

ВРАЧЕБНОЕ ^{№8} 2006 СОСЛОВИЕ



НАУЧНО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ ЖУРНАЛ ДЛЯ УРОЛОГОВ

Выводы

1. У пациентов, принимавших препарат Простамол® Уно, отмечена положительная динамика симптомов ДГПЖ в сравнении с пациентами контрольной группы.

2. У пациентов первой и второй группы отмечается положительная динамика субъективных показателей (IPSS; QOL).

3. Положительная динамика объективных показателей (Q_{ave} ; Q_{max} ; t_{0max} ; Акселерация микции) во время приема препарата Простамол® Уно отмечается только у пациентов первой группы.

4. Применение препарата Простамол® Уно в амбулаторной практике врача-уролога оправдано у пациентов с клинически выраженными симптомами ДГПЖ при сумме баллов по международной системе IPSS менее 20 и отсутствии остаточной мочи по результатам УЗИ.

Литература

1. М.Ф. Трапезникова, Г. В. Голдобенко, В.А. Одинокова Урология и нефрология N 4 Москва «Медицина» 1990 г с.31 – 35.

2. Г.В. Голдобенко, С.И. Ткачев, Б.П. Матвеева Урология и нефрология № 4 Москва «Медицина» 1990г с35 –38.

3. М.А. Гончар, О.М. Гончар Урология и нефрология N 3 Москва «Медицина» 1990 г. с62 – 65.

4. М.Ф. Трапезникова, А.Г. Анкудинов Урология и нефрология N 1. Москва «Медицина» 1986 г с35 – 39.

5. О.Л. Тиктинский, И.Ф. Новиков, В.В. Михайличенко. Заболевания половых органов у мужчин. Москва «Медицина» 1985 г.

6. В.Н. Журавлев, И.В. Баженов, К.Н. Истокский Здравоохранение Урала N 3(9) 2002г с 28 – 32.

7. И.В. Баженов, О.В. Журавлев, А.М. Гальперин Здравоохранение Урала с36 –37.

8. О.Б. Лоран, И.В. Лукьянов РМЖ Хирургия Урология N 24(196) 2003г с 1366 – 1368

9. Е.Л. Вишневский, Д.Ю. Пушкар, О.Б. Лоран, В.В. Данилов, А.Е. Вишневский «Урофлоуметрия». Москва Печатный двор 2004 год.

10. Д.Ю. Пушкар «Простат – специфический антиген и биопсия предстательной железы». Москва Мед Пресс – Информ 2003г.

Нарушения эякуляции: что за этим стоит (влияние фитотерапии на качество полового акта)

Д.м.н., профессор Е.В. Кульчавеня
Медицинский центр «БИОВЭР», г. Новосибирск

Введение

Традиционно основным сексуальным расстройством, наиболее тревожащим мужчину, считается эректильная дисфункция. Соответственно усилия фармацевтической и медицинской промышленности, научные исследования были направлены в основном на улучшение (восстановление) эрекции. Следует признать, что успехи на этом поприще достигнуты впечатляющие: за редким исключением, эректильная функция может быть восстановлена тем или иным способом. Однако половой акт нельзя сводить только к эрекции, он включает и влечение (либидо), и эякуляцию – выражение оргазма, ради чего, собственно, и был начат весь процесс. К сожалению, этим двум составляющим полового акта уделяется недостаточно внимания. В результате нередко мы имеем пациента с великолепной эрекцией, но, тем не менее, неудовлетворенного своей сексуальной жизнью.

Основным параметром в определении преждевременной эякуляции (ПЭ) является intravaginal ejaculation latency time (IELT) – отрезок времени между введением полового члена во влагалище и наступлением эякуляции. Четкого и однозначного определения преждевременной эякуляции как патологического состояния не существует. Одно из первых определений было предложено Мастерсом и Джонсон в 1970г. [1], которые расценивали эякуляцию как преждевременную, если она наступала до получения женщиной оргазма в 50% и более случаев.

