



ИППО ФМБЦ
им. А.И. Бурназяна
Кафедра
урологии и
андрологии

13 лет эры новейшей фармакотерапии эректильной дисфункции. Эволюция клинического подхода

Д. м. н., проф. В.А. Ковалев

Эректильная дисфункция (ЭД) определяется как неспособность мужчины достигать или поддерживать эрекцию на уровне, необходимом для удовлетворительной сексуальной активности. Пероральная терапия эректильной дисфункции имеет многовековую историю. Свои рецепты восстановления «мужской силы» имелись у древних греков и египтян. Гомер рекомендовал в качестве лекарства семена дурмана и цветки папоротника. На протяжении многих столетий с целью продления сексуального долголетия использовались различные стимулирующие средства, многие из которых относились к разряду галлюциногенов, психостимуляторов и наркотических средств.

Современной пероральной терапии эректильных расстройств около 40 лет. Механизм действия негормональных препаратов, как правило, основан на блокаде β -адренорецепторов и стимуляции допаминэргических рецепторов. Эпоху фармакотерапии эректильной дисфункции нового поколения, которую с уверенностью можно на-

звать «эрой ингибиторов фосфодиэстераз (ФДЭ-5)», можно сравнить разве что с периодом начала использования пенициллина в 40-е годы XX столетия. Ингибиторы содержащейся в кавернозной ткани фосфодиэстеразы 5-го типа предотвращают распад циклического гуанозинмонофосфата (цГМФ) – вторичного мессенджера, ответственного за на-

ступление эрекции. Разработка и внедрение в клиническую практику ингибиторов ФДЭ-5 привели к значительному улучшению результатов лечения эректильных расстройств.

Исследования последних лет показали, что эндотелиальная дисфункция является ключевым патофизиологическим звеном любой циркуляторной недостаточности и приводит к дефициту оксида азота и нейротрансмиттерной недостаточности. Ингибция фосфодиэстераз представляет собой перспективное направление терапии подобных расстройств. Идеальная терапия должна быть эффективной и надежной, простой и безболезненной, безопасной, универсальной и физиологичной. Этим требованиям полностью соответствуют три препарата данной группы – силденафил, тадалафил, варденафил, схожие по эффективности, но отличающиеся фармакодинамическим профилем. Эффективность ингибиторов ФДЭ-5 достаточно высока и составляет в среднем до 75% при различных формах эректильных расстройств [1]. В настоящее время препараты данной группы ис-



пользуются как ситуационно, так и в режиме ежедневного приема [2]. Несмотря на то, ингибиторы ФДЭ-5 в большинстве стран являются первой линией терапии эректильной дисфункции, от 20% до 50% пациентов отмечают неудовлетворительные результаты при монотерапии этими препаратами [3, 4], в 10–15% случаев имеет место первичный отказ пациентов от терапии силденафил цитратом [5]. Кроме того, проведенные исследования в Европе и США показали, что 95% пациентов, использующих силденафил, предпочли бы испробовать лечение новыми ингибиторами фосфодиэстераз [6]. Причины отказа от терапии весьма разнообразны. Большую роль играет неэффективность монотерапии, обусловленная этиопатогенезом эректильной дисфункции, в частности, у пациентов с сахарным диабетом, метаболическим синдромом, больных, находящихся на программном гемодиализе и после трансплантации почки. В этих случаях качество сексуальной адаптации существенно улучшается при комбинированном использовании ингибиторов ФДЭ-5 и тестостерона [7]. Психологические факторы также являются одной из важных причин отказа от терапии ингибиторами ФДЭ-5. Как показали психологические исследования, отношение к проблеме сексуальных расстройств менялось на протяжении времени (восприятие, мотивация пациентов, страдающих расстройствами эрекции). В период начала проведения научных исследований в этой области целью терапии было достижение любого улучшения эректильной функции. В последующем пациентам уже было недостаточно «полумер», они хотели добиться стабильной хорошей эрекции, достаточной для совершения полового акта. Это время совпало с периодом широкого применения интракавернозной терапии, вакуумэректоров, имплантационной хирургии. Сегодня внимание как специалистов, так и пациентов, сфокусировано на улучшении качества жизни, что подраз-

умевает восстановление не только «механического» компонента эректильной функции, но и психологического комфорта, возвращение к привычному для пациента образу жизни.

Одним из немаловажных с психологической точки зрения факторов успешного проведения полового акта является его спонтанность и гибкость. Спонтанность – это отсутствие зависимости от времени и места приема препарата, возможность для партнеров выбирать наиболее благоприятный момент для коитуса и приблизить частоту половых контактов и сексуальное поведение к индивидуальной «норме», т. е. «так, как было раньше». Гибкость – это отсутствие боязни «упущенного момента», необходимости преодоления неожиданных внешних обстоятельств, беспокойства по поводу взаимодействия препарата с едой и алкоголем, что дает возможность пациенту «не изменять своим привычкам» и спонтанно корректировать собственные планы.

Исследуя психологические особенности при проведении половых актов, было выявлено, что в среднем до 50% пациентов предпочитают не планировать свою сексуальную жизнь заранее. По данным опроса мужчин различных возрастных групп, принимавших лечение ингибиторами ФДЭ-5, более 80% мужчин среднего возраста отдают предпочтение препаратам с 36-часовым периодом действия вместо препаратов с 4 часовым периодом [8]. Проблема временной зависимости совершения полового акта от приема препарата успешно решается при использовании ингибитора ФДЭ-5 с пролонгированным действием – тадалафила (Сиалис).

