**Взаимоотношения врача и пациента при лечении половых расстройств у мужчин**

К. Брежев

**Введение**

Недавние публикации о мужских половых расстройствах и возможности их перорального лечения, особенно с целью улучшения эректильной функции, привели к большей откровенности пациентов в беседах с лечащим врачом на половые темы. Однако, большинство мужчин с эректильной дисфункцией (ЭД) по собственной инициативе не начинают обсуждение своих половых проблем, боясь попадания в неловкую ситуацию или опасаясь быть поднятыми на смех. Во врачебной практике стало обычным выяснять половой анамнез пациентов с целью оценить риск заражения венерическими заболеваниями, ВИЧ-инфекцией и гепатитами B и C. В результате этого имеется реальная возможность, интересуясь половыми проблемами пациентов, улучшить сексуальную жизнь последних.

Врачи, ведущие амбулаторные приемы, должны прийти к пониманию важности такого рода бесед с пациентом и избавиться от ложного смущения, так как эти обсуждения могут выявить проблемы с физической близостью, которые, в свою очередь, могут являться источником эмоциональных нарушений и трудностей в социальной адаптации. ЭД - одна из наиболее распространенных, но принципиально излечимых половых дисфункций, сведения о которой могут быть получены только в результате сбора анамнеза. В таком случае клиницист должен принять решение - или он просто идентифицирует пациента с ЭД и, предварительно определив этиологию расстройства, направляет его к соответствующему специалисту, или же самостоятельно начинает лечение, которое будет продолжено врачом-сексопатологом только в случае неудачи "терапии первой линии". Независимо от глубины знаний практикующего врача о патогенезе и лечении ЭД, представляется чрезвычайно важным овладеть навыками взаимоотношений с такого рода пациентами, без чего порой трудно добиться хорошего результата лечения. Перед беседой с пациентом любой врач должен преодолеть в себе: (1) смущение, (2) чувство, что сексуальная дисфункция не является главной проблемой пациента и (3) сомнение в собственных силах.[1] Врач также должен знать, что ему делать с полученной от пациента информацией.

**Эпидемиология ЭД**

ЭД определяется как "неспособность иметь или поддерживать эрекцию, достаточную для удовлетворительной половой деятельности."[2] Пациенты с ЭД могут жаловаться на неспособность иметь достаточную эрекцию или поддерживать ее необходимое количество времени; некоторые жалуются на полную потерю эрекции.

По приблизительным подсчетам, около 10% от общей популяции мужчин имеют проблемы с эрекцией, но только около 5-10% от этого числа обращаются по этой причине к врачу. Распространенность ЭД у мужчин в возрасте 40 - 50 лет - 39%, в возрасте от 50 до 60 лет - 46%, а в возрасте старше 70 - почти 70%.[3] Не вызывает сомнение, что распространенность ЭД увеличивается с возрастом. Некоторые из этих мужчин заявляют только о "минимальной" ЭД, определяемой как "периодические проблемы с эрекцией", но они все еще могут иметь удовлетворительные половые взаимоотношения. Относительное количество лиц с умеренной и тяжелой ЭД, т.е. тех, кто неспособен иметь удовлетворительные половые взаимоотношения, прогрессивно увеличивается в промежутке от 40 к 70 годам. Приемлемая эректильная функция может быть восстановлена фактически у всех этих пациентов с помощью доступных в настоящее время методов лечения. ЭД, следует заметить, не неизбежный результат старения. Практически здоровые мужчины часто продолжают иметь удовлетворительную эректильную функцию в течение всей своей жизни.

**Физиология мужской эрекции**

В состав полового члена, penis, входят три тела: парное пещеристое, corpus cavernosum penis, и непарное губчатое, corpus spongiosum penis. Название этих тел обусловлено тем, что они состоят из многочисленных перекладин, фиброзно-эластических тяжей, среди густого сплетения которых есть промежутки, пещеры, выстланные эндотелием и заполненные кровью. Величина пениса изменяется в зависимости от количества крови в камерах пещеристых и губчатого тел. Артериальные ветви aa. profundae et dorsalis penis, проходя в соединительнотканных перегородках, распадаются на тонкие завитковые артерии, которые открываются прямо в кавернозные пространства. Отводят кровь venae cavernosae. Благодаря особому устройству кровеносных сосудов члена кровь в пещеристых телах может задерживаться, что приводит к их уплотнению при эрекции[4]. Понятно, что дефицит артериальной крови или чрезмерный венозный отток могут послужить причиной недостаточной эрекции.

Интактная нервная система также необходима для нормальной эректильной функции. Симпатические нервы, обеспечивающие своевременную эякуляцию, могут быть рассечены при некоторых операциях в этой области. Парасимпатические нервные волокна, обеспечивающие эрекцию, могут быть повреждены при радикальной простатэктомии и других хирургических операциях, а также при лучевой терапии рака простаты.

ЭД может быть следствием: (1) сниженного либидо (эндокринного или психогенного генеза), (2) нарушенной иннервации, (3) нарушенного артериально-венозного кровоснабжения.

