



Современные тенденции в лечении преждевременной эякуляции

С.К. Яровой^{1,2}, Р.А. Хромов², О.В. Джалилов¹

Адрес для переписки: Сергей Константинович Яровой, uroweb@yandex.ru

¹ Научно-исследовательский институт урологии и интервенционной радиологии им. Н.А. Лопаткина – филиал ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский радиологический центр» Минздрава России, Москва

² Городская клиническая больница им. Д.Д. Плетнева, Москва

В статье анализируется литература по проблеме диагностики и лечения преждевременной эякуляции. Обсуждаются классификация и современные представления о патогенезе этого нарушения. Ключевыми считаются функциональные изменения коры головного мозга и гиперчувствительность головки полового члена. Имеются сведения о возможном генетически обусловленном компоненте данного полового расстройства, а также о связи с андрогенным профилем. Основным методом объективной диагностики преждевременной эякуляции признается биотензиометрия головки полового члена. В статье подробно излагаются важнейшие современные способы коррекции преждевременной эякуляции. Отмечается нецелесообразность выполнения циркумцизио, приводятся показания к денервации головки полового члена. В настоящее время предпочтение отдается медикаментозным способам коррекции преждевременной эякуляции. Всесторонне рассматривается доказательная база ингибиторов обратного захвата серотонина и ингибиторов фосфодиэстеразы пятого типа. Отдельно выделяются преимущества дапоксетина – нового препарата для терапии преждевременной эякуляции из группы ингибиторов обратного захвата серотонина.

Ключевые слова: преждевременная эякуляция, ингибиторы фосфодиэстеразы пятого типа, ингибиторы обратного захвата серотонина, дапоксетин

Преждевременная эякуляция – симптом или нозология (к вопросу о патогенезе и диагностике)

На сегодняшний день существует несколько определений преждевременной эякуляции, предложенных разными профессиональными организациями. С 2017 г. в ежегод-

ных рекомендациях Европейской ассоциации урологов приводится определение, сформулированное Международным обществом по сексуальной медицине в 2014 г. Оно отражает новые диагностические критерии преждевременного семяизвержения: неспособность

задержать эякуляцию, быстрая эякуляция (время наступления семяизвержения) до интродукции (*ejaculatio ante portas*) или во время коитуса (*ejaculatio prae cox*), отрицательные психоэмоциональные последствия для обоих партнеров. На важности данного пункта акцентируют внимание L. Canat и соавт. (2018) [1].

Анализируя определение, целесообразно отметить два принципиальных аспекта. Первый – стойкость нарушения во времени. Единичный эпизод, а также повторные эпизоды раннего семяизвержения, по мнению многих авторитетных андрологических ассоциаций, не могут быть расценены как признаки, позволяющие установить диагноз преждевременной эякуляции. Второй аспект – большая роль субъективности при диагностике этого нарушения. Объективная проверка жалоб крайне затруднительна, а по сути практически невозможна. Один пациент считает, что его половая жизнь неполноценна, а его партнерша утверждает, что не испытывает удовлетворения. Другой мужчина с аналогичными симптомами может не расценивать происходящее как проблему, особенно если его партнершу все устраивает. Таким образом, ключевым моментом является не сам факт раннего семяизвержения, а нервно-психические расстройства личности, связанные с непрерывными мыслями о половой несостоятельности.



С учетом неточности определений и клинической картины заболевания в классификацию были добавлены две формы преждевременной эякуляции: субъективная и вариабельная. К субъективной форме преждевременной эякуляции относят случаи, когда половой акт по времени укладывается в рамки средней нормы или превышает ее, но субъективно пациенту кажется недостаточным для удовлетворения партнерши. К вариабельной форме преждевременной эякуляции относят нерегулярные эпизоды преждевременной эякуляции у пациента, которые чередуются с нормальными по продолжительности половыми актами. При определении субъективной и вариабельной форм преждевременной эякуляции велика роль личных (субъективных) ощущений пациента. Таким образом, преждевременная эякуляция, лежащая на стыке двух клинических дисциплин – урологии (андрологии) и психиатрии, ближе к психиатрии. В Международной классификации болезней 10-го пересмотра данное расстройство классифицируется в разделе F «Психические заболевания и нарушения». Однако пациенты традиционно обращаются за помощью к урологу или андрологу, который зачастую назначает психотропные препараты. Это едва ли не единственный случай, когда врач хирургической специальности рекомендует принимать психотропные средства в качестве базовой лекарственной терапии заболевания. Выделяют первичную и вторичную преждевременную эякуляцию. Этиология первичной и вторичной форм преждевременной эякуляции различна. Первичная, она же врожденная или идиопатическая, возникает с началом половой жизни, отличается стойкостью во времени и отсутствием видимых причин. В основе патогенеза первичной преждевременной эякуляции лежат неврологические аномалии – гиперчувствительность головки полового члена [2], а основную роль,