Важной отличительной особенностью препарата является его фармакокинетический профиль, значительно отличающийся от такового у силденафила и варденафила. У тадалафила отмечен более длительный период действия – до 36 часов, с периодом полувыведения 17,5 часов (у силденафила – 3,8 часа). У 79%

мужчин эффект действия препарата отмечен спустя 36 часов от начала приема. Статистически достоверный ответ на тадала-

По данным опроса мужчин различных возрастных групп, принимавших лечение ингибиторами ФДЭ-5, более 80% мужчин среднего возраста отдают предпочтение препаратам с 36-часовым периодом действия вместо препаратов с 4 часовым периодом [8]. Проблема временной зависимости совершения полового акта от приема препарата успешно решается при использовании ингибитора ФДЭ-5 с пролонгированным действием – тадалафила (Сиалис).

фил в дозе 20 мг (в сравнении с плацебо) отмечался у 32% пациентов на 16-й минуте после приема препарата. 52% мужчин способны к полноценному коитусу спустя 30 минут после приема тадалафила [4]. Пролонгированный эффект является существенным фактором достижения психологического комфорта сексуальной жизни, поскольку он устраняет зависимость от образа жизни благодаря тому, что скорость и продолжительность абсорбции Сиалиса не зависят от количества и времени приема пищи и алкоголя [9]. Столь благоприятный фармакокинетический профиль расширяет возможности применения Сиалиса в группе пациентов с сахарным диабетом, для которых очень важен регулярный прием пищи в связи с необходимостью приема инсулина или других сахароснижающих средств. Представляемая Сиалисом возможность не зависеть от времени приема препарата, «забыть» о проводимом лечении имеет



большое значение при проведении комбинированной терапии психогенных расстройств эрекции, обусловленных тревожным ожиданием неудачи, синдрома ускоренного семяизвержения на фоне эректильных расстройств или в сочетании с обострением хронического простатита.

Представляемая Сиалисом возможность не зависеть от времени приема препарата, «забыть» о проводимом лечении имеет большое значение при проведении комбинированной терапии психогенных расстройств эрекции, обусловленных тревожным ожиданием неудачи, синдрома ускоренного семяизвержения на фоне эректильных расстройств или в сочетании с обострением хронического простатита.

Предпочтения пациентов при выборе различных средств лечения эректильной дисфункции изучались во многих исследованиях. Так, исследование Govier явилось одним из первых, в которых изучались предпочтения пациентов при выборе ингибиторов ФДЭ-5. Целью исследования было выяснить, отдадут ли предпочтение тадалафилу пациенты, применяющие силденафил, учитывая схожий профиль эффективности и переносимости этих лекарств [10].

*Литература
→ С. 46*

Это рандомизированное двойное слепое 2-периодное кроссоверное исследование с фиксированными дозами проводилось в 7 исследовательских центрах США и 6 центрах Германии. Из 236 мужчин (по 118 в США и Германии) 215 (91,1%) были рандомизированы на две группы: 109 пациентов принимали лечение в последовательности «тадалафил-силденафил», а 106 – в последовательности «силденафил-тадалафил». Пациенты в двух группах с разной последовательностью лечения исходно имели одинаковые характеристики. После безлекарственного периода скрининга, длившегося одну неделю, пациенты в случайном порядке были рандомизированы для лечения в течение первых 4 недель тадалафилем 20 мг по мере необходимости или силденафилем 50 мг. После 1-2-недельного периода отмывки (безлекарственный период), следующего за первым лечебным периодом, пациенты перекрестно переводились на альтернативное лечение в течение 2 недель. Во время последнего визита (визит 5) после завершения второго лечебного периода пациентам был задан вопрос о предпочтительном лечении (Treatment Preference Question – TPQ): «Какое лечение вы предпочли?» Мужчины, ответившие на TPQ, считались подлежащими оценке. В настоящем исследовании пациенты с эректильными расстройствами, ранее не принимавшие силденафил или предпринимавшие неудачные попытки лечения силденафилем, чаще предпочитали пероральное лечение тадалафилем, чем силде-

нафилем, с преимуществом 2:1. Предпочтения пациентов не зависели от возраста, продолжительности ЭД, последовательности лечения и предшествующего приема силденафила.

Исследование под руководством проф. Stanley Althof, проведенное в 21 стране, показало, что 82% мужчин с эректильной дисфункцией предпочли Сиалис, по сравнению с 18% пациентов, выбравших Виагру. В исследовании принимали участие 2 762 пациента, которые перед началом исследования не менее 6 недель принимали силденафил. Пациентам рекомендовали принимать Сиалис по требованию, перед сексуальной активностью в течение 8 недель. Пациенты, которые предпочли Сиалис для дальнейшего приема в конце исследования, отмечали уменьшение давления фактора времени, позитивно влиявшее на психологический статус, повышение уверенности в себе и улучшение отношений в паре [10, 11].

Следует отметить, что степень предпочтения пациентами того или иного препарата (короткого или пролонгированного действия) зависит от многих факторов, среди которых немаловажное значение имеют экономические и психологические аспекты взаимоотношений в паре. Накопленный к сегодняшнему дню клинический опыт, многочисленные исследования сексуальности, ее разновидностей в настоящее время позволяют специалистам не только решить проблему эрекции, но и в целом влиять на качество сексуальной жизни пациента с учетом его потребностей и желаний. 🌸