

Половая активность мужчин-гипертоников

A Della Chiesa, D Pfiffner, B Meier and OM Hess

Швейцарский центр сердечно-сосудистой хирургии, Госпиталь университета, Берн, Швейцария

Journal of Human Hypertension (2003) 17, 515–521.

Одним из основных недостатков гипотензивного лечения является эректильная дисфункция. Доказано, что гипотензивные препараты, такие, как диуретики и β -блокаторы, негативно влияют на половую активность. Именно поэтому цель настоящего исследования заключалась в оценке влияния валсартана, блокатора рецепторов ангиотензина II (БРА), и его сочетания с гидрохлортиазидом на половую активность пациентов-гипертоников. В данном исследовании принимали участие 2202 пациента (средний возраст 54 ± 8 лет) с повышенным систолическим (≥ 140 мм рт.ст.) и диастолическим артериальным давлением (≥ 95 мм рт.ст.) или же с пограничной артериальной гипертензией. Артериальное давление измеряли в начале исследования, затем через 8 и 16 нед. Половую активность оценивали с помощью анкеты каждые три посещения. Половая активность (количество коитусов в неделю) была установлена в трех группах: контрольной ($n=27$; обычная терапия); группе принимавших валсартан ($n=1899$); группе принимавших валсартан с гидрохлортиазидом ($n=276$). 26 добровольцев выбыли из исследования. Во всех трех группах существенно снизилось как систолическое ($-18,6$ мм рт.ст.), так и диастолическое ($-11,6$ мм рт.ст.) артериальное давление. Половая активность снизилась в контрольной группе с 1,3 до 0,9 раза в неделю, тогда как за период наблюдения в группе валсартана увеличилась с 1,0 до 1,6 раза ($p < 0,0001$). Точно так же половая активность увеличилась в группе валсартана с гидрохлортиазидом (с 0,9 до 1,3 в неделю). В начале исследования 467 (21%) пациентов сообщили об отсутствии половой активности, а через 16 нед наблюдения – только 154 (7%) ($p < 0,05$). Сниженная половая активность наблюдалась у пациентов-гипертоников (около 20%). Валсартан увеличивает количество половых актов в неделю, в то время как традиционная терапия негативно влияет на половую активность.

Ключевые слова: эректильная дисфункция, повышенное артериальное давление, блокатор рецепторов ангиотензина II (БРА), половая активность, анкета.

Эректильная дисфункция тесно связана с повышенным артериальным давлением, изменением емкости сосудов и мышечных артерий. Сексуальная дисфункция является одной из причин отказа от лечения. Некоторые врачи отказываются изучать половые функции, объясняя это тем, что обсуждение полового бессилия ставит пациентов в неловкое положение.

Установлено, что некоторые гипотензивные препараты (такие, как диуретики, метилдофа, клонидин и преимущественно неселективные β -блокаторы) влияют на сексуальную функцию. Современная гипотензивная терапия должна либо вообще не влиять на половую активность, либо же только повышать ее. Блокаторы кальциевых каналов и ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (ингибиторы АПФ) должны иметь меньше побочных эффектов. В недавно проведенном исследовании сравнивали влияние блокатора рецепторов ангиотензина II БРА (валсартан) и блокатора α - и β -рецепторов (карведилол) на половую функцию еще не лечившихся мужчин-гипертоников. Карведилол снизил половую активность, а валсартан – повысил.

Цель настоящего исследования заключалась в оценке влияния валсартана и его сочетания с гидрохлортиазидом на половую активность гипертоников.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проспективное исследование (ноябрь 1999 – декабрь 2000) проводили с участием 2202 добровольцев с артериальной гипертензией. Данное исследование финансировалось за счет образовательного гранта акционерного общества Novartis Pharma Schweiz, Берн. У 913 пациентов была диагностирована артериальная гипертензия недавно, у остальных в истории болезни отмечено высокое артериальное давление. В исследовании принимали участие только пациенты с артериальной гипертензией (систолическое давление ≥ 140 мм рт.ст., диастолическое давление ≥ 95 мм рт.ст.). Пациентов с диастолическим давлением > 110 мм рт.ст. не включали в исследование. Средний возраст пациентов – 53 ± 8 лет (в пределах 40–60 лет). Данные настоящего исследования были собраны посредством анкетирования (рис. 1), которое проводили лечащие врачи в присутствии пациентов. Все пациенты подписали информированное согласие. Сохранялась полная анонимность пациентов. В течение 16 нед добровольцы посещали специалиста трижды: в начале исследования, а также на 8-й и 16-й неделях. При каждом посещении измеряли артериальное давление и если оно все еще было выше 140/95, корректировали гипотензивную терапию. В это же время лечащий врач заполнял анкету (см. рис. 1). Задавали вопросы о состоянии общего здоровья, половой активности, сексуальном удовлетворении, количестве половых сношений в неделю, медикаментах. В общей сложности в исследовании приняли участие 409 терапевтов и врачей общей практики. В среднем у каждого врача было 4–5 пациентов. Все пациенты либо были женаты, либо имели прочные взаимоотношения с сексуально активными партнерами. За 16 нед исследования пациенты не использовали препараты, стимулирующие половое влечение. 2171 пациент прошел последующее врачебное наблюдение. Этих пациентов поделили на три группы в соответствии с гипотензивной терапией:

