

# Zaburzenia sprawności seksualnej u mężczyzn

Zaburzenia erekcji to obecnie najczęściej spotykany problem seksualny u mężczyzn. Dotyczy średnio 10% populacji i ponad 50% mężczyzn po czterdziestce.

Zarówno kobiety, jak i mężczyźni czują się zwykle bezsilni wobec spotykających ich problemów seksualnych. Kobiety radzą się głównie swojego ginekologa (co dziesiąta Polka zasięga porady dotyczącej problemów swoich i partnera), ale aż 96% mężczyzn w ogóle nie zgłasza się do specjalistów z problemami seksualnymi.

Zaburzenia erekcji określane są jako utrzymująca się niezdolność do osiągnięcia i utrzymania wzwodu, uniemożliwiająca prowadzenie satysfakcjonującego życia płciowego.

Na prawidłowe funkcjonowanie seksualne mężczyzny składają się:

- popęd seksualny,
- okres inicjujący,
- okres zasadniczej erekcji,
- orgazm,
- ejakulacja,
- okres niewrażliwości na bodźce.

Prawidłowy przebieg erekcji wymaga udziału i współdziałania czynników psychologicznych, hormonalnych, neurologicznych oraz integralności strukturalnej ciał jamistych. Już zaburzenie jednego z tych czynników może doprowadzić do zaburzeń erekcji.

Ośrodkowy układ nerwowy gromadzi wszystkie informacje pochodzące z narządów zmysłów, takich jak wzrok, słuch, węch, dotyk, a po ich skoordynowaniu i powiązaniu z czynnikami wywołującymi erekcję, wysyła do rdzenia kręgowego.

Obwodowy układ nerwowy uczestniczący w erekcji to część współczulna, znajdująca się w odcinku piersiowo-lędźwiowym i przywspółczulna w od-

cinu krzyżowym. Pobudzenie układu przywspółczulnego wzmacnia erekcję, natomiast hamuje ją układ współczulny. Stan zwiotczenia prącia jest wynikiem przewagi układu współczulnego, a warunkiem wzwodu jest m.in. jego blokowanie. Aktywność układu nerwowego jest regulowana poprzez działanie neuroprzekaźników, m.in. acetylocholino czy adrenaliny, lecz nie są to jedyne substancje chemiczne, które biorą czynny udział zarówno w wywoływaniu, jak i hamowaniu erekcji. Za wzwód odpowiada również produkowany w śródbłonku ciał jamistych tlenek azotu. Związek ten przy współudziale cyklazy guanylowej oraz jonów wapnia odpowiada za relaksację mięśni gładkich, co jest niezbędnym warunkiem erekcji. W okresie bez erekcji prącia, kiedy dominuje pobudzenie współczulne, mięśnie gładkie tętniczek ślimakowatych i ciał jamistych są w stanie tonicznego skurczu. Rozkurcz tych mięśni powoduje napływ krwi z tętnic głębokich do zatok ciał jamistych prącia. Po osiągnięciu określonej objętości ciał jamistych, uciskają one na otoczkę białawą, pod którą przebiegają żyły zbiorcze, odprowadzające krew do żyły głębokiej prącia. Powoduje to zamknięcie ich światła i prowadzi do zmniejszenia odpływu żylnego, co określa się mianem mechanizmu weno-olkuzyjnego.

Dla kontroli czasu trwania erekcji i stężenia cGMP uruchamiany jest mechanizm degradacji cGMP do GMP. Odbywa się to z udziałem fosfodiesterazy (PDE5), zaś wprowadzenie leków będących jej inhibitorami stało się początkiem nowej rewolucji seksualnej.

