
Erekcijos sutrikimas ir jo gydymas

B. Dainys

Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto Gastroenterologijos, nefrologijos, urologijos ir abdominalinės chirurgijos klinika

Santrauka. Lietuvoje apie 30% vyrų, besikreipiančių į urologą, skundžiasi erekcijos nepakankamumu. Tikslingai apklausiant visus besikreipiančius vyrus, šią problemą turi net apie 80% vyrų. Varpos erekcija yra viena pagrindinių vyro sekso sudedamųjų dalių, kurios neįmanoma imituoti. Svarbiausia šios patologijos priežastis – nepakankama varpos arterinė kraujotaka. Erekcijos nepakankamumo rizikos veiksniai yra rūkymas, viršsvoris, hipodinamija, padidėjęs arterinis kraujospūdis, kai kurie medikamentai, cukrinis diabetas. Šie veiksniai sukelia endotelio disfunkciją, jo pakenkimą, arterijų stenozę ir užakimą. Rečiau, tačiau pasitaiko psichogeninės erekcijos sutrikimo priežastys. Populiariausi erekcijos sutrikimams gydyti vaistai yra 5-osios fosfodiesterazės inhibitoriai.

Raktažodžiai: erekcijos nepakankamumas, endotelio disfunkcija, 5-osios fosfodiesterazės inhibitoriai.

Neurologijos seminarai 2005; 9(23): 30–34

Vyro varpos erekcijos sutrikimu vadiname būklę, kai varpos standumas yra nepakankamas lytiniam aktui atlikti arba jo nepavyksta išlaikyti viso lytinio akto metu. Anksčiau tokiai būsenai apibrėžti plačiai vartotas žodis „impotencija“ netinka, nes jis reiškia visišką lytinę negalią, kuri pasitaiko ne taip dažnai. Be to, žodis „impotencija“ turi neigiamą, vyrą įžeidžiančią prasmę. Minėtai būklei apibrėžti vartojamas ir kitas terminas – erekcijos nepakankamumas, kuris gal net labiau tinkamas, nes geriau atspindi ligos esmę – pablogėjusią vyro varpos erekciją. Tuo tarpu „erekcijos sutrikimu“ galima apibrėžti ne tik susilpnėjusią erekciją, bet ir liguistą erekcijos trukmės pailgėjimą – hipererekciją, ilgalaikę skausmingą erekciją – priapizmą.

EPIDEMIOLOGIJA

Yra paskelbta nemažai studijų apie erekcijos nepakankamumo paplitimą. Didžiojoje Britanijoje ištyrus grupę vyrų nuo 16 iki 65 metų, buvo nustatyta, kad 32% iš jų lytiškai susijaudinus sunku pasiekti gerą varpos erekciją, o 20% – sunku išlaikyti pakankamą erekciją lytiniam aktui atlikti. Masačusetso studija nustatė, kad 40–70 metų vyrai erekcijos nepakankamumu skundėsi dar dažniau – net 52% apklaustųjų. 1999 metais JAV atlikta studija parodė, kad 31% 18–60 metų amžiaus vyrų yra patyrę erekcijos nepakankamumą. 2000 metais Vokietijoje atlikta studija parodė erekcijos nepakankamumo dažnį vyrų amžiaus grupėse: 40–49 metų vyrų grupėje erekcijos nepakankamumu skundėsi 10%, 60–69 metų grupėje 34% ir daugiau nei 50% – vyresni kaip 70 metų vyrai. Lietuvoje, mūsų du-

menimis, apie 30% vyrų, besikreipiančių į urologą ambulatoriškai, nurodo erekcijos nepakankamumą kaip pagrindinę problemą. Tačiau, tikslingai apklausiant visus besikreipiančius, apie 80% vyrų nurodo turį didesnio ar mažesnio laipsnio erekcijos sutrikimą. Dauguma vyrų teigė, kad pagerinus erekciją, jų gyvenimo kokybė labai pagerėtų [1, 2, 3, 4].