скорее всего, играет гипервозбудимость соответствующих центров головного мозга. Новейшие нейрофизиологические исследования подтверждают доминирующую роль функциональных расстройств центральной нервной системы в патогенезе первичной преждевременной эякуляции [3, 4]. Врожденные анатомические аномалии, например короткая уздечка полового члена (*frenulum breve*), также могут быть причиной развития первичной формы преждевременной эякуляции. Вторичная преждевременная эякуляция – приобретенное заболевание. У пациента имел место период жизни, когда длительность полового акта, по его субъективной оценке, была нормальной. В качестве возможных причин развития вторичной формы преждевременной эякуляции указываются эректильная дисфункция, гипертиреоз, хронический простатит [5], всевозможные варианты нарушения психоэмоциональной сферы (прежде всего депрессии) [6], гормональные и неврологические нарушения, в частности болезнь Паркинсона [7]. H.L. Khan и соавт. (2018) указывают на связь изменений структуры рецепторов к андрогенам, повышенного уровня тестостерона и предрасположенности к преждевременной эякуляции у пациентов, страдающих сахарным диабетом [8]. Y. Yildiz и соавт. (2018) искали связь между физической активностью мужчины и преждевременной эякуцией и доказали, что малоподвижный образ жизни сопровождается высоким риском развития преждевременной эякуляции [9]. Дальше всех в поисках органических причин вторичной преждевременной эякуляции зашли, на наш взгляд, F. Guo и соавт. (2017). По их мнению, вероятность преждевременной эякуляции отрицательно коррелирует со средней толщиной коры правой медиальной орбитофронтальной области, правой прецентральной извилины, левой лобной коры, а выраженность – со средней толщиной коры левой хвостовой средней лобной коры

[10]. Несмотря на то что результаты подтверждены статистическим анализом ($p=0,003-0,04$), обнаруженные корреляции пока представляются дискуссионными. Не ясно, как расценивать изменение толщины коры головного мозга и как реагировать на эти находки практическому врачу.

Описано множество причин развития вторичной преждевременной эякуляции, и создается впечатление, что этиология этого состояния до конца не изучена. Однако ни при одном из вышеуказанных заболеваний/состояний преждевременная эякуляция не рассматривается как характерный симптом. С нашей точки зрения, в таком случае имеет место не вторичное заболевание (то есть осложнение основной нозологии) и не симптом/синдром основного заболевания, а классическая психосоматика – по типу дискинезии или нейрогенной дисфункции. Тогда все становится на свои места. Как любое другое психосоматическое расстройство, преждевременная эякуляция сначала четко соотносится с причинным фактором. Но в дальнейшем, если ситуация не разрешилась полностью, а только уменьшилась выраженность/актуальность, психосоматические нарушения начинают постепенно расширять круг причин, в ответ на которые они возникают. В конце концов они начинают «жить своей жизнью», полностью утрачивая связь с возможными объективными причинами. По такому принципу развиваются, например, гипертоническая болезнь или язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки. Первоначально кризы или язвы имеют четкую привязку к стрессовым ситуациям. Иногда это даже специально подчеркивается в диагнозе – «острая стрессовая язва». Далее обострения развиваются просто при большой нагрузке с незначительным эмоциональным компонентом или даже вовсе без него, под конец в качестве провоцирующего фактора начинают называть все что угодно, вплоть до погоды и времени года – всем



известные весенние/осенние обострения язвенной болезни и повышение артериального давления при циклонах.

С целью объективизации диагноза многие специалисты стали применять опросники. Упорядоченности действительно прибавилось, объективизма – нет. Ситуация нормальная для психиатрии, но казуистическая для урологии. Во-первых, пациента никто не ограничивает в его фантазиях, а во-вторых, остается нерешенным самый сложный вопрос – как интерпретировать результат. В литературе также встречаются идеи комбинированного использования сразу двух тестов/опросников, например с целью выявления эректильной дисфункции, нередко сочетающейся с преждевременной эякуляцией [11].

