

# Методы лечения преждевременной эякуляции

Д.м.н. Ю.Л. Демидко, профессор В.А. Григорян, профессор Г.Е. Крупинов,  
к.м.н. Н.Д. Новичков, к.м.н. А.М. Байдувалиев, В.А.Терещенко

ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский  
Университет), Москва

## РЕЗЮМЕ

Преждевременная эякуляция (ПЭ) — распространенное расстройство половой функции. Диагноз ПЭ основывается на времени наступления семяизвержения, способности контролировать его и эмоциональном влиянии на пациента. Физиология семяизвержения является основанием для диагностики и лечения ПЭ, эти вопросы подробно рассматриваются в статье. Методом выбора лечения ПЭ в настоящее время является фармакотерапия. Применяются селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС), и в первую очередь дапоксетин. Большое количество данных свидетельствует об эффективности и безопасности препарата. Дапоксетин показал хорошую переносимость и отсутствие серьезных побочных эффектов. На сегодняшний день Примаксетин® — единственный в РФ доступный официальный лекарственный препарат, содержащий дапоксетин. Наряду с СИОЗС в качестве альтернативы назначают трамадол или препараты для местной анестезии. При жалобах на ПЭ с сопутствующей эректильной дисфункцией находят применение ингибиторы фосфодиэстеразы 5-го типа. Особое место в лечении ПЭ занимают поведенческие стратегии, применяемые чаще всего в комбинации с лекарственной терапией.

**Ключевые слова:** преждевременная эякуляция, преждевременное семяизвержение, серотонин, СИОЗС, дапоксетин, Примаксетин.

**Для цитирования:** Демидко Ю.Л., Григорян В.А., Крупинов Г.Е. и др. Методы лечения преждевременной эякуляции // РМЖ. Медицинское обозрение. 2018. № 2(1). С. 23–25.

## ABSTRACT

### Methods of premature ejaculation treatment

Demidko Yu.L., Grigoryan V.A., Krupinov G.E., Novichkov N.D., Bayduvaliev A.M., Tereshchenko V.A.

Sechenov State Medical University, Moscow

Premature ejaculation (PE) is a common sexual disorder. The diagnosis of PE is based on the time of onset of ejaculation, the ability to control it and the emotional impact on the patient. The article describes in detail the issues of the diagnosis and treatment of PE based on the physiology of ejaculation. Currently, the method of choice for treating PE is pharmacotherapy. For this purpose, the selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) are used, and first of all dapoxetine. A large amount of data indicates the effectiveness and safety of the drug. Dapoxetine has a good tolerability and no serious side effects. To date, Primaxetine® is the only available dapoxetine containing drug registered in Russia. Along with SSRIs, tramadol or preparations for topical anesthesia are prescribed. In case of combining PE with concomitant erectile dysfunction, inhibitors of phosphodiesterase type 5 are used. Behavioral strategies play an important role in the treatment of PE, they are often used in combination with the drug therapy.

**Key words:** premature ejaculation, rapid ejaculation, serotonin, SSRI, dapoxetine, Primaxetine.

**For citation:** Demidko Yu.L., Grigoryan V.A., Krupinov G.E. et al. Methods of premature ejaculation treatment // RMJ. Medical Review. 2018. № 2(1). P. 23–25.

Преждевременная эякуляция (ПЭ) — распространенное расстройство половой функции. Следует отметить, что пациент не всегда точно описывает свои жалобы, это стало поводом к постоянному совершенствованию самого определения данного патологического состояния. Неточные определения ПЭ препятствуют правильному выявлению ее распространенности.

Согласно Европейским клиническим рекомендациям по урологии 2017 г., ПЭ отвечает следующим критериям:

- наступает до пенетрации или приблизительно через 1 мин (при первичном ПЭ);
- клинически значимое уменьшение продолжительности полового акта до 3 мин и менее (при приобретенной ПЭ);
- невозможность контроля семяизвержения;

– психологический дискомфорт ввиду имеющегося эякуляторного нарушения и межличностные конфликты в паре.

Диагноз ПЭ основывается на времени наступления семяизвержения, способности контролировать его и эмоциональном влиянии на пациента. Прежде всего, ПЭ оказывает отрицательное влияние на качество жизни пациента, его самооценку и взаимоотношения в паре [1, 2]. Следует помнить, что возраст не является фактором риска развития ПЭ [3].

