

# 12 лет вместе. Опыт применения Маджик Стафф Форте для лечения эректильной дисфункции

В.Г. Мигов, В.В. Билоголовская

ГУ «Институт урологии НАМН Украины», г. Киев

*О сколько нам открытий чудных  
Готовят просвещения дух  
И Опыт, [сын] ошибок трудных,  
И Гений, [парадоксов] друг,  
[И Случай, бог изобретатель]*

*Автограф в тетради ЛБ № 2382, л. 19. Опубликовано В.Е. Якушкиным в описании рукописей Пушкина – «Русская Старина» 1884, ноябрь, стр. 349. Датируется предположительно концом декабря 1829 г. Опубликовано в 1884 г. (см. выше). В собрания сочинений Пушкина входит, начиная с издания под ред. Брюсова, 1919 (Т. 3.)*

Проведено пятилетнее пролонгированное во времени исследование пациентов с корпоральной венооклюзивной эректильной дисфункцией, для лечения которых применялся Маджик Стафф Форте с периодичностью приема 2 мес 2 раза в год с равными интервалами. В результатах отображена эффективность данной схемы приема.

**Ключевые слова:** эректильная дисфункция, блокаторы ФДЭ-5 типа, Маджик Стафф Форте, доплерография сосудов полового члена, анкета МИЭФ-5.

С тех пор как эрекция перестала быть маркером и механизмом передачи генетического материала существу не только противоположного пола, но и полной противоположности конкретного индивидуума, для создания новых и по свойствам, и по качеству генных массивов популяции, направленных на выживание Вида, реализованной магнетизмом ферромонов и внезапно возникших рефлексов, выключивших систему свой/чужой, или психотическое расстройство личности, как сказали бы коллеги психиатры, и приобрела черты инструмента получения удовольствия, ей начали уделять все больше внимания. Это внимание становилось по мере роста цивилизаций все более пристальным и изначально имело два разных и основополагающих взгляда: мужской и женский. У мужчин доминировал пассивно-полигамный подход, что подразумевало при неудачном опыте сменить партнера на более сильный раздражитель. Возможно, это и есть один из запрограммированных механизмов генного разнообразия как основы выживания видов, но религия и институт семьи заложили первые кирпичики в фундамент основ сексологии.

Эрекции уделяли внимание. Ее обожествляли. Как пример – Приап (др.-греч. Πριάπος, также лат. Priapus) – в античной мифологии древнегреческий бог плодородия; полей и садов – у римлян. Изображался с чрезмерно развитым половым членом в состоянии вечной эрекции. Другое название бога плодородия, согласно Аристофану и Лукиану – Фалет (др.-греч). Фаллические символы были не только как бы молитвой, сотворенной единением мысли и действия в виде процесса изготовления, но и обла-

дали символизмом удачливости, приумножения, успеха в деловых начинаниях.

Эрекцию изучали. Колдуны и ведьмы, шаманы и служители культов, целители и знахари искали возможности, направленные как на ее восстановление у страдающих или их партнеров, так и возможности негативного воздействия. Например, египет как средство полного или частичного блокирования полигамии через воздействие на механизм эрекции путем взаимодействия с подсознанием и энергетическими полями.

Эрекцию изучали с точки зрения анатомии, физиологии, психологии, религии, магии и эзотерики, что свидетельствует в пользу того факта, что эрекция у мужчины, как представителя человека разумного, не просто набор физиологических реакций, подобных акту мочеиспускания, а суть, комплексная реакция на стыке всех областей Бытия осознанной личности. А значит и нарушения эрекции, как и способ противодействовать им – полидисциплинарная проблема на стыке всего многообразия медицинских специальностей.

Благо дело, стараниями доктора Уильяма Мастерса и Вирджинии Джонсон, сексология приобрела достаточные черты как самостоятельная специальность и «повзрослела» до уровня науки.

Эректильная дисфункция (ЭД), импотенция (лат. Impotens – бессильный) – дисфункция эрекции, при которой объем полового члена мужчины, его твердость и прямота недостаточны для совершения полового акта. Латинский термин «impotentia coeundi» описывает неспособность мужчины ввести половой член при любой форме проникающего полового сношения и завершить совокупление по причине отсутствия или прекращения достаточной напряженности полового члена. Однако этот термин себя изжил и в последнее десятилетие в международную литературу не применяется. Его рассматривают устаревшим, неточным и имеющим необоснованно осуждающий подтекст. Вместо «импотенция» говорят о «нарушении эрекции» или об «эректильной дисфункции». Нарушение эрекции не связано напрямую со способностью мужчины к выполнению семяизвержения – эякуляции. Существует много причин нарушения эрекции, например, сахарный диабет (СД). Некоторые причины нарушения эрекции необратимы.

Нарушение эрекции – стойкая неспособность мужчины совершить половой акт в полном объеме. При нормальной половой функции половой акт (для мужчины) состоит из полового влечения (либидо), любовных ласк не менее 5 мин, эрекции, введения полового члена, совершения десятков фрикции в течение нескольких минут, завершаемых семяизвержением – эякуляцией и возникновением ощущения оргазма. Отсутствие какого-либо компонента определяет невозможность совершения полноценного полового акта и постепенно приводит к нарушению остальных компонентов.