ETIOPATOGENEZĖ

Vyro lytinis aktas yra sudėtingas procesas, ir jo sėkmė priklauso nuo visaverčių sudedamųjų dalių – libido, erekcijos, ejakuliacijos, orgazmo. Kiekviena iš šių grandžių turi savo vystymosi mechanizmą ir savo patologiją. Tačiau viena svarbiausių vyro sekso komponentų yra varpos erekcija, nes be jos lytinis aktas yra iš viso neįmanomas. Tuo tarpu kitos grandys, nors ir svarbios sekso procesui, bet tam tikromis aplinkybėmis gali būti pakeistos surogatu arba simuliuojamos. Erekcija yra sekso partnerių matomas ir jaučiamas komponentas, kurio neįmanoma kitaip pateikti. Dėl to erekcijos nepakankamumui pastaruoju metu skiriama daug dėmesio, o pats sutrikimas įvardijamas kaip liga. Nesigilindami į sudėtingus ir labai svarbius neurologinius sekso mechanizmus, panagrinėkime kai kuriuos erekcijos aspektus, reikalingus gydymo sampratai.

Esant fiziologinei erekcijai, t. y. kai sekso procesas inicijuojamas per regos, klausos, taktilinius, uodimo, skonio analizatorius, arba atminties bei įsivaizdavimo pagrindu, impulsai iš parasimpatinio nugaros smegenų erekcijos centro (S₂–S₄) per *nervi erigentes* pasiekia varpos akytkūnių endotelį ir sukelia NO susidarymą, kuris yra svarbiausia vazodilatacinė substancija, be to, pasižyminti priešuždegiminiu trombocitų agregaciją slopinančiu poveikiu. Relaksuotas erektozinis varpos audinys prisipildo kraujui, kuris neviršija sistolinio arterinio kraujospūdžio. Ta-

Adresas:

*Prof. Balys Dainys
VUL Santariškių klinikos, Nefrologijos ir urologijos centras
Santariškių g. 2, 08661 Vilnius
Tel. (8-5) 2365284*

čiau 120–130 mm Hg intakaverninio spaudimo neužtenka gerai erekcijai. Todėl iš to paties centro nugaros smegenyse impulsai pasiekia *m. bulbocavernosus*, *m. ischiocavernosus*, *m. transversus perinei*, kurie, susitraukdami iš proksimalinių akytkūnių dalių, kraują išstumia į distalines, kartu užspausdami varpos akytkūnius drenuojančias venas. Taip kraujospūdis distalinėse akytkūnių dalyse pakyla iki 250–300 mm Hg. Tokio varpos standumo visiškai pakanka lytiniam aktui atlikti [5].

Kodėl sutrinka iš pažiūros sklandus erekcijos mechanizmas? Priežasčių yra daug, tačiau pagrindinė – nepakankamas kraujo pritekėjimas į akytkūnius. Tai universalios arteriopatijos dalis, kuri čia pasireiškia kur kas anksčiau negu kitose vyro kūno dalyse ar organuose. Varpos akytkūnius aprūpina krauju 4 ilgos ir smulkios arterijos, kurias maitina vidinės klubinės arterijos šakos. Hemodinamika ilgose ir smulkiose kavernozinėse arterijose gali sutrikti labai greitai. Pavyzdžiui: jaunuolis sportuodamas užsiaugino raumenis – ir taip ilgos arterijos dar labiau išsitempė, jų spindis dar sumažėjo, nes jos nebesuspėjo „augti“ su sparčiai padidėjusia raumenų mase. Arba atvirkščiai – vyras sublogo, ir šios arterijos susivengio – hemodinamikos sąlygos jose taip pat pablogėjo. Tačiau blogiausia, kad kavernozių kraujagyslių hemodinamika nukenčia nuo jau minėtos universalios arteriopatijos – aterosklerozinių pakitimų, kurie kavernozinėse arterijose pasireiškia anksčiau negu kur nors kitur. Todėl nepakankama kraujotaka kavernozinėse arterijose, pasireiškianti erekcijos nepakankamumu, turi prognostinę reikšmę. Sakoma, kad atsiradus erekcijos sutrikimui toks vyras po 5 metų gali tikėtis širdies koronarinių arterijų problemų, o dar po 5 metų – ir smegenų arterinės kraujotakos nepakankamumo. Tokia prognozė yra grindžiama minėtų arterijų skersmens santykiu 1:5:10. Galima drąsiai teigti, kad endotelio disfunkcija pirmiausia pasireiškia kaip tik erekcijos nepakankamumu, ir tai gali padėti nustatant pirmuosius endotelio disfunkcijos požymius, o tik po to ir daug vėliau seka širdies bei neurologiniai kraujotakos sutrikimo požymiai [6].

