

# СЕКСУАЛЬНАЯ ГАРМОНИЯ: ЧТО МОЖЕТ

17 июня 2010 года в рамках VI Российского конгресса «Мужское здоровье» с международным участием состоялся сателлитный симпозиум, организованный компанией Bayer Schering Pharma. Особую значимость этому симпозиуму придало присутствие на нем в качестве председателей профессора, президента Международного общества «Мужское здоровье» Зигфрида Мерина и д.м.н., профессора, президента Российского общества «Мужское здоровье», заместителя председателя РООУ, заведующего кафедрой урологии и андрологии факультета фундаментальной медицины МГУ Армаиса Альбертовича Камалова.



## «ЛЮБОВЬ БЫВАЕТ ДОЛГОЙ, А ЖИЗНЬ ЕЩЕ ДЛИННЕЙ...»

В России, к сожалению, наблюдаются две неблагоприятные тенденции – снижение абсолютного числа мужчин и уменьшение из года в год количества брачных союзов. Среди причин разводов на 3-м месте по распространенности находится сексуальная неудовлетворенность (31%) (рисунок 1). К сожалению, в большинстве случаев проблемы сексуальной неудовлетворенности супругов ими не решаются: ведь, как оказалось, 63% женщин даже не обсуждают воз-

никшие сексуальные проблемы. Следует в этом отношении подчеркнуть, что брак – это работа, которая требует постоянного эмоционального развития и внимания друг к другу на протяжении всей жизни.

Так существует ли формула любви длиною в целую жизнь?

При зарождении любви и семейных отношений, в возрасте 20-30 лет, формулой успеха является независимость. Однако существуют и факторы риска для этого возраста: ночные увеселительные заведения, Интернет и телевидение, алкоголь, курение, наркотические вещества, беспорядочные половые связи. Эти факторы риска могут вести к «болезням семейной пары» – хронической усталости, головной боли, алкогольной, никотиновой, наркотической зависимостям, венерическим заболеваниям.

В возрасте 30-35 лет основой семейных отношений становится общность и автономия. Здесь важно найти золотую середину между своими потребностями и уважением к потребностям и интересам любимого человека. Факторами риска здесь становятся интенсивный ритм работы, гиподинамия, хронический стресс, фастфуд, гиповитаминоз, курение, алкоголь. «Болезни семейной пары» этого возраста – различные зависимости, избыточный вес, невынашивание беременности.

В возрасте 35-40 лет ключом семейного счастья становится взаимная ответственность. Одной из составляющих семейных ценностей являются дети, и если разумно разделить заботу и ответственность о родившемся ребенке, то отношения супругов станут еще более прочными и близкими. Факторы риска: алкоголь, гиподинамия, хронический стресс, курение, жирная домашняя пища. «Болезни семейной пары» этого возраста – различные зависимости, транзиторная артериальная гипертензия (АГ), нарушение толерантности к глюкозе, ожирение, эректильная дисфункция (ЭД), первые симптомы гипогонадизма.

Успешная семейная жизнь в возрасте 40-50 лет основывается на сексуальной близости. Факторы риска для этого возраста: алкоголь и курение, гиподинамия, ожирение, гиперхолестеринемия, гипергликемия. «Болезни семейной пары» здесь следующие: алкогольная висцеропатия, никотиновая зависимость, гипертоническая болезнь (ГБ), сахарный диабет 2 типа (СД), ЭД, гипогонадизм.

Итак, **для того чтобы вовремя предотвратить наступление сердечно-сосудистых заболеваний, ЭД и гипогонадизма, мужчина в возрасте от 20 до 50 лет должен быть в зоне доступа для медицинского наблюдения и вне зависимости от вредных привы-**



**А.Л. Верткин**, д.м.н., профессор, зав. кафедрой клинической фармакологии, фармакотерапии и скорой медицинской помощи МГМСУ

# БЫТЬ ОСНОВОЙ?

**чек (алкоголь, наркотики, курение и др.).**

В возрасте 50-60 лет формулой семейного счастья становится выносливость. Имеется в виду умение побеждать неизбежные кризисы жизни, поддерживать крепость семейных уз перед лицом жизненных обстоятельств. Факторами риска здесь являются повышенное АД, ожирение, гиперхолестеринемия, гипергликемия, курение и алкоголь. «Болезни семейной пары» этого возраста – АГ, СД 2 типа, ИБС, ЭД, доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ), дефицит гормонов, остеопороз, хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ).