Диагностическое и статистическое руководство психических расстройств (DSM-IV), выпущенное Американской Психиатрической Ассоциацией (1994), предлагает следующее определение ПЭ: «Постоянная или повторяющаяся эякуляция при минимальном сексуальном возбуждении во время или вскоре после введения полового члена во влагалище до того, как партнеры хотели бы этого; причиняет им неудобство и беспокойство и нарушает взаимоотношения» [2]. Однако не указано, что означает «повторяющаяся» – каждый 2-ой? – или 5-ый? – или 7-ой раз? «Минимальная сексуальная стимуляция» – для каждой пары она своя; «вскоре после» – когда именно; «причиняет беспокойство» – очень индивидуально.

Подобная неопределенность есть и в руководстве по ведению преждевременной эякуляции Американской урологической ассо-

циации (2004), в котором преждевременной эякуляцией называется «семяизвержение, наступившее раньше, чем хотелось бы, до или вскоре после введения члена во влагалище, беспокоящее одного или обоих партнеров» [3].

В 1992г. в США путем прямого опроса 1243 мужчин в возрасте от 18 до 59 лет было установлено, что от 28% до 32% из них отмечают ПЭ; частота зависела от возраста, сексуальных привычек и т.д. [4]. При анализе ответов на вопросники 100 женатых мужчин ПЭ отмечена у 36 [5]. По данным Aschaka C. et al., [6] 66% из 307 пациентов хотя бы раз в жизни испытывали ПЭ.

Waldinger et al. [7] расценивают преждевременную эякуляцию как нейробиологическую дисфункцию с неприемлемо высоким риском развития сексуальных и психологических проблем в течение жизни. Авторы измеряли длительность полового акта секундомером у 491 больного пяти стран (Нидерланды, Великобритания, Испания, Турция и США), и пришли к выводу, что мужчин с IELT менее 1 мин. можно отнести к «определенно» преждевременно эякулирующим, а при IELT от 1 до 1,5 мин. – к «возможно» страдающим этим. Степень выраженности преждевременной эякуляции – отсутствует, легкая, средняя, тяжелая, – предложили определять по психологическому состоянию [8].

Широкий разброс цифр обусловлен отсутствием четкого определения и диагностических критериев, отсутствием количественного выражения ПЭ. Другими словами, пока мы не в силах оценить истинную распространенность ПЭ в популяции, хотя такая проблема и очевидна.

Пациенты не часто обращаются к врачу с проблемой ПЭ в силу застенчивости, незнания возможностей современной медицины, не осознания этого состояния, как заболевания. ПЭ, безусловно, снижает сексуальную самооценку, отрицательно влияет на семейные взаимоотношения. Качество сексуальной жизни партнерш мужчин с ускоренной эякуляцией, как правило, также понижено.

Существует первичное преждевременное семяизвержение, которое наблюдается с начала половой жизни; в случае же формирования стойкой преждевременной эякуляции после нескольких лет нормальной половой жизни следует говорить о приобретенном заболевании.

Наиболее емкую характеристику первичной преждевременной эякуляции предложили Waldinger et al [7] – как совокупность следующих симптомов:

– эякуляция наступает слишком рано практически при каждом соитии;

– практически с любой женщиной;

– отмечается с первого сексуального опыта;

– около 80% коитусов завершаются за 30-60 сек. и 20% продолжают одну – две минуты;

– время наступления эякуляции сохраняется постоянным в течение жизни (70%) или даже сокращается с возрастом (30%).

У некоторых мужчин эякуляция наступает уже во время прелюдии, до введения полового члена во влагалище. Перспективы медикаментозной терапии невысоки; в лучшем случае можно добиться некоторого улучшения.

Приобретенная (вторичная) преждевременная эякуляция имеет различную природу, и зависит от соматического и психологического состояния пациента. Как правило, ранее у мужчины была нормальная половая жизнь, но в определенный момент внезапно или постепенно возникло это расстройство. Причиной приобретенной преждевременной эякуляции могут быть урологические заболевания, особенно эректильная дисфункция и хронический простатит, тиреоидная дисфункция и другие эндокринные нарушения, семейные проблемы и т.д. поэтому больной с вторичной ПЭ нуждается в комплексном клинико-лабораторном обследовании.

Приобретенные формы преждевременной эякуляции, как и первичные, могут быть крайне тяжелыми, проявляться семяизвержением уже во время прелюдии или в момент входа во влагалище, но вторичное заболевание может быть излечено.

