-2.2022. 263905.
3. Kocharyan GS. Diagnosis of potency disoders and some nuances of examination of patients with sexual dysfunctions (lecture). Health Man. 2014;50(3):139-44. doi: 10.1016/j.ucl.2007.08.016.
4. Kocharyan GS. Modern sexology. Kyiv: Nika-Center; 2007. 400 p.
5. Kocharyan GS. On changes in the appeal for sexological help (analysis of the modern situation). Sexol sexopathol. 2003;(6):26-9. doi: 10.1007/s12119-021-09865-2.
6. Kocharyan GS. Psychogenic and emotionally weakened libido. Health Man. 2009; 28(1):115-8. doi: 10.21037/tau.2016.09.06.
7. Kocharyan GS. Sexual aversion and lack of sexual desire in women: a case from clinical practice. Health Man. 2021;76(1):65-70. doi: 10.30841/ 2307-5090.1.2021.232506.
8. Kocharyan GS. Sexual disorders and anatomical problems which prevent execution of coitus. Kharkov: DISA PLUS; 2021. 250 p.
9. Kocharyan GS. Diminished libido, its manifestations and definitions of hypoactive sexual desire disorder. Health of Man. 2021;79(4):90-7. doi: 10.30841/2307-5090.4.2021.252407.
10. Kocharyan GS. Prevalence of diminished libido and hypoactive sexual desire disorder. Health of Man. 2021;79(4):72-8. doi: 10.30841/2307-5090.4.2021. 252399.
11. Crooks R, Baur K. Sexuality. Translation from English. St. Petersburg: Prime-EUROZNAK; 2005. 480 p.
12. Liebig SS. Manual to Sexology. Petersburg: Peter; 2001. 480 p.
13. Wilson GD. Psychology of male sexual arousal. Impotence: An integrated approach to clinical practice. Moskov: Medicine; 2000, p. 24-37.
14. Bermant G. Sexual behaviour: hard times with the Coolidge Effect. Phychological research: the inside story. New York: Harper & Row; 1976. 124 p.
15. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition. United States: American Psychiatric Association; 2013. 947 p.
16. Fisher WA, Byrne D. Sex differences in response to erotica: love versus lust. J Personality SocPsychol. 1978;36:117-25. doi: 10.1007/s10508-007-9217-9.
17. Michael RP, Zumpe D. Potency in male rhesus monkeys: effects of continously receptive females. Scie. 1978;200(4340):451-3. doi: 10.1126/science.417398.
18. O'Donohue WT, Geer JH. The habituation of sexual arousal. Arch Sex Behav. 1985;14(3):233-46. doi: 10.1007/BF01542106.
19. Palacios S. Hypoactive Sexual Desire Disorder and current pharmacotherapeutic options in women. Womens Health (Lond). 2011;7(1):95-107. doi: 10.2217/whe.10.81.
20. Parish SJ, Hahn SR. Hypoactive Sexual Desire Disorder: A Review of Epidemiology, Biopsychology, Diagnosis, and Treatment. Sex Med Rev. 2016;4(2):103-20. doi: 10.1016/j.sxmr.2015.11.009.
21. Parish SJ, Simon JA, Davis SR, Giraldi A, Goldstein I, Goldstein SW, et al. International Society for the Study of Women's Sexual Health Clinical Practice Guideline for the Use of Systemic Testosterone for Hypoactive Sexual Desire Disorder in Women. J Sex Med. 2021;18(5):849-67. doi: 10.1016/j.jsxm.2020.10.009.
22. Pettigrew JA, Novick AM. Hypoactive Sexual Desire Disorder in Women: Physiology, Assessment, Diagnosis, and Treatment. J Midwifery Womens Health. 2021;66(6):740-8. doi: 10.1111/jmwh.13283.
23. Pyke RE, Clayton AH. Assessment of Sexual Desire for Clinical Trials of Women with Hypoactive Sexual Desire Disorder: Measures, Desire-Related Behavior, and Assessment of Clinical Significance. Sex Med Rev. 2018;6(3):367-83. doi: 10.1016/j.sxmr.2017.11.008.
24. Sancar F. Another Option for Hypoactive Sexual Desire. JAMA. 2019;322(7):604. doi: 10.1001/jama.2019.11515.
25. Wilson GD. The great sex divide. London: Peter Owen; 1989. 231 p.

Стаття надійшла до редакції 28.07.2022. – Дата першого рішення 02.08.2022. – Стаття подана до друку 20.09.2022

DOI: https://doi.org/10.30841/2307-5090.3.2022.270833
УДК: 616.3:615.33

Сучасні аспекти використання пробіотичних та пребіотичних продуктів в урологічній практиці (Огляд літератури)

П.В. Аксьонов, В.В. Спиридоненко, М.Г. Романюк
ДУ «Інститут урології імені академіка О.Ф. Возіанова НАМН України», м. Київ

У статті розглянуті пробіотичні, пребіотичні та синбіотичні продукти, їхні види, користь і можливості застосування в урологічній практиці. Показана ефективність та безпечність використання на основі аналізу різних клінічних досліджень.
Результати досліджень свідчать, що пробіотики потенційно позитивно впливають на організм хазяїна кількома різними шляхами: 1) антагонізм через продукцію антимікробних речовин; 2) конкуренція з патогенами за адгезію до епітелію та за поживні речовини; 3) імуномодуляція. Завдяки таким механізмам мікробіота кишечника діє як бар'єр для патогенів. Пробіотичні організми мають вирішальне значення для підтримки балансу мікробіоти кишечника людини та високий терапевтичний потенціал. Деякі лікарські засоби групи пробіотиків містять лише один вид мікроорганізмів нормальної мікрофлори, інші препарати – декілька. Залежно від виду мікроорганізмів, що містяться в тому чи іншому пробіотику, визначається його терапевтична активність та сфера застосування.
Пребіотики використовують як альтернативу пробіотикам або як додаткову підтримку для них. У механізмі дії пребіотика закладено вплив на кишкову флору шляхом збільшення кількості корисних анаеробних бактерій та зменшення популяції потенційно патогенних мікроорганізмів. До ефектів пребіотиків належить потенціювання збільшення нормальної кишкової біоти, стимуляція імунних механізмів слизової оболонки, а також можливість впливу на неімунні механізми через антагонізм із потенційними кишковими патогенами.
Досвід застосування традиційних пробіотиків, із введенням достатньої кількісті нової форми впливу на кишкову мікрофлору – пребіотиків, вказує на значне підвищення терапевтичної ефективності таких комбінацій (пребіотик + пробіотик), що в результаті підвищує шанс повної елімінації мікробного агента, а також прискорює процес відновлення нормальної функції кишечника. Синбіотики – продукти, які містять як пробіотики, так і пребіотики, поєднуючи в собі їхні фармакологічні ефекти.
Однією з найвідоміших фармакологічних груп, що позитивно впливає на кишковий біоценоз, є природні ентеросорбенти. Призначення ентеросорбенту після застосування антибіотикотерапії у випадках лікування урологічних інфекцій повинно полягати у виборі препарату, що містить збалансований склад компонентів, спрямованих на сорбцію, а також оптимізацію зростання нормальної кишкової біоти.
Розробка біотерапевтичних формул, що містять як відповідні мікробні штами, так і синергетичні пребіотики, посилює терапевтичний ефект при лікуванні хворих з урологічною патологією.
Ключові слова: *пробіотики, пребіотики, синбіотики, ентеросорбенти, харчові волокна.*

Modern aspects of the use of probiotic and prebiotic products in urological practice (Literature review)

P.V. Aksonov, V.V. Spyrydonenko, M.G. Romanyuk

The article discusses probiotic, prebiotic and synbiotic products, their types, benefits and possibilities of use in urological practice. The effectiveness and safety of use is shown based on the analysis of various clinical studies.
Research results show that probiotics have a potentially positive effect on the host's body in several different ways: 1) antagonism through the production of antimicrobial substances; 2) competition with pathogens for adhesion to the epithelium and for nutrients; 3) immunomodulation. Thanks to such mechanisms, the intestinal microbiota acts as a barrier to pathogens. Probiotic organisms are critical for maintaining the balance of the human gut microbiota and have high therapeutic potential. Some drugs of the group of probiotics contain only one type of microorganisms of normal microflora, other drugs contain several at once. Depending on the type of microorganisms contained in this or that probiotic, its therapeutic activity and scope of application are determined.
Prebiotics can be used as an alternative to probiotics or as additional support for them. The mechanism of action of the prebiotic includes an effect on the intestinal flora by increasing the number of beneficial anaerobic bacteria and reducing the population of potentially pathogenic microorganisms. The effects of prebiotics include potentiation of the growth of normal intestinal biota, stimulation of mucosal immune mechanisms, and the possibility of influencing non-immune mechanisms through antagonism with potential intestinal pathogens.
The experience of using traditional probiotics, with the introduction of a sufficient amount of a new form of influence on the intestinal microflora – prebiotics, indicates a significant increase in the therapeutic effectiveness of such combinations

© The Author(s) 2022 This is an open access article under the Creative Commons CC BY license

(prebiotic + probiotic), which as a result increases the chance of complete elimination of the microbial agent, and also accelerates the process of restoring normal intestinal function . Synbiotics are products that contain both probiotics and prebiotics, combining their pharmacological effects.
One of the most well-known pharmacological groups capable of a positive effect on the intestinal biocenosis is natural enterosorbents. The appointment of an enterosorbent in the period after the use of antibiotic therapy in cases of treatment of urological infections should consist in choosing a drug containing a balanced composition of components aimed at sorption, as well as optimizing the growth of normal intestinal biota.
The development of biotherapeutic formulas containing both appropriate microbial strains and synergistic prebiotics can lead to increased therapeutic effect in the treatment of patients with urological pathology.
Keywords: *probiotics, prebiotics, synbiotics, enterosorbents, dietary fibers.*

Антибактеріальні препарати (АБП) на сьогодні характеризуються значним відсотком використання на відміну від більшості фармакологічних засобів, а також застосовуються при лікуванні бактеріальних ускладнень більшості гострих та хронічних захворювань.

Ця група препаратів посідає одне з провідних місць у запитах хворих в аптеці, хоча і відпускається за рецептом лікаря. Провідним модусом сучасної концепції лікування є раціональні підходи до призначення максимально вузького кола препаратів, позаяк нераціональне використання антибактеріальних препаратів є наочним прикладом формування не тільки індивідуальної, а й загальносуспільної резистентності мікробної флори до поширених препаратів із погіршенням результатів лікування.

Важливим аспектом наслідків нераціонального використання антибіотиків є формування різних видів ускладнень антибіотикотерапії, від легких до летальних. Ці та інші аспекти надають проблемі як медичного, так і соціального характеру, що зумовлено зокрема і використанням антибіотиків у харчовій та інших видах промисловості; необхідністю формування соціальної моделі корисності раціонального використання антибактеріальних медичних продуктів під наглядом медичного працівника.

Захворювання сечової системи в середньому становлять близько 20% від загального кола захворювань людства і практично у 3/4 випадків вимагають застосування антибактеріальної терапії (АБТ).

Інфекції сечостатевих шляхів завжди були і залишаються одним із найбільш актуальних питань урологічної практики. Поширеність інфекцій сечового тракту є дуже високою і зазвичай посідає одну з провідних позицій у загальній структурі. Щорічно у світі реєструють близько 150 млн випадків інфекцій сечових шляхів [1, 2], що за даними деяких досліджень становить до 40% від усіх випадків госпітальної інфекції у дитячому віці [3].

Не є секретом, що застосування антибактеріальних препаратів вважається наріжним каменем у лікуванні урогенітальних інфекцій чоловіків як найпоширенішої причини урологічних захворювань. Сам принцип дії АБТ, що полягає в елімінації або пригніченні мікробної флори, несе ризик негативного впливу на індивідуальні біоценози в різних органах та системах людського організму, а саме – пригнічення нормальної умовно-патогенної флори з відповідним порушенням різних функцій організму. Такі ризики здебільшого цілком виправдані, хоча інколи лікарі стикаються з випадками, коли необхідність профілактики зазначених вище ускладнень є важливою умовою одужання пацієнта. Різні сучасні експериментальні та клінічні дослідження переконливо показали, що у певних ситуаціях раціональне проведення антибіотикопрофілактики дозволяє знизити частоту післяопераційних інфекційних ускладнень з 20–40% до 1,5–5% [4].

Згідно з даними медичної статистики відомо, що 25–50% від усіх витрат на лікарські препарати у стаціонарі належить купівлі антибактеріальних засобів [5], з яких близько 30–50% антибіотиків застосовуються з метою профілактики інфекційних ускладнень в урологічній практиці лікаря [6]. Відомо, що близько 30–90% антибактеріальних препаратів використовують в урологічній практиці нераціонально, особливо з точки зору дози та тривалості введення [7]. Нераціональний вибір АБТ, як засобу профілактики, спричинює підвищення частоти ризику розвитку небажаних реакцій на медичні засоби та збільшенню випадків бактеріальної резистентності.

