



ГБОУ ВПО ПЕРВЫЙ МГМУ ИМЕНИ И.М. СЕЧЕНОВА

**АССОЦИАЦИЯ СПЕЦИАЛИСТОВ КОНСЕРВАТИВНОЙ
ТЕРАПИИ В УРОЛОГИИ «АСПЕКТ»**



ЭРЕКТИЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ И РАССТРОЙСТВА МОЧЕИСПУСКАНИЯ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПРОСТАТИТОМ???



**Профессор, д.м.н.
Ахвледзани Н.Д.**



МОСКВА-ОМСК - 2015

СТАТИСТИЧЕСКАЯ ВЗАИМОСВЯЗЬ ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ (ЭД) И ХРОНИЧЕСКОГО ПРОСТАТИТА (ХП)

- ✓ ЭД диагностирована у 34% из 399 больных ХП.¹
- ✓ Нарушения эрекции отмечены у 67% из 296 пациентов с хроническим воспалением предстательной железы и синдромом хронической тазовой боли (СХТБ). При этом выявлена выраженная корреляция между выраженностью симптомов ХП/СХТБ и ЭД.²
- ✓ Анкетирование 1765 жителей Вены с помощью опросника NIH-CPSI показало, что выраженные симптомы (более 30 баллов) простатита увеличивают риск эрекционных нарушений в 8,3 раза.³
- ✓ Обследование 3194 мужчин позволило установить, что ХП/СХТБ встречается значимо чаще среди больных ЭД (8.6 % против 2.5 %, $p < 0.001$) нежели в группе пациентов с ненарушенной эрекцией. Кроме того, доказано, что ХП/СХТБ является независимым фактором, увеличивающим риск нарушений эрекции в 3,6 раз.⁴

1. Trinchieri A, Magri V, Cariani L, et al. Prevalence of sexual dysfunction in men with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. Arch Ital Urol Androl. 2007;79:67–70.
2. Lee SW, Liong ML, Yuen KH, et al. Adverse impact of sexual dysfunction in chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. Urology. 2008;71:79–84.
3. Marszalek M, Wehrberger C, Hochreiter W, et al. Symptoms suggestive of chronic pelvic pain syndrome in an urban population: prevalence and associations with lower urinary tract symptoms and erectile function. J Urol. 2007;177:1815–9.
4. Chung SD, Keller JJ, Lin HC. A case–control study on the association between chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome and erectile dysfunction. BJU Int. 2012 (epub)



ПСИХОГЕННЫЕ ФАКТОРЫ ЭД ПРИ ХП

- ✓ В общей популяции 7372 мужчин ЭД диагностирована у 17% обследованных. Среди 771 пациента с СХТБ нарушения эрекции выявлялись в 33% наблюдений. Но у 370 мужчин с подтвержденным ХП ЭД диагностирована в 35% случаев. Таким образом, подтверждено, что симптоматика простатита оказывает угнетающее психогенное влияние на эректильную функцию респондентов.¹
- ✓ У молодых пациентов боль при ХП обуславливает склонность к «катастрофическому» восприятию болезни, симпатикотонии и ЭД.²
- ✓ При ХП отмечается тенденция к гипогонадизму. Дефицит андрогенов приводит к снижению либидо – главной мотивационной составляющей эрекции.^{3,4}

1. Hao ZY, Li HJ, Wang ZP et al. The prevalence of erectile dysfunction and its relation to chronic prostatitis in Chinese men. J Androl. 2011 Sep-Oct;32(5):496-501.
2. Nickel JC, Tripp DA, Chuai S, et al. Psychosocial variables affect the quality of life of men diagnosed with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. BJU Int. 2008;101:59–64
3. Вакина Т.Н., А.М. Шутов, С.В. Шалина, Е.Г. Зиновьева, И.П. Киселев. Дегидроэпиандростерон и половая функция у мужчин с хроническим простатитом. // "Урология", №1, 2003. – с.49-52.



ЭНДОКРИННЫЕ ФАКТОРЫ ЭД ПРИ ХП

- ✓ Частое употребление анальгетиков при симптоматических формах ХП и СХТБ способствует развитию андрогенодефицита, что влияет на синтез NO в кавернозной ткани полового члена и обуславливает ЭД.^{1,2}

1. Daniell HW. Hypogonadism in men consuming sustained-action oral opioids. J Pain. 2002;3:377–84.
2. Вакина Т.Н., А.М. Шутов, С.В. Шалина, Е.Г. Зиновьева, И.П. Киселев. Дегидроэпиандростерон и половая функция у мужчин с хроническим простатитом. // "Урология", №1, 2003. – с.49-52.