В целом подходы к лечению должны быть основаны на выявлении патогенетических механизмов данного феномена.

Эрекция, эякуляция, эякуляция и оргазм имеют разные механизмы. За исключением ночных поллюций, эмис-

сия и эякуляция происходят только при стимуляции половых органов. Эмиссия и эякуляция представляют кульминацию мужского полового акта. По мере того как во время коитуса возбуждение чувствительных волокон возрастает, наступает активация симпатических эфферентных нервов нижних грудных и верхних поясничных сегментов. Афферентные волокна, возбуждение которых приводит к эмиссии, проходят в составе срамного и тазового нервов к крестцовым отделам спинного мозга и в составе симпатических нервов — к тораколюмбальным отделам [4].

Активация симпатических нейронов приводит к сокращению придатка яичка, семявыносящего протока, семенных пузырьков и простаты; в результате семенная жидкость выбрасывается в задние отделы мочеиспускательного канала. Рефлекторное возбуждение симпатических волокон вызывает сокращение внутреннего сфинктера мочевого пузыря, что препятствует забрасыванию семенной жидкости в мочевой пузырь.

Наполнение спермой проксимального отдела уретры приводит к возбуждению афферентных волокон полового нерва, который активирует рефлекторный центр в крестцовом отделе спинного мозга, что вызывает ритмичные сокращения седалищно-пещеристых и луковично-пещеристых мышц, расположенных в основании полового члена. Именно этот процесс ведет к ритмичному выталкиванию спермы из мочеиспускательного канала [5].

Ритмичные сокращения луковично-губчатой мышцы проталкивают сперму через самую узкую часть мочеиспускательного канала, сдавленную набухшими пещеристыми телами и губчатым телом. Наконец, эякулят в количестве 2–5 мл выбрасывается наружу. Эякуляцию обеспечивают двигательные волокна в составе полового нерва, вызывающие сокращения луковично-губчатой мышцы.

Эякуляция опосредована спинальным нервным центром, под стимулирующим или ингибирующим влиянием из головного мозга и периферических центров.

Таким образом, семяизвержение — это произвольный процесс. Для его осуществления необходимо взаимодействие соматической и вегетативной нервной системы.

## Диагностика

Представления о физиологии семяизвержения лежат в основе диагностики и лечения ПЭ. Прежде всего следует уточнить, когда появилась ПЭ, с начала половой жизни или возникла позднее. Важно выяснить условия возникновения ПЭ, чтобы понять, какая форма ПЭ имеет место — ситуационная или постоянная. Важно выяснить особенности реализации интимного контакта.

Последствия преждевременного семяизвержения — важная составляющая диагноза. Снижение самооценки, ухудшение взаимоотношений пары чаще всего мотивируют пациента обратиться за помощью.

Необходимо установить, применяются ли наркотики и нет ли наркотической зависимости. Нередко ПЭ развивается у пациентов как реакция на трудность в достижении эрекции [6, 7]. При этом следует объяснить пациенту, что потеря эрекции после эякуляции естественна. Общими факторами риска ПЭ считаются время до наступления эякуляции, ощущение контроля над эякуляцией, негативная эмоциональная реакция, негативные отношения в паре.

Объективного показателя — времени интравагинальной задержки (ВИВЗ) — недостаточно для установления

диагноза, поскольку данный показатель значимо не различается у мужчин с жалобами и отсутствием таковых [8, 9]. Как было указано выше, для установления диагноза необходимо выявить не только снижение субъективного контроля, но и негативные последствия как для самого пациента, так и для пары в целом. Хотя ВИВЗ — это объективный показатель оценки ПЭ, но удовлетворенность половым актом и беспокойство для пациента и пары в целом не отражают данного показателя. ВИВЗ сильнее связано с чувством контроля над эякуляцией, чем с самостоятельно измеренным временем до семяизвержения [10].

Различать ПЭ и ее отсутствие помогает опросник *Premature ejaculation diagnostic tool (PEDT)*. Он позволяет оценить степень контроля, частоту, уровень стимуляции, негативные последствия у пациента и пары [11]. С помощью опросника *Arabic index of premature ejaculation* оценивают уровень желаний, степень эрекции, удовлетворенности, тревожности и депрессии. В целом принцип построения этих опросников основан на ключевых моментах диагноза ПЭ.