Проблемними реаліями сучасної АБТ можна вважати різні умови, що обтяжують, ускладнюють або перекручують її перебіг та результати, а саме:

- самостійне застосування пацієнтом антибактеріальних препаратів без чітких показань та врахування ускладнень, а характеристиками такої терапії є її агресивність, нераціональність та безконтрольність;
- зростання рівня інфекцій, що передаються переважно статевим шляхом (ІПСШ), за рахунок зміни популяційних, соціальних, міграційних та інших умов;
- зміна якісних характеристик збудників на тлі високого відсотка антибіотикорезистентності (формування біоплівок) [8];
- низька ефективність АБТ при хронічних інфекціях через формування резистентності мікробних патогенів;
- наявність патоморфозу деяких інфекційно-запальних захворювань, що характеризує зміну умов виникнення, перебігу патології з ростом відсотка рецидивів, нечіткою клінічною картиною та погано прогнозованим результатом;
- екопатологічний фактор, що характеризується значним поліморфізмом агентів негативного впливу;
- формування вторинних імунопатій та хронізація захворювань, як результат зниження соціальних стандартів;
- високий рівень стресових ситуацій, куріння, гіподинамія тощо.

Сучасна тактика антимікробної терапії в менеджменті ІПСШ може стосуватися зазначеного нижче. Зміни принципів лікування урологічних інфекційних захворювань пов'язані з поглибленням знання їх патогенезу, виявленням раніше невідомих збудників, появою ефективніших препаратів, а також із розвитком резистентності уропатогенів до відомих антимікробних препаратів.

Згідно з останніми дослідженнями [9], повсякденне проведення агресивної, нераціональної та переважно безконтрольної АБТ призвело до формування високого рівня розвитку резистентності збудників урологічних захворювань. Важливу роль у проблематиці резистентності відіграє і те, що більшість уропатогенів набули здатності до утворення біоплівок, що є значною перешкодою ефективного застосування АБТ. Сьогодні емпіричний підхід до вибору антибактеріального препарату при ІПСШ є загальновизнаним і широко застосовується у вигляді стандартів [10].

Метою лікування інфекцій сечового тракту та ІПСШ є швидка та повна елімінація збудника з одночасним попередженням рецидивування (висхідної інфекції) або хронізації процесу. Клінічна парадигма терапії ІПСШ та інфекцій сечової системи обов'язково включає профілактику розвитку небажаних реакцій та формування резистентності збудників до представників АБТ, а також фармакоекономічні питання [11].

Сучасна наукова література містить рекомендації щодо курації різних інфекцій в урології [10]. Оприлюднені результати досліджень ефективності препаратів, що впливають на мікрофлору кишечника, які застосовуються з метою профілактики та лікування антибіотик-асоційованих ускладнень з боку кишечника, як у загальнохірургічній практиці [12–14], так і у практиці лікаря-уролога [15].

У випадках застосування АБТ в урологічній практиці терміном понад 7–10 днів більшістю авторів рекомендується проведення профілактики розвитку грибкової флори, ускладнень з боку кишкової біоти, а також заходів, спрямованих на зменшення токсичної дії мікробного агента або антимікробних препаратів, у формі часткової сорбції їхніх продуктів життя або фармакологічного метаболізму. В останніх випадках традиційно призначають представників групи так званих пробіотиків.

Пробіотики – живі мікроорганізми, які при введенні їх до організму в адекватній кількості позитивно впливають на мікрофлору кишечника. Слово «пробіотик» походить з грецької мови і означає «для життя». Фердинанд Вергін винайшов термін «пробіотик» у 1954 році [16]. Через деякий час після цього, у 1965 році, Ліллі та Стіллвелл описали пробіотики як мікроорганізми, що стимулюють ріст інших мікроорганізмів [17]. Визначення пробіотиків неодноразово змінювалося. Щоб підкреслити їхнє мікробне походження, Фуллер [18] заявив, що пробіотики мають бути життєздатними мікроорганізмами та сприятливо впливати на свого господаря. З іншого боку, Guarner і Schaafsma (1998) вказали на необхідність використання відповідної дози пробіотичних організмів, необхідних для досягнення очікуваного ефекту [19].

Сучасне визначення, сформульоване у 2002 році експертами робочої групи Продовольчої та Сільськогосподарської Організації Об'єднаних Націй (ПСО) і Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), стверджували, що пробіотики – це «живі штами строго відібраних мікроорганізмів, які при введенні в достатній кількості надають користь для здоров'я господаря» [20]. Визначення було підтримано Міжнародною науковою асоціацією пробіотиків і пребіотиків (ISAPP) у 2013 році [21, 22].

Пребіотики – речовини, які не здатні всмоктуватися, справляють позитивний фізіологічний ефект в організмі людини, селективно стимулюючи необхідне зростання або активність кишкової мікрофлори. У 1995 році Гібсон і Роберфройд [23] визначили пребіотики як неперетравлені харчові компоненти, які шляхом стимуляції росту та/або активності одного типу чи обмеженої кількості мікроорганізмів, що мешкають у травному тракті (ТТ), покращують стан здоров'я господаря [22, 23]. У 2004 році визначення було оновлено, і пребіотики були визначені як селективно ферментовані компоненти, що дозволяють специфічні зміни у складі та/або активності мікроорганізмів у ТТ, корисні для здоров'я та благополуччя господаря [24]. Нарешті, у 2007 році експерти ПСО /ВООЗ описали пребіотики як нежиттєздатний харчовий компонент, що приносить користь для здоров'я господаря, пов'язану з модуляцією мікробіоти [25].

Пребіотики можна використовувати як альтернативу пробіотикам або як додаткову підтримку для них. Однак різні пребіотики стимулюють ріст різних місцевих кишкових бактерій. Пребіотики мають величезний потенціал для модифікації мікробіоти кишечника, але ці модифікації відбуваються на рівні окремих штамів і видів, їх нелегко передбачити апріорі. Є багато повідомлень про сприятливий вплив пребіотиків на здоров'я людини [22].

Синбіотики – продукти, що містять як пробіотики, так і пребіотики, поєднуючи в собі їхні фармакологічні ефекти. Високий потенціал пояснюється одночасним використанням пробіотиків і пребіотиків. У 1995 році Гібсон і Роберфроїд ввели термін «синбіотик» [24] для опису комбінації синергетично діючих пробіотиків і пребіотиків [22, 23]. Вибраний компонент, уведений до ТТ, повинен вибірково стимулювати ріст та/або активувати метаболізм фізіологічної кишкової мікробіоти, сприятливо впливаючи на здоров'я господаря [22, 26].

Оскільки слово «синбіотик» означає синергію, цей термін слід використовувати для тих продуктів, у яких пребіотичний компонент вибірково сприяє пробіотичному мікроорганізму [27]. Основна мета такої комбінації – покращення виживання пробіотичних мікроорганізмів у ТТ [22]. Синбіотики мають як пробіотичні, так і пребіотичні властивості і були створені з метою подолання деяких можливих труднощів у виживанні пробіотиків у ТТ [28].

Отже, відповідна комбінація обох компонентів в одному продукті повинна забезпечити кращий ефект порівняно з активністю пробіотика або пребіотика [22, 29, 30]. У механізмі дії пребіотика закладено вплив на кишкову флору шляхом збільшення кількості корисних анаеробних бактерій та зменшення популяції потенційно патогенних мікроорганізмів.

Ефекти пребіотиків:

- потенціювання зростання нормальної кишкової біоти,
- стимуляція імунних механізмів слизової оболонки,
- можливість впливу на неімунні механізми через антагонізм із потенційними кишковими патогенами (гриби роду Candida, клостридії та ін.).

Досвід застосування традиційних пробіотиків із введенням достатньої кількісті нової форми впливу на кишкову мікрофлору (пребіотиків) вказує на значне підвищення терапевтичної ефективності таких комбінацій (пребіотик + пробіотик), що в результаті підвищує шанс повної елімінації мікробного агента, а також прискорює процес відновлення нормальної функції кишечника.

На сьогодні до пробіотиків належать такі мікроорганізми:

1. Лактобактерії (L. acidophilus, L. plantarum, L. casei, L. bulgaricus, L. lactis, L. reuteri, L. rhamnosus, L. fermentum, L. jonsonii, L. gassed).
2. Біфідобактерії (B. bifidum, B. infantis, B. longum, B. breve, B. adolescents).
3. Непатогенні різновиди Escherichia Coli.
4. Непатогенні різновиди Bacillus (B. subtilis).
5. Непатогенні різновиди Enterococcus (Enterococci faecium, E. salivarius).
6. Молочнокислий стрептокок (Str. thermophylus).
7. Дріжджові грибки Saccharomyces boulardii.

Перелічені мікроорганізми входять до складу різних лікарських засобів у різних комбінаціях. Деякі лікарські засоби групи пробіотиків містять лише один вид мікроорганізмів нормальної мікрофлори, інші препарати – відразу кілька. Залежно від виду мікроорганізмів, що містяться в тому чи іншому пробіотику, визначається його терапевтична активність та сфера застосування. Пробіотики можуть міститися як у продуктах харчування, так і у спеціально створених і розроблених лікарських препаратах або біологічно активних добавках.

Молекулярно-генетичні дослідження дозволили визначити основи корисної дії пробіотиків, що включає чотири механізми [22]:

1. Антагонізм через продукцію антимікробних речовин [31].
2. Конкуренція з патогенами за адгезію до епітелію та за поживні речовини [32].
3. Імуномодуляція господаря [33].
4. Пригнічення вироблення бактеріального токсину [34].

Перші два механізми безпосередньо пов'язані з їхньою дією на інші мікроорганізми. Ці механізми важливі для профілактики та лікування інфекцій, а також для підтримки балансу кишкової мікробіоти хазяїна. Здатність пробіотичних штамів до коагрегації, як один із механізмів їхньої дії, може призвести до утворення захисного бар'єра, який запобігає колонізації епітелію патогенними бактеріями. Пробіотичні бактерії можуть прилипати до епітеліальних клітин, блокуючи патогени. Цей механізм має важливий вплив на стан здоров'я господаря. Крім того, адгезія пробіотичних мікроорганізмів до епітеліальних клітин може викликати сигнальний каскад, що призводить до імунологічної модуляції. Вивільнення деяких розчинних компонентів може викликати пряму або непряму (через епітеліальні клітини) активацію імунологічних клітин.

Цей ефект відіграє важливу роль у профілактиці та лікуванні інфекційних захворювань, а також при хронічних запаленнях ТТ або його частини [22]. Є також припущення про можливу роль пробіотиків у знищенні ракових клітин [35].

Антибіотикоасоційована діарея (AAD) – поширене ускладнення, викликане прийманням більшості антибіотиків, і захворювання, спричинене *Clostridium difficile* (CDD), яке також виникає на тлі вживання антибіотиків, і є основною причиною діареї та коліту. Застосування пробіотиків для цих двох споріднених захворювань залишається суперечливим. Різноманітність різних типів пробіотиків є перспективним ефективним засобом лікування цих двох захворювань [22]. Використовуючи мета-аналізи, три типи пробіотиків (*Saccharomyces boulardii*, *Lactobacillus rhamnosus* GG та суміші пробіотиків) значно зменшили розвиток діареї, пов'язаної з вживанням антибіотиків. Лише *S. boulardii* був ефективним для CDD [36].

Фрукти, овочі, злаки та інші їстівні рослини є джерелами вуглеводів, які є потенційними пребіотиками, а саме: помідори, артишоки, банани, спаржа, ягоди, часник, цибуля, цикорій, зелені овочі, бобові, а також овес, насіння льону, ячмінь і пшениця. До штучно вироблених пребіотиків належать лактулоза, галактоолігосахариди, фруктоолігосахариди, мальтоолігосахариди, циклодекстрини та лактосахароза. Лактулоза становить значну частину вироблених олігосахаридів (до 40%). Фруктани, такі, як інулін і олігофруктоза, вважаються найбільш використовуваними та ефективними щодо багатьох видів пробіотиків [22].

Пребіотики присутні в натуральних продуктах, але їх також можна додавати в їжу для покращення їх харчової цінності та значущості для здоров'я. Наприклад, інулін, фруктоолігосахариди, лактулоза та похідні галактози та β-глюкани можуть слугувати середовищем для пробіотиків. Вони стимулюють їх ріст і не містять мікроорганізмів [22]. Пребіотики не перетравлюються ферментами хазяїна і практично в незміненому вигляді потрапляють у товсту кишку, де ферментуються сахаролітичними бактеріями (наприклад, роду *Bifidobacterium)*. Споживання пребіотиків значною мірою впливає на склад кишкової мікробіоти та її метаболічну активність [37]. Це пов'язано з модуляцією ліпідного обміну, підвищенням засвоюваності кальцію, впливом на імунологічну систему та зміною функції кишечника [37, 22].