Общепринятого научным сообществом опросника или шкалы оценки результата, по аналогии с Международной шкалой оценки симптомов заболеваний предстательной железы (International Prostate Symptom Score), на сегодняшний день все еще нет. Наибольшее распространение в клинической практике получили опросник для диагностики преждевременной эякуляции (Premature Ejaculation Diagnostic Tool), Арабский индекс преждевременной эякуляции (Arabic Index of Premature Ejaculation) и др. В России для диагностики преждевременной эякуляции может быть использован опросник КриПС, разработанный профессором Н.Д. Ахвледиани. По данным его научной работы, точность полученных результатов составляет 93%.

Таким образом, сведения об эпидемиологии изучаемого нарушения противоречивы. По самым пессимистичным оценкам, преждевременная эякуляция отмечается у 30–40% сексуально активных мужчин [12]. Тогда возникает другой вопрос: если преждевременная эякуляция наблюдается у каждого третьего мужчины, не сопровождается морфологическими изменениями и не прогрессирует, может быть, это вариант нормы? И все дело в чисто психиатрических проблемах – завь-

шенных требованиях, неспособности найти компромисс с партнершей, маниакальности или ипохондрии? Однозначные и обоснованные ответы пока отсутствуют.

Один из наиболее объективных и основных в настоящее время методов диагностики преждевременной эякуляции – биотезиометрия головки полового члена, которая позволяет определить порог чувствительности. Подробное и всестороннее обоснование целесообразности проведения биотезиометрии головки полового члена для объективной диагностики преждевременной эякуляции приводят L. Guo и соавт. (2017) [13].

Альтернативой биотезиометрии головки полового члена является лидокаиновый тест, который, по мнению Н.Д. Ахвледиани, существенно уступает биотезиометрии в диагностической ценности, а в связи с возможным развитием аллергических реакций не применим у ряда пациентов [14].

Несмотря на большую распространенность заболевания, пациенты не так часто обращаются за помощью к специалистам. Безусловно, последние годы наблюдается рост интереса профессионального сообщества к этой патологии, тем не менее рекомендованные методы диагностики (анкеты-опросники, биотезиометрия) не всегда доступны врачам, а ведущую роль при постановке диагноза играют физикальный осмотр и анамнестические данные.

Современные подходы к коррекции преждевременной эякуляции

На сегодняшний день предложено множество методик коррекции преждевременной эякуляции. Их можно разделить на две большие группы. Первая – снижение чувствительности головки полового члена. Вторая – воздействие на центральную нервную систему и психоэмоциональную сферу. Как первая, так и вторая группа включают в себя медикаментозные (фармакологические) и немедикаментозные (хирургические, психотерапевтические и т.д.) методы.

Немедикаментозное лечение

Одной из основных причин преждевременной эякуляции долгое время считались чрезмерное развитие крайней плоти и/или короткая уздечка полового члена. Из этого предположения следовал вывод о целесообразности выполнения циркумцизио таким пациентам. Иногда в качестве аргумента в пользу оперативного лечения указывался положительный селективный лидокаиновый тест, то есть нанесение местного анестетика на уздечку и нижнюю часть головки полового члена [15]. L. Gallo (2017) оценил эффективность данного подхода, отметив полное и стойкое исчезновение жалоб (через шесть месяцев и позднее после операции) только у 13% мужчин. Несмотря на неприемлемо низкую эффективность, автор не рекомендовал полностью отказываться от циркумцизио для лечения преждевременной эякуляции, считая такую операцию возможной у отдельных пациентов [16].

Все сомнения на предмет целесообразности выполнения циркумцизио при преждевременной эякуляции развеял новейший метаанализ, выполненный Y. Yang и соавт. (2018). Авторы изучили результаты 12 исследований, включающих суммарно 10 тыс. пациентов, перенесших циркумцизио, и 11,5 тыс. больных, которым оперативное лечение не проводилось. Результат вполне однозначен: циркумцизио не оказывает желаемого лечебного эффекта. Достоверное различие между группами состоит лишь в том, что пациенты, перенесшие циркумцизио, реже отмечали боль при половом акте [17].

