

ЛЕЧЕНИЕ СЕКСУАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

С.Н. Калинина, В.В. Михайличенко, О.Л. Тиктинский, В.Н. Фесенко, И.М. Ковалишин
Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург, Россия

DIAGNOSTICS AND THE TREATMENT OF SEXUAL DISORDERS WITH THE DISEASES OF PROSTATE GLAND

S.N. Kalinina, V.V. Mikhaylichenko, O.L. Tiktinskiy, V. N. Fesenko, I. M. Kovalishin
North-West State Medical University named after I.I. Mechnikov, Saint-Petersburg, Russia

© Коллектив авторов, 2012

Обследовано 55 пациентов с хроническим простатитом (ХП) и доброкачественной гиперплазией предстательной железы (ДГПЖ), которым назначали сочетанное лечение препаратами, содержащими сверхмалые дозы афинно очищенных антител к эндотелиальной оксид азот синтазе (импаза) и простатспецифическому антигену (афала) в течение 12 недель. В результате клинического и доплерографического исследования более выраженные сексуальные и уродинамические нарушения обнаружены у больных с ДГПЖ. После 12 недель сочетанного лечения положительный клинический эффект отмечен у 20(82%) пациентов 1-й группы (ХП) и несколько ниже он был во 2-й группе (ДГПЖ) у 16 (53,3%) больных.

Поскольку сочетанное лечение сексуальных расстройств у больных с заболеваниями предстательной железы препаратами импаза, афала воздействует на различные звенья патогенеза ХП и ДГПЖ, целесообразно назначать их при ранних симптомах заболевания, умеренных снижениях уродинамических симптомов с учетом данных доплерографии сосудов полового члена, предстательной железы.

Ключевые слова: сексуальные расстройства, эректильная дисфункция, хронический простатит, доброкачественная гиперплазия предстательной железы, ультразвуковая доплерография, импаза, афала.

Are inspected 55 patients with chronic prostatitis and high-quality hyperplasia of the prostate gland, by which assigned the sochetannoe treatment by preparations, the containing supersmall doses of the affinity purified antibodies to the endothelial oxide nitrogen to synthase (impaza) and to prostatspetsificheskomu antigen (afala) during 12 weeks. As a result a clinical and dopplerograficheskogo study the more expressed sexual and urodynamic disturbances are discovered in patients with DGPZH. After 12 weeks of the sochetannogo treatment positive clinical effect is noted in 20 (82%) patients 1 of group (KHP) and somewhat below it was in 2 groups (DGPZH) in 16 (53,3%) patients. Since the sochetannoe treatment of sexual disorders in patients with the diseases of prostate gland by the preparations of impaza, afala acts on different components of pathogenesis [KHP] and [DGPZH], it is expedient to assign them with the early symptoms of disease, the moderate reductions in the urodynamic symptoms, taking into account data of dopplerografii of the vessels of sexual term, prostate gland.

Key words: sexual disorders, erectile dysfunction, chronic prostatitis, high-quality hyperplasia of prostate gland, ultrasonic of dopplerografiya, impaza, afala.

Введение

По данным ВОЗ, каждый десятый мужчина старше 21 года страдает эректильной дисфункцией (ЭД). В литературе уделяется внимание термину эректильная дисфункция, которая является основной среди составляющих копулятивного цикла. В то же время все его другие составляющие (либидо, оргазм, эякуляция) взаимосвязаны между собой и эрекцией. Важным фактором риска возникновения сексуальных расстройств считают воспалительные заболе-

вания мочеполювых органов и, прежде всего, хронический простатит (ХП). В последние годы отмечается значительный рост частоты эректильной дисфункции у мужчин молодого и среднего трудоспособного возраста, одной из причин которой является постоянное увеличение заболеваемости хроническим простатитом, что является одной из важнейших медико-социальных проблем, приводящих к распаду семьи, психическим срывам, инвалидизации [1, 2, 7, 8]. По данным литературы сексуальные

расстройства при ХП встречаются у 50–80% больных в возрасте от 20 до 50 лет, причем у 60% из них в возрасте старше 30 лет.

Другим фактором риска эректильной дисфункции является доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ), которая остается распространенным и прогрессирующим заболеванием у мужчин после 50 лет [4, 5]. К причинам ДГПЖ также относят: изменение функции детрузора, ишемию вследствие спазма сосудов, возникшую по разным причинам, и все это на фоне дисбаланса андрогенов, эстрогенов и нарушения регуляции пептидных ростковых факторов [9, 10].