W uproszczeniu zaburzenia erekcji można podzielić na:

- krążeniowe: grupa ta obejmuje prawie połowę przypadków zaburzeń erekcji i jest związana głównie z miażdżycą, a także z nadciśnieniem tętniczym i zmianami poudarowymi w mózgu,
- hormonalne: nie są zbyt rozpowszechnione; wbrew temu, co sądzi wielu mężczyzn, stanowią około 9% przypadków zaburzeń erekcji, najliczniej występują w wieku andropauzy,
- neurogenne: wtórne do chorób i przebytych urazów kręgosłupa (tu znajduje się ośrodek erekcji), ale też do chorób mózgu (np. stwardnienie rozsiane) i nerwów obwodowych (neuropatia – alkoholowa, cukrzycowa, po urazach i operacjach w obrębie miednicy mniejszej itp.),
- psychogenne: częściej spotykane u młodszych mężczyzn; przyczyną są lęki, nastawienie zadaniowe, zahamowania na tle seksualnym, napięcia sytuacyjne, niepewność siebie w roli partnera, obawy przed ośmieszeniem,
- mieszane: różne kombinacje wymienionych przyczyn impotencji zdarzają się w niektórych chorobach przewlekłych, np. w cukrzycy; to zespół czynników obejmujących zmiany w naczyniach – mikro- i makroangiopatię, neuropatię i zaburzenia hormonalne.

Należy podkreślić, że zaburzenia erekcji często są pierwszym i niejednokrotnie jedynym objawem ujawniających się w następnych latach chorób układu sercowo-naczyniowego, choroby niedokrwiennej serca, depresji i cukrzycy.

Za prawidłową erekcję odpowiada współgranie trzech układów: układu nerwowego, ośrodkowego i obwodowego, naczyń krwionośnych (tętnic prącia) oraz odpowiednich mięśni gładkich.

Standard diagnostyczny w zakresie zaburzeń potencji powinien obejmować

wywiad, badania laboratoryjne i prosty test wydolności organizmu.

Wywiad powinien zgromadzić informacje związane z:

- istniejącymi lub podejrzanymi chorobami przewlekłymi, takimi jak cukrzyca, nadciśnienie tętnicze, hipercholesterolemia, choroby układu sercowo-naczyniowego, choroby obwodowych naczyń krwionośnych, zaburzenia hormonalne, depresja, choroby reumatyczne, zaburzenia funkcji nerek oraz przebytymi operacjami i urazami rdzenia kręgowego lub w obrębie miednicy,
- czynnikami związanymi ze stylem życia, takimi jak palenie papierosów, picie alkoholu, branie narkotyków i nadwaga,
- zażywaniem lekami, zwłaszcza beta-blokerami, antydepresantami, diuretykami tiazydowymi i nitratami,
- jakością życia seksualnego, gdzie należy zwrócić szczególną uwagę na:
  1. nasilenie, ewentualną przyczynę i częstość występowania zaburzeń erekcji (jaki są ranne, dzienne, nocne erekcje członka; czy erekcje są niepełne jedynie w pewnych pozycjach, całkowite, przed immisją, w momencie rozpoczynania współżycia, w trakcie stosunku, niezależnie od aktywności partnerki),
  2. wszelkie zaburzenia odczuwania popędu seksualnego, ejakulacji czy orgazmu,
  3. pojawienie się zaburzeń psychologicznych i socjalnych, które mogą mieć związek z partnerem seksualnym, sytuacjami w pracy, domu.

Badania laboratoryjne powinny objąć:

- badania podstawowe – poziom glukozy, lipidów, kreatyniny,
- badania hormonalne – poziom prolaktyny i testosteronu (a w przypadku jego niedoboru – także poziom wolnego testosteronu, DHEAS i hormonu luteinizującego) w surowicy.

U pacjentów ze zdiagnozowaną chorobą układu sercowo-naczyniowego, prosta ocena wydolności fizycznej – wejście bez problemu na 2. piętro czy spacer szybkim marszem przez 10–15 minut bez duszności – pozwala ocenić ryzyko zaburzeń sercowo-naczyniowych w trakcie współżycia jako niewielkie.

### Najczęstsze choroby związane z zaburzeniami potencji

#### Miażdżycyca

W większości przypadków przyczyną problemów ze wzrodem jest niewystarczający dopływ krwi do prącia. Miażdżycyca, przez wbudowywanie składników tłuszczowych oraz mineralnych w ściany naczyń krwionośnych zawęża ich światło. Dodatkowo z wiekiem obserwuje się utratę elastyczności naczyń tętniczych, które stopniowo stają się sztywne. Główne czynniki ryzyka miażdżycy to palenie tytoniu (5-krotny wzrost ryzyka), cukrzyca (3-krotny wzrost), nadciśnienie tętnicze, hipercholesterolemia i hiperfibrynogenemia (2-krotny wzrost). Typ aortalno-udowy miażdżycy może doprowadzić do niedrożności tych naczyń. Mimo że krążenie odbywa się naczyniami bocznymi, rozwija się triada charakterystycznych objawów zwanych zespołem Leriche'a – impotencja, brak tętna w pachwinach i chromanie przestankowe. Ból nóg podczas poruszania się

(chromanie przestankowe) towarzyszy wzmożona wrażliwość stóp na niską temperaturę.