В процессе обмена окиси азота (в который мы с успехом можем вмешаться) происходит расслабление неисчерченных мышечных волокон пещеристых и губчатых тел пениса. Это расслабление, необходимое для поступления крови и ее задержки в кавернозных пространствах, регулируется гуанилат циклазой, которая в свою очередь является промежуточным продуктом обмена окиси азота. V-фосфодиэстераза ингибирует коГМФ в ГМФ, вызывая тем самым спазм сосудов, что приводит к оттоку крови от кавернозных лакун и потери эрекции

**Заболевания, вызывающие ЭД**

Заболевания сердца, заболевания сосудов (особенно вследствие гиперлипидемии, диабета и гипертонии) часто вызывают ЭД. Комбинация этих заболеваний, число которых растет с возрастом, увеличивает риск развития ЭД у пожилых мужчин. Другие гормональные и метаболические нарушения, включая первичный и вторичный гипогонадотропизм, гипотириоз, хроническую почечную и печеночную недостаточность также негативно воздействуют на эрекцию. Анатомические дефекты полового члена и болезнь Пейрони способствую нарушению эректильной функции. Злоупотребление психоактивными веществами, например, алкоголем и другими "эйфоризирующими" препаратами, является одной из самых распространенных причин ЭД. Курение, вследствие своей способности вызывать окклюзию сосудов, несомненно является не только ко-фактором ЭД, а, возможно, и самостоятельной причиной. Патология спинного мозга, операция в области таза и простаты, травмы таза менее распространенные причины ЭД. Психические заболевания с проявлениями депрессии, дисфории и тревоги, как правило, вызывают различные сексуальные проблемы и, в том числе, эректильную дисфункцию.[5] (Таблица 1).

Таблица 1. Факторы риска для эректильной дисфункции

Органические

Заболевания сосудов (вследствие гиперлипидемии, диабета и гипертонии)

Почечная недостаточность

Заболевания печени

Рассеянный склероз

Повреждение проводящих путей спинного мозга

Зависимость от психоактивных веществ (включая табакокурение)

Сниженная продукция андрогенов

Гипотиреоз

Анемия

Анатомические повреждения или заболевание пениса (болезнь Пейрони)

Психогенные

Тревожные и депрессивные расстройства

Озабоченность своей сексуальной несостоятельностью

Предыдущий отрицательный сексуальный опыт

Ятрогении

Определенные препараты

Хирургические вмешательства в области таза

Операции на простате

Ятрогенная ЭД может быть вызвана нарушением иннервации таза или при операциях на простате, нарушениями в углеводородном или жировом обмене, кровяном давлении, а также многими медикаментами, применяющимися в повседневной врачебной практике. Антигипертензивные средства, особенно диуретики и средства центрального действия могут служить причиной ЭД, так же как дигоксин, некоторые из новых антидепрессантов и антитестостероновых гормональных препаратов, например, leuprolide Сонапакс. Уровень тестостерона несколько снижается с возрастом, но ЭД возникает только у незначительного числа мужчин, которые изначально, страдая от гипогонадотропизма, имели низкий уровень гормона.

**Обсуждение сексуальных проблем с пациентами**

Пациенты могут жаловаться на эректильную дисфункцию или иметь определенные факторы риска. Поскольку мужчины имеют риск развития ЭД с возрастом, разумно проводить скрининг всех пациентов мужского пола старше 40 лет на ЭД. Причиной обращения к врачу мужчины с расплывчатыми соматическими жалобами может, на самом деле, являться половая дисфункция. Поскольку мужчины часто избегают рутинных посещений врача, сексуальная проблема может являться как побуждением, так и фактической причиной визита. Партнер больного может являться первичным источником информации об ЭД, так достаточно много мужчин смущаются самостоятельно начинать разговор на эту тему.

**Начало беседы**

Имеется несколько способов начать беседу, и часто полезно использовать сразу несколько из них (Таблица 3). В течение беседы необходимо создать такую обстановку, которая позволила бы пациенту обсуждать свои сексуальные проблемы без чувства неудобства. Для конкретного врача-практика представляется оптимальным создать определенную модель поведения, которую было бы удобно использовать с большинством пациентов. Полезно сразу сообщить пациенту о конфиденциальности сообщаемой им информации. Часто можно добиться лучших результатов, если проводить сбор сексуального анамнеза в контексте истории жизни, болезни пациента или во время соматического осмотра. В начале беседы используйте общие вопросы, типа: "Что Вы можете сказать о своей половой жизни?", или просто: "Как Ваша сексуальная жизнь?". Побуждайте пациента быть более откровенным, с этой целью сообщите ему, что вы признаете важность половой жизни для здоровья мужчины, или же что вы не будете удивлены, если пациент сообщит о своей сексуальной проблеме. Например, пациенту с диабетом можно сказать: "Многие из моих больных диабетом жалуются на проблему с эрекцией, у Вас нет чего-нибудь подобного?" Это позволит пациенту отвечать спокойно, без чувства того, что врач будет неприятно удивлен или потрясен его ответом. Полезно использовать ободряющие жесты в виде одобрительных кивков головы, удерживать с пациентом хороший зрительный контакт, а также вслух суммировать в конце беседы полученную информацию.

Таблица 3. Когда спрашивать о сексуальной жизни

1. После, быть может, главной жалобы: "Доктор, Я не чувствую изменений к лучшему за последнее время"

2. В любое время беседы: "Как Ваше заболевание влияет на Вашу сексуальную жизнь?"

3. После ободряющих вопросов, типа: "Многие мужчины и женщины задают вопросы, связанные с половой жизнью. Какие вопросы есть у Вас?

4. Во время физического обследования: "Какие-нибудь проблемы с эрекцией, эякуляцией? Испытываете боль во время полового акта? Проблемы со смазкой?"

Принимая пациентов без отчетливых факторов риска ЭД и собирая анамнез их жизни необходимо задать вопросы, типа: "Для лучшего понимания причин Вашего заболевания мне необходимо иметь сведения о Вашей сексуальной жизни. Вы встречаетесь или имеете половую связь с кем-либо?" Во время проведения объективного осмотра, спросите: "Вы имеете проблемы с сексуальной жизнью?" Осматривая пациентов с хроническими заболеваниями или явными факторами риска, спросите: "Как Ваше заболевание сказывается на Вашей половой жизни?" Во время проведения объективного осмотра, спросите: "У Вас есть проблемы с эрекцией или эякуляцией?" Иногда полезно пояснить пациенту смысл таких простых терминов, как эрекция, оргазм, эякуляция, так как он может просто не понимать вас. Вопросы, поощряющие пациента на ответ, часто дают очень хорошие результаты. Например: "Многие мужчины, которых я лечу, имеют сексуальные проблемы; что-нибудь беспокоит Вас? Что-либо мешает Вашей сексуальной жизни?"

