**Виагра - лучшие эрекции для лучшего секса**

И. И. Горпинченко, Украинский институт сексологии и андрологии

"Виагра - лучшие эрекции для лучшего секса" Под таким заголовком прозвучали материалы о клинической эффективности Виагры по сравнению с другими ингибиторами фосфодиэстеразы 5-го типа на Всемирном Конгрессе Международного Общества Исследований Импотенции и Сексуальности (ISSIR), состоявшемся 19 октября 2004 года в Буэнос-Айресе (Аргентина).

Доктор Luiz Otavio Torres, глава Урологического отдела Бразильского общества Андрологов и Президент Латиноамериканского отдела ISSIR , представил фундаментальные данные всемирного исследования, в котором приняли участие более 1500 мужчин. Было показано, что мужчины с эректильной дисфункцией (ЭД) хотят удовлетворять своих сексуальных партнеров, поэтому при выборе препарата для лечения ЭД важное для них значение имеет "твердость" эрекции и уверенность в наступлении эффекта. Результаты этого исследования показали, что Виагра обеспечивает значительное улучшение взаимоотношений сексуальных партнеров, уверенность и самооценку мужчины.

В международном исследовании, проведенном в Бразилии, Мексике, Австралии и Японии с использованием вопросников SEAR IIEF , было продемонстрировано значительное улучшение взаимоотношений, уверенности и самооценки мужчин, принимающих Виагру [2]. "Эти данные показали, что Виагра оказывает значительное влияние на всю половую жизнь мужчины" — прокомментировал исследование автор.

Эффективность и хорошая переносимость Виагры были доказаны в более 120 завершенных и продолжающихся клинических исследованиях. К настоящему времени Виагра зарегистрирована более чем в 120 странах, имея в активе более 170 миллионов рецептов, выписанных более 23 миллионам мужчин с ЭД. Это одно из самых наиболее назначаемых лекарственных средств в мире.

При критической оценке результатов клинической эффективности Виагры было показано, что мужчины, не отвечающие на прием препарата, принимали его неправильно или в слишком малой дозе. У большинства этих пациентов Виагра была эффективна при возобновлении приема препарата и соответствующем инструктировании [3 J . При этом была подчеркнута важность выбора пациентом необходимой дозы и оптимальной сексуальной стимуляции.

Появившиеся другие ингибиторы фосфодиэстеразы 5 типа не достигли эффективности Виагры. Также было отмечено, что варденафил (левитра) нельзя использовать совместно с альфа-адреноблокаторами, широко применяемыми при лечении доброкачественной гиперплазии предстательной железы, грейпфрутовым соком. Низкая биодоступность варденафила - 15% (у Виагры - 40%) приводит к большему межлекарственному взаимодействию (противопоказано совместное применение с ингибиторами CYP 3 A 4: кетоконазолом, ритонавиром, кордароном и др.). Ни один другой ингибитор фосфодиэстеразы 5 типа не смог доказать, что он работает эффективнее или быстрее Виагры ( Levitra . ЕМЕА, 2003; Cialis . EMEA , 2003). При приеме Виагры и сексуальном возбуждении эрекция длилась почти в 5 раз дольше, чем при приеме плацебо [5], а наслаждение половым актом было сильнее в 4 раза.

Высокую оценку эффективности (92%) дали Виагре сексуальные партнерши мужчин, принимавших ее [6], а удовлетворенность действием Виагры высказали 96% пациентов с ЭД [7].

В настоящее время мы имеем опыт лечения 586 больных с различными формами ЭД (табл. 1).

Данные таблицы 1 свидетельствуют, что легкая и средняя степени тяжести ЭД были у сравнительно молодых мужчин (39-41 год), в то время как тяжелой степенью тяжести ЭД страдали мужчины более старшего возраста.

Сопоставление частоты психогенных, органических и смешанных форм ЭД свидетельствует об увеличении с возрастом частоты смешанных форм, при которых повреждается три и более уровней регуляции половой функции.

Факторы риска возникновения ЭД представлены в таблице 2. Так, среди факторов риска у больных с ЭД чаще выявляется кардиоваскулярная патология (23-30%), сахарный диабет (16-24%) и психотравмы (18-28%). Роль хронических воспалительных заболеваний в развитии ЭД незначительна (5,7-10,7%), что подтверждает описанную нами ранее клинику сексуальных расстройств у больных хроническим простатитом [8].

Таблица 1 Характеристика пациентов с ЭД

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Характеристика | Легкая степень ЭД, n=216 | Средняя степень ЭД, n= 175 | Тяжелая степень ЭД, n= 195 |
| Средний возраст | 41,2+4,8 | 39,6№6,1 | 50,2№3,8 |
| Психогенная ЭД | 112(51,9%) | 78 (44,5%) | 48 (24,6%) |
| Органическая ЭД | 45 (20,8%) | 29(16,5%) | 67 (34,4%) |
| Смешанная ЭД | 59 (27,3%) | 68 (38,9%) | 80 (41,0%) |