#### Cukrzyca

Kłopoty w życiu seksualnym mężczyźni z cukrzycą są złożone i bardzo częste. Zmiany o typie makroangiopatii oraz mikroangiopatii, lokalizując się w obrębie tętnic i tętniczek prącia, prowadzą do niewystarczającego napływu krwi i w związku z tym uniemożliwiają powstanie pełnego wzwodu. Ponieważ w neuropatii autonomicznej, w przebiegu cukrzycy, najpierw ulega uszkodzeniu układ parasympatyczny, pojawiają się zaburzenia erekcji przy zachowanej ejakulacji, która pozostaje pod wpływem układu sympatycznego (czasem może dojść do wstecznej ejakulacji do pęcherza moczowego). Nie można także pominąć zaburzeń glikacji kolagenu, które mogą mieć miejsce w obrębie ciał jamistych. U pacjentów z cukrzycą należy zwrócić uwagę na obecność chorób towarzyszących, szczególnie nadciśnienia tętniczego i przyjmowanych leków hipotensyjnych.

#### Obturacyjny bezdech senny

Banalne chrapanie w nocy może być zwiastunem obecności poważnego schorzenia, związanego z zaburzonym lub zablokowanym napływem powietrza przez gardło podczas snu, pomimo zachowanej aktywności mięśni oddechowych. Charakterystyczne dla tej choroby są bezdechy senne (za-



**Proxeed® Plus**  
Rovers Polska

Proxeed® Plus jest suplementem diety zawierającym zestaw odpowiednich składników wpływających na poprawę jakości nasienia. Składniki Proxeed® Plus synergicznie oddziałują na określone drogi przemian metabolicznych. Preparat zaleca się przede wszystkim dla mężczyzn, u których potwierdzona została słaba jakość nasienia (asteno- lub oligoastenospermia), natomiast w ramach profilaktyki rekomendowany jest parom planującym dziecko. PROXEED® Plus dostępny jest w formie proszku rozpuszczalnego w wodzie lub soku pomarańczowym. Powinien być przyjmowany 2x dziennie po 1 szaszetce.

trzymanie oddechu na ponad 10 sekund) i okresowe sptyczenie oddychania. Najważniejszym czynnikiem ryzyka obturacyjnego bezdechu sennego jest otyłość, następnie duży obwód szyi, palenie oraz spożywanie alkoholu przed snem. Chorych charakteryzuje przewlekła senność wskutek braku prawidłowego wypoczynku w nocy. Choroba zmniejsza sprawność seksualną na dwu płaszczyznach. Skrócenie czasu snu głębokiego powoduje obniżenie poziomu testosteronu, zaś wtórne zaburzenia emocjonalne, zaburzenia koncentracji i depresja wiążą się z zaburzeniami erekcji.

## Hipogonadyzm

Marskość wątroby, zwłaszcza alkoholowa (tu podejrzewa się głównie bezpośredni wpływ alkoholu, a nie tylko samą niewydolność wątroby), związana jest ze zmniejszeniem stężenia testosteronu i zwolnieniem przemian estrogenów, co łącznie powoduje feminizację, hipogonadyzm i zaburzenia wzrodu.

Każda niedoczynność przysadki przez zaburzenie produkcji gonadotropin wiąże się z niedoborem testosteronu i zaburzeniami wzrodu. W ostatnim czasie dowiedziono, że w przypadku uszkodzenia mózgu – urazowego lub udaru mózgu – wielokrotnie częściej, niż do tej pory przyjmowano, dochodzi do zaburzenia wydzielania hormonów przysadkowych.