1-я группа состояла из 1899 пациентов, 8 нед они ежедневно принимали 80 мг валсартана, а после второго посещения, если артериальное давление оставалось высоким, повышали дозу до 160 мг;

2-я группа состояла из 276 пациентов. Они принимали 80 мг валсартана и 12,5 мг гидрохлортиазид. Если артериальное давление этих пациентов оставалось повышенным после первого визита, дозу валсартана повышали до 160 мг, тогда как доза гидрохлортиазид оставалась прежней;

3-я группа состояла из 27 пациентов, которые придерживались традиционного лечения, валсартан они не принимали. Эти пациенты должны были регулярно принимать лекарства, но это правило не соблюдалось, так как пациенты не желали менять препарат; 48% пациентов принимали β -блокаторы, 24% – ингибиторы АПФ, 11% – блокаторы кальциевых каналов и 17% – диуретики.

Аналізу подлежали полностью заполненные анкеты. Результаты исследования представлены со средней погрешностью ± 1 . Но данные о количестве половых актов были усреднены и представлены в виде среднего процента. Подгруппы формировали в соответствии с количеством половых актов в неделю или же в зависимости от возраста пациентов: ≤ 47 лет/48 – 53 лет/54 – 58 лет/ ≥ 59 лет. Статистическую оценку проводили согласно принципу «желания лечиться». Внутри-

ЗАРУБЕЖНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

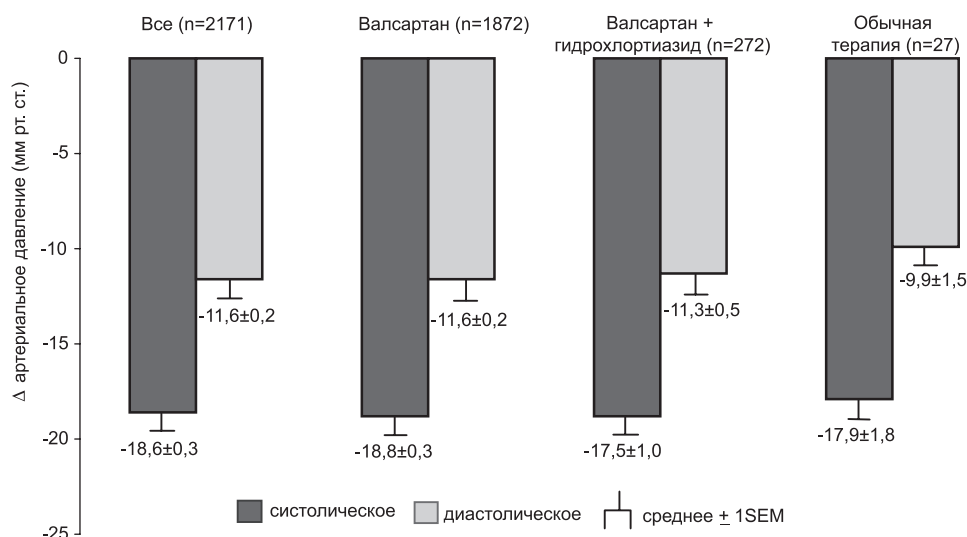


Рис. 2. Изменения систолического и диастолического артериального давления через 16 нед.
У всех пациентов в 1–3-й группах систолическое и диастолическое артериальное давление существенно снизилось (в среднем на 18,6 мм рт.ст. и 11,6 мм рт.ст. соответственно). Все группы имели одинаковые результаты

Таблица 2

Систолическое и диастолическое давление			
	В начале исследования	8 нед	16 нед
Систолическое артериальное давление			
Валсартан	159,4±15,6	145,0±12,7*(-9%)	140,7±11,4*(-12%)
Валсартан+гидрохлортиазид	159,5±17,8	146,6±14,1*(-8%)	142,2±12,3*(-11%)
Обычная терапия	159,4±10,7	147,0±9,2*(-8%)	141,6±78,8*(-11%)
Диастолическое артериальное давление			
Валсартан	97,6±8,2	88,8±7,0*(-9%)	86,1±6,5*(-12%)
Валсартан+гидрохлортиазид	97,7±9,9	89,4±7,8*(-8%)	86,2±7,1*(-12%)
Обычная терапия	98,6±5,8	92,6±4,9*(-6%)	88,7±7,3*(-10%)

*p<0,0001 в начале исследования.

