

Семінар «MED-Kompass: Курс на інновації. Все про здоров'я чоловіків»

24 березня 2021 року в Києві відбувся онлайн-семінар «MED-Kompass: курс на інновації. Все про здоров'я чоловіків». У рамках роботи семінару з доповіддю, присвяченою андрологічним та сексологічним проблемам чоловіків, виступив професор, доктор медичних наук, головний науковий співробітник відділу сексопатології та андрології ДУ «Інститут урології НАМН України» **Гурженко Юрій Миколайович**.

Він поділився досвідом профілактики та лікування статевих розладів у чоловіків, розповів про особливості порушення статевої функції у пацієнтів із захворюваннями передміхурової залози. Епіграфом до своєї доповіді він використав старовинну народну мудрість, яка вчить, що «Секс – одна з дев'яти причин для реінкарнації. Решта вісім уже не важливі...»

– Шановний Юрію Миколайовичу! Яку роль, на Ваш погляд, відіграють сексуальні відносини в житті людини?

Роль любовно-сексуальних відносин у житті людини надзвичайно важлива. Їхні базові функції – це релаксація статевого напруження та репродуктивна функція. Це характерно не тільки для людей. У людей любовно-сексуальні відносини вважаються способом досягнення чуттєвої насолоди та задоволення статевої пристрасті. Крім того, виділено їхню комунікативну роль як засобу спілкування. Однією з характеристик любовно-сексуальних відносин у чоловіків є факт сексуального самоствердження, що особливо характерно для чоловіків віком понад 40 років, із певним життєвим досвідом. Останнім часом ця роль все більше стає характерною і для жінок. Як метод досягнення несексуальних цілей сексуальні відносини використовують і жінки (проституція), і чоловіки (альфонси). Рушієм сексуальності можуть бути також і недуховні цінності (підтримка певного ритуалу, звички). Ще одна функція любовно-сексуальних відносин у житті людини – заміна відсутніх форм діяльності.

Підсумовуючи важливе значення сексуальності в житті людства, можна згадати слова Антуана де Сент-Екзюпері: «Щастя людини на дев'ять десятих залежить від здоров'я». Якщо його трішечки перефразувати, то можна сказати, що у чоловіка щастя залежить від сексуального здоров'я, тобто коли можливості співпадають з бажаннями!

– А як впливає відсутність сексуальних відносин на здоров'я?

Відсутність сексуальних відносин як у чоловіків, так і у жінок призводить у більшості випадків до таких проявів, як депресія і стрес, зниження імунітету, безсоння, ожиріння, алкоголізм та наркоманія, хвороби серця і судин, патології шкіри. Люди передчасно старіють, у них виникають психологічні, андрологічні та гінекологічні проблеми, гормональний дисбаланс, погіршення лібідо, як наслідок – еректильна дисфункція у чоловіків, що впливає на сексуальні відносини та проявляється кризою в сімейних відносинах.

Загально відомо, що основою сексуальних відносин між людьми є кохання. І лише секс у коханні робить людину щасливою.

– Наскільки важливо мати сексуальні стосунки у важному та похилому віці?

Письмове опитування 1384 чоловіків та жінок та тему «Сексуальність і якість життя», проведеного American Association of Retired Persons у 2004 році, відзначило, що навіть у віці 75 та більше років близько 40% чоловіків та 20% жінок вважають сексуальність за важливу частину свого життя. Люди прагнуть віддаватися коханню, тільки коли вони щасливі.

– Як можна дати визначення поняттю «сексуальне здоров'я»?

Сексуальне життя людини залежить від сексуального здоров'я. ВООЗ (1994) ухвалила таке визначення: «Сексуальне здоров'я для кожної людини, незалежно від віку, є

станом благополуччя у виявленні своєї сексуальності, попередженні небажаної вагітності, профілактиці інфекцій, що передаються статевим шляхом, СНІДу, а також свободи від насильства у статевих відносинах».

У визначенні ВООЗ досить багато негативу, а визначення професора І.І. Горпинченка, на мій погляд, є більш сучасним і позитивним: «Сексуальне здоров'я – це комплекс соматичних, емоційних, інтелектуальних та соціальних аспектів статевого існування людини, що позитивно збагачує особистість, підвищує комунікабельність людини та її здатність до кохання».

