

## РЕКОМЕНДАЦИИ ПО МУЖСКОЙ СЕКСУАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ:

### Эректильная дисфункция и преждевременная эякуляция

(Последняя версия: март 2009)

И. Веспес, И. Амар, И. Иртли, Ф. Джулиано, Д. Хатци-христу, К. Хатцимуратидис, Ф. Монторси, Я. Варди

Европейская Урология 2002;41(1):1-5.  
Европейская Урология 2006;49(5):806-15

#### Определение, эпидемиология и факторы риска

Эректильная дисфункция (ЭД) у мужчин определяется как неспособность достигать и поддерживать эрекцию, достаточную для проведения полового акта. Несмотря на неопасный для жизни характер заболевания, ЭД находится во взаимосвязи с физическим и психосоциальным здоровьем мужчин и имеет значительное влияние на качество жизни, как самих больных, так и их партнеров и семей. Недавний обзор эпидемиологических исследований по ЭД показал, что приблизительно 5-20% мужчин имеют ЭД от умеренной до тяжелой степени выраженности. Такие различия в числе случаев вероятно происходят от различий в методологии и возрасте и социально-экономическом статусе исследуемого населения.

Для ЭД характерны те же типичные факторы риска, что и для заболеваний сердечно-сосудистого характера: отсутствие физической нагрузки, ожирение, курение, гиперхолестеринемия и метаболический синдром. Устранение факторов риска (главным образом, регулярная физическая нагрузка или потеря веса) могут уменьшить риск ЭД. Еще один фактор риска эректильной дисфункции — это радикальная простатэктомия (РП) в любом виде (открытая, лапароскопическая или роботизированная)

из-за риска повреждения кавернозного нерва, слабой оксигенации пещеристого тела и васкулярной недостаточности. Около 25-75% мужчин после РП имеют эректильную дисфункцию. В идеале пациенты готовящиеся к нервосберегающей радикальной простатэктомии (НСРП) должны быть способны к половому акту и кавернозные нервы должны быть сохранены для восстановления эректильной функции после РП.

#### Диагностика и исследования

##### Основные исследования

Начальные исследования (минимальная диагностическая оценка, Рисунок 1) должны проводиться каждому пациенту с ЭД.

По причине потенциального риска со стороны сердца, который сопутствует половой активности, вторая Принстонская конференция по достижению консенсуса (Princeton Consensus Conference) разделила пациентов с эректильной дисфункцией, нуждающихся в инициации или возобновлении половой активности, на три категории риска (Рисунок 2). Группа низкого риска включает асимптоматических пациентов с менее чем 3-мя факторами риска для болезни коронарных артерий (исключая половую принадлежность); со стабильной или легкой стенокардией (диагностированной и/или подвергающейся лечению), с перенесенным инфарктом миокарда без осложнений, с дисфункцией левого желудочка/застойной сердечной недостаточностью (класс I, Нью-Йоркская кардиологическая ассоциация, NYHA), после успешной коронарной реваскуляризации, контролируемой гипертензией и легкой степени клапанной болезнью. Все остальные пациенты включены в категории промежуточного и высокого риска и нуждаются в консультации кардиолога.

## Специфические исследования и тесты

Большинство пациентов с ЭД проходят стандартный комплекс диагностических процедур, однако, некоторые обстоятельства могут потребовать проведения специфических диагностических исследований:

- Пациенты с первичным эректильным расстройством (не обусловленным органическим заболеванием или психогенным расстройством).
- Молодые пациенты с перенесенной тазовой или промежностной травмой, для которых могла бы оказаться эффективной операция на сосудах, направленная на потенциальное излечение.
- Пациенты с деформацией полового члена (например, болезнь Пейрони, врожденное искривление), которая может потребовать хирургической коррекции.
- Пациенты со сложными психиатрическими или психологическими расстройствами.
- Пациенты со сложными расстройствами эндокринной системы.
- Специфические тесты могут быть назначены по просьбе пациента либо его партнера.
- По судебно-медицинским причинам (например, имплантация протеза полового члена, сексуальное насилие).

Специфические диагностические анализы включают:

- Ночное набухание и ригидность пениса (ННРП) с применением прибора РиджиСкан®.
- Исследования сосудов.
  - Внутрикавернозная инъекция вазоактивного препарата.
  - Дуплексное ультразвуковое исследование кавернозных артерий.
  - Динамическая инфузионная кавернозометрия/кавернозография (ДИКК).
  - Артериография внутренней срамной артерии.
- Неврологические исследования (например, измерение латентного периода бульбокавернозного рефлекса, исследование нервной проводимости).

- Эндокринологические исследования.
- Специализированное психодиагностическое обследование.