Медикаментозное лечение

I. Ежедневный прием серотонинэргических препаратов. Несколько контролируемых исследований были проведены по изучению эффективности ежедневного приема антидепрессантов: paroxetine, sertraline, clomipramine, fluoxetine. Мета-анализ [9] показал безусловную эффективность антидепрессантов в плане удлинения IELT, но этот метод лечения чреват серьезными побочными эффектами: повышенная утомляемость, тошнота, увеличение массы тела, снижение либидо и эрекции.

Тем не менее, ежедневный прием антидепрессантов является методом выбора в лечении первичной ПЭ; его преимуществом по сравнению с приемом препаратов «по требованию» является возможность спонтанного полового акта. Эффект обычно наступает к концу 2-ой недели; однако неизвестно, какой процент мужчин получил длительный курс лечения и каковы отдаленные результаты.

II. Антидепрессанты «по требованию». Этому методу лечения посвящено всего несколько исследований [10]; поскольку все они сильно отличаются по методологии, невозможно сделать единое заключение о результатах. Основным недостатком приема препарата «по требованию» является необходимость точно высчитать время приема – за 4-6 часов до полового акта.

III. Местная анестезия.

Возможно нанесение на головку полового члена спрея или мази, содержащей лидокаин, за 15-20 мин. до начала полового акта. Хотя этот метод известен очень давно, научных исследований по определению его эффективности практически не проводилось. Местная анестезия не всегда эффективна, у некоторых больных вызывает раздражение слизистой уретры, снижает эрекцию. Тем не менее, этот метод следует рекомендовать пациентам, отказывающимся от приема антидепрессантов, а также в качестве первого, пробного вида лечения впервые обратившимся за помощью.

IV. Применение «по требованию» ингибиторов фосфодиэстеразы 5 типа (ФДЭ-5). Несколько работ показали эффективность препаратов этой группы у больных с ПЭ. Однако дизайн этих исследований не позволяет сделать однозначный вывод; необходи-

мо двойное слепое плацебо-контролируемое изучение влияния ингибиторов ФДЭ-5 на скорость наступления эякуляции. Объяснение механизма действия через повышение порога эякуляции представляется спекулятивным [11].

V. Поведенческая терапия. В течение длительного времени ПЭ рассматривалась как психологическая проблема, и для ее решения предлагались различные специальные позы, особая техника секса. Однако не существует никаких доказательств эффективности этих методик, кроме личного опыта отдельных индивидуумов.

Ни один из описанных способов лечения ПЭ (антидепрессанты, ингибиторы ФДЭ-5, местная анестезия) не одобрен Food and Drug Administration США, поскольку нет рандомизированных плацебо-контролируемых исследований, доказывающих их эффективность.

Таким образом, преждевременная эякуляция встречается довольно-таки часто и весьма беспокоит как самого пациента, так и его партнершу. Однако эффективного и безопасного метода лечения до сих пор не существует.

Нами проведено открытое несравнительное проспективное исследование с целью определить эффективность отечественных фитопрепаратов Простанорм и Фито ново-сед в нормализации нейрофизиологических параметров полового акта.

Материал и методы

По нашим наблюдениям находились 28 больных хроническим абактериальным простатитом в возрасте от 21 до 58 лет, в среднем 36,4±5,7 лет, отмечавших также преждевременную эякуляцию. Давность заболевания – от 2 до 18 лет, в среднем 4,8±2,3 года. Частота обострений – 1-3 раза в год. Все пациенты ранее, до заболевания хроническим простатитом, имели нормальный половой акт, удовлетворяющий по продолжительности и качеству оргазма как самих пациентов, так и их партнерш. В настоящее время все предъявляли жалобы на снижение полового влечения, ускорение эякуляции, стертость оргазма.