Обследование пациента с ЭД проводят, сообразуясь с общими принципами обследования больных. Необходимо собрать полноценный анамнез жизни, выявить наличие сопутствующих заболеваний, провести объективный осмотр, выполнить необходимые лабораторные тесты. Особенно тщательно следует собрать половой анамнез, так как в полном виде он является высокоэффективным диагностическим инструментом. С помощью общих вопросов исследуют фазы мужской половой реакции (Таблица 4) и концентрируют внимание на проблемах влечения, эрекции, оргазма/эякуляции и болезненности во время полового акта. Необходимо тщательно идентифицировать имеющиеся расстройства, так как впоследствии это окажет большое влияние на объем проводимого обследования и назначаемого лечения. Проблемы влечения (либидо), особенно у более молодых людей, требуют измерения утреннего серологического уровня тестостерона, психосексуальной оценки и обзора используемых лекарств, принимая во внимание, что генуинная ЭД часто требует дальнейшего поиска определенных органических причин.

Таблица 4. Фазы мужского полового цикла

1. Влечение (либидо) - Фантазии, мысли, чувства

2. Возбуждение - Удовольствие, эрекция

3. Оргазм - Эякуляция

4. Спад - Расслабление, рефракторный период

**Более специфические вопросы**

Для уточнения имеющейся симптоматики лучше предложить пациенту на выбор несколько ответов на ваши вопросы, т.к. часто разные больные описывают одно и то же явление различными способами. В данном случае лучше не принимать на веру определение пациента для своего расстройства в течение первого разговора, а подождать пока сложится ясная картина заболевания. Малообразованные пациенты часто неправильно используют медицинскую терминологию (Таблица 5).

Таблица 5. Обсуждение сексуальных вопросов

Общие принципы ведения беседы

Возьмите инициативу на себя

Используйте простой и понятный язык

Поддерживайте в разговоре обстановку конфиденциальности

Будьте благожелательны, респектабельны, избегайте менторского тона

По возможности отвечайте на все вопросы пациента

Внимательно слушайте пациента

Выразите уверенность в полном успехе будущего лечения

Сбор сексуального анамнеза

Обычно спрашивайте всех пациентов об их половой жизни:

Добавьте пункты о сексуальной жизни в ваш бланк истории болезни (амбулаторной карты)

Используйте скрининг-тест для выявления скрытой ЭД (см. Таблица 7)

Дайте пациенту возможность обсудить с вами их реальные или воображаемые сексуальные проблемы

Обсудите вопросы предотвращения заболеваний, передающихся половым путем

Задайте вопросы для того, чтобы сделать проблемы более ясными :

Насколько тяжела для Вас эта проблема?

Что послужило причиной этой проблемы?

Как долго существует эта проблема?

Для уточнения расстройств влечения спросите: "Вы все еще чувствуете настроение, желание вступать в половые отношения, имеете сексуальные мысли или фантазии?" Если мужчина сообщает о потере полового влечения, уточните, что первично: ЭД или потеря влечения. Если эректильной дисфункции предшествовала потеря полового влечения, то ЭД может быть следствием гормональных нарушений, трудностей во взаимоотношениях, побочным эффектом медикаментов или проявлением депрессии. Большинству мужчин трудно поддерживать эрекцию, если они не чувствуют желания заниматься сексом.

При анализе расстройств фазы возбуждения/эрекции необходимо спросить: "У Вас имеются трудности вообще с достижением или поддержанием эрекции или с достижением или поддержанием только достаточной интенсивности эрекции? Или все вместе?" Если пациент признает трудности с эрекцией, необходимо уточнить их длительность, частоту и интенсивность проявления, испробованные методики лечения, взаимосвязь с психотравмирующими событиями. Наиболее легко отличить психогенно обусловленную ЭД от органической получив ответы на три вопроса: (1) "Вы часто просыпаетесь с эрекцией утром?", (2) "Если Вы касаетесь себя, когда вашего партнера нет рядом, Вы можете получить эрекцию?", (3) "Если Вы не можете достичь состояния эрекции всегда, то, может быть, Вы можете получить эрекцию в какое-нибудь определенное время дня и ночи, в течение определенной формы половой деятельности, с определенным (даже воображаемым) партнером?" Положительный ответ на эти вопросы указывает, что ЭД имеет психогенную этиологию. (Таблица 6). Таким пациентам с успехом помогут ваши общие рекомендации. Так как некоторые мужчины путают ЭД с преждевременной эякуляцией, необходимо уточнить, когда происходит потеря эрекции - до или после эякуляции.

Вы можете получить эрекцию в какое-нибудь определенное время дня и ночи, в течение определенной формы половой деятельности, с определенным партнером? Начинать рассматривать фазу оргазма/эякуляции следует с вопроса: "Вы чувствуете, что эякуляция наступает слишком быстро?" Достаточно распространенное явление, когда ЭД развивается у мужчины, который фиксирован на своей реальной или воображаемой ускоренной эякуляции. "Вы когда-либо имели проблемы с достижением оргазма или эякуляции?" - вопрос для пациентов с отсроченной эякуляцией. Отсроченные эякуляции, например, могут вызывать психогенную ЭД из-за невротических наслоений, часто их сопровождающих. Некоторые препараты могут вызывать отсроченную эякуляцию. Чтобы исключить болезнь Пейрони или болевое расстройство, спросите, наблюдается ли "изгиб члена" или боли в течение или после полового акта.

Врач, проводящий сбор сексуального анамнеза, должен учитывать культуральные, религиозные и личностные особенности своего пациента. Использование ясных, простых терминов при уважительном отношении к чувствам пациента является залогом успешной лечебной деятельности.