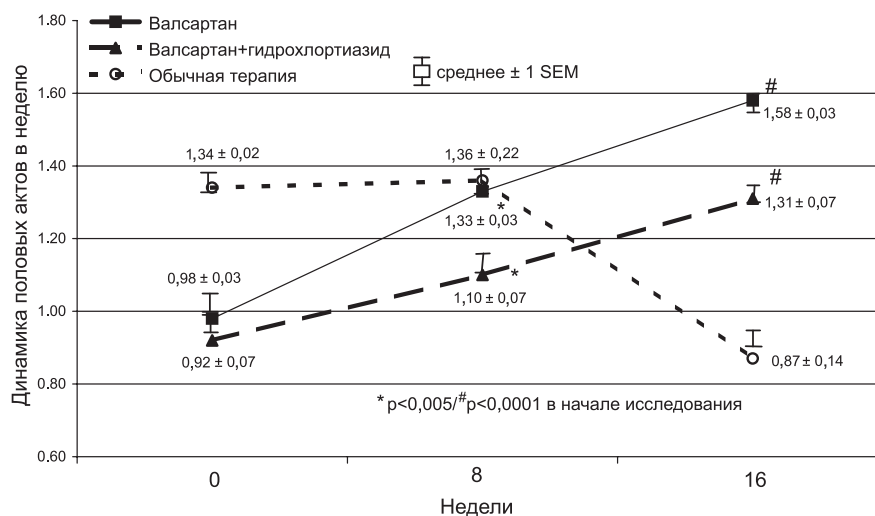


Рис. 3. Количество половых актов в неделю в начале исследования, через 8 и 16 нед. В период с 8-й до 16-й недели в группах, принимающих валсартан (квадраты и треугольники), наблюдалось существенное повышение половой активности, тогда как в группе обычной терапии (круги) половая активность снизилась

ЗАРУБЕЖНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

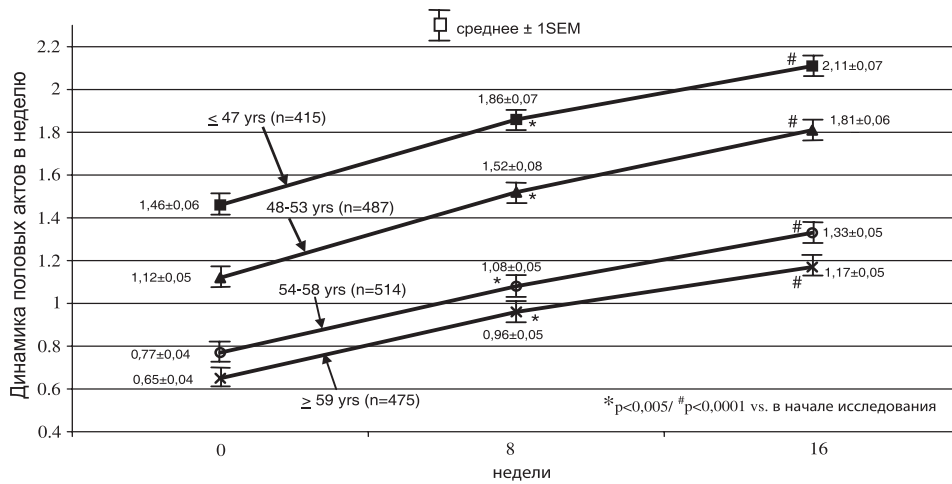


Рис. 4. Влияние возраста на половую активность мужчин-гипертоников, принимающих валсартан. В возрастной группе ≤47 лет (квадраты) половая активность была существенно выше, чем в группе ≥59 лет (круги). В возрастной группе ≥47, но ≤59 половая активность тоже увеличилась