При поступлении и через месяц после начала терапии проводилось стандартное обследование: общий анализ крови, 3-стаканная проба мочи, проба Нечипоренко, биохимические тесты (сахар крови, холестерин, билирубин, трансаминазы), измерялось артериальное давление. Все пациенты подвергались ректальному исследованию с осторожным массажем предстательной железы. Выполнялись: световая микроскопия нативного и окрашенного по Граму препарата секрета простаты и посев его на специфическую микрофлору, развернутое изучение эякулята, ПЦР-диагностика секрета и соскоба слизистой уретры на ДНК основных половых инфекций (хламидии, микоплазмы, уреоплазмы). Основными параметрами спермограммы, которые подвергались анализу, явились объем эякулята, его вязкость, количество сперматозоидов, удельный вес подвижных форм, наличие повышенного числа лейкоцитов и эритроцитов в эякуляте. В норме объем эякулята составляет 1 - 6 мл, количество сперматозоидов – более 60 млн. в мл оценивается как нормозооспермия; 30-60 млн. в мл – гипозооспермия, и менее 30 млн. в мл – олигозооспермия. Доля полноценных, подвижных форм в норме должна составлять не менее 70%. Наличие повышенного числа лейкоцитов (более 5 в поле зрения, либо более 4x10⁶/л) является признаком воспаления. Присутствие эритроцитов в эякуляте всегда является отражением патологического процесса.

Также пациент самостоятельно заполнял анкету по оценке своей половой функции. Выраженность признака оценивалась по баллам (6 баллов):

- 0 – нет признака
- 1 – очень плохо (очень слабо выражен)
- 2 – плохо (слабо выражен)
- 3 – удовлетворительно (умеренно выражен)
- 4 – хорошо (хорошо выражен)
- 5 – отлично (сильно выражен)

Таблица 1. Эффективность применения фитопрепаратов у больных хроническим простатитом, осложненным сексуальной дисфункцией, n=27

Показатель (в баллах)	Исходно	После лечения	P
либидо	2,7±0,5	4,4±0,3	<0,05
эрекция	3,1±0,3	4,6±0,2	<0,05
качество оргазма	2,6±0,2	3,8±0,9	>0,05
ускоренная эякуляция	4,2±0,7	1,1±0,1	<0,01
удовлетворение от секса	2,9±0,6	4,6±0,4	<0,05

Всем пациентам проводилось однотипное лечение в течение четырех недель: в 8-00 и в 14-00 – 0,5 чайной ложки экстракта «Простанорм» в воде или на сахаре за 30-40 мин. до еды; в 20-00 – 0,5 чайной ложки экстракта «Фито Ново-Сед», растворенного в небольшом количестве воды, через 1-1,5 часа после ужина.

Выбор схемы лечения был обусловлен следующими соображениями. Простанорм представляет собой жидкий экстракт травы зверобоя, травы золотарника канадского, корня солодки и корневищ с корнями эхинацеи пурпурной. Фито ново-сед также является экстрактом растительного сырья: травы мелиссы лекарственной, плодов шиповника и боярышника, травы пустырника и травы эхинацеи пурпурной. Оба препарата разработаны ЗАО «ФПК ФармВИЛАР». Свойства этих лекарственных растений позволяют нормализовать процессы возбуждения и торможения в центральной нервной системе, что способствует регуляции полового акта. Кроме того, благотворно влияя на течение воспалительных процессов в предстательной железе, простанорм убирает предпосылки для таких осложнений (или проявлений) простатита, как снижение полового влечения и преждевременная эякуляция. Вместе с тем, эти препараты лишены всех негативных свойств, присущих описанным выше методам лечения.

Результаты

Все 28 пациентов при обращении предъявляли жалобы на потерю интереса к сексу, ослабление эрекции, ускоренную эякуляцию. Мы не пытались выразить этот показатель (преждевременное семяизвержение) в единицах времени, основываясь на баллах, в которых пациент субъективно оценивал свое состояние. Все мужчины связывали свое заболевание с хроническим простатитом, отмечая существенное ухудшение сексуальной функции в период обострения и в течение нескольких недель после антибактериальной терапии.

