

ЕФЕКТИВНІСТЬ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ЧОЛОВІКІВ ІЗ РІЗНИМИ ФОРМАМИ СЕКСУАЛЬНО ДИСФУНКЦІ

ЕФЕКТИВНІСТЬ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ЧОЛОВІКІВ ІЗ РІЗНИМИ ФОРМАМИ СЕКСУАЛЬНО ДИСФУНКЦІ – У роботі проаналізовано ефективність комплексного лікування психогенно еректильно дисфункції (ЕД), ЕД на тлі метаболічного синдрому, синдрому хронічного тазового болю і вторинно ЕД при існуючих скаргах на передчасну еякуляцію. Запропоновані стандартизовані методи лікування різних форм сексуально дисфункції дозволяють практичному лікарю досягти задовільних результатів терапі з урахуванням комплексного синдромального підходу. Недоліком дизайну дослідження є відсутність порівняльно ефективного різних методів лікування в аналогічних групах пацієнтів. Однак порівняльне лікування вимагає значно більшою кількістю учасників дослідження, беручи до уваги різноманітність препаратів і проявів метаболічного синдрому, в тому числі ендотеліально дисфункції.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ МУЖЧИН С РАЗНЫМИ ФОРМАМИ СЕКСУАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ – В работе проанализирована эффективность комплексного лечения психогенной эректильной дисфункции (ЭД), ЭД на фоне метаболического синдрома, синдрома хронической тазовой боли и вторичной ЭД при превалирующих жалобах на преждевременную эякуляцию. Предложенные стандартизированные методы лечения различных форм сексуальной дисфункции позволяют практикующему врачу достигнуть удовлетворительных результатов терапии с учетом комплексного синдромального подхода. Недостатком дизайна исследования есть отсутствие сравнительной эффективности различных методов лечения в аналогичных группах пациентов. Однако сравнительное лечение требует значительно большего количества участников исследования, принимая во внимание разнообразие препаратов и проявлений метаболического синдрома, в том числе эндотелиальной дисфункции.

EFFICACY OF THE COMPLEX TREATMENT OF MALES WITH THE DIFFERENT TYPES OF SEXUAL DYSFUNCTION – We analyzed the efficacy of complex treatment of the psychogenic erectile dysfunction (ED), ED caused by the metabolic syndrome, chronic pelvic pain syndrome and the secondary ED caused by premature ejaculation. We proposed the standardized methods of treatment of the different sexual dysfunction in males, allowing the practicing doctor to achieve the satisfactory therapeutic results taking into consideration the complex multi-syndrome approach. Pitfall of this study design is the lack of comparative efficacy of the different methods of treatment in the corresponding groups of patients. But the comparative treatment requires the significantly larger amount of the patients, taking into the account the wide variety of drugs and symptoms of the metabolic syndrome, in particular the endothelial dysfunction.

Ключові слова: еректильна дисфункція, еякуляція, сексуальні розлади.

Ключевые слова: эректильная дисфункция, эякуляция, сексуальные расстройства.

Key words: erection dysfunction, ejaculation, sexual dysfunction.

ВСТУП Сучасне наукове розуміння еректильно дисфункції (ЕД) вказує на переважну вторинність сексуальних розладів стосовно захворювань, які їх викликають. Серед багатьох патологічних станів, які передують або ускладнюються ЕД, першість займають невротичні розлади психіки / центральні психогенні порушення, захворювання

кровоносних судин, порушення обміну речовин (цукровий діабет, дисліпідемія тощо), частковий андрогенний дефіцит [2].

Метою дослідження стало встановлення ефективності комплексно стандартизовано терапі різних форм сексуальних розділів.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ Ми провели обстеження та лікування 286 пацієнтів із сексуальною дисфункцією залежно від етіології та патогенезу основних захворювань, які до не призвели, а також розвитку та перебігу провідних сексологічних синдромів із врахуванням стандартизованих протоколів, що дозволили розподілити пацієнтів за ідентичністю по групах та провести вірогідні статистичні розрахунки. Дана система базується на принципах комплексності, диференційованості, послідовності й етапності, складається з компонентів – збору скарг, медичного та сексологічного анамнезу, опитування за допомогою анкет МІЕФ, ЕД-пз, ШТЕ, SF-36, фізикального, інструментального, лабораторного обстеження, лікування пацієнта згідно з встановленим діагнозом і розробленим алгоритмом класифікації і терапі сексуальних розладів, нормалізації міжособистісних стосунків подружжя і адаптації їх сексуально поведінки, що досягається використанням когнітивно-орієнтованих методів психотерапії – роз'яснювально та раціонально.