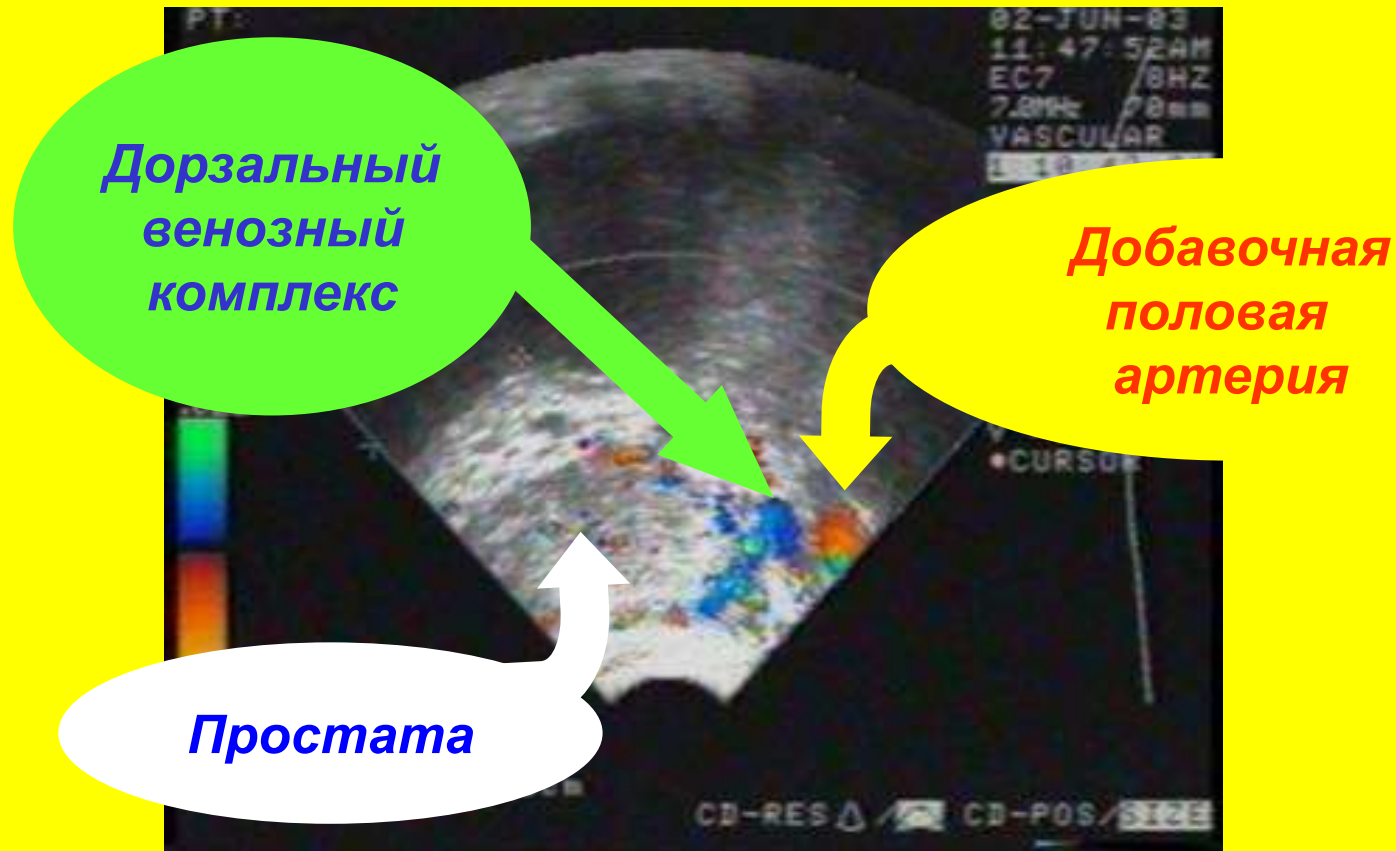
ВАСКУЛОГЕННЫЕ ФАКТОРЫ ЭД ПРИ ХП

- ✓ **Эндотелиальная дисфункция, возникающая в условиях дефицита NO при ХП/СХТБ, приводит к нарушениям эрекции.^{1,2}**
- ✓ **Спазм мышц тазового дна, наблюдаемый у 50% больных ХП/СХТБ, обуславливает снижение артериальной перфузии полового члена и ЭД.³**
- ✓ **Вызванный хроническим воспалением простаты спазм дополнительных половых артерий (ДПА), выявляемых почти у 70% мужчин, вызывает недостаточный приток артериальной крови в кавернозную ткань и снижает эректильную функцию пациентов.⁴**

1. Rubinshtein R, Kuvin JT, Soffler M, et al. Assessment of endothelial function by non-invasive peripheral arterial tonometry predicts late cardiovascular adverse events. Eur Heart J. 2010;31:1142–8.
2. Shoskes DA. The challenge of erectile dysfunction in the man with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. Curr Urol Rep. 2012 Aug;13(4):263-7.
3. Shoskes DA, Berger R, Elmi A, et al. Muscle tenderness in men with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: the chronic prostatitis cohort study. J Urol. 2008;179:556–60.



ТРАНСРЕКТАЛЬНАЯ ФАРМАКОДОППЛЕРОГРАФИЯ ДПА



1. Аляев Ю.Г. и соавт., Андрология и генитальная хирургия. №3-4. 2003. С.50-52.



ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ ДОБАВОЧНЫХ ПОЛОВЫХ И КАВЕРНОЗНЫХ АРТЕРИЙ ДО И ВО ВРЕМЯ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКОЙ ЭРЕКЦИИ (n=37)

	Средние значения гемодинамических параметров функционально значимых для эрекции артерий		
	Диаметр (мм)	Индекс резистентности	Пиковая систолическая скорость (см/сек)
ДПА			
<i>до эрекции</i>	$1,5 \pm 0,5$	$1,02 \pm 0,2$	21 ± 7
<i>во время эрекции</i>	$2,4 \pm 0,7$	$0,6 \pm 0,1$	39 ± 18
Кавернозные артерии			
<i>до эрекции</i>	$0,9 \pm 0,3$	$0,98 \pm 0,2$	19 ± 6
<i>во время эрекции</i>	$1,4 \pm 0,5$	$0,56 \pm 0,05$	32 ± 7

1. Аляев Ю.Г. и соавт., Андрология и генитальная хирургия. №3-4. 2003. С.50-52.



КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Трансректальное
ультразвуковое
исследование
простаты (В-режим)



Неровность
капсулы
железы

Трансректальная
фармакоэходопплерография ДПА в
цветном и спектральном режимах



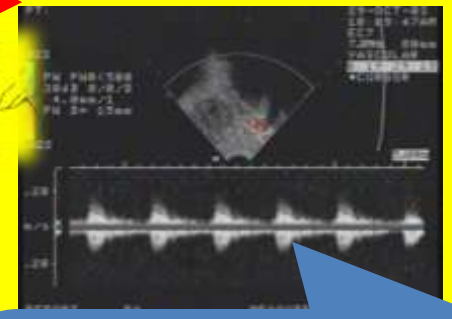
ДПА



Введение
ПГЕ1



ДПА



Недостаточный
прирост
артериальной
перфузии в ДПА
после
фармакологической
нагрузки

Больной К., 37 лет, и.б. 12252. В анамнезе ХБП в течение последних 9 лет. Жалобы при поступлении на расстройства эрекции. При фармакоэходопплерографии сосудов полового члена выявлена артериогенная форма эректильной дисфункции.

ВЛИЯНИЕ РАЗНЫХ ФАКТОРОВ НА ВОЗНИКНОВЕНИЕ ЭД ПРИ ХП

Фактор	Унивариантный анализ			Мультивариантный анализ		
	Относительный риск (ОР)	95%-довe- рительный интервал (95% ДИ)	Критерий досто- верности (p)	ОР	95% ДИ	p
Продол- жительность СИМПТОМОВ	3,11	1,018-5,417	0,011	1,418	0,415- 3,006	0,125
NIH-CPSI	3,65	2,030-5,832	0,008	2,088	0,701- 3,212	0,104
Объем простаты	2,362	1,133-4,204	0,071	1,21	0,557- 3,104	0,15
Гипертонус мышц таза	3,722	2,172-5,540	0,006	2,158	0,726- 3,819	0,102
Кальцифи- каты простаты	5,583	3,704-8,190	<0,001	3,632	2,405- 5,822	<0,001

1. Zhao Z(1), Xuan X, Zhang J, He J, Zeng G. A prospective study on association of prostatic calcifications with sexual dysfunction in men with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome (CP/CPPS). J Sex Med. 2014 Oct;11(10):2528-36.

ЛЕЧЕНИЕ ЭД У БОЛЬНЫХ ХП

- ✓ *Комбинированное лечение фторхинолонами и макролидами хронического бактериального простатита (ХБП) II категории по классификации NIH у 59 пациентов с ЭД позволило нормализовать эрекцию в 37,3% наблюдений.¹*
- ✓ *Применение монотерапии силденафилом у пациентов с ЭД на фоне бессимптомного хронического простатита (IV категории по классификации NIH) приводило только к значимому улучшению эрекции при анкетировании по IIEF-5, но не сопровождалось достоверной динамикой показателей IPSS, IPSS-QOL, NIH-CPSI, а так же объема остаточной мочи и Qmax.²*

1. Magri V, Montanari E, Škerk V et al. Fluoroquinolone-macrolide combination therapy for chronic bacterial prostatitis: retrospective analysis of pathogen eradication rates, inflammatory findings and sexual dysfunction. Asian J Androl. 2011 Nov;13(6):819-27.
2. Eryildirim B, Aktas A, Kuyumcuoglu U et al. The effectiveness of sildenafil citrate in patients with erectile dysfunction and lower urinary system symptoms and the significance of asymptomatic inflammatory prostatitis. Int J Impot Res. 2010 Nov-Dec;22(6):349-54.



ОПРОСНИК NIH-CPSI

Индекс Симптомов Хронического Простатита (NIH-CPSI, 1999)

