

Сексуальна активність і серцево-судинні захворювання

Американська асоціація серця, 2012 рік

Науковий виклад Американської асоціації серця

Затверджено Американською Урологічною Асоціацією, Товариством серцево-судинної ангіографії, Товариством торакальних хірургів, Американською асоціацією серцево-судинної та легеневої реабілітації, Міжнародним товариством сексуальної медицини, Американським коледжем кардіології, Товариством серцевого ритму та серцевої недостатності.

Сексуальна активність є важливим компонентом якості життя пацієнтів із серцево-судинними захворюваннями (ССЗ) та їх партнерів, включаючи багатьох пацієнтів похилого віку. Зниження сексуальної активності та функцій є поширеним явищем у пацієнтів з ССЗ і часто взаємопов'язані з тривогою та депресією. Метою досліджень Американської асоціації серця є синтез та узагальнення даних, що стосуються сексуальної активності та серцевих захворювань, для надання рекомендацій щодо ведення прийому лікаря з пацієнтами, які мають порушення сексуальної активності.

Рекомендації в цьому документі ґрунтуються на опублікованих дослідженнях Панелі консенсусу Принстона, 36-ї конференції Бетесди, Європейського товариства кардіологічних рекомендацій з фізичної активності та спортивної активності для пацієнтів з ССЗ, рекомендації Американського коледжу кардіології.

Класифікація рекомендацій у цьому документі ґрунтується на встановлених критеріях ACCF / AHA

Гострі серцево-судинні стани під час сексуальної активності

Численні дослідження вивчали серцево-судинну та нейроендокринну реакцію на сексуальне збудження та статевий акт, причому більшість оцінювали чоловічі фізіологічні реакції під час гетеросексуального вагінального контакту. Під час прелюдії систолічний і діастолічний системний артеріальний тиск та частота серцевих скорочень поступово збільшуються, при цьому більш помірні збільшення відбувається під час сексуального збудження. Найбільше зростання відбувається протягом 10-15 секунд оргазму, з швидким поверненням до вихідного систолічного артеріального тиску і частоти серцевих скорочень.

У чоловіків і жінок аналогічні нейроендокринні прояви під час сексуальної активності: зміна артеріального тиску і частоти серцевих скорочень. Дослідження, проведені головним чином у молодих одружених чоловіків показали, що сексуальна активність з партнером в порівнянні з легкою та помірною фізичною активністю знаходиться в діапазоні від 3 до 4 метаболічних еквівалентів (METS); тобто еквівалент сходження 2-х сходів або жвавої ходьби) протягом короткого часу.

Частота серцевих скорочень рідко перевищує 130 ударів в хвилину, а систолічний артеріальний тиск рідко перевищує 170 мм.рт.ст. у нормотензивних пацієнтів. Проте, одне дослідження з нормотензивними пацієнтами продемонструвало значні відхилення в пікових частотах і системному артеріальному тиску під час оргазму.

Більшість досліджень, що оцінювали серцево-судинні ефекти під час сексуальної активності, порівнювали потребу міокарда у кисні під час статевого акту та жвавої ходьби, оскільки вони проводились у здорових молодих чоловіків, результати можуть бути не характерними для всіх людей, особливо тих, хто старше, менш фізично розвинутий або з серцево-судинними захворюваннями. Тому, більш доцільно стверджувати, що статеві активність еквівалентна легкій та помірній фізичній активності в діапазоні від 3 до 5 METS, беручи до уваги здатність людини виконувати фізичну активність. Деякі пацієнти, особливо люди похилого віку, можуть мати труднощі з досягненням оргазму з медичних або емоційних причин. При спробі досягти оргазму, цілком можливо, що такі особи можуть проявляти себе більшою мірою, тим самим більше виснажуватись з відносно

більшим впливом на їх серцево-судинну систему (хоча конкретних даних про це бракує).

Сексуальна активність і серцево-судинний ризик

Сексуальна активність і стенокардія

Стенокардія («стенокардія любові»), що виникає протягом хвилин або годин після сексуальної активності, становить ~ 5% від усіх нападів стенокардії. Це рідко спостерігається у пацієнтів, які не мають випадків стенокардії під час фізичних навантажень і більш поширені в осіб, що ведуть малорухомий спосіб життя з важкою патологією коронарних артерій (ВАКА), у яких виникає напад стенокардії при мінімальній фізичній активності. Якщо пацієнт може досягти енергетичних витрат від 3 до 5 METS без виникнення ознак ішемії під час фізичного навантаження, то ризик виникнення ішемії під час сексуальної активності дуже низький.