Выделяют психологическую (психогенную), органическую и смешанную формы ЭД.

Зачастую расстройства половой функции не являются самостоятельными заболеваниями, а существуют и развиваются как сопутствующие.

Так, нарушение эрекции может возникать при эндокринных расстройствах, таких, как СД (вызывающий нейропатию) и гипогонадизм (снижение уровня тестостерона из-за нарушений функций гипофиза либо яичек), или быть связана с различными урологическими заболеваниями, поражениями расположенных в коре головного мозга центров регуляции половых функций. Нарушение эрекции, вызванное этими причинами, относят к органическому.

Иногда причиной возникновения ЭД является болезненный половой акт либо для проникающего, либо для принимающего партнера. В ряде случаев ЭД связана с невропсихическими расстройствами (невроз, невротическое состояние при различных заболеваниях, депрессия и др.). Это так называемая психогенное нарушение эрекции.

Органическая и психогенная ЭД проявляются по-разному.

Большинство мужчин объясняют проблемы с эрекцией (потенцией) именно психологическими нарушениями. Однако показано, что ЭД в 80% случаев имеет органическую природу и возникает как осложнение различных соматических заболеваний. В их число входят СД, сосудистые заболевания, неврологические расстройства, гормональные нарушения, травмы. Кроме того, нарушения половой функции могут являться побочным эффектом некоторых лекарственных препаратов, последствием хирургической операции и травм в области малого таза.

Среди мужчин распространено заблуждение, что ЭД появляется с возрастом. Это не так – возраст как таковой никак не связан с нарушениями потенции. Вероятность возникновения различных болезней с возрастом повышается, а вот болезни-то и оказываются истинными «виновниками» нарушения потенции. Злоупотребление алкоголем, курение, сидячий образ жизни также негативно влияют на эрекцию и могут привести к ЭД. Чем старше мужчина – тем более высока вероятность наличия у него хронических заболеваний, не связанных напрямую с половой сферой, но требующих длительного (или постоянного) медикаментозного лечения. Для множества лекарственных средств характерно негативное влияние на потенцию, причем механизмы развития такого побочного эффекта различны.

Наиболее часто ЭД вызывается влиянием лекарственных средств на центральную нервную систему. Такой механизм характерен для психотропных лекарств (нейролептики, транквилизаторы, некоторые антидепрессанты), многих гипотензивных (бета-адреноблокаторы, центральные адреномиметики), антигистаминных препаратов первого поколения (дифенгидрамин, хлоропирамин, клемастин и др.).

Эректильные нарушения могут наблюдаться в любом возрасте, но наиболее характерны для пожилых мужчин. Распространенность заболевания у лиц от 40 до 70 лет составляет 52%, увеличиваясь с возрастом. Если к 40 годам нарушения потенции различной степени выраженности испытывают до 40% мужчин, то к 70 годам их число достигает 67%.

ЭД является мультифакторным состоянием. Любые факторы, приводящие к уменьшению притока крови к кавернозным телам (артериальная недостаточность полового члена) или к увеличению оттока от них (веноокклюзивная дисфункция), могут являться причиной эректильных расстройств. Нарушения эрекции обычно связывают с хроническими

заболеваниями, в первую очередь с атеросклерозом, артериальной гипертензией, СД, депрессией и неврозоподобными заболеваниями. Эректильные расстройства часто возникают при воздействии неблагоприятных факторов внешней среды – радиации, электромагнитного излучения. Причиной ЭД могут быть хронические заболевания сосудистой, эндокринной, нервной систем, тазовая или спинальная травма. Потеря ЭД может явиться следствием радикальных операций на тазовых органах.

Основными факторами риска возникновения эректильных нарушений являются возраст, курение, избыточная масса тела. Среди курильщиков импотенция встречается на 15–20% чаще, чем среди некурящих мужчин. Известно более 200 медикаментозных препаратов, способных угнетать половую функцию. К ним относят некоторые гипотензивные (клонидин, β-блокаторы, резерпин), желудочно-кишечные (циметидин, ранитидин, метоклопрамид), психотерапевтические (амитриптилин, флуоксетин) и все противоопухолевые препараты.

Психогенная ЭД обусловлена центральным подавлением механизма эрекции. Основными состояниями, приводящими к психогенным расстройствам эрекции, являются депрессия и фобические неврозы. В ряде случаев расстройство возникает по психосоматическому типу.

Органическая ЭД подразделяется на:

- васкулогенную;
- нейрогенную;
- гормональную.

Васкулогенные расстройства эрекции могут быть связаны как с артериальными, так и с веноокклюзивными нарушениями.

Артериальная недостаточность полового члена может возникать вследствие атеросклеротического поражения внутренних подвздошных, внутренних срамных артерий, артерий полового члена, в результате травм промежности и костей таза. Гипертоническая болезнь может привести к увеличению ригидности артериальной стенки, что влечет за собой снижение способности артерий полового члена к дилатации.