Большинство препаратов, направленных на лечения ДГПЖ, обладают нежелательными побочными эффектами, в том числе нарушением эректильной функции. В настоящее время актуальным считается вопрос о лечении и профилактике сексуальных расстройств у больных с заболеваниями предстательной железы фармакологическими средствами, которые были бы наиболее безопасны, эффективны и без побочных действий. Такими средствами могут быть препараты, содержащие сверхмалые дозы аффинно очищенных антител к эндотелиальной оксид азот синтазе (импаза) и к простатспецифическому антигену (афала) [3, 5, 6].

Цель исследования

Оптимизировать эффективность лечения сексуальных расстройств у больных с заболеваниями предстательной железы.

Материалы и методы

За период с 2009 по 2011 гг. обследовано 55 мужчин с сексуальными расстройствами при заболеваниях предстательной железы в возрасте от 21 до 70 лет (средний возраст составил 45,5 года). В 1-ю группу вошли 25 пациентов, которые лечились по поводу хронического простатита (категории IIIВ), во 2-ю группу – 30 больных с доброкачественной гиперплазией предстательной железы (ДГПЖ). Продолжительность заболевания в обеих группах составляла от 6 месяцев до 1–3 лет.

Среди обследованных пациентов отмечена тенденция к увеличению с возрастом сексуальных расстройств (табл. 1).

Пациенты обеих групп предъявляли жалобы на снижение либидо, снижение качества эрекции, учащенное мочеиспускание, периодические боли в промежности.

Обследование включало сбор анамнеза, осмотр наружных половых органов, пальцевое ректальное исследование.

Для оценки сексуального здоровья пациентов применяли анкетирование: по шкале Международного индекса эректильной функции (МИЭФ); шкале количественной оценки мужской копулятивной функции (МКФ), где исследовали нейрогуморальную, психическую, эрекционную, эякуляторную составляющие, функционирование системы в целом и максимальный суммарный балл всех показателей, который составляет 60 баллов: в возрасте 20–35 лет = 48 баллов, 36–50 лет = 36 баллов и старше 51 года = 24 балла; шкале симптомов хронического простатита (NIH-CPSI); шкале суммарной оценки симптомов при заболеваниях предстательной железы (I-PSS). При анализе анкеты симптомов ХП подсчитывается сумма баллов по трем категориям: боль (0–21), симптомы мочеиспускания (0–10) и влияние качества жизни (0–12), а суммарный показатель шкалы варьирует от 0 до 43 баллов (0–14 – мало выраженная симптоматика; 15–29 – умеренная симптоматика; 30–43 – выраженная симптоматика).

Применяли классификацию простатитов, предложенную Национальным институтом здоровья США – National Institutes of Health (NIH, 1995; EAU, 2010).

Выполняли ультразвуковую доплерографию (УЗДГ) полового члена, предстательной железы. Определяли уровень половых и гонадотропных гормонов, глюкозу в сыворотке крови, простатспецифический антиген (ПСА).

Выполняли микроскопию нативного препарата секрета предстательной железы, урофлоуметрию. Уровень ПСА у всех пациентов был ниже 3 нг/мл.

Таблица 1

Частота сексуальных расстройств в возрастных группах

Возраст	21–30	31–40	41–50	51–60	61–70	Всего
Количество больных (%) с сексуальными расстройствами	8 (14,5)	10 (18,1)	11 (20)	12 (21,8)	14 (25,4)	55 (100)

Из исследования исключены больные с: инфекциями, передаваемыми половым путем (ИППП), острыми воспалительными заболеваниями половых органов и нижних мочевых путей, неврологическими заболеваниями, сахарным диабетом, раком предстательной железы, камнями мочевого пузыря.

При сексуальных расстройствах пациентам 1-й и 2-й групп назначали лечение препаратом импаза по 1 табл. 2 раза в день в сочетании с афалой по 2 табл. 2 раза в день в течение 12 недель.