Сексуальна активність та інфаркт міокарда

Мета-аналіз 4 пересічних досліджень, у яких приймали участь чоловіки (50% - 74%) в основному 50-ти і 60-ти років, показав, що сексуальна діяльність асоційована із збільшеним на 2.70 відносним ризиком виникнення ІМ порівняно з періодами часу, коли пацієнти не займалися сексуальною діяльністю.

Особи, що ведуть малорухливий спосіб життя мають відносний ризик ІМ, що складає 3.0, тоді як фізично активні особи мають відносний ризик 1.2. Хоча сексуальна активність пов'язана з підвищеним ризиком виникнення серцево-судинних порушень, абсолютна швидкість їх розвитку є незначною, оскільки вплив сексуальної активності є короточасним і становить дуже невеликий відсоток від загального ризику виникнення ішемії міокарда або ІМ. Сексуальна активність складає 1% від усіх причин, що спричиняють гострий ІМ.

Підвищення абсолютного ризику для ІМ, пов'язаного з 1 годиною сексуальної активності на тиждень, оцінюється в 2–3 на 10000 осіб/рік. Для людини з попереднім ІМ, щорічний ризик виникнення повтору інфаркту або смерті оцінюється в 10% (або до 3%, якщо людина має

хорошу толерантність до вправ). У таких осіб, що займаються сексуальною активністю, тимчасово збільшує ризик виникнення інфаркту або смерті з 10 шансів на 1 мільйон/годину до 20-30 шансів на 1 мільйон/годину.

Сексуальна активність і шлуночкові аритмії/раптова смерть

У протоколі аутопсії 5559 випадків раптової смерті, 34 (0,6%), як повідомлялося, сталися під час статевого акту. Два інші дослідження аутопсії свідчать про аналогічні низькі показники (0,6% - 1,7%) раптової смерті, пов'язаної з сексуальною активністю. Серед суб'єктів, які померли під час коїтусу, 82% -93% були чоловіками, а більшість (75%) мали позашлюбну сексуальну активність, в більшості випадків з молодшим партнером, особливо після надмірного споживання їжі та алкоголю.

Збільшення абсолютного ризику раптової смерті, пов'язаного з 1 додатковою годиною сексуальної активності на тиждень, оцінюється в 1 на 10 000 людських років. Існує мінімальна кількість даних про вплив сексуальної активності у пацієнтів на ризик виникнення шлуночкової аритмії. У дослідженні пацієнтів після перенесеного ІМ статева активність не призводила до збільшення ектопічної активності шлуночків у порівнянні з іншими діями. В іншому повідомленні частота шлуночкової ектопії та інших аритмій була меншою під час сексуальної активності, ніж під час стандартного тестування за допомогою фізичних навантажень у пацієнтів після перенесеного ІМ.

Сексуальна активність та ССЗ

Рекомендації:

1. Жінки з ССЗ повинні бути проконсультовані щодо безпеки та доцільності методів контрацепції та вагітності (Клас I; Рівень доказовості C).
2. Доцільно, щоб пацієнти з ССЗ, які бажають ініціювати або відновити сексуальну активність, ретельно проходили медичне обстеження (клас IIa; рівень доказовості C).

3. Сексуальна активність є доцільною для пацієнтів із ССЗ, які за клінічною оцінкою виявляють низький ризик серцево-судинних ускладнень (клас IIa; рівень доказовості B).
4. Навантажувальний стрес-тест є доцільним для пацієнтів, які мають середній або високий ризик виникнення серцево-судинних захворювань або мають невідомий серцево-судинний ризик, для оцінки працездатності та розвитку симптомів ішемії або аритмії (клас IIa; рівень доказовості C).
5. Статева активність є прийнятною для пацієнтів, які можуть здійснювати >3 до 5 METS без стенокардії, надмірної задишки, змін сегмента ST, ціанозу, гіпотензії або аритмії (клас IIa; рівень доказовості C).
6. Реабілітаційні процедури для серця та регулярні фізичні вправи можуть бути корисними для зниження ризику серцево-судинних ускладнень під час сексуальної активності для пацієнтів з ССЗ (клас IIa; рівень доказовості B).
7. Пацієнти з нестабільним, декомпенсованим та/або тяжким симптоматичним ССЗ повинні відкласти сексуальну активність до тих пір, поки їх стан не стабілізується (клас III; рівень доказовості C).
8. Пацієнти зі ССЗ, які відчувають дискомфорт з боку серцево-судинної системи, викликані сексуальною активністю, повинні відкласти сексуальну активність до того часу, поки їх стан не стабілізується (клас III; рівень доказовості C).

Чоловіки та жінки зі ССЗ, які не мають або мають мінімальні симптоми з боку серцево-судинної системи під час фізичної діяльності, можуть займатися сексуальною активністю.