Хворих поділено на підгрупи: 1.1 – психогенна ЕД (n=80); 1.2 – пацієнти зі змішаною ЕД на ґрунті ендотеліально дисфункції, з супутніми метаболічним синдромом, дисліпідемією, гіпертонічною хворобою, ІХС, цукровим діабетом, пізнім гіпогонадізмом (n=113); 1.3 – ЕД змішаного генезу з провідним синдромом хронічного тазового болю при хронічному простатиті II, IIIa, IIIb категорії за NIH (n=64); 1.4 – пацієнти, в яких ЕД супроводжувалась передчасною еякуляцією (ПЕ), (n=29).

Лікування усіх хворих з ЕД, зокрема 80 хворих підгрупи 1.1 з психогенною моносиндромною ЕД стандартизовано включало три перші позиції:

1. Раціональну та роз'яснювальну психотерапію.
2. Зміну способу життя та факторів ризику при ЕД.

При первинному обстеженні виявляли зворотні фактори ризику розвитку ЕД. Зміна способу життя та модифікація факторів ризику передували лікуванню ЕД або ж супроводжували його. Рекомендації включали шляхи модифікації способу життя – зменшення маси тіла, фізичні вправи, а також скерування до психосоціальних видань, визначення побічних явищ призначених препаратів, наявності гіпогонадізму, як зворотних супутніх причин розвитку ЕД. Потенційний успіх завдяки зміні способу життя набуває особливого значення в осіб

з ЕД та супутніми серцево-судинними чи метаболічними хворобами, такими як цукровий діабет (ЦД) та гіпертонічна хвороба (ГХ) [1–4]. У таких чоловіків позитивні наслідки зміни нездорового способу життя торкаються не лише поліпшення еректильної функції, а й зміцнення серцево-судинної системи та нормалізації метаболічних процесів. Останні дослідження свідчать про цінність нормалізації способу життя як для ЕД, так і для загального благополуччя [5]. Деякі дослідження наводять на думку, що терапевтичний ефект від інгібіторів ФДЕ5 може бути вищим за умови усунення інших супутніх факторів ризику [6].

3. Сілденафіл – 50-100 мг за 1 год до очікуваного статевих акту (інструкції до препаратів тут і надалі [7]). Препарат призначали за вимогою, проте не менше 8 разів (спроб до статевої активності) на місяць. Препарат при психогенній ЕД переважно призначали з метою потенціювання психотерапії, для того, щоб пацієнт пересвідчився у можливості мати адекватні повноцінні ригідні ерекції, а також з метою профілактики розвитку дисфункції ендотелію. Інгібітор ФДЕ5 у підгрупі 1.1 намагались не застосовувати більше 1 місяця, щоб пацієнт психологічно не фіксувався на медикаментозній терапії.

4. Стосовно лише пацієнтів групи 1.1 з психогенною ЕД:

4.1) піроксан – 0,015 г x 3 р/д – 100 таб./курс – антиадренергічний засіб з периферичним механізмом дії, який призначали пацієнтам з 2003 по 2007 рік, після чого виробник припинив його випуск. Препарат має альфа-адреноблокуючу дію як на периферичні, так і на центральні адренорецептори, у тому числі в структурах заднього відділу гіпоталамуса. Перериває проведення еферентного нервового збудження (при синдромі тривожного очікування сексуально невдачі), діючи на постгангліонарні синапси, не впливаючи на передачу збудження у гангліях;

4.2) гліцин – 0,1 г x 3 р/д сублінгвально – 100 таб./курс – засіб, що діє на нервову систему, зменшує психоемоційне напруження, виявляє нейропротекторну, антистресову дію, покращує метаболізм мозку, нормалізує сон. Застосовували для лікування психогенного компонента при еректильній дисфункції з 2008 по 2010 рік. Хоча гліцид не є прямим антиадренергічним засобом, саме його вибрано завдяки відмінній безпеці застосування при потенціюванні раціонально та роз'яснювально психотерапії, а також доказаній клінічній ефективності, оскільки найближчі аналоги піроксану, наприклад фентоламін, – недоступні для рутинного застосування та відносяться до сильнодіючих і наркотичних засобів.