Отмечена низкая корреляция между данными PEDT и состоянием, которое описывает пациент. Объективное обследование пациента с жалобами на ПЭ, помимо специфических вопросов, включает уточнение состояния сердечно-сосудистой, эндокринной, нервной систем.

Специалист должен принимать во внимание факторы, влияющие на продолжительность фазы возбуждения: возраст, новая или прежняя сексуальная партнерша у пациента, особенности обстановки, частота сексуальных контактов за последнее время [12].

## Лечение

Методом выбора лечения ПЭ в настоящее время является фармакотерапия [12]. Применяются селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС), и в первую очередь дапоксетин — препарат короткого действия, который можно принимать по требованию.

Наряду с СИОЗС в качестве альтернативы назначают трамадол или препараты для местной анестезии. У пациентов с жалобами на ПЭ с сопутствующей эректильной дисфункцией находят применение ингибиторы фосфодиэстеразы 5-го типа [12]. Особое место в лечении ПЭ занимают поведенческие стратегии, применяемые чаще всего в комбинации с лекарственной терапией [13].

Целью поведенческих методик является развитие навыков интимного контакта, увеличение времени до наступления эякуляции, повышение уверенности и уменьшение тревоги [13]. Поведенческие стратегии подразделяются на психотерапевтические и непосредственно физические методы, которые включают технику «стоп-старт», «сжатие» и упражнения для мышц тазового дна [14]. Эффективность методов поведенческой терапии составляет 50–60%, эффект непродолжителен [12]. Поведенческие методики довольно часто применяют в комбинации с медикаментозной терапией.

СИОЗС уменьшают перемещение серотонина из синаптической щели в центральные и периферические серотонинергических нейронах. В результате концентрация серотонина повышается и происходит увеличение стимуляции постсинаптических 5-НТ2С-рецепторов [15]. Препараты этой группы могут применяться ежедневно или по требованию.

Замедляющее действие серотонина на эякуляцию, вероятно, обусловлено спинальной или супраспинальной акти-

вазией 5-НТ1В и 5-НТ2С-рецепторов, в то время как стимуляция 5-НТ1А-рецепторов вызывает эякуляцию [12].

СИОЗС применяют для лечения эмоциональных расстройств, но также есть опыт применения препаратов для задержки эякуляции, и поэтому раньше их применяли при ПЭ в качестве безрецептурных препаратов. Как и при депрессии, для достижения эффекта при ПЭ препараты группы СИОЗС назначают в течение 1–2-х недель.

Продолжительный прием СИОЗС вызывает длительное повышение концентрации серотонина в синаптической щели, тем самым десенсибилизируя 5-НТ1А и 5-НТ1В-рецепторы [12]. Но стоит помнить о том, что с накопительным эффектом СИОЗС растет риск развития нежелательных реакций, вплоть до суицидальных проявлений. Долгое время врачи назначали СИОЗС пролонгированного действия пациентам, страдающим ПЭ, на свой страх и риск.

Ситуация изменилась с появлением препарата дапоксетин, который был разработан специально для лечения ПЭ. В молекулу был добавлен нафтильный компонент, за счет чего достигается быстрое время реабсорбции и экскреции препарата. Именно эти фармакокинетические свойства отличают дапоксетин от других СИОЗС.

На сегодняшний день отечественным урологам доступен единственный препарат дапоксетина — Примапсетин®, который входит в список Б и назначается пациентам, страдающим ПЭ. Фармакологические свойства препарата подтверждены исследованием биоэквивалентности. Согласно накопленному клиническому опыту, лечение препаратом следует начинать с дозировки 30 мг, однако при отсутствии должной положительной динамики врач имеет возможность скорректировать дозировку препарата до 60 мг. В настоящее время дапоксетин представляет собой единственный препарат, который оптимально подходит для лечения ПЭ.

Большое количество данных свидетельствует об эффективности и безопасности препарата [16]. ВИБЗ эякуляции на фоне приема дапоксетина значимо увеличивается по сравнению с исходным [13, 16]. Дапоксетин показал хорошую переносимость и отсутствие серьезных побочных эффектов. Большинство побочных эффектов на фоне лечения препаратом имеет дозозависимый характер.

Быстрое всасывание дапоксетина может привести к резкому повышению внеклеточной концентрации 5-НТ после приема, достаточному для преодоления компенсаторных механизмов саморегуляции.

