

Висновок

Фітопрепарати володіють деякими властивостями, яких немає у рекомендованих препаратів.

Фітопрепарати можуть ефективно використовуватись при СНСШ/ДГПЗ, перш за все у комбінованій терапії, особливо при запальному процесу у простаті, ЕД, больовому синдромі, але вони не повинні замінити рекомендовану протоколами терапію

Монотерапія фітопрепаратами може використовуватись у випадках, коли за протоколами лікування не є абсолютно необхідним. Комбінація різних фітокомпонентів між собою може використовуватись для оптимізації впливу при певному поєднанні скарг пацієнта. В той же час, треба бути впевненим у якості препарату.

КОМБІНОВАНЕ ЛІКУВАННЯ ПЕРЕДЧАСНОЇ ЕЯКУЛЯЦІЇ У ПОЄДНАННІ З ЕРЕКТИЛЬНОЮ ДИСФУНКЦІЄЮ

О.В. Книгавко

Харківський національний медичний університет

КЗОЗ «Обласний клінічний центр урології й нефрології ім. В.І. Шаповала», м. Харків

Серед сексуальних розладів чоловіка найбільший удар по психологічній самооцінці завдає поєднання еректильних та еякуляторних проблем. Комплексна дія передчасної еякуляції (ПЕ) та еректильної дисфункції (ЕД) взаємно поглиблює сексуальну проблему, та може призвести навіть молодих людей до зневіри у свої сили та відмови від сексуального життя.

Ціллю нашого дослідження стала розробка алгоритму та методології лікування пацієнтів з передчасною еякуляцією у поєднанні з еректильною дисфункцією.

Матеріали та методи: У 2008-2016 рр. на базі андрологічного відділення КЗОЗ ОКЦУН ім. В.І. Шаповала було проведено дослідження та лікування 62 пацієнтів з передчасною еякуляцією (ПЕ), що поєднувалася з еректильною дисфункцією (ЕД). Чоловіки були розподілені на дві групи: 1-а група складалася з 29 хворих з початковою ПЕ та ЕД, що приєдналася в подальшому; у другу групу увійшли 33 хворих з ЕД, яка надалі ускладнилася ПЕ. Слід зазначити, що параметром виключення пацієнтів із дослідження служили інфекційно-запальні захворювання передміхурової залози.

Оцінка еректильної функції проводилася за допомогою анкети МІЕФ. Тривалість статевого акту фіксувалася пацієнтами за допомогою секундоміра (інтравагінально латентний інтервал - ІВЛІ). Для клінічної оцінки депресивного стану використовувалася шкала Гамільтона (HDRS).

Тривалість спостереження в період терапії становила 3 місяці. Після обстеження хворим на ПЕ в поєднанні з ЕД протягом 3 місяців були призначені різні схеми лікування та проведена оцінка ефективності фармакотерапії до і після лікування. З цією метою всі хворі були поділені у випадковому порядку на три зіставні групи.

До першої групи увійшли 20 хворих (середній вік $34,1 \pm 6,9$ років), які отримували тадалафіл «на вимогу» в дозі 20 мг за 1 годину до статевого акту 3-4 рази на тиждень протягом 3 місяців. Друга група складалася з 20 хворих (середній вік $33,5 \pm 7,3$ років), які регулярно приймали пароксетин в дозі 20 мг щодня протягом 3 місяців. У третю групу включили 22 хворих (середній вік $33,7 \pm 7,8$ років), терапія яких складалася з комбінації тадалафілу 20 мг та пароксетину 20 мг щоденно протягом 3 місяців. Після закінчення лікування була проведена клінічна оцінка між групами з початковою ПЕ, що ускладнилася надалі ЕД, і хворими, у яких ЕД була первинною, а ПЕ приєдналася надалі. Контрольні обстеження проводили через 1 і 3 місяці, при цьому пацієнти відповідали на анкету МІЕФ, визначали ІВЛІ, а також оцінювали побічні ефекти після різних схем лікування.

Результати: у хворих з початковою ПЕ була достовірно більш коротка тривалість статевого акту, ніж у хворих з початковою ЕД ($0,41 \pm 1,9$ проти $1,3 \pm 0,2$). Проте, якість ерекції у хворих з початковою ПЕ було достовірно краще, ніж у хворих з початковою ЕД ($19,9 \pm 2,6$ проти $17,1 \pm 2,0$).

