

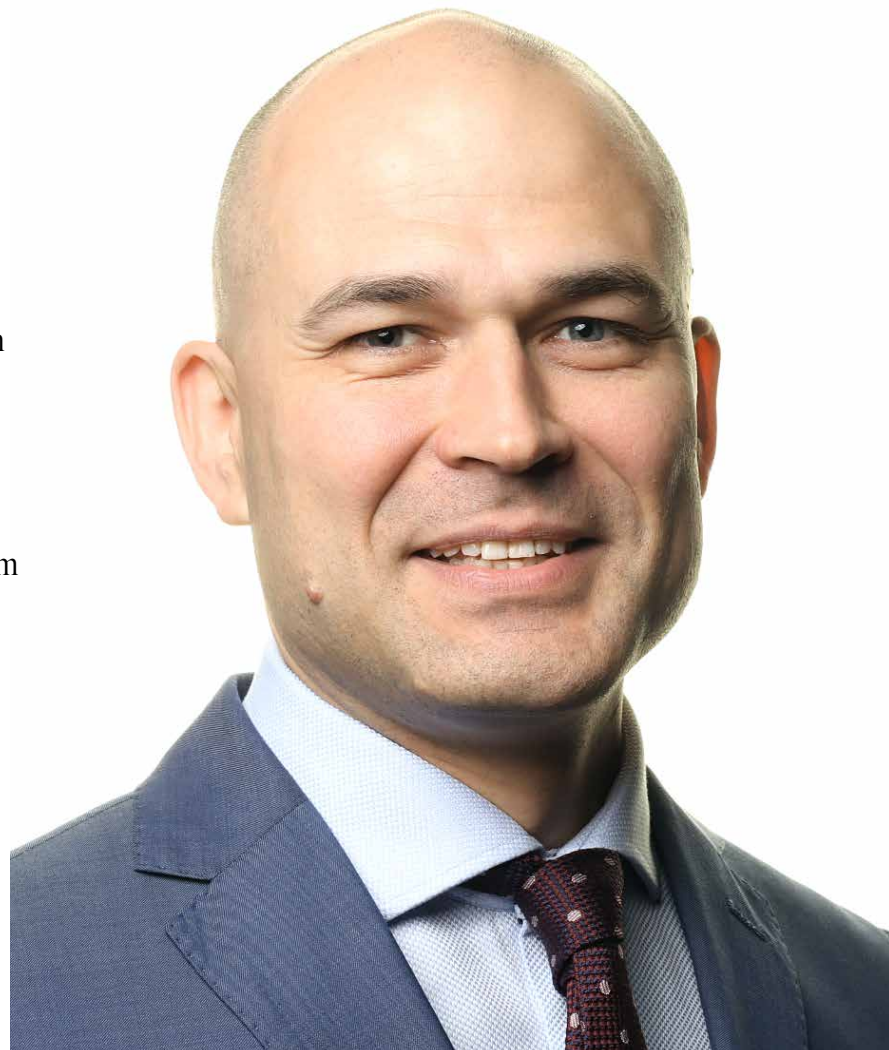
KARDIOLOGIA

Układ sercowo-naczyniowy to naczynia połączone

Seks przestaje być tematem tabu nie tylko w społeczeństwie, lecz także w gabinecie lekarskim. W ostatnich latach coraz większą uwagę zwraca się na związek pomiędzy zaburzeniami tej sfery życia pacjentów a ryzykiem sercowo-naczyniowym. Rozmawiamy na ten temat z dr. hab. n. med. Jackiem Wolfem z Kliniki Nadciśnienia Tętniczego i Diabetologii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, prezesem elektem Polskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego, współautorem europejskiego stanowiska ekspertów dotyczącego nadciśnienia tętniczego i zaburzeń erekcji.

Co łączy choroby sercowo-naczyniowe i zdrowie seksualne?

