Эректильная дисфункция

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые · редакция 2025 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: F52.2, N48.4 · Общероссийская общественная организация "Российское общество урологов"

Эректильная дисфункция — постоянная неспособность достичь или сохранить эрекцию, достаточную для успешного полового акта. Рекомендация посвящена подтверждению диагноза и его причин, оценке сердечно-сосудистых и метаболических факторов, а также ступенчатому лечению от коррекции образа жизни и ингибиторов ФДЭ-5 до протезирования.

Главное

- ЭД может быть психогенной, органической или смешанной; среди органических механизмов выделяют васкулогенный, нейрогенный, анатомический, гормональный и лекарственно-индуцированный. Код F52.2 используют для недостаточности генитальной реакции, не связанной с органическими факторами, N48.4 — для импотенции органического происхождения.
- Основной критерий ЭД — жалобы на расстройства эрекции.
- Для объективной оценки выраженности используют МИЭФ-5 и шкалу твердости эрекции.
- До назначения лекарств корректируют образ жизни и факторы риска: питание, массу тела, физическую активность, артериальное давление, холестерин, глюкозу и общий тестостерон; при участии смежных специалистов отменяют или заменяют препараты, ухудшающие эрекцию.
- Ингибиторы ФДЭ-5 — терапия первой линии при всех формах ЭД; препарат и дозу подбирают индивидуально, а для эффекта нужна сексуальная стимуляция. Органические нитраты нельзя принимать одновременно с ингибиторами ФДЭ-5: их применение допустимо не ранее чем через 24 часа после короткодействующих препаратов и через 48 часов после тадалафила.
- При неэффективности или неприемлемости пероральной терапии переходят к менее или более инвазивным методам: вакуумному воздействию, низкодозной ударно-волновой терапии, внутрикавернозному алпростадилу, а затем к протезированию. Выбор зависит также от безопасности, затрат, инвазивности и предпочтений пациента.
- Плазму, обогащенную тромбоцитами, применяют только в рамках клинических исследований; стволовые клетки и ботулинистический нейротоксин не могут быть рекомендованы из-за недостатка данных об эффективности и безопасности.
- После радикальной простатэктомии пенильную реабилитацию начинают рано; при отсутствии положительного ответа через 12 месяцев обсуждают протезирование, а после ненервосберегающей простатэктомии этот вопрос может рассматриваться раньше.

Диагностика

1. Основанием для диагностики ЭД являются жалобы на расстройства эрекции.
2. Собирают медицинский и сексуальный анамнез: давность и стабильность нарушения, качество адекватных и спонтанных эрекций, либидо, эякуляцию, оргазм, отношения с партнером, стрессовые факторы, предыдущие консультации и лечение. Одновременно выявляют диабет, гипогонадизм и метаболический синдром. Сбор анамнеза: УУР С, УДД 5; выявление метаболических нарушений и симптомов дефицита тестостерона: УУР В, УДД 2.
3. Объективизируют жалобы с помощью МИЭФ-5; ситуационное, избирательное и преходящее нарушение при сохранных спонтанных эрекциях больше соответствует психогенному генезу. Шкала МИЭФ-5 позволяет определить степень ЭД: 22–25 баллов — ЭД отсутствует, 17–21 — легкая, 12–16 — умеренная, 8–11 — среднетяжелая, 5–7 — тяжелая. Использование валидированного опросника: УУР С, УДД 2.
4. Проводят осмотр половых органов, оценивают простату и признаки гипогонадизма; измеряют артериальное давление и исследуют пульс. При среднем сердечно-сосудистом риске выполняют стресс-тест; при непройденном тесте или высоком риске требуется дообследование у кардиолога. Физикальное и сердечно-сосудистое обследование: УУР В, УДД 2.

5. Всем пациентам назначают исследование глюкозы натощак, гликированного гемоглобина, липидного профиля и общего тестостерона. При необходимости дополнительно исследуют свободный или биодоступный тестостерон; при обнаружении соответствующих симптомов — ПСА, пролактин и ЛГ.
6. Специализированные исследования — прежде всего допплерографию сосудов полового члена с лекарственным препаратом — проводят при первичной ЭД, травме или операциях на тазу или промежности, деформации полового члена, перед протезированием либо по судебно-медицинским показаниям. При исследовании с алпростадилом используют 10 мкг внутрикавернозно; в норме пиковая систолическая скорость более 30 см/с, конечная диастолическая менее 3 см/с, индекс резистентности более 0,8.