Следствием негативного влияния системной гипертензии на кавернозную ткань может быть нарушение веноокклюзивного механизма кавернозных тел с последующим формированием КВОД – корпоральной веноокклюзивной ЭД. КВОД – это клинический синдром, обусловленный дисбалансом между артериальным притоком и венозным оттоком из кавернозных тел. У пациентов с КВОД присутствуют такие маркеры варикозного симптомокомплекса, как геморрой (88%), варикоцеле (77%), варикоз вен нижних конечностей (81%). Изучение семейного анамнеза выявило наличие указанных маркеров у 69% мужчин с КВОД, что свидетельствует в пользу наследственных механизмов передачи заболевания.

### **Классификация корпоральной веноокклюзивной дисфункции**

(И.И. Горпинченко, 2000)[17]

А. Этиопатогенетическая:

1. Первичная эндогенная конгенитальная.
2. Вторичная экзогенная приобретенная.
  - диабетическая;
  - посттравматическая;
  - послеоперационная;
  - другие формы.

Б. Клиническая:

1. По типу манифестации:
  - дебютантная;
  - приобретенная.

2. По типу течения:

- доброкачественная;
- злокачественная.

3. По фазам течения:

- субклиническая компенсированная;
- манифестирующая субкомпенсированная;
- декомпенсированная.

Одними из наиболее часто встречающихся причин нейрогенной ЭД являются спинальная травма, рассеянный склероз и диабетическая нейропатия. К другим этиологическим факторам нейрогенных нарушений относят демиелинизирующие и дегенеративные заболевания позвоночника, периферические нейропатии, повреждение тазовых нервных пучков при травмах и операциях. Гормональная ЭД встречается при синдроме Паскуалини, болезни Иценко–Кушинга, эндокринопатиях, приводящих к гиперпролактинемии и снижению уровня тестостерона.

Следует отметить, что в большинстве случаев органической ЭД отмечаются вторичные психогенные расстройства.

Распространенность ЭД крайне высока и, согласно данным современных популяционных исследований, будет только увеличиваться. Некоторые специалисты считают, что после 21 года эректильные расстройства выявляются у каждого десятого мужчины, а после 60 лет уже каждый третий мужчина не способен совершить половой акт.

По данным ставшего уже классическим Массачусетского исследования по изучению вопросов старения мужчин (Massachusetts Male Aging Study, MMAS), у 52% мужчин в возрасте от 40 до 69 лет выявляют ЭД, причем у 10% из них ЭД крайне тяжелая, а у 25% – умеренная. Это исследование также убедительно продемонстрировало, что с возрастом не только растет частота встречаемости ЭД (с 39% в 40 лет до 67% к 70 годам), но и усугубляется степень ее выраженности. Это согласуется с данными R. Rosen и соавторов о том, что в странах Америки и Европы распространенность ЭД у мужчин имеет стойкую тенденцию к увеличению с возрастом – с 30,8% в 30-летнем возрасте и до 76% к 70 годам; при этом после 60 лет преобладают более тяжелые формы нарушения эректильной функции. Реальная же эпидемиология ЭД еще более удручающая, поскольку известно, что 75–85% мужчин с эректильными расстройствами вообще не обращаются за медицинской помощью и лечением. Обращает на себя внимание установленный факт, что до момента обращения к специалисту обычно проходит более 7 мес, в течение которых многие пациенты занимаются самолечением [6].

### Лечение ЭД

По современным представлениям лечение ЭД базируется на ступенчатом принципе. Согласно рекомендациям Европейского общества урологов (EAU), терапия ЭД первой линии состоит из коррекции особенностей образа жизни (начальный уровень лечебных воздействий), а также отмены или замены лекарственных средств, которые могут вызывать ЭД (класс рекомендаций 1b, уровень доказательств А). У части больных коррекция неблагоприятных факторов образа жизни, таких, как недостаточная физическая активность, курение и ожирение позволяет добиться восстановления эректильной функции, что связано с улучшением нарушенной функциональной активности эндотелия. Большим со значительными психологическими проблемами может быть применена психосексуальная терапия как в виде монотерапии, так и в комбинации с другим лечением [5].

Для терапевтического лечения как психогенной, так и органической ЭД дополнительно назначают препараты первой линии (класс рекомендаций 1a, уровень дока-

зательств А) – удобные и действенные таблетированные лекарственные формы ингибиторов фосфодиэстеразы-5. Механизм действия этих препаратов связан с механизмом возникновения ЭД.

В физиологических условиях во время сексуальной стимуляции полового члена в центре эрекции спинного мозга (располагается на уровне S2–S4) возникает нервный импульс, который по эфферентным нервным волокнам в составе тазового нерва достигает тазового сплетения, а затем кавернозных тел полового члена. В результате этого в терминалиях NANC (NANC – nonadrenergic noncholinergic: неадренергические и нехолинергические) волокон высвобождается оксид азота (NO), который вырабатывается также клетками эндотелия кавернозных тел в ответ на выработку ацетилхолина в парасимпатических эндотелиальных нервных волокнах.

