

Эректильная дисфункция и простатит

В конце 2011 г. Ростов-на-Дону в десятый раз принимал участников Российской школы по оперативной урологии «Инновационные технологии в урологии. Хирургия осложнений». Ведущие отечественные специалисты были приглашены, чтобы поделиться передовым опытом применения самых современных техник и технологий выполнения операций, а также прочесть лекции, провести семинары и симпозиумы. В рамках симпозиума, организованного при поддержке компании «Материя Медика», рассматривались вопросы диагностики и подбора оптимальной медикаментозной терапии при таких актуальных урологических заболеваниях, как эректильная дисфункция и простатит.



Профессор
Е.В. Кульчавеня

Особенности расположения простаты – органа половой системы мужчины, вспомогательно обеспечивающего репродуктивную функцию, – делают ее уязвимой для развития инфекционно-воспалительных заболеваний. Как отметила д.м.н., профессор Е.В. КУЛЬЧАВЕНЯ (главный научный сотрудник ФГБУ ННИИТ Минздравсоцразвития России), практически закономерно с возрастом (к 80 годам у 90% мужчин) в ней развиваются аденоматозные изменения или гипертрофия, что не исключает наличия сопутствующего хронического воспаления. Среди факто-

Новый взгляд на простатит

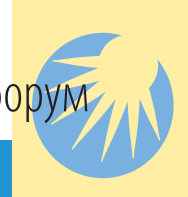
ров, которые могут стать причиной развития хронического простатита, можно выделить:

- повторную перинеальную травму (верховая езда, езда на велосипеде);
- ненормальную или чрезмерно активную половую жизнь;
- злоупотребление жирной пищей и алкоголем;
- гонококковую инфекцию (в настоящее время редко) или иные инфекционные агенты;
- внутриклеточные возбудители (Chlamydia и Mycoplasma);
- микробные биопленки, вирусы;
- иммунологические нарушения (в том числе аутоиммунные);
- химическое поражение вследствие рефлюкса мочи и др.

Патогенез инфекционного и неинфекционного простатита различен, хотя предрасполагающие факторы, обуславливающие нарушение микроциркуляции, едины, и первичным из них всегда является нарушение кровообращения предстательной железы. В настоящее время рассматриваются три основных механизма развития хроническо-

го простатита. Во-первых, инфекционная теория, которая подразумевает каналикулярный (через уретру), гематогенный, лимфогенный и уриногенный пути инфицирования. Во-вторых, аутоиммунная теория, согласно которой воспаление в железе возникает в ответ на антигены, образующиеся в самой предстательной железе и придаточных половых железах. В-третьих, гемодинамическая теория, последователи которой считают, что ведущую роль в развитии хронического простатита играют гемодинамические нарушения в предстательной железе и органах малого таза.

В диагностике хронического простатита первостепенное значение имеет пальпация предстательной железы и исследование ее секрета. Принципиальную роль играет последовательность манипуляций. Алгоритм обследования больного хроническим простатитом включает сбор анамнеза; осмотр и физикальное обследование наружных половых органов; трехстаканную пробу мочи; ректальное исследование с забором секрета



Сателлитный симпозиум компании «Материя Медика»

с последующим исследованием его методом световой микроскопии и окрашенным по Граму; общий анализ мочи после массажа простаты; анализ эякулята (по показаниям); определение уровня ПСА в плазме крови мужчинам старше 45 лет и др.

Гистологически почти во всех биоптатах присутствуют признаки воспаления той или иной степени выраженности, что косвенно свидетельствует о широком распространении простатита в мужской популяции. Однако корреляция между клинической симптоматикой и патоморфологическими находками не обнаружена. Клинически хронический простатит проявляется болью, нарушением мочеиспускания и сексуальными расстройствами.