– І як виглядає сексуально здоровий чоловік?

Спробуємо описати портрет сексуально здорового чоловіка. У нього повинні бути відсутніми порушення лібідо, еректильної функції, метаболічний синдром, запальні захворювання статевої системи, шкідливі звички (паління, алкоголізм, наркоманія тощо), доброякісна гіперплазія передміхурової залози тощо. Але найголовніша риса цього портрету – наявність поруч здорової коханої жінки (!)

– Які статеві проблеми характерні для українських чоловіків?

У відсотковому значенні сексуальні проблеми українських чоловіків виглядають наступним чином: зменшення сексуального бажання (приблизно 25%); передчасна еякуляція (приблизно 38%); еректильна дисфункція (14–43,5%). Оскільки, як говорять сучасні філософи, «статеві органи – це найчесніша частина тіла...», то і розбіжність відсотку еректильної функції є значною – від 14% у подружжях, де панує кохання, і до 43,5% у тих сім'ях, де немає кохання, взаєморозуміння, взаємоповаги.

– Який взаємозв'язок між хронічним простатитом і сексуальними розладами? Що Ви можете сказати з приводу цього?

Порушенню сексуальної функції у чоловіків з хронічним простатитом було присвячено кандидатську дисертацію мого Вчителя професора Горпинченка Ігоря Івановича, в якій він переконливо продемонстрував, що порушення статевої функції при хронічному простатиті зустрічається у 41% чоловіків, але найбільш поширеною патологією виявилася передчасна еякуляція, з меншою частотою зустрічається еректильна дисфункція. Для клініки хронічного простатиту характерними є триада синдромів: біль, дизурія та сексуальні розлади, серед яких провідне місце посідає передчасна еякуляція та еректильна дисфункція.

– Що таке передчасна еякуляція, які її причини? А головне, яка тривалість статевого акту вважається нормальною?

Відповідно до Міжнародної класифікації хвороб (МКБ-10), передчасною еякуляцією називають стан, коли чоловік не здатний контролювати тривалість статевого акту тією мірою,

яка була б достатня, щоб обидва партнери отримали сексуальне задоволення. Передчасна еякуляція є одним із ускладнень запальних захворювань статевих органів у чоловіків. Від 20% до 30% чоловіків у популяції страждають передчасною еякуляцією, але тільки від 1% до 12% з них звертаються за медичною допомогою.

Причинами даної патології вважаються тривале утримання від сексу або низька частота статевих контактів, дискомфорт під час статевого акту, пов'язаний із занепокоєнням через очікування настання швидкої еякуляції і можливим сексуальним незадоволенням партнерки, психологічна налаштованість на ранню еякуляцію, що формується зазвичай у молодому віці, індивідуальні конституціональні особливості іннервації статевого члена, що визначають підвищену сексуальну чутливість. Для передчасної еякуляції, що обумовлена запальними захворюваннями органів сечостатевої системи, характерні такі ознаки: періоди погіршення чергуються з нормальною тривалістю статевого акту; до виникнення запальних явищ зі статевим життям проблем не було; другий і наступні статеві акти зазвичай є значно тривалішими за перший; вживання алкоголю може пришвидшити перебіг передчасної еякуляції; під час оргазму можливе виникнення болючих відчуттів; спеціальні презервативи і креми з анестетиками малоефективні.

Щодо тривалості статевого акту думки вчених розійшлися. За одним із досліджень у США виявлено, що у чоловіків тривалість статевого акту становить: 1 хв – у 40% чоловіків; 2–6 хв – у 51% та лише 9% чоловіків мають можливість прологнувати статевий акт навіть до 30 хв (!)

У терапії передчасної еякуляції виділяють чотири основні підходи до лікування: місцеве лікування, секс-терапію, фармакотерапію і хірургічне лікування.