Действующим веществом отечественного препарата импаза являются афинно очищенные антитела к эндотелиальной оксид азот (NO) синтазе в сверхмалых дозах. Препарат, повышая активность эндотелиальной NO-синтазы в сосудах полового члена, восстанавливает адекватную выработку эндотелием оксида азота, что повышает содержание в гладких мышцах уровень циклического гуанозинмонофосфата (цГМФ), способствует их расслаблению и увеличивает кровенаполнение полового члена. За счет положительного действия на центральные механизмы сексуальной функции у мужчин препарат импаза улучшает эрекцию и удовлетворенность половым актом.

Активным компонентом препарата афала являются сверхмалые дозы афинно очищенных антител к простатоспецифическому антигену (ПСА). Препарат обладает простатотропным действием, уменьшает отек и воспаление в предстательной железе, помогает устранить как нарушения уродинамики, так и предотвратить рост аденомы. Афала нормализует и модулирует регулирующее действие ПСА на тканевые факторы роста, повышает концентрацию цинка, снижает пролиферацию, уменьшает асептическое воспаление и восстанавливает диурез. Препарат стимулирует антипролиферативную и ангиостатическую активность ПСА, усиливая противовоспалительное действие, устраняя obstructивные и ирритативные симптомы ДГПЖ, ХП. Высокий профиль безопасности афалы позволяет назначать ее пациентам с сердечно-сосудистой патологией при отсутствии негативного воздействия на АД. При лечении афалой не возникает ретроградной эякуляции.

Результаты и их обсуждение

По данным анализа проведенных исследований, установлено, что у пациентов 2-й группы (ДГПЖ) чаще отмечается снижение как спонтанных, так адекватных эрекций, чем в 1-й

группе (ХП). В то же время боли в промежности встречались почти в 2 раза чаще у пациентов 1-й группы, чем поллакиурия, которая преобладала у больных 2-й группы (табл. 2).

Таблица 2

Симптоматика у больных 1-й и 2-й групп до лечения

Симптомы	1-я группа ХП (n = 25)	2-я группа ДГПЖ (n = 30)	Всего (n = 55)
Либи́до снижено	5 (20%)	8 (26,6%)	13 (23,6%)
Эрекция адекватно снижена	8 (32%)	13 (44,3%)	21 (38,1%)
Эрекция спонтанно снижена	9 (36%)	15 (50%)	24 (43,6%)
Болевой симптом в промежности	12 (48%)	8 (26,6%)	20 (36,3%)
Поллакиурия	10 (40%)	21 (70%)	31 (56,3%)

У 24(80%) больных 2-й группы (ДГПЖ) и у 18(72%) – 1-й группы (ХП) по МИЭФ выявлена средняя степень ЭД ниже 21 балла (при норме – 25 баллов).

Более выраженное снижение суммарного балла МКФ отмечено у 16 (53,3%) пациентов 2-й группы, особенно в возрасте старше 50 лет. У 24(80%) больных 2 группы и у 10 (40%) – 1-й группы выявлялась легкая степень расстройства мочеиспускание по шкале I-PSS до 7 баллов. Средняя степень расстройства акта мочеиспускания (8–19 баллов) определялась у 6 (20%) пациентов только во 2-й группе.

По шкале симптомов хронического простатита (NIH-CPSI) у 15(60%) пациентов 1-й группы выявлялась маловыраженная симптоматика (табл. 3).

При цветном доплеровском картировании (ЦДК) до лечения во 2-й группе больных с ДГПЖ отмечено выраженное снижение максимальной систолической скорости (Vmax) кровотока, индексов периферического сопротивления (RI,PI) в сосудах полового члена и повышение Vmax в сосудах предстательной железы, особенно в парауретральных артериях, по сравнению с 1-й группой (ХП), где эти показатели были умеренно изменены.

Таблица 3

Показатели сексуальной функции, болевого синдрома, расстройства мочеиспускания у больных 1-й и 2-й групп до лечения

Показатели Баллы	1-я группа ХП (n = 25)	2-я группа ДГПЖ (n = 30)
МИЭФ: 11–15	–	6 (20%)
16–21	18 (72%)	24 (80%)
22–25	7 (28%)	–
МКФ (суммарный балл)		
20–35 лет = 48 баллов	13 (52%)	–
36–50 лет = 36 баллов	12 (48%)	–
51–65 лет = 24 балла	–	16 (53,3%)
> 65 лет = 12 баллов	–	3 (10%)
NIH-CPSI (баллы)	15 (60%)	–
0–14 – мало выражен		
0–21 (баллы) – показатель болевого симптома	8 (32%)	–
I-PSS: 0–7 – легкая	10 (40%)	24 (80%)
8–19 – средняя	–	6 (20%)
20–35 – тяжелая	–	–

Однако в обеих группах выявлено умеренное снижение скорости венозного кровотока в предстательной железе и увеличение почти в 2 раза у больных

1-й группы диаметра парапростатических вен. В 1-й группе (ХП) в 2 раза чаще выявлялись признаки веногенной эректильной дисфункции в компенсированной и субкомпенсированной стадиях (табл. 4).