Należy przyjąć regułę, że osoby w wieku średnim, starszym i sędziwym, które są aktywne seksualnie, cieszą się lepszym ogólnym stanem zdrowia. Patrząc na tę zależność z drugiej strony – im więcej pacjent ma schorzeń przewlekłych, tym częściej stwierdzamy u niego dysfunkcje seksualne. Mechanizmy łączące zdrowie somatyczne i aktywność seksualną są złożone. Aktywność seksualna niesie ze sobą cały pakiet zdrowych emocji, które pomagają przezwyciężyć przeciwności i choroby. Jednak aby być aktywnym seksualnie, trzeba mieć przynajmniej minimalną kondycję fizyczną. Do tego potrzebna jest podstawowa dawka ruchu w życiu codziennym. Idealnie byłoby, gdyby to była aktywność fizyczna w postaci jakichś ustrukturyzowanych ćwiczeń – basen, bieganie czy chociażby regularne spacerki. Pamiętajmy, że to wszystko musi się dziać w zgodzie z fizjologią wieku. Im bardziej jesteśmy sprawni fizycznie, tym większa szansa na zdrową aktywność seksualną. Regularny wysiłek fizyczny jest jednocześnie kluczowym postępowaniem nefarmakologicznym w licznych schorzeniach, w tym chorobach serca i naczyń. Wiele chorób przewlekłych, np. cukrzyca, niewydolność serca, predysponuje do rozwoju depresji, a pacjenci obciążeni depresją najczęściej nie są zainteresowani życiem seksualnym.



Fot. Archiwum prywatne

Mężczyźni z nadciśnieniem tętniczym (NT) dwa razy częściej cierpią na zaburzenia erekcji niż mężczyźni bez NT. Co może być tego przyczyną?

Faktycznie, pacjenci obciążeni NT częściej doświadczają dysfunkcji seksualnych. Co więcej, istnieje pewna dysproporcja w występowaniu zaburzeń erekcji, jeżeli porównamy grupę pacjentów z nadciśnieniem leczonym farmakologicznie z grupą nieprzyjmującą leków obniżających ciśnienie tętnicze. Nasuwa się podejrzenie, że leki hipotensyjne niekorzystnie wpływają na funkcje seksualne u mężczyzn. Ale proszę zwrócić uwagę, że mężczyźni z NT wymagający terapii hipotensyjnej mają bardziej zaawansowaną chorobę nadciśnieniową. Nie można jednoznacznie stwierdzić, czy zaburzenia erekcji u tych mężczyzn, którzy wymagają leczenia farmakologicznego z powodu nadciśnienia, rozwijają się z powodu choroby podstawowej (więcej zmian w naczyniach) czy przyjmowania licznych leków. Istnieje wprawdzie korelacja pomiędzy liczbą tabletek przyjmowanych z po-

wodu chorób przewlekłych (jakichkolwiek) a ryzykiem wystąpienia zaburzeń erekcji, ale nie można w tym przypadku jednoznacznie powiedzieć o związku przyczynowo-skutkowym.

Nadciśnienie tętnicze przyspiesza rozwój miażdżycy i prowadzi do obliteracji naczyń, co uniemożliwia odpowiednie ukrwienie narządów docelowych w celu ich prawidłowego funkcjonowania. Wszyscy znamy konsekwencje nadciśnienia tętniczego w postaci zawału mięśnia serca, udaru mózgu czy chorób nerek. Patologia mniejszych naczyń, a takie 1–2-milimetrowe naczynia zaopatrują ciała jamiste w prąciu, doprowadza do zaburzeń erekcji.

Czy również kobiety z nadciśnieniem tętniczym częściej mają dysfunkcje seksualne?

W przypadku kobiet także obowiązuje reguła, że im więcej chorób współistniejących, tym mniejsza potrzeba seksu i tym częstsze dysfunkcje seksualne. Patrząc na duże badania, można wyciągnąć ogólny

wniosek, że dysfunkcje seksualne częściej dotyczą kobiet niż mężczyzn. U mężczyzn kojarzymy je tylko z zaburzeniami erekcji, bo jest to problem najbardziej widoczny, którego nie da się zamaskować, ale są też inne. U kobiet większość dysfunkcji seksualnych nie eliminuje możliwości utrzymania aktywności seksualnej. Po prostu satysfakcja z seksu jest mniejsza.

Jak pan wspominał, występowanie zaburzeń erekcji często łączone jest z niepożądanym działaniem leków przeciwnadciśnieniowych, ale ich wpływ jest zróżnicowany. Które grupy leków hipotensyjnych mają najgorszy profil pod tym kątem, a które najlepsze?