Комплексное лечение больных хроническим простатитом должно включать антибактериальную терапию (только у больных с хроническим инфекционным простатитом, в том числе латентным). Среди антибиотиков, кумулирующих в ткани простаты, можно назвать фторхинолоны (в первую очередь левофлоксацин, ципрофлоксацин, офлоксацин), аминогликозиды (например, гентамицин), триметоприм, макролиды (азитромицин, кларитромицин), тетрациклин. Для устранения ведущих проявлений болезни назначается симптоматическое лечение. Комбинированное лечение должно быть ориентировано также на восстановление у пациентов с хроническим простатитом дренажирования простатических желез по выводным протокам, нормализацию мочеиспускания, стабилизацию иммунной и гормональной

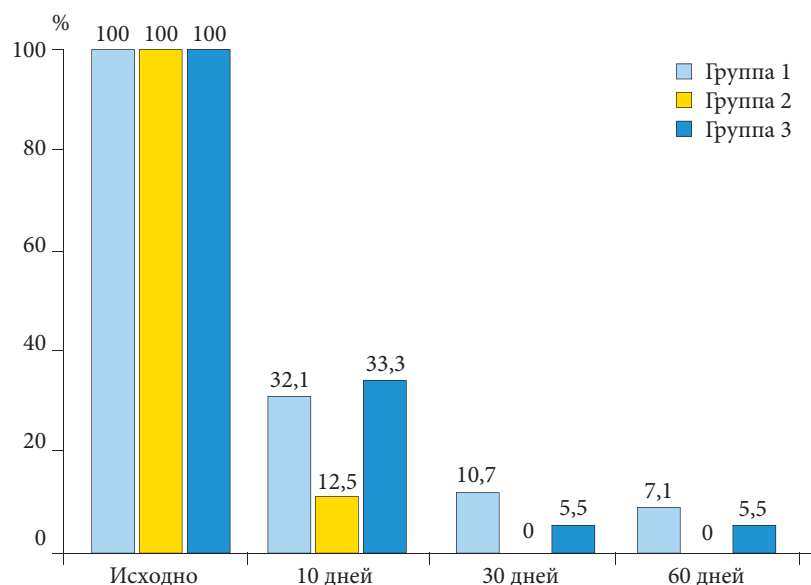


Рис. 1. Сопоставление динамики боли в группах

систем, профилактики избыточного образования фиброзной ткани. С целью восстановления микроциркуляции в предстательной железе рекомендуется патогенетическая терапия (например, препарат Афала).

В 1979 г. М.С. Wang и соавт. выделили из экстракта предстательной железы и описали новый гликопротеин (химотрипсинаподобную сериновую протеазу), который оказался специфичным для эпителиальных клеток предстательной железы – простатспецифический антиген (ПСА). ПСА в крови количественно определяют по его антигенным свойствам. Экспрессия ПСА регулируется андрогенами. При простатите ПСА повышается в результате нарушения барьерной функции простатических эпителиальных клеток, их базальной мембраны, базальной мембраны и эн-

дотелия сосудов. Назначение антител к этому антигену (препарат Афала) позволяет разорвать этот порочный круг. Механизм действия Афалы, предположительно, заключается в модификации функциональной активности эндогенного ПСА, который регулирует баланс факторов роста, отвечающих за метаболизм и нормальный рост ткани простаты.

Профессор Е.В. Кульчавеня привела результаты собственного исследования 78 больных хроническим простатитом II и IIIa категорий в возрасте от 28 до 54 лет. Пациенты были распределены в три группы: группа 1 (n = 28) получала в качестве этиотропной терапии левофлоксацин и стандартное для данной категории пациентов патогенетическое лечение. Группе 2 (n = 32) назначили комплексную этиопатогенетическую терапию, идентичную 1-й группе, и дополнительно Афалу по 2 таблетки 4 раза в день сублингвально. Группа 3 наряду со стандартной этиопатогенетической терапией принимала плацебо. Комплексная этиопатогенетическая терапия продолжалась в течение месяца; больные групп 2 и 3 Афалу/плацебо принимали еще в течение одного месяца после

Механизм действия Афалы, предположительно, заключается в модификации функциональной активности эндогенного ПСА, который регулирует баланс факторов роста, отвечающих за метаболизм и нормальный рост ткани простаты.