Місьцеве лікування та фармакотерапія є лише тимчасовим рішенням даної проблеми, вимагають постійного використання лікарських засобів. Секс-терапія, яка вважається найбільш безпечним методом, має цілу низку недоліків. До основних із них можна віднести тривалу відсутність ефекту та обов'язкову участь у лікуванні статевої партнерки. Хірургічне втручання дозволяє у найкоротші терміни отримати бажаний результат, який не зникне. Позитивним моментом є можливість оцінити ефективність операції до її проведення. З приводу медикаментозної терапії досить згадати про властивості деяких лікарських препаратів (нейролептиків, похідних бензодіазепіну, α -адреноблокаторів) затримувати час настання еякуляції. Про це відомо досить давно, проте їхнє застосування для лікування передчасної еякуляції було неможливим у зв'язку з наявністю виражених побічних реакцій.

На сьогоднішній день медикаментозна терапія передчасної еякуляції набула поширення завдяки появі нових лікарських препаратів із групи антидепресантів – інгібіторів зворотного захоплення серотоніну, що володіють здатністю гальмувати процес еякуляції на тлі відсутності багатьох побічних явищ, наявних у їхніх попередників. Але за наявності запальних явищ необхідною є їхня ліквідація методами індивідуально підбраної терапії (антибактеріальна терапія, НПЗП, α -адреноблокатори, імуномодулятори, гепатопротектори, цитомедина, вітаміни, мікроелементи і зокрема інгібітори ФДЕ 5-го типу для корекції як еректильної дисфункції (ЕД), так і передчасної еякуляції.

– Що Ви можете сказати з приводу еректильної дисфункції?

Еректильна дисфункція – це ... «постійна або тимчасова нездатність досягнути чи зберегти ерекцію, достатню для проведення успішного статевого акту». Актуальність проблеми полягає ще і в тому, що лише близько 8% чоловіків, які страждають на ЕД, звертаються за допомогою і лікуються у лікаря (!)

– А як впливає наявність еректильної дисфункції на чоловіків?

За наявності ЕД у чоловіків страждає якість життя. І не тільки сексуального, а й взагалі. Чоловік з ЕД заперечує або мінімізує свою проблему. Він і собі боїться зізнатися в ній. Чоловік уникає сексуальних відносин, внаслідок чого частота сексуальних відносин знижується до одного разу на тиждень, а то і на місяць. Він лягає спати раніше або пізніше, ніж партнерка, щоб уникнути близькості, у нього зменшується частота обіймів та поцілунків. Чоловік відчуває себе роздратованим, його дратує все. Цей стан негативно впливає на соціальні відносини, а також асоціюється з втратою мужності та знижує самооцінку чоловіка. У нього виникає *vitium cordis*: ЕД – депресія – ЕД.

Крім того, виникає емоційна дистанційованість між партнерами, різко збільшується емоційна незадоволеність одне одним, а перманентна відсутність задоволеності одного з партнерів призводить до депресивних станів. Внаслідок зазначених вище факторів і формується сімейна сексуальна дисгармонія.

– Для повного розуміння стану еректильної дисфункції коротко поясніть поняття «ерекція статевого члена». Які види ерекції бувають?

Ерекція – це підвищення пружності статевого члена, збільшення його в розмірах, що зумовлено збільшенням притоку артеріальної крові до кавернозних тіл та зменшенням відтоку з них венозної крові.

Стан ерекції в організмі чоловіка регулюється різними регуляторними структурами, зокрема це кортикальні, діенцефальні (гіпоталамус, гіпофіз та ін.), спинномозкові (центри на рівні S2–S4), аферентні та еферентні нервові провідники вегетативної та соматичної нервової системи (спинномозкові корінці, статеві нерви, дорсальний нерв статевого члена та ін.), ендокринні (яєчка, наднирники, передміхурова залоза, гіпофіз, щитоподібна залоза та ін.).

Розрізняють наступні види ерекції: адекватна ерекція (виникає в результаті тактильної, візуально-слухової стимуляції чи еротичних фантазій); спонтанна ерекція (виникає сама по собі, незалежно від будь-яких подразників і без участі головного мозку).

– Які причини найчастіше індукують еректильну дисфункцію?

