

© Коллектив авторов, 2014
УДК 616.69-008.1-085:615.256.2

А. И. Федорова¹
докт. мед. наук

М. В. Екимов¹
канд. мед. наук

С. В. Выходцев¹
канд. мед. наук

А. В. Лукьянов²
канд. мед. наук

¹ Северо-Западная государственная медицинская академия им. И. И. Мечникова, Санкт-Петербург

² Областная клиническая больница, Санкт-Петербург

Биопсихосоциальная модель как путь преодоления неудач терапии ингибиторами фосфодиэстеразы 5-го типа при нарушениях эрекции

Симптоматическое назначение ингибиторов фосфодиэстеразы 5-го типа (ИФДЭ-5) при нарушениях эрекции без учета всех ее патогенетических механизмов не позволяет достичь необходимой эффективности терапии и приверженности к ней. Биопсихосоциальный подход может восполнить недостатки использования одной лишь фармакотерапии. Исследованы 45 мужчин 19–67 лет, обратившихся к сексологу по поводу нарушения эрекции после неэффективного или неудовлетворительного использования ИФДЭ-5. Проводили углубленное сексологическое обследование, при необходимости — урологическое, неврологическое и эндокринологическое. На основе сексологических алгоритмов обследования выявлены многофакторные патогенетические механизмы торпидной к фармакотерапии эректильной дисфункции. Дифференцированная интегративная терапия позволила достичь удовлетворительного сексуального функционирования в 88 % случаев. Повышение эффективности терапии ИФДЭ-5 при эректильной дисфункции и приверженности к ней требуют сексологического консультирования перед назначением препарата. Отсутствие эффекта от приема ИФДЭ-5 является показанием для углубленного сексологического обследования и интегративной терапии. Высокая эффективность интегративной терапии эректильной дисфункции, основанной на биопсихосоциальном подходе, позволяет рекомендовать ее для практического использования.

Ключевые слова: эректильная дисфункция, ингибиторы фосфодиэстеразы 5-го типа, биопсихосоциальный подход, качество половой жизни

В последние десятилетия использование ингибиторов фосфодиэстеразы 5-го типа (ИФДЭ-5) в терапии нарушений эрекции получило широкое признание и во многом изменило сексологическую практику. Их высокая эффективность доказана при широком спектре эректильной дисфункции (ЭД), не только соматогенной, но и психогенной и, естественно, смешанной. ИФДЭ-5 продемонстрировали простоту и удобство использования, безопасность, возможность гибкого выбора препарата в зависимости от целого ряда условий. Общеизвестно, что они являются препаратами первой линии при лечении ЭД в рамках оказания медицинской помощи врачами-урологами и смежными специалистами [1, 2]. Маркетинговые стратегии позиционируют ИФДЭ-5 как симптоматические средства для коррекции ЭД без выяснения конкретных пато-

генетических механизмов сексуального расстройства. Это, безусловно, является привлекательным как для клиницистов, не имеющих достаточного времени для понимания широкой картины сексуальной проблематики пациента, так и для самих пациентов, желающих быстрых и не требующих усилий решений своих жизненных проблем. Более того, немало пациентов самостоятельно используют препараты ИФДЭ-5, покупая их в аптеке и не консультируясь с врачом.

Несмотря на высокую эффективность, врачебная практика показала, что ИФДЭ-5 не оправдали всех возложенных на них надежд. Широкие исследования продемонстрировали при «симптоматическом» подходе к их назначению стандартное отсутствие эффекта приблизительно у 1/3 пациентов (с колебаниями в ту или иную сторону в зависимости от контингента обследуемых, специализации врача и т. д.). Кроме того, даже при эффективности ИФДЭ-5, доля пациентов, которые прекращают их прием, может достигать до 50 % [1]. Это говорит о том, что приверженность к лечению ИФДЭ-5 не на-

Анна Игоревна Федорова
e-mail: feanna@inbox.ru

столько высока, как можно было бы ожидать, исходя из удобства их применения, безопасности и эффективности.