До них відносяться пацієнти:

1. за системою класифікації Канади класу I або 2;
2. з серцевою недостатністю класу I або II Нью-Йоркської асоціації серця (NYHA);
3. легким або помірним ступенем враження клапанів серця;
4. відсутністю симптомів після ІМ;

5. із успішною коронарною реваскуляризацією;
6. більшістю типів вроджених вад серця (ІХС); та
7. із здатністю досягати від 3 до 5 METS під час стрес-тестування без фізичного навантаження, стенокардії, ішемічних електрокардіографічних змін, гіпотензії, ціанозу, аритмії або надмірної задишки.

У пацієнтів з нестабільними або декомпенсованими хворобами серця (тобто пацієнти з нестабільною стенокардією, декомпенсованою серцевою недостатністю, неконтрольованою аритмією або значними ураженнями клапанів серця), сексуальну активність слід відкласти, поки пацієнт не стабілізується та оптимально не піддаватиметься лікуванню. У пацієнтів, у яких здатність до фізичного навантаження або серцево-судинний ризик невідомі, тест на фізичне навантаження буде корисним для оцінки працездатності та розвитку симптомів ішемії, ціанозу, гіпотензії або аритмій.

Показано, що тренування під час кардіологічної реабілітації збільшує максимальну працездатність і знижує частоту серцевих скорочень. Таким чином, санаторна реабілітація та регулярні вправи є правильними стратегіями у пацієнтів зі стабільним ССЗ, які планують жити статевим життям.

На додаток до фізичних вимог під час сексуальної активності, слід звернути увагу на безпеку та доцільність методів контрацепції та вагітності у жінок з ССЗ, особливо з ІХС, захворюваннями клапанів серця або кардіоміопатією. Вагітність пов'язана з фізіологічними змінами, які можуть негативно вплинути на жінок з певними захворюваннями, і особливо потрібно звертати увагу на тих, хто має антикоагуляційну терапію варфарином, оскільки вона становить ризик для плода (у вигляді тератогенного впливу) і матері (у вигляді кровотечі). І навпаки, недостатня антикоагуляція може призвести до ускладнень, таких як гострий тромбоз і тромбоемболія.

Сексуальна активність і специфічні серцево-судинні захворювання

Ішемічна хвороба серця

Рекомендації

1. Статева активність є прийнятною для пацієнтів, які не мають або мають стенокардію, без важких проявів (клас IIa; рівень доказів B).
2. Статева активність є прийнятною через 1 або більше тижнів після неускладненого ІМ, якщо пацієнт не має скарг з боку серцево-судинної системи під час легкої або помірної фізичної активності (Клас IIa; рівень доказовості C).
3. Сексуальна активність є прийнятною для пацієнтів, які пройшли повну коронарну реваскуляризацію (клас IIa; рівень доказів B) і можуть відновитись вже (a) через кілька днів після черезшкірного коронарного втручання, якщо на місці доступу немає ускладнень (клас IIa; або (b) від 6 до 8 тижнів після стандартної операції коронарного шунтування коронарних артерій, якщо стернотомія добре вилікувалася (клас IIa; рівень доказовості B).
4. Статева активність є прийнятною для пацієнтів, які перенесли операцію на відкритому серці і їх загальний стан може бути відновлений через 6 - 8 тижнів після процедури, за умови, що місце де виконувалась стернотомія добре загоїлось (клас IIa; рівень доказовості C).
5. Для пацієнтів з неповною коронарною реваскуляризацією для оцінки ступеня та важкості залишкової ішемії (клас IIb; рівень доказовості C) можна використовувати тест на стрес-навантаження.
6. Сексуальну активність слід відкласти для пацієнтів з нестабільною або рефрактерною стенокардією, поки їх стан не стабілізується і оптимально не піддаватиметься лікуванню (клас III; рівень доказовості C).

Стабільна стенокардія

Для пацієнтів із стабільною стенокардією доцільним є оцінка їхнього серцево-судинного ризику до початку або відновлення статевого життя. Пацієнти з легкою стабільною стенокардією мають низький ризик серцево-судинних подій, тоді як пацієнти з нестабільною або

рефрактерною стенокардією мають високий ризик. Проведення початкової оцінки, виконання різноманітних вправ забезпечує об'єктивну оцінку толерантності до фізичної активності та навантажень; визначає, чи виникає стенокардія напруги і оцінює важкість ішемії при фізичній активності.

Перенесений ІМ

Пацієнти, що перенесли ІМ, не мають клінічних проявів або не мають ознак ішемії при стрес-тестуванні або які пройшли повну коронарну реваскуляризацію, мають низький ризик розвитку ІМ під час статевого акту. У 2005 році на Принстонській конференції було запропоновано, що пацієнти, які пройшли успішну коронарну реваскуляризацію або пройшли тест на біговій доріжці без ознак ішемії, могли відновити статеву активність від 3 до 4 тижнів після ІМ. На відміну від цього, в 2004 році «Рекомендації ACC / AHA для лікування пацієнтів з інфарктом міокарда з елевацією сегменту ST» виправдали сексуальну активність вже через 1 тиждень після ІМ у стабільного пацієнта.