Be kraujotakos sutrikimo kavernozinėse arterijose, yra daugelis kitų priežasčių, sukeliančių erekcijos nepakankamumą:

1. Endokrininės ligos. Visų pirma reikėtų pažymėti vyriško lytinio hormono – testosterono nepakankamumą. Tai pasitaiko esant hipogonadizmui, įvairiems genetiniams sindromams, po sėklidžių operacijų. Testosterono kiekis kartais sumažėja esant lytinei abstinencijai, sergant prostatos ligomis. Kartais būna hiperprolaktinemijos atveju, kai ryškiai sumažėja ne tik libido, bet ir lytinis vyro pajėgumas. Yra buvę, kai tokiems vyrams buvo rasta prolaktinoma. Vyro lytinė sveikata nukenčia sergant ir kitomis endokrininėmis ligomis: skydliaukės, antinksčių ir kt. Atskirai turėtų būti minima cukraligė, kuri ilgainiai sukelia sunkiai gydomą erekcijos nepakankamumą. Be pagrindinės priežasties – kraujotakos sutrikimo dėl diabetinės angiopatijos, erekciją blogina polineuropatija, nefropatija, nestabili glikemija.

2. Neurologinės ligos. Tai pirmiausia neurodegeneracinės Alzheimerio, Parkinsono ir kitos ligos, galvos bei nu-

garos smegenų traumos, dekompensuotos stuburo diskų išvaržos [8].

3. Yra nemažai vaistų, silpninančių erekciją, – tokių medikamentų yra per šimtą. Tokiomis savybėmis pasižymi arterinei hipertenzijai gydyti skirti vaistai, ypač betablokatoriai, kalcio kanalų blokatoriai, trankvilantai, antidepressantai, H₂ antagonistai, citostatikai, hormonai (estrogenai, progestinai, kortikosteroidai), narkotikai, tarp jų net ir silpnieji [9].

Čia kalbėjome apie vadinamąsias organinės erekcijos nepakankamumo priežastis, t. y. kai tirdami ligonį galime nustatyti tam tikrus sutrikimus ar ligas, sukeliančias objektyvius nukrypimus nuo normos, pasireiškiančius laboratorinių, funkcinų, radiologinių ar kitų duomenų pakitimais. Tačiau egzistuoja grupė ligonių, kurių visi objektyvūs rodikliai yra normalūs, o lytiniai santykiai nepavyksta dėl nepakankamos erekcijos. Tai paprastai jauni arba vidutinio amžiaus vyrai, neturintys jokių sveikatos sutrikimų. Tai psichologinės erekcijos sutrikimo priežastys. Klasikinis tokio erekcijos nepakankamumo pavyzdys – jaunam vyrui dėl emocinio streso nepavyko lytiniai santykiai su nauja partnere. Dėl to jam buvo nesmagu, jaunuolis labai sielojosi. O gal dar ir partnerė nevykusiai pajuokavo ar kokį netinkamą žodį pasakė. Tokio jaunuolio mintys sukasi vien apie tai, kad tik kitą kartą viskas būtų gerai. Tačiau ir antras kartas abiejų partnerių lūkesčių vėl nepateisina. Po kelių nepavykusių lytinių santykių toks vyras pradeda jų vengti, vystosi koitofobija arba, dar blogiau, – femiofobija. Be grynai psichologinio erekcijos nepakankamumo, pasitaiko ir mišrių atvejų, kai esant nedideliame erekcijos sutrikime dėl organinių priežasčių prisideda psichologinis komponentas. Pavyzdžiui, vidutinio amžiaus vyras su įprasta partnere dėl erekcijos didesnių problemų neturi, tačiau su nauja partnere dėl psichologinio krūvio patiria vieną nesėkmę po kitos. Grynai psichologinio pobūdžio erekcijos sutrikimų nėra daug. Literatūros duomenimis, šie skaičiai svyruoja nuo 5 iki 20%. Yra tyrinėtojų, kurie nurodo net 40%, tačiau akivaizdu, kad tai per daug, nebent buvo tyrinėjama jaunų vyrų grupė. Tiriant vyrus grynai su psichologiniu erekcijos nepakankamumu, jokių objektyvių kavernozių kraujagyslių hemodinamikos sutrikimų nerandama. Manoma, kad tuo metu, kai vyras patiria psichologinę įtampą, spazmuoja ne tik koronarines širdies kraujagysles, bet ir kavernozinės arterijos. Suprantama, kad dėl spazmo kur kas labiau nukenčia smulkesnių arterijų kraujotaka. Jeigu tokiam vyrui pavyksta lytiniai santykiai, jis atgauna pasitikėjimą savo jėgomis, dingsta visos fobijos, ir toliau viskas klostosi gerai.