Если оценить наличие или степень ЭД у конкретного пациента кажется легче в письменном виде, то можно использовать Стандартизированный опросник сексуального здоровья для мужчин Этот анкетный опрос, включающий в себя 5 пунктов, дает исследователю вполне объективную информацию.

Таблица 6. Вопросы для дифференциальной диагностики органической и психогенной форм ЭД

Стандартизированный опросник сексуального здоровья для мужчин

Половое здоровье - важная часть благополучной физической и эмоциональной жизни человека. Эректильная дисфункция, известная также как импотенция, является распространенным расстройством полового здоровья. К счастью, имеется достаточно различных методов лечения данной патологии. Этот анкетный опрос разработан с целью помочь Вам и Вашему врачу определить наличие или степень испытываемых Вами проблем в сексуальной сфере. Если результаты Ваших ответов не соответствуют рекомендуемым, Вы можете обсудить возможность лечения с Вашим доктором.

Каждый вопрос имеет несколько возможных ответов. Выберите ответ, который лучше всего отвечает Вашей собственной ситуации. Пожалуйста, убедитесь, что Вы выбираете один и только один ответ для каждого вопроса.

На протяжении последних 6 месяцев:

1. Как Вы можете оценить свою способность получать и поддерживать эрекцию?

1 Очень плохо

2 Плохо

3 Удовлетворительно

4 Хорошо

5 Очень хорошо

2. Когда Вы находились в состоянии половым возбуждения с эрекцией, как часто была Ваши эрекция достаточна для проникновения в вашего партнера?

0 Не было сексуальной деятельности

1 Почти никогда или никогда

2 Несколько раз (много меньше чем в половине случаев)

3 Иногда (примерно в половине случаев)

4 В большинстве раз (много больше чем в половине случаев)

5 Почти всегда или всегда

3. В течение полового акта, как часто Вы могли поддержать вашу эрекцию после того как Вы проникли в Вашего партнера?

0 Не предпринимал попыток к половому акту

1 Почти никогда или никогда

2 Несколько раз (много меньше чем в половине случаев)

3 Иногда (примерно в половине случаев)

4 В большинстве раз (много больше чем в половине случаев)

5 Почти всегда или всегда

4. В течение полового акта, насколько трудно было поддерживать Вашу эрекцию до самого конца?

0 Не предпринимал попыток к половому акту

1 Чрезвычайно трудно

2 Очень трудно

3 Трудно

4 Немного трудно

5 Совсем не трудно

5. Когда Вы совершали попытку полового акта, насколько часто она была успешной для Вас?

0 Не предпринимал попыток к половому акту

1 Почти никогда или никогда

2 Несколько раз (много меньше чем в половине случаев)

3 Иногда (примерно в половине случаев)

4 В большинстве раз (много больше чем в половине случаев)

5 Почти всегда или всегда

Очки\_\_\_\_\_\_\_

Сложите все числа, полученные при ответах на вопросы 1-5. Если ваш счет - 21 или меньше, Вы можете обсудить свои проблемы с лечащим врачом.

Copyright Pfizer 1998. Все правы резервированы. Использовано с разрешения.

Cappelleri JC, et al.

Диагностическая оценка эректильной функции согласно Интернациональному показателю эректильной функции. Урология. 1999 Aug;54(2):346-51.

**История болезни и диагностика**

История болезни должна включать обзор всех возможных факторов риска развития ЭД. Оценка принимаемых медикаментов является непременным условием, так как по статистике около 25% всех случаев ЭД вызываются побочными эффектами препаратов (Таблица 2). Некоторые препараты оказывают отрицательное воздействие на все фазы полового цикла.

Для идентификации возможных расстройств психического здоровья при ЭД необходимо провести их короткий скрининг-тест, например, исключить эндогенную депрессию можно с помощью вопроса: "Вы часто испытываете состояние тоски, безысходности?" Такая постановка вопроса часто приносит лучшие результаты, чем прямое утверждение: "Вы испытываете состояние депрессии?" Другие расстройства психической деятельности, например, тревога, также могут быть ответственны за развитие ЭД. Представляется несомненным, что расстройство адаптации, зависимость от психоактивных веществ (включая алкоголь и табак) способны снижать функцию эрекции. Наконец, врач должен оценить возможность развития неблагоприятных сердечно-сосудистых реакций у пациентов с кардиоваскулярными заболеваниями в анамнезе и ведущими малоподвижный образ жизни в случае, если их половая активность резко увеличивается в результате лечения.

Соматический осмотр должен быть всесторонним, с акцентом на нескольких областях. Измерение артериального давления и границ сердца, оценка тонов сердца и периферийного пульса может выявить сосудистую патологию. Неврологический осмотр, с проведением измерения поверхностной и глубокой чувствительности тазовой области, а также с оценкой функции анального сфинктера, необходим для исключения патологии парасимпатической нервной системы. Осмотр простаты может помочь определить локальное повреждение нервного ствола. С помощью визуального и, оптимально, пальпаторного осмотра пениса можно выявить любые анатомические дефекты и идентифицировать болезнь Пейрони при обнаружении уплотнений в tunica albuginea в толще corpus cavernosa penis. Недоразвитые вторичные половые признаки, включая и недостаточное оволосение, могут свидетельствовать о гипогонадотропизме.

Выполнение лабораторных исследований обязательно при диагностике ЭД. В анализе мочи могут быть признаки нефрита или другой почечной патологии; полный клинический и биохимический анализ крови необходим для исключения соматической патологии, например, заболеваний щитовидной железы. У мужчин старше 50 лет (возможно, и моложе) надо исключить новообразования простаты, особенно если они получают тестостерон. Некоторые клиницисты рекомендуют измерение уровня утреннего сывороточного свободного тестостерона и пролактинов, но ценность такой практики с эндокринной точки зрения спорна. Если становится ясно, что проблема ЭД - не проблема либидо, врач должен самостоятельно определиться с объемом обследования. Если налицо сниженная выработка гормонов, и особенно, если такая патология наблюдается в молодом возрасте, дальнейшие действия врача должны быть сосредоточены именно в этой сфере.