Z hipogonadyzmem wiążą się wszelkie poważne choroby jąder – wnetrostwo, dysgeniezja jąder, guzy jąder, następstwa urazów, niedokrwienia czy zapalenia jąder.

Z chorób genetycznych najczęstszy jest zespół Klinefeltera, związany z obecnością dodatkowego chromosomu X (47, XXY).

Hipogonadyzm w przypadku nadmiaru sterydów w organizmie (endogen-

nych – w zespole Cushinga lub egzogennych – w leczeniu chorób reumatologicznych i u sportowców stosujący doping) powodowany jest spadkiem aktywującego działania podwzgórza na przysadkową produkcję gonadotropin.

Późny hipogonadyzm, czyli andropauza, nie jest tak częstą przyczyną zaburzeń erekcji, jak do niedawna sądzono. Medycyna definiując starość jako wiek powyżej 65. roku życia, tworzy sztuczny podział, a starość wcale nie jest równoznaczna z andropauzą. Proces starzenia jest zjawiskiem bardzo indywidualnym i zależnym od sytuacji życiowej, ogólnego stanu zdrowia, schorzeń towarzyszących i samopoczucia. Znaczenie ma również psychiczne nastawienie zarówno do postępującego w procesie starzenia obniżenia sprawności intelektualnej i fizycznej, jak i sprawności seksualnej. Rzeczywiście, z wiekiem następuje stopniowe upośledzenie funkcji wielu układów hormonalnych, objawiające się obniżeniem stężenia hormonów oraz ich biologicznej aktywności i stwierdza się wtedy również spadek poziomu testosteronu i jego pochodnych we krwi. Objawy nadmiernie obniżającego się z wiekiem poziomu testosteronu są oczywiste i jako takie powinny być leczone:

- utrata pożądania seksualnego (libido),
- obniżona aktywność seksualna oraz jakość i częstość erekcji,
- pogorszenie samopoczucia, zmęczenie, pogorszenie nastroju, drażliwość,
- zmniejszenie masy mięśniowej, siły i energii,
- zwiększenie ilości tkanki tłuszczowej,
- zaburzenia snu, zwiększenie potliwości, suchość skóry, niedokrwistość i obniżenie gęstości kości, prowadzące do osteoporozy.

## Hiperprolaktynemia

Zwiększony poziom prolaktyny najczęściej występuje w guzach prolak-

tynowych przysadki mózgowej. Hiperprolaktynemia u mężczyzn powoduje hipogonadyzm, ginekomastię, osłabienie libido i zaburzenia wzrodu. W różnicowaniu choroby oprócz innych guzów czy urazów mózgu należy uwzględnić kilka stanów:

- niewydolność wątroby lub nerek – spowolnienie przemian prolaktyny,
- niewyrównaną niedoczynność tarczycy – wzrost poziomu podwzgórzowej TRH zwiększa produkcję prolaktyny,
- hiperprolaktynemię czynnościową – nieprawidłowe i nadmierne wydzielanie prolaktyny na skutek różnych bodźców (np. stres).

Ważne i niedoceniane jest to, że niektóre szeroko stosowane leki podwyższają poziom prolaktyny:

- H<sub>2</sub>-blokery – cymetydyna, ranitydyna,
- leki przeciwnadciśnieniowe – wera-pamil, spironolakton, metyldopa,
- blokery receptora dopaminowego – metoklopramid,
- leki przeciwdepresyjne – imipramina, amitryptylina,
- leki neuroleptyczne – promazy-na, sulpiryd, haloperidol,
- opioidy.

## Inne przyczyny zaburzeń potencji

### Wpływ leków

Negatywny wpływ na funkcje seksualne (poza wyżej wymienionymi lekami) dotyczy:

- leków przeciwnadciśnieniowych – diuretyki tiazydowe i betablokery,
- leków antyarytmicznych – digoksyna, amiodaron,
- leków przeciwdepresyjnych – inhibitory zwrotnego wychwytu serotoniny,
- leków wpływających na gospodarkę hormonalną – ketokonazol, antyandrogeny, agoniści gonadoliberyny.

