

РЕШЕНИЕ И ЗА ДВАМАТА

Доц. Филип Куманов

СБАЛЕНГ "Акад. Ив. Пенчев", София

Отношението към сексуалността в човешката история е търпяло различни метаморфози в зависимост от религиозните разбирания и ценностите на различните общества. В древноегипетската култура на сексуалното задоволяване на жените е било отделяно голямо внимание. И в Средновековието удоволствието на жената е издигано в култ, тъй като се е мислило, че то е свързано с плодovitостта. Смятало се, че без оргазъм не може да се осъществи еякулация на "женското семе" и няма да настъпи зачеване. Следователно от жените се очаквало да получават удоволствие от секса. Обичайно било в литературата да се посочва, че жените по природа са по-сладострастни и ненаситни в сексуалните си апетити, отколкото мъжете, и че могат да изтощят мъжа със своята ненаситност.

Католицизмът и неговите догми налагат целомъдрието като модел на поведение. Тома Аквински проповядва идеята за греховността на сексуалния живот. Църковната теза постулира, че никои полов акт не може да бъде безгрешен. Едва в епохата на Ренесанса се възвръща положителното отношение към интимността, любовта и сексуалната наслада. Изразява се обаче, повече или по-малко открито, тревога от мъжката сексуална несигурност. От чисто медицински проблем половата слабост се превръща в обект на литературата и правото. Докато Шекспир възкликва: "Не е ли чудно, че искането надживява с толкоз години моженето?", Гражданският кодекс (Code Civil) на Наполеон позволява развод в три случая: посегателство на живота, изневяра и импотенция.

Разделението на сексуалността (и нарушенията в нея) при двата пола, както и диференцираното ѝ изучаване, поставят жената в сянка. Дори Фройд приема, че психологията никога няма да разреши загадката на женствеността. Той нарича женската сексуалност "тъмният континент", който вероятно никога няма да бъде изучен изцяло. Много години по-късно качественият скок в разбирането на тази проблематика идва с концепцията на Masters и Johnson за еректилната дисфункция като проблем не само на мъжа, а на двамата партньори, на двойката. Те трябва да решават проблема заедно, тъй като симптомите на импотентността измъчват и двамата.

Различни изследвания са посветени на отражението на еректилната дисфункция (ЕД) върху сексуалното здраве на мъжа и неговата партньорка. Проучването FEMALES (Female Experience of Men's Attitudes to Life Events and Sexuality) е осъществено сред 283 партньорки на мъже с ЕД. Резултатите показват, че сексуалните изживявания на жените, свързани с желание, възбуда, оргазъм и удовлетворение от сексуалните отношения, са дълбоко негативно засегнати от еректилната дисфункция на техните партньори. Установено е също така, че удовлетвореността от сексуалните взаимоотношения при жените спада от 85% на 45% след възникване на еректилни нарушения при мъжете.

В патогенезата на еректилната дисфункция, също както и на съдовите заболявания, централно място заема оксидативният стрес. Той възниква вследствие на тютюнопушенето, захарния диабет, хипертонията, дислипидемията и т.н. В резултат се уврежда съдовият ендотел. Комплексните последици от ендотелната

дисфункция са вазоконстрикцията, атеросклеротичните промени, склонността към тромбози и съответно еректилната дисфункция и/или засягане на сърцето и съдовете. Този патофизиологичен механизъм определя ролята на ЕД като ранен показател, дори предвестник за сърдечно-съдови увреждания и съответно като барометър на мъжкото здраве. Тридесет и шест на сто от мъжете с ЕД съобщават за артериална хипертония, докато само 19% от здравите имат повишено кръвно налягане, 17% от мъжете с ЕД страдат от ИБС, 29% са с висок холестерол, 14% са диабетици, а 25% се оплакват от депресия. Съответните проценти за здравите мъже са значително по-ниски: 7% - ИБС; 16% - хиперхолестеролемия; 4% - захарен диабет от тип 2, а 13 % имат депресия. Изследванията показват още, че честотата на ЕД е средно 16%, като само половината от засегнатите в различните възрастови групи търсят лечение. Прегвид негативните последици от ЕД следва да се увеличи броят на мъжете, търсещи медицинска помощ за това нарушение. Необходимо е, обаче, използване на препарати, които да отговарят тахимально на нуждите на двойката.