урология

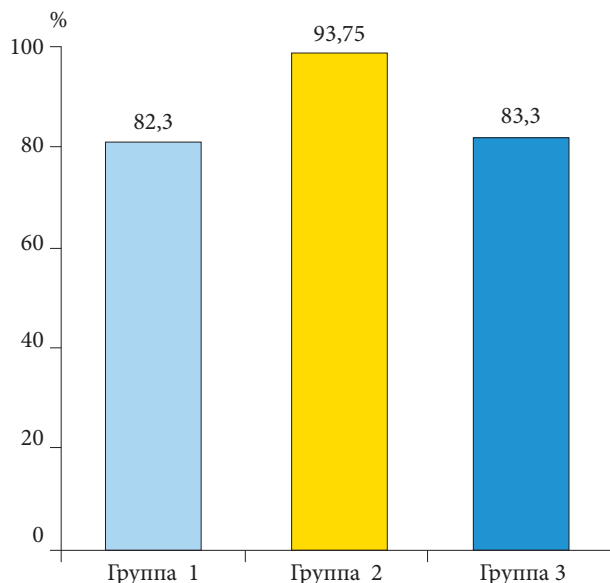


Рис. 2. Отличный результат лечения в сравниваемых группах

окончания базового курса лечения. В результате лечения был отмечен резко выраженный анальгезирующий эффект Афалы (рис. 1). К 10-му дню только у 4 больных (12,5%) группы 2 сохранялась боль слабой интенсивности, через 4 недели на боль в этой группе не жаловался ни один пациент. Достигнутый результат сохранялся в течение всего времени наблюдения. В то же время в группах 1 и 3 боль сохранялась после 10 дней лечения у 9 (32,1%) и 6 (33,3%) пациентов соответственно, разница с группой 2 статистически достоверна. Конечный результат с учетом клинико-лабораторных проявлений хронического простатита определялся как отличный (отсутствие боли и дизурии, нормализация секрета предстательной железы, негативация мазка, улучшение функциональных показателей), хороший и удовлетворительный. В группе 1 отличный результат был получен у 23 больных (82,1%), хороший – у 5 (17,9%), в группе 2 отличный результат достигнут у 30 пациентов (93,8%), хороший – у 2 (6,2%), а в группе 3 – у 15 (83,3%) и 3 (16,7%) больных соответственно (рис. 2).

Таким образом, резюмировала профессор Е.В. Кульчавеня, применение Афалы в комплексном лечении больных хроническим простатитом повышает эффективность терапии и способствует более длительному сохранению полученных результатов. Препарат хорошо переносится, не имеет противопоказаний, может сочетаться с любой другой терапией.

Особое внимание профессор Е.В. Кульчавеня уделила вопросу своевременного выявления туберкулеза мочеполовой системы. Резолюция XI съезда РОУ (2007) рекомендует рассматривать любой случай активного воспаления органов мочеполовой системы как воспаление потенциально туберкулезной этиологии и проводить соответствующую диагностику (исследование осадка мочи, секрета простаты и эякулята на микобактерии туберкулеза). Следует воздерживаться от назначения антибактериальных препаратов, влияющих на рост мико-

беркулезом легких на 30%, у мужчин с фиброзно-кавернозным туберкулезом легких – на 26,9% и репродуктивной функции – на 15,3 и 35,7% соответственно.

Профессор Е.В. Кульчавеня коснулась также вопроса сексуальной дисфункции. Она отметила, что в последнее время межнациональной проблемой становится метаболический синдром, который подразумевает инсулинорезистентность + хотя бы один фактор из перечисленных:

- дислипидемия;
- артериальная гипертензия;
- абдоминальное ожирение (талия у мужчин > 102 см, у женщин > 88 см).