Najgorszą opinię ma grupa leków, do której należą spironolakton i eplerenon, czyli antagoniści receptora aldosteronowego. To nie są leki stosowane w pierwszym rzucie terapii, ale dopiero w trudniejszym do kontroli nadciśnieniu opornym. Działają wielopłaszczyznowo, zwłaszcza spironolakton – m.in. zmniejszają biodostępność męskich hormonów. Lekami, które wydają się neutralne, często stosowanymi w NT, są długo działające dihydropirydynowe blokery kanału wapniowego. Najlepszą prasę w tym kontekście mają sartany i inhibitory konwertazy angiotensyny. To leki, które w badaniach przekrojowych kojarzone są z najmniejszym ryzykiem współistnienia zaburzeń erekcji czy rozwoju tych zaburzeń. Najwięcej emocji budzą β -adrenolityki. To bardzo niejednorodna grupa leków, w której najtrudniej mówić o efekcie klasy. Obecnie wykorzystywane w leczeniu NT β -adrenolityki nie są obciążone tak dużym ryzykiem zaburzeń erekcji jak starsze leki z tej grupy. Szacuje się, że ryzyko rozwoju nowych zaburzeń erekcji u mężczyzn leczonych β -adrenolitykami w ciągu roku wynosi zaledwie pół procenta.

Warto zwrócić uwagę na inny, częsty problem. Do leku zawsze jest dołączona ulotka informacyjna i jeżeli w niej jest napisane, że stosowanie leku może powodować zaburzenia erekcji, to pacjenci częściej ten problem stwierdzają. Mechanizm psychologiczny w tym przypadku wydaje się dość istotny. Zdarza się niejednokrotnie, że pacjent, u którego włączamy β -adrenolityk, na kolejnej wizycie zgłasza, że nie przyjmuje leku z powodu zaburzeń erekcji. Nie jesteśmy w stanie jednoznacznie określić, który mechanizm jest istotniejszy – psychologiczny czy somatyczny. Pacjent mógł przyznać się do problemu dopiero po przeczytaniu o nim w ulotce lekowej.

i sprawność seksualna

Rozmawiała Iwona Kazimierska

Różnice występują nie tylko między grupami leków, lecz także wewnątrz grup. Niektórym sartanom przypisuje się korzystny wpływ, innym nie. Spośród β-adrenolityków o nebiwololu mówi się, że dobrze działa na funkcje seksualne. Czy tak jest rzeczywiście?

Jesteśmy przyzwyczajeni do tego, że każdy dowód naukowy w medycynie musi pochodzić z dużych badań. Najlepiej, jeśli są to badania z randomizacją, podwójnie zaślepienie, wielośrodkowe. Nie ma dobrych badań opisujących występowanie zaburzeń erekcji zależnych od przyjmowanych leków. Nie ma badań, do których przyzwyczała nas kardiologia, hipertensjologia, nie wspominając o onkologii. W tym przypadku mamy do dyspozycji albo analizy badań przekrojowych, albo analizy wtórne badań, które dotyczyły czego innego, np. skuteczności hipotensyjnej czy przeżywalności danej populacji pacjentów. Dopiero wtórnie, w dalszej kolejności sprawdzano, jaki wpływ wywierały leki na funkcje seksualne, głównie zaburzenia erekcji u mężczyzn. Tych badań jest mało. Jestem w stanie wykazać równoważną liczbę badań, które pokazują, że jakaś grupa leków (sartany, β-adrenolityki) działa niekorzystnie albo jest neutralna. Biorąc pod uwagę patomechanizm zaburzeń erekcji o podłożu naczyniowym, odpowiednim lekiem dla mężczyzn już mających zaburzenia erekcji albo narażonych na nie, a jednocześnie wymagających terapii β-adrenolitykiem ze wskazań podstawowych wydaje się nebiwolol (β-adrenolityk), który ma właściwości rozszerzające naczynia. Jeśli terapię β-adrenolitykiem rozpoczyna się od nebiwololu, w pierwszych tygodniach zachodzi najmniejsze prawdopodobieństwo, że u pacjenta rozwiną się zaburzenia erekcji. U 1/3 chorych może na-

”

Już podczas pierwszego wywiadu z mężczyzną z nadciśnieniem tętniczym mamy obowiązek zapytać o funkcje erekcyjne. To nie może umknąć naszej uwadze i to my, lekarze, musimy wyjść z taką inicjatywą. Rozmowa z pacjentem o zaburzeniach erekcji otwiera nam drogę do poszerzenia diagnostyki czy to w nadciśnieniu tętniczym, czy w innych chorobach, np. cukrzycy

wet nastąpić poprawa, jeśli ten problem już był obecny. Natomiast w długookresowej perspektywie różnice pod tym względem między β-adrenolitykami się zaciera.