Перенесене перкутанне коронарне втручання

Кардіоваскулярний ризик під час сексуальної активності після ПКВ, ймовірно, пов'язаний з адекватністю коронарної реваскуляризації. Пацієнти з повною реваскуляризацією повинні мати можливість відновити статеву активність протягом декількох днів після ПКВ, за умови відсутності ускладнень.

Пацієнти, у яких є підстави підозрювати ускладнення з боку серцево-судинної системи, повинні пройти відповідну оцінку перед початком сексуальної активності. Пацієнтам, яким проводять ПКВ через радіальний доступ, повинні мати можливість відновити статеву активність вже в ранні терміни, ніж ті, яким проводиломь ПКВ через стегновий доступ. У пацієнтів з неповною коронарною реваскуляризацією тест на фізичне навантаження може бути корисним при оцінці ступеня і важкості залишкової ішемії.

Перенесене шунтування та відкриті операції на серці

Шунтування і більшість інших операцій на серці (наприклад, відновлення/заміна клапанів) зазвичай виконуються через серединну стернотомію, при чому загоєння грудини зазвичай завершується,

майже через 8 тижнів після операції.

Оскільки сексуальна активність може сприяти генерації високого внутрішньогрудного тиску, який може порушити загоєння післяопераційної рани, вона повинна бути відкладеною на 6 - 8 тижнів після шунтування та відкритих операцій на серці. Пацієнтам, які перенесли хірургічне втручання слід порадити уникати позицій, які викликають дискомфорт або викликати надмірний тиск на місце хірургічного втручання, особливо в ранній післяопераційний період. Після успішного відновлення після АКШ, статевая активність зазвичай відновлюється і сексуальне задоволення зазвичай зберігається у багатьох пацієнтів.

Серцева недостатність

Рекомендації:

1. Статевая активність є прийнятною для пацієнтів з компенсованою та/або легкою серцевою недостатністю класу I або II (клас IIa; рівень доказовості B).
2. Статевая активність не рекомендується для пацієнтів з декомпенсованою або прогресуючою серцевою недостатністю (клас III або IV NYHA) до тих пір, поки їх стан не стабілізується (клас III; рівень доказовості C).

Гемодинамічні, судинні, гормональні та нейрогормональні порушення можуть сприяти сексуальній дисфункції, яка зазвичай зустрічається у пацієнтів із серцевою недостатністю. Приблизно 60% - 87% пацієнтів із серцевою недостатністю повідомляють про сексуальні проблеми, включаючи помітне зниження сексуального інтересу та активності, причому одна чверть повідомляє про припинення сексуальної активності.

Статевая функція корелює з симптомним статусом, але не з фракцією викиду. Оптимізація лікування пацієнтів із серцевою недостатністю збільшує ймовірність безпечної та задовільної сексуальної активності. Заняття на тренажерах покращує якість життя у пацієнтів з серцевою недостатністю і може сприятливо впливати на їх сексуальну активність. Пацієнтам із дихальною недостатністю або

втомою під час сексуальної активності можна рекомендувати використовувати пози напівлежачи або «нижня позиція» під час коїтусу, що зменшує рівень фізичного навантаження і надає змогу відпочити, якщо виникла задишка. Дослідження, що включали стабільних пацієнтів з серцевою недостатністю, показали, що для таких пацієнтів зайняття сексом є безпечним.

Захворювання клапанів серця

Рекомендації:

1. Статева активність є прийнятною для пацієнтів з легким або помірним ступенем враження клапанів серця, зі слабкими симптомами або без них (клас IIa; рівень доказовості C).
2. Сексуальна активність є прийнятною для пацієнтів з нормально функціонуючими протезами, успішно реабілітованими клапанами та успішними інтервенціями транскатетерного клапана (клас IIa; рівень доказовості C).
3. Статева активність не рекомендується для пацієнтів з важким ступенем враження або значно клінічно вираженим враженням клапанів (клас III; рівень доказовості C).

Незважаючи на наявність рекомендацій щодо фізичної активності у пацієнтів з захворюваннями клапанів серця немає опублікованих досліджень, які б конкретно стосувалися питання сексуальної активності у таких пацієнтів. Оскільки пацієнти з легким або помірним враженням клапанів можуть безпечно брати участь у фізичних навантаженнях, що включають легку або помірну напругу, для таких пацієнтів також доцільно вступати в сексуальну активність, припускаючи, що така діяльність не викликає значних симптомів з боку серцево-судинної системи.