В возрасте 60-65 лет становится важным ощущение безопасности в семье. Факторы риска в этом возрасте следующие: повышенное АД, ожирение, гиперхолестеринемия, гипергликемия, курение и алкоголь. «Болезни семейной пары» в этом возрасте составляют АГ, СД 2 типа, ИБС, ЭД, ДГПЖ, дефицит гормонов, остеопороз, ХОБЛ, злокачественные заболевания.

В возрасте 65-70 лет ключ к семейному счастью – веселье. Очень важно пронести через всю жизнь самоиронию, и в сложных ситуациях использовать смех и юмор.

В возрасте 70-75 лет важно ощущение комфорта. Это означает обеспечение условий ухода и комфорта в отношении партнера, а также удовлетворение потребности партнера в эмоциональной и другой поддержке. Факторы риска для этого возраста: повышенное АД, ожирение, гиперхолестеринемия, гипергликемия. «Болезни семейной пары» этого возраста заключаются в АГ, СД 2 типа, ИБС, ЭД, ДГПЖ, дефиците гормонов, остеопороз, ХОБЛ, злокачественных заболеваниях.

Итак, **в возрасте 50-70 лет мужчине важно быть в зоне доступа (для своевременной медицинской помощи) и в зависимости (от женщины и семьи).**

В последние годы обнаружена выраженная взаимозависимость

оксида азота, функции эндотелия и минеральной плотности кости. В условиях дефицита оксида азота кальций задерживается в любой гладкомышечной клетке и нарушается функция расслабления. Таким образом, дефицит оксида азота становится пусковым звеном для сердечно-сосудистых заболеваний в той же степени, как и для ЭД. Кроме того, стало известно, что оксид азота необходим и для созревания остеобластов, поэтому при его дефиците развивается остеопороз. Возможно, именно в этом кроется основная причина мужского остеопороза, и именно в этом направлении следует искать средства для его лечения.

Крупнейшее исследование, закончившееся в 2010 году, показало, что пациенты с ЭД за 2 года наблюдений имели в 1,5 раза больше случаев остро инфаркта миокарда, чем пациенты без ЭД (рисунок 2), а также количество умерших пациентов в группе с ЭД было в 2 раза больше, чем без нее. Таким образом, ЭД сама по себе является предиктором будущих сердечно-сосудистых событий – острых инсульта и инфаркта.

В настоящее время известно, что частота сексуальных отношений является достоверным предиктором продолжительности жизни. На недавно состоявшемся в Стокгольме Европейском урологическом конгрессе были подчеркнуты следующие важные положения:

1) эректильная дисфункция – это врата к мужскому здоровью. Именно она часто является первым знаком всех патологических процессов, перечисленных выше – дефицита оксида азота, нарушенной функции эндотелия, остеопороза и т.д.;

2) мужчины, обращающиеся с жалобами на ЭД, предоставляют врачам золотую возможность оценить их общее здоровье;

3) врачи должны оказывать особое внимание таким пациентам, применять активный подход в диагностике и лечении. 



Рисунок 1. Статистика причин разводов



Рисунок 2. Эректильная дисфункция у пациентов с высоким кардиоваскулярным риском (ONTARGET/TRANSCEND) Trials (2010)

## ВЛИЯНИЕ АНДРОГЕННОГО ДЕФИЦИТА СЕКСУАЛЬНЫХ ОТНОШЕНИЙ В СЕМЬЕ

млн сперматозоидов в одном миллилитре, затем норма понизилась до 60 млн, потом до 40 млн, и до последнего времени она составляла 20 млн. С 2010 года нормой является 15 млн сперматозоидов в одном миллилитре. Также сегодня нормой является лишь 40% подвижных сперматозоидов.

Эректильная дисфункция сопровождается снижением либидо и нарушением эрекции. Мужчина избегает сексуальных контактов (частота сексуальных контактов падает от 1 до 0 в неделю), при этом уменьшается частота прикосновений и ласк, пациент старается ложиться раньше или позже, чем партнер, раздражен, чувствует себя неуверенно, склонен к депрессии.