Основна мета пребіотиків – стимулювати ріст і активність корисних бактерій у ТТ, що приносить користь для здоров'я господаря. Завдяки таким механізмам, як антагонізм (виробництво антимікробних речовин) і конкуренція за епітеліальну адгезію та поживні речовини, мікробіота кишечника діє як бар'єр для патогенів [22]. У результаті бродіння вуглеводів *Bifidobacterium* або *Lactobacillus* може виробляти деякі сполуки, що пригнічують розвиток шлунково-кишкових патогенів, а також спричиняти зниження pH кишечника [22, 38]. Отже, завдяки їхньому сприятливому впливу на розвиток корисних кишкових бактерій, пребіотики можуть брати участь у пригніченні розвитку патогенів [22].

Однією з найвідоміших фармакологічних груп, що позитивно впливають на кишковий біоценоз, є природні ентеросорбенти. Існує багатий клінічний досвід їхнього застосування, а також проблеми вибору та максимально ефективного використання. Кожна з груп ентеросорбентів має різні позитивні та негативні фармакологічні ефекти, які впливають на саму кишкову біоту, але за умов неселективності сорбційних механізмів у всіх представників цієї великої групи.

Призначення ентеросорбенту після застосування АБТ у випадках лікування урологічних інфекцій повинно полягати у виборі препарату, що містить збалансований склад компонентів, спрямованих на сорбцію, а також оптимізацію збільшення нормальної кишкової біоти.

Аналіз сучасних технологій вирощування та обробки сільськогосподарських культур, овочів та фруктів свідчить про нестачу харчових волокон (ХВ) у раціоні людини. ХВ – це харчові, ендогенні або синтетичні оліго- та полісахариди (крім лігніну) бактеріального, рослинного і тваринного походження, стійкі до травних ферментів. Потрапляючи в організм, ХВ ферментуються кишковою мікрофлорою, демонструють високу сорбційну здатність, позитивно впливають на метаболізм, а також служать в якості пребіотиків (розчинні ХВ) та є основою для продукції мікрофлорою біологічно активних речовин.

Для поповнення дефіциту ХВ виправдано використовувати ентеросорбенти-пребіотики, що містять нерозчинні та розчинні ХВ у фізіологічному співвідношенні 5:1.

Застосування ХВ сприяє створенню оптимальних дієтологічних умов нормалізації моторної функції ТТ, відновлення мікрофлори кишечника, виведення токсичних речовин з організму, розвитку сорбуючих і пребіотичних ефектів.

Механізм фармакологічної дії ХВ спрямований на реалізацію деяких ефектів впливу на низку важливих функцій як у ТТ, так і в організмі в цілому.

До прямої дії ХВ відносять:

- регуляцію перетравлення та всмоктування в ТТ;
- регуляцію кишкової моторики та швидкості транзиту їжі;
- детоксикацію ентерального середовища ТТ;
- цитопротекторну дію щодо епітеліальних клітин шлунка, тонкого і товстого відділів кишечника;
- регуляцію мікробіоценозу кишечника – реалізація пребіотичної дії;
- зв'язування та виведення з організму вірусів.

До непрямої дії ХВ відносять:

- захист метаболічних систем організму від перевантаження;
- цитопротекторний ефект щодо клітин печінки;
- профілактику ендотоксикозу та його ускладнень;
- профілактику розвитку онкологічних захворювань.

ХВ поділяють на розчинні та нерозчинні. Розчинні ХВ (пектини, бета-глюкани, фрукто-, галакто-олігополісахариди та інулін, розчинна фракція геміцелюлози) під дією мікробіоти кишечника сприяють синтезу коротколанцюгових жирних кислот – головного джерела енергії для ентероцитів слизової оболонки товстого відділу кишечника. Галактоолігополісахариди та інулін також є біфідогенними пребіотиками. Нерозчинні ХВ (целюлоза, лігнін, ксилани, фрагменти геміцелюлози) нормалізують кишкову моторику та мікробіоту, мають антитоксичний ефект, знижують рівень холестерину в крові, зменшують ризик розвитку алергічних реакцій, запобігають зневодненню організму [39–41].

Отже, використання пребіотичного медикаментозного фактору у пацієнтів з урологічними інфекціями різного генезу, які отримували антибактеріальну терапію, є перспективним напрямком терапії і здатне покращувати результати лікування. Формування такого виду реабілітації потребує чіткого визначення необхідності, обсягів та часових термінів симбіотичної терапії, яка потребує виважених, науково обґрунтованих підходів у кожному індивідуальному випадку.

Відомості про авторів

Аксьонов Павло Валерійович – канд. мед. наук, відділ сексопатології та андрології, ДУ «Інститут урології імені академіка О.Ф. Возіанова НАМН України», м. Київ; тел.: (067) 992-67-03. *E-mail: aksyonov.pv@gmail.com*
ORCID: 0000-0002-3266-961X

Спиридоненко Володимир Володимирович – канд. мед. наук, доцент, ст. науковий співробітник, ДУ «Інститут урології імені академіка О.Ф. Возіанова НАМН України», м. Київ. *E-mail: vspiridonenko@gmail.com*
ORCID: 0000-0002-7366-7282

Романюк Максим Григорович – канд. мед. наук, відділ сексопатології та андрології, ДУ «Інститут урології імені академіка О.Ф. Возіанова НАМН України», м. Київ; тел.: (066) 423-61-40. *E-mail: maxxhole14@gmail.com*
ORCID: 0000-0002-6139-7318

Information about the authors

Aksonov Pavlo V. – MD, PhD, Department of Sexopathology and Andrology, Institute of Urology named by Acad. O.F. Vozianov, Academy of Medical Sciences of Ukraine, Kyiv; tel.: (067) 992-67-03. *E-mail: aksyonov.pv@gmail.com*
ORCID: 0000-0002-3266-961X

Spyrydonenko Volodymyr V. – MD, PhD, Associate Professor, Senior Researcher, Institute of Urology named by Acad. O.F. Vozianov, Academy of Medical Sciences of Ukraine, Kyiv. *E-mail: vspiridonenko@gmail.com*
ORCID: 0000-0002-7366-7282

Romanyuk Maksym G. – MD, PhD, Department of Sexopathology and Andrology, Institute of Urology named by Acad. O.F. Vozianov, Academy of Medical Sciences of Ukraine, Kyiv; tel.: (066) 423-61-40. *E-mail: maxxhole14@gmail.com*
ORCID: 0000-0002-6139-7318

ПОСИЛАННЯ

1. Gorpinchenko II, Gurzhenko YUM, Spiridonenko VV. Issledovaniye effektivnosti ispolzovaniya preparata Levostad u bolnykh khronicheskim nespetsificheskim prostatitom. Zdorovye muzhchiny. 2015;55(4):37-43.
2. Savas L, Guvel S, Onlen Y, Savas N, Duran N. Nosocomial urinary tract infections: micro-organisms, antibiotic sensitivities and risk factors. West Indian Med J. 2006;55(3):188-93. doi: 10.1590/s0043-31442006000300011.
3. Frumkin K. Bacteriology of urinary tract infections in emergency patients aged 0-36 months. J Emerg Med. 2015;48(4):405-15. doi: 10.1016/j.jemermed. 2014.11.004.
4. Gostishchev VK. Puti i vozmozhnosti profilaktiki infektsionnykh oslozhneniy v khirurgii. Ratsionalnyye podkhody k profilaktike infektsionnykh oslozhneniy v khirurgii: metod rek. Moskva; 1997, p. 2-11.
5. Sasse A, Mertens R, Siuon IP, Ronveaux O, Bossens M, Mol PDe, et al. Surgical prophylaxis in Belgian hospitals: estimate of costs and potential savings. Antimicrob Chemother. 1998:41:267-72. doi: 10.1093/jac/41.2.267.
6. Scheel O, Stormark M. National prevalence survey on hospital infections in Norway. J Hosp Infect. 1999:41(4):331-35. doi: 10.1053/jhin.1998.0520.
7. Polk H, Christmas AB. Prophylactic antibiotics in surgery and surgical wound infections. Amer Surg. 2000;66(2):105-11.
8. Nikitin OD. Rol mikrobnykh bioplenok v patogeneze oslozhnennykh infektsiy mochevykh putey. Zdorovye Muzhchiny. 2015;4(55):20-4.
9. Bonkat G, Bartoletti R, Bruyère F, Cai T, Geerlings SE, Köves B, et al. S EAU Guidelines on Urological Infections. EAU Annual Congress. Amsterdam: EAU; 2022, 78 p.
10. Vidannya Zdorovya Ukrainy. Obzor rekomendatsiy Yevropeyskogo obshchestva urologov (EAU) 2014 g. po diagnostike i lecheniyu infektsiy mochevyvodyashchikh putey, assotsiirovannykh s urologicheskimi rasstroystvami [Internet]. Tematichniy nomer Urol, Nefrol, Androl. 2014;1(1). Available from: https://health-ua.com/article/5629-obzor-rekomendatcij-evropejskogo-obshestva-urologov-EAU-2014-g-po-diagnosti.
11. Rafalskiy VV, Strachunskiy LS, Krechikova OI, et al. Rezistentnost' vozbuditeley ambulatornykh infektsiy mochevyvodyashchikh putey po dannym mnogotsentrovykh mikrobiologicheskikh issledovaniy UTIAP-I i UTIAP-II. Urol. 2004;2:1-5.
12. Vrublevskiy NV, Danilin VN, Didkovskiy VP, Rasputin NV. Preduprezhdeniye narusheniy mikrobiotsenoza kishechnika na fone priyema antibiotikov v gnoynoy khirurgii. Lechashchiy vrach. 2006;10:84-5.
13. Khavkin AI, Zhikhareva NS. Terapiya antibiotik-assotsiirovannogo disbakterioza. Rus med zhurn. 2006;14(19):3-7.
14. Fominykh YUA, Pakhomova IG. Antibiotik-assotsiirovannyye sostoyaniya v meditsinskoy praktike: aktualnost problemy, puti resheniya. RMZH. 2012;15:754.
15. Yermolenko DK, Yermolenko YEI, Isakov VA. Primeneniye prebiotika pri antibiotikoterapii bolnykh s urogenital'nym khlamidiozom. Lechashchiy vrach. 2006;(9):86-7.
16. Vergin F. Anti-und Probiotica. Hipokrates. 1954;25:116-9.
17. Lilly DM, Stillwell RH. Probiotics: Growth promoting factors produced by microorganisms. Sci. 1965;147:747-8. doi: 10.1126/science.147.3659.747.
18. Fuller R. Probiotics in man and animals. J Appl Microbiol. 1989;66(5):365-78.
19. Guarner F, Schaafsma GJ. Probiotics. Int J Food Microbiol. 1998;39:237-8. doi: 10.1016/S0168-1605(97)00136-0.
20. Food and Agriculture Organization. Guidelines for the Evaluation of Probiotics in Food. London, ON, Canada: Report of a Joint FAO/WHO Working Group on Drafting Guidelines for the Evaluation of Probiotics in Food; 2002. 11 p.
21. Hill C, Guarner F, Reid G, Gibson GR, Merenstein DJ, Pot B, et al. Expert consensus document: The International Scientific Association for Probiotics and Prebiotics consensus statement on the scope and appropriate use of the term probiotic. Nat Rev Gastroenterol Hepatol. 2014;11:506-14. doi: 10.1038/ nrgastro.2014.66.
22. Markowiak P, Śliżewska K. Effects of Probiotics, Prebiotics, and Synbiotics on Human Health. Nutr. 2017;9(9):1021. doi: 10.3390/nu9091021.
23. Gibson RG, Roberfroid MB. Dietary modulation of the human colonic microbiota: Introducing the concept of prebiotics. J Nutr 1995;125(6):1401-12. doi: 10.1093/jn/125.6.1401.
24. Gibson GR, Probert HM, van Loo J, Rastall RA, Roberfroid M. Dietary modulation of the human colonic microbiota: Updating the concept of the prebiotics. Nutr Res Rev. 2004;17(2):259-75. doi: 10.1079/NRR200479.
25. Food and Agriculture Organization. FAO Technical Meeting on Prebiotics: Food Quality and Standards Service (AGNS), Food and Agriculture Organization of the United Nations (FAO) FAO. Rome, Italy: FAO; 2007. 11 p.
26. Skalkam ML, Wiese M, Nielsen DS, van Zanten G. In Vitro Screening and Evaluation of Synbiotics. Copenhagen: University of Copenhagen; 2016, p. 477-86.
27. Cencic A, Chingwaru W. The role of functional foods, nutraceuticals, and food supplements in intestinal health. Nutr. 2010;2:611-25. doi: 10.3390/nu2060611.
28. Rioux KP, Madsen KL, Fedorak RN. The role of enteric microflora in inflammatory bowel disease: Human and animal studies with probiotics and prebiotics. Gastroenterol Clin N Am. 2005;34:465-82. doi: 10.1016/j.gtc. 2005.05.005.
29. Bengmark S. Bioecological control of the gastrointestinal tract: The role of flora and supplemented probiotics and synbiotics. Gastroenterol Clin N Am. 2005;34:413-36. doi: 10.1016/j.gtc.2005.05.002.
30. Panesar PS, Kaur G, Panesar R, Bera MB. Synbiotics: Potential Dietary Supplements in Functional Foods. IFIS; Berkshire, UK; 2009, p. 58-65.
31. Vandenbergh PA. Lactic acid bacteria, their metabolic products and interference with microbial growth. FEMS Microbiol Rev. 1993;12:221-38. doi: 10.1111/j.1574-6976.1993.tb00020.x.
32. Guillot JF. Probiotic feed additives. J Vet Pharmacol Ther. 2003;26:52-5.
33. Isolauri E, Sutas Y, Kankaanpaa P, Arvilommi H, Salminen S. Probiotics: Effects on immunity. Am J Clin Nutr. 2001;73:444-50. doi: 10.1016/j.bpg.2003.10.006.
34. Brandao RL, Castro IM, Bambirra EA, Amaral SC, Fietto LG, et al. Intracellular signal triggered by cholera toxin in Saccharomyces boulardii and Saccharomyces cerevisiae. Applied Environ Microbiol. 1998;64(2):564-8. doi: 10.1128/AEM.64.2.564-568.1998.
35. Collado MC, Meriluoto J, Salminen S. Interactions between pathogens and lactic acid bacteria: Aggregation and coaggregation abilities. Eur J Food Res Technol. 2007;226:1065-73. doi: 10.1007/s00217-007-0632-x.
36. MakFarland LV. Meta-analiz probiotykiv dlya profilaktyky diareyi, povyazanoyi z antybiotykamy, i likuvannya zakhvoryuvannya, vyklykanoho Clostridium difficile. Am J Gastroenterol. 2006;101:812-22. doi: 10.1111/j.1572-0241.2006.00465.x.
37. Van Loo J, Clune Y, Bennett M, Collins JK. The SYNCAN project: Goals, set-up, first results and settings of the human intervention study. Br J Nutr. 2005;93:91-8. doi: 10.1079/bjn20041353.
38. Gibson GR, Wang X. Regulatory effects of bifidobacteria on the growth of other colonic bacteria. J Appl Microbiol. 1994;77:412-20. doi: 10.1111/ j.1365-2672.1994.tb03443.x.
39. Duda AK, Dubrovskiy YEI. Novyye vozmozhnosti v korrektsii disbioza v praktike semeynogo vracha. Semeynaya meditsina. 2014;51(1):96-100.
40. Dityatkovskaya YEM, Rodkina IA, Gribanova LV, Yevtushenko MA, Bendetskaya YUV. Sovremennyye podkhody k patogeneticheskomu lecheniyu khronicheskoy krapivnitsy. Astma ta alergíya. 2014;(4):60-4.
41. Protsenko TV, Protsenko OA. Pishchevyye volokna v terapii bolnykh akne i rozatsea. Semeynaya med. 2014)54(4):112-5.