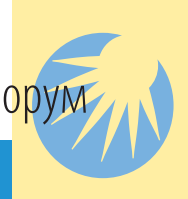
Метаболические нарушения могут способствовать снижению выработки тестостерона и становиться фактором развития сосудистой патологии. Патофизиологические механизмы поражения сосудов в том числе затрагивают сосуды полового члена, одним из подобных механизмов являет-

Применение Афалы в комплексном лечении больных хроническим простатитом повышает эффективность терапии и способствует более длительному сохранению полученных результатов.

бактерий туберкулеза, до выполнения соответствующих исследований. При туберкулезе гораздо сильнее выражены интоксикация, боль, дизурия и другая клинико-лабораторная симптоматика хронического простатита. Происходят патологические изменения в секрете простаты и некоторые репродуктивные нарушения. Применение некоторых препаратов, в том числе Афалы, в комплексном лечении больных туберкулезом органов дыхания в сочетании с поражением простаты улучшило результат лечения воспалительного процесса в половых органах у больных инфильтративным ту-

белозом. Поражение эндотелия. Эндотелиальная дисфункция – сложный процесс, основными проявлениями которого являются нарушение биодоступности оксида азота (NO), уменьшение количества мускариновых рецепторов на поверхности эндотелиальных клеток, повышение активности ангиотензинпревращающего фермента (АПФ) на поверхности эндотелиальных клеток. Все это в дальнейшем ведет к нарушениям эректильной функции.

Одним из перспективных препаратов для терапии эректильной дисфункции является Импаза, представляющая собой антите-



Сателлитный симпозиум компании «Материя Медика»

ла к эндотелиальной NO-синтазе в сверхмалых дозах. Импаза, нормализуя эндотелиальную функцию, позволяет возникать адекватной эрекции. Профессор Е.В. Кульчавеня привела данные А.В. Гудкова и В.С. Бощенко, согласно которым Импаза способна оказывать не только лечебное, но и профилактическое действие. Профилактический прием препарата Импаза достоверно снижал риск возникновения эректильной дисфункции у больных метаболическим синдромом. Так, у пациентов, принимающих наряду с коррекцией метаболического синдрома дополнительно Импазу, эректиль-

ная дисфункция возникла только в 5,88% случаев.

Профессор Е.В. Кульчавеня познакомила участников симпозиума также с результатами собственного исследования динамики микроциркуляции предстательной железы у пациентов, которые получали одновременно Афалу и Импазу. Использовался современный метод неинвазивной оценки состояния микроциркуляции, основанный на изменении частотных характеристик лазерного луча, зондирующего ткани, при его отражении от движущихся компонентов крови (в первую очередь эритроцитов), – лазерная доплеровская

флоуметрия. Было выявлено, что за счет купирования воспаления, снижения отека и улучшения эндотелиальной функции микроциркуляция предстательной железы существенно улучшилась.

В заключение профессор Е.В. Кульчавеня отметила, что часто сложные вопросы имеют простые решения. Для многих пациентов с хроническим простатитом и эректильной дисфункцией достаточно эффективны препараты регуляторного, моделирующего действия (Импаза, Афала), имеющие при этом минимум осложнений и создающие предпосылки к выздоровлению.



