

Б. Р. Гвасалия, Д. А. Чеснов, Ю. А. Ким, Ю. П. Горобец,
М. У. Бабаев, Д. Ю. Пушкарь

ЭРЕКТИЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ

Методическое пособие для пациентов

Научно-исследовательский институт организации
здравоохранения и медицинского менеджмента
Департамента здравоохранения
города Москвы

Б. Р. Гвасалия, Д. А. Чеснов, Ю. А. Ким, Ю. П. Горобец,
М. У. Бабаев, Д. Ю. Пушкарь

ЭРЕКТИЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ

Методическое пособие для пациентов

Москва, 2023

УДК 616-00
ББК 56.9
Э76

Организации-разработчики:

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Городская клиническая больница имени С. П. Боткина Департамента здравоохранения города Москвы»;

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Городская клиническая больница имени С. И. Спасокукоцкого Департамента здравоохранения города Москвы»;

Кафедра урологии Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А. И. Евдокимова» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Э76 Эректильная дисфункция: методическое пособие для пациентов / Гвасалия Б. Р. и др. – М.: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2023. – 20 с.: ил.

Информация, содержащаяся в данных рекомендациях, является ознакомительной и не может заменить личной беседы с врачом. При возникновении любых вопросов вам следует незамедлительно обратиться к квалифицированному специалисту. Данные рекомендации содержат общую информацию об эректильной дисфункции, диагностике, а также возможных вариантах лечения.

Методические рекомендации подготовлены на основе рекомендаций Российского общества урологов, Европейской ассоциации урологов.

УДК 616-00
ББК 56.9

© Департамент здравоохранения города Москвы, 2023
© Коллектив авторов, 2023

СОДЕРЖАНИЕ

Введение	4
Механизмы эрекции.....	5
Причины эректильной дисфункции	6
Диагностика.....	9
Опросник МИЭФ-5	9
Лечение	11
Заключение	17

ВВЕДЕНИЕ

Эректильная дисфункция (ЭД) – это неспособность достичь и/или поддержать эрекцию на уровне, необходимом для осуществления полового акта.

ЭД является одной из самых значимых клиничко-социальных проблем среди мужчин.

Не секрет, что полноценная половая жизнь является одним из важнейших факторов физического и душевного здоровья каждого человека. Данные последних социологических исследований свидетельствуют о том, что сексуальное здоровье – это залог не только хорошего качества жизни, но и большей продолжительности жизни. Нарушения эрекции, о которых пойдет речь далее, снижают качество жизни не только у мужчин, так как эта проблема сказывается и на отношениях с его женщиной.

Длительное время в культурных традициях разных народов существовали специфические вещества, используемые для поддержания половой активности на высоком уровне, но лишь в последние годы XX в., когда за дело взялись фармакологические компании, проблему удалось поднять до уровня современной доказательной медицины. Возможности современной медицины на сегодня таковы, что позволяют практически во всех случаях устранить ЭД и восстановить утраченную половую функцию. По данным, предоставленным Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ), каждый десятый мужчина имеет нарушение эректильной функции, а каждый 3-й мужчина старше 60 лет вообще не способен выполнить половой акт. В РФ, согласно последним данным, от ЭД страдает около 10 млн мужчин. В 2012 году Д. Ю. Пушкарь и коллеги в исследовании провели оценку распространенности ЭД среди мужского населения в возрасте от 20 до 75 лет на территории РФ. В результате сбора информации были проанализированы данные 1225 респондентов. При анализе опросника МИЭФ–5 было выявлено, что лишь у 10,1% опрошенных мужчин отсутствуют признаки ЭД, в то время как легкая степень ЭД отмечена у 71,3%, средняя степень ЭД – у 6,6% и тяжелая степень – у 12% респондентов. Таким образом, из 1225 опрошенных мужчин симптомы ЭД присутствовали у 1101 респондента. Подводя итоги, можно постулировать, что ЭД является серьезной социальной проблемой с большим охватом среди мужского населения.

Чаще всего нарушения эрекции связаны с такими факторами, как стресс, переутомление, курение и злоупотребление алкоголем. При этом, если нарушения эрекции носят эпизодический характер, не стоит торопиться

ставить диагноз. Не существует ни одного опытного мужчины, у которого хоть раз не было бы неудачи в сексуальной жизни. Одни относятся к этому спокойно, для других каждый подобный случай становится причиной тяжелой и длительной депрессии. Специалисты говорят об ЭД только в том случае, если проблемы с эрекцией существуют достаточно длительно, от 3 до 6 мес.