При подтвержденной биотезиометрией или полным лидокаиновым тестом гиперчувствительности головки полового члена хирургическим методом выбора является денервация головки полового члена. Потеря всех видов чувствительности наблюдается на протяжении двух-трех месяцев, после чего функции пересеченных нервов постепенно восстанавливаются. Данная ме-



тодика основывается на предположении, что в период нарушения иннервации у пациента сформируется более продолжительный эякуляторный рефлекс. Нестойкость результата и неприемлемо высокая частота рецидивов, доходящая, по разным оценкам, до 30–50% [18], обусловили необходимость совершенствования методики. В настоящее время чаще выполняется селективная денервация головки полового члена. Принципиальное отличие заключается в повреждении лишь части чувствительных нервных стволов головки, но повреждение необратимом. Чувствительность головки полового члена частично сохраняется, но с течением времени практически не восстанавливается, что определяет стойкий результат. Операции по денервации головки полового члена напрямую не влияют на эрекцию.

Принципиально другим подходом к коррекции преждевременной эякуляции является воздействие на центральную нервную систему. Применяются поведенческая терапия и психотерапия. Основная цель этих методик состоит в уменьшении тревожности и выработке позитивных для нормального полового акта условных рефлексов. Главное, чтобы половые партнеры сотрудничали и шли на уступки друг другу. В случае соблюдения этих условий позитивные, хотя и не всегда достаточные, результаты наблюдаются практически у всех пациентов [19]. Другой недостаток поведенческой терапии и психотерапии заключается в малой стойкости результата. Иногда первый же эпизод охлаждения отношений между партнерами обесценивает все ранее затраченные усилия. Потому поведенческую терапию и психотерапию обычно сочетают с медикаментозным воздействием на центральную нервную систему. Подобный сочетанный подход в настоящее время считается наиболее эффективным нехирургическим способом лечения преждевременной эякуляции [20].

Фармакологическое лечение

Лекарственными препаратами также можно воздействовать и на чувствительность головки полового члена, и на центральную нервную систему и психоэмоциональную сферу. Некоторые пациенты наносят местные анестетики на кожу головки полового члена. Эффект от их применения краткий, но вполне достаточный для коррекции нарушения. По сути, это терапия по требованию. Практически отсутствуют побочные действия у мужчины. Существенным недостатком является анестезирующий эффект, наблюдаемый у женщины при попадании препарата во влагалище. Поэтому многие пары находят эту методику неприемлемой. Группа китайских исследователей предложила для местной терапии преждевременной эякуляции спрей на основе средств традиционной китайской медицины. Они заявили о высокой клинической эффективности спрея как в режиме монотерапии, так и в сочетании с ингибиторами обратного захвата серотонина [21]. В публикации не указан химический состав вышеупомянутого лекарственного средства, и не вполне понятен механизм его действия. Если местноанестезирующий, то как решается проблема с партнершей? Если проблема не решена, то чем предложенный препарат лучше общеизвестных местных анестетиков?

В настоящее время основное направление медикаментозного лечения преждевременной эякуляции – воздействие на центральную нервную систему. По крайней мере, развитие и совершенствование фармакологической составляющей идет именно по этому пути. Наиболее известны психотропные средства из группы антидепрессантов – ингибиторов обратного захвата серотонина, в частности флуоксетин, пароксетин, сертралин, кломипрамин. В кратком и довольно поверхностном изложении суть их эффекта заключается в торможении времени достижения оргазма, что приводит к удлинению полового акта. Исследования эффективности и безопасности

указанных средств для лечения преждевременной эякуляции довольно многочисленны. Ввиду ограниченности объема статьи рассмотрим только новейшие публикации.

А. Нотмауонфарг и соавт. (2018) опубликовали результаты двойного слепого исследования эффективности семян тамарида в коррекции преждевременной эякуляции. В качестве препарата сравнения был выбран пароксетин, который оказался в итоге более эффективным по сравнению с изучаемым лекарственным средством [22].

А. Hamidi-Madani и соавт. (2018) провели схожее по дизайну исследование, только в качестве препарата сравнения был выбран грамадол. Исследование продолжалось 12 недель, по завершении которых пациентам было предложено оценить качество полового акта с помощью специального опросника. Лучшие результаты оказались в группе грамадола, что позволило сделать вывод о возможности назначения этого препарата при преждевременной эякуляции [23]. Однако нерешенным остался вопрос, насколько целесообразно использовать для терапии отнюдь не жизнеугрожающего нарушения агонист опиатных рецепторов, да еще и длительным курсом.

Весьма позитивные результаты продемонстрировал кломипрамин. Однако, несмотря на достаточно высокую эффективность, его применение ограничено профилем безопасности. Не угрожающие, но весьма неприятные побочные действия диспептического характера вынуждают рекомендовать принимать препарат только в низких (до 15 мг/сут) дозах [24].