Профессор В.В. Борисов

Нормальная сексуальная жизнь качественно влияет на физическое и психологическое здоровье мужчины. Мужчины, занимающиеся сексом 2 раза в неделю, на 45% меньше подвержены сердечным заболеваниям, чем те, кто делает это реже 1 раза в месяц. Д.м.н., профессор В.В. БОРИСОВ (Первый МГМУ им. И.М. Сеченова) отметил, что секс помогает поддерживать «правильный» ритм сердца, сжигает много калорий, поэтому может считаться хорошей тренировкой. Нарушения же эректильной функции снижают качество жизни мужчины: в 4 раза возрастает физическая неудовлетворенность, в 2 раза – эмоциональная. К сожалению, опрос 100 российских мужчин 45–55 лет показал,

Значение и коррекция эндотелиальной дисфункции при мужских сексуальных расстройствах

что 70% из них желают улучшить свои сексуальные возможности, но только 10% способны обсуждать свою сексуальную активность с врачом. Другой опрос 1800 мужчин 30–65 лет выявил, что снижение сексуальной функции отмечают 21% респондентов, но обратиться к специалисту из них собираются не более 3%. Причинами могут быть стеснение, нежелание обсуждать проблему, недоверие к специалистам, непонимание супруги, отсутствие времени и др.

В понимании большинства урологов, эректильная дисфункция – это болезненные проявления, требующие диагностики и лечения. Однако это понятие следует рассматривать шире. В сущности, эректильная дисфункция – это симптомокомплекс, входящий в клиническую картину целого ряда соматических и нервно-психических заболеваний, по своей выраженности и тяжести непосредственно зависимый от них. Например, сексуальными нарушениями страдают 53% урологических больных, 96% из них имеют психологическую отягощенность, 83% – коморбидные заболевания и состояния.

Как отметил профессор В.В. Борисов, основным патогенетическим фактором развития эректильной дисфункции является нарушение функции центральных и периферических NO-ергических структур организма. Наряду с генетической предрасположенностью и возрастом эндотелиальная дисфункция развивается как результат окислительного стресса, предшественниками которого являются артериальная гипертензия, сахарный диабет, дислипидемия и курение. Окислительный стресс, в свою очередь, ведет к поражению клеток эндотелия, которое усугубляет вазоконстрикцию, обуславливая атеросклероз, тромбозы и эректильную дисфункцию.

Как известно, NO является одним из важнейших и универсальных биологических медиаторов. NO обладает бронхорасширяющим действием, является возможным медиатором функции памяти и болевой рецепции, регулятором воспаления и иммунной защиты, медиатором деятельности гладкой мускулатуры пищеварительной и мочеполовой систем, гладкой мускулатуры сердечно-сосудистой системы. NO регулирует расшире-

урология



Импаза содержит антитела к человеческой NO-синтазе (ключевому ферменту, определяющему возникновение и поддержание эрекции) в сверхмалых дозах.

Препарат активирует эндотелиальную синтазу организма и способствует адекватной выработке NO и цГМФ.

ние и сужение просвета сосудов в соответствии с потребностью тканей в кровоснабжении и является средством антитромботической защиты.

NO, связываясь с гемопротеинами, и в частности с гемсодержащим ферментом гуанилатциклазой, обуславливает клеточные эффекты – расслабление гладкомышечных клеток сосудов и кавернозных тел, способствуя эрекции. Избыток NO, вступая в реакцию с супероксиданионом, образует оксиданты, пероксиданты и гидроксил-радикалы, которые обладают повреждающим действием на липиды, белки и нуклеиновые кислоты. Естественно, что лекарственные средства, которые могут безопасно сочетаться с донаторами NO, крайне необходимы. Таким препаратом является Импаза, содержащая антитела к человеческой NO-синтазе (ключевому ферменту, определяющему возникновение и поддержание эрекции) в сверхмалых дозах. Препарат активирует эндотелиальную синтазу организма и способствует адекватной выработке NO и цГМФ. Будучи антигеном, Импаза также вызывает выработку вторичных антител к антителам к NO-синтазе, которые инактивируют собственные первичные антитела к ней, вырабатываемые организмом, что также активизирует NO-синтазу, тем самым способствуя восстановлению функции эндотелия. Повышая активность эндотелиальной NO-синтазы в сосудах полового члена, Импаза восстанавливает выработку эндотелием NO при