Важно отметить, что ЭД является маркером ранней диагностики эндотелиальной дисфункции. Выявление ЭД на ранней стадии может предотвратить развитие серьезных осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы (инфаркт миокарда, инсульт). В результате может быть предотвращена инвалидизация пациентов, сохранены их здоровье и работоспособность, достигнута экономия бюджетных средств на операции и последующее лечение инвалидов.

МЕХАНИЗМЫ ЭРЕКЦИИ

За реализацию эректильной функции в организме отвечают следующие системы: нервная, кардиоваскулярная и эндокринная.

При половом возбуждении мозг мужчины посылает сигналы нервным окончаниям в малом тазу, затем выделяются релаксирующие нейротрансмиттеры из нервных окончаний и клеток эндотелия полового члена, происходит расслабление гладкой мускулатуры артерий и артериол, что приводит к быстрому наполнению кровью, вследствие чего происходит расширение кавернозных тел, которые по своему строению напоминают губку (рис. 1). Наступление стойкой эрекции обусловлено сдавлением субтунникулярных венозных сплетений между трабекулами и белочной оболочкой полового члена, вследствие чего венозный отток от органа практически полностью перекрывается, при этом внутрикавернозное давление достигает 90–100 мм рт. ст., а объем крови в органе в фазе возбуждения в отличие от неэрегированного состояния может возрастать в 8 раз.

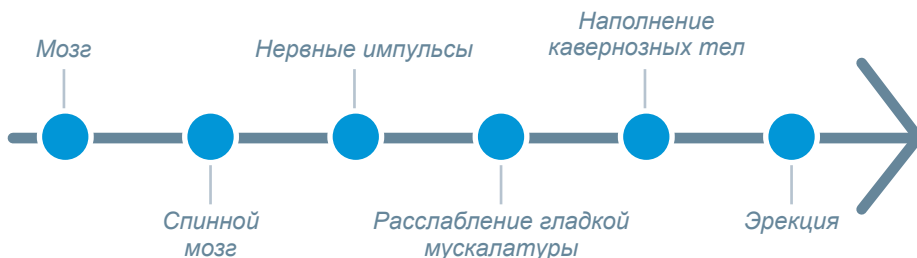


Рисунок 1

ПРИЧИНЫ ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ

Исторически ЭД считалась психологической, а не физиологической проблемой. В современную эпоху с улучшением понимания эректильных механизмов органическая этиология считается преобладающей причиной ЭД.

Причинами ЭД могут быть различные факторы: органические (сосудистые, неврологические, гормональные и т. д.), психогенные, обусловленные центральным подавлением механизма эрекции без физической травмы, и смешанные, которые вызваны сочетанием органических и психогенных факторов. Наиболее частой этиологией органической ЭД являются васкулогенные (артериогенная, веногенная и смешанная ЭД) причины.

В большинстве случаев, у примерно 80% пациентов, страдающих ЭД, обнаруживается сочетание органических и психогенных компонентов. Органическая и психогенная ЭД проявляются по-разному (табл. 1). Следует понимать, что расстройство сексуальной функции – это зачастую не самостоятельное заболевание, а проявление различных нарушений в организме мужчины. Возникновение ЭД наиболее часто связывают с артериальной гипертензией, сахарным диабетом и депрессией. Атеросклеротическое поражение сосудов также может препятствовать притоку крови к половому члену. С этим заболеванием связывают примерно 40% случаев ЭД у мужчин в возрасте старше 50 лет. При сахарном диабете ЭД выявляется в 50% случаев т. е. в 3 раза чаще и на 10–15 лет раньше, чем у мужчин, не страдающих диабетом.

Таблица 1

Показатель	Психогенная ЭД	Органическая ЭД
Начало	Внезапное	Постепенное
Течение	Периодическая	Прогрессирующая
Частота возникновения	Ситуационная	Постоянная
Этиология	Связана с каким-либо психологическим стрессом	Связана с каким-либо заболеванием или приемом тех или иных лекарств
Ночная/Утренняя эрекция	Сохранена	Отсутствует
Напряжение полового члена в течение полового акта	Сохраняется	Может исчезнуть

Причиной неврологических нарушений эрекции является нарушение иннервации полового члена. Такие заболевания, как эпилепсия, болезнь Паркинсона, рассеянный склероз, а также последствия травм головного и спинного мозга, малого таза и промежности, различные операции на этих областях (перенесенные радикальные простатэктомии, цистэктомии и т. д.), могут стать причинами эректильной дисфункции неврологического генеза.