Показатели гемограммы и анализа трех порций мочи были в пределах нормы как при поступлении, так и по завершении лечения; скрытая лейкоцитурия также не определялась. В секрете простаты исходно умеренное количество лейкоцитов (10-25) определялось у 17 больных, у остальных 11 число лейкоцитов превышало 25 в поле зрения. Во всех случаях определялось уменьшенное число лецитиновых зерен. Роста микрофлоры не получено ни в одном случае. Методом ПЦР-диагностики у двух выявлена микоплазма, у одного – уреоплазма. Ни у одного пациента не было нормальной спермограммы: уменьшение объема отмечено у 28 (100%), снижение вязкости эякулята у 26 (92,9%), астенозооспермия обнаружена у 15 (53,6%), олигоспермия – у 8 (28,6%), у 12 (42,9%) – гипозооспермия.

Артериальное давление было умеренно повышено (140/100 мм рт. ст.) у 6 пациентов, у остальных отмечалась нормотония.

Таким образом, у всех 28 пациентов на момент включения в исследования имелся абактериальный простатит, осложненный сексуальной дисфункцией. Учитывая отсутствие роста патогенных микроорганизмов в эксприматах половых желез, а также нормальную гемограмму, мы сочли назначение антибиотиков не показанным и ограничились фитотерапией простанормом в сочетании с ново-седом по указанной выше схеме.

Таблица 2. Оценка результатов лечения половыми партнерами, n=14

Показатель (в баллах)	Исходно	После лечения	P
либидо	2,3±0,4	4,6±0,3	<0,01
эрекция	2,9±0,1	4,5±0,3	<0,01
качество оргазма	2,2±0,4	3,9±0,5	<0,05
ускоренная эякуляция	4,9±0,4	0,9±0,2	<0,01
удовлетворение от секса	2,7±0,4	4,7±0,3	<0,01

При контрольном обследовании через 4 недели 27 пациентов отмечали значительное улучшение; один больной, студент, прекратил терапию, поскольку курс лечения пришелся на сессию, и наступившее усиление либидо отвлекло его от занятий. У 22 больных (81,5%) секрет простаты saniровался, у остальных наступило существенное его улучшение; среднее число лейкоцитов составило 8,1 клетки в поле зрения. Увеличилась насыщенность мазка лецитиновыми зёрнами у 25 больных, у 3-х этот показатель не претерпел изменений.

Улучшились и параметры спермограммы: число больных с астенозооспермией уменьшилось в 3 раза, с олиго-оспермией – в 2 раза. Объем эякулята в среднем увеличился в 2,3 раза. Сопоставление результатов лечения приведено в таблице 1.

Как следует из таблицы, почти по всем параметрам получено достоверное улучшение, за исключением качества оргазма – положительная динамика по этому параметру в среднем оказалась нашим пациентам не столь выразительной. Ни в одном случае не отмечено сколько-нибудь значимого побочного эффекта (за исключением чрезмерной эффективности у студента). Не зарегистрировано отрицательного влияния препаратов на гемодинамику: ни у больных с исходной нормотонией, ни у пациентов с исходной гипертензией не было повышения артериального давления, напротив, среди 6 пациентов с гипертензией у 4-х наступило понижение АД в среднем на 12,4 мм рт. ст.

Поскольку применялся субъективный метод оценки половой функции мужчин, для большей достоверности нами также были опрошены 14 постоянных половых партнерш наших пациентов. Женщинам предложено было по той же балльной шкале оценить половую жизнь до и после лечения. Следует отметить, что исходно дамы смотрели на половую жизнь более пессимистично, чем их партнеры, зато результаты они расценили выше (см. таблицу 2).

Таким образом, все женщины были довольны результатами лечения их половых партнеров, причем даже более довольными, чем сами пациенты. На момент обращения к врачу все 14 женщин расценивали половую жизнь с пациентом как «плохую», не испытывали стремления к близости, половой акт проходил в нервной обстановке, сексуального удовлетворения не получали. Через месяц 13 (92,9%) жен пациентов отметили улучшение, причем 9 из них (69,2%) расценили результат как «значительное улучшение». Одной пациентке результаты показали неуверительными, хотя муж был ими доволен.

Заключение

Таким образом, применение фитопрепаратов «Простанорм» и «Фито ново-сед», высокоэффективно в качестве монотерапии больных хроническим абактериальным простатитом, осложненным сексуальной дисфункцией. Препараты не вызывают осложнений и побочных реакций; благотворно влияют на общее состояние пациента, на течение воспалительного процесса в предстательной железе, и на все компоненты полового акта.