Лікування 113 пацієнтів зі змішаною еректильною дисфункцією підгрупи 1.2 – пацієнтів із ендотеліальною дисфункцією, супутніми метаболічними синдромом, дисліпідемією, гіпертонічною хворобою, ІХС, цукровим діабетом, пізнім гіпогонадізмом проводили з урахуванням індивідуально серцево-судинно та іншо соматично патології, проте за стандартизованим алгоритмом, який включав 6 позицій.

Позиції 1; 2; 3 – ідентично, як і при психогенній чи будь-якій формі ЕД стосувались раціонально та роз'яснювально терапії, модифікації способу життя і прийому інгібітора фосфодіестерази 5 типу – сілденафілу. У дано підгрупи пацієнтів сілденафіл застосовувався за вимогою переважно тривалий час, у більшості пожиттєво. Починали лікування хворих з ендотеліальною дисфункцією за відсутності протипоказань, як правило, з дози препарату 100 мг, для того, щоб чоловік переконався в його ефективності. Після дворазового застосування в середньому дозу знижували, підбираючи згідно з мінімально-адекватною ефективністю та наявністю або відсутністю побічних ефектів (протипоказань).

Позиція 4 перекликалась по ряду пунктів із позицією 3, проте з акцентом на більшу можливість частоти застосування препаратів для лікування супутньої патології у хворих з ендотеліальною дисфункцією:

- за узгодженням з лікуючим терапевтом/кардіологом/невропатологом, по можливості, відміна (заміна) препаратів, які уражують еректильну функцію – антигіпертензивних препаратів: вазодилаторів, симпатолітиків, альфа-метилдопи, клонідину, інгібіторів АПФ (каптоприлу, еналаприлу); діуретиків (ацетазоламиду, амilorиду, хлорталідону, індапаміду і тіазидових діуретиків), спіронолактону (як антагоніст альдостерону, який перешкоджає зв'язуванню дигідротестостерону з рецепторами андрогенів, що призводить до конверсії (перетворення) тестостерону в естрадіол); бета-блокаторів (лабеталолу, атенололу, надололу); альфа-1-неселективних блокаторів; блокаторів кальцієвих каналів (верапамілу, ніфедипіну, нітредипіну); гіполіпідемічних препаратів (клофібрат, що призводить до еректильної дисфункції майже у 14 % хворих, механізм його дії на ерекції пов'язують зі зниженням доступності холестерину, необхідного для синтезу тестостерону); H2-блокаторів – селективних блокаторів рецепторів гістаміну (циметидину, який інгібує тестостерон, зв'язуючись з рецепторами андрогенів та призводить до підвищення рівня пролактину в крові, при дозі > 5 г/день, частота еректильної дисфункції якого досягає 40 %); серцевих глікозидів (дігосину, який за хімічною будовою схожий на статеві стероїди на фоні прийому якого спостерігається зниження рівня тестостерону та зростання рівня естрогенів, як наслідок – еректильна дисфункція, зниження лібідо, гінекомастія); психотропних препаратів (барбітуратів, бромідів, хлордіазепозиду, хлорпротиксену, фенотіазинів, резерпіну); антидепресантів (трициклічних, інгібіторів MAO, інгібіторів зворотнього захоплення серотоніну, препаратів літію); гормональних препаратів (естрогенів); антигістамінних препаратів; атропіну; гуанетідину, метантелін броміду. Лікуючі кардіологи намагались перевести хворих з ГХ, по можливості, на лізиноприл та сучасні сартани.