Изучению этого феномена, к сожалению, не уделено достаточно внимания в научных исследованиях. Основное внимание при изучении причин неэффективности ИФДЭ-5 обращается на стиль жизни (курение, избыточная масса тела), нарушения инструкции при приеме препарата, эффекты сопутствующей терапии, неадекватную сексуальную стимуляцию или отсутствие адекватной сексуальной стимуляции [2, 3]. В некоторых исследованиях сообщается о большей эффективности одного класса ИФДЭ-5 в сравнении с другими, в частности о большей эффективности ежедневного приема тадалафила [4]. Обращается внимание на необходимость в ряде случаев сочетанного использования заместительной андрогенной терапии при андрогенном дефиците [5]. Некоторые исследователи указывают на возможность прогрессивного развития сосудистых и неврологических поражений, лежащих в основе ЭД, при которых целесообразнее использовать такие методы, как интракавернозное и интрауретральное введение вазоактивных веществ, вакуум-терапию [2].

В то же время, предрасполагающим, поддерживающим, усугубляющим и сопутствующим факторам, связанным с сексуальными дисфункциями, часто не уделяется должного внимания. Они же могут иметь важнейшее значение в недостаточной эффективности фармакотерапии ЭД. В ряде исследований указывается на важность психосоциальных факторов, ассоциированных с ЭД, их квалифицированной оценки и терапии [6, 7].

Отмечено, что у мужчин старше 45 лет сексуальное функционирование в большей степени зависит от психологических факторов и партнерских взаимоотношений, чем от функционирования сосудистой, нервной или эндокринной систем. Все эти системы с возрастом начинают работать менее эффективно, и тогда психологические факторы и взаимоотношения выходят на первый план [1]. Восстановление эректильной функции при общей неудовлетворенности половой жизнью на фоне партнерских конфликтов, отсутствия интимности и общей дисгармонии сексуальных отношений, возможно, и влияет на прекращение терапии.

Сложившаяся ситуация определяет наметившуюся тенденцию возврата к биопсихосоциальной модели сексуальных расстройств после увлечения их медикализацией. Биопсихосоци-

альная модель рассматривает биологические, психологические и социальные факторы как взаимодействующие и тесно переплетающиеся. Она подчеркивает роль психологических факторов, сложных колебаний партнерских взаимоотношений, жизненного стиля в возникновении и поддержании сексуальных дисфункций. С ее помощью легко объяснимы неудачи только фармакотерапии при ЭД, поскольку игнорируется вклад психосоциальных факторов в структуру расстройства. Наивно надеяться, что эти психосоциальные аспекты будут поддаваться даже мощному напору эффективной фармакотерапии.

В последние годы появилось много исследований, упоминающих и выделяющих биопсихосоциальную модель в качестве необходимой для работы с сексуальными дисфункциями [1, 2, 8]. Отдельные немногочисленные работы посвящены сравнительной оценке эффективности фармакотерапевтического, психотерапевтического лечения ЭД и интегративной терапии с элементами психотерапевтического подхода и сексологического консультирования. Авторы демонстрируют большую эффективность интегративной терапии (81 % в сравнении с 60 % при психогенных дисфункциях) [9], большую удовлетворенность ею и большую приверженность [10].

К сожалению, недостаточно работ, посвященных конкретным терапевтическим алгоритмам на основе биопсихосоциального подхода и демонстрирующих доказательную базу более высокой его эффективности. Зарубежные исследователи отмечают нерешенность проблемы практических, организационных аспектов реализации этого подхода в рутинной врачебной практике. Кем, в каком объеме и в какой последовательности в каждом конкретном случае должны реализовываться разные компоненты этого подхода? Должен ли это быть один специалист или несколько? Если несколько, то обязательно ли они должны быть объединены в команду? Какой из вариантов и терапевтических алгоритмов будет наиболее эффективным с позиции доказательной медицины? [1, 8].

Наличие в России сексологической службы, являющейся специфической структурой, которая использует мультидисциплинарный подход к ЭД, интегративность, как основная терапевтическая стратегия работы, создают возможность гибкого подхода. Эффективность такого подхода мы и пытались оценить в рамках нашего исследования. Его цель — изучение причин неэффективности ИФДЭ-5 и отказа от их приема

у мужчин с ЭД на основе биопсихосоциальной модели и оценка эффективности интегративного сексологического подхода к этим пациентам.