Эректильная дисфункция всегда связана с нарушением физического здоровья (например, ожирение), со снижением интеллектуальных возможностей (опосредованно через ожирение), нарушением семейного благополучия. Таким образом, низкий уровень тестостерона сказывается на всех аспектах репродуктивного здоровья.

В настоящее время существуют 2 основные теории старения:

1) теория свободных радикалов, согласно которой в процессе старения увеличивается количество свободных радикалов, приводящих к окислительному стрессу, повреждающему жизненно важные макромолекулы;

2) эндокринная теория (В.М. Дильман) – морфологические и функциональные изменения в органах происходят в связи с дефицитом гормонов, среди которых наиболее значим дефицит половых гормонов.

Известно, что продолжительность жизни мужчин и женщин и сейчас, и 100 лет назад, отличается на 11-13 лет – мужчины живут меньше. Теперь стала понятна причина и она состоит в возрасте гипогонадизма, который отличается у мужчин и у женщин. Проявлением снижения половых гормонов у женщин явля-

ется менопауза. Менопауза у 97% женщин наступает в возрасте от 45 до 55 лет. В отличие от женщин, каждый здоровый мужчина начинает терять свой тестостерон, начиная с 30 лет. То есть, снижение выработки половых гормонов у мужчин происходит, в среднем, на 10-15 лет раньше, чем это происходит у женщин. Поэтому можно говорить о том, что низкий уровень тестостерона ведет не только к ухудшению качества жизни, но и к уменьшению ее продолжительности.

К сожалению, сегодня существует очень много мифов об андрогенах. Один из таких мифов говорит об андрогенах как о стимуляторах онкогенеза в предстательной железе. Однако исследования последних лет опровергают это мнение. Сегодня доказано, что андрогенотерапия не только безопасна в отношении предстательной железы, но и, более того, гипогонадизм рассматривается как фактор, ассоциированный с более тяжелым и агрессивным течением рака предстательной железы.

Кроме того, принято считать, что существуют мужские и женские половые гормоны; андрогены называются мужскими гормонами потому, что у женщин больше женских гормонов – эстрогенов, а андрогены вырабатываются лишь в незначительном количестве; андрогены чужеродны женскому организму и вызывают атеросклероз, ожирение и сахарный диабет. В настоящее время доказана абсолютная несостоятельность этих мифов. На самом деле тестостерон является основным половым гормоном, как у мужчин, так и у женщин. Выработка эстрогенов у женщин происходит на основе тестостерона. И в каждую фазу менструального цикла у женщин андрогенов больше, чем эстрогенов (рисунок 3).

Динамика снижения половых гормонов с возрастом у мужчин и женщин не различается. У тех и других с возрастом снижается тестостерон и секрета эстрогена и повышается



**С.Ю. Каличенко**, д.м.н., профессор,  
зав. кафедрой эндокринологии РУДН

Репродуктивное здоровье – это состояние полного физического, умственного и социального благополучия во всех сферах, касающихся репродуктивной системы, ее функций и процессов, включая воспроизводство потомства и гармонию психосоциальных отношений в семье (возможно только при гармонии гормонов) (ООН, 1994).

В последнее время происходит омоложение проблемы андрогенного дефицита. Дефицит гормонов может быть даже у юношей, и это не связано с возрастом – в этом случае гипогонадизм связан с ожирением, стрессом, неправильным питанием, приемом медикаментов и т.д.

В популяции нормальных здоровых мужчин происходит катастрофическое снижение количества сперматозоидов. В этом году ВОЗ в четвертый раз пересмотрела нормативные показатели по сперматогенезу. 60 лет назад нормой являлось 200

# У МУЖЧИН НА РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ И ГАРМОНИЮ

выработка сексстероидсвязывающего глобулина.

Под словом *менопауза* имеется в виду также и андропауза у женщин. А под возрастным андрогенным дефицитом у мужчин (ВАД) следует также понимать возрастной эстрогенный дефицит (ВЭД).