Клинический ответ на антидепрессанты значительно варьируется, что, согласно современным представлениям, может определяться генетически обусловленными особенностями ферментных систем, белков-транспортеров медиаторов и т.д. Т.К. Eltonsi и соавт. (2017) оценили роль полиморфизма гена транспортера допамина в патогенезе первичной преждевременной эякуляции и клинической эффек-



тивности пароксетина и эсциталопрама [25]. По нашим данным, это первое исследование генетического аспекта патогенеза и лечения преждевременной эякуляции.

Не стоит забывать, что у всех вышеперечисленных препаратов в перечне зарегистрированных показаний отсутствует диагноз преждевременной эякуляции и предназначены они исключительно для коррекции депрессивных расстройств. Таким образом, их использование попадает под определение off-label и ответственность за назначенное лечение полностью ложится на плечи врача.

В качестве альтернативы ингибиторам обратного захвата серотонина в настоящее время рассматриваются ингибиторы фосфодиэстеразы пятого типа. Они стали применяться для терапии преждевременной эякуляции сравнительно недавно и быстро продемонстрировали обнадеживающие результаты.

М. Abu El-Hamd (2018) на основе результатов плацебоконтролируемого рандомизированного исследования рекомендует для терапии преждевременной эякуляции тадалафил в ежедневной дозе 5 мг курсом шесть недель [26].

М. Martyn-St James и соавт. (2017) выполнили систематический обзор и метаанализ 12 клинических исследований эффективности и безопасности ингибиторов фосфодиэстеразы пятого типа в лечении преждевременной эякуляции. Авторы с высокой достоверностью еще раз подтвердили клинический эффект изучаемых препаратов по сравнению с плацебо. Силденафил оказался более действенным по сравнению с поведенческой терапией и психотерапией без медикаментозной поддержки, но уступал местным анестетикам и трамадолу. Кроме того, авторы отметили высокую эффективность комбинации «ингибиторы фосфодиэстеразы пятого типа + ингибиторы обратного захвата серотонина» [27]. Однако прямого сравнения этих лекарственных средств не проводилось.

Y. Sun и соавт. (2017) также подтвердили целесообразность комбинации ингибиторов фосфодиэс-

теразы пятого типа и ингибиторов обратного захвата серотонина, подчеркивая, что профиль безопасности у этих лекарственных средств вполне благоприятен и их применение в комбинации не имеет достоверных отличий от приема по отдельности [28].

Новые препараты для лечения преждевременной эякуляции

В 2013 г. в клиническую практику был введен новый ингибитор обратного захвата серотонина дапоксетин, специально разработанный для лечения преждевременной эякуляции. Оригинальный препарат дапоксетин на отечественном рынке не появился, но по окончании пятилетнего срока патентной защиты его синтезировала и зарегистрировала по единственному показанию «преждевременная эякуляция» российская фармацевтическая компания «АО «ФП Оболенское». Препарат доступен на территории РФ под названием Примаксетин® и выпускается в дозировке 30 мг. Доказательная база дапоксетина всесторонне проанализирована в недавно опубликованной статье Н.Д. Авхледиани и соавт. (2017), которые сделали заключение о высокой клинической эффективности и безопасности дапоксетина, целесообразности его применения в российской урологической практике [12].

В настоящее время имеется единственный опубликованный метаанализ по дапоксетину, объединяющий пять качественных (отвечающих категории В) исследований [29]. Получены убедительные доказательства большей (в 3,19 раза по результатам анкетирования) эффективности монотерапии дапоксетином в сравнении с плацебо ($p < 0,00001$). Как и другие ингибиторы обратного захвата серотонина, дапоксетин хорошо сочетается с ингибиторами фосфодиэстеразы пятого типа, причем как короткого (силденафил), так и длительного (тадалафил) действия [30]. Важно, что между этими препаратами отсутствуют клинически значимые лекарственные взаимодействия.

Профиль безопасности дапоксетина вполне благоприятен. Нежелательные явления наблюдались суммарно у 29,6% пациентов, но только 1,6% больных нашли побочные действия значимыми и отказались от продолжения терапии. Наиболее часто пациенты отмечали тошноту, диарею, головную боль, головокружение, то есть в основном субъективные и преходящие явления [30].

Как назначать дапоксетин? Рекомендуются начинать с 30 мг за один – три часа до предполагаемого коитуса, но не чаще чем раз в 24 часа. Однако при отсутствии клинического эффекта от терапии и хорошей индивидуальной переносимости препарата врач может повысить разовую дозу до 60 мг.