Лечение

- До специфической терапии нормализуют питание, массу тела и физическую активность, корректируют давление, липиды, глюкозу и общий тестостерон, а также решают вопрос об отмене или замене препаратов, ухудшающих эрекцию.
- При подтвержденной психогенной ЭД пациента направляют на первичную консультацию врача-психотерапевта. УУР С, УДД 5.
- Ингибиторы ФДЭ-5 назначают всем пациентам как первую линию. Их принимают по требованию за определенное время до полового акта либо, для тадалафила, возможно ежедневное применение в дозировке 5 мг; дозы подбирают индивидуально, сексуальная стимуляция обязательна. УУР А, УДД 1.
- Ингибиторы ФДЭ-5 противопоказано принимать параллельно с органическими нитратами. Осторожность нужна при сочетании с антигипертензивными препаратами и альфа-адреноблокаторами из-за риска гипотензии; учитывают также инфаркт миокарда в последние 90 дней, нестабильную стенокардию, сердечную недостаточность II функционального класса и выше по NYHA, развившуюся в последние 6 месяцев, неконтролируемые аритмии, давление ниже 90/50 мм рт. ст., неконтролируемую гипертензию и инсульт в последние 6 месяцев.
- Вакуумное воздействие — альтернативная первая линия для информированных пожилых пациентов, пациентов с низкой сексуальной активностью, сопутствующими заболеваниями, требующими немедикаментозного лечения, а также при невозможности или неэффективности лекарственной терапии. Низкодозную ударно-волновую терапию применяют как альтернативную первую линию при васкулогенной ЭД — отдельно или вместе с ингибиторами ФДЭ-5; УУР В, УДД 1.
- Алпростадил внутрикавернозно используют как вторую линию при отсутствии эффекта от пероральных препаратов. Метод противопоказан при гиперчувствительности, риске приапизма и грубых анатомических дефектах полового члена. При эрекции дольше 4 часов пациент должен обратиться к врачу.
- Фаллопластику с однокомпонентным или трехкомпонентным протезом применяют как третью линию при неэффективности консервативного лечения, отсутствии прироста баллов МИЭФ или МИЭФ-5 либо по желанию пациента. УУР С, УДД 5.
- После радикальной простатэктомии используют раннюю пенильную реабилитацию; при неэффективности одного метода возможна комбинация, например ингибитора ФДЭ-5 с вакуумной профилактикой.

Когда направить и как наблюдать

- При подтвержденной психогенной ЭД направляют к врачу-психотерапевту.
- При среднем сердечно-сосудистом риске направляют на стресс-тест; при непройденном тесте или высоком риске требуется дообследование у кардиолога.
- Плановая госпитализация показана для фаллопластики с протезированием однокомпонентным или трехкомпонентным протезом. Экстренная госпитализация в рекомендации не предусмотрена.
- При сохранении эрекции более 4 часов после внутрикавернозного алпростадила пациенту необходимо обратиться к врачу.

Частые вопросы

Какие баллы МИЭФ-5 соответствуют разной степени ЭД?

22–25 баллов означают отсутствие ЭД, 17–21 — легкую, 12–16 — умеренную, 8–11 — среднетяжелую, 5–7 — тяжелую ЭД.

Какие анализы обязательны при ЭД?

Всем пациентам определяют глюкозу натощак, гликированный гемоглобин, липидный профиль и общий тестостерон. При необходимости дополнительно исследуют свободный или биодоступный тестостерон; при обнаружении соответствующих симптомов — ПСА, пролактин и ЛГ.

Какое лечение назначают первым?

Ингибиторы ФДЭ-5 являются препаратами первой линии при всех формах ЭД. Дозу подбирают индивидуально, а для наступления эффекта нужна сексуальная стимуляция.

Можно ли принимать ингибиторы ФДЭ-5 вместе с нитратами?

Нет, одновременное применение противопоказано из-за усиления гипотензивного действия. Органические нитраты используют не ранее чем через 24 часа после короткодействующих ингибиторов ФДЭ-5 и через 48 часов после тадалафила.

Когда переходят к протезированию полового члена?

Протезирование рассматривают как третью линию при неэффективности консервативного лечения, отсутствии положительной динамики и прироста баллов МИЭФ или МИЭФ-5 либо по желанию пациента.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/15-erektilnaya-disfunkciya. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/15_3