

Выбор метода лечения при вторичной преждевременной эякуляции

А.В. Книгавко¹, А.В. Аркатов^{1,2}, А.С. Горленко², В.А. Кривицкий², О.Ф. Майборода³

¹Харьковский национальный медицинский университет

²КУОЗ «Областной клинический центр урологии и нефрологии им. В.И. Шаповала», г. Харьков

³Харьковская ГКБ № 17

Преждевременная эякуляция (ПЭ) – стойкое наступление оргазма и эякуляции у мужчины до наступления оргазма у женщины – достаточно частое заболевание, которое, по данным разных авторов, диагностируют у 25–40% мужчин преимущественно молодого возраста. Несмотря на широкое распространение ПЭ до сих пор в Украине нет четких гайдлайнов ее лечения, особенно вторичной формы, проявившейся через некоторое время после успешной половой жизни.

Цель исследования: определение наиболее частых причин развития вторичной преждевременной эякуляции (ВПЭ) и эффективности различных методов ее лечения.

Материалы и методы. В 2007–2017 гг. в андрологическом отделении КУОЗ «Областной клинический центр урологии и нефрологии им. В.И. Шаповала» проведено обследование 906 пациентов с преждевременной эякуляцией. В данной выборке оценивали результаты диагностики и лечения 379 пациентов с ВПЭ с интравагинальным латентным интервалом (ИВЛИ) менее 2 мин. На основании пенильной биотезиометрии, сбора сексуального анамнеза, исследования урологических жалоб, проведения доплерографического ультразвукового исследования предстательной железы и мочонки, анализов на инфекции, передающиеся половым путем, а также использования шкалы вегетативной дисфункции и шкалы Гамильтона (HRDS), даны предположения по наиболее вероятной причине ПЭ. Это позволило распределить пациентов на 4 группы: 1-я группа – 124 пациента с нормальной чувствительностью головки без отклонений в психоневрологическом статусе с диагностированным хроническим простатитом (ХП), которым проводили антибактериальное лечение согласно чувствительности выделенных инфекционных агентов; 2-я группа – 84 пациента с ХП и наличием варикоцеле, которым помимо антибактериальной терапии выполняли операцию Мармара; 3-я группа – 77 пациентов с ХП, которым наряду с антибактериальной терапией дополнительно назначали простатопротектор (Витапрост); 4-я группа – 94 пациента с неврологическими жалобами и высоким баллом тревожности HRDS>14, лечение которых заключалось в назначении ингибитора обратного захвата серотонина (ИОЗС) сертралина курсом 6 мес в дозе 50 мг в сутки.

Результаты. Через 1 мес и 7 мес результативность лечения определяли по показателям удлинения интравагинального латентного интервала (ИВЛИ), удовлетворения половым контактом по шкале Розена, количеством пациентов, довольных результатами лечения, и отсутствием необходимости принимать препараты в дальнейшем.

В 1-й группе длительность ИВЛИ увеличилась в 1,85 раза, эрадикация заболевания достигла 78,3%, отмечены высокие результаты при отсутствии жалоб у 91,2% пациентов, однако в отношении ВПЭ эффективность была невысокой – всего 56,2%. Во 2-й группе отмечена высокая эрадикационная излеченность – 87,3%, почти полное отсутствие жалоб и высокая эффективность в отношении ВПЭ – 79,7%, увеличение ИВЛИ – в 2,54 раза. В 3-й группе эрадикационная из-

леченность достигла 89,4%, отмечены практически полное отсутствие жалоб и высокая эффективность в отношении ВПЭ – 83,1%, длительность ИВЛИ увеличилась в 2,72 раза. В 4-й группе пациентов, принимающих сертралин, среднее увеличение ИВЛИ составило 2,36 раза, эффективность в отношении ВПЭ – 64,5%.

Заключение. 1. Причиной вторичной преждевременной эякуляции (ВПЭ) наиболее часто бывает хронический простатит (ХП) и простатовезикулит (78%).

2. Назначение ингибитора обратного захвата серотонина при ВПЭ рационально только при наличии неврологической симптоматики (HRDS >14) и отсутствии ХП.

3. Варикоцеле (особенно двустороннее) является коморбидным фактором ХП, вызывая венозную гиперемия предстательной железы (ПЖ), и может являться одной из причин ВПЭ.