Боль или дискомфорт		<input type="checkbox"/> 3 Примерно в половине случаев
1 В течение последней недели испытывали ли Вы какую-либо боль или дискомфорт в следующих областях?		<input type="checkbox"/> 4 Более чем в половине случаев
<input type="checkbox"/> 0 Нет		<input type="checkbox"/> 5 Почти всегда
2 Область между прямой кишкой и яичками (простата)	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0	Как часто Вам приходится мочиться чаще чем через 2 часа после окончания мочеиспускания в течение последней недели?
3 Яички	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0 Никогда
4 Головка полового члена (не считая с мочеиспусканием)	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1 Менее чем 1 раз из 3
5 Пенис: Нижняя часть, в области лона или мочевого пузыря	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 2 Менее чем в половине случаев
6 За последнюю неделю испытывали ли Вы:	<input type="checkbox"/> 0 Нет	<input type="checkbox"/> 3 Примерно в половине случаев
Боль или жжение при мочеиспускании	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 4 Более чем в половине случаев
7 Боль или дискомфорт после завершения полового акта (эякуляция)	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 5 Почти всегда
8 Как часто в Вас была боль или дискомфорт в этих областях в течение последней недели?		Влияние симптомов
<input type="checkbox"/> 0 Никогда		9 На сколько Ваши симптомы не позволили Вам сделать то что Вы обычно делаете в течение последней недели?
<input type="checkbox"/> 1 Редко		<input type="checkbox"/> 0 Никогда
<input type="checkbox"/> 2 Иногда		<input type="checkbox"/> 1 Нередко
<input type="checkbox"/> 3 Часто		<input type="checkbox"/> 2 Иногда
<input type="checkbox"/> 4 Почти всегда		<input type="checkbox"/> 3 Часто
<input type="checkbox"/> 5 Всегда		10 Как часто Вы думали о влиянии симптомов в течение последней недели?
9 Какое число лучше описывает среднюю интенсивность боли или дискомфорта, которые Вас беспокоили в течение последней недели?	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 0 Никогда
Нет боли	Боль или дискомфорт	<input type="checkbox"/> 1 Нередко
Полово акт	Вы знаете себе представить	<input type="checkbox"/> 2 Иногда
Мочеиспускание		<input type="checkbox"/> 3 Часто
5 Как часто у Вас бывает ощущение неполного опорожнения мочевого пузыря после окончания мочеиспускания в течение последней недели?		11 Если бы Вы прожили оставшуюся жизнь, испытывали бы симптомы последней недели, как бы Вы к этому отнеслись?
<input type="checkbox"/> 0 Никогда		<input type="checkbox"/> 0 С удовлетворением
<input type="checkbox"/> 1 Менее чем 1 раз из 5		<input type="checkbox"/> 1 С радостью
<input type="checkbox"/> 2 Менее чем в половине случаев		<input type="checkbox"/> 2 В общем удовлетворительно
		<input type="checkbox"/> 3 Сильное чувство
		<input type="checkbox"/> 4 В общем неудовлетворительно
		<input type="checkbox"/> 5 Ухудшилось
		<input type="checkbox"/> 6 Ужасно

Подсчет баллов по разделам

Боль: сумма 1а, 1б, 1в, 1г, 2а, 2б, 3 и 4 = _____

Симптомы мочеиспускания: сумма 5 и 6 = _____

Влияние на качество жизни: сумма 7, 8 и 9 = _____

Анкета характеризует выраженность ХП по трем показателям:

1. Боль
2. Расстройства мочеиспускания
3. Влияние на качество жизни

1. Litwin MS, McNaughton-Collins M, Fowler FJ, Jr, Nickel JC, Calhoun EA, Pontari MA, et al. The National Institutes of Health chronic prostatitis symptom index: development and validation of a new outcome measure. J Urol. 1999;162:369-75



СИМПТОМЫ НИЖНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ (СНМП), ХП И ДОБРОКАЧЕСТВЕННАЯ ГИПЕРПЛАЗИЯ ПРОСТАТЫ (ДГП)

- ✓ Около 60% больных ХП имеют СНМП.¹
- ✓ СНМП при ХП неотличимы от СНМП, ассоциированных с ДГП.²
- ✓ ХП повышает относительный риск ДГП и СНМП в 2,4 раза.³

1. Nickel JC. Lower urinary tract symptoms associated with prostatitis Can Urol Assoc J. 2012 October; 6(5 Suppl 2): S133–S135.
2. Nickel JC. The overlapping lower urinary tract symptoms of benign prostatic hyperplasia and prostatitis. Curr Opin Urol. 2006 Jan;16(1):5-10.
3. Jennifer L. St. Sauver, Debra J. Jacobson, Michaela E. McGree, Cynthia J. Girman, Michael M. Lieber, Steven J. Jacobsen. Longitudinal Association between Prostatitis and Development of Benign Prostatic Hyperplasia Urology. Urology. 2008 March; 71(3): 475–479.



СТАТИСТИЧЕСКАЯ ВЗАИМОСВЯЗЬ СНМП И ЭД

КЁЛЬНСКИЙ ОПРОС МУЖЧИН (n=4489)¹

- ✓ **Общая встречаемость ЭД и СНМП составила 19,2 и 13,2%, соответственно.**
- ✓ **СНМП среди мужчин, страдающих ЭД, отмечались в 72,2% наблюдений, в то время как лишь 37,7% респондентов с нормальной эрекцией имели те или иные расстройства мочеиспускания.**
- ✓ **Было доказано, что СНМП являются фактором, повышающим вероятность ЭД в 2,11 раза, независимо от возраста респондентов.**

1. Braun MH, Sommer F, Haupt G, Mathers MJ, Reifenrath B, Engelmann UH. Lower urinary tract symptoms and erectile dysfunction: co-morbidity or typical 'Aging Male' symptoms? Results of the 'Cologne Male Survey'. Eur Urol 2003; 44: 588–94.