EREKCIJOS SUTRIKIMŲ PROFILAKTIKA

Erekcijos sutrikimą inicijuoja kavernozių arterijų endotelio disfunkcija. Kadangi šis procesas paliečia ir širdies, galvos smegenų, periferines ir kitas arterijas, todėl erekcijos sutrikimų rizikos veiksniai yra tokie patys kaip ir išeminės širdies, smegenų, inkstų ar periferinių kraujagyslių

ligų. Dislipidemija, cukraligė, viršsvoris, hipodinamija, arterinė hipertenzija, rūkymas ir kiti žalingi įpročiai, įvairūs medžiagų apykaitos sutrikimai yra bendros endotelio funkcijos sutrikimų priežastys, tačiau pirmiausia sutrikdančios kavernoziųjų arterijų kraujotaką. Kol kas dar nėra išrasto metodo, kaip galima būtų nustatyti endotelio disfunkciją būtent kavernoziuose arterijose. Jeigu toks metodas egzistuotų, jo vertė būtų tiesiog neįkainojama ne tik urologams, bet ir kardiologams, neurologams ar angiologams. Dabar apie kavernoziųjų arterijų pažeidimą sprendžiamame netiesiogiai pagal kitų kraujagyslių – koronarinių širdies arterijų, kaklo ir kitų arterijų pažeidimą. Deja, kai konstatuojami minėtų kraujagyslių endotelio pakitimai, kavernoziinės kraujagyslės jau būna seniai užakusios. Įprasti arterijų tyrimo būdai – angiografija, doplerinis tyrimas, KT ir kiti metodai kavernoziinėms arterijoms tirti dėl jų smulkumo ir „nepatogios“ topografinės padėties netinka. Dopleruojant galima nustatyti tik nugarinių varpos arterijų ir giliųjų kavernoziųjų arterijų kraujotakos sutrikimo laipsnį, o ne endotelio pakitimus, kitaip tariant – konstatuojame ne priežastį, o tik pasekmę. Pastaruoju metu siūloma pagal miego arterijos endotelio sustorėjimą netiesiogiai spręsti apie kavernoziųjų arterijų pažeidimą [10]. Gal neurologams ši informacija ir yra savalaikė, tačiau urologams ji dažnai būna pavėluota. Siūloma daryti mikroalbuminurijos testą, siekiant nustatyti endotelio disfunkcijos pradžią. Manoma, kad mikroalbuminurija gali parodyti ankstyvus inksto kamuolėlio sienelės pakitimus, todėl šis testas plačiai taikomas diabetinei ar hipertenzinei nefropatijai diagnozuoti. Darbų, kurie rodytų koreliaciją tarp mikroalbuminurijos atsiradimo ir erekcijos sutrikimo pradžios, rasti nepavyko. Panašu, kad šis būdas nėra patikimas gresiančiam erekcijos sutrikimui diagnozuoti, nes mikroalbuminurija priklauso ne vien nuo inksto kamuolėlio kapiliarų pralaidumo, bet ir nuo inksto kūnelio kanalėlių funkcijos. Todėl mikroalbuminurija gali būti per daug vėlyvas endotelio disfunkcijos rodiklis. Šiuo metu vienintelis plačiai prieinamas būdas ankstyvam vyro varpos arterinės kraujotakos pablogėjimui nustatyti yra *a.dorsalis penis* ir *a.profunda penis* dopleravimas. Tokiu būdu galima anksti nustatyti kraujotakos pablogėjimą, net kai dar nėra žymesnio erekcijos sutrikimo, ir laiku rekomenduoti gydymą.