## Choroby prostaty – przerost i rak

W przypadku leczenia łagodnego rozrostu prostaty, po niektórych lekach można zaobserwować utrudnione osiąganie wzwodu, zmniejszenie popędu płciowego lub występowanie wytrysku wstecznego. Leczenie chirurgiczne rozrostu może spowodować uszkodzenie naczyń krwionośnych i nerwów, biorących udział w mechanizmie wzwodu.

Leczenie raka prostaty wiąże się z zaburzeniami erekcji, co łączy się z definicją celu leczniczego – zniwelowanie poziomu testosteronu. Historycznie stosowano kastrację chirurgiczną, obecnie farmakologiczną – analogi gonadoliberyny (GnRH) podawane podskórnie hamują produkcję gonadotropin i docelowo – produkcję hormonów płciowych.

## Zaburzenia psychogenne

Ten rodzaj zaburzeń erekcji występuje najczęściej u młodych pacjentów poniżej 35. roku życia, zaś po 50. roku życia zjawisko to jest obserwowane u co dziesiątego mężczyzny. Podstawowym elementem diagnostycznym, mającym istotny wpływ na dalsze postępowanie terapeutyczne, jest bardzo dokładne przeprowadzenie badania podmiotowego i przedmiotowego.

## Leczenie

Przez tysiąclecia, oprócz metod magicznych w terapii zaburzeń erekcji, największą popularnością cieszyły się afrodyzjaki. Zalecano różne środki, takie jak ambra (Madagaskar), wyciągi z tarantuli, ekstrakt z muszek (Hiszpania), larwy os (Antyle), żeń-szeń (Korea), strychnina (Wietnam), wyciąg z drzewa sandałowego (Indie), środki halucynogenne (psylocybina w Meksyku, khat w Etiopii, peyotl u Indian Ameryki Środkowej i Północnej), *cafe mandiqueiro* (Brazylia).

Obecnie, standardy leczenia są nieco inne. Po pierwsze należy ustalić przyczyny zaburzeń erekcji, dopiero później można rozpocząć leczenie, zarówno niwelujące objawy, jak i usuwające przyczynę. Zaleca się następujące standardy leczenia zaburzeń erekcji:


- przyczyny naczyniowe – inhibitory fosfodiesterazy PDE5 (sildenafil, tadalafil, wardenafil), iniekcje w ciało jamiste prącia, protezowanie prącia,
- przyczyny hormonalne – leki zmniejszające poziom prolaktyny, testosteron,
- przyczyny neurogenne – inhibitory PDE5, iniekcje w ciało jamiste prącia, próżnościąggi, implanty,
- przyczyny psychogenne – poradnictwo, psychoterapia, metody treningowe, inhibitory PDE5.


dr med. Łukasz Szczygieł



# ACIFUNGIN® ACIFUNGIN forte®

## LECZY GRZYBICĘ STÓP I PAZNOKCI

 **Acifungin®** - Choroby grzybicze skóry o łagodnym przebiegu (grzybica międzypalcowa i potnicowa, grzybica pachwin, grzybica skóry gładkiej).

 **Acifungin forte®** - Choroby grzybicze wałów okołopaznokciowych i paznokci.

Leki **Acifungin®** i **Acifungin forte®** działają:

