Эректильная дисфункция. И.А. Корнеев

май 01, 2016

Кафедра урологии ПСПбГМУ им. акад. И.П.Павлова (зав. – проф. С.Х. Аль-Шукри)

Что такое эректильная дисфункция?

Эректильная дисфункция (ЭД) – это постоянная невозможность мужчин получить и удержать эрекцию полового члена, которая необходима для удовлетворительной половой активности. Эрекция обеспечивает реализацию копулятивного цикла и представляет собой один из компонентов полового акта наряду с половым влечением, семяизвержением и чувством наслаждения (оргазмом), поэтому ЭД относят к сексуальным расстройствам. Термин ЭД пришел на смену устаревшему понятию «импотенция», которое не давало представления о сути проблемы и часто вызывало негативную эмоциональную реакцию мужчин. В настоящее время считают, что нормальная эрекция возможна только при адекватной работе нервов и сосудов полового члена при полноценном функционировании механизмов тканевой и гормональной регуляции. В связи с этим появление ЭД у мужчины следует рассматривать как признак, указывающий на вероятное начало развития опасных заболеваний, в частности заболеваний сердечно-сосудистой системы.

Какие существуют причины возникновения эректильной дисфункции?

Широкомасштабные исследования, проведенные во многих странах мира, показали, что ЭД является чрезвычайно распространенной проблемой. Это заболевание наблюдается более чем у половины россиян в возрасте от 22 до 77 лет, при этом доля страдающих от него мужчин, равно, как и степень его тяжести увеличиваются с возрастом [1]. В развитии ЭД выделяют два ведущих компонента - психогенный, связанный с психоэмоциональными факторами, и органический -обусловленный наличием заболеваний. Психогенная ЭД чаще наблюдается у мужчин молодого возраста, она может быть вызвана конфликтной ситуацией в отношениях партнеров или каким-либо эмоциональным перенапряжением, например, проблемами на работе. Органическая ЭД обычно развивается у мужчин более старшего возраста, на фоне атеросклеротического поражения сосудов, артериальной гипертензии, метаболических расстройств – дислипидемии, сахарного диабета, возрастного андрогенного дефицита. В то же время у мужчин с органической природой ЭД часто присутствует и психогенный компонент, обусловленный отсутствием уверенности в способности получить и удержать эрекцию, страхом потерпеть неудачу в попытке проведения полового акта. Очевидно, что в связи с этим к каждому пациенту с ЭД требуется индивидуальный подход.

Кто попадает в группу риска развития заболевания в первую очередь?

Согласно современным представлениям, наиболее высокая вероятность развития ЭД - у мужчин при наличии признаков, известных как факторы риска развития ишемической болезни сердца (ИБС): низкой физической активности, избыточном весе и ожирении, курении, гиперхолистеринемии, метаболическом синдроме.

Кроме того, ЭД нередко развивается на фоне лекарственной терапии, например, при коррекции артериальной гипертензии бета-блокаторами первых поколений или тиазидными диуретиками, а также является частым осложнением оперативных вмешательств на органах таза.

Поэтому так важно при ЭД проводить комплексное обследование мужчины и рекомендовать ему комплекс мер, направленных на коррекцию имеющихся нарушений в дополнение подбора адекватной фармакотерапии для нормализации эректильной функции. Такой персонифицированный подход позволяет рассчитывать на восстановление нормального метаболизма в кавернозных телах и возвращение собственной эректильной функции.

Какие существуют методы лечения эректильной дисфункции? Как лечат данное заболевание в России? Какой опыт лечения дисфункции существует за рубежом?

С уверенностью можно сказать, что на сегодняшний день практически у 100% мужчин с ЭД можно добиться восстановления эрекции. При этом следует отметить, что подходы к лечению больных с ЭД в нашей стране и за рубежом не имеют принципиальных различий. Этому способствовало широкое распространение подготовленных Европейской ассоциацией урологов рекомендаций [2] и их одобрение руководством Российского общества урологов.

В первую очередь при ЭД следует устранить имеющиеся факторы риска, по возможности ликвидировать обратимые патологические состояния, а также информировать мужчину и его партнершу о сути проблемы, подсказать какие способы оптимизации сексуальной стимуляции для устранения ЭД могут быть применены с учетом индивидуальных особенностей. Фармакологическое лечение таблетированными ингибиторами фосфодиэстеразы 5-го типа (иФДЭ5) – силденафилом, варденафилом, тадалафилом и уденафилом – является терапией первой линии эффективной примерно у 80% пациентов. Силденафил стал первым иФДЭ5, рекомендованным для коррекции ЭД с 1998 г, в связи с этим сегодня он является наиболее полно изученным в условиях реальной клинической практики препаратом этой группы.