СТАТИСТИЧЕСКАЯ ВЗАИМОСВЯЗЬ СНМП И ЭД

БРИТАНСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПО ВЛИЯНИЮ СНМП НА ВОЗНИКНОВЕНИЕ СЕКСУАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ (n=333)¹

- ✓ **Относительный риск ЭД при наличии ирритативных СНМП (симптомов накопления) увеличивается ~ в 3 раза (95% CI; 2,61-3,4).**
- ✓ **Относительный риск ЭД при наличии обструктивных СНМП (симптомов опорожнения) повышается в 2,6 раза (95% CI; 2,44-2,69).**
- ✓ **Таким образом симптомы накопления значимо сильнее влияют на вероятность развития ЭД по сравнению с обструктивными СНМП, что может быть связано с нарушением сна вследствие ноктурии, влияющими на эрекцию.**

1. Morant S, Bloomfield G, Vats V, Chapple C. Increased sexual dysfunction in men with storage and voiding lower urinary tract symptoms. J Sex Med 2009; 6: 1103–10.



ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ ВЗАИМОСВЯЗИ ЭД И СНМП

✓ NO-зависимая регуляция^{1,2}:

- снижение синтеза NO сопровождается нарушением расслабления гладкомышечных элементов кавернозной ткани и приводит к ЭД.

- уменьшение содержания NO в ткани простаты, шейке мочевого пузыря и уретре обуславливает пролиферацию гладкомышечных элементов предстательной железы и приводит к динамической и механической обструкции, ухудшая мочеиспускание.

✓ Активность киназы мышечных белков (Rho-киназы)^{3,4}:

- Rho-киназа определяет чувствительность гладкомышечных клеток к кальцию, регулируя их сократимость. Избыток данного фермента повышает тонус пещеристой ткани, способствуя ЭД.

- Активность Rho-киназы в простате проявляется повышением тонуса и пролиферации в гладкомышечных элементах.

1. McVary KT. Erectile dysfunction and lower urinary tract symptoms secondary to BPH. Eur Urol 2005; 47: 838–45.

2. Guh JH, Hwang TL, Ko FN, Chueh SC, Lai MK, Teng CM. Antiproliferative effect in human prostatic smooth muscle cells by nitric oxide donor. Mol Pharmacol 1998; 53: 467–74.

3. Gur S, Kadowitz PJ, Hellstrom WJG. Guide to drug therapy for lower urinary tract symptoms in patients with benign prostatic obstruction. Implications for sexual function. Drugs 2008; 68: 209–29.

4. Rees RW, Foxwell NA, Ralph DJ, Kell PD, Moncada S, Cellek S. Y-27632, a Rho-kinase inhibitor, inhibits proliferation and adrenergic contraction of prostatic smooth muscle cells. J Urol 2003; 170: 2517–22.



ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ ВЗАИМОСВЯЗИ ЭД И СНМП

✓ Гиперактивность симпатической нервной системы (СНС) ^{1,2}:

- повышение тонуса СНС обуславливает вазоконстрикторный эффект и негативно влияет на эректильную функцию.

- высокая активность СНС увеличивает тонус гладкомышечной составляющей простаты, ухудшая мочеиспускание.

✓ Гиперхолестеринемия и атеросклероз тазовых сосудов ^{3,4}:

- Холестериновые отложения в кавернозной ткани снижают способность к релаксации ее гладкомышечных элементов, вызывая ЭД.

- Ишемия тазовых органов вследствие атеросклеротического поражения региональных артерий обуславливает атрофию детрузора, склерозирование простаты и повышает уретральное сопротивление, приводя к СНМП.

1. McVary KT. Erectile dysfunction and lower urinary tract symptoms secondary to BPH. Eur Urol 2005; 47: 838–45.

2. Guh JH, Hwang TL, Ko FN, Chueh SC, Lai MK, Teng CM. Antiproliferative effect in human prostatic smooth muscle cells by nitric oxide donor. Mol Pharmacol 1998; 53: 467–74.

3. Tarcan T, Azadzoï KM, Siroky MB, Goldstein I, Krane RJ. Age related erectile and voiding dysfunction: the role of arterial insufficiency. Br J Urol 1998; 82 (Suppl. 1): 26–33.

4. Azadzoï KM, Tarcan T, Siroky MB, Krane RJ. Atherosclerosis-induced chronic ischemia causes bladder fibrosis and non-compliance in the rabbit. J Urol 1999; 161: 1626–35.



МАТЕРИАЛ ИССЛЕДОВАНИЯ

В ИССЛЕДОВАНИИ ПРИНЯЛО УЧАСТИЕ 103 БОЛЬНЫХ С ЭД И СОПУТСТВУЮЩИМ ХБП В ВОЗРАСТЕ ОТ 29 ДО 54 ЛЕТ (СРЕДНИЙ ВОЗРАСТ $35,3 \pm 7,2$ ЛЕТ).

ДИЗАЙН И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Исходное обследование:

1. анкетирование по шкалам NIH-CPSI и IIEF-5.
2. 2-х порционная проба мочи [J.C.Nickel et al., 1997].