Конечно же, 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.

Так как для множества лекарственных средств характерно негативное влияние на потенцию, около 25% случаев возникновения ЭД так или иначе связаны с приемом лекарственных средств. Наиболее часто ЭД вызывается влиянием лекарственных препаратов на центральную нервную систему. Такой механизм характерен для психотропных лекарств (нейролептики, транквилизаторы, некоторые антидепрессанты), многих гипотензивных (бета-адреноблокаторы, центральные адреномиметики), антигистаминных препаратов I поколения и т. д. Также негативно на эректильную функцию влияют гормональные препараты, блокирующие действие мужских и женских половых гормонов. К счастью, их назначают лишь при тяжелых заболеваниях. Вместе с тем, говоря о причинах ЭД, обусловленных гормональными нарушениями, нельзя не отметить важнейшую роль снижения уровня тестостерона.

Причиной ухудшения эректильной функции могут также явиться различные инфекционные заболевания мочеполовой системы, возникающие, в частности, на фоне гиперплазии предстательной железы. Часто ЭД встречается у пациентов, страдающих ишемической болезнью сердца.

Вероятность развития ЭД у курящих в 2 раза выше, чем у некурящих, по причине вазоконстрикции и усиления патологического венозного сброса на фоне выраженного уменьшения гладкомышечной мускулатуры пещеристых тел.

Прием алкоголя в больших дозах приводит к угнетению центральной нервной системы (ЦНС), истощению организма, что никак не способствует ни эректильной функции в частности, ни репродуктивной в целом.

Травмы полового члена, неоднократные инъекции в половой член, перенесенный приапизм (длительная, болезненная эрекция, не связанная с сексуальным возбуждением), частые практики затянутых половых актов (более 4 часов) могут стать причинами ЭД.

Очень серьезной причиной развития ЭД является кавернозный фиброз, при данном заболевании происходит склерозирование кавернозных тел полового члена: эластичная губчатая ткань полового члена частично или полностью замещается грубой соединительной тканью, неспособной обеспечить эрекцию.

Говоря о психогенных факторах ЭД, следует отметить, что чаще всего имеют место тревожность, стресс и депрессия. Конечно же, психогенный фактор – это тема для отдельного и долгого разговора, а если еще учесть тот факт, что к любому органическому нарушению эректильной функции обязательно присоединяется психологический компонент, становится понятно, насколько важное место занимают психологические нарушения в развитии ЭД.

К сожалению, многие мужчины стесняются говорить о своих сексуальных проблемах не только с врачом, но и со своей сексуальной партнершей, но проблема ЭД касается и ее. Важно, чтобы мужчина обсудил свои ощущения с женщиной и заручился ее поддержкой. В большинстве случаев для нее это также будет облегчением, она захочет обсудить эту проблему и сделать первые шаги к ее решению. Также важной проблемой является низкая обращаемость пациентов к специалисту. В одном исследовании, где приняли участие 639 мужчин с ЭД, было продемонстрировано, что только 10% мужчин, имеющих симптомы эректильных нарушений, обращаются к врачу. Причинами нежелания пациентов обсудить с уроло-

гом имеющиеся нарушения эрекции связаны у мужчин с чувством стеснения, нежеланием обсуждать имеющуюся проблему либо с заблуждением, что ЭД является возрастной нормой.

ДИАГНОСТИКА

Основной задачей диагностики ЭД является выявление ее причины, поскольку именно это позволяет выбрать правильный способ лечения. Для оценки выраженности эректильной функции разработано большое количество опросников. Золотым стандартом является опросник «Международный индекс эректильной функции» (МИЭФ-5).

ОПРОСНИК МИЭФ-5

МИЭФ-5 признан золотым стандартом при оценке эректильной функции в испытаниях лекарств и клинических исследованиях. Указанный опросник содержит вопросы о том, как нарушения эрекции сказывались на сексуальной жизни в течение последних 6 месяцев.