Материалы и методы

Проведено исследование 45 мужчин 19–67 лет, обратившихся к сексологу по поводу нарушения эрекции. Все они уже использовали ИФДЭ-5 и прекратили их прием в связи с неэффективностью или неудовлетворенностью данным методом лечения не позже, чем через 3 мес после начала терапии. Среди них 9 человек принимали препараты самостоятельно без консультации с врачом, а остальные 36 — по назначению врача. Диагноз ЭД ставили на основании жалоб пациента на невозможность или затруднения проведения полового акта из-за недостаточной эрекции. Всем обратившимся проводили углубленное сексологическое обследование, включавшее изучение сексуального анамнеза, в том числе особенностей психосексуального развития, характера партнерских отношений, анализировались ожидания пациента, его мотивация к лечению, исследовался психический статус. При необходимости проводили урологическое, неврологическое и эндокринологическое обследование.

Результаты и обсуждение

Все обследованные были разделены на две группы. В 1-ю группу вошли 16 (35,6 %) мужчин с жалобами на отсутствие эффекта или недостаточную эрекцию при приеме ИФДЭ-5. После обследования выяснилось, что у 1 (6,3 %) из них имелась диабетическая нейропатия, у 5 (31,3 %) — депрессивные и тревожно-депрессивные расстройства и у 4 (25,0 %) — возрастная андрогенный дефицит (уровень общего тестостерона < 8 нмоль/л). Все эти 10 мужчин отмечали не только невозможность или значительные затруднения при половом акте, но и слабость эрекции при попытках мастурбации. За исключением двух пациентов с депрессивным расстройством, все они были старше 52 лет. Среди молодых пациентов этой группы неэффективность приема ИФДЭ-5 была связана с разными нестандартными сексуальными предпочтениями и неосознаваемыми нереализуемыми паттернами сексуального возбуждения (6 мужчин — 37,5 %). В основном, это были дебютантные сексуальные дисфункции при отсутствии достаточного опыта адекватной половой жизни с постоянной партнершей и чаще при отсутствии постоянной партнерши. Среди них не-

адекватные мастурбаторные предпочтения отмечены в трех случаях и неадекватные сценарные паттерны — в двух случаях. Невозможность реализовать эти предпочтения в партнерском взаимодействии блокировало сексуальный ответ на реальную сексуальную ситуацию и приводило к отсутствию эрекции или к ее угасанию в процессе полового акта. При мастурбации эрекция обычно была достаточной. В одном случае имел место неосознаваемый и непринимаемый пациентом краевой транссексуализм.

Во 2-ю группу вошли 29 (64,4 %) мужчин, обратившихся за сексологической помощью после прекращения приема ИФДЭ-5, несмотря на его относительную эффективность в отношении эректильной функции. Среди них 4 (13,8 %) мужчин опасались формирования зависимости, негативных последствий для здоровья и последующей сексуальной функции: трое из них принимали препарат самостоятельно, а один — по назначению врача. 2 (6,9 %) мужчин отказались от длительного использования ИФДЭ-5 из-за их высокой стоимости и хотели получить более дешевое средство. Еще 2 (6,9 %) мужчинам были назначены неадекватно высокие дозы препарата и у них наблюдались достаточно выраженные побочные эффекты, указанные в аннотациях (нарушение цветоощущения, боли в спине), что и заставило их отказаться от приема препарата.

У 7 (24,1 %) мужчин старше 45 лет на фоне ежедневного приема тадалафила в дозе 5 мг появились спонтанные утренние эрекции или адекватные эрекции при мастурбации. Однако они не смогли возобновить партнерские сексуальные отношения по ряду психологических причин (нерешительность, изменение характера партнерских отношений на фоне длительной абстиненции, конфликтные отношения, отсутствие сексуальной стимуляции, незаинтересованность партнерши, ее неправильное поведение, отсутствие постоянной партнерши). Возможно, в некоторых случаях имел значение недостаток сексуального влечения к партнерше — необходимого фактора эффективности ИФДЭ-5 при половом контакте. Среди этих мужчин у трех были умеренные признаки андрогенного дефицита, а у пяти — невротические депрессивные и тревожно-депрессивные состояния легкой степени, личностные расстройства.

Остальные 14 (48,3 %) мужчин возобновили сексуальные отношения на короткое время, но затем вновь прекратили их из-за неудовлетворенности психологическими аспектами (невы-

сокая мотивация, необходимость изменения привычного сексуального сценария, ощущение «искусственности», недовольство партнерши, отсутствие поддержки с ее стороны, низкое качество других аспектов сексуальных отношений, конфликтные отношения). Стоит отметить среди них трех мужчин до 30 лет с психогенным, обусловленным партнерским фактором, нарушением эрекции. Прием ИФДЭ-5 дал им возможность успешного проведения полового акта, но глубокие межличностные конфликты в партнерской паре, недостаток чувств, несексуальный стереотип взаимоотношений снизили мотивацию к продолжению их использования.

