

РЕКОМЕНДАЦІЇ ЄВРОПЕЙСЬКОЇ АСОЦІАЦІЇ УРОЛОГІВ ПО ЕРЕКТИЛЬНІЙ ДИСФУНКЦІЇ (ІМПОТЕНЦІЇ) Скорочений виклад

E. Wespes, E. Amar, D. Hatzichristou et al.
Guidelines on Erectile Dysfunction
European Urology 2002;41:1-5

1. Вступ

Чоловічою еректильною дисфункцією (ЕД) (імпотенція) вважають тривалу (щонайменше 6 місяців) неспроможність досягати та підтримувати ерекцію, достатню для виконання задовільного статевого акту. Останні епідеміологічні дані вказують на високу розповсюдженість імпотенції. Масачусетське дослідження дорослих чоловіків виявило, що розповсюдженість ЕД у негоспіталізованих 40—70-річних чоловіків Бостонського округу складає 52%. У цьому дослідженні виявлено мінімальну, середню та повну ЕД відповідно у 17,2, 25,2 та 9,6% чоловіків, захворюваність на ЕД складає 24 нових випадки на 1000 чоловіків.

Ерекція — це нервово-судинний феномен під гормональним контролем, який включає дилатацію артерій, релаксацію гладкої трабекулярної мускулатури та активацію корпорального венооклюзивного механізму. Досягнення у дослідженнях протягом останніх 15 років призвели до розвитку кількох нових методів лікування ЕД, включаючи нові фармакологічні засоби для внутрішньокавернозного, внутрішньоуретрального та перорального застосування. Прогрес у медикаментозному лікуванні та погані віддалені результати після реконструктивних судинних операцій значно змінили лікувальні підходи до цього захворювання.

2. Діагностика

Під час першого візиту важливим кроком у лікуванні ЕД є збирання вичерпного медичного та психологічного анамнезу у пацієнта та його партнера, якщо є така можливість. Детальний медичний анамнез є дуже важливий, оскільки з ЕД пов'язані багато захворювань, включаючи гіпертензію, цукровий діабет, ІХС, ліпідемію, гіперхолестеринемію, ниркову недостатність, гіпогонадізм, неврологічні та психіатричні розлади, а також практично будь-яке хронічне захворювання. Операції на сечостатевих органах, прямій кишці, а також багато медикаментів, зокрема антигіпертензивні та психотропні засоби, можуть спричинювати ЕД. Хронічне вживання алкоголю, маріхуани, кодеїну, меперидину, метадону та героїну пов'язане з високою частотою ЕД. Добре відомий вплив променевої терапії на ЕД, причому виявлено, що найчастішою органічною причиною імпотенції при цьому виді лікування є судинні зміни.

Початкове збирання медичного анамнезу дозволяє встановити більш розслаблену атмосферу і дає змогу легше задавати питання щодо еректильної функції та наявних статевих стосунків, навіть коли чоловіки не бажають описувати свої проблеми. Статевий анамнез може включати інформацію щодо попередніх та теперішніх статевих стосунків, наявного емоційного статусу, появи та тривалості проблеми з ерекцією та можливих попередніх консультацій та методів лікування. Слід детально обговорити якість еротичних та ранкових ерекцій, включаючи ригідність та тривалість, а також проблеми із збудженням, еякуляцією та оргазмом. Для об'єктивної оцінки теперішнього статусу і впливу специфічного лікування можна

використати затверджені анкети, наприклад міжнародний індекс еректильної функції.

Кожного пацієнта слід ретельно фізикально обстежити, з особливим акцентом на сечостатевої, ендокринній, судинній та неврологічній системах. Під час фізикального обстеження можна виявити неочікувані знахідки, такі як хвороба Пейроні, маленькі яєчка та рак простати. Ректальне обстеження слід проводити у кожного пацієнта віком понад 50 років.

Лабораторне обстеження (глюкоза крові і тестостерон) слід виконувати у більшості хворих, вибірково в інших пацієнтів треба оцінити рівень ліпідів крові, пролактину та специфічного антигену простати (PSA).

Важливо, щоб лікар сприяв спілкуванню з пацієнтом та його партнером, пояснював стратегію щодо діагностичних та терапевтичних підходів. Не часто вдається задіяти партнера під час першого візиту, але слід докласти зусиль, щоб він був під час другого візиту. Якщо виявлено якісь відхилення, може виникнути необхідність у звертанні до іншого спеціаліста для подальшого обстеження.