Оцените вашу эректильную функцию за последние 6 месяцев, ответив на нижеследующие 5 вопросов

1. Как Вы оцениваете степень Вашей уверенности в том, что Вы можете достичь и удержать эрекцию?				
Очень низкая	Низкая	Средняя	Высокая	Очень высокая
1	2	3	4	5
2. Когда при сексуальной стимуляции у Вас возникала эрекция, как часто она была достаточной для введения полового члена во влагалище?				
Почти никогда или никогда	Изредка (гораздо реже, чем в половине случаев)	Иногда (примерно в половине случаев)	Часто (гораздо чаще, чем в половине случаев)	Почти всегда или всегда
1	2	3	4	5
3. При половом акте как часто Вам удавалось сохранять эрекцию после введения полового члена во влагалище?				

Почти никогда или никогда	Изредка (гораздо реже, чем в полови- не случаев)	Иногда (примерно в половине случаев)	Часто (гораздо чаще, чем в полови- не случаев)	Почти всегда или всегда
1	2	3	4	5

4. При половом акте было ли Вам трудно сохранять эрекцию до завершения полового акта?

Чрезвычайно трудно	Очень трудно	Трудно	Немного трудновато	Нетрудно
1	2	3	4	5

5. При попытках совершить половой акт часто Вы были удовлетворены?

Почти никогда или никогда	Изредка (гораздо реже, чем в полови- не случаев)	Иногда (примерно в половине случаев)	Часто (гораздо чаще, чем в полови- не случаев)	Почти всегда или всегда
1	2	3	4	5

Степень тяжести эректильной дисфункции (ЭД) по опроснику МИЭФ-5 по сумме баллов за ответы:

22-25 баллов – ЭД отсутствует.

17-21 балл – легкая степень ЭД.

12-16 баллов – умеренная (промежуточная степень между легкой и среднетяжелой ЭД).

8-11 баллов – среднетяжелая ЭД.

5-7 баллов – тяжелая ЭД.

Результаты анкетирования по опроснику МИЭФ-5: _____ баллов.

Большинству пациентов с ЭД требуется проведение некоторых лабораторных анализов, например определение уровня общего тестостерона (выполняется в утренние часы, с 8:00 до 11:00), контроль уровня глобулина,

связывающего половой гормон. При низких значениях тестостерона необходимо повторное исследование крови с определением уровней пролактина, фолликулостимулирующего и лютеинизирующего гормонов. Всем пациентам старше 50 лет показано определение уровня ПСА 1 раз в год.

Определение уровня глюкозы и липидов необходимо для выявления сахарного диабета и гиперлипидемии.

Также применяют инструментальные методы обследования: интракавернозный тест (введение препаратов в половой член с целью индукции эрекции) и эходоплерографию сосудов полового члена (специфическое УЗИ интенсивности кровотока в половом члене). Селективная пенильная ангиография и кавернозография – реже применяемые рентгенологические методы обследования, используемые для исключения сосудистой природы ЭД.

Нельзя забывать о применении УЗИ щитовидной железы, компьютерной и магнитно-резонансной томографии гипофиза, нейрофизиологических тестах.

При наличии хронических сопутствующих заболеваний пациент направляется к смежным специалистам.

ЛЕЧЕНИЕ

Лечение ЭД начинается с попытки устранения факторов, явившихся возможной причиной ее развития. Ввиду полиэтиологичности данного заболевания универсального лечения, подходящего каждому пациенту, не существует.

Несмотря на это, есть наиболее широко применяемые рекомендации:

- **Правильное питание.** Для улучшения эректильной функции требуется сбалансированный рацион питания, включающий в себя минералы и витамины (в особенности витамин Е, способствующий стимуляции функционирования эндокринной, мышечной и половой систем). Содержание жиров должно быть ровно 30%, так как липиды играют важную роль в синтезе мужских половых гормонов. Можно обратиться к специалисту, для составления специальной диеты. В умеренных количествах полезны чай и кофе.

- Регулярное выполнение умеренных физических нагрузок помогает не только в целом укрепить здоровье, но и избежать проблем с эрекцией. Самым эффективным упражнением для эрекции признаны приседания, делать которые нужно по 50–100 раз в день; это помогает нормализовать циркуляцию крови в области малого таза. Также не менее эффективный метод – напряжение и расслабление мышц промежности. Такое упражнение удобно тем, что его можно выполнять в любом положении произвольное количество раз в день. Ходьба также дает положительные результаты в борьбе с плохой эрекцией. Важно не забывать, что чрезмерная физическая нагрузка может негативно сказаться на эректильной функции. Это особенно выражено у профессиональных спортсменов в фазу подготовки к соревнованиям К резко отрицательным факторам относятся переутомление и перенапряжение – так называемая спортивная болезнь.
- Отказ от вредных привычек. При приеме алкоголя эрекция пропадает или затормаживается. У курящих наблюдается повышенное артериальное давление и начинают развиваться сердечно-сосудистые заболевания, приводящие к ЭД;
- Поддержание нормальной массы тела (избыточная масса тела приводит человека в группу риска по сахарному диабету и к одному из его результатов – плохой эрекции);
- Соблюдение режима дня (для здорового сна и отдыха человеку требуется довольно много времени – не менее 8 ч в сутки).