Zaburzenia erekcji poprzedzają rozwój choroby wieńcowej. Jakie jest potencjalne wyjaśnienie tego zjawiska? O ile dysfunkcje seksualne wyprzedzają jawną chorobę wieńcową?

Z pewnymi zastrzeżeniami rzeczywiście tak jest. Wracając do mechanizmu, o którym już mówiłem w kontekście chorób serca i naczyń, w późnym wieku, np. u osoby 90-letniej, praktycznie zawsze naczynia są miażdżycowane. Problem jest wtedy, gdy miażdżycy pojawia się wcześniej i powoduje objawy kliniczne. Nie jesteśmy w stanie przewidzieć, czy będą one związane z sercem, mózgiem czy nerkami. Miażdżycy jest procesem ogólnoustrojowym. Jeżeli porównamy średnicę naczyń epikardialnych (3–4 mm) ze średnicą naczyń doprowadzających krew do ciał jamistych (1–2 mm), które są 2–2,5 razy mniejsze, to wydaje się wysoce prawdopodobne, że konsekwencje miażdżycy w pierwszej kolejności ujawnią się w tych narządach, które są zaopatrywane przez mniejsze naczynia. U mężczyzn do 70. roku życia zaburzenia erekcji poprzedzają jawną klinicznie stabilną chorobę wieńcową mniej więcej o 3 lata, a zawał serca mniej więcej o 5 lat. W młodszej grupie mężczyzn ta zależność jest więc dość wyraźna. Rozmywa się ona po 70. roku życia. Należy pamiętać, że każda kolejna dekada, czyli bardziej zaawansowany wiek, jest głównym predyktorem zaburzeń erekcji. Życie uczy, że są liczne wyjątki od tej reguły, ponieważ zdarzają się mężczyźni sprawni seksualnie w wieku 90 lat – mój najstarszy pacjent wymagający niewielkiego wsparcia inhibitorami fosfodiesterazy typu 5 (PDE-5) ma 90 lat. Są jednak również tacy, którzy „zamykają temat” na początku piątej dekady życia lub wcześniej.

Pacjenci bardzo niechętnie rozmawiają o swoich problemach w życiu intymnym. W zebraniu wywiadu mogą pomóc specjalne kwestionariusze. Które by pan polecił, zwłaszcza w praktyce lekarza podstawowej opieki zdrowotnej?

Nie do końca się zgodzę, że niechętnie rozmawiają. Jeżeli my, lekarze, nie wyjdziemy z inicjatywą, nie zadamy pytania, nie ukierunkujemy rozmowy na problemy związane z seksualnością, pacjent sam faktycznie ich nie ujawni. Trzeba jednak pamiętać, że od 2018 r., kiedy pojawiły się wspól-

ne wytyczne Europejskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego i Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego dotyczące postępowania w nadciśnieniu tętniczym, pytać powinniśmy. Dokument ten wskazał, że już podczas pierwszego wywiadu z mężczyzną z NT mamy obowiązek zapytać o funkcje erekcyjne. To nie może umknąć naszej uwadze i to my, lekarze, musimy wyjść z taką inicjatywą. Osobiście nie robię wyjątków i wszystkich pacjentów pytam o ten problem. Proszę mi wierzyć, że zawsze można tak sformułować pytanie, by nikt nie poczuł się osaczony w gabinecie lekarskim. Wielokrotnie się przekonałem, że nie ma ani wieku, ani funkcji społecznej, które jednoznacznie wykluczają temat życia seksualnego z wywiadu lekarskiego. Kwestionariuszy jest wiele, a najczęściej stosowanym, również w badaniach naukowych, jest *International Index of Erectile Function-5* w skrócie: *IIEF-5*. Piątka oznacza, że ankieta zawiera pięć pytań dotyczących zaburzeń erekcji. Istnieje jego rozbudowana wersja – *IIEF-15*, która opisuje problemy życia seksualnego w szerszym kontekście.