Під час дискусії за участю лікаря, пацієнта та його партнера слід в'яснити очікування та потреби пацієнта. Необхідно висвітлити суть захворювання, інтерпретувати діагностичні тести та раціональний вибір способу лікування. Освіта пацієнта та його партнера є дуже важливими у лікуванні.

У той час як більшість пацієнтів із ЕД можна обстежити в межах кабінету сексопатології, деякі випадки можуть вимагати специфічного діагностичного тестування:

- ◆ пацієнт із первинним порушенням ерекції, оскільки крім психогенних причин треба виключити органічну патологію;
- ◆ молоді пацієнти з наявністю в анамнезі травми тазу чи промежини — їх потенційно можна вилікувати за допомогою судинної операції;
- ◆ на вимогу пацієнта або його партнера можуть бути призначені спеціальні тести;
- ◆ з медико-правових міркувань.

Спеціальні тести можуть включати оцінку нічного набрякання та ригідності пенісу (ОННРП) з використанням Ригіскану (Rigiscan-NPTR), дослідження судин, а саме внутрішньокавернозну ін'єкцію судиноактивного препарату та дуплексну ультрасонографію, які можна доповнити артеріографією або кавернозометрією, неврологічне обстеження, зокрема латентність бульбокавернозного рефлексу та нервової провідності, ендокринологічні обстеження та спеціалізовану психодіагностику. ОННРП слід проводити щонайменше протягом двох ночей. Наявність ерекції з принаймні 60% ригідності, зареєстрованої на верхівці пеніса, тривалістю 10 хв. або більше, слід вважати ознакою функціонуючого механізму ерекції.

Тест із внутрішньокавернозною ін'єкцією надає обмежену інформацію щодо судинного статусу. Позитивним тестом вважається ригідна еректильна відповідь (неможливість зігнути пеніс), яка виникає в межах 10 хв. після внутрішньокавернозної ін'єкції і триває протягом 30 хв. Така відповідь дає змогу зробити висновок про нормальну артеріальну та венооклюзивну гемодинаміку. В усіх інших випадках тест непереконливий, і тоді слід провести дуплексну ультрасонографію артерій пенісу. Нормальними вважаються пікова швидкість систолічного кровоплину більше 30 см/с і індекс резистентності, вищий від 0.8. Якщо результат дуплексного дослідження нормальний, обстеження судин можна припинити. Коли результат патологічний, артеріографію і кавернозометрію проводять лише тим пацієнтам, які розглядаються потенційними кандидатами для судинної реконструктивної операції. Пацієнти з аномаліями пеніса, такими як гіпоспадія, вроджене викривлення або хвороба Пейроні із збереженою ригідністю, можуть потребувати хірургічної корекції, результат якої переважно дуже добрий.

3. Лікування

Первинною метою у стратегії лікування пацієнта із ЕД є визначення етіології хвороби і, по можливості, її лікування, а не лікування тільки самого симптому. Зрозуміло, що ЕД може бути пов'язана із факторами, які піддаються зміні або зворотному розвитку, включаючи стиль життя або медикаменти, їх можна змінити до або паралельно із початком специфічної терапії.

Дефіцит тестостерону потенційно можна виправити, він є результатом первинної недостатності яєчок або вторинно внаслідок гіпофізарно/гіпоталамічних причин. Пацієнтів із гормональними відхиленнями слід проконсультувати в ендокринолога. Замісна терапія тестостероном ефективна, але може застосовуватися лише тоді, коли виключено інші можливі ендокринологічні причини недостатньої функції яєчок. Така терапія протипоказана у чоловіків з раком простати або симптомами простатизму в анамнезі. Перед початком замісної терапії тестостероном слід провести пальцеве ректальне обстеження простати та визначити рівень ПСА у сироватці. У пацієнтів, які отримують андрогенну терапію, слід проводити моніторинг клінічної відповіді та розвитку захворювання печінки або простати. Проте, слід вказати, що така терапія не завжди ефективна при лікуванні ЕД, пов'язаної із гіпогонадізмом.

У молодих пацієнтів із травмою тазу або промежини оперативне втручання для ревазуляризації пенісу дає добрі результати (60–70% успішних віддалених результатів). Пошкодження слід виявити за допомогою дуплексної ультрасонографії та підтвердити фармако-артеріографією пенісу. Необхідно виключити корпоральну венооклюзивну дисфункцію за допомогою фармако-кавернозометрії.