ННРП должно оцениваться, по меньшей мере, в течение 2-х ночей. Наличие эрекции, которая характеризуется, по меньшей мере, 60% твердости, зафиксированной возле головки полового члена, длительностью 10 минут и более, должна рассматриваться как свидетельство функциональной сохранности механизма.

Исследование с внутрикавернозной инъекцией дает ограниченную информацию относительно состояния сосудов. Простейшим диагностическим методом для оценки состояния сосудов является дуплексное ультразвуковое исследование. Нет необходимости продолжать исследование сосудов, если дуплексное обследование показывает норму (пик систолического тока крови выше 30 см/с, индекс резистентности выше 0.8). Если фиксируется отклонение от нормы, то артериографию и ДИКК следует проводить только у пациентов, которые рассматриваются в качестве потенциальных кандидатов для сосудистой восстановительной хирургии.

## Рекомендации по диагностическим исследованиям

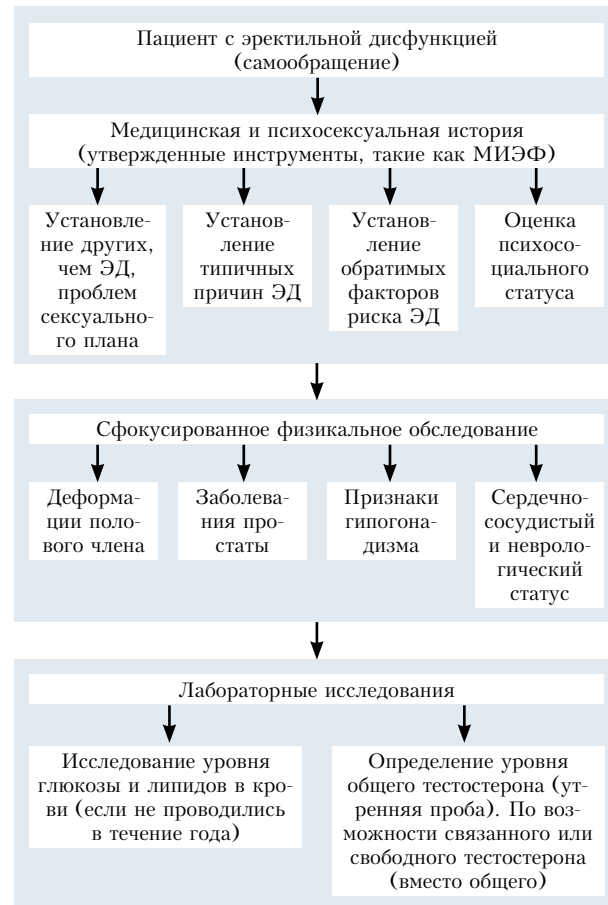
| Рекомендации  | УО | СР |
|---|----|----|
| • Клиническое использование согласованной анкеты в отношении ЭД может помочь найти ответы на все вопросы о сексуальной функции и результате соответствующего метода терапии | 3  | В  |
| • Физикальное обследование необходимо при первичной оценке ЭД для того, чтобы определить исходные медицинские характеристики связанные с ЭД                                 | 4  | В  |

• Рутинные лабораторные тесты, включая 4 В анализ крови на липиды и глюкозу и общий тестостерон, необходимы для определения и терапии обратимых факторов риска и изменяемых факторов стиля жизни.

• Специфические диагностические тесты по- 4 В казаны только при нескольких условиях

*УО – уровень обоснованности, СР – степень рекомендации, ЭД – эректильная дисфункция*

**Рисунок 1. Минимальная диагностическая оценка (основные исследования) пациентов с эректильной дисфункцией**



**Рисунок 2. Алгоритм лечения в соответствии с кардиальным риском. (вторая Принстонская конференция по достижению консенсуса)**



## Лечение ЭД

Лишь определенные типы эректильной дисфункции потенциально излечимы специфическими видами терапии:

- Психогенная ЭД: можно назначать либо только психосексуальную терапию, либо вместе с другими терапевтическими подходами, но терапия в любом случае требует времени и исход различен.
- Посттравматическая артериогенная ЭД у молодых пациентов: реваскуляризация сосудов полового члена имеет 60-70% продолжительного успеха.
- Гормональная ЭД: заместительная терапия тестостероном эффективна, но ее следует применять после исключения каких-либо других эндокринологических причин тесткулярных нарушений. На сегодняшний день данный вид терапии противопоказан мужчинам с раком предстательной железы (в истории болезни) или симптомами простатизма. Необходимо пристальное наблюдение вместе с пальцевым ректальным исследованием, анализом ПСА и определением уровня гематокрита, а также наблюдение за болезнью печени и предстательной железы.

Применение проэректильных препаратов после радикальной простатэктомии чрезвычайно важно для восстановления эректильной функции после операции. Несколько исследований показали высокий уровень восстановления эректильной функции после РП у пациентов, которые получали какие-либо ингибиторы типа фосфодиэстеразы 5-го типа (ФДЭ-5) или интракавернозные инъекции (в терапевтических или профилактических целях). Сексуальную реабилитацию необходимо начинать как можно раньше после РП.