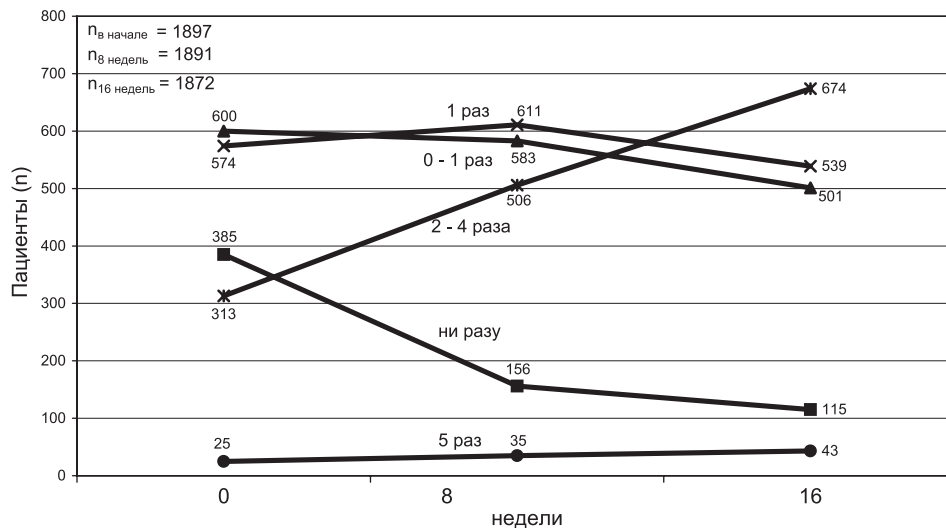


Рис. 5. Количество пациентов и половых актов в неделю в начале исследования, через 8 и 16 нед лечения валсартаном. У пациентов с 2–4 половыми актами в неделю в начале исследования половая активность значительно увеличилась. За период исследования половая активность не изменилась как у пациентов с низким количеством половых актов (1–2 раза в неделю), так и с высоким (5 раз в неделю)

У пациентов контрольной группы половая активность снизилась на 35%. У пациентов разных возрастных групп, принимающих валсартан, половая активность возросла на: 45% в группе лиц ≤47 лет; 62% в группе лиц в возрасте 48–53 лет; 73% в группе лиц 54–58 лет; 80% в группе лиц ≥59 лет. В целом, пациенты в возрасте ≤47 лет имели больше половых актов в неделю, чем пациенты в возрасте ≥59 лет (рис. 4). Половая активность не изменилась у пациентов с высокой активностью (5 раз в неделю), но существенно возросла у тех, у кого было 2–4 половых акта в неделю (рис. 5). У пациентов с 0–1 половым актом в неделю половая активность не изменилась. Половая активность возросла (в среднем на 60%) как у пациентов с недавно диагностированной артериальной гипертензией (+34%), так и у тех, у кого в истории болезни уже отмечено высокое артериальное давление (+97%). Самое удивительное влияние валсартана на количество половых актов в неделю было замечено у

пациентов 1-й группы, прошедших лечение. У этих пациентов в начале исследования было меньше половых актов в неделю, чем у тех, кто ранее не лечился. За время проведения исследования количество половых актов в неделю увеличилось у пациентов, прошедших лечение. Во время терапии валсартаном наблюдались возрастные изменения половой активности: в возрастной группе ≤47 лет половая активность увеличилась больше всего (от 1,0 полового акта в неделю в начале исследования до 2,1 в конце). То есть половая активность возросла примерно на 108%. В возрастной группе 48–53-летних это составило 94%, 54–58-летних – 101% и в группе ≥59 лет – 88%.

Побочные эффекты

Терапевты отметили только один случай серьезного побочного эффекта, а именно – ангионевротический отек рта. Но после прекращения лечения симптомов обнаружено не было. Было также несколько (шесть из 2202) несуществен-

ных побочных эффектов, таких, как стенокардия, головная боль, кашель, учащенное сердцебиение и гастралгия.

Эректильная дисфункция распространена среди жителей промышленно развитых стран Запада (2–5%). Главные причины – сосудистая (эндотелиальная) дисфункция – 40–50%, расстройства деятельности желез внутренней секреции – 5–10%, психологические расстройства (депрессия) – 30–40%, повреждения спинного мозга – 5% и прочее. Эректильная дисфункция является одной из главных причин снижения качества жизни, распространенность этой патологии увеличивается с возрастом.