У пацієнтів з важким ступенем враження клапанів із значними симптомами (або навіть слабо вираженими симптомами), доцільно відкласти статеву активність доти, доки медикаментозне або хірургічне лікування не вирішить ці проблеми. Немає причин виключати сексуальну активність у пацієнтів з нормально функціонуючими протезними клапанами.

У пацієнтів, у яких симптоми або важкість враження клапанів є невизначеними, або у осіб з асимптоматичним важким враженням клапанів, за допомогою тестування, використовуючи фізичні навантаження, можна дати оцінку симптоматичної та гемодинамічної реакції на фізичну активність, а також можливе виникнення аритмій. Це може бути особливо корисним при оцінці індивідуума з асимптоматичним помірним або тяжким стенозом аорти та пацієнтами з важкою дисфункцією клапанів інших типів, які мають безсимптомний характер. Використовуючи ехокардіографію можна отримати додаткову інформацію про фізіологічну реакцію на фізичне навантаження, включаючи функцію шлуночків, збільшення градієнтів клапанів та індуковану легеневу гіпертензію.

Аритмії, кардіостимулятори та імплантований дефібрилятор серця

Рекомендації:

1. Сексуальна активність є прийнятною для пацієнтів з фібриляцією передсердь або тріпотінням передсердь (клас IIa; рівень доказовості C).
2. Статева активність є прийнятною для пацієнтів з анамнестичною атріовентрикулярною тахікардією, атріовентрикулярною тахікардією або передсердною тахікардією з контрольованими аритміями (клас IIa; рівень доказовості C).
3. Статева активність є прийнятною для пацієнтів з кардіостимуляторами (клас IIa; рівень доказовості C)
4. Статева активність є прийнятною для пацієнтів з імплантованим дефібрилятором серця для первинної профілактики (клас IIa; рівень доказовості C).
5. Статева активність є прийнятною для пацієнтів з імплантованим дефібрилятором серця, що використовуються для вторинної профілактики, у яких помірна фізична активність (> 3–5 METS) не викликає шлуночкової тахікардії або фібриляції (рівень доказовості C).

6. Сексуальну активність слід відкласти для пацієнтів з фібриляцією передсердь і погано керованою частотою скорочень шлуночків, з неконтрольованими або симптомними надшлуночковими аритміями, зі спонтанними або індукованими фізичними вправами шлуночковими тахікардіями, поки не буде досягнуто оптимально керованого стану (клас III; рівень доказів C)
7. Сексуальну активність слід відкласти у пацієнтів з імплантованим дефібрилятором, які багато разів знаходились у стані шоку, до стабілізації та оптимального контролю аритмій (клас III; рівень доказовості C).

Як обговорювалося вище, раптова смерть є надзвичайно рідкісним явищем під час сексуальної активності в загальній популяції. Є обмежені дані про частоту аритмій, індукованих сексуальною активністю у пацієнтів з відомою із анамнезу наявністю аритмії. Ризик шлуночкової аритмії під час сексуальної активності у хворих на ССЗ, в тому числі і з імплантованим дефібрилятором, не виявляється більшим, ніж при фізичних навантаженнях.

Таким чином, доцільно рекомендувати пацієнтам з аритміями, які вважаються безпечними для участі у дозвільній (або більш активній) спортивній діяльності, жити статевим життям. У пацієнтів, які перебували багато разів у стані шоку, доцільно спочатку стабілізувати і оптимально контролювати аритмію (і причину), перш ніж пацієнт почне жити статевим життям. Як зазначалося вище, присутність імплантованого дефібрилятора не є обмеженням для сексуальної активності, і для більшості пацієнтів з імплантованим дефібрилятором доцільно продовжувати сексуальну активність.

Вроджені вади серця

Рекомендації:

1. Статева активність є прийнятною для більшості пацієнтів із вродженими вадами серця, які не мають декомпенсованої або розвиненої серцевої недостатності, значних клінічних проявів

або неконтрольованих аритмій (клас IIa; рівень доказовості C).

За оцінками, у Сполучених Штатах більше 1 мільйона хворих на ІХС у віці 21 рік. Пацієнти з простими, а також більш складними захворюваннями піддаються ризику розвитку аритмій, інсульту і, рідше, коронарної ішемії. На сьогодні, однак, є лише рідкісні випадки смертей або інсультів під час сексуальної активності в цій популяції. У 1-му дослідженні, 9% жінок з ІХС повідомляли про симптоми під час сексуальної активності, що включало задишку, відчутну аритмію, підвищену втому або синкопе. У опитуванні чоловіків з ІХС 9% повідомили про задишку, 9% про суб'єктивні аритмії, 5% повідомили про біль у грудях при сексуальній активності, при чому симптоми частіше зустрічаються у пацієнтів з більшими функціональними порушеннями (III клас NYHA).