Стаття надійшла до редакції 04.08.2022. – Дата першого рішення 10.08.2022. – Стаття подана до друку 19.09.2022

DOI: https://doi.org/10.30841/2307-5090.3.2022.270836
УДК:616.62-003.7+616.71-007.234]-084

Ризик розвитку та взаємозв'язок сечокам'яної хвороби та остеопорозу (Огляд літератури)

О.Д. Нікітін[1], О.І. Нішкумай[1], А.В. Корицький[2], І.А.Кордубайло[2]
[1]Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ
[2]КНП КОР «Київська обласна клінічна лікарня», м. Київ

Сечокам'яна хвороба (СКХ) – поширена патологія з утворенням конкрементів у нирках, сечоводі та сечовому міхурі. До високого ризику СКХ окрім сімейного анамнезу належать гіперпаратиреоз, гіпо- та гіпервітаміноз вітаміну D, гіперкальціурія та гіпероксалурія. Це зумовлено насамперед активацією кісткової резорбції з посиленням гіперкальціурії. Відомо, що у сечі кожної людини є невелика кількість сечовини, неорганічних солей, сечової кислоти, креатиніну та інших речовин. Основною причиною утворення конкрементів є певне порушення обміну речовин, що й призводить до утворення нерозчинних солей, з яких і формуються камені – урати, фосфати, оксалати тощо.
Одним з невирішених питань метафілактики СКХ є лікування і профілактика коморбідного з нею остеопорозу, оскільки для профілактики і лікування останнього використовують препарати кальцію і вітаміну D. Остеопороз та кальцифікація артерій часто збігаються за характером прояву, що вказує на дисбаланс у перерозподілі кальцію з переважним спрямуванням в судинну стінку.
З процесом кальцифікації судин тісно пов'язаний дефіцит вітаміну К2. У серцево-судинній системі при застосуванні антагоністів вітаміну К або дефіциті вітаміну К відбувається кальцифікація ендотелію кровоносних судин. Вплив білка остеокальцину на процеси каменеутворення дискутується. Наприклад, в деяких дослідженнях було встановлено, що високий рівень Gla-білка в сироватці крові пов'язаний із меншим ризиком утворення каменів у нирках.
За результатами дослідження добового аналізу сечі в EAU Guidelines (2022 р.) було оновлено рекомендації щодо метафілактики СКХ відносно питання користі/шкідливості додаткового вживання кальцію та вітаміну D у пацієнтів з нефролітіазом залежно від виду кристалурії.
Відсутність рекомендацій щодо менеджменту пацієнтів із поєднаними патологіями (СКХ, ОП, серцево-судинні захворювання) спонукає до проведення комплексного оцінювання спільних факторів ризику, а також формування програм та алгоритмів щодо ранньої діагностики та розроблення рекомендацій щодо профілактики та попередження ускладнень.
На підставі проведеного аналізу літератури встановлено, що на сьогодні питання вибору оптимальної тактики діагностики та лікування СКХ і остеопорозу все ще залишається дуже дискусійним та неоднозначним. Виникла необхідність поглибленого вивчення цієї тематики, розроблення комплексного диференційованого підходу до діагностики та лікування пацієнтів.
Ключові слова: *нефролітіаз, остеопороз, судинна кальцифікація, рекомендації.*

The risk of the development and relationship of kidney stone disease and osteoporosis (Literature review)

O.D. Nikitin, O.I. Nishkumay, A.V. Korytskyi, I.A. Kordubailo

Urinary stone disease (USD) is a common pathology with the formation of calculi in the kidneys, ureter, and bladder. Besides the family history, hyperparathyroidism, hypo- and hypervitaminosis of vitamin D, hypercalciuria, and hyperoxaluria are the high risk factors for USD development. This is due primarily to the activation of bone resorption with increased hypercalciuria. It is known that in the urine of every person there is a small amount of urea, inorganic salts, uric acid, creatinine and other substances. The main reason for the formation of calculi is a certain metabolic disorder, which leads to the formation of insoluble salts from which stones are formed – urates, phosphates, oxalates, etc.
One of the unsolved problems in the metaphylaxis of USD is the treatment and prevention of osteoporosis which is comorbid with it, since calcium and vitamin D preparations are widely used for the prevention and treatment of osteoporosis. Osteoporosis and arterial calcification often coincide in the nature of the manifestation, which indicates an imbalance in the redistribution of calcium with a predominant direction in the vascular the wall.
Vitamin K2 deficiency is closely related to the process of vascular calcification. In the cardiovascular system, with the use of vitamin K antagonists or vitamin K deficiency, calcification of the endothelium of blood vessels occurs. The effect of osteocalcin protein on stone formation processes is controversial. For example, some researchers have found that high serum level of Gla-protein is associated with a lower risk of kidney stones.
Based on the results of a daily urinalysis study, the EAU Guidelines (2022) updated the recommendations on metaphylactic USD regarding the benefit/harm of additional calcium and vitamin D use in patients with nephrolithiasis depending on the type of crystalluria. The absence of recommendations for the management of patients with combined pathologies (USD, osteoporosis, cardiovascular diseases) prompts a comprehensive assessment of common risk factors, as well as the formation of programs and algorithms for early diagnosis and the development of recommendations for the prevention and avoidance of complications.
Based on the literature analysis, it was established that today the issue of choosing the optimal management for diagnosis and treatment of USD and osteoporosis is still very controversial and ambiguous. There is a necessity for detailed study of this problem, the development of a complex differentiated approach to diagnosis and treatment of patients.
Keywords: *nephrolithiasis, osteoporosis, vascular calcification, recommendations.*

© The Author(s) 2022 This is an open access article under the Creative Commons CC BY license

Сечокам'яна хвороба (СКХ) – мультифакторне захворювання, що пояснює причини її поширення у структурі захворюваності країн світу. Поширеність СКХ залежить від географічних, кліматичних, етнічних, дієтичних і генетичних факторів. Ризик рецидиву переважно визначається захворюванням або розладом, що викликає утворення каменів. Показники поширеності для уролітіазу коливаються від 1% до 20%. У країнах з високим рівнем життя, таких, як Швеція, Канада або США поширеність каменів у нирках помітно висока (>10%). Для деяких країн спостерігається її збільшення понад 37% за останні 20 років [2].

У дослідженні Global Burden of Disease (2019 р.) оцінювали захворюваність, поширеність та смертність для 369 захворювань і травм за 1990–2019 роки для 204 країн. Дослідження продемонструвало, що у всьому світі загальна кількість випадків та смертей, випадків, що пов'язані з інвалідністю за рахунок СКХ, збільшилися з 1990 р., тоді як стандартизовані за віком показники знизилися. Дослідження продемонструвало регіональні та соціально-демографічні відмінності. Так, наприклад, відсоток хвороби розподіляється нерівномірно: в Індії, Китаї та Російської Федерації нараховується майже половина глобальних випадків інцидентів до 2019 року. У Східній Азії, Північній Америці з високим рівнем доходу та Центральній Європі демонструється значне зниження, а такі регіони, як Карибський басейн, Південна Азія та Латинська Америка продемонстрували значне зростання.

У всьому світі захворюваність вища у чоловіків віком 50–69 років, ніж у жінок. Пояснення може бути в тому, що андрогени збільшують, а естрогени зменшують екскрецію оксалатів із сечею, концентрацію оксалату плазми та відкладення кристалів CaOx у нирках [38].

Попередні дослідження засвідчили, що ймовірність утворення каменю різниться географічно та соціально-економічно у всьому світі та залежить від клімату, харчування, рівня розвитку країни та інших факторів, які, як припускають, відіграють певну роль. Важливо відзначити, що СКХ розвивається в 1,3 раза частіше при супутньому цукровому діабеті, в 1,5 раза частіше при гіпертонії, а також у 2 рази частіше при метаболічному синдромі та серцево-судинних захворюваннях [35]. Існують докази зв'язку нефролітіазу з ризиком перебігу хронічної хвороби нирок (ХХН) за рахунок виникнення вторинного гіперпаратиреозу [1].

Згідно з класифікацією, причинами виникнення СКХ можуть бути такі фактори:

- інфекційні (магнію, амонію фосфат, амонію урат),
- неінфекційні (оксалат кальцію, фосфат кальцію, сечова кислота),
- пов'язані з генетичними дефектами (цистинові, ксантинові, дегідроаденінові) або побічною дією ліків [1].

Складним, але дуже важливим чинником є пошук факторів та груп ризику СКХ, оскільки це визначає ймовірність рецидиву, розвитку ХХН, мінеральних і кісткових розладів, а також є обов'язковим для фармакологічного лікування. Близько 50% випадків СКХ мають лише один рецидив протягом життя [11, 16]. Нещодавній огляд щодо вперше діагностованого епізоду ниркової кольки виявив у 26% пацієнтів рецидив протягом п'яти років [5].

За типом конкременту та тяжкістю захворювання визначають низький або високий ризик каменеутворення [1]. До високого ризику СКХ належать: ранній початок розвитку, сімейний анамнез, рецидиви, інфекційна природа, гіперурікемія, гіперпаратиреоз, аномалії розвитку (губчасті нирки, уретральні стриктури), саркоїдоз, гіпервітаміноз D, нефрокальциноз, гастроінтестинальні захворювання (хвороба Крона, синдроми мальдигестії та мальабсорбції), генетичні фактори (цистинурія А, В типів; ренальний тубулярний ацидоз, первинна гіпероксалурія тощо), несприятливі фактори навколишнього середовища (висока навколишня температура, кадмієва інтоксикація тощо).

Певну роль у каменеутворенні відіграє стан мікробіоти. Бактерії, що продукують уреазу, наприклад Proteus mirabilis, Klebsiella pneumonia, Staphylococcusaureus, Pseudomonas aeruginosa, Providentia stuartii, Serratia і Morganella morganii пов'язані з утворенням струвітних каменів та рецидивом. Бактеріальна уреаза розщеплює сечовину і спричинює утворення аміаку, вуглекислого газу, що призводить до олужнення сечі та утворення фосфатних солей [38]. Більше 30 років тому була відкрита Nanobacteria (NB). Вважається, що NB відіграють роль у нуклеації кальцію, оскільки вони можуть виробляти достатню кількість апатиту кальцію в своїх клітинних стінках, щоб ініціювати патологічну кальцифікацію та утворення каменів. Їх навіть називають «кальцифікуючими наночастинками» [40].