Преждевременное назначение сложных видов обследования типа контрастной рентгенографии пениса с эхографией редко бывают информативными, но являются далеко небезопасными для пациента, поэтому их назначение на ранних этапах обследования следует считать необоснованным.

**Лечение**

**Учет обстоятельств жизни пациента**

План лечения должен иметь ясные цели, отвечающие желанием как пациента, так и его партнера. Целью (целями) лечения может быть: (1) улучшение физиологической эрекции, (2) повышение самоуважения пациента и (3) улучшение взаимоотношений пациента. В большинстве случаев, несмотря на этиологию, методы лечения одинаковы, хотя для каждого пациента подбирается наиболее подходящая методика, которая бы восстановила его эрекцию в достаточном объеме. Другие цели лечения требуют постоянных ободряющих бесед с пациентом и часто активного взаимодействия с партнером.

Нормальные возрастные изменения, часто неправильно оцениваясь пациентами, ведут к эмоциональным расстройствам (например, к тревоге). (Таблица 7). У большинства мужчин с возрастом происходит ослабление спонтанной эрекции в ответ на мысли и действия сексуального характера. Постоянно легко достижимая у юношей, такая эрекция начинает исчезать в среднем и даже в молодом возрасте у мужчин, страдающих диабетом, гипертонией или болезнью почек. Часто нужна прямая стимуляция пениса, чтобы добиться и поддержать эрекцию. Рефракторный период, после цикла эрекция-эякуляция, становится длиннее с возрастом. Эти физиологические изменения, при которых происходит исчезновение почти автоматической эрекции, часто воспринимаются мужчинами как начало импотенции. Пациенты становятся тревожными, испытывая на фоне этого дополнительные эректильные трудности. Информация от врача об этих возрастных изменения может быть чрезвычайно полезна. Просвещение пациентов является первым этапом лечения.

Таблица 7. Изменения в сексуальной функции мужчин с возрастом

Необходимо больше времени и/или больше прямой физической стимуляции пениса для достижения эрекции

Меньше возбуждение, появляется отставленная эякуляция

Эрекция не такая твердая как раньше, удлиняется рефракторный период перед второй эрекцией

Появляются физиологические и психологические факторы риска развития ЭД

Партнеры у пациентов могут быть очень разными. Мужчины могут иметь половые отношения с одним или несколькими партнерами. Сексуальные отношения могут быть гетеросексуальными, гомосексуальными или бисексуальными. Проблемы взаимоотношений с партнером (выбор партнера, участие партнера в сексуальных отношениях, психология партнера) могут отрицательно воздействовать на эректильную функцию. В некоторых случаях, партнерша пациента с ЭД в постменопаузе с сухостью влагалища нуждается в приеме эстрогенов. Сухость влагалища может также быть результатом заболевания диабетом или побочным эффектом некоторых медикаментов. Женщина и ее партнер могут неправильно интерпретировать недостаточную любрикацию как признак потери желания заниматься сексом. Вагинальная сухость или атрофические процессы влагалища приводят к болезненности во время полового акта, и женщина быстро теряет желание заниматься сексом.

Фактор отношений играет большую роль в развитии ЭД. На ранних стадиях отношений партнеры внимательны и чувственны. С течением времени острота ощущений снижается и секс становится чем-то рутинным. Хорошие эмоциональные отношения между партнерами необходимы для полноценной сексуальной жизни. Врач может рекомендовать парам ввести в свой репертуар новые сексуальные приемы и удлинить стадию игр, предваряющих сексуальную близость. Следует рассмотреть вопрос об использовании увлажняющей смазки или заместительной терапии эстрогенами. Если мужчина лечится по поводу ЭД, и его партнер физиологически не готов к увеличению половой активности и испытывает боль, то это может отрицательно сказаться на результатах лечения. Включение партнера в обсуждение проводимого лечения с целью выработки единой стратегии всегда приносит положительные плоды, так как способствует лучшему пониманию парами друг друга.

С помощью здорового образа жизни можно снизить интенсивность ЭД и улучшить физическое здоровье пациента (Таблица 8). Пациенты должны понять - то, что вредно для сердца, периферической сосудистой системы или нервной системы - вредно для эрекции. Необходимо настоять на отказе от употребления психоактивных веществ (алкоголь, наркотики, табак). Проблема с эректильной функцией у курящего пациента является хорошей мотивацией для отказа от курения. Следует назначить диету с пониженным содержанием жиров и холестерина, нормализовать уровень глюкозы крови и снизить потребление соли у пациентов с гипертензией. Дозированные физические нагрузки способны увеличить сердечный выброс и улучшить периферическое кровообращение, а также снизить риск развития инфаркта у пожилых пациентов.

Таблица 8. Рекомендации по здоровому образу жизни для пациентов с ЭД

Отказ от курения и/или других психоактивных веществ (включая алкоголь)

Соблюдение диеты с низким уровнем жирных кислот и холестерина

Физические упражнения

Регулярный прием препаратов, необходимых при наличии болезней сердечно-сосудистой системы и диабете у пациента

Исключение стрессов

Оптимизм в отношении скорой нормализации эректильной функции вследствие лечения

Необходимо провести смену принимаемых препаратов, которые отрицательно влияют на эректильную функцию, однако только в случае, когда клиническое состояние больного это позволяет. Иногда можно добиться успеха, заменив бета-адрено-блокаторы типа пропранолола (анаприлина) на антагонисты кальция типа верошпирона (верапамила) или просто снизив дозировку дигоксина. Подбор препарата проводится строго индивидуально в зависимости от клинических показаний.