**1 МЕСЯЦ
ТЕРАПИИ**

1 группа (n=32)
левофлоксацин
(500 мг/сут)

2 группа (n=34)
левофлоксацин
(500 мг/сут) +
тадалафил
(5 мг/сут) ежедневно

3 группа (n=37)
левофлоксацин
(500 мг/сут)+
варденафил
10 мг
«по потребности»
(не менее 2 раз в неделю)



1 МЕСЯЦ НАБЛЮДЕНИЯ



Контрольное обследование:

1. анкетирование по шкалам NIH-CPSI и IIEF-5.
2. 2-х порционная проба мочи [J.C.Nickel et al., 2006].

МНОГОПОРЦИОННЫЕ ПРОБЫ МОЧИ



Каждая из полученных порций подвергается бактериологическому посеву и исследованию на количество лейкоцитов.

1. Meares E.M., Stamey T.A. Bacteriologic localization patterns in bacterial prostatitis and urethritis. *Invest Urol.* 1968 Mar;5(5):492-518.

2. Nickel J.C. The Pre and Post Massage Test (PPMT): a simple screen for prostatitis. *Tech Urol.* 1997 Spring;3(1):38-43.



ДИЗАЙН И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Исходное обследование:

1. анкетирование по шкалам NIH-CPSI и IIEF-5.
2. 2-х порционная проба мочи [J.C.Nickel et al., 1997].



**1 МЕСЯЦ
ТЕРАПИИ**

1 группа (n=32)
левофлоксацин
(500 мг/сут)

2 группа (n=34)
левофлоксацин
(500 мг/сут) +
тадалафил
(5 мг/сут) ежедневно

3 группа (n=37)
левофлоксацин
(500 мг/сут)+
варденафил
10 мг
«по потребности»
(не менее 2 раз в неделю)