сексуальной активной стимуляции, повышает уровень цГМФ в гладких мышцах кавернозных тел и способствует их расслаблению и увеличивает кровенаполнение полового члена при эрекции. Все это в совокупности обеспечивает достаточную по силе и продолжительности эрекцию. За счет положительного воздействия на центральные механизмы сексуальной функции у мужчин Импаза способна повысить либидо и удовлетворенность половым актом. Профессор В.В. Борисов привел результаты собственного исследования (2006) эффективности Импазы. Эректильная функция улучшилась у 92,6% пациентов. Увеличение индекса в разделе эректильной функции от +1 до +5 наблюдалось у 66%, от +6 до +10 – у 34%. Улучшение оргазма отметили 51,8% больных, прирост индекса по этому показателю +1...+3 зафиксирован у 64%, +4...+5 – у 36% больных. Повышение либидо имело место у 48% больных, в 75% случаев преобладало небольшое увеличение индекса (+1...+2), +3...+4 – в 25% случаев. Улучшение удовлетворенности половым актом отметили 82% больных, улучшение сексуальной удовлетворенности – 74%. Необходимо помнить, что при терапии Импазой имеет место кумулятивный эффект, то есть эффективность лечения прогрессирует с 33,2% после 1 месяца до 56,2% к 3 месяцам и 73,3 к 6 месяцам лечения. Больные отмечают улучшение и восстановление спонтанных эрекций, нахождение полового члена в состоянии постоянной частичной тумесценции, норма-

лизацию адекватных эрекций после 3–4 месяцев приема препарата. Таким образом, для наступления стойкого лечебного эффекта Импазы необходимо принимать препарат не менее 3–4 месяцев.

Профессор В.В. Борисов привел данные И.И. Горпинченко и Я.О. Мирошникова, которые изучили катамнестическую эффективность Импазы через 6 месяцев после отмены препарата. У 75% больных наблюдалась стабильная эректильная функция с регулярной половой жизнью без необходимости приема препаратов и колебания индекса МИЭФ +/- 10%. Частично стабильная эректильная функция с необходимостью иногда прибегать к приему препаратов имела место у 12,5% больных. Остальные 12,5% пациентов оценивали эректильную функцию как нестабильную со снижением индекса МИЭФ на 10–30%. Таким образом, в результате оценки катамнестической эффективности Импазы был выявлен стабильный эффект в уверенности возникновения, достижения эрекции, достаточной для коитуса, удовлетворенности половым актом и сохранение тенденции к улучшению кавернозного кровообращения. Профессор В.В. Борисов привел некоторые схемы терапии при эректильной и эндотелиальной дисфункциях у мужчин. При начальных проявлениях эректильной и эндотелиальной дисфункций, андрогенного дефицита может помочь комплексное назначение Импазы и ингибиторов ФДЭ-5, которые позволят достичь хорошего устойчивого эффекта. Такая комплексная терапия позволяет уменьшить выраженность побочных эффектов монотерапии за счет уменьшения дозы ингибиторов ФДЭ-5 при сохранении их прежней эффективности. Целесообразно назначать Импазу с первыми днями совместного лечения с ингибиторами ФДЭ-5. Такая последовательность лечения позволяет увеличить интервалы между приемом ингибиторов ФДЭ-5



при сохранении способности к успешному половому акту. По мере субъективного и объективного восстановления адекватных и спонтанных эрекций возможно уменьшить минимальную эффективную дозу и даже постепенно отказаться от приема ингибиторов ФДЭ-5 и перевести больного на монотерапию Импазой, а впоследствии при нормализации состояния и ее отменить.