Установлено, что NO нервной ткани инициирует процесс эрекции посредством эндотелиального оксида азота, образование которого усиливается и обеспечивает поддержание максимальной эрекции. Дополнительное количество NO вырабатывается вследствие возникшего напряжения в кавернозных телах после усиленного кровенаполнения. NO проникает сквозь мембраны гладкомышечных клеток кавернозных синусов и активирует растворенную в цитоплазме гуанилатциклазу, которая катализирует процесс образования из внутриклеточного гуанозин-трифосфата циклического гуанозинмонофосфата (цГМФ). Последний активирует протеинкиназу, что вызывает гиперполяризацию мембран гладкомышечных клеток и усиливает потребление ионов кальция в мембранах эндоплазматического ретикулума. Гиперполяризация клеточных мембран ведет к закрытию кальциевых каналов, ионы кальция концентрируются внутри эндоплазматического ретикулума гладкомышечных клеток и способствуют расслаблению последних. Одновременно с этим другие нейротрансмиттеры (вазоактивный интестинальный пептид, простагландин E и др.) взаимодействуют с различными гладкомышечными рецепторами и способствуют повышению уровня циклического аденозинмонофосфата (цАМФ), что приводит к накоплению ионов калия и расслаблению клеток.

Такое скоординированное расслабление гладкомышечных клеток артерий и артериол влечет за собой активное кровенаполнение кавернозных синусов в систолическую и диастолическую фазы. Кавернозные синусы остаются расширенными до тех пор, пока продолжается приток крови. Оттоку крови от полового члена препятствует компрессия венозного сплетения, расположенного между белой оболочкой и кавернозными синусами. Белочная оболочка адаптируется к растяжению кавернозных тел и тем самым дополнительно окклюзирует эмиссарные вены между внутренними циркулярными и продольными венами.

Фермент цГМФ-специфическая фосфодиэстераза 5-го типа (ФДЭ-5) блокирует превращение гуанозинтрифосфата в цГМФ и гиперполяризацию клеточных мембран, что тормозит релаксацию гладкомышечных клеток и вызывает детумесценцию. Дополнительное давление приводит также к сокращению седалищно-кавернозных мышц за счет соматической нервной стимуляции, интракавернозное давление приводит к повышению системного артериального давления. Парасимпатический механизм поддержания эрекции сменяется активацией симпатических нервных волокон и симпатического нервного центра (локализуется на уровне Th4-L2), что способствует поддержанию полового члена в «пассивном» состоянии.

Таким образом, состояние эрекции непосредственно связано с уровнем цГМФ и активностью ФДЭ-5, представителя семейства ФДЭ [1].

Семейство ФДЭ объединяет 11 групп изоферментов (ФДЭ 1–11), которые в свою очередь разделяют на 21 подгруппу и примерно 53 варианта. ФДЭ-5 регулирует функцию различных клеток организма человека, катализируя разрушение цГМФ и цАМФ. Циклический ГМФ является вторичным медиатором NO. По данным ряда исследований, увеличение уровня цГМФ за счет длительного подавления ФДЭ-5 приводит к повышению распада цГМФ в результате увеличения активности и экспрессии ФДЭ-5 и снижению образования за счет уменьшения активности растворимой гуанилатциклазы. В результате содержания цГМФ снижается (механизм обратной связи) [14].

Ингибиторы ФДЭ-5 (иФДЭ-5), которые используют для лечения ЭД, являются селективными конкурентными ингибиторами ФДЭ-5. Препятствуя разрушению цГМФ, ингибиторы ФДЭ-5 при сексуальном возбуждении усиливают высвобождение NO в нервах кавернозного тела, эндотелии сосудов и гладкомышечных клетках, что способствует сосудорасширяющему эффекту NO (расширению сосудов полового члена и кавернозного тела), притоку крови к пещеристому телу и способствует возникновению и поддержанию физиологической эрекции [11].

В соответствии с рекомендациями EAU, выбор одного из одобренных к применению иФДЭ-5 во многом зависит от предпочтений пациента. Эффективность в отношении ЭД и безопасность иФДЭ-5 с точки зрения доказательной медицины являются доказанными. Задача врача заключается в предоставлении полной информации больному в отношении иФДЭ-5. На сегодня для лечения больных с ЭД имеется как минимум 5 иФДЭ-5 – силденафил, тадалафил, варденафил, уденафил и аванафил.

Все эти препараты отличаются своими фармакокинетическими свойствами, однако их клиническая эффективность и безопасность в целом схожи [5]. Одним из ингибиторов ФДЭ-5 является силденафил. С уверенностью можно сказать, что силденафил – наиболее изученное лекарственное средство лечения ЭД. По состоянию на апрель 2012 г. в базе данных клинических исследований [www.clinicaltrials.gov](http://www.clinicaltrials.gov) было зарегистрировано 348 исследований силденафила, 103 исследования тадалафила, 77 исследований варденафила, 18 исследований уденафила и 17 исследований аванафила.

Известно, что за 15 лет использования в клинической практике лечение силденафилом получили более 40 млн пациентов. Кроме того, в рамках крупных многоцентровых исследований высокая эффективность и безопасность силденафила были установлены не только в общей популяции больных ЭД, но и у больных ЭД с артериальной гипертензией, ишемической болезнью сердца, СД, гиперлипидемией, после выполнения простатэктомии, с депрессией, рассеянным склерозом, травмой спинного мозга и находящихся на гемодиализе. Такую высокую степень исследованности не имеет сегодня ни один другой препарат из группы иФДЭ-5 [8]. При оценке эффективности иФДЭ-5 выраженность его основного эффекта определяют по данным ряда опросников: международный индекс эректильной функции (МИЭФ), шкала твердости эрекции (ШТЭ) и др., что позволяет достаточно точно оценивать эффективность лечения больных, страдающих ЭД.