Apie sveiko gyvenimo būdo, minėtų endotelio disfunkcijos rizikos veiksnių reikšmę daug kalba kardiologai, todėl čia plačiai apie tai nekalbėsime. Privalu tik kiek apsisiti ties aršiausiu vyrų varpos erekcijos priešu – rūkymu. JAV buvo dvejus metus sekamos rūkančių ir nerūkančių vyrų grupės. Tarp visiška lytinę negalią turinčių vyrų 56% buvo rūkaliai ir tik 21% nerūkantys vyrai. Tyrimo metu buvo bandoma rasti ryšį tarp per dieną surūkytų cigarečių skaičiaus, rūkymo stažo ir erekcijos sutrikimų atsiradimo laiko. Nustatyta, kad surūkant pakelį cigarečių per dieną, pirmieji erekcijos sutrikimo požymiai atsiranda jau po pusės metų. Nustatyta, kad pavojingiausias vyrų lytiniam pajėgumui yra nikotinas, kurio veikimo mechanizmas yra šis:

1. Rūkaliams kur kas anksčiau negu nerūkantiems nustatoma endotelio disfunkcija, dėl kurios atsiranda morfologinių pakitimų, kurie yra aterosklerozės susidarymo židiniai. Organinius kraujagyslių pakitimus didina nikotino sukeltas jų spazmas. Kaip minėta, dėl tokių pakitimų pirmiausia nukenčia smulkios kraujagyslės, kokios yra varpa kraujui aprūpinančios arterijos.

2. Nikotinas ir kitos toksinės tabako dūmų medžiagos didina fibrinogeno kiekį kraujyje, skatina trombocitų agregaciją, aktyvina lipidų aterogeniškumą.

3. Nikotinas slopina vyro sėklidžių funkciją, dėl to sumažėja jų išskiriamo testosterono kiekis rūkančių vyrų kraujyje. Testosteronas yra būtinas ne tik vyro lytiniam geismui, bet ir yra svarbus komponentas pakankamai erekcijai.

4. Kiti tabako dūmų komponentai, dervos, fenolai, anglies viendeginis sukelia deguonies trūkumą ne tik sėklidėse, bet ir varpoje. Ypač jautrus deguonies trūkumui varpos akytkūnių balzganasis dangalas, kuris praranda elastingumą ir ima degeneruoti. Dėl pablogėjusio elastingumo sutrinka veno-okliuzinis mechanizmas, todėl net ir pakankamai pritekant kraujo į akytkūnius, jis kaipmat nuteka „neuždarytomis“ drenuojančiomis venomis. Be to, blogo elastingumo balzganasis dangalas nepakankamai išsitempia, todėl varpa praranda buvusią formą ir gabaritus [12, 13, 14].

GYDYMAS

Iš antikos laikų mus pasiekė mechaninė priemonė vyro varpos erekcijos nepakankamumui gydyti – tai elastinis žiedas, kuris uždedamas ant varpos pagrindo jai esant erekcijos būklėje. Tokiu būdu užspaudžiant drenuojančias venas, pasiekama erekcija. Toks elastinis žiedas naudojamas dar ir dabar, kai naudojant vakuuminį siurblių sukeliama erekcija ir ties varpos pagrindu uždedamas toks žiedas. Tai mechaninės priemonės, ir jos nėra labai populiaros. Šiuo metu labiausiai paplitęs medikamentinis gydymas. Erekcijai gydyti naudojami medikamentai skirstomi į centrinio, mišraus ir periferinio veikimo vaistus.