**Методы лечения**

Методы лечения ЭД чрезвычайно разнообразны, сюда относятся оральные медикаменты, трансуретральные суппозитории, интракавернозные инъекции, вакуумные устройства и хирургические методы. Новейшим оральным препаратом является силденафил (виагра). Силденафил эффективен практически при всех типах ЭД - органической, психогенной и смешанной[6]. Силденафил обеспечивает более легкое возникновение эрекции в ответ на стимуляцию. Влияние на либидо не оказывается, однако оно может увеличиваться опосредованно в связи с улучшившейся эректильной функцией.

**Оральные медикаменты**

Силденафил блокирует активность v-фосфодиэстеразы, таким образом коГМФ не переходит в ГМФ Это приводит к расслаблению неисчерченных мышечных волокон пещеристых и губчатых тел пениса, удлиняя эрекцию и повышая ее качество. Так как действие силденафила заключено в воздействии на v-фосфодиэстеразу, а этот энзим определяется только в пенисе, силденафил не имеет других органов-мишеней кроме пениса. Воздействие на другие части тела минимально, если вообще существует. Использование силденафила совместно с нитратами может вызвать вазодилятацию и гипотензию, поэтому совместное применение этих препаратов противопоказано.

Эффект от лечения силденафилом статистически лучше на всех рекомендуемых дозах. Начальная дозировка силденафила составляет в среднем 50 мг (1 таблетка) назначаемая однократно за 1 час до полового акта. Дозировка в 25 мг назначается пожилым или ослабленным пациентам, страдающим от поражения сердечно-сосудистой системы, почек или печени, принимающим цитохром p450 ингибитор, имеющим повреждение спинного мозга, которое обуславливает большую восприимчивость к препаратам, улучшающим эрекцию. В случае отсутствия клинического эффекта доза силденафила может быть повышена до 100 мг, однако дальнейшее увеличение дозы не рекомендуется. Прием жирной пищи после приема препарата уменьшает абсорбцию силденафила и снижает эффективность лечения. Выбор приема препарата должен быть индивидуализирован из-за широкого диапазона периода полураспада (1-4 часа) и физиологической изменчивостью ответа у разных мужчин.

Зарегистрированные побочные эффекты силденафила включают головную боль, диспепсию и нечеткость зрения, которое, вероятно, является следствием слабого ингибирования vi-фосфодиэстеразы сетчатки. Однако не сообщалось о серьезности этого побочного эффекта и указанные изменения полностью обратимы. Большинство людей, сообщивших об этом явлении, по-прежнему продолжают прием препарата вследствие его эффективности. Могут отмечаться некоторые изменения в артериальном давлении, но они не существенны и не имеют клинической значимости.

Американский кардиологический колледж рекомендовал осторожно использовать силденафил у пациентах с сердечно-сосудистой недостаточностью. Сюда относятся пациенты: (1) принимающие большие дозы гипотензивных средств, (2) имеющие в анамнезе недавно перенесенные тяжелые ангины или инфаркт миокарда, (3) имеющие тяжелую левожелудочковую недостаточность и низкое артериальное давление или малый сердечный выброс и (4) принимающие препараты, которые могут продлевать период полураспада силденафила, угнетая печеночный цитохром p450 3a4 системы. Пациентам, постоянно или иногда принимающим нитраты, нельзя назначать силденафил из-за возможности снижения артериального давления и вазодилятации. Препарат не вызывает зависимости. Наиболее вероятно, что пациент, принимающий силденафил некоторый период времени и имеющий хорошие показатели эрекции, впоследствии продолжит полноценную половую жизнь без всякого лечения.

Йохамбин (yohimbine) - другой пероральный препарат, существующий уже много лет. Его эффективность при ЭД никогда не была ясно доказанной, особенно в сравнении с эффектом плацебо. Результаты лечения были несколько лучше при ЭД психогенной этиологии, в то время, как ЭД органической этиологии не реагировала на прием препарата. Побочные эффекты в виде гипертонии и тахикардии, несовместимость с большинством антидепрессантов, противопоказание для приема у пациентов с сердечно-сосудистой болезнью делают йохамбин значительно менее полезным чем силденафил. Американская урологическая ассоциация не рекомендует йохамбин для лечения эректильной дисфункции.

Пероральные препараты, которые, вероятно, скоро будут одобрены к применению, включают апоморфин (apomorphine) и фентоламин (phentolamine). Апоморфин назначается под язык и, по сообщениям, является эффективным при лечении ЭД у многих мужчин. Самая большая проблема - тошнота, но последние исследования обещают решить эту проблему. Пероральный фентоламин также благоприятно воздействует на ЭД, основной побочный эффект - головные боли. В настоящее время имеющиеся данные не достаточны для сравнения эффективности этих препаратов с силденафилом.

Увеличение уровня тестостерона, достигаемое путем назначения инъекционных или аппликационных препаратов, является лечением выбора для пациентов с гипогонадотропизмом, диагностируемом по уровню утреннего свободного сывороточного тестостерона. В целом, повышение уровня тестостерона связано с увеличением интенсивности либидо. Такое повышение может благоприятно воздействовать на эрекцию, не только повышая половое влечение, но и задействуя другие нейрогормональные механизмы. Однако полагаться исключительно на тестостерон для восстановления эректильной функции неблагоразумно. Увеличения уровня тестостерона требует полного мониторинга за состояние организма и настороженности в развитии рака простаты.

**Другие методы лечения.**

Другие методы лечения ЭД существуют несколько лет. Вакуумные устройства - разумный выбор для многих мужчин, имеющих стабильные отношения, если только их партнеры соглашаются терпеть некоторые неудобства. Вакуумные приспособления могут иметь физический (мануальный) или электрический (батарейки) источник питания. Обод, надевающийся на основание пениса, должен быть правильного размера, чтобы удерживать кровь в половом члене и способствовать безболезненному половому акту. Серповидноклеточная анемия является абсолютным противопоказанием, а пониженная свертываемость крови - относительным. Побочные эффекты могут заключаться в онемении или физическом повреждении члена, однако они наблюдаются при слишком частом использовании эректора или при слишком узком ободе.