К клиническим симптомам андрогенного дефицита у женщин относятся выраженное снижение либидо, снижение полового возбуждения и возможности достижения оргазма, депрессия, сниженная самооценка, снижение мышечной массы и силы, длительная беспричинная усталость, поредение и выпадение волос на лобке, сухая кожа.

Какие состояния очень легко купируются назначением андрогенов у женщин? Сниженное либидо, сниженная мотивация, необъяснимая усталость, отсутствие ощущения благополучия при нормальном уровне эстрогенов на фоне низкого уровня тестостерона, в том числе на фоне приема классической заместительной гормональной терапии. В настоящее время предложено огромное количество препаратов для лечения андрогенного дефицита у женщин. Это таблетированные формы (Андриол), импланты, инъекции (Генодиан-депо), крем, гели, пластыри, свечи, ингаляции, внутриматочные системы, вагинальные кольца.

XXI век – век андрогенотерапии. Не нужно больше использовать средства медицины прошлых веков для «повышения мужской силы». В нашем распоряжении есть огромный выбор современных препаратов тестостерона. Все они созданы для решения проблемы репродуктивного здоровья в семье, повышения качества и продолжительности жизни мужчин.

К сожалению, заместительная гормональная терапия у женщин не эффективна после 65 лет. В отличие от женщин, у мужчин есть потрясающее преимущество – в любом возрасте андрогенотерапия будет эффективна: и в 50, и даже в 90 лет. Несмотря на это, существует слишком мало исследований влияния

гормонотерапии у мужчин – по данным PubMed, всего лишь 57 исследований у мужчин против 1657 исследований у женщин.

На научной базе РУДН было проведено исследование под условным названием The Moscow Study, посвященное изучению роли коррекции гипогонадизма в лечении метаболического синдрома у мужчин (двойное слепое плацебо-контролируемое исследование). В исследовании участвовало 184 пациента – это самое крупное одномоментное исследование, которое когда-либо проводилось с препаратами тестостерона. 95% пациентов имели гипогонадизм на фоне ожирения.

Пациенты получали три инъекции препарата Небидо либо плацебо



Рисунок 3. Биосинтез андрогенов у женщин

в течение 30 недель наблюдения, после чего проводилась оценка результатов.

В группе пациентов, получавших Небидо, достоверно уменьшилась окружность талии и отношение