ЕД може бути викликана загалом двома групами причин: психологічними (психогенними) і соматичними (органічними). ЕД зрідка буває викликана чисто психологічними причинами (стреси, депресії, особливості поведінки тощо). Водночас відомо, що більше 80% від усіх випадків розладів ерекції обумовлені будь-якими фізичними (органічними) станами. До них належать: судинні порушення; травми; пошкодження і захворювання спинного мозку; ушкодження, запалення та інші патологічні процеси у підкіркових центрах головного мозку; ушкодження кори головного мозку; гормональні порушення; порушення на генному рівні; аномалії розвитку статевих органів, що перешкоджають здійсненню статевого акту; супутні захворювання, такі, як цукровий діабет 2-го типу, запальні захворювання передміхурової залози (наприклад, кожен третій пацієнт з хронічним простатитом, за даними літератури, має порушення ерекції), психотравмуючі ситуації; неврози; психічні захворювання; порушення внаслідок впливу наркотиків, алкоголю, лікарських препаратів.

Медикаментозно індукована ЕД найчастіше спричинюється наступними групами медикаментів: гіпотензивні препарати (особливо тіазиди і неселективні β -адреноблокатори); антидепресанти; антиандрогени; психотропні та наркотичні засоби тощо.

Сьогодні ще однією з причин розвитку ЕД є нова хвороба – COVID-19. Причиною ЕД при коронавірусній інфекції є порушення кровотоку (COVID-19 зумовлює утворення тромбів); ендотеліальна дисфункція; пригнічення психічного стану, статевого потягу і настрою.

– Які використовують методи діагностики еректильної дисфункції?

Клінічна картина порушення ерекції класична: статевий член живе своїм життям, а чоловік – своїм.

Для діагностики важливе значення мають: правильно зібраний загальний, життєвий та сексологічний анамнез, клініко-психологічна діагностика (інтерв'ю, анкети); міжнародний індекс еректильної функції та його інтегративні показники (Лібідо, Еректильна функція, Почуття задоволеності статевим актом, Загальна задоволеність), ЛВТ-тест, тест із внутрішньокавернозним введенням вазоактивних препаратів; доплерографія; кавернозографія; діагностична біопсія; вивчення біохімічних маркерів ерекції. Також за новими рекомендаціями Європейської асоціації урологів важливе значення мають контроль глюкози крові, статевих гормонів, ліпідів крові та онкомаркерів.

Для діагностики і вивчення ефективності лікування ще використовують такий метод, як шкала градації твердості ерекції по Гольдштейну, що демонструє твердість ерекції, а чим вище задоволеність твердістю ерекції – тим вищим є задоволення статевим життям і взагалі якістю життя.

– Які сучасні методи використовують для лікування еректильної дисфункції?

Метою лікування ЕД є, насамперед, покращення якості життя хворого. Але необхідно пам'ятати про дотримання правил здорового способу життя, основними вимогами якого є дотримання режиму праці і відпочинку, скорочення до мінімуму психоемоційних навантажень, повноцінне збалансоване харчування, наявність фізичних навантажень для профілактики гіподинамії, повноцінний сон, ліквідація шкідливих звичок (зокрема паління, зловживання алкоголем, наркоманія), регулярне статеве життя, адекватна терапія наявних соматичних захворювань тощо.

Терапія ЕД, згідно з рекомендаціями Європейської асоціації урологів 2019 року видання (European Association of Urology, 2019), пункт 3.8 щодо лікування ЕД, з вказівками ступеня достовірності включає такі настанови: «Зміна способу життя та усунення факторів ризику до початку лікування або під час лікування ЕД (ступінь достовірності 1а); коли виявляється виліковна причина ЕД, спочатку потрібно її лікувати (ступінь достовірності 1b Б); інгібітори ФДЕ 5-го типу – це терапія першої лінії. (ступінь достовірності 1a А); некоректне призначення та неправильний прийом пацієнтами терапії є основними причинами відсутності реакції на інгібітори ФДЕ 5-го типу (ступінь достовірності 3 Б). ЛВТ може застосовуватися у пацієнтів зі стабільними стосунками (ступінь достовірності 4 С) – це терапія другої лінії (ступінь достовірності 1b Б). Фалопротезування – це терапія третьої лінії (ступінь достовірності 4 С)».

Аналогічні стандарти ми знаходимо і в рекомендаціях Американської та Канадської андрологічних асоціацій. А де в них індивідуальний підхід? Ми лікуємо не ЕД, а хворого з його особливостями фізичного та психологічного стану.

– Які препарати Ви використовуєте у своїй практиці лікування еректильної дисфункції?