Клиницисты выделяют два основных преимущества дапоксетина перед другими, более ранними представителями ингибиторов обратного захвата серотонина. В их основе лежат фармакокинетические свойства препарата, которые достигаются за счет нафтильного компонента. Первое преимущество – скорость достижения клинического эффекта. За счет быстрой реабсорбции максимальная концентрация препарата в организме достигается уже через час после приема. Благодаря этому свойству дапоксетин можно принимать по требованию и нет необходимости в длительном курсовом приеме. Второе преимущество заключается в быстрой экскреции. Известна печальная статистика суицидальных явлений у пациентов на фоне приема более ранних ингибиторов обратного захвата серотонина. Специалисты полагают, что это связано с накопительным эффектом препарата и отсутствием депрессии в анамнезе. Дапоксетин в отличие от вышеописанных препаратов не обладает накопительным эффектом, что обусловлено быстрым выведением препарата из организма (24 часа). Таким образом, можно назначать дапоксетин без риска возникновения тяжелых побочных реакций. Необходимо подчеркнуть, что в руководстве Европейской ассоциации уроло-



гов (2017) дапоксетин указан как единственный рекомендованный лекарственный препарат для лечения преждевременной эякуляции, назначаемый по требованию [31]. Разрабатываются и исследуются на предмет эффективности и безопасности новые лекарственные средства системного применения из других фармакологических групп. Т. Cai и соавт. (2018) сообщили об успешном прохождении первой фазы клинических испытаний препарата на основе диаллилсульфата [32], сероорганического соединения, первоначально выделенного из чеснока, а затем синтезированного в лабораторных условиях. До введения препарата в клиническую практику еще далеко, однако не исключено, что арсенал методик лечения преждевременной эякуляции в скором времени пополнится еще одним лекарственным средством.

Заключение

Особое внимание к качеству жизни пациента в настоящее время – характерная особенность всех направлений клинической медицины, и урология не исключение. Подтверждением тому слу-

жит прогрессивный рост числа публикаций по проблеме преждевременной эякуляции – проблеме, не определяющей ни прогноз, ни общее состояние, ни даже фертильность пациента, а «всего лишь» (!) качество его жизни. Кроме того, повышенный интерес к этому нарушению свидетельствует о нерешенности вопроса и неудовлетворенности имеющимися в арсенале клинициста медицинскими технологиями.

Отсутствие единых критериев диагностики и лечения пациентов, страдающих преждевременной эякуляцией, делает вопрос стандартизации актуальным. Согласно последним клиническим рекомендациям Европейской ассоциации урологов, использование секундомеров для определения времени интравагинальной задержки семяизвержения не рекомендуется. В этой связи анамнестические данные, которые строятся на субъективном восприятии пациента, играют одну из ведущих ролей при постановке диагноза.

Применение новых лекарственных препаратов, в частности дапоксетина, адаптированных именно для этой специфичной категории паци-

ентов, в сочетании с психотерапевтическими методиками, а в отдельных ситуациях и с хирургическим вмешательством позволяют надеяться на значительное улучшение качества медицинской помощи таким мужчинам в самое ближайшее время.

Отечественным урологам стоит помнить, что назначение официально не зарегистрированных в стране препаратов и применение лекарственных препаратов off-label может быть не только неэффективным, но и небезопасным для пациентов. В последних рекомендациях Европейской ассоциации урологов дапоксетин назван единственным лекарственным препаратом для лечения пациентов с преждевременной эякуляцией, назначаемым по требованию. С недавнего времени в арсенале российских специалистов появился официальный лекарственный препарат дапоксетин (Примаксетин®), который уже используется в клинической практике. Его назначают пациентам с преждевременной эякуляцией, а также мужчинам, которые не удовлетворены уровнем контроля над эякуляцией и временем полового акта. 🌐