Плацебо-контролируемые исследования подтвердили зависящую от дозы способность силденафила вызывать нормализацию эрекции и улучшение всех показателей индекса сексуальной функции: в течение 6 месяцев это отметили 56%, 77% и 84% принимавших соответственно 25, 50 и 100 мг этого препарата. При этом как мужчины, так и их партнерши отмечали повышение самооценки и качества жизни. Побочные эффекты действия силденафила наблюдаются редко, к ним относятся головная боль, «приливы» и диспепсия, однако, в большинстве случаев степень их выраженности была незначительной и не приводила к необходимости отмены препарата [3].

Первоначально клиницистам было рекомендовано использовать стартовую дозу силденафила 50 мг, при необходимости, в зависимости от эффективности и переносимости, ее следовало увеличить до 100 мг или уменьшить до 25 мг. Кроме того, меньшую начальную дозу 25 мг показано использовать у мужчин с почечной и печеночной недостаточностью и при комбинированной терапии с ингибиторами изофермента CYP3A4 (эритромицином, саквинавиром, кетоконазолом, итраконазолом). Такой подход с целью уменьшения риска развития постуральной гипотензии также обоснован у мужчин, принимающих альфа-адреноблокаторы. Позднее появились публикации, способствовавшие развитию представлений о персонифицированном подходе к подбору дозировки силденафила у мужчин с ЭД. Меньшая дозировка может быть использована при начальных и менее выраженных проявлениях ЭД, большая – оправдана в случаях тяжелых поражений пенильных нервов и сосудов для достижения максимального эффекта и в надежде на нормализацию функции гладких мышц кавернозных тел. В связи с этим мужчина с ЭД должен обязательно получить консультацию специалиста-уролога для выбора соответствующего своему патологическому состоянию подхода. При этом необходимо принимать во внимание характеристики копулятивной активности, факторы риска развития и клиническую картину ЭД, а также наличие и степень выраженности нежелательных побочных эффектов [4].

Появление в российских аптеках препарата Торнетис® (силденафил) компании «Сандоз» в виде таблетки 100 мг с уникальной системой дозирования - равномерным распределением действующего вещества, предполагающим возможность деления на четыре равные части, позволяет широко варьировать дозировку препарата в соответствии с индивидуальными потребностями каждого пациента.

При отсутствии эффекта от иФДЭ5 мужчинам может быть рекомендовано интракавернозное или внутриуретральное введение вазоактивных лекарственных препаратов-стимуляторов эрекции, применение вакуумных эректоров, возможно комбинирование нескольких методов. Если эректильный ответ не возникает или если дальнейшее применение консервативных подходов вследствие каких-либо причин невозможно, пациентам предлагают оперативное лечение – протезирование полового члена.

Список литературы:

1. Пушкарь Д.Ю., Камалов А.А., Аль-Шукри С.Х. и соавт, Анализ результатов эпидемиологического исследования распространенности эректильной дисфункции в Российской Федерации. Урология. 2012; 6: 5-9
2. Guidelines on Male Sexual Dysfunction: Erectile dysfunction and premature ejaculation. K. Hatzimouratidis (chair), I. Eardley, F. Giuliano, D. Hatzichristou, I. Moncada, A. Salonia, Y. Vardi, E. Wespes. EAU Guidelines, edition presented at the 29th EAU Annual Congress, Stockholm 2014. ISBN 978-90-79754-65-6
3. Goldstein I, Lue TF, Padma-Nathan H, Rosen RC, Steers WD, Wicker PA; Sildenafil Study Group. Oral sildenafil in the treatment of erectile dysfunction. J Urol. 2002;167:1197-1203
4. Stroberg P, Kaminetsky JC, Park NC, Goldfischer ER, Creanga DL, Stecher VJ. Hardness, function, emotional well-being, satisfaction and the overall sexual experience in men using 100-mg fixed-dose or flexible-dose sildenafil citrate. Int J Imp Res 2010; 22, 284–289

Source URL: *https://www.novartis.com/ru-ru/news/media-releases/erectile-dysfunction-i-a-korneev*

List of links present in page

- https://www.novartis.com/ru-ru/ru-ru/news/media-releases/erectile-dysfunction-i-a-korneev