У роботі з такими пацієнтами ми використовуємо наступні основні групи препаратів для медикаментозної те-

рапії ЕД: інгібітори ФДЕ 5-го типу; гормони та антигормональні препарати; артеріо- та венотоніки; стимулятори ЦНС и ПНС; препарати метаболічної терапії, мікроелементи, фітопрепарати. Також застосовуємо комбіновану медикаментозну терапію.

– З яких препаратів, розпочинають стартову терапію еректильної дисфункції?

Препаратами першої лінії для терапії ЕД є інгібітори ФДЕ 5-го типу.

В Україні зареєстровані кілька інгібіторів ФДЕ 5-го типу різних поколінь: силденафіл, варденафіл, тадалафіл, уденафіл, аванафіл. До IV (останнього) покоління відноситься уденафіл – препарат з покращеним фармакологічним профілем та рівнем безпеки.

Відомо, що безпосередніми причинами ЕД є недостатня вазодилатація, зумовлена дефіцитом циклічного гуанінонфосфату (цГМФ); недостатня сприйнятливості судин до цГМФ; недолік компресії пенільних вен, спричинений розростанням сполучної тканини; комбінація перерахованих вище факторів.

– Який механізм їхньої дії?

Механізм дії інгібіторів ФДЕ-5 – пригнічення специфічної ФДЕ-5. Фізіологічний механізм ерекції статевого члена передбачає вивільнення NO в кавернозному тілі виключно при сексуальній стимуляції. Оксид азоту активує фермент гуанілатциклазу, що призводить до підвищення рівня цГМФ, розслаблення гладких м'язів кавернозного тіла і посилення кровотоку у статевому члені. ІФДЕ-5 потенціюють міорелаксуючий ефект NO шляхом конкурентного пригнічення ферментної деградації циклічних нуклеотидів.

Еректильна функція – це складний комплексний біохімічний механізм, що складається з декількох етапів. Початковий етап – сексуальне збудження візуальне, тактильне, нюхове, психологічне. Це порушення стимулює виділення під впливом парасимпатичної нервової системи з неадренергічних нехолінергічних кавернозних нервових закінчень ацетилхоліну. Ацетилхолін стимулює вивільнення NO з ендотеліальних клітин кавернозних тіл статевого члена.

Наступний етап – NO з ендотеліальних клітин дифундує через мембрани гладком'язових клітин пенільних артерій і в спіральних артеріях кавернозних тіл з'єднується з розчинною гуанілатциклазою, яка перетворює гуанітрифосфат у цГМФ. Потім цГМФ підсилює проникність іонних каналів, що призводить до гіперполяризації і зниження надходження іонізованого кальцію Ca⁺⁺ через клітинну мембрану. Концентрація внутрішньоклітинного Ca⁺⁺ зменшується, що призводить до зниження тону м'язу гладкої мускулатури спіральних артерій статевого члена. Так виникає ерекція з точки зору біохімічних змін в ендотелії кавернозної тканини.

цГМФ-фосфодіестераза перетворює цГМФ у гуанітрифосфат. ІФДЕ-5 є домінуючою формою фосфодіестерази в гладком'язових клітинах ендотелію судин кавернозних тіл. Інактивація цГМФ призводить до зникнення ерекції. Отже, пригнічення активності ФДЕ-5 призводить до підвищення рівня цГМФ у кавернозній тканині і тим самим сприяє індукуванню і підтриманню ерекції.

Виходячи із зазначеного вище, ІФДЕ-5 не мають прямої релаксуючої дії на клітини гладеньких м'язів ендотелію кавернозних тіл статевого члена, а діють шляхом посилення фізіологічної еректильної відповіді на збільшення концентрації NO і тільки за наявності сексуального збудження у чоловіка. Тільки психогенна і/або рефлексогенні стимуляція викликає деполіаризацію кавернозного нерва і через nCOA призводить до вивільнення NO у синапс. Це викликає релаксацію і зру-



шення гладком'язових клітин, досягнутий ефект пролонгується передачею додаткової кількості NO з ендотеліальних клітин.