Комплексне оцінювання ризику утворення каменів у пацієнтів також повинно включати ризик розвитку ХХН включно на термінальній стадії за рахунок вторинного та третинного гіперпаратиреозу. Це обумовлено насамперед активацією кісткової резорбції та посиленням гіперкальціурії [6]. Вторинний гіперпаратиреоз може бути наслідком як ХХН, так і дефіциту/недостатності вітаміну D. Внаслідок гіпокальціємії або дефіциту вітаміну D відбувається активація продукції паратгормону (ПТГ). Підвищення рівня ПТГ активізує остеокласти, що призводить до збільшення резорбції кістки. Остеобласти також беруть участь у цьому процесі, а саме: під впливом ПТГ вони посилено секретують прозапальні цитокіни (ІЛ-1), яким притаманний остеокласт (активуючий ефект).

Внаслідок кісткової резорбції зростає концентрація кальцію в сироватці вже через 30–60 хв після посилення секреції ПТГ. При постійно підвищеному рівні ПТГ (при всіх видах гіперпаратиреозу) резорбція кісткової тканини переважає над формуванням, що є причиною зниження мінеральної щільності кісткової тканини. Припускають, що посилення резорбції кісткової тканини при гіперпаратиреозі обумовлена не тільки активацією прозапальних цитокінів, а й прискореною проліферацією клітин-попередників остеокластів, на яких знаходяться рецептори до ПТГ.

Паратиреоїдний гормон стимулює продукцію компонентів органічного матриксу остеобластами. Тому при короткочасному періодичному уведенні ПТГ (протягом декількох днів) проявляється його анаболічний ефект утворення кісткової тканини. Паратиреоїдний

гормон стимулює реабсорбцію кальцію в дистальних звивистих канальцях і таким чином знижує екскрецію кальцію кальцію із сечею, пригнічує канальцеву реабсорбцію фосфату і регулює канальцевий транспорт бікарбонату і магнію. Окрім того, він стимулює синтез 1,25 (OH)2D3 з 25(OH)D3 у проксимальних звивистих канальцях, який посилює всмоктування кальцію в тонкому кішечнику. Вторинний гіперпаратиреоз, що активується гіпокальціємією внаслідок посилення резорбції та гіперкальціурії, призводить до формування матриці з подальшим утворенням мікролітів [7].

Асоціація СКХ з метаболічними захворюваннями кісткової тканини все частіше зустрічається у сучасній літературі як один з її провідних механізмів [8]. Це насамперед пов'язують з гіперкальцій- та гіпероксалурією [9]. За даними епідеміологічного дослідження у США (2016–2019 рр.), встановлено, що найпоширенішим типом каменів був оксалат кальцію – CaOx (79,2%), сечова кислота (14,3%), фосфат кальцію ($CaPO_4$; 3,7%), цистин (0,51%), медикаментозно індукований (0,12%) і фосфат магнію амонію (0,04%) [33].

Один із патогенетичних механізмів гіперкальцій- та гіпероксалурії полягає в агрегації кристалів, яка спричинює утворення каменів. Нормальна сеча містить численні інгібітори, які діють як у конкуренції, так і в співпраці. Вони зменшують кристалізацію та пригнічують агрегацію кристалів у канальцевих епітеліальних клітинах. Ці інгібітори можна поділити на три групи: аніони, катіони металів і макромолекули.

Аніони, такі, як цитрат, ефективно пригнічують ріст кристалів при концентраціях вище 0,1 мМ. У більшості хворих на нефролітіаз знижена екскреція цитрату. Лужні добавки широко використовують при гіпоцитратуричному рецидивному нефролітіазі пацієнтів для відновлення виведення цитрату. Гідроксицитрат є структурним аналогом цитрату, який виявляє еквівалентну здатність до утворення комплексів з кальцієм для пригнічення кристалізації.

Катіони металів, таких, як магній, інгібують ріст кристалів і агрегацію, що є синергічним з цитратом в кислому середовищі. Первинна агрегація виникає лише в сечі при нефізіологічно високих концентраціях оксалату (>1 мМ), що як здається, має невелике значення для СКХ. З іншого боку, поверхні, які покриті макромолекулами, можуть індукувати агрегацію при вмісті оксалату 0,5 мМ. Також у літературі обговорюється, що існує внутрішньониркове походження каменів, коли кристали можуть зберігатися на пошкоджених ниркових канальцях [28].

Макромолекули (ММ) – найбільш ефективні інгібітори росту кристалів. До них належать остеопонтін (OPN), білок Хорсфолла-Тамма, протромбін сечі, фрагмент 1 (UPTF-1), нефрокальцин (Nc). Вплив макромолекул віддзеркалює вплив імунного механізму на прискорення каменеутворення. Накопичення макрофагів і пов'язане з макрофагами запалення або протизапальний процес є провідними у розвитку СКХ. Вони відіграють вирішальну роль у кальцієвій оксалатурії. Макрофаги взаємодіють з OPN і фібронектином (FN), секретують різні медіатори (зокремаprotein-1, monocyte chemoattractant protein-1 та інтерлейкін 8 (IL-8).

Сили Ван-дер-Ваальса (VWF) є тим рушійним елементом, що притягує кристали проти електростатичного відштовхування їх електрично зарядженими поверхнями. Спочатку у сечі позитивно заряджені кристали стають негативно зарядженими за рахунок адсорбції аніонними ММ. Негативний заряд кристалів сприяє високому інгібуючому потенціалу проти агрегації в сечі, коли електростатичне відштовхування перевищує тяжіння VWF.

Сучасні дослідження довели, що в сечі кристали переважно вкриті альбуміном, що є спорідненим протромбіну білком, остеопонтином та білками Хорсфолла Тамма. Такі поліаніонні субстанції здатні створювати негативні поверхневі потенціали на кристалах до -40 мВ. У необробленій цільній сечі агрегації CaOx можуть бути індуковані лише нефізіологічно високим вмістом оксалату і залишатись неактивними, що вирівнює дифузійне співвідношення між низько- і високомолекулярними речовинами. При такому перенасиченні агрегація може виникнути перед тим, як кристали будуть поглинуті повільно дифундуючими ММ. VWF має дуже обмежений діапазон активності, оскільки короткі відстані між кристалами є обов'язковими для агрегації. Це може реалізовуватися в штучних розчинах повільною магнітною активністю, що сприяє зіткненню кристалів. У сечі високі концентрації кристалів, тобто оксалатів, необхідні для первинної агрегації.

У дослідженні [9] було встановлено, що умова, коли кальціурія перевищує 1,0 мМ, є вирішальною для первинної агрегації. Це узгоджується з попередніми висновками, що агрегація в сечі виникає лише у разі вмісту оксалатів більше ніж 1 мМ. Однак попередньо сформовані частинки, такі, як гідроксіапатит (HAP) і CaOx зменшують необхідну кількість оксалатів для появи нових кристалів до 0,5 мМ. З того моменту, як частинки в сечі були поглинені ММ, їхні поверхні навряд чи можуть сприяти кристалізації завдяки зниженню поверхневої енергії, що необхідно для утворення нових кристалів [26]. Більш вірогідним поясненням є те, що електронегативне покриття сприяє кристалізації шляхом накопичення Ca^{2+}.

Виявлено, що концентрація загального кальцію вище 4 мМ зменшує виділення у сечі концентрації оксалату до 0,3 мМ, що необхідно для вторинної нуклеації та росту кристалів CaOx [27]. При такій доволі низькій концентрації оксалатів в умовах підвищеної концентрації Ca^{2+} кристали можуть зв'язуватися силами VWF. Згідно з електростатичними правилами, позитивно заряджені кристали повинні притягуватися електронегативними макромолекулами, покритими попередньо сформованими частинками. Після цього свіжоутворені кристали також покриваються макромолекулами, які стабілізують нові агрегати шляхом в'язкого зв'язування і може відбутися нове накопичення Ca^{2+}. Частинки HAP мають нижчий стимулюючий вплив на процес агрегації, ніж скупчення CaOx. Це можна пояснити слабшою адсорбцією макромолекул і меншою поверхнею кристалів HAP. Цікавий факт, що високий pH пригнічує первинну, а також HAP-індуковану агрегацію і є новим відкриттям в етіології

утворення каменів. Іони H+ зменшують концентрацію донорів протонів іонізованих макромолекул і Ca2+ хелаторів і, отже, навпаки збільшують Ca2+.

За даними дослідження [9], зміни pH від 5,0 до 6,5 зменшило Ca2+ приблизно на 40%, а при помірній кальціурії навіть нижче значення відіграє вирішальну роль для агрегації. Було виявлено, що ідентична зміна pH підвищує електронегативність білків Хорсфолла Тамма приблизно на 30%. Відсутність впливу pH на вторинну агрегацію може бути наслідком протилежної реакції Ca2+ і макромолекул на зміни pH. Отже, вплив pH виключно на первинну агрегацію досягається зміною Ca2+ у сечі і підтримує теорію, що кристали агрегують перед тим, як вкритись макромолекулами. Схоже, що виражений вплив pH на HAP-індуковану агрегацію пов'язаний із розчинністю HAP, яка змінює pH сечі на відміну від CaOx. Інкубаційні експерименти HAP у сечі продемонстрували, що концентрації Ca і PO4 при pH 5,0 через розчинення кристалів підвищується, а при pH 6,5, коли новий фосфат кальцію випав, зменшується. Зсув Ca може пояснити, чому HAP переважно посилює агрегацію при низькому pH, коли завдяки розчиненню HAP накопичуються навколо нього Ca2+.

Ще одним важливим стимулятором каменеутворення є pH сечі. Низький pH сечі може призвести до утворення CaOx кристалізації та осадження кристалів. Лужна сеча може також сприяти преципітації та зародженню кристалів CaOx. Лізоцим і лактоферин – це два нещодавно ідентифіковані білки, які спричинюють ріст кальцій-оксалат-моногідрату через прискорення швидкості нашарування кристалів на поверхні [38].

Якщо каменеутворення дійсно починається з кальцифікації нирок, пригнічення HAP індукованої агрегації високим рівнем pH є додатковим шляхом лікування СКХ методом залужнення сечі. До сьогодні метою лікування було збільшення цитрату та зниження рівня Ca2+ у сечі. Однак основною метою метафілактики каменю залишається попередження станів відносної гіпероксалурії, що викликають утворення та агрегацію CaOx і яких можна запобігти шляхом великого споживання рідини та обмеження оксалатів у їжі.

Одним із невирішених питань метафілактики СКХ є лікування і профілактика остеопорозу (ОП). Остеопороз – метаболічне захворювання кісткової тканини, що супроводжується зниженням мінеральної щільності кісткової тканини та спричинює виникнення серйозних ускладнень – вертебральних та невертебральних переломів [10]. За даними сучасних рекомендацій, первинною стратегією профілактики ОП є адекватне вживання кальційвмісних продуктів та вітаміну D у добовому раціоні, тобто щоденне споживання кальцію від 800 до 1200 мг і достатню кількість білка в їжі, що в ідеалі досягається за допомогою молочних продуктів. Для жінок у постменопаузі з підвищеним ризиком переломів слід рекомендувати добову дозу 800 МО холекальциферолу. Добавки кальцію доречні, якщо споживання з їжею становить менше 800 мг/день, а добавки вітаміну D рекомендують пацієнтам із ризиком або ознаками недостатності вітаміну D [10].

Остеопороз вважають «мовчазною епідемією» за рахунок безсимптомного розвитку та «спонтанного» виникнення ускладнень – переломів. У країнах Європейського Союзу (ЄС), за оцінками FRAX®, 18,44 млн жінок мають ймовірність переломів, яка дорівнює або перевищує таку у жінок із попередньою крихкістю за оцінкою FRAX® (тобто особи з порогом переломів або вище). Виходячи з консервативного припущення, що лікування призначається лише пацієнтам з високим ризиком, дані про призначення свідчать про те, що 57% жінок з високим ризиком не отримують спеціального лікування. Важливо, що серед пацієнтів із вже отриманими низькоенергетичними переломами (що характерно для ОП) менше 20% приймають терапію для попередження повторних майбутніх переломів протягом року після інциденту [10].

Проблема низької прихильності до профілактики та, що дивує, й лікування, полягає не тільки в недостатній інформованості пацієнтів. Насамперед це обумовлено страхом як пацієнтів, так і (що є більшою проблемою) лікарів, мати ускладнення від застосування препаратів кальцію та вітаміну D – СКХ, збільшення жорсткості судин та їх кальцифікацію, тромботичні ускладнення.

З одного боку, це можна пояснити резонансним висновком метааналізу 15 досліджень (липень 2010 року), який продемонстрував, що вживання кальцію без вітаміну D асоційований зі збільшенням ризику інфаркту міокарда (ВР = 1,27; 95% ДІ: 1,01–1,59; p = 0,038). Також встановлено недостовірне збільшення ризику інсультів (ВР = 1,20; 95% ДІ: 0,96-1,50; p = 0,11), раптової смерті (ВР = 1,18; 95% ДІ: 1,00-1,39 ; p = 0,057) і загального ризику смерті (ВР = 1,09; 95% ДІ: 0,96-1,23; p = 0,18). Проте слід зазначити, що в 13 з аналізованих 15 досліджень кальцій застосовували як монотерапію порівняно з групою плацебо і тільки в одному дослідженні порівнювали ефект монотерапії кальцієм та комбінованої терапії (кальцій і вітамін D). У зв'язку з цим встановлений авторами негативний ефект монотерапії кальцієм не може бути екстрапольований на дослідження з комбінованого його вживанням з вітаміном D [11].