4. Операция Мармара уменьшает венозную гиперемия ПЖ, снижает балл IPSS, улучшает интравагинальный латентный интервал у пациентов с коморбидной патологией (варикоцеле + ХП).

5. Антибактериальная терапия ХП позволяет вылечить ВПЭ у 56% пациентов, добавление простатотропных препаратов (Витапрост) повышает эффективность лечения ВПЭ до 83%.

Ключевые слова: преждевременная эякуляция, первичная и вторичная, шкала Гамильтона, биотезиометрия, ингибиторы обратного захвата серотонина, сертралин, хронический простатит, Витапрост.

Удовлетворенность половой жизнью является важнейшей частью качества жизни человека, а при ее нарушении страдает не только сексуальная составляющая и межличностные отношения, но и падает психосоциальная самооценка мужчины. По мнению многих, элитная недвижимость, дорогие суперкары и яхты, роскошные наряды, драгоценности являются лишь ступеньками к успешным половым отношениям. В то же время, две сексуальные дисфункции: преждевременная эякуляция (ПЭ) и эректильная дисфункция существенно нарушают половую гармонию пары и психосоциальный статус мужчины. И, если эректильная дисфункция имеет четкие критерии диагностики и лечения, то ПЭ до сих пор не имеет четких протоколов лечения и диагностики.

Преждевременная эякуляция (ПЭ) – стойкое наступление оргазма и эякуляции у мужчины до наступления оргазма у женщины – достаточно частое заболевание, которое, по данным разных авторов, диагностируют у 25–40% мужчин преимущественно молодого возраста [1, 4, 6]. По МКБ-10 данное заболевание имеет код F-52.4, что указывает на приоритет в его лечении психиатров и сексопатологов. Сегодня благодаря лучшему изучению этиологии ПЭ, данной проблемой чаще и более успешно занимаются урологи и андрологи [5, 7–10]. Так, эффективность сексологических методов в лечении ПЭ составляет не более 50%: снижение качества сексуальной жизни пациентов за счет постоянного напоре-

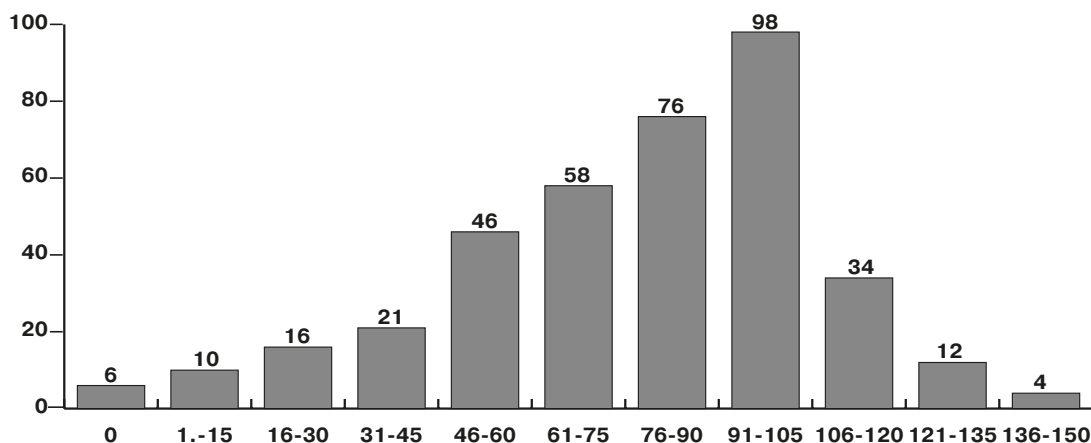


Рис. 1. Длительность ИВЛИ больных ВТЭ (n=379), с

ния и самоконтроля, наличие побочных явлений при назначении ингибитора обратного захвата серотонина (ИОЗС), в то время как применение микрохирургической денервации оказывает высокую эффективность и длительный лечебный эффект [11, 12].

В практике уролога-андролога очень важно правильно определить вид ПЭ.

Первичная ПЭ (lifelong) – появляется с самого начала половой жизни, основными причинами которой являются:

- гиперчувствительность головки полового члена;
- тип половой конституции;
- повышенная скорость накопления импульсов в эротическом центре головного мозга;
- тревожность, ажиотированность, неуверенность.