5. Усі хворі з доведеною стійкою дисліпідемією, в котрих спостерігався не лише підвищений рівень тригліцеридів (з високим коефіцієнтом атероген-

ності >3 Од; підвищеним рівнем холестерину >7,8 ммоль/л; >підвищеним рівнем тригліцеридів >2,3 ммоль/л; зниженим рівнем ліпопроте дів високої щільності <0,9 ммоль/л; підвищеним рівнем ліпопроте дів низької щільності >4,14 ммоль/л; підвищеним рівнем ліпопроте дів дуже низької щільності >1,0 ммоль/л), отримували тривалий час (місяцями) аторвастатин – 10–20 мг ввечері перед сном. Препарат застосовують для зниження підвищених рівнів загального холестерину, холестерину/ЛПНЩ, аполіпроте ну В і тригліцеридів, лікування хворих з підвищеними сироватковими рівнями тригліцеридів та хворих з дисбеталіпопроте немією, у яких дієтотерапія неефективна.

6. Хворі з метаболічним синдромом та цукровим діабетом II типу (глюкоза крові >6,4 ммоль/л; глікозильований гемоглобін – HbA1c >6,4 %; С-пептид >4,2 нг/мл) стандартизовано отримували:

6.1) метформін – бігуанід із цукрознижуючою дією, що забезпечує зниження базально і постпрандіальної концентрації цукру крові, в дозі 1000–2000 мг/день – тривало;

6.2) тіоктову кислоту – 600 мг/день – перші 10–15 днів внутрішньовенно краплинно, ще 30 днів 600 мг/день в таблетованій формі (1,5 місяця 2 рази на рік). У хворих на діабет α -ліпоева кислота приводить до зниження вмісту цукру в крові та підвищення глікогену в печінці, а також до зміни концентрації піровиноградно кислоти у крові. Переважно препарат застосовують для профілактики і лікування діабетично полінейропатії і захворювань печінки;

6.3) частина хворих, у яких метформін не давав бажаного цукрознижуючого ефекту, отримувала глімепірид, амарил або глібенкламід у індивідуально підібраних дозах тривало, препарати, які підвищують секрецію інсуліну з β -клітин підшлунково залози за рахунок α стимуляції. Цей ефект підсилюється під впливом глюкози;

6.4) неостигмін – 0,015 % – 1,0 мл/день внутрішньом'язово протягом 10 днів (1 курс/рік) для поліпшення нервово-м'язово передачі при ЕД унаслідок діабетично полінейропатії;

6.5) вітамін В1 – 100,0 мг, вітамін В6 – 100,0 мг, вітамін В12 – 1,0 мг – 3,0 мл/день – перші 10 днів, ще 20 днів 1 таб./день (1 місяць/рік). Препарат застосовують при периферичних нейропатіях, а також діабетичних полінейропатіях.

7. У хворих із лабораторнодоведеним андрогенодефіцитом (наявність хоча б однієї з перелічених ознак: низький рівень загального тестостерону (<12 нмоль/л), низький рівень вільного тестостерону (<4,5 пг/мл), підвищений рівень сексостеро дзв'язуючого глобуліну (>48,4 нмоль/л) проводили замісну андрогенотерапію з метою поліпшення статевої функції, а також позитивного психотропного впливу шляхом покращання настрою:

7.1) тестостерону ундеканат – 1000 мг/3 місяці внутрішньом'язово постійно;

7.2) або омнадрен – 250 мг/1 місяць внутрішньом'язово постійно.

Лікування 64 хворих підгрупи 1.3 з ЕД змішаного ґенезу із провідним синдромом хронічного тазово-

го болю IIIa, IIIb категорії за NIH, пацієнтів з хронічним простатитом II категорії, включало 7 позицій:

– перші 3 – ідентичні іншим групам пацієнтів з ЕД;
– тамсулозин – 0,4 мг/день – щонайменше протягом 1 місяця для зниження тону мускулатури передміхурово залози, шийки сечового міхура і простатично частини уретри і, таким чином, зменшення больово симптоматики та покращання відтоку сечі;

– тизанідин – 2 мг x 3 рази/добу протягом 10 днів – релаксанти мускулатури центрально ді. Механізм його ді екстрапольовано на розвиток синдрому хронічного тазового болю унаслідок спазму м'язів тазового дна та шийки сечового міхура. На додаток до міорелаксуючих властивостей тизанідин виявляє також центральний помірно виражений анальгезуючий ефект;

– лорноксикам – 4 мг x 2 рази/день після жі протягом 5 днів, що має складний механізм ді, в основі якого – пригнічення синтезу простагландинів, що зумовлено пригніченням активності ізоферментів циклооксигенази. Крім того, лорноксикам пригнічує вивільнення вільних радикалів кисню із активованих лейкоцитів;