Большинство специалистов считают, что регулярная половая жизнь без длительных перерывов и эксцессов является фактором профилактики ЭД, но это мнение пока не нашло подтверждения в серьезных исследованиях.

Долгие годы единственной возможностью медикаментозного лечения ЭД являлись так называемые народные методы, подразумевавшие применение различных препаратов растительного и животного происхождения, способствующих повышению общего тонуса организма, нормализации артериального давления и сосудистого тонуса, обладающих общеукрепляющим действием. К таким препаратам традиционно относятся экстракты и настойки женьшеня, элеутерококка, левзеи, золотого корня, пантокрина и т. д. Следует отметить, что эффективность всех этих средств в лечении ЭД сильно преувеличена, а в большинстве случаев вовсе не доказана.

В настоящее время Всемирным обществом урологов принята трехуровневая модель терапии. Ступенчатый подход в лечении ЭД предполагает последовательное применение лечебных методов с увеличением их агрессивности от медикаментозной терапии ингибиторами фосфодиэстеразы 5-го типа (альтернативой которым могут быть вакуумные эректоры и ударно-волновая терапия полового члена) до интракавернозных инъекций алпростадилла и фаллопротезирования. Смена ступени лечения производится при ее неэффективности или неприемлемости для пациента. Первоначальное лечение основано на изменении образа жизни. ЭД может быть вызвана сопутствующими или фоновыми состояниями (включая эндокринные расстройства и метаболические нарушения, например, сахарный диабет, ряд ССЗ, в том числе артериальную гипертензию), которые всегда необходимо корректировать в качестве первого шага терапии. Изменения образа жизни особенно эффективны у пациентов с такими ССЗ или метаболическими расстройствами, как артериальная гипертензия и сахарный диабет.

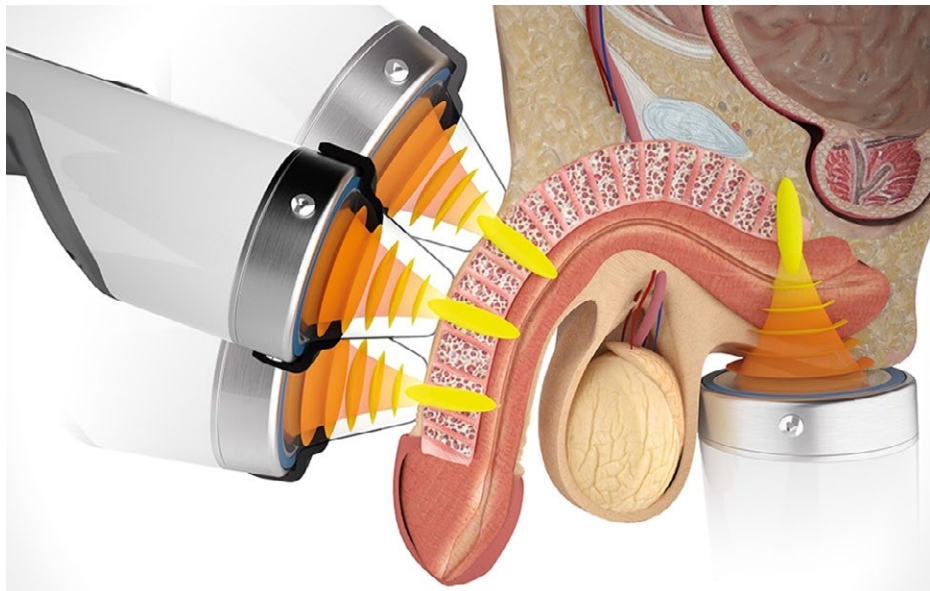
1-я линия терапии ЭД включает применение ИФДЭ-5 и вакуумных эрекционных устройств, ударно-волновой терапии.