Вторичная ПЭ (acquired) – появляется после периода нормальной половой жизни. Она наиболее часто обусловлена:

- воспалительными заболеваниями мужских половых органов: простатитом и простатовезикулитом, часто вызванными инфекциями, передающимися половым путем (воспаление и гиперэстезия семенного холмика приводят к раннему наступлению оргазма и эякуляции);
- сменой партнера;
- применением лекарственных препаратов, наркотиков;
- психическими и неврологическими заболеваниями.

Существует несколько методов лечения ПЭ:

- применение местноанестезирующих препаратов и презервативов;
- использование латексных колец, одевающих на основание полового члена и затрудняющих лимфооток от головки и ствола полового члена (умеренный отек приводит к гипоестезии головки и удлинению времени до эякуляции);
- поведенческие (позы, предварительные ласки женщины, метод Мастерса-Джонсона, Барбары Кислинг, старт-стоп терапия);
- использование ингибиторов фосфодиэстеразы (ИФДЭ) – при повторных контактах время до эякуляции существенно удлиняется;
- применение неврологических препаратов (преимущественно ИОЗС);
- лечение инфекций простатовезикулярного комплекса;
- хирургическая коррекция (френикулотомия, циркумцизия, селективная нейротомия, введение геля гиалуроновой кислоты под уздечку).

В предыдущих работах были рассмотрены наиболее эффективные методы первичной ПЭ [12].

Цель исследования: определение наиболее частых причин развития вторичной ПЭ и эффективности различных методов ее лечения.

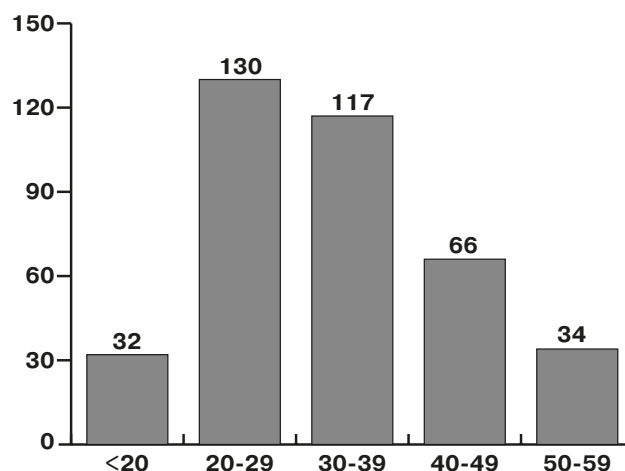


Рис. 2. Распределение больных ВПЭ на фоне ХП по возрасту (n=379)

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

За 2007–2017 гг. в андрологическом отделении КУОЗ «Областной клинический центр урологии и нефрологии им. В.И. Шاپовала» проведено обследование 906 пациентов с преждевременной эякуляцией. В данной выборке оценивали результаты диагностики и лечения 379 пациентов с ВПЭ с интравагинальным латентным интервалом (ИВЛИ) менее 2 мин. На основании пенильной биотезиометрии, сбора сексуального анамнеза, исследования урологических жалоб, проведения доплерографического ультразвукового исследования предстательной железы (ПЖ) и мошонки, анализов на инфекции, передающиеся половым путем, а также использования шкалы вегетативной дисфункции и шкалы Гамильтона (HRDS) даны предположения по наиболее вероятной причине ПЭ. Это позволило распределить пациентов на 4 группы:

- 1-я группа – 124 пациента с нормальной чувствительностью головки без отклонений в психоневрологическом статусе с диагностированным хроническим простатитом (ХП), которым проводили антибактериальное лечение согласно чувствительности выделенных инфекционных агентов, массаж ПЖ и сеансы физиотерапии (магнитотерапия);
- 2-я группа – 84 пациента с ХП и наличием варикоцеле, которым кроме антибактериальной терапии выполняли операцию Мармара;
- 3-я группа – 77 пациентов с ХП, которым наряду с антибактериальной терапией дополнительно назначали простатопротектор (Витапрост);