– антибактеріальна терапія з урахування збудника запального процесу та його чутливості до антибіотика, по можливості. Лікування проводили з використанням азалідів, фторхінолонів, тетрациклінів згідно з результатами бактеріологічного посіву та ПЛР діагностики.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА Х ОБГОВОРЕННЯ 80 пацієнтів з психогенною ЕД підгрупи 1.1. за інтерпретацією ЕД-пз відображено у таблиці 1. "Значне покращання" констатовано, якщо після місяця від початку лікування, пацієнт відзначав поліпшення еректильно функції, щонайменше на 2 бали за анкету ЕД-пз, "незначне покращання" нотувалось при поліпшенні ерекції на 1 бал за ЕД-пз відносно стану до початку лікування. Наприклад, якщо до лікування чоловік вважав, що страждав від тяжко ЕД, а після лікування відмічав легку ЕД – незначне порушення ЕД або відсутність ЕД, вважали, що спостерігалось значне покращання.

За результатами аналізу лікування чоловіків із психогенною ЕД можна зробити висновок, що корекція способу життя, поруч з раціональною та роз'яснювальною психотерапією, а також застосуванням інгібітора ФДЕ5 – сілденафілу дає хороші результати. При цьому піроксан, який знято з виробництва із 2008 року, виявився ефективнішим за гліцин.

Результати лікування 113 хворих зі змішаною еректильною дисфункцією підгрупи 1.2, пацієнтів із ендотеліальною дисфункцією, супутніми метаболічним синдромом, дисліпідемією, гіпертонічною хворобою, ІХС, цукровим діабетом, пізнім гіпогонадизмом показано у таблиці 2.

Найкращі результати спостерігаються при проведенні замісно андрогенотерапію при доведеному андрогенодефіциті; прийомі ліпідознижуючої терапії при стійкій дисліпідемії; корекції антигіпертензивно терапії; зміні шкідливого стилю життя пацієнтом; проведенні раціонально і роз'яснюваль-

Таблиця 1. Результати лікування пацієнтів із психогенною ЕД підгрупи 1.1 (n=80)

Метод лікування	Пацієнти, до яких застосовано терапевтичний підхід, чол./%	Значне покращання еректильно та сексуально функції, чол./% від усіх чоловіків підгрупи*	Значне покращання еректильно та сексуально функції, % від чоловіків, яких ліковано даною методикою*	Незначне покращання еректильно функції, чол./%*	Незначне покращання еректильно та сексуально функції, % від чоловіків, яких ліковано даною методикою*
Рациональна та роз'яснювальна психотерапія; сілденафіл – 50 мг за 1 год до coitus	80/100 %	47/58,8 %	58,8 %	21/26,3 %	26,3 %
Відмова від куріння	14/17,5 %	5/6,25 %	35,7 %	4/5 %	28,6 %
Збільшення щоденного динамічного фізичного навантаження (вправи)	31/38,75 %	17/21,3 %	55 %	11/13,8 %	35,5 %
Нормалізація індексу маси тіла	13/16,25 %	6/7,5 %	46,2 %	5/6,25 %	38,5 %
Різка зниження вживання алкоголю (в перерахунку не більше 50 мл 40 % розчину етилового спирту/тиждень)	22/27,5 %	10/12,5 %	45,5 %	6/7,5 %	27,3 %
Піроксан – 0,015 г x 3 р/д	32/40 %	24/30 %	75 %	6/7,5 %	18,8 %
Гліцисед – 0,1 г x 3 р/д	48/60 %	28/35 %	58,3 %	10/12,5 %	20,8 %

Примітка. * – загальна ефективність терапевтичного комплексу серед пацієнтів, до яких застосовано терапевтичний підхід через 1 місяць від початку лікування.