С появлением ингибиторов фосфодиэстеразы-5 (ФДЭ-5) стандарты лечения ЭД претерпели значительные изменения. Независимо от причин ЭД препараты этой фармакологической группы позволяют добиться значимого улучшения эректильной функции у 95% пациентов.

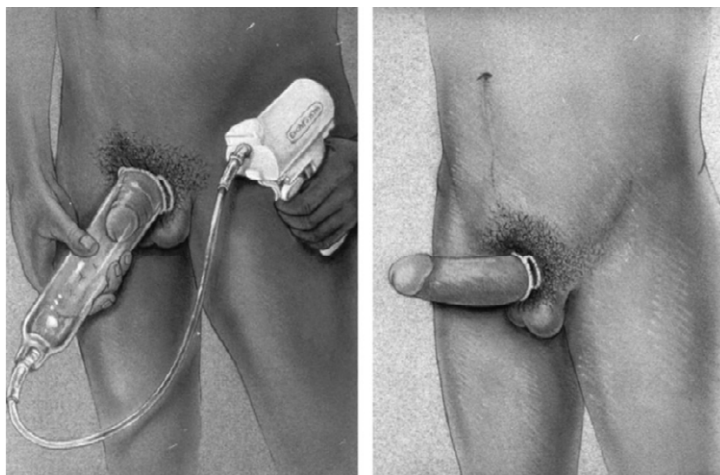
ФДЭ-5 – фермент, содержащийся в кавернозной ткани. Ингибирование (блокирование работы) данного фермента приводит к расслаблению гладкой мускулатуры кавернозных тел и возникновению эрекции в ответ на сексуальную стимуляцию. Необходимо помнить, что эти средства не инициируют эрекцию сами по себе и требуют наличия сексуальной стимуляции для возникновения эректильного ответа. Назначение ингибиторов ФДЭ-5 должно обсуждаться и с урологом, и с терапевтом. Прием данных препаратов должен осуществляться только под строгим контролем лечащего врача.

У пациентов с васкулогенной ЭД одним из современных методов терапии может быть применение НИУВТ (низкоинтенсивной ударно-волновой терапии). За последние 10 лет применение УВТ продемонстрировало хорошие результаты для лечения ЭД. Низкоэнергетическая ударно-волновая терапия ЭД основана на воздействии на пещеристую ткань полового члена слабых акустических волн. Предполагается, что, проходя через биологические ткани разной плотности, акустические волны вызывают сдвиговое на-

пряжение, которое увеличивает уровень сложных химических комплексов и окиси азота, стимулирующих процесс неоваскуляризации в кавернозных телах. Рекомендуется применять низкоэнергетическую ударно-волновую терапию у пациентов в качестве альтернативной первой линии лечения у пациентов с легкой степенью ЭД или при отсутствии эффекта от ингибиторов ФДЭ-5.



Существуют специальные вакуумно-констрикторные устройства на основе вакуумного цилиндра и насоса локального отрицательного давления в кавернозных телах, что вызывает приток к ним крови и эрекцию. У правильно мотивированных пациентов эффективность данного метода может быть довольно высокой. Частота осложнений при использовании данного метода – около 30%.

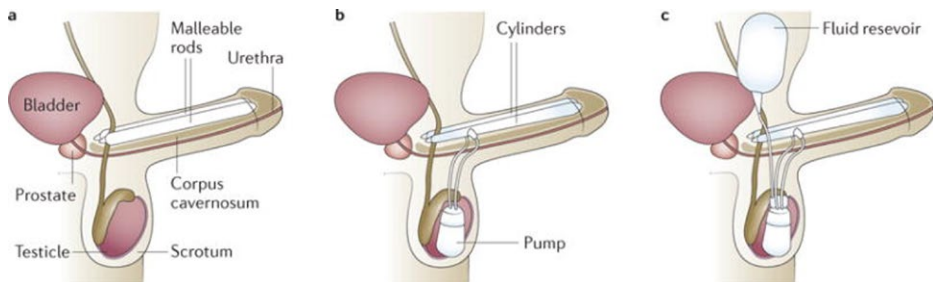


Применение интракавернозной терапии основано на выполнении инъекции сосудорасширяющего препарата в кавернозное тело перед половой близостью, в результате чего достигается качественная и продолжительная эрекция.