Одной из основных причин внедрения ШТЭ является тот факт, что в ходе исследований была доказана прямая связь между степенью удовлетворенности сексом в целом и твердостью эрекции по данной шкале. Так, максимальная 4-я степень твердости эрекции отмечена у 89% мужчин, полностью удовлетворенных сексом. Более того, по данным опроса пациентов, именно обеспечение

максимальной твердости полового члена (а не большая продолжительность эффекта и др.) является наиболее важным свойством препарата для лечения ЭД. По данным A. Kadioglu et al., при оценке эффективности иФДЭ-5 с использованием ШТЭ силденафил обеспечивает 4-ю степень твердости эрекции в среднем более чем у половины мужчин, причем независимо от исходного уровня ЭД. Так, при исходно 1-й степени твердости на фоне терапии силденафилом 4-я степень твердости была достигнута у 53,1% больных, при исходно 2-й степени – у 48,6%, при исходно 3-й степени – у 61,4% пациентов [10].

Немецкие ученые В. Rosengarten и соавторы [3], исследовав эффективность ингаляции илоprostа и силденафила на микроциркуляцию головного мозга у 11 пациентов с тяжелой ЛАГ (легочная артериальная гипертензия), показали, что по данным транскраниальной доплерографии у больных отмечалось значительное улучшение мозгового кровообращения под воздействием именно силденафила, подтвердив результаты проведенного ранее двойного слепого плацебо-контролируемого исследования, что особенно важно для лечения пациентов с синдромом хронической боли и формированием ПАС (патологической алгической системы).

Позднее В.М. Tsai и соавторы из отделения кардиоторакальной хирургии Университета Северной Каролины в эксперименте на изолированных легочных артериях крыс показали, что силденафил уменьшает гипоксическую вазоконстрикцию, синтез факторов воспаления (фактор некроза опухолей – TNF- $\alpha$  и интерлейкин IL-1 $\beta$ ).

Активность сигнального пути NO/цГМФ играет определенную роль и в обеспечении ноцицептивной передачи импульсов. Так, индийские ученые исследовали взаимодействие силденафила и морфина на экспериментальных моделях искусственно вызванной боли у крыс и мышей (механической – давление, химической – уксусная кислота). Местное воздействие силденафила (50–200 мкг на область будущего давления) приводило к дозозависимому антиноцептивному эффекту, потенцируя действие морфина. Таким образом, NO и цГМФ вовлечены в опиоидный рецепторный механизм антиноцептивного эффекта, а силденафил через ингибицию цГМФ увеличивает эффективность морфина при нейропатической хронической боли.

Возможность иФДЭ 5-го типа влиять на эндотелий сосудов показана в ряде экспериментальных и плацебо-контролируемых исследований. Так, С. Desouza и соавторы провели двойное слепое плацебо-контролируемое перекрестное исследование, в котором участвовали 14 мужчин с СД 2-го типа и ЭД. Оценивалось влияние острого и двухнедельного лечения в малых дозах на эндотелиальную функцию. Было показано, что по сравнению с плацебо улучшалась эндотелийзависимая вазодилатация на 5–7%. Позднее Т. Gogi и соавторы уточнили механизм улучшения функции эндотелия. Они провели двойное слепое плацебо-контролируемое перекрестное исследование, доказавшее эффективность подобной терапии.

В соответствии с анатомическими особенностями кровоснабжения половых органов мужчин, нарушения микрогемодинамики при их заболеваниях происходят не только в предстательной железе (ПЖ), но и близлежащих органах, имеющих общие источники кровоснабжения и сообщающиеся многочисленными анастомозами (Винник Ю.Ю., Прохоренков В.И., 1986). Единая мочево-венная сеть, которая включает глубокую дорзальную вену полового члена, дренирующую головку полового члена, и простатическое венозное сплетение, дренирующую ПЖ, характеризуется обилием анастомозов. Ее емкость позволяет накапливать значительные объемы венозной крови,



**Результаты проведенного лечения по данным опросника МИЭФ в динамике**

Показатели МИЭФ	До лечения	2 мес после лечения	1 год	2 года	3 года	4 года	5 лет
Эректильная функция	11,87±0,67	22,94±0,79**	19,22±0,62*	19,78 ±0,71	20,13 ±0,63	21,18 ±0,55	21,45 ±0,55
Удовлетворенность коитусом	8,24±0,54	14,12±0,64*	12,78±0,42*	13,11±0,39*	13,55±0,36*	13,88±0,29*	14,1±0,29*
Оргазм	5,32±0,31	9,11±0,46*	7,87±0,39*	7,91±0,33*	8,57±0,29*	8,91±0,19*	9,12±0,19*
Либи́до	6,47±0,72	11,43±0,51*	9,72±0,37*	9,98±0,27*	10,71±0,25*	11,23±0,22*	11,2±0,22*
Общая удовлетворенность	4,42±0,51	8,49±0,58*	6,78±0,65*	7,12±0,55*	7,18±0,44*	8,38±0,32*	8,51±0,32*

поэтому нарушения гемодинамики, начавшиеся в любом из органов малого таза, быстро распространяются на всю венозную систему (П.А. Щеллев, 2005).