Большинство мужчин с эректильной дисфункцией берут лечение различными методами, не учитывающими специфики причины появления заболевания. Такой подход приводит к выработке структурированной лечебной стратегии, которая основывается на эффективности, безопасности, инвазивности и расходах на лечение, а также на удовлетворенности пациента и его партнера. Алгоритм лечения ЭД представлен на рисунке 3.

Рисунок 3. Алгоритм лечения ЭД



## Терапия первой линии Оральная фармакотерапия

На сегодняшний день на рынке существуют три потенциально селективных ингибитора PDE5, одобренных Европейским агентством лекарственных средств, с доказанной эффективностью и безопасностью при лечении ЭД. Они не инициируют эрекцию, но требуют сексуальной стимуляции для появления эрекции. Эффективность определяется как твердость достаточная для вагинального проникновения.

### Силденафил (Viagra™)

Силденафил, начавший применяться в 1998, является первым ингибитором PDE5. Его эффективность проявляется спустя 30-60 мин после приема. Тяжелая жирная пища может уменьшить или продлить всасывание препарата. Его назначают в дозах 25, 50 и 100 мг. Рекомендуемая начальная доза — 50 мг, затем величину дозы определяют в соответствии с реакцией на препарат и побочными эффектами. Эффективность может сохраняться вплоть до 12 часов.

Данные предпродажных исследований показывают, что после 24 недель лечения в рамках испытания «доза — ответ» улучшенная эрекция наблюдалась у 56%, 77% и 84% мужчин принимавших 25, 50 и 100мг силденафила, соответственно, по сравнению с 25% мужчин, принимавших плацебо. Эффективность силденафила практически в каждой подгруппе пациентов с ЭД является установленной.

### Тадалафил (Cialis™)

Тадалафил получил лицензию в 2003 году. Он эффективен спустя 30 минут после приема, но его максимальная эффективность достигается спустя 2 часа. Поддерживается на протяжении 36 часов. Прием пищи не влияет на его эффективность. Препарат назначают в дозах 10 и 20 мг. Рекомендуемая начальная доза — 10мг,

затем величину дозы определяют в соответствии с ответом на препарат и побочными эффектами.

Данные предпродажных исследований показывают, что после 12 недель лечения в рамках испытания «доза — ответ» улучшение эрекции наблюдалась у 67% и 81% мужчин, принимавших 10мг и 20мг тадалафила по сравнению с 35% в контрольной группе с плацебо. Эти результаты нашли подтверждение в данных послепродажных исследований. Тадалафил также привел к улучшению эрекции в подгруппах пациентов, тяжело поддающихся лечению.

### *Варденафил (Левитра™)*

Варденафил получил лицензию в 2003 году. Он эффективен спустя 30 минут после приема. Его эффект ослабляется приемом тяжелой жирной пищи (>57% жира). Назначается в дозах 5, 10 и 20мг. Рекомендуемая начальная доза — 10мг, затем величину дозы определяют в соответствии с ответом на препарат и побочными эффектами. Препарат *in vitro* является в 10 раз эффективнее силденафила. Однако, данный факт необязательно подразумевает большую клиническую эффективность.

Данные предпродажных исследований показывают, что после 12 недель лечения в рамках испытания «доза — ответ» улучшенная эрекция наблюдалась у 66%, 76% и 80% мужчин, принимавших 5мг, 10мг и 20мг варденафила, соответственно, по сравнению с 30% принимавших плацебо. Эффективность препарата была подтверждена в постмаркетинговых исследованиях. Варденафил также привел к улучшению эрекции в подгруппах пациентов, тяжело поддающихся лечению.

### **Выбор или предпочтения для различных ингибиторов ФДЭ-5 (PDE5)**

Выбор ингибитора ФДЭ-5 зависит от частоты половых актов (случайное применение или регулярная терапия

3-4 раза в неделю) и личного восприятия пациентом препарата. Пациенты должны знать имеет ли препарат длительный или краткосрочный эффект, возможные недостатки и как его применять.

### *Применение ингибиторов ФДЭ-5 по требованию или постоянно*

Хотя ингибиторы ФДЭ-5 были введены как препараты для применения по требованию, в 2008 году для непрерывного ежедневного применения был введен тадалафил — 2,5 и 5 мг в сутки. Два исследования ежедневного применения 5 и 10 мг тадалафила в течение 12 недель и ежедневного применения 2,5 и 5 мг тадалафила в течение 24 недель показали, что суточная доза хорошо переносилась и значительно улучшила эректильную функцию. Похожие результаты выявились у пациентов с диабетом. Однако эти исследования не охватили применение препарата по требованию. Ежедневное применение тадалафила является альтернативой дозе по требованию для пар, которые предпочитают спонтанную половую жизнь четко распланированной или для тех, кто живет частой половой жизнью. Суточное дозирование превышает необходимую дозу по требованию, поскольку соотношение между дозировкой и сексуальной активностью еще только предстоит установить.