В інших випадках (старші пацієнти без травматичних пошкоджень або пацієнти із вторинним каверновенозним шунтуванням) судинна корекція тепер не пропонується у зв'язку з поганими віддаленими результатами.

3.1. Терапія першого вибору

3.1.1. Пероральна терапія

Силденафілу цитрат (Віагра) і апоморфін (Упріма) у даний час є єдиними пероральними препаратами, наявними на ринку з доказаною ефективністю та безпечністю для лікування ЕД.

Силденафіл є потужним і селективним інгібітором циклічного ГМФ (цГМФ), особливо фосфодіестерази 5 типу, переважаючої ізоформи ферменту, виявленого у людському пенісі. Наслідком його дії є розслаблення гладкої мускулатури, вазодилатація та ерекція пенісу.

Силденафіл є пероральним засобом, ефективним через 60 хв. при наявності сексуальної стимуляції. Найчастішими побічними ефектами є біль голови, приливи крові, диспепсія та закладеність носа. Він спричинює невелике зниження систолічного та діастолічного артеріального тиску, хоча клінічно значуща гіпотензія буває рідко. З цієї причини, препарат формально протипоказаний для пацієнтів, які приймають нітрати пролонгованої дії або вживають короткодійні препарати, які містять нітрати. Може бути ризиковано призначати силденафіл пацієнтам із:

- ◆ наявністю ішемії міокарда;
- ◆ застійною серцевою недостатністю та кров'яним тиском на нижній межі норми;
- ◆ обезводненням (низький ОЦК);
- ◆ комбінованою антигіпертензивною терапією з використанням багатьох препаратів;
- ◆ застосуванням препаратів, які можуть продовжити час півіснування силденафілу.

Дозування Віагри — 25, 50 і 100 мг. Початкова доза має бути 50 мг, незалежно від етіології ЕД, і титруватися відповідно до ефективності та побічної дії. Про-

те пацієнтам з печінковою/нирковою недостатністю і старшим 65 років слід призначити 25 мг. У дослідженні залежності ефективності від дози після 24 тижнів лікування виявлено поліпшення ерекції у 56, 77 і 84% чоловіків, які отримували відповідно 25, 50 і 100 мг силденафілу, у порівнянні із 25% у тих, хто отримував плацебо.

Лікар мусить попередити пацієнта, що статевий акт вимагає значних фізичних зусиль, які підвищують роботу серця. Слід оцінити стан серця пацієнта перед лікуванням ЕД.

Сублінгвальний апоморфін — допаміновий агоніст, дія якого полягає у підсиленні проерективних стимулів через гіпоталамічні нервові шляхи. Сублінгвальне застосування швидко підвищує концентрацію у плазмі, забезпечуючи швидкий початок дії (ерекцію) у середньому через 18—19 хв. Дозування — 2 і 3 мг. Упріма в дозуванні 2 мг спричинює підвищення в 1,66 разів, а доза 3 мг — у 2,2 рази відсотка спроб, які призводять до ерекції, що дає змогу виконати задовільний статевий акт. Препарат добре переноситься і не має взаємодії з іншими препаратами, їжею та алкоголем.

Пероральне застосування фентоламіну та інших інгібіторів фосфодієстерази знаходиться у фазі вивчення.

3.1.2. Вакуумні пристрої

Вакуумні пристрої можна використовувати у пацієнтів із стабільними відносинами, в яких добре зрозумілий механізм ЕД. Вони ліпше сприймаються старшими пацієнтами. Пристрій створює негативний тиск у пенісі, таким чином спричинюючи притік венозної крові, яка потім утримується за допомогою встановлення видимого стискаючого кільця на корінь члена. Побічними ефектами являються біль у пенісі, оніміння та запізнена еякуляція.

3.1.3. Психосексуальна терапія

Пацієнтам із значними психологічними проблемами психотерапію можна надавати або в режимі монотерапії, або в комбінації з іншими лікувальними заходами. Ця терапія потребує часу, а результати неоднозначні.

3.2. Терапія другого вибору

Згідно побажань пацієнта можна застосовувати внутрішньокавернозні ін'єкції або внутрішньоуретральну терапію.