На базе отдела сексологии и андрологии ГУ «Институт урологии НАМН Украины» проведена диагностика и лечение множества пациентов с ЭД различного генеза, в рамках клинических исследований опробовано множество препаратов и подходов в лечении, с успехом применяемых и сегодня. Одним из них является Маджик Стафф Форте. Опыт применения этого препарата лично автором статьи превышает 12-ти летний порог.

В рамках исследования по лечению синдрома хронической тазовой боли (СХТБ) нами было также выполнено в 2012–2017 годах исследование влияния сочетания классической схемы терапии СХТБ с блокаторами ФДЭ-5 и другими сходными по эффекту, но различными по механизму действия препаратами.

Состав ДД Маджик Стафф Форте включает в себя активные составляющие, столетиями применяющиеся, в том числе в Тибетской медицине, как эффективные средства лечения ЭД:

- смесь «Вирилис Аппликейшн» («Virilis Application», производство Италия–Франция):
  - экстракт кордицепса;
  - экстракт плодов дерезы тибетской;
  - экстракт семян бусенника обыкновенного;
  - экстракт маточного молочка;
- порошок пантов оленей.

Несмотря на отличный состав блокаторов ФДЭ 5-го типа механизм действия, этот состав обеспечивает сходный эффект в течение 72 ч и имеет тенденцию к кумуляции и стойким улучшениям структуры сосудов, исходя из данных доплерографии сосудов полового члена в динамике за пятилетний период.

### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Было проведено пятилетнее исследование группы пациентов с корпоральной венооклюзивной дисфункцией (n=102), возраст которых на момент обращения составил от 25 до 35 лет. Пациенты принимали 1 капсулу 1 раз в 3 дня в течение 2 мес на фоне сексуальной активности. С интервалом в 4 мес больные прошли повторный курс, что составило два курсовых приема препарата в течение года.

У больных с длительным течением заболевания и наличием СХТБ, как правило, визуализировались конгломераты включений с наличием акустической тени в зоне локального склероза ткани ПЖ. Во всех случаях хронического калькулезного простатита (ХКП) отмечалось нарушение обмена веществ в организме, проявляющегося мочеиспускательным диатезом чаще всего оксалатным (78%) или уратооксалатным (22%).

В рамках диагностики КВОД было применены такие диагностические методики, как реофаллография, ультразвуковое исследование, кавернозография.

С целью получения динамических данных за большой промежуток времени в условиях самостоятельного финансирования и в рамках соотношения между достоверностью и простотой методики, методикой контроля было выбрано доплерографию сосудов полового члена на фоне фармакологически индуцированной эрекции, а методом объективизации жалоб и контроля качества жизни – международный опросник МИЭФ. В рамках основной работы при первичном обращении пациента дополнительно проведено:

1. Анкетирование с помощью опросника «Индекс симптомов хронического простатита» (NIH-CPSI, 1999), модифицированного для ХКП ХКП с включением аналоговых ранговых шкал для объективизации болевых ощущений и опросника МИЭФ.
2. Трансректальное ультразвуковое исследование с доплерографией ПЖ.
3. Определение расширенного электролитического баланса и транспорта солей.
4. Пальцевое ректальное исследование.
5. Анализ эякулята на иммунологические маркеры воспаления.
6. Определение уровня PSA с последующей биопсией при его повышении свыше 4 нг/мл.
7. Части пациентов выполнена мультиспиральная компьютерная томография.

*Критерии включения пациентов в исследование:*

- наличие эхоположительных включений в ПЖ с или без акустической тени;
- комплекс жалоб, характерных для СХТБ, осложненных различными сексуальными расстройствами, в результате диагностики подтвержденных диагнозом КВОД.

*Критерий для исключения пациентов из исследования:*

- повышение уровня PSA выше 4 нг/мл.

### РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Результаты исследования представлены в таблице.

Наличие, степень выраженности и симметричность кровотока, диаметр, направление хода, характер ветвления артерий и вен при доплерографическом исследовании оценивались в прикорневых кавернозных сосудистых сплетениях.

В качестве нормальных значений исследуемых параметров кровотока принимались следующие характеристики:

1. Отсутствие значимых различий в сосудах различных зон кавернозных тел.
2. Средние максимальные скорости кровотока в артериях – от 0,087 до 0,131 м/с.
3. Средние значения индекса резистентности – от 0,543 до 0,6.

## ВЫВОДЫ

Сколь бы сложной ни казалась проблема на первый взгляд, она, если правильно к ней подойти, окажется еще более сложной (Пол Андерсон).

В проведенном исследовании была установлена взаимосвязь и перспективность, целесообразность применения сочетания классических схем терапии синдрома хронической тазовой боли (СХТБ), высокую эффективность применения экстракорпоральной ударно-волновой терапии предстательной железы в сочетании с препаратом ферменкол-комплекс с применением препаратов, эффективных при эректильной дисфункции (ЭД).