Другие исследования показали, что хроническая, не по требованию, терапия тадалафиллом улучшает эндотелиальную функцию и имеет длительный эффект после прекращения приема. Это было подтверждено и другим исследованием длительного приема силденафила среди мужчин с диабетом 2 типа. Напротив, другое рандомизированное контролируемое исследование выявило, что варденафил один раз в сутки в дозе 10 мг/день не оказывает поддерживающего эффекта после прекращения приема в сравнении с приемом варденафила по требованию пациентами с легкой и умеренной ЭД.

### *Нежелательные явления*

Среди распространенных нежелательных явлений — головная боль, гиперемия лица, головокружение, диспепсия и заложенность носа. Силденафил и варденафил также ассоциируются с расстройством зрения менее, чем у 2% пациентов, тогда как тадалафил — с болью в пояснице/миалгией у 6% пациентов. И все же, нежелательные явления обычно слабо выражены по своей природе, самокупируются в процессе длительного применения, и показатель отмены из-за нежелательных явлений такой же, как и с плацебо.

### *Сердечно-сосудистая безопасность*

Клинические испытания и результаты послепродажных исследований всех ингибиторов PDE5 продемонстрировали отсутствие роста частоты инфаркта миокарда. Ни один из ингибиторов ФДЭ-5 не оказал неблагоприятного воздействия на общее время физической нагрузки или время до возникновения ишемии в течение нагрузочной пробы у мужчин со стабильной стенокардией. Фактически, они в действительности могут даже улучшить результаты нагрузочной пробы.

Нитраты полностью противопоказаны для приема вместе с ингибиторами ФДЭ-5 в силу их непредсказуемого гипотензивного воздействия. Длительность взаимодействия органических нитратов и ингибиторов ФДЭ-5 зависит от исследуемого ингибитора и нитрата. Если у пациента развивается стенокардия на фоне приема ингибитора ФДЭ-5, можно назначить прием других лекарственных средств вместо нитроглицерина или назначить последний по прошествии адекватного времени (24 часа для силденафила и 48 часов для тадалафила).

В общем, профиль нежелательных явлений ингибиторов ФДЭ-5 не будет ухудшаться, даже если пациент будет принимать множество гипотензивных агентов.

### *Взаимодействие с альфа-блокаторами*

Все ингибиторы PDE5 вступают во взаимодействие с альфа-блокаторами, что при определенных условиях может привести к ортостатической гипотензии. В настоящее время на маркировке силденафила указано предостережение о том, что не следует принимать дозу препарата 50 или 100 мг в течение 4-х часов после приема альфа-блокатора. Не рекомендуется одновременный прием варденафила с альфа-блокаторами. Однако, совместное назначение варденафила с тамсулозином не ассоциировано с клинически значительной гипотензией. Прием тадалафина противопоказан пациентам, принимающим альфа-блокаторы, за исключением тамсулозина.

### *Дозирование с другими лекарствами*

Низкие дозы ингибиторов PDE5 могут требоваться пациентам, принимающим кетоконазол, итраконазол, эритромицин, кларитромицин и ингибиторы ВИЧ-протеазы (ритонавир, сакинавир). Высокие дозы ингибиторов PDE5 могут оказаться необходимыми для пациентов, принимающих рифампицин, фенобарбитал, фенитоин и карбамазепин. Почечная или печеночная недостаточность могут потребовать корректировки дозы у пациентов с гипогонадизмом. Дополнение андрогенами улучшает эректильный ответ.

### **Терапия пациентов, которые не отвечают на ингибиторы ФДЭ-5**

Двумя основными причинами, почему пациенты не отвечают на ингибиторы ФДЭ-5, является либо некорректный прием препарата, либо его неэффективность. Врачу следует убедиться, что пациент применяет лицензированный препарат и что препарат был прописан верно и корректно применяется (адекватная сексуальная стимуляция и дозировка и достаточный промежуток времени между приемом препарата и попыткой полового акта).

При условии, что пациент правильно употребляет ингибиторы ФДЭ-5, существует несколько способов улучшения эффективности. Среди них коррективка соответствующих факторов риска, терапия гипогонадизма, замена одного ингибитора ФДЭ-5 другим или продолжительный прием ингибитора. Существуют ограниченные доказательства успешности таких рекомендаций.