Для некоторых пациентов использование ИФДЭ-5 явилось своего рода терапевтической пробой, вскрывшей внутриличностные и партнерские проблемы, маскируемые прежде сексуальным расстройством (недостаток чувств, подавленный гнев, проблемы власти и контроля). Часть мужчин имели нереалистичные ожидания в отношении приема ИФДЭ-5. В частности, они думали, что восстановление эрекции сделает половую жизнь более частой, повысит мотивацию партнерши и ее сексуальное желание, сделает их более успешными и любимыми, восстановит нарушенные партнерские отношения. Когда этого не происходило, они разочаровывались в эффективности препарата и прекращали его прием.

Проводимая пациентам терапия имела интегративный характер: использовались как этиопатогенетические (каузальные) методы (воздействие на причинные факторы), так и симптоматические (устранение выраженности симптома, в первую очередь за счет ИФДЭ-5) в разных сочетаниях в зависимости от структуры ЭД. Для исследуемых пациентов каузальные методы были представлены заместительной гормональной терапией (при возрастном андрогенном дефиците), антидепрессантами с минимальным влиянием на сексуальную функцию (при тревожно-депрессивных расстройствах) и, в основном, специфическими сексологическими мероприятиями (психотерапевтическими, сексотерапевтическими, адаптационными в партнерской паре и супружеской терапией) при психогенной и смешанной ЭД. Назначение ИФДЭ-5 было, как правило, нецелесообразным у мужчин с нарушениями эрекции вследствие нестандартных сексуальных предпочтений и глубоких партнерских конфликтов.

Для некоторых пациентов достаточным оказалось одноразовое сексологическое консульти-

рование с подробным разъяснением механизма действия препарата, его безопасности, условий эффективного использования, обсуждением факторов, негативно влияющих на сексуальность, значимости эмоционального состояния и успешного партнерского взаимодействия для удовлетворенности половыми отношениями. Оно помогло им сформировать более реалистичные и позитивные ожидания, вместо ожидания автоматических и спонтанных эрекции, с большим вниманием отнестись к контекстным аспектам сексуального взаимодействия. Большинство этих пациентов имели удовлетворительные партнерские отношения, партнерскую поддержку. Подобное консультирование необходимо и возможно в рамках приема врача соматического профиля (уролога, в частности). Оно повысит эффективность ИФДЭ-5 и приверженность терапии при неглубоких психогенных наслоениях, неизбежно сопровождающих личностно-значимые сексуальные расстройства.

Пациенты с более глубокими внутриличностными и партнерскими проблемами, длительной сексуальной абстиненцией, выраженными аффективными переживаниями по этому поводу нуждались в более продолжительном сексологическом лечении. С ними обсуждали партнерские отношения, прорабатывали невротические конфликты, при необходимости и возможности привлекали к работе партнерш, использовали методики супружеской и сексуальной терапии, направленные на восстановление удовлетворяющего обоих партнеров сексуального взаимодействия. Одна фармакотерапия даже при адекватном сексуальном консультировании не может преодолеть тормозящего влияния выраженных психологических факторов.

Наиболее трудной и длительной была терапия при глубоких партнерских конфликтах и нарушениях психосексуального развития, приведших к несоответствующим реальному партнерскому взаимодействию сексуальным предпочтениям.

Проводимая дифференцированная интегративная терапия позволила достичь удовлетворительного сексуального функционирования в 88,9 % случаев, что демонстрирует ее высокую эффективность.

Биопсихосоциальный подход фиксирует внимание врача не только на соматических компонентах нарушений эрекции, но и на сложной структуре психоэмоционального контекста сексуальных отношений: сексуальных ожиданиях, особенностях индивидуальных сексуальных

предпочтений, партнерских взаимоотношениях, привычных сексуальных сценариях и др. Необходимым компонентом является оценка множественных механизмов, задействованных в патогенезе ЭД, для выбора терапевтических методов.