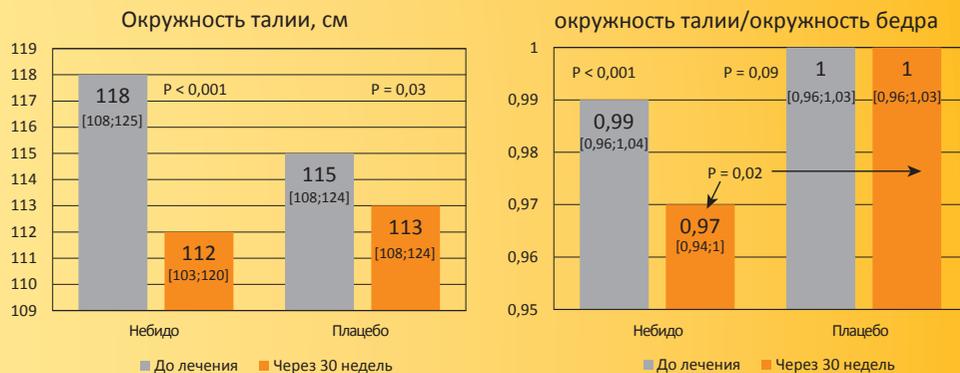


Рисунок 4. Влияние Небидо на антропометрические показатели

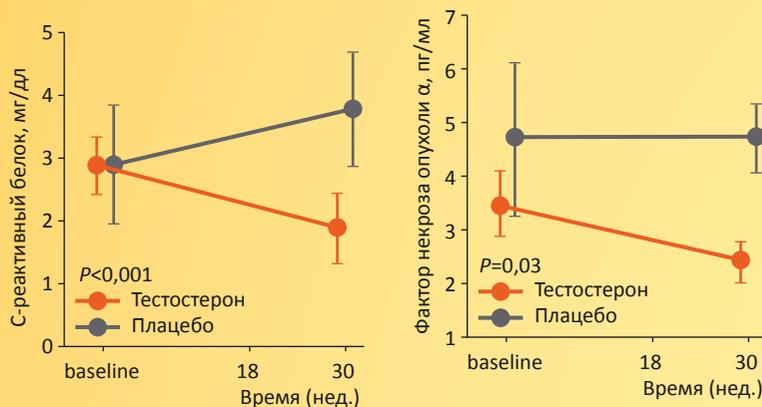


окружности талии к окружности бедер, несмотря на одинаковую физическую активность и рекомендации по питанию в обеих группах (рисунок 4). Кроме того, у пациентов группы Небидо уже через 30 недель нормализовался уровень лептина – того самого гормона, который ведет к снижению выработки тестостерона. То есть, эти пациенты уже могут вырабатывать собственный тестостерон в достаточном количестве и не нуждаются в заместительной терапии.

В группе пациентов, у которых была гиперинсулинемия, достоверно снизился уровень инсулина. В группе Небидо также достоверно снизился уровень ЛПНП, что не наблюдалось в группе плацебо. Все опросники (AMS, МИЭФ, шкала депрессии Бека) показали улучшение всех клинических проявлений гипогонадизма, в том числе половой функции.

Кроме того, в ходе исследования были выявлены совершенно неожиданные для нас результаты. Оказалось, что пациенты, которые получали Небидо, показали значительное снижение воспалительных цитокинов (рисунок 5). С-реактивный белок в группе Небидо достоверно снижался, в то время как в группе плацебо наблюдалось увеличение его уровня. То же касается и фактора некроза опухоли – его уровень снижался в группе Небидо и не изменялся в группе плацебо. Это исследование показало, что необходимо опреде-

**Маркеры воспаления – СРБ, ФНО**  
(Moscow study, Kalinchenko, Tishova 2010)



**Рисунок 5. Уровень маркеров воспаления в группе Небидо и плацебо**

лить уровень тестостерона абсолютно у всех мужчин с метаболическим синдромом, т.е. с ожирением. У мужчин с метаболическим синдромом и гипогонадизмом необходима коррекция гипогонадизма препаратами тестостерона, поскольку такая терапия оказывает положительный эффект в отношении всех компонентов метаболического синдрома. При лечении пролонгированным препаратом тестостерона (тестостерона ундеканоатом) необходим контроль уровня эритроцитов, гемоглобина и гематокрита для коррекции интервала между инъекциями препарата. Всего лишь через год андрогенотерапии можно наблюдать замечательный омолаживающий эффект, а также полное избавление от всего комплекса недугов: ожирение, эректильная дисфункция, сахарный

диабет, артериальная гипертония и дислипидемия.

Итак, в качестве вывода необходимо подчеркнуть, что терапия тестостероном:

- крайне проста;
  - очень эффективная форма лечения;
  - очень экономичная форма лечения;
  - пациенты благодарны, так как эффект развивается очень быстро;
  - безопасная терапия, если принять простые методы предосторожности;
  - вовремя проведенная терапия является формой профилактики.
- Виктор Гюго сказал: «Есть нечто более сильное, чем все на свете войска: это идея, время которой пришло». Андрогены – это идея, время которой пришло уже давно.



# НЕБИДО®

тестостерон ундеканонат

## Живи в полную силу

Для восстановления  
физиологического уровня  
тестостерона

**4 инъекции в год\***  
\* раз в 10-14 недель



Раствор для внутримышечного введения 250 мг/мл  
(в ампуле содержится 1000 мг тестостерона ундеканата)

**Показания:** недостаточность тестостерона при первичном и вторичном гипогонадизме у мужчин.

**Противопоказания:** андрогенозависимая карцинома простаты или молочной железы у мужчин; гиперкальциемия, сопутствующая злокачественным опухолям; опухоли печени в настоящее время или в анамнезе; повышенная чувствительность к любому из компонентов препарата. Небидо® противопоказан женщинам. У пациентов с синдромом апноэ препарат следует применять с осторожностью. **Способ применения и дозы:** интервал между инъекциями должен оставаться в пределах рекомендуемого диапазона в 10 – 14 недель. Нельзя смешивать Небидо® с другими лекарственными средствами. Небидо® предназначен только для внутримышечных инъекций. **Побочные эффекты:** при использовании Небидо® наиболее часто отмечались такие побочные реакции, как: диарея, болевой синдром, головокружение, повышенное потоотделение, нарушения дыхания, акне, гинекомастия, зуд, кожные нарушения, боль в яичках, заболевания простаты, местные реакции на введение препарата. Подробная информация содержится в инструкции по применению. Актуальная версия инструкции от 29.10.2008. **Регистрационный номер ЛС 001028**