Противопоказания к дапоксетину включают гиперчувствительность, выраженные заболевания сердца, одновременный прием ингибиторов моноаминоксидазы и СИОЗС, прием тиоридазина, нарушение функции печени и почек. Выявить эти противопоказания необходимо при установлении диагноза и уточнении анамнеза.

До появления дапоксетина ежедневный прием СИОЗС считался методом выбора при ПЭ. Широко применяемые СИОЗС обладают схожим фармакологическим механизмом действия, однако их эффект основан на накопительных свойствах препаратов, что значительно повышает риск побочных явлений. В ряде исследований показана эффективность ежедневного приема СИОЗС при ПЭ [12].

Еще один метод лечения ПЭ — применение местных анестетиков. Десенсибилизирующие препараты местного применения снижают чувствительность головки полового члена и увеличивают время до эякуляции, не ухудшая ощущения при эякуляции. Несмотря на доказанное увеличение ВИБЗ при при-

менении местных анестетиков, эффект носит быстротечный характер. Кремы и мази с анальгезирующим эффектом неудобны в применении и алергогенны. Именно за счет данных свойств метод не получил широкого распространения.

Трамадол — анальгетик центрального действия, который сочетает активацию опиоидных рецепторов и ингибирование захвата серотонина и норадреналина. Трамадол обладает активностью в отношении опиатных рецепторов, но также проявляет антагонизм к транспортерам норадреналина и 5-НТ. Продемонстрирована эффективность и безопасность двух доз трамадола 62 и 89 мг в виде орально диспергируемых таблеток для лечения ПЭ [12].

С учетом данных о нейрофармакологии эякуляции и механизме действия трамадола удлинение времени до эякуляции можно объяснить комбинированной стимуляцией мю-опиатных рецепторов в ЦНС и повышением доступности 5-НТ в головном мозге.

Таким образом, построение клинического диагноза у пациента с жалобами на ПЭ включает время до наступления эякуляции, степень контроля пациента над эякуляцией, наличие тревожности и депрессии, а также отсутствие анатомических аномалий. Это основные составляющие постановки диагноза. Учитываются начало и продолжительность жалоб. Анамнез и физикальное обследование позволяют выбрать метод лечения ПЭ с учетом противопоказаний и возможных побочных эффектов.

Следует помнить, что в настоящее время препаратом выбора для лечения ПЭ является дапоксетин. Этот препарат применяют по требованию 1 р./сут за 1–3 часа до предполагаемого коитуса. Примапсетин® доступен в дозировке 30 мг и входит в список Б. Назначение дапоксетина пациентам, страдающим ПЭ, полностью соответствует клиническим рекомендациям Европейского общества урологов. Методы поведенческой терапии и местные лекарственные средства позволяют повысить эффективность лечения ПЭ.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, современные подходы к лечению ПЭ базируются на представлении о структуре и функции серотониновых рецепторов. Применение СИОЗС позволяет достичь клинической эффективности. Распределение серотониновых рецепторов, реализующих различные физиологические функции, объясняет не только замедление эякуляции, но и побочные эффекты. Продолжительность применения ингибиторов селективного захвата серотонина повышает риск развития побочных эффектов, что требует контроля приема и своевременной отмены препаратов. Фармакокинетика дапоксетина позволяет значительно уменьшить частоту неблагоприятных побочных эффектов, достичь улучшения состояния пациента с преждевременной эякуляцией и принимать препарат по требованию.

## Литература

- Burri A., Giuliano F., McMahon C., Porst H. Female partner's perception of premature ejaculation and its impact on relationship breakups, relationship quality, and sexual satisfaction // J Sex Med. 2014 Sep. Vol. 11(9). P.2243–2255.
- Rowland D., Perelman M., Althof S. et al. Self-reported premature ejaculation and aspects of sexual functioning and satisfaction // J Sex Med. 2004 Sep. Vol. 1(2). P.225–232.
- Porst H., Montorsi F., Rosen R.C. et al. The Premature Ejaculation Prevalence and Attitudes (PEPA) survey: prevalence, comorbidities, and professional help-seeking // Eur Urol. 2007 Mar. Vol. 51(3). P.816–823.

Полный список литературы Вы можете найти на сайте <http://www.rmj.ru>