Повышение эффективности терапии ИФДЭ-5 при ЭД и приверженности к ней требуют:

- сексологического консультирования перед назначением препарата;
- выявления психосоциальных факторов, препятствующих реализации эффекта препарата (длительный период сексуальной абстиненции,

дебютантные сексуальные расстройства и отсутствие адекватного опыта партнерских отношений, конфликтные и отчужденные партнерские отношения, различная мотивация сексуальных партнеров и другие), и их учет при сексологическом консультировании

Отсутствие эффекта от приема ИФДЭ-5 является показанием для углубленного сексологического обследования и интегративной терапии эректильной дисфункции. Высокая эффективность интегративной терапии, основанной на биопсихосоциальном подходе, позволяет рекомендовать ее для практического использования.

Литература

1. *Althof S. E.* Sexual therapy in the age of pharmacotherapy // *Ann. Rev. Sex. Res.* 2006. Vol. 17. P. 116–131.
2. *Chung E.* Failure of PDE5 Inhibitor Use: A Case of Nonresponder? (CME) // *J. sex. Med.* 2010. Vol. 7. P. 1321–1323.
3. *Carson C. C., Lue T.* Phosphodiesterase type 5 inhibitors for erectile dysfunction // *BJU Int.* 2005. Vol. 96. P. 256–280.
4. *McMahon C.* Efficacy and safety of daily tadalafil in men with erectile dysfunction previously unresponsive to on-demand tadalafil // *J. sex. Med.* 2004. Vol. 1. P. 292–300.
5. *Shabsigh R., Kaufman J. M., Steidle C., Padma-Nathan H.* Randomized study of testosterone gel as adjunctive therapy to sildenafil in hypogonadal men with erectile dysfunction who do not respond to sildenafil alone // *J. Urol.* 2008. Vol. 179 (Suppl. 5). S97–102.
6. *Boddi V., Fisher A. D., Maseroli E. et al.* Lack of sexual privacy affects psychological and marital domains of male sexual dysfunction // *J. sex. Med.* 2014. Vol. 11. P. 431–438.
7. *McCabe M. P., Althof S. E.* A systematic review of the psychosocial outcomes associated with erectile dysfunction: Does the impact of erectile dysfunction extend beyond a man's inability to have sex? // *J. sex. Med.* 2014. Vol. 11. P. 347–363.
8. *Berry M. D., Berry P. D.* Contemporary treatment of sexual dysfunction: Reexamining the biopsychosocial model // *J. sex. Med.* 2013. Vol. 10. P. 2627–2643.
9. *Wyllie K. R., Hullam-Jones R., Walters S.* The potential benefit of vacuum devices segmenting psychosexual therapy for erectile dysfunction: RST // *J. sex. Marital Ther.* 2003. Vol. 29. P. 227–242.
10. *Titta M., Tavolini I., Dal Moro F., Cisternino A.* Pierfrancesco b. Sexual counseling improved erectile rehabilitation after non-nerved sparing radical retro-pubic prostatectomy or cystectomy: Results of a randomized prospective study // *J. sex. Med.* 2006. Vol. 3. P. 267–273.

A. I. Fedorova¹, M. V. Ekimov¹, S. V. Vykhodtsev¹, A. V. Lukyanov²

¹North-Western State Medical University named after I. I. Mechnikov, St. Petersburg

²Regional Hospital, St. Petersburg

Biopsychosocial model as a way to overcome the failure of erectile dysfunction treatment with phosphodiesterase type 5 inhibitors

Symptomatic prescription of phosphodiesterase type 5 inhibitors in the treatment of erectile dysfunction (ED) without uncovering its pathogenic mechanisms doesn't allow to achieve adequate therapeutic effectiveness and adherence. Biopsychosocial model of treatment could make up for the failure of pharmacotherapy as a stand-alone treatment. 45 men with ED aged from 19 to 67 who addressed a sexologist after non-effective or unsatisfactory PDE5 inhibitors pharmacotherapy were investigated. Thorough sexological examinations, including urological, neurological and endocrinological investigations if needed were carried out. Multifactorial pathogenic mechanisms of uncured ED were revealed based on the algorithms of sexological investigation. Differential combined therapy was effective in 88% cases. The improvement of pharmacotherapy of ED and adherence to it needs previous sexual consulting. Men who didn't have good results from PDE-5 inhibitors treatment need thorough sexual examination and combined therapy. Combined therapy of ED, based on biopsychosocial approach ensures effective treatment results so it may be recommended for applied medicine.

Key words: *erectile dysfunction, phosphodiesterase 5 inhibitor, biopsychosocial approach, quality of sexual life*