Таблица 2 Факторы риска ЭД

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Факторы риска | Легкая степень ЭД, n=216 | Средняя степень ЭД, n= 175 | Тяжелая степень ЭД, n= 195 |
| Кардиоваскулярные | 51 (23,6) | 52 (29,7) | 60 (30,7) |
| Сахарный диабет | 36(16,6) | 40 (22,8) | 48 (24,6) |
| Алкоголизм | 23 (10,6) | 21 (12,0) | 29(14,8) |
| Табакокурение | 38(17,6) | 33(18,8) | 39 (20,0) |
| Медикаментозная терапия | 19(8,7) | 16 (9,1) | 40 (20,5) |
| Травмы и операции на органах таза | 15 (6,9) | 18 (10,2) | 29(14,8) |
| Хронические воспалительные заболевания (урогенитальный фактор) | 17(7,8) | 10 (5,7) | 21 (10,7) |
| Психотравмы | 61 (28,2) | 43 (24,6) | 36 (18,4) |

Таблица 3 Эффективность лечения в зависимости от степени ЭД

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Вид ЭД | 3й вопрос анкеты IIEF | 4 й вопрос анкеты IIEF |
| До лечения | После лечения | До лечения | После лечения  |
| Легкая степень, n=216 |  4,2№0,65 |  4,9№0,4 p>0.05 |  4,3№0,7 |  4,4№0,6 p>0, 05 |
| Средняя степень, n=175 | 2,9№0,41 | 4,8№0,36 p<0.05 | 3,0+0,4 | 4,7+0,3 p<0.05 |
| Тяжелая степень, n=195 | 1,8№0,3 | 4,6№0,4 p<0.05 | 1,6№0,4 | 4,5№0,5 p<0.05 |
| Всего, n=586 | 3,1 №0,64 | 4,9№0,41 p<0.05 | 3,2+0,36 | 4,6№0,45 p<0.05 |

Таблица 4 Эффективность лечения в зависимости от вида ЭД

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Вид ЭД | 3й вопрос анкеты IIEF | 4 й вопрос анкеты IIEF |
| До лечения | После лечения | До лечения | После лечения  |
| Психогенная, n=238 | 3,2+0,81 | 4,8№0,65 p<0.05 | 4,5№0,31 | 4,8№0,6 p>0.05 |
| Органическая, n=141 | 3,0+0,42 | 4,9+0,21 p<0.05 | 2,7№0,42 | 4,2№0,31 p<0.05 |
| Смешанная, n=207 | 2,8№0,60 | 4,8+0,3 p<0.05 | 2,75№0,26 | 4,7+0,30 p<0.05 |
| Всего, n=586 | 3,1+0,64 | 4,9№0,41 p<0.05 | 3,2+0,36 | 4,6+0,45 p<0.05 |

После всестороннего обследования пациентам назначали Виагру по 50 мг за 1 час до предполагаемого полового акта. У 509 (86,8%) больных доза 50 мг при сексуальной стимуляции приводила к выраженной эрекции полового члена, что позволило осуществить полноценный половой акт. У 36 (6,1%) пациентов доза в 50 мг не вызывала достаточной для имиссии зрекции полового члена, что вынуждало нас увеличить дозу до 100 мг. Несмотря на увеличение дозы, у 7 (1,1%) пациентов эрекции во время попытки к сексуальной близости достичь не удалось.

У 41 (6,9%) больного отмечены побочные эффекты Виагры в виде головной боли (32 человека, 5,4%), заложенности носа (36 больных, 6,1%), гиперемии лица (38 мужчин, 6,4%). Эти осложнения были незначительной выраженности и проходили через 1-2 часа после приема препарата.

Данные об эффективности Виагры на основании анкеты IIEF представлены в таблицах 3 и 4. Приведенные данные свидетельствуют о высокой эффективности Виагры у подавляющего большинства (86,8%) больных с ЭД. Препарат в нашем исследовании оказался абсолютно безопасным, редко (6,9%) давал побочные эффекты, что полностью отвечает требованиям, предъявляемым к фармакологическим препаратам, применяемым у больных с ЭД.

**Список литературы**

1. Torres L. Global erectile dysfunction patient attitudes and usage study. In: Presented at Pfizer symposium at 11th World Congress of the International Society for Sexual and Impotence Research. Buenos Aires, Argentina; 2004 17-21 October.

2. Glina S., et al. Relationship between erectile functioning and psychosocial functioning following treatment with Viagra (sildenafil citrate): Results from an international, multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled trial. In: Oral presentation at 11th World Congress of the International Society for Sexual and Impotence Research. Buenos Aires, Argentina; 2004 17-21 October.

3. McCullough A.R., Barada J.H., Fawzy, Guay A.T., Hatzichristou D. Urology 2002; 60 (Suppl. 2): 28-38.

4. Goldstein I., LueT.F., Padma-Nathan

H. et al. Oral sildenafil in the treatment of erectile dysfunction. N. Eng. J. Med. 1998; 338: 1397-1404.

5. Gingell С , Sultana S.R., Hodgson G., Wulff M.B., Gepi-Attee S. Duration of Action Sildenafil Citrate in Men With Erectile Function in press.

6. Gil A., Oyaguez I., Palacios G., Rejas I. Erectile dysfunction in a primary care setting results of an observational, non-control-group, prospective study with sildenafil under routine conditions of use. Int. J. Import. Res. 2001; 13: 338-347.

7. McMurray J.G., et al. Int. J. Impotence Res. 2002; 14 (suppl. 3): 104.

8. Горпинченко И.И. Особенности половых функций и сексуальных расстройств у мужчин среднего и пожилого возраста: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. К; 1986.