Апростадил (alprostadil - muse) - это простагландин E в форме шарика, который вставляется с помощью поршнеподобного механизма в уретральное отверстие. Мужчина должен помочиться перед вставкой, так как смазка не должна использоваться в данном случае, а сырая уретра будет способствовать более легкому введению поршня. После введения шарик в уретре распадается, массируя пенис около минуты. Пациент должен оставаться в вертикальном положении в течение нескольких минут, чтобы фиксировать шарик в определенном положении и увеличить абсорбцию препарата. Побочные эффекты включают болезненные ощущения в половом члене в виде боли и жжения. Сообщалось о незначительном уретральном кровотечении, резком падении артериального давления и обмороках. В идеале, первое введение апростадила должно быть выполнено врачом с целью обучения пациента правильной технике, регистрации изменений в артериальном давлении и в реакции пациента (хотя она может быть притупленной в кабинете врача). Начинать лечение следует с минимально эффективной дозировки. У большинства мужчин наблюдается эрекция на дозе препарата от 125 до 250 мг; доза в 500 мг, как правило, вызывает эрекцию в пределах 5 минут, которая длиться около 30 минут. Так как повышенный венозный дренаж может нивелировать эффект препарата, необходимо использовать кольцо, надеваемое на основание пениса с целью уменьшить венозный отток. Противопоказано использование апростадила при половом акте с беременной или собирающейся забеременеть женщиной, при наличии аллергии к простагландинам, при серповидноклеточной анемии или при склонности пациента к развитию приапизма.

Когда пероральное лечение и интрауретральный путь введения апростадила не дают желательного эффекта, должна быть рассмотрена возможность введения апростадила в кавернозные тела пениса около его основания. Процент успеха высок, но часто появляются боль, длительные эрекции или приапизм, фиброз и бляшки пениса. Следует быть осторожным при наличии у пациента пониженной свертываемости крови. Начальная дозировка - от 5 до 10 мкг, хотя иногда и 2.5 мкг может быть достаточно для пациента с болезнью спинного мозга. Процедура выполняется в кабинете врача с тщательным контролем за техникой выполнения и реакцией сердечно-сосудистой системы. Рекомендуемая максимальная частота использования - три раза в неделю с 24-часовымии промежутками между введениями.

Хирургический способ лечения ЭД с внедрением имплантанта в тело пениса - высокоэффективная методика, хотя должна использоваться только при безуспешности других методов лечения. Хирургический способ лечения необратим, и восстановление нормальной функции corpus cavernosa penis невозможно, вместе с тем сам метод безопасен и уже широко вошел во врачебную практику. Операция проводится под наркозом или проводниковой анестезией. Процент успешного лечения выше чем при любом другом методе лечения ЭД.

Обычные показания для направления к узкому специалисту следующие: (1) анатомический дефект полового члена, (2) юный пациент с травмой таза или перинеальной травмой в анамнезе, (3) патология, требующая хирургической операции на сосудах или нервных волокнах, (4) сложные эндокринопатии, (5) сложные психологические или психосоциальные проблемы и (6) желание пациента или врача в проведении более углубленного исследования.

Назначаемое лечение должно быть длительным. В процессе курса лечения постоянно отслеживаются успехи и неудачи, гибко меняются назначаемые препараты в соответствии с развитием благоприятных изменений и/или побочных эффектов. Через месяц после начала терапии проводится контрольный осмотр. Сравнение эректильной функции существующей на данный момент и определяемой при первом обращении к врачу может проводиться устно - со слов пациента, или письменно по "Стандартизированному опроснику сексуального здоровья для мужчин". Доверительные, товарищеские отношения между врачом и пациентом увеличиваю вероятность успешного лечения.

При необходимости следует периодически консультировать пациента у узкого специалиста. Врач, проводящий лечение ЭД должен хорошо ориентироваться в возможных методах лечения и уметь корректно и без ложного стыда обсуждать с пациентом сексуальные проблемы последнего. Основное первичное направление лечения может быть определено врачом-сексопатологом, в то время как дальнейшую терапию будет проводить врач общей практики. Консультация уролога необходима в случае значительно выраженной ЭД или анатомического дефекта пениса. Следует назначить консультацию эндокринолога при наличии у пациента с ЭД диабета, при подозрении на дисфункцию гипофиза или наличия гипогонадотропизма.

Врачи общей практики могут проводить лечение половых расстройств в случае прохождения специального тренинга. Американская ассоциация врачей-сексопатологов обеспечивает прохождение обучения и выдает сертификаты установленного образца. Большинство клиник имеет в своем штате такого социалиста.

Врачи-сексопатологи, как правило, имеют больше время для беседы с пациентом. Работая с парами, они могут улучшить технику сексуальных отношений партнеров, обучить их практике секса без устойчивой эрекции у мужчины, так как большинство пар могут иметь удовлетворительную половую жизнь без "проникновения". Врач-сексопатолог может сыграть положительную роль при лечении тревожных и депрессивных расстройств у мужчин, так как, нормализуя эректильную функцию (которая часто нарушена у таких больных), он способствует быстрейшей редукции болезненных психопатологических проявлений.

**Взаимосвязь расстройств при лечении ЭД**

Обсуждение сексуальных проблем может занять длительное время, но в первичном анамнезе болезни надо обязательно отражать сексуальную жизнь пациента. Как правило, пациенты достаточно откровенны в открытой беседе с вежливым, не высказывающим осуждения и понимающим их проблемы врачом. Врачи могут легко владеть навыками беседы на сексуальные темы, что позволит им лучше собирать половой анамнез и вызывать большее доверие у пациентов. Большинство пациентов хочет продолжать такого рода беседы при следующем посещении. К обсуждению сексуальных вопросов, по возможности, следует привлекать партнеров пациентов, что увеличит потенциал успешного лечения и позволит более объективно собрать сексуальный анамнез пациента.