Існує асоціація між остеопорозом та кальцифікацією артерій, що може вказувати на дисбаланс у перерозподілі кальцію з переважним накопиченням його в судинній стінці. Обидва процеси модулюються системою RANK (receptor activation of nuclear factor – kappa-B) та остеопротегерином (ОПГ). Ці зв'язки у жінок у постменопаузі також може бути пов'язані як з естрогенним дефіцитом, так і з впливом прозапальних цитокинів, що беруть участь в атерогенезі і кістковому метаболізмі (IL-1, IL-6, TNF-α , ОПГ) [12].

Відомо, що IL-6 стимулює остеокластогенез, що призводить до втрати кісткової маси. Такі матричні білки, як колаген I типу, протеоглікан, OPN, остеонектин, ОПГ, які містяться і в кістках, і в матриксі tunicamedia судинної стінки, відіграють важливу роль у формуванні кісток та розвитку атеросклерозу [13]. Зміна концентрації остеопротегерину в ендотеліальних та гладком'язових клітинах судинах може призводити до остеопорозу та кальцифікації судин [14]. Дис-

баланс співвідношення RANKL до OPG відіграє вирішальну роль у патогенезі захворювань кісток. Дійсно, дослідження на тваринах довели, що у мишей, в яких відсутній ген OPG, визначається важкий остеопороз, у той час як у тих, у яких відсутній ген RANK, розвивається важкий остеопетроз [30].

RANKL є одним з потенційних хемокінів, які приваблюють клітини раку простати (PCa) метастазувати в кісткову тканину. Ракові клітини мають високий тропізм до кісткової секреції паратгормонспорідненого білка (PTHrP), який збільшує RANKL-опосередковану активність остеокластів, що призводить до остеолітичних метастазів. Зі свого боку фактори росту кісткового матриксу (наприклад, TGF-b1) стимулюють ріст ракових клітин, створюючи механізм «хибного кола». Цей механізм характерний, наприклад, для метастазів раку грудної залози. Навпаки, клітини PCa секретують фактори росту, такі, як ендотелін-1 (ET-1) і кісткові морфогенні білки, що вибірково стимулюють остеобластну проліферацію.

Гіпотетично, остеобласт-фенотипи є також результатом секреції серії протеаз, включно простатоспецифічний антиген (ПСА), що інактивує PTHrP та інші проостеокластичні властивості. Хоча кісткові метастази PCa переважно є остеобластичними, вони містять важливий остеокластичний компонент. Гістологічними даними було продемонстровано, що метастази PCa є гетерогенною сумішшю остеолітичних і остеобластних уражень. Водночас важливість остеолітичної активності було продемонстровано в клінічних дослідженнях, що оцінюють ефективність бісфосфонатіву блокуванні опосередкованої остеокластами кісткової резорбції [31, 32]. Тому визначення маркерів кісткового ремоделювання є корисним з метою оцінювання остеолітичної резорбції кісткової тканини при кісткових метастазуваннях PCa.

Регуляція кісткового гомеостазу складна, все більше з'являється даних щодо патогенезу впливу сигнальних шляхів Wnt (the Wingless-type pathway) [15]. Сімейство Wnt-білків у людини складається з 19 різних Wnt, які зв'язуються з 15 рецепторами Frizzled (Fzd) або ко-рецепторами ліпопротеїдів низької щільності (LRP4-6). Wnt присутні у вигляді білків у позаклітинному середовищі. Вони діють як ліганди, що зв'язуються з рецепторами на клітинній мембрані. Підвищення Wnt-сигналізації супроводжується кісткоутворенням, а зниження сприяє пригніченню формування кісткової маси й порушенню розвитку кісток. Wnt-катеніновий шлях опосередковано зменшує темпи остеокластогенезу, стимулюючи секрецію OPG, який виступає інгібітором RANKL [16]. Існують поодинокі дослідження щодо впливу Wnt-катенінового шляху на кальцифікацію судин [36].

З процесом кальцифікації судин тісно пов'язаний дефіцит вітаміну K2. На сьогодні ідентифіковано 17 різних білків, що відносять до вітаміну К. Gla-білок, який кодується геном MGP, розташованим у людей на короткому плечі 12-ї хромосоми. Він є представником групи залежних від вітаміну К білків, що містять залишки γ-карбоксиглютамінової кислоти (Gla), відомий також під назвою «остеокальцин». Ці білки знаходяться в кістках, серці та кровоносних судинах. Карбоксильований матричний протеїн Gla ефективно захищає кровоносні судини та може запобігати кальцифікації судинної стінки. Крім того, білок періостин може сприяти диференціюванню, агрегації, адгезії та проліферації остеобластів. Періостін також міститься в тканинах серця і може бути пов'язаний зі зміною серцевої функції.

Вітамін К-залежні білки можуть виконувати свої функції після γ-карбоксилювання вітаміном К та справляти синергічні або антагоністичні ефекти щодо один до одного. У серцево-судинній системі при застосуванні антагоністів вітаміну К або дефіциті вітаміну К відбувається кальцифікація ендотелію кровоносних судин, і клітини гладкої мускулатури судин перетворюються на клітини, подібні до остеобластів. І кісткова, і серцево-судинна системи тісно пов'язані під час ембріонального розвитку [17]. Новітні дані щодо механізмів кальцифікації судин вказують на необхідність ретельного підходу у виборі препаратів для профілактики та лікування поєднаної кардіологічної патології та метаболічних захворювань кісток. Вплив Gla-білка на процеси каменеутворення дискутуються.

Останні теорії нефролітіазу включають анатомічне ураження під назвою «бляшки Рендалла», які є кальцифікованими білуватими бляшками в ниркових сосочках, які можна візуалізувати під час ендоскопії. Вони вперше були описані американським урологом Олександром Рендаллом і вважаються осередком, на якому утворюється більшість кальцієво-оксалатних каменів у нирках. Подібно до бляшок, що утворюються під час кальцифікації судин, бляшки Рендалла складаються з кристалів фосфату кальцію, змішаних з органічною матрицею, що багата білками, такими, як інгібітор інтер-α-трипсину, а також ліпідами, і включає пов'язані з мембраною везикули або екзосоми, колагенові волокна та інші компоненти позаклітинного матриксу. Вважають, що вони виникають внутрішньопаренхімально, починаючи з тонкої висхідної кінцівки петлі Генле. Ці відкладення, ймовірно, повільно ростуть протягом тривалого періоду, а потім ерозують через паренхіму і потрапляють у сосочок, де при контакті із сечею можуть спричинити утворення каменів [38].

Тканина нирки, що оточує бляшки Рендалла, пов'язана з наявністю класично активованих прозапальних макрофагів (також названих M1) і зниженою регуляцією альтернативно активованих протизапальних макрофагів (також названих M2). На тваринних моделях відкладення кристалів у нирках було пов'язане з утворенням активних форм кисню, активацією запалення та посиленням експресії молекул, залучених у запальний каскад, включаючи OPN, матриксного білка Gla та α2-HS-глікопротеїну. Багато з цих молекул, включаючи OPN і матричний білок Gla, є добре відомими інгібіторами кальцифікації судин. Одна з гіпотез стверджує, що умови перенасичення сечі сприяють пошкодженню нирок, індукуючи виробництво активних форм кисню та окислювальний стрес, і що подальша запальна імунна відповідь сприяє ініціації бляшок Рендалла та утворенню кальцієвих каменів при активації Wnt/β-catenin-шляху [37]. У

досліджені [41] за допомогою моделі багатофакторної логістичної регресії було встановлено, що високий рівень Gla-білка у сироватці крові був пов'язаний з меншим ризиком утворення каменів у нирках.

Сучасні дослідження вказують на асоціацію дефіциту/недостатності вітаміну D з розвитком кардіоваскулярної патології [18]. Проте деякі автори досить обережно ставляться до питання корисності та необхідності вживання в якості харчових добавок препаратів кальцію та вітаміну D [19]. Також невирішеними є питання щодо безпечності вживання саплементів у пацієнтів з ризиком розвитку та наявністю СКХ [22].

Отже, утворення каменів у нирках часто спричинює гіперкальціурія. Вітамін D, і особливо його активний метаболіт кальцитріол, збільшують засвоєння кальцію з їжею, позаяк екскреція кальцію із сечею прямо корелює з харчовим засвоєнням кальцію, метаболіти вітаміну D теоретично можуть збільшувати кальціурію та зумовлювати утворення сечових каменів. Проте донедавна існувало мало доказів того, що рівні 25-гідроксивітаміну D у сироватці крові корелювали б з утворенням каменів у нирках, навіть якщо високі концентрації кальцитріолу часто спостерігаються в гіперкальціуричних каменеутворювачах. Низькі рівні 25-гідроксивітаміну D у сироватці крові пов'язані з широким спектром захворювань, що призвело до значного збільшення призначення вітаміну D серед населення в цілому.

Водночас підвищена частота епізодів каменів у нирках спостерігалася у проспективних дослідженнях, які оцінювали вітамін D окремо або в поєднанні з добавками кальцію, а епідеміологічні дослідження виявили зв'язок між високим рівнем 25-гідроксивітаміну D у сироватці крові та утворенням каменів у нирках у деяких пацієнтів. Крім того, було показано, що екскреція кальцію із сечею збільшується у відповідь на вживання добавок вітаміну D, принаймні в деяких групах пацієнтів із СКХ. Ймовірно, що у схильних осіб може розвинутися гіперкальціурія та утворення каменів у нирках у відповідь на вживання добавок вітаміну D [21]. У дослідженні Ketha et al. було продемонстровано, що у пацієнтів із нефролітіазом спостерігалося підвищення рівня кальцію в сироватці крові та рівня 1,25(OH)2D. Підвищений рівень у сироватці концентрацію кальцію діє як стимулятор літогенезу, що безпосередньо регулюється кальцій- чутливими рецепторами [39].

За результатами дослідження добового аналізу сечі в EAU Guidelines у 2022 році було оновлено рекомендації щодо метафілактики СКХ відносно питання користі/шкідливості додаткового вживання кальцію та вітаміну D у пацієнтів з нефролітіазом залежно від виду кристалурії (рис. 1, 2).

Спираючись на рекомендації, розгляд питання щодо вживання препаратів кальцію буде залежати від оцінки добової кристалурії, факторів ризику, стану кісткової тканини, водного балансу [20]. Згідно із сучасними рекомендаціями, необхідно дотримуватися здорового підходу до змішаної, збалансованої дієти усіх харчових груп, без будь-яких надмірностей. Слід заохочувати споживання фруктів та овочів через сприятливий ефект клітковини, хоча роль останньої в профілактиці рецидивів каменів є дискусійною. Бажано дотримуватися лужного стану pH сечі; використання вегетаріанської дієти також його підвищує. Надмірне споживання продуктів, багатих на оксалати, слід обмежити або уникати, щоб запобігти високому навантаженню оксалатом, особливо у пацієнтів з високою екскрецією оксалатів. Хоча вітамін С є попередником оксалату, його роль як фактора ризику утворення кальцій-оксалатних каменів залишається дискусійним. Проте необхідно уникати його надмірне споживання при оксалатурії.

Тваринний білок не слід споживати в надлишку і обмежувати його до 0,8–1,0 г/кг тіла. Надмірне вживання тваринного білка має кілька ефектів, що зумовлюють утворення каменів, зокрема гіпоцитратурія, низький pH сечі, гіпероксалурія та гіперурикозурія. Кальцій не слід обмежувати, якщо для цього немає вагомих причин через зворотний зв'язок між харчовим кальцієм і утворенням каменів. Добова потреба в кальції становить від 1000 до 1200 мг. Добавки кальцію не рекомендуються, за винятком ентеральної гіпероксалурії, коли додатковий кальцій слід приймати під час їжі, щоб зв'язати кишковий оксалат. Літні люди, які не мають каменів у нирках в анамнезі, проте приймають добавки кальцію, повинні забезпечити достатнє споживання рідини для запобігання підвищення концентрації кальцію в сечі і зменшення / усунення його підвищення. Відомо, що ризик утворення каменів у нирках пов'язаний із застосуванням добавок кальцію. Добове споживання NaCl не повинно перевищувати 3–5 г.

Високе споживання негативно впливає на склад сечі:

- екскреція кальцію збільшується за рахунок зниження канальцевої реабсорбції;
- цитрат сечі знижується через втрату бікарбонату;
- підвищений ризик утворення кристалів урату натрію.