### **Вакуумный аппарат**

Вакуумный аппарат создает разрежение воздуха вокруг полового члена, тем самым, задерживая венозную кровь в половом члене, которая затем удерживается посредством наложения видимого сжимающего кольца у основания пениса. Наиболее приемлемо у более пожилых пациентов. Эффективность, определяемая эрекцией достаточной для полового акта, приравнивается к 90%. Показатели удовлетворенности колеблются между 27% и 94%. При продолжительном использовании вакуумных аппаратов эффект сохраняется до 50-64% после 2 лет. Большинство мужчин, которые прекращают применение вакуумных аппаратов, делают это в течение 3 месяцев. Нежелательные явления, ассоциированные с вакуумной терапией, — боль в половом члене, онемение и отсроченная эякуляция — проявляются у менее 30% пациентов.

### **Терапия второй линии**

Пациентам, не отвечающим на оральные лекарства можно предложить внутрикавернозные инъекции. Алпростадил (Каверджект®, Эдекс/Виридал®) является и единственным препаратом, одобренным для внутрикавернозного лечения эректильной дисфункции в дозе 5-40 мкг. Эрекция появляется спустя 5-15 минут и длится в зависимости от введенной дозы. Программа тренинга (одно или два посещения) необходима, чтобы пациент научился правильно осуществлять процесс инъекции.

Показатели эффективности внутрикавернозного алпростадила составляют более 70%, при этом зафиксиро-

вана сексуальная активность после 94% инъекций; показатели удовлетворенности составляют 87-93.5% у пациентов и 86-90.3% у их партнеров. Количество пациентов, прекративших лечение, 41-68%, при этом наибольшее количество отказов отмечается в первые 2-3 месяца. Среди осложнений препарата — боль в половом члене (50% пациентов после 11% инъекций), пролонгированная эрекция (5%), приапизм (1%) и фиброз (2%). Комбинация препаратов (главным образом из трех компонентов: алпростадила+ папаверин+ фентоламин) может усиливать эффективность до 90%. Фиброз был более распространен (5-10%), если применялся папаверин (в зависимости от суммарной дозы).

После 4-х часовой эрекции пациентам рекомендуется проконсультироваться с врачом, дабы избежать какого-либо повреждения интракавернозной мышцы, что может привести к устойчивой импотенции. Для аспирации крови и, следовательно, уменьшения интракавернозного давления используют иглу 19 G. Обычно этой простой процедуры достаточно, чтобы сделать половой член вялым. Однако, если после этого половой член снова становится твердым, требуется внутрикавернозное введение фенилэфрина в начальной дозе 200 мкг каждые 5 минут, с увеличением дозы до 500 мкг при необходимости. Когда случается такая проблема, для следующей интракавернозной инъекции дозу алпростадила обычно уменьшают.

Простагландин E1 может назначаться интрауретрально в форме полутвердой гранулы. Специальное кольцо, помещенное у основания полового члена, по-видимому, улучшает результирующую твердость. Клинический эффект ниже, чем при интракавернозной инъекции, однако около 70% пациентов удовлетворены терапией. Побочные эффекты включают боль в половом члене (29-41%), головокружение (1,9-14%) и уретральное кровотечение (5%).



## Терапия третьей линии (протезирование полового члена)

Хирургическая имплантация протезов полового члена может быть предложена пациентам, для которых медикаментозное лечение оказалось неэффективным или которые предпочитают перманентное решение их проблемы. Существуют два вида протезов: гибкие (полутвердые) и надувные (двух- или трёхкамерные). Большинство пациентов предпочитают трёхкамерные протезы в силу достижения более «естественной» эрекции, но они гораздо более дорогие. Сообщается о 70-87% удовлетворенности пациентов после надлежащего консультирования.

Два основных осложнения имплантации протезов полового члена — это механические неполадки (менее 5% после 5-летнего последующего наблюдения в случаях с трехкамерными протезами) и инфекция (2-3% с антибиотикопрофилактикой — в дальнейшем возможно сокращение процентов с помощью имплантации пропитанного антибиотиками протеза или протеза с гидрофильным покрытием). При инфекции необходимо удалить протез, назначить прием антибиотиков и повторную имплантацию произвести спустя 6-12 месяцев. И все же, спасительная терапия с удалением и повторной имплантацией в одно и то же время, после обильного промывания тканей мультилекарственными растворами ассоциирована с 82% эффективностью. Несмотря на то, что диабет считается основным фактором риска для появления инфекции, это не подтверждается текущими исследованиями.