Телефон доверия по вопросам  
мужского здоровья:

**8-800-200-10-15**

**[www.test-testosteron.ru](http://www.test-testosteron.ru)**

Территория мужчин  
**[www.mensland.ru](http://www.mensland.ru)**

ЗАО «БАЙЕР»

107113, Москва, 3-я Рыбинская ул., д. 18, стр. 2. Тел.: 8 (495) 231-12-00, факс: 8 (495) 231-12-02

Москва	(495) 231 12 00	Казань	(843) 267 61 27	Хабаровск	(4212) 75 56 96
Санкт-Петербург	(812) 331 36 07	Екатеринбург	(343) 378 41 26	Отдел оптовых продаж	(495) 231 12 10
Ростов-на-Дону	(863) 268 86 47	Новосибирск	(383) 222 18 97	Аптечный склад	(495) 231 49 56

[www.bayerscheringpharma.ru](http://www.bayerscheringpharma.ru)



Bayer HealthCare  
Bayer Schering Pharma

## МУЖСКАЯ СЕКСУАЛЬНАЯ АКТИВНОСТЬ: ОПТИМАЛЬНЫЙ



**А.С. Сегал**, д.м.н., профессор кафедры урологии МГМСУ, ГКБ 50

Создание, а затем использование с 1988 года силденафила (Виагры) явилось огромным шагом в решении проблемы эректильной дисфункции. В настоящее время медицина располагает четырьмя препаратами группы ингибиторов ФДЭ-5. Однако высокая эффективность и широкое распространение ингибиторов ФДЭ-5 не исключают существенных недостатков идеологии их применения.

Принцип использования ингибиторов ФДЭ-5 был сформулирован в период создания силденафила и до настоящего времени не подвергался пересмотру, сохраняя в качестве основного принципа прием препарата «по требованию». Мы усматриваем следующие негативные аспекты общепринятой концепции применения ингибиторов ФДЭ-5:

1) решение о применении активных эректогенных средств вызывает у мужчины резко выраженную психическую трансформацию – он теперь «официально» переходит из разряда здоровых в разряд пациентов, страдающих эректильной

дисфункцией, т.е. нуждающихся для поддержания половой жизни в постоянном приеме препаратов;

2) в отечественной практике обычно от манифестации ЭД до начала использования ингибиторов ФДЭ-5 происходит весьма длительный период времени (принятие решения обратиться к врачу, поиск специалиста, лечение несуществующего хронического простатита, иная неадекватная терапия, замена врача в связи с отсутствием эффекта);

3) у многих мужчин под влиянием ложной информации формируется настороженное или заведомо отрицательное отношение к ингибиторам ФДЭ-5. Нередко можно слышать от больных следующие высказывания: «Эти препараты являются допингом», «Эти средства очень сильные, если они мне назначены, значит я полный импотент», «Они вредны», «После их приема не помогут другие лекарства»;

4) концепция использования ингибиторов ФДЭ-5 «по требованию» фактически делит всю мужскую популяцию на две когорты: здоровых

и страдающих эректильной дисфункцией, опуская пограничные, переходные, возрастозависимые и прочие состояния.

Мы полагаем, что **в настоящее время следует переходить к более широкому применению ингибиторов ФДЭ-5. Они показаны всем мужчинам, отмечающим возрастное или ситуационное нарушение эрекции и параллельное снижение сексуальной активности по сравнению с их индивидуальной нормой.**

Предлагаемый концептуальный подход, в отличие от эпизодической коррекции эректильной недостаточности, обладает именно лечебным потенциалом. Его основой служат два положения:

1) моделирование (восстановление) путем приема ингибиторов ФДЭ-5 того уровня копулятивной активности, который был присущ субъекту в возрасте 30-40 лет или до появления ЭД и депрессии половой жизни в целом;

2) использование минимально-эффективных доз ингибиторов ФДЭ-5 – подтверждением целесообразности служит производство этих средств в уменьшенных дозах, например, Левитра 5 мг.