Первые инъекции выполняются только под руководством врача, а далее осуществляются пациентом самостоятельно. Следует отметить, что дозировка препарата подбирается строго индивидуально, а применение данного метода рекомендуется не более 2 раз в неделю. Эффективность инъекций достигает 85%. Но, к сожалению, распространенными нежелательными явлениями при данном методе являются: боль в 50% случаев, гематомы в 45% наблюдений и излишне продолжительная эрекция у 5% пациентов.

Хотя консервативная терапия является эффективным вариантом лечения для большинства мужчин с ЭД, хирургические вмешательства остаются важным видом лечения в определенных ситуациях. К современным видам оперативного лечения ЭД относят фаллопротезирование (имплантация пенильных имплантатов). В настоящее время существует большой выбор фаллопротезов, позволяющих вернуть полноценную эрекцию абсолютному большинству оперированных пациентов. Есть три типа протезов полового члена: ригидные и наполняемые (гидравлические), которые бывают двух- и трехкомпонентными. Большинство пациентов предпочитают гидравлические трехкомпонентные протезы в силу достижения более «естественной» эрекции. Имплантация пенильных протезов дает самые высокие показатели удовлетворенности (92–100% у пациентов и 91–95%

у партнерш) среди всех методов лечения ЭД. Наиболее частым осложнением, связанным с имплантацией, является протезная инфекция. Ее частота существенно ниже у опытных часто оперирующих врачей-урологов. Антибактериальное покрытие протезов полового члена позволяет снизить вероятность данного осложнения с 5 до 1%. Ресурс современных имплантатов полового члена превышает 20 лет, а некоторые производители предоставляют на них пожизненную гарантию от поломки.



a. – Полуригидный протез: включает в себя два полужестких стержня, имплантируемых в кавернозные тела.

b. – Двухкомпонентный надувной протез: включает в себя два цилиндра в кавернозных телах и помпу в мошонке. При использовании помпы жидкость перетекает между помпой и цилиндрами.

c. – Трехкомпонентный протез включает в себя цилиндры в кавернозных телах, помпу в мошонке и резервуар жидкости в нижней части живота рядом с мочевым пузырем. Активация помпы вызывает передачу жидкости из резервуара в цилиндры, что приводит к достижению необходимой жесткости полового члена. Помпа имеет выпускной клапан или кнопку для передачи жидкости обратно из цилиндров в резервуар в конце полового акта. Таким образом, происходит полная имитация естественного полового акта, при котором полноценно сохраняются все ощущения.

В заключение хотелось бы еще раз остановиться на наиболее важных основных принципах, являющихся залогом сексуального здоровья и долголетия:

- от сексуальной неудачи не застрахован никто, поэтому не стоит принимать ее близко к сердцу, а лучше отдохнуть, успокоиться, сменить обстановку и через некоторое время попробовать еще раз;
- если вы отмечаете проблемы с эрекцией, если вы страдаете сахарным диабетом, гипертонической болезнью или каким-либо неврологическим