Тревога, приводя к нарушениям в выработке окиси азота снижает эректильную функцию. Ожидание своей неудачи ведет к появлению тревоги, поэтому могут быть рекомендованы специальные техники для снижения тревоги. Например, если пациента спросить, что он думает во время "предварительных игр", то он, вероятно, ответит, что надеется добиться устойчивой эрекции. Эта "работа ради цели" не может считаться удовольствием. Тревога может быть уменьшена, если снизить интенсивность ожидания эрекции. С этой целью при назначении лечения полезно сказать: "Этот препарат, первое время, не окажет на Вас никакого действия". Побуждайте пациентов быть чувственными в их любовных играх.

Просто назначая человеку препарат нельзя решить его сексуальные проблемы. Многие пары, в которых мужчина страдал от эректильной дисфункции, не имели сексуальные отношения от 2 до 5 лет и дольше. Некоторые пары вообще избегают любого физического контакта из-за ЭД. Мужчина часто думает, что лучше не обнимать и не целовать женщину, если он не может иметь удовлетворительной эрекции. Скажите пациенту, что романтические отношения, сексуальные игры и взаимные ласки очень важны и полезны в восстановлении удовлетворительной сексуальной активности. Пары должны снова стать "новичками" в мире секса, начать получать удовольствие от ухаживания друг за другом, "вспомнить" период их ранних отношениях. Другие препятствия к достижению удовлетворительной сексуальной жизни заключаются в недостатке интереса к сексу у партнера, несогласие с практикуемыми сексуальными приемами, проблемы с личной гигиеной и предъявление к пациенту или пациентом заведомо невыполнимых требований к сексу.

Иногда половые проблемы имеют под собой более глубокие психологические корни, несут в себе вторичную выгоду для пациента. Негативное отношение к партнеру может быть выражено через отсутствие эрекции. Гнев, недоверие, проблемы самоконтроля, страх беременности и многое другое способно отрицательно воздействовать на проводимое лечение. Маловероятно, что препараты сами по себе, без психотерапевтического воздействия на пациента, приведут к восстановлению эрекции. Для некоторых пар ЭД у мужчины является гарантом семейного равновесия. Такой статус-кво может быть подсознательно более удобен для пациента, чем решение своей эректильной проблемы.

Трудности во взаимоотношениях часто ведут к нарушению сексуальной сферы. Кажется, что современное общество избавлено от сексуальных предрассудков, однако большинство мужчин и женщин все еще чувствует неудобство в открытом обсуждении с партнером своих проблем. Даже при наличии длительных любовных взаимоотношений партнеры могут никогда не обсуждать друг с другом свои сексуальные предпочтения. Критиковать кажется гораздо легче, чем открыто обсуждать. Важно научить партнеров обсуждать свои сексуальные проблемы. Слишком часто один партнер полагает, что другой будет автоматически знать те действия, которые приносят больше всего удовольствия. Партнер мог бы сказать: "Мне действительно нравиться, когда ты так прикасаешься ко мне", "это действительно великолепно, когда ты делаешь так". Если пациент пугается вербализации своих переживаний он может просто подавать звуки удовольствия в нужный момент, чтобы стимулировать партнера продолжать свои действия. Эрекция может быть запоздалой, обстановка может быть неподходящей, желательный эмоциональный отклик может не появиться, а также могут возникнуть неожиданные помехи, однако если партнеры не фиксируют свое внимание на неудаче, они скажут: "Это оттого, что сейчас ночь. Давай попробуем завтра" и не позволят единичному отрицательному опыту испортить их сексуальную жизнь.

Ощущение оптимизма, передаваемое от врача к пациенту, является важным психотерапевтическим инструментом для лечения любой половой дисфункции. Пациенты с ЭД часто имеют заниженное самомнение и это оказывает негативное влияние на всю их психическую жизнь. Оптимистический взгляд врача на решение половых проблем пациента наполняет последнего уверенностью в счастливом исходе болезни, дисциплинирует в отношении соблюдения лечебного режима и помогает преодолеть психологические проблемы вызванные ЭД.

**Заключение**

Проблемы с эрекцией, как правило, переживаются пациентом в одиночестве, его партнер обычно считает неудобным разговор на эту тему. Удовлетворительная эректильная функция с помощью доступных в настоящее время методов лечения принципиально может быть восстановлена у любого пациента. С помощью обучения и разумных советов по поводу сексуальной сферы, пропаганды здорового образа жизни можно эффективно воздействовать на половую дисфункцию. Внушением оптимистического настроя можно избежать многих трудностей при лечении ЭД. Взаимопонимание, чувственное и нежное отношение партнеров к друг другу значительно повышают вероятность успешного результата лечения.

**Список литературы**

Merrill JM, Laux LF, Thornby JI. Why doctors have difficulty with sex histories. South Med J 1990;83:613-617.

Tudiver F, Talbot Y. Why don't men seek help? Family physician's perspectives on help-seeking behavior in men. J Fam Pract. 1999;48:47-52.

Feldman HA, Goldstein I, Hatzichristou DG, Krane RJ, McKinley JB. Impotence and its medical and psychological correlates: results of the Massachusetts Male Aging Study. J Urol. 1994;151:54-61.

М.Г Привес, Н.К. Лысенков, В.И. Бушкович. Анатомия человека. Москва, "Медицина", 1985, стр. 339 - 340.

Bartlik B, Kocsis JH, Legere R, et al. Sexual dysfunction secondary to depressive disorders. J Sex Marital Ther 1999;2(2):52-60.

Goldstein I, Lue TF, Padma-Nathan H, Rosen RC, Steers WD, Wicker PA, for the Sildenafil Study Group. Oral sildenafil in the treatment of erectile dysfunction. N Engl J Med. 1998;338:1397-1404.