Отже, утворення кальцієвих каменів можна зменшити шляхом обмеження натрію і тваринного білка. У пацієнтів із гіперурикозуричним оксалатом кальцію слід обмежити споживання їжі, багатої на пурин (не більше 500 мг/добу) [1].

Цікавими є рекомендації щодо застосування тіазидних та тіазидоподібних діуретиків при добовій гіперкальциурії понад 8 ммоль/д. Окрім того, тіазидні діуретики продемонстрували позитивний вплив щодо застосування у пацієнтів зі зниженою мінеральною щільністю кісткової тканини. За результатами дослідження [23] було встановлено зниження ризику переломів та збільшення кісткової маси, що не впливало на покращенням мікроархітектури кісток (показник TBS – trabecular bone score). Відомо, що тіазидні діуретики є першою лінією терапії артеріальної гіпертензії [24]. Вони зменшують пульсовий тиск та позитивно впливають на прогноз [25]. Тому їхнє застосування при поєднаній патології (ОП, СКХ,ССЗ) вважають перспективним. Хоча інше дослідження [29] не довело взаємозв'язок між кальціурією та остеопорозом і низькоенергетичними переломами.

Дослідники припускають, що причина гіперкальціурії у більшості пацієнтів із каменями в нирках більше пов'язана з надмірним усмоктуванням кальцію з

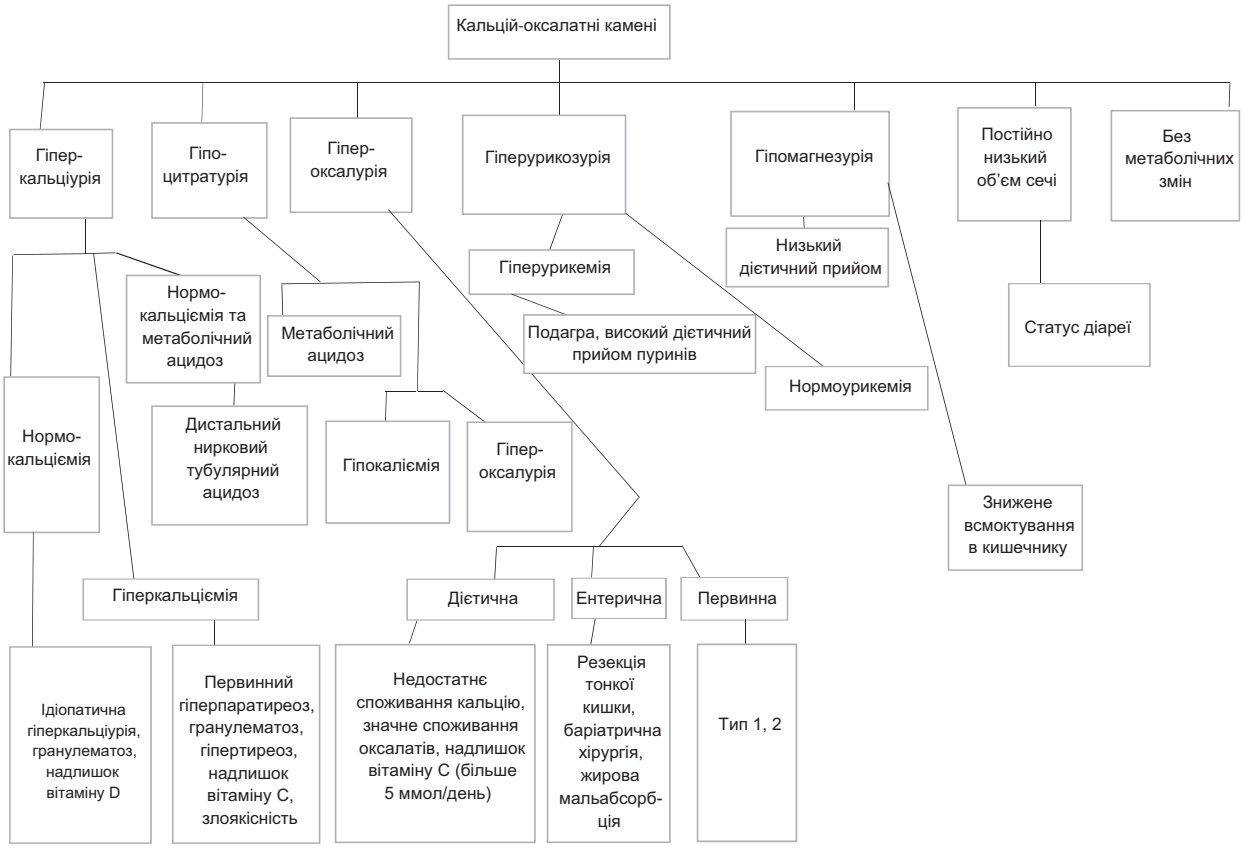


Рис.1. Класифікація патогенезу кальцій/оксалатних каменів (EAUGuidelines 2022)

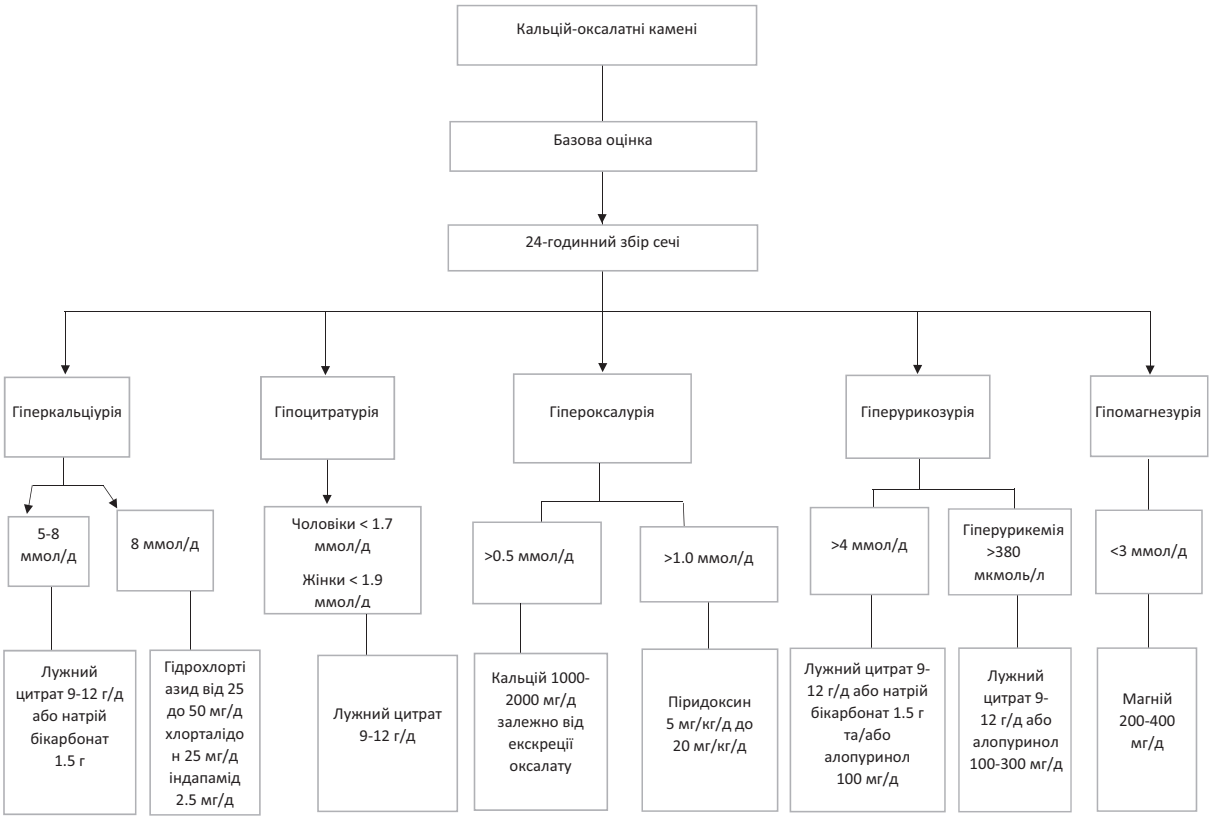


Рис. 2. Рекомендації щодо метафілактики кальцій-оксалатних каменів СКХ (EAUGuidelines 2022)

кишечника («абсорбційна гіперкальціурія»), а не за рахунок надмірної резорбції кальцію з кісток («резорбтивна гіперкальціурія»). Проте вчені згодні, що пацієнти із СКХ можуть отримати користь від скринінгу рентгенденситометрії (DXA) навіть за відсутності гіперкальціурії. У цьому дослідженні навпаки рівень екскреції цитрату асоційований з остеопорозом і переломами в когорті обстежених. Ця асоціація зберігалася після врахування різниці у віці індексу маси тіла – ключових факторів, що впливають на зниження мінеральної щільності кісток. Ці висновки підтверджують попередні дослідження, що залужнення сечі у пацієнтів з остеопорозом покращує маркери ремоделювання кісток і знижує ризик переломів.

Отже, відсутність рекомендацій щодо менеджменту пацієнтів з поєднаними патологіями (СКХ, ОП, ССЗ) спонукає до проведення комплексної оцінки спільних факторів ризику, а також формування програм та алгоритмів щодо ранньої діагностики та розроблення рекомендацій щодо профілактики та попередження ускладнень.

Окремим необхідним напрямом є детальне вивчення можливостей застосування сучасних комплексних препаратів кальцію, вітаміну D, вітаміну K2 з оцінкою впливу на жорсткість судин, систему гемостазу, екскреторну функцію нирок, оцінки безпечності щодо каменеутворення.

Конфлікт інтересів: Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів щодо даного рукопису.

Фінансування: За власні кошти авторів.

Внесок авторів: Усі автори брали участь у пошуку публікацій за даною тематикою.

Згода на публікацію: Автори дають згоду на публікацію.

Відомості про авторів

Нікітін Олег Дмитрович – д-р мед. наук, завідувач кафедри, професор, кафедра урології Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, м. Київ
ORCID: 0000-0002-6563-7008

Нішкумай Ольга Іванівна – д-р мед. наук, проф., доцент, кафедра внутрішньої медицини № 2 Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, м. Київ; тел.: (050) 917-84-60. *E-mail: nishkumay@ukr.net*
ORCID: 0000-0001-9958-0858

Корицький Андрій Вікторович – завідувач, урологічне відділення, КНП КОР «Київська обласна клінічна лікарня», м. Київ
ORCID: 0000-0001-9607-591X

Кордубайло Ілля Андрійович – лікар-інтерн, КНП КОР «Київська обласна клінічна лікарня», м. Київ
ORCID: 0000-0001-7087-561X

Information about the authors

Nikitin Oleh D. – MD, Phd, DSc, Professor, head of the Department of Urology, Bogomolets National Medical University, Kyiv
ORCID: 0000-0002-6563-7008

Nishkumay Olha I. – MD, PhD, DSc, Professor, Associate Professor, Department of Internal Medicine N 2, Bogomolets National Medical University, Kyiv; tel.: (050) 917-84-60. *E-mail: nishkumay@ukr.net*
ORCID: 0000-0001-9958-0858

Korytskyi Andrii V. – MD, Head of the Urology Department, communal non-commercial enterprise "Kyiv Regional Clinical Hospital", Kyiv
ORCID: 0000-0001-9607-591X

Kordubailo Illia A. – Clinical Resident, communal non-commercial enterprise "Kyiv Regional Clinical Hospital", Kyiv
ORCID::0000-0001-7087-561X

ПОСИЛАННЯ

1. European Assosiation Urology. EUA Guidelines. Edn. presented at the EAU Annual Congress Amsterdam [Internet]. 2022 July 1-4; Amsterdam. Amsterdam: EAU; 2022. Available from: https://eau-congress.uroweb.org/info-centre/.

2. Katz JE, Soodana-Prakash N, Jain A, Parmar M, Smith N, Kryvenko O, et al. Influence of Age and Geography on Chemical Composition of 98043 Urinary Stones from the USA. Eur Urol Open Scie. 2021;34:19-26. doi: 10.1016/j.euros.2021.09.011.

3. GBD 2019 Diseases and Injuries Collaborators (2020). Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study. Lancet (London, England). 2019;396(10258):1204-22. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30925-9.

4. Lang J, Narendrula A, El-Zawahry A, Sindhwani P, Ekwenna O. Global Trends in Incidence and Burden of Urolithiasis from 1990 to 2019: An Analysis of Global Burden of Disease Study Data. Eur Urol Open Science. 2022;35:37-46. doi: 10.1016/j.euros.2021.10.008.

5. Ferraro PM, Curhan GC, D'Addessi A, Gambaro G. Risk of recurrence of idiopathic calcium kidney stones: analysis of data from the literature. J Nephrol. 2017;30(2):227. doi: 10.1007/s40620-016-0283-8.

6. Taguchi K, Hamamoto S, Okada A, Tanaka Y, Sugino T, Unno R, et al. Low bone mineral density is a potential risk factor for symptom onset and related with hypocitraturia in urolithiasis patients: a single-center retrospective cohort study. BMC Urol. 2020;20(1):174. doi: 10.1186/s12894-020-00749-5.