Czy popularne od kilku dekad inhibitory PDE-5 leczą zaburzenia erekcji, czy powinny być traktowane tylko jako środek doraźny?

W medycynie poza profilaktyką mamy dwie podstawowe strategie leczenia: terapię przyczynową lub objawową. Inhibitory fosfodiesterazy-5 leczą objawy, tzn. działają w odpowiednim oknie czasowym po przyjęciu przez pacjenta. Pomimo że jest to leczenie objawowe konkretnego zaburzenia, muszą powiedzieć, że odkąd ich stosowanie się upowszechniło, pacjenci z różnymi chorobami przewlekłymi, którzy zostali poddani terapii inhibitorami PDE-5 z powodu zaburzeń erekcji, cechują się lepszą współpracą w kontekście farmakoterapii i ogólnie stosowania się do zaleceń lekarskich. Mamy zatem podwójną korzyść – leczenie objawowe zaburzeń erekcji i większe zaufanie pacjenta, który lepiej współpracuje w zakresie przyjmowania leków stosowanych w chorobach przewlekłych.

Czy to dobrze, że inhibitory PDE-5 są dostępne bez recepty?

Mam pewne zastrzeżenia, ale bilans należy uznać za korzystny, z wielu powodów. Po pierwsze, minimalizujemy korzystanie z szarej strefy, a więc pacjenci są bezpieczniejsi. Wiemy, jaką substancję kupują w aptece, w jakiej gramaturze. Proszę pamiętać,

Czy wiesz, że...

- Według danych Polskiego Towarzystwa Urologicznego różne dysfunkcje seksualne dotyczą niemal 4 mln osób.
- Dane epidemiologiczne wskazują, że na zaburzenia erekcji cierpi ok. 150 mln mężczyzn na świecie, w tym prawie 20 mln Europejczyków i ponad 30 mln Amerykanów.
- Badania wykazały, że zaburzenia erekcji stwierdza się u 42–75 proc. pacjentów z chorobą wieńcową.
- Profilaktyka zaburzeń seksualnych jest jednocześnie profilaktyką chorób układu krążenia.

że są to osoby, które i tak by kupowały te leki, ale z niewiadomego źródła. Obecnie w Polsce jest na rynku ponad dwudziestu producentów oferujących legalnie te farmaceutyki. Właściwie nie ma także bariery finansowej dla sildenafilu, zwłaszcza jeżeli jest kupowany na receptę – koszt jednostkowy waha się od 1–2 zł do kilkudziesięciu za tabletkę.

Włączenie sildenafilu do obrotu bez recepty nie powinno wprowadzać pewnego rozprężenia w naszym środowisku. Fakt, że inhibitory PDE-5 są teraz dostępne bez recepty, nie zwalnia nas z obowiązku pytania o zaburzenia erekcji i oczywiście udzielenia pomocy, kiedy tylko pacjent będzie jej wymagał. Przede wszystkim z tego powodu, że lekarz jest w stanie precyzyjnie określić profil bezpieczeństwa stosowania leków na zaburzenia erekcji niż sam pacjent. Trzeba przy tym powiedzieć, że przeciwwskazań względnych lub bezwzględnych do stosowania inhibitorów PDE-5 jest niewiele. Ale warto, żeby lekarz to ocenił.

I oczywiście przy okazji poszukiwał źródła zaburzeń erekcji oraz je leczył.

Rozmowa z pacjentem o zaburzeniach erekcji otwiera nam drogę do poszerzenia diagnostyki czy to w nadciśnieniu tętniczym, czy w innych chorobach, np. cukrzycy. Pacjenci obciążeni cukrzycą cechują się złożonymi mechanizmami prowadzącymi do zaburzeń erekcji, które powstają nie tylko z powodu przyspieszonej miażdżycy, lecz także z powodu dysfunkcji układu nerwowego, tj. neuropatii. Wielokrotnie pacjenci, którzy zgłaszają się do gabinetu lekarskiego z zaburzeniami erekcji, w dalszym postępowaniu otrzymują także pakiet diagnostyczny w kierunku choroby wieńcowej, którą dotychczas negowali. Jak widać, warto zapytać pacjenta o dysfunkcję erekcyjną, z wielu powodów. ■