| Рекомендации по терапии ЭД   | УО | СР |
|--|----|----|
| • Терапии ЭД должны предшествовать или сопутствовать изменению стиля жизни и устранению факторов риска | 1b | A  |
| • Проэрективные меры следует предпринять как можно раньше после радикальной простатэктомии             | 1b | A  |

|  |    |   |
|--|----|---|
| • Если обнаружена излечимая причина ЭД, в первую очередь следует лечить эту причину  | 1b | B |
| • Ингибиторы ФДЭ-5 являются терапией первой линии  | 1a | A |
| • Назначение ежедневного приема ингибиторов ФДЭ-5 может улучшить результаты и восстановить эректильную функцию                           | 1b | A |
| • Основными причинами отсутствия ответа на ФДЭ-5 являются неадекватное или неверное назначение и низкая степень осведомленности пациента | 3  | B |
| • Заместительная терапия тестостероном возвращает эффективность у невосприимчивых к ФДЭ-5 пациентов с гипогонадизмом                     | 1b | B |
| • Апоморфин можно назначать пациентам со слабой и умеренной ЭД, психогенной ЭД или пациентам, которым противопоказаны ингибиторы ФДЭ-5   | 1b | B |
| • Вакуумные аппараты можно использовать для пациентов со стабильными взаимоотношениями   | 4  | C |
| • Внутрикавернозная инъекция — терапия второй линии  | 1b | B |
| • Импланты полового члена — терапия третьей линии  | 4  | C |

*СР — степень рекомендации, УО — уровень обоснованности*

## ПРЕЖДЕВРЕМЕННАЯ ЭЯКУЛЯЦИЯ

### Определение, эпидемиология и факторы риска

Довольно трудно было достигнуть консенсуса относительно определения ПЭ. Наиболее приемлемыми являются следующие два:

- Вторые международные консультации по сексуальной и эректильной дисфункции дал определение ПЭ: *«эякуляция с минимальной стимуляцией и ранее желаемого, до или вскоре после пенетрации, что влечет беспокойство или дистресс, и над чем пациент не имеет контроля»*.
- Международное общество сексуальной медицины приняло совершенно новое определение врожденной ПЭ, которое является первым подтвержденным доказательством определением: *«преждевременная эякуляция — это сексуальная дисфункция у мужчин, характеризующаяся эякуляцией, которая всегда или почти всегда наступает примерно за 1 минуту или раньше с момента пенетрации во влагалище в большинстве случаев; а также негативными личными переживаниями, такими как дистресс, беспокойство, разочарование и/или отказ от интимной близости»*.

Таким образом, ПЭ может быть классифицировано как «врожденная» (первичная) или «приобретенная» (вторичная). Врожденная ПЭ характеризуется появлением с первым сексуальным опытом и остается проблемой на протяжении жизни. Эякуляция происходит задолго до пенетрации или < 1-2 минут после нее. Приобретенная ПЭ характеризуется постепенным или внезапным возникновением, при условии, что до этого эякуляция была в норме. Время эякуляции очень короткое, но обычно не настолько короткое, как при врожденной ПЭ.

Преждевременная эякуляция является самой распространенной сексуальной дисфункцией среди мужчин: 20-30%. Ограниченное число данных подтверждают, что распространенность врожденной ПЭ (интравагинальное

латентное время эякуляции — <1-2 мин) около 2-5%. Этиология ПЭ неизвестна, так как существует мало исследований относительно биологической и психологической гипотез, включая страстное желание, гиперчувствительность полового члена и дисфункцию серотонинового рецептора. По контрасту с ЭД распространенность ПЭ не связана с возрастом. В целом факторы риска ПЭ не известны.

ПЭ оказывает отрицательное воздействие на уверенность в себе и взаимоотношения с партнером. ПЭ может вызывать психическое расстройство, нерешительность и депрессию. Однако большинство мужчин с ПЭ не обращаются за помощью.

### Диагностические исследования

Диагноз ПЭ основывается на медицинской и сексуальной истории болезни пациента. Эти данные должны выявить либо врожденную, либо приобретенную ПЭ и определить является ли ПЭ ситуативной (в определенных обстоятельствах или со специфическим партнером) или приобретенной. Особое внимание стоит обратить на длительность времени до эякуляции, степень сексуальных стимулов, влияние на сексуальную активность и качество жизни, прием лекарственных препаратов и наркотиков. Также важно распознать ПЭ при ЭД.

Одно лишь определение интравагинального латентного времени эякуляции не достаточно для постановки диагноза П, поскольку здесь наблюдается значительно смещение мужчин с и без ПЭ. В повседневной клинической практике достаточно самостоятельно оцениваемого интравагинального латентного времени эякуляции. Необходимость оценивать ПЭ объективно привела к появлению нескольких анкет, к примеру ПЭДТ — диагностический инструмент преждевременной эякуляции (ДИПЭ). Среди таких анкет, позволяющих описать ПЭ и определить эффект терапии, есть и Профиль преждев-

ременной эякуляции (РЕР), Индекс преждевременной эякуляции (ІРЕ) и анкета мужского сексуального здоровья – эякуляторная дисфункция. На данный момент их роль не является центральной в повседневной клинической практике.