Нами отмечено снижение уровня тестостерона до нижней границы нормы у 3 пациентов 1-й группы и у 8 – во 2-й группе.

У пациентов обеих групп до лечения при микроскопии секрета предстательной железы (ПЖ) определялось нормальное содержание лейкоцитов, но отмечено снижение числа лецитиновых зерен, что свидетельствует о недостаточной функциональной способности простаты.

При трансректальном ультразвуковом исследовании (ТРУЗИ) установлено, что объем ПЖ у пациентов обеих групп до лечения находился в пределах от 28 до 41 см³. В 1-й группе у половины пациентов отмечена диффузная неоднородность ПЖ, участки инфильтрации, утолщение капсулы, наличие фиброкальценатов в периретральной области. У 5 пациентов 2-й группы определяли умеренно выраженную среднюю долю гиперплазированной ПЖ. При трансабдоминальном исследовании ПЖ у половины пациентов, особенно во 2-й группе, определяли наличие остаточной мочи в пределах от 10 до 30 мл. При урофлоуметрии у 5 пациентов 1-й группы и у 12 – 2-й группы, отмечено снижение максимальной объемной скорости мочеиспускания (Q_{max}) до 13 мл/с, у остальных пациентов обеих групп Q_{max} была 15 мл/с и выше.

В результате 12-недельного сочетанного лечения сексуальных расстройств больных с заболеваниями предстательной железы препаратами импаза и афала отмечен положительный клинический эффект у 20 (82%) пациентов 1-й группы (ХП), особенно у пациентов в возрасте 35–50 лет, а во 2-й группе (ДГПЖ) у 16 (53,3%) больных (табл. 5). У пациентов 1-й группы восстановились адекватные и спонтанные эрекции. У 13 (52%) из 25 пациентов 1-й группы (ХП) и у 7 (23,3%) – 2-й группы (ДГПЖ) нормализовался кровоток в сосудах полового члена, предстательной железы, исчезли боли в промежности, восстановилось мочеиспускание.

Таблица 4

Доплерографические показатели кровотока в сосудах полового члена, предстательной железы у больных 1-й и 2-й групп до лечения, n = 55 (M±m)

Показатели	1-я группа (ХП), n = 25		2-я группа (ДГПЖ), n = 30		Нормативы	
	ПЧ	ПЖ	ПЧ	ПЖ	ПЧ	ПЖ
V _{max} , см/с	6,8±4,7	14,5±2,3	6,1±2,5	18,2±2,6	25-27	4,5–11
RI	0,954±0,368	0,629±0,237	0,981±0,376	0,621±0,221	0,96	0,43–0,67
PI	3,108±0,912	0,980±0,356	2,010±0,702	0,920±0,338	2,45	1,0
Скорость венозного кровотока в ПЖ	–	5,0±1,9	–	4,6±1,6	–	5,9
Диаметр парапростатических вен	–	4,7±1,6	–	4,1±1,4	–	2,0–2,5

Примечание: ПЧ – половой член; ПЖ – предстательная железа.

Результаты сочетанного лечения сексуальных расстройств у больных с заболеваниями предстательной железы в 1-й и 2-й группах

Симптоматика	1-я группа (ХП), n = 25			2-я группа (ДГПЖ), n = 30		
	Восстановлена	Улучшена	Не изменена	Восстановлена	Улучшена	Не изменена
Сексуальная функция: МИЭФ, МКФ	20 (80%)	3 (12%)	2 (8%)	16 (53,3%)	8 (26,6%)	6 (20%)
Допплерография: ПЧ*, ПЖ*, эхоструктура	13 (52%)	9 (36%)	3 (12%)	7 (23,3%)	12 (40%)	11 (36,6%)
Шкала NIH-CPSI симптомов ХП	Исчезли 10 (40%)	Уменьшились 4 (16%)	Сохранены 2 (8%)	Исчезли 6 (20%)	Уменьшились 2 (6,6%)	Сохранены –
Дизурический симптом: I-PSS, Qmax	14 (56%)	–	–	15 (50%)	4 (13,3%)	3 (10%)

Примечание: ПЧ* – половой член; ПЖ* – предстательная железа.