В рамках взаимодействия с Маджик Стафф Форте была подтверждена его эффективность как средства для лечения органической ЭД, хорошую его переносимость и безопасность применения в формате длительного (2 и более месяца при желании пациента) постоянного использования. Что же касается корпоральной венооклюзивной эректильной дисфункции, то заболевание в целом склонно к прогрессированию, и его течение при использовании препаратов «по требованию» или при самолечении в спонтанном режиме может иметь непредсказуемый прогресс.

Основным выводом, подтвержденным динамическим наблюдением группы пациентов за пятилетний период, является стойкое убеждение системного подхода к терапии и правильно распределенных и не прекращающихся периодов профилактики-лечения, в пожизненном режиме после основного курса терапии СХТБ, сочетающегося с КВОД.

Более того, если обратиться к не приведенным в рамках статьи данным по СХТБ трансректального ультразвукового исследования с доплером сосудов малого таза и доплерографии сосудов полового члена по сравнению с классической терапией без препаратов для лечения ЭД, мы увидим снижающиеся с каждым годом как по интенсивности, так и по длительности, при растущей во времени рефрактерности или периодах без манифестации СХТБ.

А если обратить внимание на данные таблицы, то предстанет крайне любопытная тенденция развития объективного состояния удовлетворенности пациентов в условиях терапии с применением Маджик Стафф Форте. Именно эта динамика, как и данные доплерографии, подтверждающие отсутствие прогресса патологии венозной системы полового члена, при нормализации и стабильном сохранении артериального компонента позволяют утверждать о целесообразности такого подхода в терапии неосложненных форм КВОД в сочетании с СХТБ и правильности распространения данного направления терапии на другие виды ЭД в сочетании с патогенетическим лечением.

Авторы ставят в один ряд с блокаторами ФДЭ 5-го типа Маджик Стафф Форте как средство лечения и про-

филактики развития ЭД. К сожалению, формат статьи не позволил включить все варианты применения Маджик Стафф Форте в клинической практике лечения как психогенных ее форм наряду с синдромом тревожного ожидания сексуальной неудачи, так и органических форм. Однако мы считаем, что лучший убеждающий фактор – это опыт применения любого препарата с последующим удовлетворением и чувством выполненного долга по отношению к пациенту на фоне всемерно благодарного отношения его к нам за эффективную помощь и возможность не ограничивать себя в течение сексуальной составляющей жизни как важного элемента здоровья.

Мы не советуем применять бездумно любое лечение, хвалебно расписанное в рекламных промоматериалах или других источниках рекламного характера. Авторы советуют принять участие в большом эксперименте под названием Жизнь, совершать ошибки и делать правильные выводы. Пытаться и совершенствоваться. Именно это и предлагают читателю – попробовать Маджик Стафф Форте в своей практике, получив при этом и свое мнение, и подтверждение наших выводов об эффективности именно такого подхода в терапии как КВОД, и любого другого нарушения эрекции. Ведь самым ценным является собственный опыт и уверенность в своих силах, дающая Силу противостоять Болезни изо дня в день, из года в год, даже в моменты отчаяния и кажущегося бессилия, верить в себя и то воздействие на мироздание, что мы с Вами оказываем, улучшая жизнь пациентов, снижая их страдания и изменяя их эмоциональный фон. Давая чувство радости и достоинства, объединяя сердца в Акте Любви, посредством нашей помощи мы причастны к созидающему началу жизни и прогресса.

Наука – это способ анализа не только в рамках одной работы на соискание степени, но скорее просто раз и навсегда изменившийся подход к осознанию процессов, происходящих вокруг нас, с возможностью рассматривания во времени верности или ошибочности конкретных методов. Привычка смело признавать свои ошибки и совершенствоваться неустанно, получая новые знания и проверяя истинность или ошибочность как своих, так и посторонних суждений, для того чтобы найти как можно более простой и максимально эффективный метод воздействия из доступных в данный момент и в данном месте.

Пробуйте, не боясь ошибиться, ведь только опыт даст уверенность в своих силах, в правильности или ошибочности тех или иных подходов. А наш опыт, растянутый во времени, позволяет рекомендовать Вам попробовать и получить свое мнение как о применении Маджик Стафф Форте, так и в целом нашего подхода терапии ЭД, различного генеза как понятий достойных быть испытанными многими, в силу своей действенности, занявших свою нишу наряду с устоявшимися подходами в терапии.

### 12 років разом. Досвід застосування Маджик Стафф Форте для лікування еректильної дисфункції В.Г. Мігов, В.В. Білоголовська

Проведено п'ятирічне пролонговане у часі дослідження пацієнтів із корпоральною венооклюзивною еректильною дисфункцією, для лікування яких використовували Маджик Стафф Форте з періодичністю застосування 2 міс двічі на рік з рівномірними інтервалами. У результатах відображено ефективність наведеної схеми лікування.

**Ключові слова:** еректильна дисфункція, блокатори ФДЕ 5-го типу, Маджик Стафф Форте, доплерографія судин статевого члена, анкета МІЕФ-5.