Centrinio veikimo vaistams priskiriamas dopamino receptorių agonistas apomorfinas, Lietuvoje žinomas Upri-ma pavadinimu. Jo tabletė dedama po liežuviu, ir veikimas pasireiškia po 25–30 minučių. Šis vaistas ne tik pagerina erekciją, bet ir sustiprina lytinį geismą. Geras šio vaisto efektas būna, kai yra psichogeninis erekcijos sutrikimas, o varpa aprūpinančios kraujagyslės yra geros ir jų hemodinamika nenukentėjusi. Kai yra žymus organinis jų pažeidimas, gero efekto tikėtis sunku.

Mišraus veikimo vaistas yra augalinės kilmės preparatas johimbinas. Tai noradrenerginių receptorių agonistas, kuris kartu pasižymi ir periferiniu veikimu kaip selektyvus α_2 adrenoreceptorių blokatorius.

Populiariausi šiuo metu yra periferinio veikimo vaistai. Svarbiausi iš jų yra 5-osios fosfodiesterazės (FDE₅) inhibitoriai: viagra, cialis ir levitra. Jie tinka tiek psichogeninės,

tiesioginės kilmės erekcijos sutrikimams gydyti. Šie vaistai gerina magistralinę ir kolateralinę mažojo dubens ir varpos arterinę kraujotaką. Jie lytinio potraukio nepagerina, orgazmo nesustiprina, ejakuliacijos nesureguliuoja. Tyrimai parodė, kad vaistai neturi neigiamo poveikio spermoms kokybei, neiškreipia spermoms genetinės informacijos, t. y. nesukelia apsigimimų. Šie trys vaistai turi bendrą kontraindikaciją – jie nevertotini kartu su širdies nitratais, nes gali sustiprinti jų veikimą ir sukelti užsitęsusią arterinę hipotenziją. Visų šių vaistų cheminė struktūra panaši: visos trys substancijos iš virškinamojo trakto greitai rezorbuojasi, koncentracijos pikas kraujyje susidaro po 1 val., išgėrus viagre ar levitros tabletę, ir po 2 val., išgėrus cialio tabletę. Riebus maistas šių vaistų rezorbciją šiek tiek sulėtina. Labiausiai iš šių trijų vaistų yra ištyrinėta viagra, ir iki šiol šis vaistas lieka baziniu gydant erekcijos nepakankamumą. Pagal šį vaistą yra lyginamas kitų vaistų veiksmingumas. Tačiau kiekvienas iš šių vaistų turi tam tikrų specifinių savybių ir farmakodinamikos niuansų. Cialio didžiausia koncentracija kraujyje pakyla lėčiau, tačiau jo veikimas trunka ilgiau – iki 36 valandų. Levitra ryškiau pagerina hemodinamiką arteriolėse, todėl ji geriau tinka diabetikams. Paskelbta studijų, kurios rodo, kad viagre naudojimas nepadidina mirtingumo nuo širdies-kraujagyslių ligų, o atvirkščiai, vyrų grupėje po persirgto miokardo infarkto reguliariai naudojant viagrą žymiai sumažėjo pakartotinio infarkto rizika. Viagra sėkmingai taikoma gydyti plautine hipertenzijai [15].

Periferiniu lokaliu veikimu pasižymi vaistai, skirti intrakaverninėms injekcijoms. Tai anksčiau naudotas papaverinas, fentolaminas. Šiuo metu tam tikslui naudojamas saugus ir efektyvus sintetinis prostaglandinas – alprostadilis (Caverject). Šis vaistas skiriamas, kai yra žymus organinis pakenkimas, bloga varpos magistralinė ar kolateralinė kraujotaka ir peroraliniai vaistai nepadeda. Intrakaverninės injekcijos gerai tinka spinaliniams ligoniams ir sergant kitomis sunkiomis nervų sistemos ligomis. Šiuos vaistus taip pat galima skirti ir esant psichogeniniam erekcijos sutrikimui. Vyras, kuriam kelis kartus lytiniai santykiai gerai pavyksta, įgauna pasitikėjimo savo jėgomis, o tai yra pati geriausia psichoterapija [16, 17].