Литература

1. Canat L., Değirmençepi R.B., Atalay H.A. et al. The relationship between female sexual function index domains and premature ejaculation // *Int. Urol. Nephrol.* 2018. Vol. 50. № 4. P. 633–637.
2. Chen X., Wang F.X., Hu C. et al. Penile sensory thresholds in subtypes of premature ejaculation: implications of comorbid erectile dysfunction // *Asian J. Androl.* 2018. Vol. 20. № 4. P. 330–335.
3. Yang X., Gao M., Zhang L. et al. Central neural correlates during inhibitory control in lifelong premature ejaculation patients // *Front. Hum. Neurosci.* 2018. Vol. 12. ID 206.
4. Yang B.B., Xia J.D., Hong Z.W. et al. No effect of abstinence time on nerve electrophysiological test in premature ejaculation patients // *Asian J. Androl.* 2018. Vol. 20. № 4. P. 391–395.
5. Zhu D., Dou X., Tang L. et al. Prevalence of prostatitis-like symptoms and outcomes of NIH-CPSI in outpatients with lifelong and acquired PE: based on a large cross-sectional study in China // *Biomed. Res. Int.* 2017. Vol. 2017. ID 3473796.
6. Kempeneers P., Andrianne R., Cuddy M., Blairy S. Sexual cognitions, trait anxiety, sexual anxiety, and distress in men with different subtypes of premature ejaculation and in their partners // *J. Sex. Marital. Ther.* 2018. Vol. 44. № 4. P. 319–332.
7. Bronner G., Israeli-Korn S., Hassin-Baer S., Yahalom G. Acquired premature ejaculation in Parkinson's disease and possible mechanisms // *Int. J. Impot. Res.* 2018. Vol. 30. № 4. P. 153–157.
8. Khan H.L., Bhatti S., Abbas S. et al. Longer trinucleotide repeats of androgen receptor are associated with higher testosterone and low oxytocin levels in diabetic premature ejaculatory dysfunction patients // *Basic Clin. Androl.* 2018. Vol. 28. ID 3.
9. Yildiz Y., Kilinc M.F., Doluoglu O.G. Is there any association between regular physical activity and ejaculation time? // *Urol. J.* 2018. Vol. 15. № 5. P. 285–289.
10. Guo F., Xi Y.B., Gao M. et al. Alterations in cortical thickness in nonmedicated premature ejaculation patients: a morphometric MRI study // *J. Magn. Reson. Imaging.* 2018. Vol. 47. № 3. P. 656–662.
11. Li C., Zhang X.S., Tang D.D. et al. Correlation between premature ejaculation diagnostic tool and International Index of Erectile Function-15 in different types of premature ejaculation // *Zhonghua Nan Ke Xue.* 2016. Vol. 22. № 9. P. 777–781.
12. Авхледиани Н.Д., Матюхов И.П. Доказательность эффективности и безопасности дапоксетина при лечении преждевременного семяизвержения // *Урология.* 2017. № 5. С. 106–110.
13. Guo L., Liu Y., Wang X. et al. Significance of penile hypersensitivity in premature ejaculation // *Sci. Rep.* 2017. Vol. 7. № 1. ID 10441.
14. Авхледиани Н.Д., Гвасалия Б.Р. Преждевременная эякуляция: отличить от нормы // *Урология сегодня.* 2018. № 2. С. 1–3.