При эректильной дисфункции в сочетании с выраженной эндотелиальной дисфункцией (артериальная гипертензия, дислипидемия, сахарный диабет 2 типа) при нормальном уровне тестостерона следует назначить Импазу (курс 3–4 месяца) с одновременным назначением ингибитора ФДЭ-5, со временем уменьшая частоту приема и дозу ингибитора ФДЭ-5 вплоть до его последующей отмены. При выраженной васкулогенной эректильной дисфункции с эндотелиальной дисфункцией (атеросклероз, артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца, сахарный диабет 2 типа) со снижением уровня тестостерона на первом этапе следует назначить заместительную гормональную терапию в сочетании с Импазой (курс 3 месяца), на втором этапе – добавить ингибитор ФДЭ-5, продолжая заместительную гормональную терапию и прием Импазы. Продолжать комплексную терапию следует до получения ощутимого эффекта с последующим прекращением приема ингибитора ФДЭ-5, затем Импазы и гормонов. Следует также отметить, что после травмы уретры и полового члена совместное применение Импазы и ингибиторов ФДЭ-5 позволяет предотвратить тяжелые фиброзные изменения кавернозной ткани полового члена и является мерой профилактики эректильной дисфункции. Соматическое и сексуальное здоровье мужчины тесно связано, что показало европейское многоцентровое перекрестное исследование мужского старения

(EMAS), которое включало 3369 мужчин 40–79 лет. Более 50% испытуемых сообщили об одном и более соматическом заболевании. Наиболее распространены артериальная гипертензия (29%), ожирение (24%) и заболевания сердца (16%). Около 30% мужчин сообщили об эректильной дисфункции, и 6% отметили серьезные нарушения оргазма, которые были тесно связаны с возрастом и сопутствующими заболеваниями. Таким образом, сексуальное здоровье мужчин с возрастом ухудшается, а количество сопутствующих заболеваний увеличивается. Профессор В.В. Борисов подчеркнул, что наиболее эффективна комплексная терапия соматических заболеваний, включающая Импазу.

ния способствует увеличению перфузии, как показателя усиления коронарного микроциркуляторного кровотока.

У больных гипертонической болезнью дополнение гипотензивной терапии приемом Импазы способствует не только улучшению микроциркуляции, но и уменьшению выраженности эректильной дисфункции, что оказывает благоприятное воздействие на течение болезни в целом. Применение Импазы в составе комбинированной гипотензивной терапии (с альфа-адреноблокаторами и диуретиками) ведет не только к достоверному улучшению эректильной функции, но и к нормализации суточного профиля артериального давления, коррекции эндотелиальной дисфункции. Максимальный

Профилактика и своевременная терапия сексуальных расстройств с применением Импазы способны не только их устранить, но и опосредованно расширить возможности профилактики соматических расстройств.

Циклический ГМФ не только играет ключевую роль в расслаблении мышц кавернозных тел при эрекции, но и опосредует нейрогенный и зависимый от эндотелия путь расслабления гладких мышц артерий миокарда. Роль дисфункции эндотелия в развитии гипертонической болезни сердца подтверждена, поэтому воздействие на недостаточность эндотелия можно рассматривать как универсальный метод патогенетического лечения этих заболеваний, сочетающихся с эректильной дисфункцией. На фоне кардиотропной терапии в сочетании с Импазой у больных ишемической болезнью сердца со стенокардией напряжения повышается переносимость физической нагрузки, уменьшается количество приступов стенокардии при легкой и умеренной физической нагрузке. Введение Импазы в комплекс лече-

положительный эффект наблюдали при курсовом назначении Импазы в течение 12 недель. На всем протяжении периода лечения препарат не вызывал побочных эффектов и нежелательных взаимодействий с гипотензивными препаратами, что доказывает его эффективность и безопасность у больных АГ.

В заключение профессор В.В. Борисов подчеркнул, что профилактика и своевременная терапия сексуальных расстройств с применением Импазы способны не только их устранить, но и опосредованно расширить возможности профилактики соматических расстройств, а именно: артериальной гипертензии, дислипидемии и атеросклероза, ишемической болезни сердца, инфаркта миокарда, мозгового инсульта, сахарного диабета, ожирения, хронической болезни почек и т.д. 🌐