

Kommentaar

Erektsioonihäirete ravi võimalused nüüdisajal

Erineva väljendusastmega erektsioonihäirete (EH) all kannatab hinnanguliselt 50% meestest vanuses 40–60 aastat. Vanemaealistel on see veelgi sagedam. Tihti on see meeste jaoks delikaatne probleem, millest paljud ei taha rääkida arstilegi. Samas langeb EHga meestel enesehinnang, mis omakorda võib teiste ebasoodsate psühhoemotsionaalsete ja sotsiaalsete tegurite lisandudes viia depressiooni või koguni suitsiidini.

Praeguseks on EH raviks sünteesitud mitmeid ravimeid, mis paljudel juhtudel on tõhusad. EH ravi võimalustega peaksid kursis olema kõik arstid, et osata ravida haigust ja abistada haiget inimest.

Peatoimetaja Väino Sinisalu palus tutvustada neid võimalusi TÜ Kliinikumi arst-õppejõul **Tanel Muulil**.

Erektsioonihäirete sagedasemad põhjused

Noorematel, alla 40aastastel meestel, on 80%-l juhtudest EH põhjus eelkõige psühhoenne või ka kombinatsioonis kroonilise haigusega. Vanematel meestel on EH sagedamini seostatav kroonilise haigusega, mis kahjustab veresoonkonda. Neist sagedam (30% juhtudest) on diabeet. Sagedased EH põhjused on ka arteriaalne hüpertensioon ja kõrge kolesteroolitase veres. Oluline on teada, et sageli on EH diabeedi või hüperkolesteroleemia esimene kliiniline avaldusvorm. Statistiliselt harvemini esineb EHd selgroo ja seljaaju haiguste ning traumade korral ning eesnäärmeoperatsioonide järel. EH teket võivad soodustada ka mõningad medikamendid: tritsüklilised antidepressandid, β -blokaatorid, spirolaktoon, tsimetidiin, kemoterapeutilikumid jt. Enamasti on EH häired sel puhul mööduvad ja taanduvad kui ravimite tarvitamine lõpetada. Ka ebatervislikud eluviisid ja mitmed kahjulikud harjumused võivad soodustada EH kujunemist.

Olulisemad neist on suitsetamine, sage alkoholi tarvitamine (üle 2 napsi päevas) ja negatiivne püsiv stress (ületöötamine). Ka narkootikumide, eelkõige kokaiini tarvitamine põhjustab EHd.

Erektsiooni patogenees ja erektsioonihäire ravimid

Füsioloogiliselt vabaneb psühhoenne stimulatsiooni järel peenises lämmastikmonooksiid (NO), mis aktiveerib tsüklilise guanosiinmonofosfaadi (CGMP), mille tulemusel lõõgastuvad peenise korgaskeha silelihased ja suureneb verevool peenisesse. CGMP aktiivsust kontrollib omakorda fosfodiesteras 5 (PDES), mille aktiivsuse tõustes erektsioon lakkab. Kõikide Eestis saadaolevate EH-ravimite – seildenafiil, tadalafiil ja vardenafiil – toime on sarnane: nad blokeerivad ensüümi PDES 5 ja tagavad sellega erektsiooni püsimise. Need ravimid ei toimi, kui ei ole soovi ega psühholoogilist valmisolekut suguaktiks.

Erektsioonihäire ravimite tõhusus

Mitme uuringu alusel võib väita, et ravimid on paljudel juhtudel tõhusad EH leevendamiseks ja patsientide elukvaliteedi parandamiseks. On leitud, et 50–60% EH all kannatavatel diabeedihaigetel on ravimite kasutamisel positiivne efekt. Sama tulemus on kirjanduse andmetel 70–75% arteriaalse hüpertensiooni haigete EH ravis. Selgroo- ja seljaajukahjustusega haigetel sõltub ravimite efektiivsus häire astmest, kuid kirjanduse andmetel on 80%-l neist haigetest võimalik ravimitega EHd leevendada.

Radikaalse prostatektoomia korral on sageli vajalik neurovaskulaarse kimbu läbilõikamine ühe- või kahepoolset. Häirub peenise innervatsioon ja verevarustus. Kirjanduse andmeil on ka sel juhul EH-ravimitel positiivne toime: 70% haigetel, kel

tehtud ühepoolne läbilõikamine, ja 40% haigetel, kel on tehtud kahepoolne neurovaskulaarse kimbu läbilõikamine.

Eesnäärmevähi korral ordineeritud hormoonravi vähendab testosterooni produktsiooni ja sellest tuleneb liibido langus. Hormoonravi rakendamise eesmärk on tekitada keemiline kastratsioon. Mõnel juhul tehakse eesnäärmevähi korral ka kirurgiline kastratsioon. Siiski on keemiline kastratsioon taas-pöörduv ja teatud juhtudel on EH-ravimid tõhusa toimega ka eesnäärmevähi haigetel.

Erektsioonihäire ravimite kasutamise ohud

EH-ravimid on vastunäidustatud, kui patsient kasutab nitraate, samuti alfa-adrenergilise süsteemi blokaatoreid.

Ettevaatusega tuleb EH ravimeid soovitada haigetele, kel on südame isheemiatõbi ja südame rütmihäired ning kes on põdenud südameinfarkti või ajuinsulti. Tõsiselt tuleb kaaluda nende ravimite ordineerimist, kui haigel on ravile halvasti alluv

arteriaalne hüpertensioon (RR >170/110 mm Hg) või püsiv hüpertensioon süstoolse rõhuga alla 90 mm Hg. Neil juhtudel tuleb konsulteerida kardioloogiga ja selgitada haigete koormustaluvus.

Harva esinevate erektsioonihäirete - prolongeerunud erektsioon (kestusega üle 4 tunni) või priapismi (valulik erektsioon kestusega üle 6 tunni) - sagedamat väljakujunemist EH-ravimite kasutamisel ei ole kirjeldatud. Kui patsiendil on anamneesis kirjeldatud tervisehäireid, ei ole EH ravimid neile soovitatavad.

Soovitused kolleegidele

Eespool kirjeldatud EH-riskiga patsiente peaks julgemini delikaatselt küsitlema nende seksuaalfunktsiooni kohta ja selgitama neile EH ravi võimalusi. Teisalt tuleks meeles pidada, et haigeid, kes pöörduvad arsti poole EH tõttu, tuleb uurida krooniliste haiguste (eelkõige diabeet, arteriaalne hüpertensioon ja hüperkolesteroleemia) suhtes. Samuti peaks neid küsitlema eluviisi ja kahjulike harjumuste suhtes, et anda adekvaatseid soovitusi.