Опубліковані рекомендації дозволяють необмежену фізичну активність у пацієнтів з безсимптомною ІХС із закритими або малими дефектами передсердної або шлуночкової перегородки, легкою коарктацією аорти, закритою артеріальною протокою та іншими легкими вродженими дефектами з нормальною ємністю правих відділів серця, з відсутністю легеневої гіпертензії та відсутністю значної обструкції правих або лівих відділів серця. На підставі цих рекомендацій сексуальна активність є доцільною у більшості пацієнтів з ІХС. Пацієнти, у яких безпека статевої активності є менш визначеною або нечіткою, мають ознаки значної легеневої гіпертензії, неконтрольованих аритмій.

Гіпертрофічна кардіоміопатія

Рекомендації:

1. Сексуальна активність є доцільною для більшості пацієнтів з гіпертрофічною кардіоміопатією (клас IIa; рівень доказовості C).
2. Сексуальна активність повинна бути відкладена для пацієнтів з гіпертрофічною кардіоміопатією, які мають сильно клінічно виражені симптоми, поки їх стан не стабілізується (клас III; рівень

доказовості С).

Гіпертрофічна кардіоміопатія є гетерогенним генетичним захворюванням серцево-судинної системи і є найчастішою причиною раптової серцевої смерті, пов'язаної з аритмією.

Приблизно 70% пацієнтів з гіпертрофічною кардіоміопатією можуть мати обструкцію лівого шлуночка або в спокої або при фізіологічному навантаженні. Основний аритмогенний субстрат в гіпертрофічній кардіоміопатії є непередбачуваним, але зв'язок між фізичною активністю і випадками раптової смерті, пов'язаними з шлуночковою тахікардією/фібриляцією шлуночків, що і викликає занепокоєння, на рахунок підвищеної сексуальної активності та її вплив на підвищення ризику у пацієнтів з цим захворюванням. Тим не менш, немає жодного документованого випадку зупинки серця, пов'язаної з сексуальною активністю у пацієнтів гіпертрофічною кардіоміопатією.

Серцево-судинні препарати та їх вплив на статеву функцію

Рекомендації:

1. Серцево-судинні препарати, які можуть поліпшити симптоми та виживання, не слід припиняти через занепокоєння щодо потенційного впливу на статеву функцію (клас III: шкода; рівень доказовості С).

Численні класи серцево-судинних препаратів, зокрема діуретики та бета-блокатори, були залучені до викликання еректильної дисфункції (ЕД); однак, останні дослідження та огляди не знайшли чітких зв'язків між багатьма сучасними серцево-судинними препаратами та ЕД

Аналіз 6-ти досліджень, в яких було задіяно майже 15 000 осіб, виявив, що лікування бета-блокаторами збільшило щорічну частоту сексуальної дисфункції лише на 5 випадків на 1000 пацієнтів і щорічну частоту повідомлень про імпотенцію лише на 3 випадки на 1000

пацієнтів, також враховувалось саме знання пацієнта про те, що лікарський препарат пов'язаний з ЕД, часто це є важливим фактором, який сприяє розвитку ЕД у пацієнта. Дослідження, що стосуються статевої функції у жінок, виявили наступне: антигіпертензивна терапія не спричиняє негативного впливу на статеву функцію, хоча тіазидні діуретики та альдостерон можуть бути пов'язані зі зниженням виділення вагінального секрету або порушеннями менструального циклу.

Серцево-судинні препарати, які можуть поліпшити симптоми або виживання, не повинні бути припинені через занепокоєння щодо їх негативного впливу на статеву функцію. Якщо пацієнт, який отримує серцево-судинний препарат, скаржиться на сексуальну дисфункцію, слід докласти зусиль, щоб оцінити, що є більш вірогідною причиною статевої дисфункції саме захворювання, ефект ноцебо або тривожність/депресія.

У пацієнтів, у яких доведено розвиток ЕД в результаті застосування тіазидних діуретиків, доцільно перейти на петлеві діуретики. Деякі пацієнти чоловічої статі, які отримують спіронолактон, можуть мати антиандрогенні побічні ефекти (наприклад: ЕД, зниження лібідо та гінекомастію), що порушує їх статеву функцію і активність, у цьому випадку еплеренон може бути гарною альтернативою. У пацієнтів чоловічої статі з чітко визначеною статевою дисфункцією індукованою бета-блокаторами, може бути розглянуто небіволол (який має азотисто-опосередковані вазодилатуючі властивості та більш низьку частоту ЕД, ніж інші бета-блокатори), якщо бета-блокатори не вводяться спеціально для поліпшення виживаності для пацієнта з систолічною серцевою недостатністю або після інфаркту міокарду. Лікування ЕД інгібітором фосфодіестерази-5 (PDE5) (обговорюється нижче) може бути гарною альтернативною стратегією.