Результати опитувальника HDRS з вивчення депресії продемонстрували, що хворі з 2 групи в порівнянні з 1 групою достовірно частіше мали депресивні розлади, особливо вираженого характеру. Так, депресивні порушення зустрічалися у 28 (56%) хворих, у яких первинним захворюванням була ПЕ, яка надалі надалі ускладнилася ЕД. У свою чергу, лише у 8 (25%) хворих, які страждають спочатку на ЕД, зустрічалися подібні розлади. На тлі лікування у всіх підгрупах відзначена позитивна динаміка у збільшенні тривалості статевого акту. Проте динаміка показників ІВЛІ у пацієнтів, які отримують комбіновану терапію, була достовірно вище, ніж на фоні монотерапії тадалафілом і пароксетином. При цьому достовірні відмінності була виявлені і між групами А-1 і А-2, де зазначалася перевага монотерапії тадалафілом. Таким чином, отримані дані свідчать про те, що при

поєднанні ПЕ з ЕД найефективнішим методом лікування є комбінована терапія пароксетином з тадалафілом. Але, враховуючи високу вартість зазначеної терапії, у цієї категорії хворих лікування можна починати з монотерапію тадалафілом, і тільки при його неефективності можна вдатися до його комбінації з пароксетином.

Переносимість препаратів при монотерапії тадалафілом і пароксетином була задовільною, однак при комбінованому лікуванні частота ускладнень збільшувалася і достовірно відрізнялася у пацієнтів, які скаржилися на головний біль, почервоніння лица диспепсію і нудоту.

Висновки: найбільший ефект (88,9%), який проявлявся збільшенням тривалості статевого акту та задоволеності сексуальним актом, був досягнутий на тлі комбінованого лікування тадалафілом та пароксетином. В свою чергу, на тлі лікування тадалафілом ефективність від проведеного лікування склала 58,8% і лише 36,8% ефективності спостерігалось після прийому пароксетиноу.

ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕПАРАТУ «ВІТАПРОСТ ФОРТЕ» У КОМПЛЕКСНІЙ ТЕРАПІЇ ПОРУШЕНЬ ЕРЕКТИЛЬНОЇ ФУНКЦІЇ У ХВОРИХ НА ЗАПАЛЬНИЙ АБАКТЕРІАЛЬНИЙ ПРОСТАТИТ/СХТБ

Л.І. Красилюк, О.В. Руденко

Одеський національний медичний університет

Хронічний простатит продовжує залишатися однією з актуальних медико-соціальних проблем у чоловіків із захворюваннями репродуктивної системи. В Україні хронічний простатит зустрічається в 19% чоловіків молодого віку, досягаючи 90% у чоловіків старших вікових категорій. Згідно із сучасними даними в 80-90% хворих хронічним простатитом виявляється хронічний абактеріальний простатит / запальний синдром хронічного тазового болю (СХТБ).

Ціль дослідження – встановити клінічну ефективність застосування препарату «Вітапрост форте» в терапії хворих на хронічний простатит категорії ША (класифікація NIH).

Матеріали й методи. Під спостереженням перебувало 27 хворих із хронічним абактеріальним простатитом категорії ША з супутнім порушенням статевої функції. Обстеження включало пальцьове ректальне дослідження, анкетування з використанням опитувача IPSS, визначення якості життя (QoL), урофлоуметрію, бактеріологічне й бактеріоскопічне дослідження секрету передміхурової залози, ТРУЗД передміхурової залози. Оцінку еректильної дисфункції (ЕД) проводили з використанням Міжнародного індексу еректильної функції (МІЕФ), для визначення ступеня твердості ерекції застосовували Шкалу твердості ерекції (ШТЕ).

Комплексне лікування (на протязі 4 тижнів) включало антибактеріальну та протизапальну терапію, α -блокатори, а також антиконвульсант – гапбапентин, у стандартних дозах та масаж передміхурової залози. Корекцію еректильної дисфункції проводили з використанням ЛОД-терапії. Хворі були розподілені на 2 групи. Пацієнтам I групи (15 чоловіків) у курс терапії був включений препарат «Вітапрост форте» по 1 свічці перед сном на протязі місяця. Середній ступінь ЕД виявлено у 9 (60%) хворих I групи та в 7 (48,3%) II групи, в інших пацієнтів відзначений легкий ступінь ЕД. Частота епізодів четвертого ступеня твердості по ШТЕ склала 16,7% (ДІ 95%) у пацієнтів першої групи й – 15% (ДІ 95%) у другої групи.

Результати. По шкалі МІЕФ до лікування хворі I групи оцінили еректильну функцію в $13,8 \pm 2,1$ бали, після лікування – в $22,3 \pm 2,4$ бали ($p < 0,01$), частота ерекцій 4 ступеня твердості склала 49,1% (ДІ 95%). У другій групі показник еректильної функції до лікування склав $14,7 \pm 1,9$ бали, а після лікування $16,8 \pm 2,3$ бали ($p = 0,1$), частота епізодів ерекцій 4 ступеня твердості склала 31,8% (ДІ 95%).

Висновок. Включення препарату «Вітапрост форте» у комплексну терапію хворих на запальний синдром хронічного тазового болю із супутньою еректильною дисфункцією є клінічно доцільним і ефективним.