Наведене вище демонструє провідну роль функції ендотелію у фізіології ерекції, не дивно, що пошкодження ендотеліальних клітин може стати причиною ЕД. Низка чинників, що негативно впливають на судинну систему, можуть викликати оксидативний стрес, що ушкоджує ендотеліальні клітини, приводячи до розвитку ЕД. Такі фактори, включаючи діабет, тютюнопаління, артеріальну гіпертензію і дисліпідемію, підкреслюють природу ЕД як судинного захворювання.

– Розкажіть, будь-ласка, про побічні ефекти лікування еректильної дисфункції препаратами інгібіторів ФДЕ-5?

Інгібітори фосфодіестерази 5-го типу розслаблюють гладеньку мускулатуру через дію на специфічні ферменти – фосфодіестерази, кожна з груп міститься в різних тканинах і органах. У літературі описано більше 15 ізоензимів фосфодіестерази, що виробляються у багатьох органах і тканинах: ФДЕ-6 – у сітківці ока, ФДЕ-11 – у м'язовій тканині, ФДЕ-1, ФДЕ-2, ФДЕ-3 і ФДЕ-4 – у серці, головному мозку, кровоносних судинах, печінці й інших органах.

Розвиток побічних реакцій ІФДЕ-5 пов'язаний з їхньою спільною дією не тільки на тканини статевого члена, але і на тканини інших органів (міокард, легені, органи зору, судини тощо). До побічних ефектів належать: міалгія (біль у м'язах спини), порушення чіткості зору та кольоросприйняття, приливи, головний біль, гіперемія обличчя, нудота, діарея, диспепсія, порушення функції серцево-судинної системи. Але, зауважу, з появою нових поколінь інгібіторів ФДЕ-5 рівень побічних ефектів почав знижуватися завдяки селективній (вибірковій) дії і відсутності або мінімізації впливу на ФДЕ, що містяться в інших органах. Це робить принцип вибору адекватної терапії ЕД для лікарів більш швидким, ефективним та безпечним, навіть для пацієнтів із супутніми захворюваннями.

Розглянемо уденафіл – «Діє там, де це необхідно». Він не проявляє інгібуючої дії до ФДЕ-11, тобто взагалі не спричиняє випадки міалгії, болю у попереку і проявів тестікулярної

токсичності. До ФДЕ-6 інгібуюча дія уденафілу є мінімальною (у 700 разів меншою ніж до ФДЕ-5), що зменшує вплив на зміну кольоросприйняття, слъзотечу та інші процеси у сітківці ока. Уденафіл майже не інгібує ФДЕ-1, ФДЕ-2, ФДЕ-3 і ФДЕ-4 (у 10 000 разів меншою ніж до ФДЕ-5), тобто чинить мінімальний вплив на серце, головний мозок, кровоносні судини, печінку та інших органи на відміну від представників ІФДЕ-5 попередніх поколінь.

– Розкажіть, будь-ласка, більше про препарати інгібіторів ФДЕ-5 останніх поколінь, які Ви використовуєте у своїй практиці?

Одним із препаратів ІФДЕ-5 останнього покоління є препарат Зидена. Це оригінальний високоселективний ІФДЕ-5 для лікування еректильної дисфункції у чоловіків, з оптимальною тривалістю ефекту (24 год) і високим профілем безпеки. Біодоступність препарату Зидена становить 93,9%. Максимальна концентрація у крові (C_{max}) настає через 30–90 хв, а період напіввиведення (T_{1/2}) – 12 год.

Активний компонент препарату Зидена – молекула «уденафіл» (Udenafil) – селективний зворотній інгібітор циклічного гуанозинмонофосфату (цГМФ) – специфічної діестерази 5-го типу (ФДЕ-5) IV покоління.

Селективність його дії вирізняє цей інгібітор ФДЕ-5 з-поміж інших, особливо у тих випадках, коли для пацієнта рівень безпеки виходить на перше місце.

Відмітна особливість молекули Уденафілу від інших інгібіторів фосфодіестерази-5 – більш сприятливий фармакокінетичний профіль, високий рівень безпеки, включаючи швидке засвоєння і тривалий термін дії.

– Які переваги препарату Зидена Ви можете відзначити?