Фармакотерапія інгібіторами PDE5 при статевої дисфункції

Рекомендації:

1. Інгібітори PDE5 є ефективними при лікуванні ЕД у пацієнтів зі стабільним ССЗ (клас I; рівень доказовості A).
2. Безпечність інгібіторів PDE5 невідома у пацієнтів при важкому стенозі аорти або HCM (клас IIb; рівень доказовості C).
3. Інгібітори PDE5 не повинні використовуватися у пацієнтів, які отримують нітратну терапію (клас III; рівень доказовості B).
4. Нітрати не слід призначати пацієнтам протягом 24 годин після введення силденафілу або варденафілу або протягом 48 годин після введення тадалафілу (клас III; рівень доказовості B).

Інгібітори PDE5 ефективні для лікування ЕД. Інгібітори PDE5 запобігають розпаду циклічного ГМФ, тим самим призводячи до підвищення концентрації оксиду азоту і вазодилатації, що посилює еректильну функцію. Три інгібітори PDE5 схвалені для лікування ЕД в Сполучених Штатах: силденафіл, тадалафіл і варденафіл. Силденафіл і тадалафіл також схвалені для лікування легеневої гіпертензії. Силденафіл і варденафіл відносно короткочасно діють з періодом напіврозпаду приблизно 4 години; тадалафіл тривало діє з періодом напіввиведення 17,5 годин. Ці препарати викликають системну вазодилатацію і слабе зниження систолічного і діастолічного системного артеріального тиску.

Інгібітори PDE5, як правило, безпечні та ефективні для лікування ЕД у пацієнтів із системною артеріальною гіпертензією, стабільною стенокардією і компенсованою серцевою недостатністю. Жодне дослідження не показало, що один з препаратів є більш ефективним або безпечним ніж інші. Інгібітори PDE5 пов'язані зі зниженнями системного артеріального тиску, але не збільшують побічні події з боку серця.

У деяких пацієнтів одночасне застосування інгібіторів PDE5 та бета-блокаторів може призвести до симптоматичної гіпотонії. Інгібітори PDE5 не слід призначати для лікування ЕД у пацієнтів, які вже отримують терапію інгібітором PDE5 для легеневої гіпертензії. Варденафіл (але не силденафіл або тадалафіл) може впливати на подовження інтервалу QT і його слід уникати у пацієнтів з вродженим подовженим QT. Органічні нітрати (як короткої дії, такі як нітрогліцерин, так і тривалої дії, такі як ізосорбід мононітрат) є донорами оксиду азоту і залишаються абсолютним протипоказанням до використання з інгібіторами PDE5, оскільки ця комбінація може призвести до непередбачуваних і стрімких скорочень у системному артеріальному тиску. Пацієнтам з болем у грудній клітці або гострим ІМ не слід призначати нітрати принаймні протягом 24 годин після останньої дози силденафілу або варденафілу і до 48 годин після останньої дози тадалафілу. Крім нітратів, пацієнтів з болем у грудях або гострим коронарним синдромом, які приймали інгібітор PDE5, можна лікувати всіма іншими серцево-судинними препаратами.

Місцева естрогенна терапія (Local and Topical Estrogen Therapy)

Рекомендації:

1. Несистемне використання естрогенів для лікування диспареунії у жінок з ССЗ є доцільним (клас IIa; рівень доказів C).

Вагінальна сухість і біль при статевих контактах є переважаючими симптомами серед сексуально активних постменопаузальних жінок. Естроген, що вводиться через вагінальні шляхи, є ефективним, а також рекомендованим для лікування симптомів вагінальної атрофії у жінок в менопаузі та постменопаузі. Топічні препарати естрогену також можуть бути використані для лікування інсерційного болю у вагінальному інтроїтусі. Занепокоєння з приводу естрогенної терапії та підвищеного серцево-судинного ризику спонукало опрацювати результати кількох великих досліджень у яких приймали участь жінки, які отримували пероральну комбіновану терапію з естрогенами та

прогестероном; однак, випробування проводились лише з терапією естрогенами і не було інформації про підвищений ризик виникнення порушення серцевої діяльності.

Рослинні препарати

Рекомендації:

1. Доцільно попереджати пацієнтів із ССЗ щодо потенціалу несприятливих явищ із застосуванням рослинних препаратів з невідомими інгредієнтами, які приймаються для лікування сексуальної дисфункції (клас IIb; рівень доказовості C).