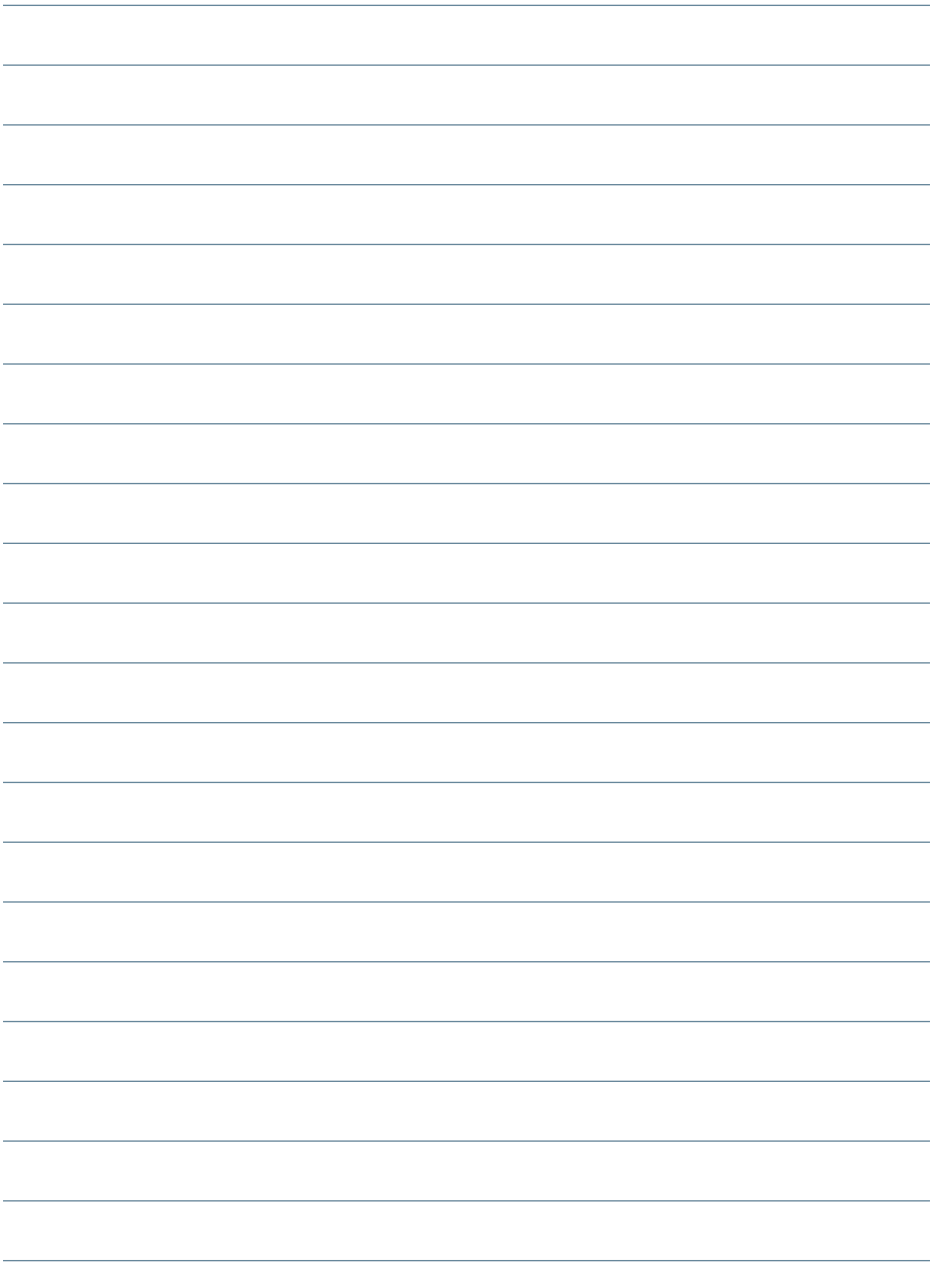
заболеванием, необходимо проконсультироваться со специалистом (урологом или андрологом) о возможности профилактики и лечения ЭД;

- профилактикой ЭД является здоровый образ жизни;
- скажите «нет» курению, алкоголю, наркотикам;
- ведите регулярную половую жизнь без продолжительных периодов воздержания и сексуальных эксцессов;
- занимайтесь спортом;
- правильно питайтесь.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

ЭД – серьезная социальная проблема мужского населения. Данное заболевание является очень распространенным, причем количество больных увеличивается с возрастом. Эректильные нарушения оказывают пагубное влияние на все аспекты жизни у мужчин, вызывая межличностные проблемы среди пар.

В настоящее время в руках уролога множество современных видов (консервативной, хирургической) коррекции указанных нарушений. Своевременное обращение к специалисту позволит обрести уверенность в себе, удовлетворенность от полового акта и вернуть гармонию в отношения.





Справочное издание

Б. Р. Гвасалия, Д. А. Чеснов, Ю. А. Ким, Ю. П. Горобец,
М. У. Бабаев, Д. Ю. Пушкарь

ЭРЕКТИЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ

Методическое пособие для пациентов

*Корректор И. Д. Баринская
Дизайнер-верстальщик А. В. Усанов*

Подписано в печать ???.?.2022.

Формат 60 × 84/8.

Усл. печ. л. 5,5.

Тираж 25 000 экз. Заказ № ??.

ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ»
115088, г. Москва, ул. Шарикоподшипниковская, д. 9
Тел.: +7 (495) 530-12-89
Электронная почта: niiozmm@zdrav.mos.ru

Сайт для пациентов

www.urology.moscow

Телефоны горячей линии

Клиника урологии МГМСУ имени А. И. Евдокимова

+7 495 974-94-52

Городская клиническая больница имени С. И. Спасокукоцкого ДЗМ

+7 495 197-77-77



Департамент
здравоохранения
города Москвы



НИИ
ОРГАНИЗАЦИИ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
И МЕДИЦИНСКОГО
МЕНЕДЖМЕНТА

МОСКВА
2 0 2 3