3.2.1 Внутрішньокавернозні ін'єкції

Для ін'єкцій запропоновано кілька препаратів, в режимі монотерапії або в комбінації (простагландин Е1, фентоламін-вазоінтестинальний поліпептид, фентоламін-папаверин, максислітрімкс), проте лише два схвалено Адміністрацією з контролю за продуктами та ліками (FDA, США) — стерильний порошок альпростадилу і альпростадил альфадекс. Необхідними умовами для внутрішньокавернозних ін'єкцій є зручність для пацієнта та освіта. Використання спеціальної автоматичної ручки із прихованою голкою може розвіяти страх перед проколенням пенісу.

Лікування ін'єкціями ефективно в більшості випадків ЕД, але протипоказане у чоловіків з відомою непереносимістю застосовуваного препарату та із ризиком пріапізму; не рекомендується в чоловіків з обмеженою функцією рук, хоча цій маніпуляції можна навчити їхніх партнерів. Внутрішньокавернозна терапія ефективна у 60—90% випадків. Ерекція виникає через 5—15 хв. і триває у залежності від введеної дози. Побічні ефекти: тривалі ерекції або пріапізм, біль у пенісі та фіброз.

Якщо ерекція триває понад 4 год., пацієнтам слід проконсультуватися із лікарем для уникнення пошкодження внутрішньокавернозного м'яза, яке може спровокувати постійну імпотенцію. Для аспірації крові і, як наслідок, зниження внутрішньокавернозного тиску, використовують голку 19 розміру. Цього простого методу звичайно достатньо, щоб член зменшився у розмірах. Проте, якщо пеніс знову стане ригідним, необхідні внутрішньокавернозні ін'єкції фенілефрину в початковій дозі 200 мкг кожні 5 хв., при потребі дозу підвищують до 500 мкг. Ризик розвитку тривалої ерекції після наступних ін'єкцій не можна передбачити. Коли ця проблема виникає, дозу для наступної ін'єкції треба зменшити. Слід спостерігати за пацієнтом для виявлення системних ефектів від застосовуваної терапії.

3.2.2. Внутрішньоуретральна терапія

Простагландин E1 можна застосовувати внутрішньоуретрально у формі напівтвердої свічки. Кільце, накладене на корінь члена, поліпшує ригідність. Біля 70% пацієнтів були задоволені або дуже задоволені. Навіть спосіб застосування виглядає менш інвазивним. Побічні ефекти включають біль у члені і гіпотензію, клінічна ефективність нижча у порівнянні з внутрішньокавернозною терапією.

3.3. Терапія третього вибору

3.3.1. Протезування

У пацієнтів, яких спіткала невдача при фармакологічній терапії або які віддають перевагу постійному вирішенню їхньої проблеми, можна застосувати хірургічну імплантацію протеза. Існують два типи протезів: гнучкий та гідравлічний. Гідравлічний протез члена забезпечує більш косметичну та задовільнішу ерекцію. Член ліпше збільшується при гідравлічній, ніж напівригідній ерекції, хоча перша пов'язана з підвищеною частотою механічних пошкоджень та ускладнень. Також існує відмінність у ціні: гідравлічний протез набагато дорожчий. У кількох країнах пацієнтам відшкодовують вартість протезу за умови встановлення органічної причини ЕД і повного обстеження пацієнта з приводу імпотенції.

Інфікування протезу є найбільш проблематичним ускладненням після операції, оскільки поєднання інфекції з наявністю чужорідного тіла вимагає видалення протезу. Найчастіше це трапляється у пацієнтів-діабетиків.

Під час операції слід точно визначити довжину. Якщо пристрій задовгий, після операції може розвинути біль і в кінці кінців відбудеться руйнування протезу. Якщо пристрій закороткий — протягом статевого акту може виникнути деформація у вигляді "конкорду", що може призвести до латеральної перфорації.

4. Висновки

У фармакологічному лікуванні ЕД досягнуто значного прогресу. У минулому найефективніша терапія вимагала внутрішньокавернозних ін'єкцій, але з'явилась зростаюча кількість пероральних засобів з добрими показниками ефективності. Будь-яке успішне фармакологічне лікування ЕД вимагає певного ступеня інтегральності механізмів ерекції члена. Проводяться подальші дослідження окремих засобів та синергійної активності наявних препаратів. Пошук ідеальної фармакологічної терапії недостатності ерекції спрямовується до досягнення наступних характеристик: добра ефективність, легкість застосування, відсутність токсичності та побічної дії, швидкий початок дії і, по можливості, з довготривалим ефектом.

Підготував *Богдан Борис*