Таблиця 2. Результати лікування хворих зі змішаною еректильною дисфункцією при метаболічному синдромі підгрупи 1.2 (n=113)

Метод лікування	Пацієнти, до яких застосовано терапевтичний підхід, чол./%	Значне покращання еректильно та сексуально функції, чол./% від усіх чоловіків підгрупи*	Значне покращання еректильно та сексуально функції, % від чоловіків, яких ліковано даною методикою*	Незначне покращання еректильно функції, чол./%*	Незначне покращання еректильно та сексуально функції, % від чоловіків, яких ліковано даною методикою*
Рациональна та роз'яснювальна психотерапія; сілденафіл – 50–100 мг за 1 год до coitus	113/100 %	47/41,6 %	41,6 %	37/32,7 %	32,7 %
Модифікація способу життя (стала можливою)	51/45,1 %	29/25,7 %	56,9 %	13/11,5 %	25,5 %
Заміна іншого інгібітора АПФ на лізиноприл	22/19,5 %	4/3,5 %	18,2 %	10/9 %	45,5 %
Відміна діуретика	5/4,4 %	1/0,9 %	20 %	2/1,8 %	40 %
Відміна β-блокатора	4/3,5 %	2/1,8 %	50 %	2/1,8 %	50 %
Зменшення дози β-блокатора	7/6,2 %	2/1,8 %	28,6 %	4/3,5 %	57,1 %
Відміна іншого уражуючого ЕД препарату	21/18,6 %	8/7,1 %	38,1 %	11/9,7 %	52,4 %
Аторвастатин – 10 мг/день	79/70 %	41/36,3 %	52 %	23/20,4 %	29,1 %
Метформін – 1000–1500 мг/день	42/37,2 %	17/15 %	40,5 %	11/9,7 %	26,2 %
Тіоктова к-та – 600 мг/день	42/37,2 %	17/15 %	40,5 %	11/9,7 %	26,2 %
Глібенкламід – 3,75–7,5 мг/день	13/11,5 %	4/3,5 %	30,8 %	5/4,4 %	38,5 %
Неостигмін – 0,015 %–1,0 мл/день	42/37,2 %	17/15 %	40,5 %	11/9,7 %	26,2 %
Нейрорубін	42/37,2 %	17/15 %	40,5 %	11/9,7 %	26,2 %
Тестостерону ундеканат – 1000 мг/3 місяці	8/7,1 %	5/4,4 %	62,5 %	3/2,7 %	37,5 %
Омнадрен 250 мг/місяць	20/17,7 %	14/12,4 %	70 %	6/5,3 %	30 %

Примітка. * – загальна ефективність терапевтичного комплексу серед пацієнтів, до яких застосовано терапевтичний підхід через 1 місяць від початку лікування.

но психотерапі та потенціюванні прийомом сілденафілу. Недостатні результати терапі ЕД відмічались при заміні інгібітора АПФ, відміні діуретика та зни-

женні дози β-блокатора, поруч з іншими застосованими методами. Проте, ймовірно, це є наслідком тяжкості загального стану вибраних пацієнтів із ви-

раженою супутньою серцево-судинною патологією та терапію "жорсткими" препаратами. Лікування хворих на цукровий діабет та еректильну дисфункцію часто не супроводжувалось успіхом, оскільки воно фактично було боротьбою полінейроангіопатії з факторами захисту ендотелію судин і нервових закінчень та відтермінуванням.

Результати лікування 64 хворих зі змішаною еректильною дисфункцією з провідним синдромом хронічного тазового болю та пацієнтів із хронічним простатитом II, IIIa, IIIb категорії підгрупи 1.3. показано у таблиці 3.

Відсутність до цього часу ефективно стандартизовано методики "золотого стандарту" у лікуванні статевих розладів, пов'язаних з простатитом різних категорій, не зважаючи на патогенетичну терапію, а також часта відсутність покращання статевої функції при успішній елімінації запального процесу та больових відчуттів у простаті, вкотре свідчить про складну етіологію патологічних процесів у даній підгрупі пацієнтів.

Результати лікування 29 пацієнтів з передчасною еякуляцією та супутньою еректильною дисфункцією підгрупи 1.4 представлено у таблиці 4.