Tais atvejais, kai varpos kraujotaka yra bloga ir nei peroraliniai vaistai, nei intrakaverninės injekcijos nepadeda, tenka griebtis operacijos. Rekonstrukcinės varpos kraujagyslių operacijos, siekiant revaskuliarizuoti išemiską vyro varpą, atliekamos retai ir jų rezultatai nėra geri. Pastaruoju metu vis populiareni tampa varpos implantai. Tai į varpą operaciniu būdu įterpiami specialios konstrukcijos stiebeliai. Yra kelių rūšių varpos implantų. Moderniausi yra hidrauliniai implantai, kai specialiu po oda esančiu siurbliu perpumpuojamas skystis iš specialaus rezervuaro į kavernoziniuose kūnuose esančius tuščiavidurius cilindrus, kuriems prisipildžius įvyksta varpos erekcija. Gamintojai tokiems įtaisams garantuoja ilgalaikį funkcionavimą.

Lietuvoje šiuo metu galima įsigyti ir kitų vyrų lytinę potenciją gerinančių vaistų, kurie parduodami ne tik vaistinėse, bet ir sekso reikmenų parduotuvėse: jų sudėtyje yra augalinių komponentų, vitaminų, mikroelementų, orga-

nizmą tonizuojančių sudedamųjų dalių ir kt. Dažnai jų poveikis nėra stiprus, tačiau tam tikrais atvejais, kai reikia daugiau psichoterapinio efekto, tokie vaistai neblogai veikia. Gydant ligonius (ypač jaunos vyrus) su erekcijos sutrikimais, kai ištyrus nerandama organinių pokyčių, o vyrauja įvairios fobijos, labai svarbus gydytojo subtiliai optimistiškas pokalbis, padrašinantis žodžiai. Kartais pakanka vien tokio psichoterapiškai orientuoto pokalbio. Pasitaiko, kad partneriai taiko tik vieną sueities poziciją, kuri galbūt reikalauja ypač geros erekcijos. Patarus kitas „lengvesnes“ pozicijas, kartais net nebūtina skirti vaistų – erekcija tampa visai pakankama, patenkinanti abu lytinius partnerius.

Ar neurologai turi teirautis paciento apie jo lytinę funkciją? Atsakymas vienareikšmis. Apie tai turi būti diskutuojama ir su pacientu aptariama. Tai svarbu gydant ne tik šį sutrikimą, bet ir prognozuojant širdies-kraujagyslių bei kai kurias neurologines ligas. Pastaruoju metu daug dirbantys, stresą darbe patiriantys vyrai mano, kad potencija pablogėja dėl minėtų priežasčių, tačiau tyrimai rodo, kad neretai tokiais atvejais būna kaltas ne stresas, o organiniai kraujagyslių pakitimai [18, 19].

Erekcijos sutrikimas yra liga ir ją būtina gydyti, nes lytiniai santykiai turi ne tik demografinės, ne tik rekreacinės, bet ir gydomosios reikšmės, o ką jau kalbėti apie gyvenimo kokybę. Vyras, neturintis reguliarių lytinių santykių, neretai skundžiasi prostatos, sėklinių pūslelių negalavimais ir net piktybiniais augliais. Erekcijos nepakankamumas neretai sukelia diskomfortą vyro gyvenime, ilgainiui atsiranda tam tikrų charakterio pokyčių ar net sudaro psichosocialinių ir neurologinių problemų.