Во 2-й группе 6 пациентам через 4 недели при недостаточной эффективности лечения дополнительно назначали ингибиторы ФДЭ-5 типа. У 3 пациентов 2-й группы (ДГПЖ) через 12 недель лечения сохранялись симптомы ДГПЖ и им были назначены препараты из группы α -адреноблокаторов. Ни у одного пациента 1-й и 2-й групп мы не отметили побочных эффектов при сочетанном применении препаратов импазы и афалы.

Выводы

1. При определении тактики лечения сексуальных расстройств у пациентов с заболеваниями предстательной железы – хроническом простатите и доброкачественной гиперплазией предстательной железы – необходимо учитывать возраст больных, ранние симптомы заболевания, данные доплерографических показателей полового члена, предстательной железы.

2. Сочетанное лечение препаратами импаза и афала сексуальных расстройств при заболеваниях предстательной железы эффективно как у молодых, так и пожилых пациентов при легкой и средней степени ЭД, при умеренных снижениях уродинамических симптомов, а также может быть использовано и с профилактической целью при этой патологии.

Литература

1. Лоран, О.Б. Диагностика и лечение эректильной дисфункции / О.Б. Лоран, П.А. Щеплев, С.Н. Нестеров // Урология и нефрология. – 1998. – № 3. – С. 39–46.
2. Лоран, О.Б. Климактерические расстройства у мужчин / О.Б. Лоран, А.С. Сегал. – М.: OGGI Production, 1999. – 88 с.
3. Тиктинский, О.Л. Андрология / О.Л. Тиктинский, С.Н. Калинина, В.В. Михайличенко. – М.: МИА, 2010. – 576 с.
4. Ткачук, В.Н. Медикаментозное лечение больных доброкачественной гиперплазией предстательной железы / В.Н. Ткачук, С.Х. Аль-Шукри, В.И. Корниенко, А.Э. Лукьянов. – СПб.: СПбГМУ, 2000. – 104 с.
5. Мазо, Е.Б. Открытое несравнительное исследование препарата импазы для лечения эректильной дисфункции / Е.Б. Мазо, С.И. Гамидов, Р.И. Овчинников // Урология. – 2003. – № 3. – С. 28–31.
6. Мазо, Е.Б. Ультразвуковая диагностика васкулогенной эректильной дисфункции / Е.Б. Мазо, А.Р. Зубарев, О.Б. Жуков. – М.: Медицина, 2003. – 112 с.
7. Калинина, С.Н. Лечение копулятивной дисфункции у больных с хроническим простатитом гомеопатическим препаратом Импаза / С.Н. Калинина, О.Л. Тиктинский, Л. Сайдуллоев,

Д.А. Шелипанов // 2-я Всероссийская конф. «Мужское здоровье» : материалы конф. – М., 2005. – С. 263.

8. *Тиктинский, О.Л.* Заболевание предстательной железы : руководство / О.Л. Тиктинский, С.Н. Калинина. – СПб. : Питер, 2006. – 464 с.

9. *Калинина, С.Н.* Диагностика и лечение больных с доброкачественной гиперплазией предстательной железы / С.Н. Калинина, Д.А. Шелипанов, О.Л. Тиктинский // Актуальные вопросы урологии : сборник научных работ,

посвященный 100-летию со дня основания СПб общества урологов им. С.П. Федорова / Под ред. В.Н. Ткачука. – СПб. : СПбГМУ, 2007. – С. 125–130.

10. *Alaev, Yu.G.* Safety and efficacy of impaza in patients suffering from erectile dysfunction (ED) / Yu.G. Alaev, A.Z. Vinarov, K.G. Lokshin [et al.] // Progress en Urologie. – 2003. – Vol. 13. – Sup. № 2/3. – P. 27 (2 nd International Consultation on Erectile and Sexual Dysfunctions. – Paris, Abstracts).

С.Н. Калинина

Тел.: +7-921-348-07-84