Урология



15. Gao J, Xu C, Zhang J. *et al.* Effects of adult male circumcision on premature ejaculation: results from a prospective study in China // *Biomed. Res. Int.* 2015. Vol. 2015. ID 417846.
16. Gallo L. The prevalence of an excessive prepuce and the effects of distal circumcision on premature ejaculation // *Arab. J. Urol.* 2017. Vol. 15. № 2. P. 140–147.
17. Yang Y, Wang X, Bai Y, Han P. Circumcision does not have effect on premature ejaculation: a systematic review and meta-analysis // *Andrologia.* 2018. Vol. 50. № 2.
18. Аляев Ю.Г., Ахвледиани Н.Д. Сравнение эффективности селективной пенильной денервации и циркумцизио при первичной преждевременной эякуляции // *Урология.* 2016. № 1-S1. С. 60–64.
19. Mantovani F. Pharmacological/dynamic rehabilitative behavioural therapy for premature ejaculation: results of a pilot study // *Arch. Ital. Urol. Androl.* 2017. Vol. 89. № 2. P. 148–150.
20. Pavone C, Abbadessa D, Gambino G. *et al.* Premature ejaculation: pharmacotherapy vs group psychotherapy alone or in combination // *Arch. Ital. Urol. Androl.* 2017. Vol. 89. № 2. P. 114–119.
21. Cui Y.D., Hu S.B., Wu B. *et al.* Efficacy of combined traditional Chinese medicine spray with premature ejaculation desensitization therapy for the treatment of primary premature ejaculation // *Afr. Health Sci.* 2017. Vol. 17. № 3. P. 603–613.
22. Homayounfar A., Aminsharifi A., Salehi A. *et al.* A randomized double-blind placebo-controlled trial to assess the effect of tamarind seed in premature ejaculation // *Adv. Biomed. Res.* 2018. Vol. 7. ID 59.
23. Hamidi-Madani A., Motiee R., Mokhtari G. *et al.* The efficacy and safety of on-demand tramadol and paroxetine use in treatment of life long premature ejaculation: a randomized double-blind placebo-controlled clinical trial // *J. Reprod. Infertil.* 2018. Vol. 19. № 1. P. 10–15.
24. Kim S.W., Choi J.B., Kim S.J. *et al.* Tolerability and adequate therapeutic dosage of oral clomipramine for the treatment of premature ejaculation: a randomized, double-blind, placebo-controlled, fixed-dose, parallel-grouped clinical study // *Int. J. Impot. Res.* 2018. Vol. 30. № 2. P. 65–70.
25. Eltonsi T.K., Tawfik T.M., Rashed L.A. *et al.* Study of the link between dopamine transporter gene polymorphisms and response to paroxetine and escitalopram in patients with lifelong premature ejaculation // *Int. J. Impot. Res.* 2017. Vol. 29. № 6. P. 235–239.
26. Abu El-Hamd M. Efficacy and safety of daily use of tadalafil in treatment of patients with premature ejaculation: a randomised placebo-controlled clinical trial // *Andrologia.* 2018. Vol. 50. № 5. ID e13005.
27. Martyn-St James M., Cooper K., Ren S. *et al.* Phosphodiesterase-5 inhibitors for premature ejaculation: a systematic review and meta-analysis // *Eur. Urol. Focus.* 2017. Vol. 3. № 1. P. 119–129.
28. Sun Y, Yang L., Bao Y. *et al.* Efficacy of PDE5Is and SSRIs in men with premature ejaculation: a new systematic review and five meta-analyses // *World J. Urol.* 2017. Vol. 35. № 12. P. 1817–1831.
29. Yue F.G., Dong L., Hu T.T., Qu X.Y. Efficacy of dapoxetine for the treatment of premature ejaculation: a meta-analysis of randomized clinical trials on intravaginal ejaculatory latency time, patient-reported outcomes, and adverse events // *Urology.* 2015. Vol. 85. № 4. P. 856–861.
30. McMahon C.G., Giuliano F., Dean J. *et al.* Efficacy and safety of dapoxetine in men with premature ejaculation and concomitant erectile dysfunction treated with a phosphodiesterase type 5 inhibitor: randomized, placebo-controlled, phase III study // *J. Sex. Med.* 2013. Vol. 10. № 9. P. 2312–2325.
31. Hatzimouratidis K., Giuliano F., Moncada I. *et al.* EAU guidelines on erectile dysfunction, premature ejaculation, penile curvature and priapism, 2017 // www.uroweb.org/wp-content/uploads/16-Male-Sexual-Dysfunction_2017_web.pdf.
32. Cai T, Cocci A., Cito G. *et al.* The role of diallyl thiosulfinate associated with nuciferine and diosgenin in the treatment of premature ejaculation: a pilot study // *Arch. Ital. Urol. Androl.* 2018. Vol. 90. № 1. P. 59–64.

Current Trends in Premature Ejaculation Treatment

S.K. Yarovoy^{1,2}, R.A. Khromov², O.V. Dzhililov¹

¹ N.A. Lopatkin Scientific Research Institute of Urology and Interventional Radiology – Branch of National Medical Research Radiological Center of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation, Moscow

² City Clinical Hospital named after D.D. Pletnev, Moscow

Contact person: Sergey Konstantinovich Yarovoy, uroweb@yandex.ru

The article analyzes the literature on the problem of diagnosis and treatment of premature ejaculation. The classification and modern concepts of this disorder pathogenesis are discussed. The key one is considered to be functional changes in the cerebral cortex, as well as hypersensitivity of the penis head. There is the evidence of a possible genetically determined component of this sexual disorder, as well as the link to the androgen profile. The main method of objective diagnosis of premature ejaculation is considered the biothesiometry of the penis head. The article describes in detail the most important modern methods of premature ejaculation correction. It is shown that it is not advisable to perform circumcision; recommendations for the denervation of the penis head are given. Currently, preference is given to medical methods of premature ejaculation correction. The evidence base of serotonin reuptake inhibitors and phosphodiesterase type 5 inhibitors is comprehensively considered. The advantages of the new drug for the premature ejaculation treatment from the group of serotonin – dapoxetine reuptake inhibitors are featured.

Key words: premature ejaculation, phosphodiesterase type 5 inhibitors, serotonin reuptake inhibitors, dapoxetine