### 12 years together. The experience of using Magic Staff Forte for the treatment of erektil dysfunktion ED V. Migov, V. Bilogolovskaja

A five-year, prolonged-time study of patients with corporal veno-occlusive dysfunction, for treatment of which was used by Magic Staff Forte, was performed with a frequency of 2 months twice a year at even intervals. The results show the effectiveness of the treatment schemes presented.

**Key words:** erectile dysfunction, type 5 PDE blockers, Magic Staff Forte, penile doplerography, tional Index of Erectile Function (IIEF-5) questionnaire.

**Мигов Виталий Григорьевич** – ГУ «Институт урологии НАМН Украины», 04053, г. Киев, ул. В. Винниченко, 9а.  
E-mail: Dr.migov@gmail.com  
**Билоголовская Валентина Васильевна** – ГУ «Институт урологии НАМН Украины», 04053, г. Киев, ул. В. Винниченко, 9а

**СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Иремашвили В.В. Новый подход к лечению больных эректильной дисфункцией: постоянный прием ингибиторов фосфодиэстеразы 5 типа / В.В. Иремашвили // Русский Медицинский Журнал. – 2008. – № 16. – С. 620–624.
2. Практическая андрология / Под ред. С.Ю. Калининко, И.А. Тюзикова. – М.: Практическая медицина. – 2009. – 280 с.
3. Урология. Национальное руководство / Под ред. Н.А. Лопаткина. – М.: ГЭОТАР-Медиа. – 2009. – 510 с.
4. A multicenter, randomized, double-blind, crossover study to evaluate patient preference between tadalafil and sildenafil / A. von Keitz, J. Rajfer, S. Segal et al. // Eur Urol. – 2006. – Vol. 45. – P. 499–507.
5. American Urology Association. Erectile Dysfunctions Guidelines Update Panel, June 2007. Chapter 1–10: AUA Guideline on the Management of Erectile Dysfunction: Diagnosis and Treatment Recommendations.
6. Benet A.E. The epidemiology of erectile dysfunction / A.E. Benet, A. Melman // Urol Clin North Am. – 1995. – Vol. 22 (4). – P. 699–709.
7. Claes H. Characteristics and expectations of patients with erectile dysfunction: Results of the SCORED study / H. Claes // Int J Impot Res. – 2008. – Vol. 20. – P. 418–424.
8. Erectile Dysfunction: Monitoring Response to Treatment in Clinical Practice – Recommendations of an International Study Panel / J. Mulhall, S.E. Althof, G.B. Brock et al. // Journal of Sexual Medicine. – 2007. – Vol. 4. – P. 448–464.
9. Grundy S.M. Metabolic syndrome: a multiplex cardiovascular risk factor / S.M. Grundy // J Clin Endocrinol Metab. – 2007. – Vol. 92. – P. 399–404.
10. Mc Murray J.G. Long-term safety and effectiveness of sildenafil citrate in men with erectile dysfunction / J.G. Mc Murray // Ther Clin Risk Manag. – 2007. – Vol. 3. – P. 975–981.
11. Paick Jae-Seung. The Efficacy and Safety of Udenafil, a New Selective Phosphodiesterase Type 5 Inhibitor, in Patients with Erectile Dysfunction / Jae-Seung Paick // J Sex Med. – 2008. – Vol. 5. – P. 946–953.
12. Quality of erections in men treated with flexible-dose sildenafil for erectile dysfunction: multicenter trial with a double-blind, randomized, placebo-controlled phase and an open-label phase / A. Kadioglu, W. Grohmann, A. Depko et al. // J Sex Med. – 2008. – Vol. 5 (3). – P. 726–734.
13. Seftel A.D. A three-part study to investigate the incidence and potential etiologies of tadalafil-associated back pain or myalgia / A.D. Seftel // International Journal of Impotence Research. – 2005. – Vol. 17. – P. 455–461.
14. Taylor J. Differences in side-effect duration and related bother levels between phosphodiesterase type 5 inhibitors / J. Taylor // BJU Int. – 2009. – Vol. 103. – P. 1392–1395.
15. Возіанов О.Ф., Горпинченко І.І. Досвіт застосування віагри в Україні / Сексологія і андрологія. – К., 2000. Вип. 5. – С. 3–5.
16. Горпинченко І.І. Еректильна дисфункція: діагностика і сучасні методи лікування // Здоров'я чоловіка. – 2002. – № 1. – С. 9–11.
17. Горпинченко І.І., Мирошников Я.О. Еректильна дисфункція. – Л.: «Медицина світу». – С. 88
18. Горпинченко І.І. Геронтологічна сексопатологія: Производственное издание. – Здоров'я, 1991. – С. 168.
19. Rosen R.C., Riley A., Wagner G. et al. The International Index of Erectile Function (IIEF): a multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction // Urology. – 1997. – V. 49. – P. 822–830.
20. Бюва Ж. Лікування силденафілом, чотирирічний досвід // Здоров'я чоловіка. – 2002. – № 2. – С. 11–13.
21. Вагнер Г., Грін Р. Імпотенція (фізіологія, психологія, хірургія, діагностика і лікування). – М.: Медицина, 1985. – 240 с.

Статья поступила в редакцию 22.03.2018