Физикальное обследование включает краткое обследование сосудистой, эндокринной и неврологической систем для определения глубинных медицинских состояний, связанных с ПЭ или другими сексуальными дисфункциями, такими как хронические заболевания, эндокринопатия, автономная невропатия, болезнь Пейрони, уретрит и простатит. В лабораторных или физиологических исследованиях следует руководствоваться данными истории болезни или физикального обследования и не рекомендуется проводить их как рядовые.

### Рекомендации по постановке диагноза ПЭ

| Рекомендации   | УО | СР |
|--|----|----|
| Диагноз и классификация ПЭ основаны на медицинской и сексуальной истории болезни. Постановка диагноза должна быть комплексной, с оценкой интравагинального латентного времени эякуляции, сознательного контроля, уровня стресса и межличностных затруднений по причине эякуляторной дисфункции | 1а | А  |
| Клинически использовать самостоятельное определение интравагинального латентного времени эякуляции. Измерение интравагинального латентного времени эякуляции с секундомером необходимо при клинических исследованиях   | 2а | В  |
| Результаты, которые сообщает пациент, могут помочь выявить мужчин с ПЭ. Дальнейшее обследование необходимо прежде чем рекомендовать их для клинических исследований  | 3  | С  |

|  |   |   |
|--|---|---|
| Физикальное обследование может быть необходимо при первичной оценке ПЭ для определения глубинных медицинских состояний, связанных с ПЭ или другими сексуальными расстройствами, в частности ЭД | 3 | С |
|--|---|---|

|   |   |   |
|---|---|---|
| Рутинное лабораторное или нейрофизиологическое обследования не рекомендуются. Проведение дополнительных анализов должно быть продиктовано данными истории болезни и физикального обследования | 3 | С |
|---|---|---|

*СО – степень обоснованности, УР – уровень рекомендации*

### Терапия ПЭ

Часто ПЭ становится причиной лишь незначительных проблем. В таких случаях терапия может быть ограничена психосексуальной консультацией. Перед началом терапии очень важно тщательно обговорить с пациентом его ожидания. Сначала или вместе с ПЭ следует лечить ЭД или другие сексуальные нарушения или мочеполовые инфекции (например, простатит).

Различные поведенческие техники продемонстрировали хорошие результаты в терапии ПЭ. При врожденной ПЭ поведенческие техники не рекомендуются в качестве терапии первой линии. Они требуют времени, поддержки партнера и могут быть сложными для выполнения. Фармакотерапия является основой лечения врожденной ПЭ, но все медикаментозные препараты не имеют одобренных показаний. Лишь селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС) и локальные анестетики неизменно показывали эффективность при ПЭ. Алгоритм терапии ПЭ представлен на Рисунке 4.

## Психологические и поведенческие стратегии

Поведенческие стратегии включают главным образом программу Симанса «стоп-старт» и ее модификации, технику сжатия головки полового члена Мастерса и Джонсона (существует несколько версий). Мастурбация перед ожиданием полового акта является еще одной техникой, которую применяют многие молодые мужчины.

В целом положительные результаты достижимы в 50-60% случаев в течение короткого времени. Рандомизированное перекрестное исследование двойной анонимности выявило, что фармакологическая терапия приводит к большему увеличению интравагинального латентного времени эякуляции, чем поведенческая терапия. Кроме того, клинический опыт дает понять, что улучшения, достигаемые с помощью этих техник, в целом не остаются продолжительными.

## Местные анестетики

Мазь лидокаин-прилокаин 5% втирается за 20-30 мин. до коитуса. Пролонгированное применение местного анестетика (30 -45 минут) может привести к потере эрекции из-за онемения пениса. Для предотвращения попадания местного анестетика на вагинальные стенки, вызывающего онемение у партнера, необходимо использовать презерватив. В двух РКИ (рандомизированных контролируемых исследованиях) мазь лидокаин-прилокаин значительно увеличила интравагинальное латентное время эякуляции, измеряемое секундомером по сравнению с плацебо. Никакие значительные побочные эффекты не отмечались. Аэрозоль лидокаина 7,5мг плюс прилокаин на 2,5мг (ТЕМРЕ) на апробации; показывает такие же результаты.

SS-крем является местным анестетиком, изготавливаемым из экстрактов восьми трав. Крем наносится на головку полового члена за 1 час до коитуса и смывается сразу же

после него. В ходе РКИ применение 0,2 г SS-крема значительно увеличило интравагинальное латентное время эякуляции и удовлетворение по сравнению с плацебо. Легкое местное жжение и небольшая боль были отмечены у 18,5% пациентов. Побочные эффекты на сексуальную функцию или партнера или системные побочные эффекты не отмечены.

## Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина СИОЗС

При ПЭ терапией первой линии является прием селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС), но применяется пока не по одобренным показаниям. Наиболее часто применяются СИОЗС включают пароксетин (20-40 мг/день), сертралин (25-200% мг/день) и флюоксетин (10-60мг).