Одной из главных причин нарушения половой активности является эректильная дисфункция, но общее состояние здоровья, психологические расстройства и тяжелые заболевания также оказывают влияние. Например, коэффициент заболеваемости эректильной дисфункцией в значительной степени зависит от препаратов, применяемых при артериальной гипертензии, инфаркте миокарда и сердечной недостаточности. Такие препараты, как β -блокаторы или диуретики негативно влияют на половую активность и часто являются причиной жалоб пациентов. При длительной лекарственной терапии гипертензии или сердечной недостаточности необходимо принять во внимание вероятное ухудшение качества жизни. Но новые гипотензивные препараты, такие, как БРА, могут не иметь таких побочных эффектов. В частности, валсартан, как установили результаты исследования, даже повышает половую активность пациентов-гипертоников. В масштабном исследовании мы оценили благоприятное воздействие валсартана на половую активность 2202 пациентов-гипертоников. Исходя из результата этого исследования, были сделаны следующие выводы:

- 1) у пациентов-гипертоников часто отсутствуют половые сношения (21%), в основном из-за эректильной дисфункции;
- 2) БРА валсартан позитивно влияет на сексуальную функцию и увеличивает количество половых актов примерно на 60%;
- 3) БРА валсартан повышает половую активность гипертоников, тогда как традиционная терапия снижает ее.

Причина сексуальной дисфункции часто остается неизвестной, поэтому лечение ее затруднительно. Доказано, что при лечении β -блокаторами концентрация тестостерона в плазме крови значительно уменьшается (с 524 до 398 нанограмм/децилитр), тогда как при лечении валсартаном уровень тестостерона не меняется или даже немного повышается. Это объясняет патофизиологический механизм этих препаратов, установив, что β -блокаторы не обязательно должны снижать половую активность, они могут только оказывать негативное воздействие на производство половых гормонов. Это побочное действие не наблюдалось у БРА валсартана. В другом экспериментальном исследовании внутривагинальная инъекция ангиотензина II вызвала сокращение кавернозной гладкомышечной ткани и стала причиной спонтанной эрекции, тогда как инъекция антагониста AT_1 -рецепторов расслабила гладкомышечную ткань и таким образом вызвала эрекцию. Это говорит о том, что ангиотензин является модулятором эрекции.

Влияние валсартана на артериальное давление

У пациентов всех трех групп систолическое артериальное давление снизилось со 160 до 141 мм рт.ст., а диастолическое – с 98 до 86 мм рт.ст. (см. рис. 2).

Эти данные подтверждают, что к каждому пациенту нужно иметь индивидуальный подход до тех пор, пока не будет достигнуто оптимального артериального давления, например, начать с 80 мг валсартана, повысить дозу до 160 мг и при необходимости добавить гидрохлортиазид. У пациентов, получавших обычную терапию, снижение артериального давления было сходным с двумя другими группами.

Возраст и половая активность

Половая активность пациентов возрастной группы ≤ 47 лет была более высокой (в среднем 1,5 раза в неделю), чем у пациентов в возрасте ≥ 59 лет (в среднем 0,7 раза в неделю) ($p < 0,05$). Тем не менее, все возрастные группы (рис. 4) показали значительное повышение половой активности за время проведения исследования (16 нед). Среднее повышение составляло 60% (сравнение проводили с данными, полученными в начале исследования), от 80% в старшей возрастной группе и 44% в группе ≤ 47 лет. Наибольшее повышение было отмечено у пациентов ≤ 47 лет, проходивших курс обычной терапии еще до начала исследования. Подобное наблюдалось как у пациентов с недавно диагностированной артериальной гипертензией, так и у пациентов, прошедших лечение, наибольшая эффективность отмечена у последних.

Предел применения

Следует обратить внимание на то, что:

- 1) в связи с очевидными причинами, участие в исследовании принимали только мужчины, но, вполне вероятно, что и либидо женщин может увеличиваться в результате лечения валсартаном;
- 2) контрольная группа, лечившаяся с помощью обычной терапии, довольно мала, поэтому результаты этой группы могут не отражать истинного влияния гипотензивной терапии. Но у пациентов этой группы половая активность снизилась, а у пациентов группы валсартана – увеличилась;
- 3) общее состояние здоровья может непосредственно влиять на половую активность;
- 4) пациенты должны были заполнять анкеты в присутствии врача, поэтому, возможно, они делали систематические ошибки оценки, чтобы таким образом впечатлить врача. Но в анонимных опросах риск неправильных ответов может быть таким же;
- 5) комплекс валсартана с гидрохлортиазидом может негативно повлиять на половую активность, так как тиазиды могут быть причиной эректильной дисфункции. Именно они могут снизить эффективность валсартана. В самом деле половая активность была выше в группе принимавших валсартан, чем в группе лиц, принимавших валсартан+гидрохлортиазид.

ВЫВОДЫ

В заключение необходимо отметить, что результаты этого исследования свидетельствуют об эффективности валсартана в снижении систолического и диастолического артериального давления, а также в повышении половой активности пациентов-гипертоников. Лучшие результаты были у пациентов группы ≤ 47 лет, а также у тех, у кого была сексуальная дисфункция вследствие применения лекарственных препаратов.