- Препарат Зидена є селективним інгібітором ФДЕ 5-го типу останнього покоління, ефективність якого не залежить від вживання алкоголю та їжі.
- Зидена має мінімальну кількість побічних реакцій (частота і вираженість побічних ефектів у кілька разів нижче, ніж у інших ІФДЕ-5) за рахунок селек-

тивної дії, що дозволяє призначати її широкому колу пацієнтів, навіть із супутніми захворюваннями.

- При використанні препарату Зидена не потрібно «титрування» дози у пацієнтів із супутніми захворюваннями і у літніх людей.
- Молекула Зидени проявляє ефективність через 30 хв після застосування препарату. Активність препарату проявляється тільки за умови сексуального збудження.
- Тривалість дії Зидена є оптимальною і становить 24 год, що є зручним для пацієнтів – 1 таблетка на добу.
- Зидена – єдина таблетка ІФДЕ-5, яку можна ділити на частини.
- При застосуванні Зидена пацієнт не обмежує себе в прийомі будь-якої їжі та алкоголю.

– Розкажіть, будь-ласка, якими дослідженнями було продемонстровано ефективність використання препарату Зидена?

Ефективність та безпечність Зидени була доведена клінічними дослідженнями за участю 5237 пацієнтів з Республіки Корея, США та країн Кавказу. У роботі «Ефективність та безпечність застосування уденафіла як нового селективного ІФДЕ-5 у пацієнтів з еректильною дисфункцією» (J Sex Med. Jae-Seung Paick et al, J Sex Med 2008;5:946-953) продемонстровано значуще покращення еректильної функції в режимі застосування препарату «за потребою» при дозі 100 мг у 81,5% пацієнтів; а при дозі 200 мг – у 88,5%. У тому самому дослідженні було продемонстровано переваги використання препарату Зидена порівняно з варденафілом та тадалафілом за показниками SEP2 (успішне введення статевого члена у піхву); SEP3 (вдалий статевий акт) та GAQ (загальна оцінка) на 5–10%.

Використання препарату Зидена у хворих на цукровий діабет продемонструвало його ефективність при дозі 100 мг у 65,5% пацієнтів; а при дозі 200 мг – у 83,9% (плацебо – у 30,9%). У 158 пацієнтів з артеріальною гіпертензією результати клінічних досліджень демонструють високий відсоток покращення еректильної функції у пацієнтів з ЕД на тлі за-

стосування антигіпертензивної терапії навіть на фоні вживання трьох антигіпертензивних препаратів без значущих змін стану пацієнтів.

За даними дослідження нашого інституту ефективності використання препарату Зидена у комплексному лікуванні еректильної дисфункції у чоловіків, проведеного під керівництвом професора І.І. Горпинченка, використання препарату Зидена у вигляді монотерапії дозволяє покращити еректильну функцію у 98% пацієнтів.

– Розкажіть, будь-ласка, які ще переваги можна чекати від застосування препарату Зидена?

На мій погляд, можна підкреслити деякі незадекларовані бонуси від Зидени: зменшення тривалості рефрактерного періоду статевого акту; збільшення тривалості статевого акту; збільшення статевої активності; збільшення частоти статевого життя; збільшення задоволеності статевим життям, збільшення показників якості життя.

– Як виглядає пацієнт, якому необхідний препарат Зидена?

Я б розподілив пацієнтів на дві групи:

1-а група – усі чоловіки з ЕД, особливо люди похилого віку, в яких можуть бути різноманітні соматичні патології, чоловіки з ознаками ожиріння, цукровим діабетом (1-го і 2-го типу), з артеріальною гіпертензією, які не задоволені використанням інших ІФДЕ-5.

2-а група – молоді чоловіки з першими проявами ЕД, які ведуть вільний спосіб життя, цінують бренди, яким важливо не обмежувати себе перед статевим актом ні в їжі, ні в алкогольних напоях, яким важливі додаткові сексуальні експерименти та нові еротичні відчуття.

Усі вони хочуть якісної, швидкої, безпечної та тривалої ерекції, ведуть активний спосіб життя та цінують свободу сексуального життя і можливість відтворювати природно сексуальну поведінку.

Цих чоловіків об'єднує потреба у впевненості в собі та в майбутньому статевому акті, психологічному та фізичному комфорті, що з насолодою їм дарує препарат Зидена.