Каким образом происходит нормализация сексуальной функции под воздействием предложенного подхода? Пути здесь следующие:

1. Снижение сексуальной активности при ЭД любой этиологии дополнительно ухудшает копулятивную функцию в целом. Редкие и непродолжительные эрекции определяют гипоксию кавернозной ткани с постепенным замещением ее гладкомышечных и эластических элементов фиброзными структурами. Прием ингибиторов ФДЭ-5 призван не только обеспечить реализацию конкретного сексуального акта, но также нормализовать копулятивную активность, предотвращая все негативные последствия детренированности половой системы.

2. Устраняются элементы тревоги и напряжения, сопровождающие при ЭД ожидание сексуального

## РЕЖИМ И РОЛЬ ИНГИБИТОРОВ ФДЭ-5

контакта. Напротив, уверенность в нормальном осуществлении коитуса дает возможность мужчине сосредоточиться на своих ощущениях, воспринимать эмоциональные реакции партнера и получить максимальное удовлетворение от половой близости.

3. Нормализация копулятивной функции мужчины ведет к улучшению межличностных отношений партнеров.

4. Регулярная, полноценная сексуальная активность оказывает положительное воздействие на сердечно-сосудистую, нервную, эндокринную системы, а также общее состояние организма мужчины.

Полученные пациентом от врача сведения, приведенные выше, и осознание им всех достоинств данного подхода в большинстве случаев полностью меняют отношение мужчин к использованию ингибиторов ФДЭ-5, формируя положительный и оптимистический настрой.

Условием нормального морфофункционального состояния тканей и клеток человеческого организма является их адекватная оксигенация.

Именно за счет эрекции обеспечивается необходимая оксигенация кавернозной ткани. В этом смысле абсолютно точен афоризм «Чтобы эрекции были лучше, они должны возникать чаще и длиться дольше».

Кавернозные тела для сохранения нормального морфологического и функционального состояния нуждаются в систематических эрекциях достаточной частоты и продолжительности.

На основании этих положений нами был обоснован и создан принципиально новый, патогенетически обоснованный способ лечения и профилактики эректильной дисфункции (патент Российской Федерации на изобретение № 2228754). Способ назван «Модулируемая эректильная оксигенация кавернозной ткани (МЭОКТ). Суть способа состоит в следующем: с целью профилактики и терапии ЭД, а также активации эрекции поведенческими мерами и/или эректогенными лекарственными средствами индуцируются адекватные, ночные спонтанные и/или искусственные эрекции, частотой и продолжительностью достаточные для обеспечения того уровня оксигенации кавернозной ткани, который необходим для поддержания ее нормальной структуры и функции. Принципиально важный аспект МЭОКТ – исключение взаимосвязи между эрекциями и эякуляциями. Не каждый эпизод адекватной эрекции и сексуальной активности должен вести к эякуляции и оргазму.

МЭОКТ предусматривает установление для каждого мужчины минимально необходимой продол-

жительности эрекции в течение определенного промежутка времени (оптимальным является неделя), разработана методика ее определения.

Метод предусматривает подробную разъяснительную беседу с пациентом и его половой партнершей. При этом указывается на целесообразность практики длительных ласк, пролонгированных прелюдий и сношений.

Важная особенность МЭОКТ – целесообразность использования не только мужчинами, имеющими половую партнершу, но в еще большей степени лицами, у которых она отсутствует.

Применение МЭОКТ с использованием низких доз Левитры у 114 пациентов, страдавших ЭД органического генеза легкой и умеренной степени выраженности, в открытом рандомизированном исследовании с контрольной группой больных достоверно продемонстрировало его способность улучшать эрекцию и кавернозную гемодинамику, не вызывая отрицательных побочных эффектов.

Итак, широкое практическое использование изложенной здесь концепции позволит задействовать все, в том числе до сих пор не реализованные потенции исключительно эффективной группы эректогенных лекарственных средств – ингибиторов ФДЭ-5. **EF**



Материал подготовила О. Татаренко