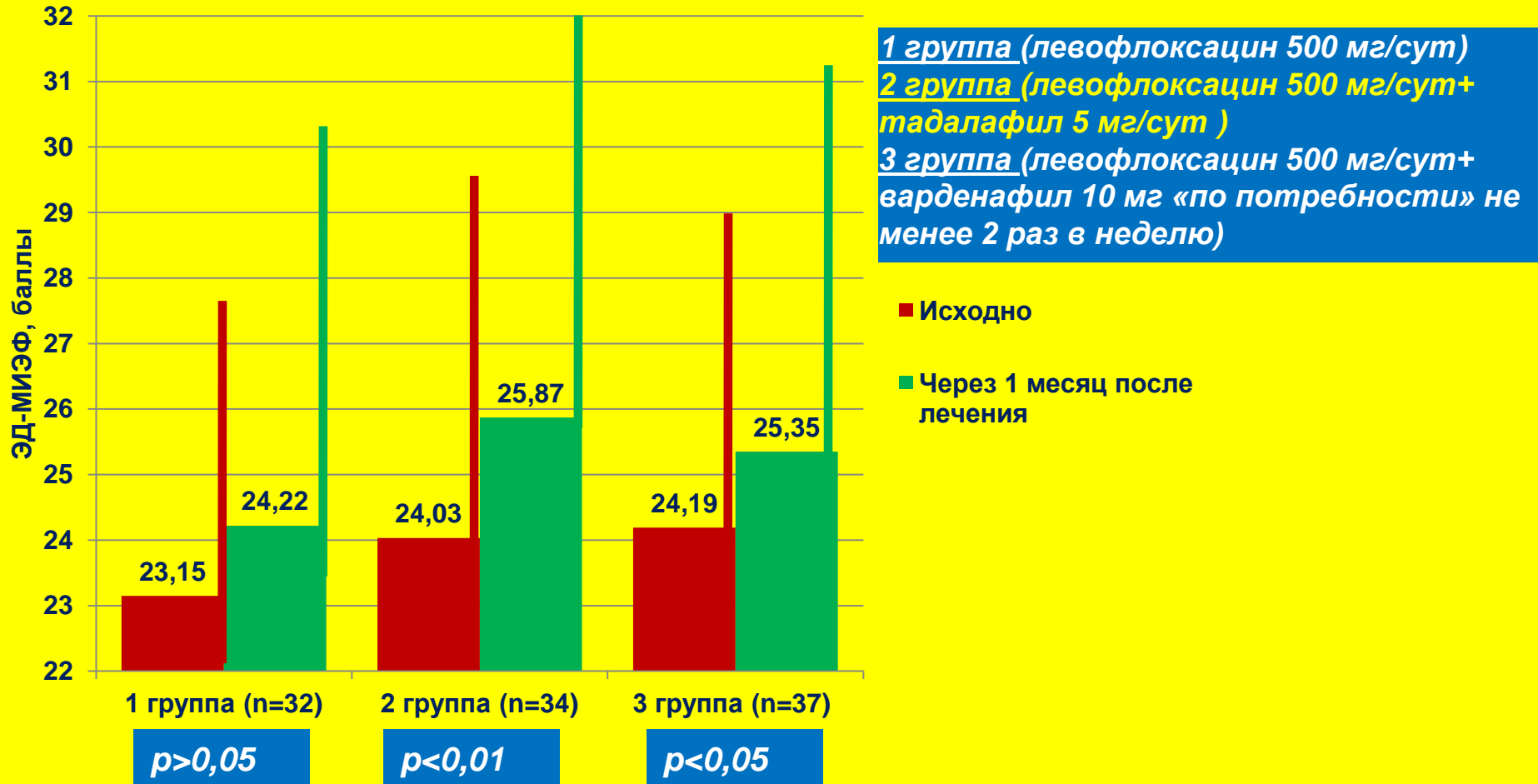
1 МЕСЯЦ НАБЛЮДЕНИЯ



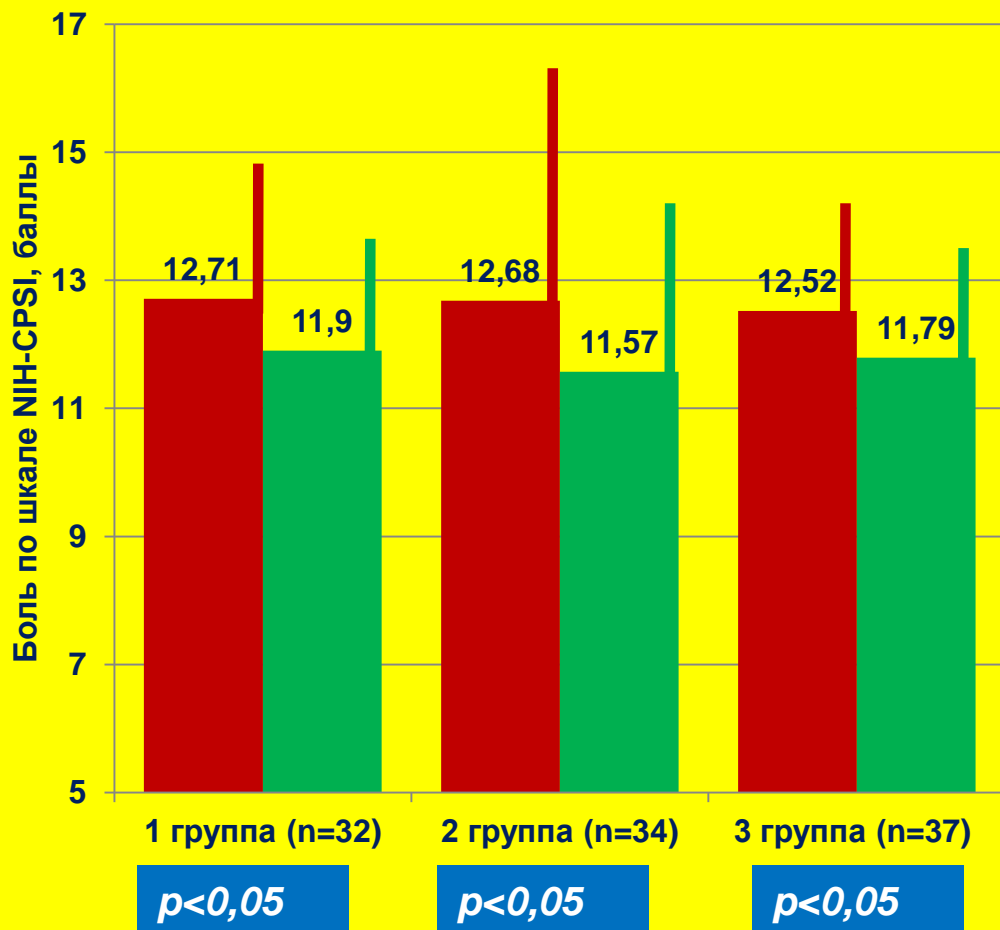
Контрольное обследование:

1. анкетирование по шкалам NIH-CPSI и IIEF-5.
2. 2-х порционная проба мочи [J.C.Nickel et al., 2006].

БАЛЛ ИЕФ-5 У БОЛЬНЫХ 1-3 ГРУПП ДО И ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ

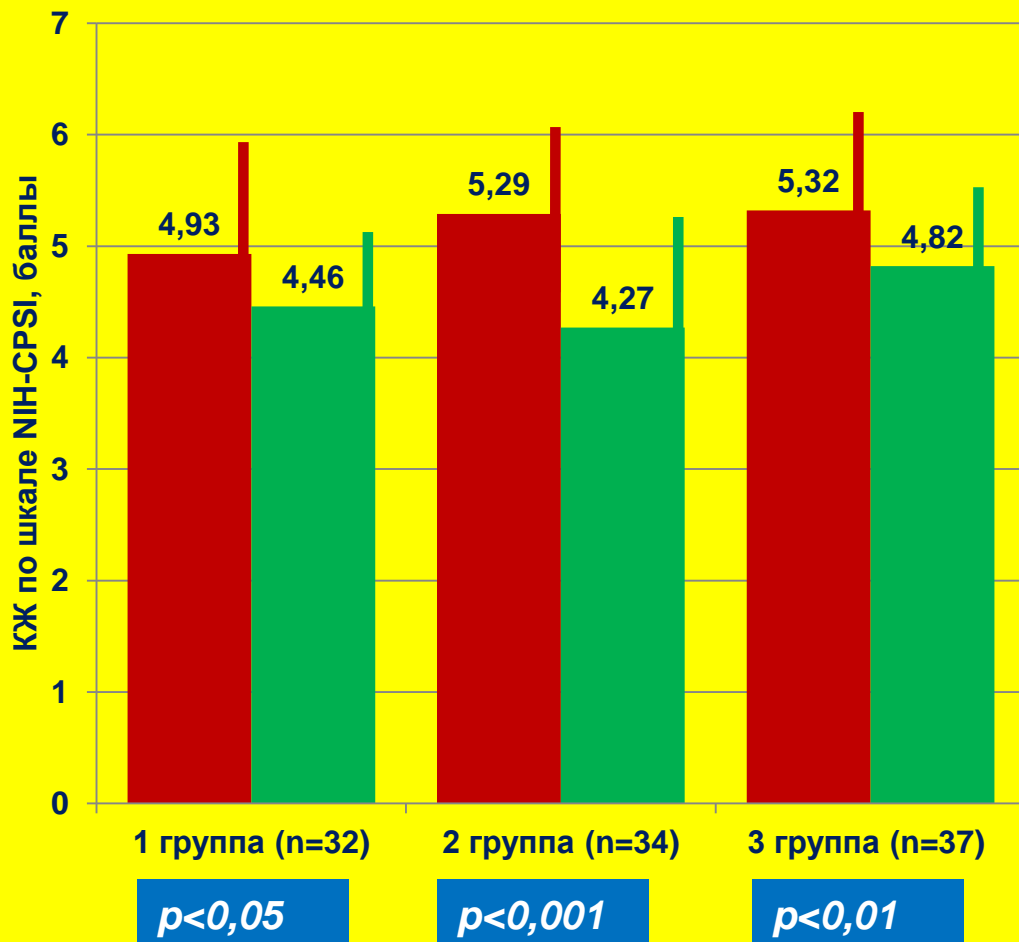


ПОКАЗАТЕЛЬ БОЛИ ШКАЛЫ NIN-CPSI У БОЛЬНЫХ 1-3 ГРУПП ДО И ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ



1 группа (левофлоксацин 500 мг/сут)
2 группа (левофлоксацин 500 мг/сут+ тадалафил 5 мг/сут)
3 группа (левофлоксацин 500 мг/сут+ варденафил 10 мг «по потребности» не менее 2 раз в неделю)

ПОКАЗАТЕЛЬ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ (КЖ) ШКАЛЫ NIH-CPSI У БОЛЬНЫХ 1-3 ГРУПП ДО И ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ



1 группа (левофлоксацин 500 мг/сут)

2 группа (левофлоксацин 500 мг/сут+ тадалафил 5 мг/сут)

3 группа (левофлоксацин 500 мг/сут+ варденафил 10 мг «по потребности» не менее 2 раз в неделю)

■ Исходно

■ Через 1 месяц после лечения

ЛЕЧЕНИЕ СНМП, АССОЦИИРОВАННЫХ С ХП

- ✓ **Оптимальным назначением при СНМП, обусловленных ХП, являются альфа₁-адреноблокаторы.**

1. Nickel JC. Lower urinary tract symptoms associated with prostatitis Can Urol Assoc J. 2012 October; 6(5 Suppl 2): S133–S135.



ГИПОТЕНЗИЯ ПРИ СОВМЕЩНОМ ПРИМЕНЕНИИ ТАДАЛАФИЛА 5 МГ И АЛЬФА₁-БЛОКАТОРОВ

	Плацебо/ Неселективный N = 53	Тадалафил 5 мг/ Неселективный N = 52	Плацебо/ Селективный N = 108	Тадалафил 5 мг/ Селективный N = 106
Пациенты с ≥ 1 НЯПЛ, n (%)	5 (9,4)	8 (15,4)	5 (4,6)	4 (3,8)
Сочетанный α -блокатор, ^b n (%)				
Алфузозин	-	-	3 (12,0)	4 (20,0)
Силодозин	-	-	0 (0,0)	0 (0,0)
Тамсулозин	-	-	2 (2,4)	0 (0,0)
Доксазозин	1 (3,6)	7 (22,6)	-	-
Теразозин	4 (16,0)	1 (4,8)	-	-

1. Goldfischer E, Kowalczyk JJ, Clark WR, Brady E, Shane MA, Dgetluck N, Klise SR. Hemodynamic Effects of Once-daily Tadalafil in Men With Signs and Symptoms of Benign Prostatic Hyperplasia on Concomitant $\alpha(1)$ -Adrenergic Antagonist Therapy: Results of a Multicenter Randomized, Double-Blind, Placebo-controlled Trial. Urology 2012;79(4):875-82.



ВЫВОДЫ

- ✓ ЭД статистически связана с ХП/СХТБ.
- ✓ Нарушения эрекции, отмечающиеся при ХП/СХТБ, имеют преимущественно органический характер.
- ✓ СНМП, ассоциированные с ХП, сходны с таковыми при ДГП.
- ✓ Ингибиторы ФДЭ-5 эффективны при ЭД, ассоциированной с ХП.
- ✓ Селективные альфа₁-адреноблокаторы безопасны при комбинированном назначении с ингибиторами ФДЭ-5 у пациентов с сочетанием ХП, СНМП и ЭД.



БЛАГОДАРЮ ЗА ВНИМАНИЕ!