Проучванията сочат, че повечето от анкетираните желаят терапията да се отличава с *бързо настъпващ ефект* (до 30 мин.) и *кратка продължителност* (до 6 часа), за да отговаря в най-голяма степен на сексуалната екология на двойката. Само така може да се постигне спонтанност на сексуалната активност. В подкрепа на това обобщение са данните, че седем от десет двойки нямат определено време за половия акт, а около 69% от двойките изобщо не го планират. Над 80% от настоящите потребители на фосфодиестеразни инхибитори желаят началото на действие на хапчето за стимулиране на ерекцията да настъпи до 30 минути от приемането му, а само 29 % настояват за продължителност на неговия ефект повече от 6 часа.

Ключова роля във физиологията на ерекцията играе азотният оксид, който се отделя от ендотелните клетки и неадренергичните нехолинергични нервни окончания. Посредством гуанилатциклазата той увеличава нивата на цикличния гуанозинмонофосфат в миоцитите. Прегизвиква се релаксация на гладкомускулните клетки в пещеристите тела, което дава възможност за приток на кръв и осъществяване на нормална ерекция. Цикличният гуанозинмонофосфат се разгражда в пениса от фосфодиестераза тип 5, което прекъсва вазодилатацията и съответно ерекцията. Благодарение на този физиологичен механизъм блокерите на фосфодиестераза 5 (PDE5) таденафил (Cialis), силденафил (Viagra) и варденафил (Levitra) могат да подобрят еректилната функция. Биохимичният потенциал на Levitra, т. е. концентрацията на лекарството, необходима за инхибиране на ензимната активност с 50% (IC_{50}), е най-нисък, което предполага най-голяма мощност на действието. В изследвания *in vitro* Levitra показва най-висока инхибираща активност по отношение на фосфодиестераза-5. Същият препарат има най-бавния off-rate (най-дълго време остава свързан с рецептора) от трите PDE5-инхибитора, последван от tadalafil и sildenafil. Ниската IC_{50} и бавният off-rate правят Vardenafil най-мощният PDE5-инхибитор. Такива са изводите от проучванията *in vitro*. Клиничното значение на биохимичните показатели се проявява по отношение на началото на действие, продължителността и ефикасността на препаратата. Началото на действие, водещо до успешен коитус, може да настъпи още на десетата минута след прием на Vardenafil, 10 mg. Доза от 10 или 20 mg позволява да се започне и завърши успешно коитус до 25 минути ($p < 0.0001$ vs. placebo), като действието на препаратата продължава до 10 часа. Бързото настъпване на ефекта след прием на Levitra® е свързано с много ниските плазмени концентрации, необходими за достигане на IC_{50} за инхибирането на PDE5. Високата мощност удължава времето на свързване с ензима PDE5 (off-rate),

независимо от ниските плазмени концентрации, и осигурява сравнително голямата продължителност на действие. Най-голямото проучване (REALISE) на мъже, приемали PDE5-инхибитор, е осъществено в Германия сред 29 358 мъже (средна възраст 58 години). От тях 72,1% са използвали Levitra® в доза 10 mg и 94% от тези мъже съобщават за подобрена ерекция, независимо от възрастта, причината, тежестта и продължителността на ЕД, а 93% определят лечението като удовлетворяващо. Резултатите от REALISE показват, че 40% от мъжете са имали контакт до 30 мин. след приемането на Levitra®, като 29% са осъществили повече от едно сношение в рамките на 24 часа след поглъщането на една доза от медикамента. Следователно Levitra® може да възстанови качеството на сексуалния живот на двойката – такова, каквото е било преди настъпването на ЕД.

В заключение може да се обобщи, че еректилната дисфункция е широко разпространено нарушение с неблагоприятно влияние върху качеството на живот на мъжете, но и на техните партньорки. В повечето случаи тя се обуславя от органични причини. Препаратът Levitra® за лечение на еректилната дисфункция:

- има бързо настъпващ ефект;
- отговаря на необходимостта на партньорите от спонтанен секс;
- носи удовлетворение от секса, подобрява оргазмената функция и качеството на сексуалния живот на двойката като цяло.

КНИГОПИС

1. Куманов Ф. Климактериум у мъжа? АБ Студио, С., 2002, 100 стр.
2. Ludwig E. Napoleon. Forum, 1939, 450 S.
3. Rosen et al, J Sex Med 2004, Supp.1, 93.
4. Rosen et al, Curr Med Res Opin. 2004;20:607-617.
5. Fisher W et al. J Sex Med 2005;Suppl 1:19.
6. Fisher et al. Journal of Men's Health and Gender in press.
7. Blount MA et al. Mol Pharmacol 2004;66:144-152.
8. Sáenz de Tejada, unpublished data 2005.
9. Montorsi F et al. J Sex Med 2004;1:168-78.
10. van Ahlen H et al. J Int Med Res 2005, In Press.
11. van Ahlen H et al. J Int Med Res 2005;33: 337-348.