Gauta:
2005 02 18

Priimta spaudai:
2005 03 14

Literatūra

1. Kirby R, Carson C, Goldstein I. Erectile dysfunction. Oxford, 1999. 111.
2. Shabbir M, Mikhailidis DM, Morgan RJ. Erectile dysfunction: an underdiagnosed condition associated with multiple risk factors. *Current medical research and opinion* 2004; 20: 603–6.
3. Rosen RC, Fisher WA, Eardley I, et al. The multinational men's attitudes to life events and sexuality (MALES) study: 1. Prevalence of erectile dysfunction and related health concerns in the general population. *Current medical research and opinion* 2004; 20: 607–17.
4. Laumann EO, Nicolosi A, Glasser DB, et al. Sexual problems among women and men aged 40–80 y: prevalence and correlates identified in the global study of sexual attitudes and behaviors. *International Journal of Impotence Research* 2004; 1: 1–19.
5. Gline S, Puech-Leao P, Reis JM, et al. Dysfunction sexual masculina. *Instituto M Ellis* 2004; 407.
6. Endemann DH, Schiffman EL. Endothelial dysfunction. *J Am Soc Nephrol* 2004; 15: 1983–92.
7. Lue TF, Basson R, Rosen R, et al. Sexual medicine. Sexual dysfunctions in men and women. Paris, 2004; 982.

8. Eardley I, Dean J, Barnes T, et al. The sexual habits of British men and women over 40 years old. *BJU International* 2004; 93: 563-7.
9. Holmes S, Kirby R, Carson C. Male erectile dysfunction. Oxford, 1997; 56.
10. Althof SE, Carppelleri JC, Shpilsky A, et al. Treatment responsiveness of the self-esteem and relationship questionnaire in erectile dysfunction. *Urology* 2003; 61: 888-92.
11. Bocchio M, Scarpelli P, Necozone S, et al. Intima-media thickening of common carotid arteries is a risk factor for severe erectile dysfunction in men with vascular risk factors but no clinical evidence of atherosclerosis. *J Urology* 2004; 173: 526-9.
12. Corbin JD, Francis SH, Webb DJ. Phosphodiesterase type 5 as a pharmacologic target in erectile dysfunction. *Urology* 2002; 60: 4-11.
13. Carson CC, Burnett AL, Levine LA, et al. The efficacy of sildenafil citrate (Viagra) in clinical populations: an update. *Urology* 2002; 60: 12-27.
14. Derby CA, Mohr BA, Goldstein I, et al. Modifiable risk factors and erectile dysfunction: can lifestyle change modify risk? *Urology* 2000; 56: 302-6.
15. Sanchez Ramos A, Vidal J, Jaurequi ML, et al. Efficacy, safety and predictive factors of therapeutic success with sildenafil for erectile dysfunction in patients with different spinal cord injuries. *Spinal Cord* 2001; 39: 637-43.
16. Seidman SN, Roose SP, Menza MA, et al. Treatment of erectile dysfunction in men with depressive symptoms: results of a placebo-controlled trial with sildenafil citrate. *Am J Psychiatry* 2001; 158: 1623-30.
17. McCullough AR, Barada JH, Fawzy A, et al. Achieving treatment optimization with sildenafil citrate (Viagra) in patients with erectile dysfunction. *Urology* 2002; 60: 28-38.
18. Chew KK, Earle CM, Stuckey BG, et al. Erectile dysfunction. *Int J Impot Res* 2000; 12: 41-5.
19. DeBusk RF, Pepine CJ, Glasser DB, et al. Efficacy and safety of sildenafil citrate in men with erectile dysfunction and stable coronary artery disease. *Am J Cardiol* 2004; 93: 147-53.

B. Dainys

ERECTILE DYSFUNCTION AND TREATMENT

Summary

About 30% of males attending urologist in Lithuania have erectile dysfunction and 80% of all urological cohort have more or less expressed symptoms. Erection is one of most important part of male sex. Main reasons of erectile dysfunction are: smoking, overweight, inactivity, hypertension, medications, diabetes. First step of erectile insufficiency is endothelial dysfunction, which develops into stenosis or occlusion of penile arteries. There are psychogenic reasons of erectile dysfunction. Most popular medication for treatment of erectile dysfunction are phosphodiesterase type 5 inhibitors.

Keywords: erectile dysfunction, endothelial dysfunction, phosphodiesterase type 5 inhibitors.