Исходя из системного обзора и метаанализа ожидалось, что СИОЗС увеличивают в геометрической прогрессии интравагинальное латентное время эякуляции в 2,6-13,2 раз. Пароксетин предпочтительнее флюоксетина, кломипрамина и сертралина. Задержка эякуляции может начаться через несколько дней после приема препарата, но более заметна после 1-2 недель и может поддерживаться в течение нескольких лет. Распространенными побочными эффектами СИОЗС могут быть усталость, сонливость, тошнота, рвота, сухость во рту, диарея и потливость; обычно они слабо выражены и постепенно проходят через 2-3 недели. Также отмечалось сниженное либидо, аноргазмия, анэякуляция и ЭД. Терапия по требованию уступает ежедневному применению, но может сочетаться с ежедневным приемом на начальном этапе или сопутствующей ежедневной терапией низкими дозами для сокращения побочных эффектов.

Дапоксетин – сильнодействующий СИОЗС, который был специально разработан в качестве орального препарата для терапии ПЭ по требованию. Полный анализ

двух РКИ подтвердил, что дапоксетин в дозировке 30 и 60 мг значительно увеличивает интравагинальное латентное время эякуляции по сравнению с плацебо. Выросший эякуляционный контроль отмечался у 51% и 58% пациентов в группах с дозировкой 30 и 60 мг соответственно. Обе дозы дапоксетина были одинаково эффективны для первой пробы. Распространенными побочными эффектами были тошнота, диарея, головная боль и головокружение. Этот лекарственный препарат одобрен Управлением по контролю за продуктами питания и лекарственными средствами Соединенных Штатов как первый СИОЗС для терапии ПЭ. Одобрение ожидается ко времени публикации.

### Ингибиторы фосфодиэстеразы

Несколько недавних исследований подтверждают терапевтическую роль ингибиторов ФДЭ-5 при ФДЭ. Однако, было проведено лишь одно РКИ по сопоставлению силденафила и плацебо. Несмотря на то, что интравагинальное латентное время эякуляции было увеличено незначительно, силденафил повышал уверенность, восприятие эякуляционного контроля и общую сексуальную удовлетворенность, сокращал волнение и трудно корректируемое время достижения второй эрекции после эякуляции.

В двух других РКИ лидокаин-прилокаин в качестве монотерапии показал подобную эффективность в сравнении сочетания с силденафилом в то время, как эффективность одного лишь силденафила была равна плацебо. В еще одном исследовании силденафил в сравнении с несколькими СИОЗС и техникой «пауза-сжатие» существенно увеличил интравагинальное латентное время эякуляции и удовлетворение и сократил общее волнение. В ходе нескольких открытых исследований обнаружено, что силденафил в сочетании с одним из СИОЗС превосходит по своим результатам монотерапию СИОЗС.

### Рекомендации по терапии ПЭ

| Рекомендации   | УО | СР |
|--|----|----|
| В первую очередь следует лечить эректильную дисфункцию, другие сексуальные дисфункции или мочеполовую инфекцию (например, простатит)   | 2a | B  |
| Поведенческие техники могут давать благоприятный эффект при ПЭ. Однако, они связаны с временными затратами, требуют поддержки партнера и могут быть непростыми для выполнения  | 3  | C  |
| Фармакотерапия является основой терапии при врожденной ПЭ  | 1a | A  |
| Ежедневный прием СИОЗС является фармакотерапией первой линии, но пока не одобрена ЕДА при ПЭ. Фармакокинетический профиль доступных на сегодняшний день СИОЗС показывает их непригодность для дозировки по требованию. | 1a | A  |
| Дапоксетин – СИОЗС краткосрочного действия, который находится на последней стадии доработки для терапии ПЭ по требованию   | 1b | A  |
| Местные анестетики выступают конкурентоспособными по отношению к СИОЗС (не одобрены)   | 1b | A  |
| Ингибиторы ФДЭ-5   | 2b | C  |
| Рецидивы возможны после прекращения лечения  | 1b | A  |
| Поведенческая терапия может дополнять фармакотерапию для увеличения шансов предотвращения рецидива   | 3  | C  |

*УО – уровень обоснованности, СР – степень рекомендации*

## Рисунок 4. Лечение ПЭ



ПЭ – преждевременная эякуляция, ИЛВЭ – интравагинальное латентное время эякуляции, ЭД – эректильная дисфункция,

СИОЗС – селективные ингибиторы обратного захвата серотонина. Источник: Lue et al. Summary of the recommendations on sexual dysfunctions in men. J Sex Med 2004;1:6-23.

Основой для текста этой небольшой брошюры служит более развернутое руководство EAU (ISBN 978-90-79754-09-0), которое доступно для всех членов Европейской ассоциации урологии на их вебсайте – <http://www.uroweb.org>.