Таблиця 3. Результати лікування хворих з ЕД змішаного ґенезу при синдромі хронічного тазового болю підгрупи 1.3 (n=64)

Метод лікування	Пацієнти, до яких застосовано терапевтичний підхід, гол./%	Значне покращання еректильної та сексуальної функції, гол./% від усіх чоловіків підгрупи*	Значне покращання еректильної та сексуальної функції, % від чоловіків, яких ліковано даною методикою*	Незначне покращання еректильної функції, гол./%*	Незначне покращання еректильної та сексуальної функції, % від чоловіків, яких ліковано даною методикою*
Рациональна та роз'яснювальна психотерапія; сілденафіл – 50–100 мг за 1 год до coitus; тамсулозин – 0,4 мг/день; тізанідин – 2 мг x 3 р/день; лорноксикам – 4 мг x 2 р/день	64/100 %	29/45,3 %	45,3 %	15/23,4 %	23,4 %
Модифікація способу життя (стала можливою)	43/67,2 %	27/42,2 %	62,8 %	12/18,8 %	27,9 %
Антибактеріальна, антипротозойна терапія min 14 днів	28/43,8 %	11/17,2 %	39,3 %	8/12,5 %	28,6 %

Примітка.* – загальна ефективність терапевтичного комплексу серед пацієнтів, до яких застосовано терапевтичний підхід через 1 місяць від початку лікування.

Таблиця 4. Результати лікування пацієнтів із передчасною еякуляцією та супутньою еректильною дисфункцією підгрупи 1.4 (n=29)

Метод лікування	Пацієнти, до яких застосовано терапевтичний підхід, гол./%	Значне покращання еректильної та сексуальної функції, гол./% від усіх чоловіків підгрупи*	Значне покращання еректильної та сексуальної функції, % від чоловіків, яких ліковано даною методикою*	Незначне покращання еректильної функції, гол./%*	Незначне покращання еректильної та сексуальної функції, % від чоловіків, яких ліковано даною методикою*
Рациональна та роз'яснювальна психотерапія; сілденафіл – 50–100 мг за 1 год до coitus; модифікація способу життя	29/100 %	17/58,6 %	58,6 %	7/24,1 %	24,1 %
Інгібітор зворотного захоплення серотоніну	18/62,1 %	10/34,5 %	55,6 %	7/24,1 %	38,9 %
Антипротозойна, антибактеріальна терапія min 14 днів	11/37,9 %	6/20,7 %	54,5 %	1/3,5 %	9,1 %

Примітка.* – загальна ефективність терапевтичного комплексу серед пацієнтів, до яких застосовано терапевтичний підхід через 1 місяць від початку лікування.

ВИСНОВКИ Запропоновані стандартизовані методи лікування різних форм сексуальної дисфункції у чоловіків дозволяють досягти задовільних терапевтичних результатів практичному лікарю із врахуванням комплексності посиндромного підходу. Недоліком дизайну дослідження є

відсутність порівняльно ефективності різних методів лікування в аналогічних групах пацієнтів. Проте порівняльне лікування потребує значно більшої кількості учасників дослідження, беручи до уваги різноманітність препаратів та проявів метаболічного синдрому, зокрема ендотеліальної дисфункції.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Impotence and its medical and psychosocial correlates: results of the Massachusetts Male Aging Study / Feldman H.A., Goldstein I., Hatzichristou D.G. [et al.] // J. Urol. – 1994. – № 151(1). – P. 54–61.
2. Epidemiology of erectile dysfunction: results of the 'Cologne Male Survey' / Braun M., Wassmer G., Klotz T. [et al.] // Int. J. Impot. Res. – 2000. – № 12(6). – P. 305-311.
3. Laumann E.O. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors / Laumann E.O., Paik A., Rosen R.C. // JAMA. – 1999. – №281(6). – P. 537–544.
4. Incidence of erectile dysfunction in men 40 to 69 years old: longitudinal results from the Massachusetts male aging study / Johannes C.B., Araujo A.B., Feldman H.A. [et al.] // J. Urol. – 2000. – №163(2). – P. 460-463.
5. Incidence of erectile dysfunction in men 40 to 69 years old: results from a population-based cohort study in Brazil / Moreira E.D. Jr., Lobo C.F., Diament A. [et al.] // Urology. – 2003. – №61(2). – P. 431–436.
6. Incidence rates of erectile dysfunction in the Dutch general population. Effects of definition, clinical relevance and duration of follow-up in the Krimpen Study / Schouten B.W., Bosch J.L., Bernsen R.M. [et al.] // Int. J. Impot. Res. – 2005. – №17(1). – P. 58–62.
7. <http://www.compendium.com.ua>

Отримано 24.01.11