7. Kordubailo I, Nikitin O, Nishkumay O, Samchuk P. Kidney stone diseases and osteoporosis – topic issues of comorbidity. Scie Med Youth J. 2021;127(4):38-43. doi: 0.32345/USMYJ.4(127).2021.

8. Rendina D, De Filippo G, Iannuzzo G, Abate V, Strazzullo P, Falchetti A. Idiopathic Osteoporosis and Nephrolithiasis: Two Sides of the Same Coin? Int J Mol Sci. 2020;21:81-3. doi: 10.3390/ijms21218183.

9. Baumann JM, Affolter B, Caprez U, Henze U. Calcium oxalate aggregation in whole urine, new aspects of calcium stone formation and metaphylaxis. European urology. 2003;43(4):421-5. doi: 10.1016/s0302-2838(03)00058-7.

10. Kanis J, Cooper C, Rizzoli R, Reginster J-Y, Scientific Advisory Board of the European Society for Clinical and Economic Aspects of Osteoporosis (ESCEO) and the Committees of Scientific Advisors and National Societies of the International Osteoporosis Foundation (IOF). European guidance for the diagnosis and management of osteoporosis in postmenopausal

women. Osteoporos Int. 2019;30(1):3-44. doi: 10.1007/s00198-018-4704-5.
11. Bolland MJ, Avenell A, Baron JA, Grey A, MacLennan GS, Gamble GD, Reid IR. Effect of calcium supplements on risk of myocardial infarction and cardiovascular events: meta-analysis. BMJ (Clinical research ed.). 2010;341:3691. doi: 10.1136/bmj.c3691.
12. Yasuda H. Discovery of the RANKL/RANK/OPG system. J Bone Mineral Metabol. 2021;39(1):2-11. doi: 10.1007/s00774-020-01175-1.
13. Biscetti F, Ferraro PM, Hiatt WR, Angelini F, Nardella E, Cecchini AL, et al. Inflammatory Cytokines Associated With Failure of Lower-Extremity Endovascular Revascularization (LER): A Prospective Study of a Population With Diabetes. Diabetes care. 2019;42(10):1939-45. doi: 10.2337/dc19-0408.
14. Garcia-Gomez MC, Vilahur G. Osteoporosis and vascular calcification: A shared scenario. Osteoporosis y calcificacion vascular: un escenario compartido. Clinica e investigacion en arteriosclerosis : publicacion oficial de la Sociedad. Espanola de Arteriosclerosis. 2020;32(1):33-42. doi: 10.1016/j.arteri.2019.03.008.
15. Tang CY, Wu M, Zhao D, Edwards D, McVicar A, Luo Y, et al. Runx1 is a central regulator of osteogenesis for bone homeostasis by orchestrating BMP and WNT signaling pathways. PLoS genetics. 2021;17(1):e1009233. doi: 10.1371/journal.pgen.1009233.
16. Povoroznyuka VV, Hryhoryevoyi NV, Dyedukha NV. Vtorynnyy osteoporoz: monohrafiya. Kropyvnytskyy: Polium; 2021. 524 s.
17. Wen L, Chen J, Duan L, Li S. Vitamin K-dependent proteins involved in bone and cardiovascular health (Review). Molecular medicine reports. 2018;18(1):3-15. doi: 10.3892/mmr.2018.8940.
18. De la Guía-Galipienso F, Martínez-Ferran M, Vallecillo N, Lavie CJ, Sanchis-Gomar F, Pareja-Galeano H. Vitamin D and cardiovascular health. Clinical nutrition (Edinburgh, Scotland). 2021;40(5):2946-57. doi: 10.1016/j.clnu. 2020.12.025.
19. Heravi AS, Michos ED. Vitamin D and Calcium Supplements: Helpful, Harmful, or Neutral for Cardiovascular Risk? Methodist DeBakey Cardiovasc J. 2019;15(3):207-13. doi: 10.14797/mdcj-15-3-207.
20. Penniston KL. Diet and Kidney Stones: The Ideal Questionnaire. Eur Urol Focus. 2021;7(1):9-12. doi: 10.1016/j.euf.2020.09.001.
21. Letavernier E, Daudon M. Vitamin D, Hypercalciuria and Kidney Stones. Nutr. 2018;10(3):366. doi: 10.3390/nu10030366.
22. Ferraro PM, Bargagli M. Dietetic and lifestyle recommendations for stone formers. Consejos diet ticos y de estilo de vida en pacientes con litiasis urinarias. Arch Espanoles de Urol. 2021;74(1):112-22.
23. Van der Burgh AC, Oliai Araghi S, Zillikens MC, Koromani F, Rivadeneira F, Van der Velde N, et al. The impact of thiazide diuretics on bone mineral density and the trabecular bone score: the Rotterdam Study. Bone. 2020;138:115475. doi: 10.1016/j.bone.2020.115475.
24. Al Ghorani H, Kulenthiran S, Lauder L, Böhm M, Mahfoud F. Hypertension trials update. J Hum Hypertension. 2021;35(5):398-409. doi: 10.1038/s41371-020-00477-1.
25. Tang KS, Medeiros ED, Shah AD. Wide pulse pressure: A clinical review. J Clin Hyper (Greenwich, Conn). 2020;22(11):1960-7. doi: 10.1111/jch.14051.
26. Finlayson B. Physicochemical aspects of urolithiasis. Kidney International. 1978;13(5):344-60. doi: 10.1038/ki.1978.53.
27. Baumann JM. Physico-chemical aspects of calcium stone formation. Urol Res. 1990;18(1):25-30. doi: 10.1007/BF00301524.
28. Asselman M, Verkoelen CF. Crystal-cell interaction in the pathogenesis of kidney stone disease. Current Opinion in Urol. 2002;12(4):271-6. doi: 10.1097/00042307-200207000-00002.
29. Ganesan C, Thomas IC, Romero R, Song S, Conti S, Elliott C, et al. Osteoporosis, Fractures, and Bone Mineral Density Screening in Veterans With Kidney Stone Disease. J Miner Res. 2021;36(5):872-8. doi: 10.1002/jbmr.4260.
30. Millera K, Stenzlb A, Tombalc B. Advances in the Therapy of Prostate Cancer-Induced Bone Disease: Current Insights and Future Perspectives on the RANK/RANKL. Eur Urol Supplements. 2009;8(9):747-52. doi: 10.1016/j.eurs up.2009.07.001.
31. Christoph F, König F, Lebentrau S, Jandrig B, Krause H, Strenziok R, et al. RANKL/RANK/OPG cytokine receptor system: mRNA expression pattern in BPH, primary and metastatic prostate cancer disease. World J Urol. 2018;36(2):187-92. doi: 10.1007/s00345-017-2145-y.
32. Jakob A, Zahn MO, Nusch A, Werner T, Schnell R, Frank M, et al. Real-world patient-reported outcomes of breast cancer or prostate cancer patients receiving antiresorptive therapy for bone metastases: Final results of the PROBone registry study. J Bone Oncol. 2022;33:100420. doi: 10.1016/j.jbo.2022.100420.
33. Katz JE, Soodana-Prakash N, Jain A, Parmar M, Smith N, Kryvenko O, et al. Influence of Age and Geography on Chemical Composition of 98043 Urinary Stones from the USA. Eur Urol Open Science. 2021;34:19-26. doi: 10.1016/j.euros.2021.09.011.
34. GBD 2019 Diseases and Injuries Collaborators Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. Lancet (London, England). 2020;396(10258):1204-22. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30925-9.
35. Lang J, Narendrula A, El-Zawahry A, Sindhwani P, Ekwenna O. Global Trends in Incidence and Burden of Urolithiasis from 1990 to 2019: An Analysis of Global Burden of Disease Study Data. Eur Urol Open Sci. 2022;35:37-46. doi: 10.1016/j.euros.2021.10.008.
36. Reinhold S, Blankesteijn WM, Foulquier S. The Interplay of WNT and PPAR Signaling in Vascular Calcification. Cells. 2020;9(12):2658. doi: 10.3390/cells 9122658.
37. Khan SR, Canales BK, Dominguez-Gutierrez PR. Randall's plaque and calcium oxalate stone formation: role for immunity and inflammation. Natur Rev Nephrol. 2021;17(6):417-33. doi: 10.1038/s41581-020-00392-1.
38. Wang Z, Zhang Y, Zhang J, Deng Q, Liang H. Recent advances on the mechanisms of kidney stone formation (Revie). Int J Mol Med. 2021;48(2):149. doi: 10.3892/ijmm.2021.4982.
39. Ketha H, Singh RJ, Grebe SK, Bergstralh EJ, Rule AD, Lieske JC, Kumar R. Altered Calcium and Vitamin D Homeostasis in First-Time Calcium Kidney Stone-Formers. PloS one. 2015;10(9):e0137350. doi: 10.1371/journal. pone. 0137350.
40. Wu J, Tao Z, Deng Y, Liu Q, Liu Y, Guan X, et al. Calcifying nanoparticles induce cytotoxicity mediated by ROS-JNK signaling pathways. Urolithiasis. 2019;47(2):125-35. doi: 10.1007/s00240-018-1048-8.
41. Castiglione V, Pottel H, Lieske JC, Lukas P, Cavalier E, Delanaye P, et al. Evaluation of inactive Matrix-Gla-Protein (MGP) as a biomarker for incident and recurrent kidney stones. J Nephrol. 2020;33(1):101-7. doi: 10.1007/s40620-019-00623-0.

Стаття надійшла до редакції 01.08.2022. – Дата першого рішення 03.08.2022. – Стаття подана до друку 15.09.2022

УКРАЇНСЬКИЙ ІНСТИТУТ СЕКСОЛОГІЇ ТА АНДРОЛОГІЇ

СЕКСОЛОГІЯ
АНДРОЛОГІЯ
ГІНЕКОЛОГІЯ
ХІРУРГІЯ
УРОЛОГІЯ

- сексуальні розлади у чоловіків та жінок
- захворювання статевої сфери у дітей
- хірургічне лікування порушень ерекції
- урологічні та андрологічні захворювання
- інфекції, що передаються статевим шляхом
- гінекологія: консервативне та хірургічне лікування
- безпліддя подружньої пари
- хірургічні хвороби та пластична хірургія
- консультації з питань сімейної та дитячої психології, психотерапія
- лабораторна діагностика, УЗД, доплерографія
- усі види масажу, лікувальна сауна
- стаціонар

www.sexology.com.ua
e-mail: sexology@sexology.com.ua

Акредитаційний сертифікат МОЗ України: серія МЗ № 010129 від 28.11.12 р. (вища категорія)

(044) 486 5887

НАША АДРЕСА: 04053, м. Київ, вул. Володимира Винниченка, 9-А, корп. 2, поверх 3

Bionorica®

Нове дослідження III фази: Канефрон® H (BNO 1045) як монотерапія в лікуванні гострих неускладнених циститів

Результати клінічного дослідження*: Канефрон® H (BNO 1045) за ефективністю порівнянний з лікуванням антибіотиками

Для розміщення у спеціалізованих виданнях, призначених для медичних установ та лікарів, а також для розповсюдження на семінарах, конференціях, симпозіумах з медичної тематики. Матеріал призначений виключно для спеціалістів у галузі охорони здоров'я.

Канефрон® H Таблетки, вкриті оболонкою: 1 таблетка містить порошок висушених лікарських рослин: трави золототисячнику 18 мг, кореня любистку 18 мг, листя розмарину 18 мг. Краплі оральні: 100 г крапель містять 29 г водно-спиртового екстракту (1:16) з лікарських рослин: трави золототисячнику 0,6 г, кореня любистку 0,6 г, листя розмарину 0,6 г. **Показання.** Для комплексного лікування запальних захворювань сечовивідних шляхів. Профілактика утворення сечових каменів, у тому числі і після їх видалення. **Протипоказання.** Підвищена індивідуальна чутливість до компонентів препарату. Пептична виразка у стадії загострення. Краплі не слід застосовувати як монотерапію у випадках порушень функції нирок. Не слід застосовувати **Канефрон® H** для діуретичної терапії набряків, спричинених серцевою або нирковою недостатністю. Умови відпуску. Без рецепту.

*Wagenlehner et al: Неантибактеріальна рослинна терапія (BNO 1045) в порівнянні з антибактеріальною терапією (фосфоміцину трометамол) при лікуванні гострих неускладнених інфекцій нижніх сечовивідних шляхів у жінок: подвійне сліпе, в паралельних групах, рандомізоване багатоцентрове дослідження неменшої ефективності фази III Urol Int. 2018; 101 (3): 327-336. doi: 10.1159 / 00049368. Epub 2018 вер.

Канефрон® H таблетки, вкриті оболонкою: Р.П. № UA/4708/02/01 від 20.10.2021; **Канефрон® H краплі оральні:** Р.П. UA/4708/01/01 від 20.10.2021.

Виробник: Біонорика СЕ (Німеччина). ТОВ «Біонорика», 02095, м. Київ, вул. Княжий Затон, 9. тел.: (044) 594-66-88, e-mail: info@bionorica.ua.