- przeciwgrzybiczo
- ściągająco
- keratolitycznie

**ACIFUNGIN.** Roztwór na skórę. SKŁAD: 100 g roztworu zawiera: kwas borowy (Acidum boricum) 2,5 g, kwas salicylowy (Acidum salicylicum) 0,6 g, kwas galusowy bezwodny (Acidum gallicum anhydricum) 1,0 g, kwas octowy lodowaty (Acidum aceticum glaciale) 1,2 g, tanina (Tanninum) 6,1 g, metylu salicylan (Methylis salicylas) 1,0 g. Substancje pomocnicze: etanol bezwodny, etylu octan. **WSKAZANIA DO STOSOWANIA:** Choroby grzybicze skóry o łagodnym przebiegu (grzybica międzypalcowa i potnicowa, grzybica pachwin, grzybica skóry gładkiej). **DAWKOWANIE I SPOSÓB PODAWANIA:** Do stosowania miejscowego na skórę. Miejsca chorobowo zmienione, o powierzchni nie większej niż kilkanaście cm<sup>2</sup> powierzchni ciała, należy pedzlować 2 do 3 razy na dobę. Przed nałożeniem preparatu Acifungin miejsce aplikacji należy otoczyć warstwą preparatu o działaniu ochronnym np. pasty cynkowej. **PRZECIWSKAZANIA:** Nie należy stosować preparatu: w nadwrażliwości na substancje czynne lub którąkolwiek substancję pomocniczą preparatu, na zmiany alergiczne na skórę, w fałdach skóry, u dzieci do lat 18, ze względu na możliwość ogólnoustrojowego, toksycznego działania preparatu, na duże powierzchnie skóry, długotrwałe, na uszkodzoną skórę (zraniona, pozbawiona naskórka), na błony śluzowe oraz zmiany sączące, ze względu na możliwość przenikania preparatu przez skórę do organizmu, w okresie ciąży i karmienia piersią. **SPECJALNE OSTRZEŻENIA I ŚRODKI OSTROŻNOŚCI DOTYCZĄCE STOSOWANIA:** Należy chronić oczy i uszkodzoną skórę przed kontaktem z preparatem. Jeśli wystąpią objawy, takie jak: zaczerwienienie, podrażnienie, swędzenie lub pieczenie skóry, należy przerwać stosowanie preparatu. Podrażniona powierzchnię skóry należy umyć wodą z mydłem, a następnie nasmarować maścią obojętną, np. wazeliną. **DZIAŁANIA NIEPOŻĄDANE:** Podczas stosowania preparatu mogą wystąpić objawy podrażnienia skóry i reakcje nadwrażliwości, takie jak: zaczerwienienie, swędzenie, pieczenie w miejscu stosowania preparatu. W razie nasilenia się ww. objawów należy przerwać stosowanie preparatu. **POZWOLENIE MZIOS Nr: R/2389. Lek OTC.**

**ACIFUNGIN FORTE.** Roztwór na skórę. SKŁAD: 100 g roztworu zawiera: kwas borowy (Acidum boricum) 4,024 g, kwas salicylowy (Acidum salicylicum) 0,966 g, kwas galusowy bezwodny (Acidum gallicum anhydricum) 1,610 g, kwas octowy lodowaty (Acidum aceticum glaciale) 2,000 g, tanina (Tanninum) 4,400 g, metylu salicylan (Methylis salicylas) 1,000 g. Substancje pomocnicze: etanol bezwodny, etylu octan. **WSKAZANIA DO STOSOWANIA:** Choroby grzybicze wałów okołopaznokciowych i paznokci. **DAWKOWANIE I SPOSÓB PODAWANIA** Do stosowania miejscowego na wały okołopaznokciowe i paznokcie. Miejsca chorobowo zmienione należy pedzlować 3 do 4 razy na dobę. **PRZECIWSKAZANIA:** Nie należy stosować preparatu: w nadwrażliwości na substancje czynne lub którąkolwiek substancję pomocniczą preparatu, na zmiany alergiczne na skórę, na zmiany sączące, na ostre zmiany zapalne, jeśli skóra wokół paznokcia jest uszkodzona (zraniona, pozbawiona naskórka), u dzieci do lat 18, ze względu na możliwość ogólnoustrojowego, toksycznego działania preparatu, na duże powierzchnie skóry, w okresie ciąży i karmienia piersią. **SPECJALNE OSTRZEŻENIA I ŚRODKI OSTROŻNOŚCI DOTYCZĄCE STOSOWANIA:** Należy chronić oczy i uszkodzoną skórę przed kontaktem z preparatem. Jeśli wystąpią objawy, takie jak: zaczerwienienie, podrażnienie, swędzenie lub pieczenie, należy przerwać stosowanie preparatu. Podrażnione miejsca należy umyć wodą z mydłem, a następnie nasmarować maścią obojętną, np. wazeliną. **DZIAŁANIA NIEPOŻĄDANE:** Podczas stosowania preparatu mogą wystąpić objawy podrażnienia skóry i reakcje nadwrażliwości, takie jak: zaczerwienienie, swędzenie, pieczenie w miejscu stosowania preparatu. W razie nasilenia się ww. objawów należy przerwać stosowanie preparatu. **POZWOLENIE MZIOS Nr: R/2390. Lek OTC.**