Для лікування сексуальної дисфункції пацієнтам рекламують численні лікарські засоби рослинного походження. Деякі з цих препаратів можуть містити препарати, такі як інгібітори PDE5 (або хімічно подібні речовини), йохімбін або L-аргінін. Такі препарати можуть взаємодіяти з серцево-судинними препаратами і спричиняти вазоактивні або симпатоміметичні ефекти, що можуть підвищувати або знижувати системний кров'яний тиск, або можуть бути пов'язані з несприятливим результатом у пацієнтів з ССЗ.

Психологічні проблеми сексуальної активності та ССЗ

Рекомендації:

1. Тривожність і депресію щодо сексуальної активності слід оцінювати у пацієнтів з ССЗ (клас I, рівень доказовості B).

Психологічний дистрес і зниження статевої функції є поширеним у пацієнтів з ССЗ. У пацієнтів з серцевою недостатністю, ІХС, ІМ, АКШ, імплантацийним дефібрилятором або трансплантацією серця, частота сексуальної активності та задоволення часто знижуються

через тривогу з боку пацієнта або партнера, що сексуальна активність погіршить основне серцеве захворювання або спричинить смерть. Зміни сексуальної активності після ССЗ можуть погіршити якість життя пацієнта, негативно вплинути на психологічне здоров'я, погіршити відносини у шлюбі або інші важливі інтимні відносини, що в свою чергу може призвести до депресії і тривоги. Виникаюча депресія може бути важливою причиною ЕД у чоловіків і у жінок призвести до зниження лібідо, труднощі з збудженням і оргазмом, і диспареунії.

Консультування пацієнтів та їх партнерів

Рекомендації:

1. Консультування пацієнтів та їх партнерів з боку медичних працівників є корисним для відновлення сексуальної активності після ССЗ (клас I; рівень доказовості B).

Хоча консультування з приводу статевого життя пацієнтів із ССЗ та їх партнерів є важливою складовою відновлення, воно рідко передбачається. Потенційними причинами цього є відсутність досвіду чи комфорту для обговорення сексуальних питань, недостатнє знання з питань сексуальної активності та ССЗ та обмежений час.

Дослідження показують, що більшість пацієнтів із ССЗ (та їх партнери) вважають, що вони недостатньо освічені на цю тему медичними працівниками і хочуть отримати більше інформації про те, як відновити свою нормальну сексуальну активність. Партнери хворих на ССЗ часто відчують значну тривогу щодо сексуальної активності, що може негативно вплинути на сексуальну активність пари. Якщо інформація про сексуальну активність надається пацієнтові, вона, швидше за все, буде надана у письмовій формі, ніж усно, частіше надаються чоловікам, ніж жінкам, і рідко надаються партнерам.

Рандомізовані дослідження продемонстрували, що консультування з приводу статевого життя у пацієнтів із ССЗ призводить до збільшення знань, більшої ймовірності повернення до сексуальної активності, поліпшення сексуального бажання та задоволення, а також підвищення впевненості та зменшення страху у відновлення сексуальної активності.

Висновки

Статева активність є важливою складовою якості життя пацієнта та його партнера і для більшості пацієнтів із ССЗ доцільножити статевим життям. Доцільно, щоб пацієнти з ССЗ, які бажають жити статевим життям пройшли комплексне обстеження заздалегідь. Ті, у кого стабільні симптоми і хороша функціональна здатність, зазвичай мають низький ризик розвитку несприятливих серцево-судинних подій під час сексуальною активності. Пацієнтів з нестабільними або важкими симптомами слід спочатку лікувати і стабілізувати до початку статевого життя. Фізичне тестування може надати додаткову інформацію щодо безпеки сексуальної активності у пацієнтів з невизначеним або нечітким ризиком.

Серцево-судинні препарати не завжди є справжньою причиною ЕД, і ті, які можуть поліпшити симптоми і виживання, не повинні бути припинені через занепокоєння щодо потенційного впливу на статеву функцію. Інгібітори PDE5 виявилися безпечними та ефективними у багатьох пацієнтів зі стабільним ССЗ; однак, використання нітратів є абсолютним протипоказанням для введення інгібіторів PDE5.

Тривожність і депресія є важливою проблемою у пацієнтів з ССЗ і можуть сприяти зменшенню чи порушенню статевої активності. Консультування з приводу статевого життя хворих на ССЗ та їх партнерів є важливою складовою відновлення; На жаль, це застосовується рідко.

Необхідні подальші дослідження щодо сексуальної активності при конкретних серцево-судинних захворюваннях, зокрема, щодо впливу ССЗ на сексуальну активність у жінок і у літніх людей.

Джерело: <https://bit.ly/2GOaхyT>

Переклад: Венгер Тетяна