Результаты анкетирования по МИЭФ пациентов с ВПЭ до лечения

Характеристики МИЭФ, баллы	Группа ВПЭ, n=379
Эректильная функция	19,9±3,8
Удовлетворенность половым актом	10,8±1,8
Оргазм	8,4±1,9
Либи́до	8,6±1,1
Общее удовлетворение	6,6±2,6

Таблица 2

Результаты опросника HDRS по изучению депрессии

Группа	Суммарный результат анкетирования по шкале HDRS, баллы
1-я группа, n=124	11,8±1,4
2-я группа, n=84	13,7±2,1
3-я группа, n=77	14,1±2,1
4-я группа, n=94	18,5±2,4

– 4-я группа – 94 пациента с неврологическими жалобами и высоким баллом тревожности HRDS>14, лечение которых заключалось в назначении ИОЗС сертралина курсом в дозе 50 мг в сутки.

Средняя продолжительность ИВЛИ составила 72,4±22,7 с при колебаниях в диапазоне от 0 до 150 с. Распределение пациентов по продолжительности первого за сутки полового акта с разделением временной шкалы в 15 с представлено на рис. 1.

Обращает на себя внимание то, что 95,8% пациентов констатировали ИВЛИ менее 2 мин. Чувствительность, специфичность и диагностическая точность метода измерения продолжительности полового акта относительно наличия ПЭ у больных ХП при временном интервале до 120 с составляет 95,3%; 88,7% и 97,7% соответственно. Данное обстоятельство обуславливает необходимость учета ИВЛИ при диагностике указанного заболевания. При анализе возрастного распределения 379 пациентов отмечено превалирование лиц наиболее сексуально-активного молодого возраста (20–49 лет) по классификации ВОЗ, доля которых составила 70,9% (рис. 2).

Анализ результатов показателей анкеты МИЭФ позволил оценить все показатели сексуальной функции в группе ВПЭ. Безусловно, наличие ПЭ привело к существенному ухудшению многих показателей МИЭФ (табл. 1).

Результаты опросника HDRS по изучению депрессии показали, что у больных 4-й группы по сравнению с пациентами 1-й группы достоверно чаще наблюдали депрессивные расстройства, особенно выраженного характера (табл. 2).

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Через 1 мес и 7 мес результативность лечения определяли по показателям продолжительности ИВЛИ, удовлетворения половым контактом по шкале Розена, количеством пациентов, довольных результатами лечения, и отсутствием необходимости принимать препараты в дальнейшем.

Суммарная эффективность терапии 124 пациентов 1-й группы ВПЭ при контрольных обследованиях через 1 и 7 мес составила 22,2% и 56,2% соответственно. Указанное в течение периода наблюдения увеличение количества пациентов с удовлетворительной продолжительностью полового акта можно объяснить постепенным восстановлением эякуляторной и улучшением эректильной функции после ликвидации ХП, как причинного патологического процесса.

Таким образом, после проведенного лечения в 1-й группе длительность ИВЛИ увеличилась в 1,85 раза, эрадикация заболевания достигла 78,3%, отмечены высокие результаты при отсутствии жалоб у 91,2% пациентов, однако в отношении ВПЭ эффективность была невысокой – всего 56,2%.

При варикоцеле, особенно с диагностикой как рено- так и илеотестикулярного венозного рефлюкса, единственным, постоянно функционирующим путем оттока венозной крови от яичка, является вена семенного протока, по которой кровь попадает в парапростатическое венозное сплетение. В результате возникает венозная гиперемия ПЖ, что является одним из факторов развития хронического воспаления в ПЖ.

Расположение ПЖ в области малого таза, связь ее венозных сплетений (plexus vesicoprostaticus), а также лимфатических сосудов с венозными сплетениями (plexus haemorrhoidalis) и лимфатическими сосудами прямой кишки приводят к тому, что в ПЖ под влиянием различных причин легко возникают нарушения кровообращения и явления застоя. В результате в ней, как «в сетях», легко застревает циркулирующая в крови инфекция и активизируются инфекции, передающиеся половым путем.

При исследовании данной группы пациентов была проанализирована коморбидность хронического простатита и варикоцеле, а также эффективность операции Мармара для снижения венозной гиперемии ПЖ и повышения эффективности лечения простатита и ВПЭ.

Операция Мармара у пациентов с варикоцеле и простатитом приводила к снижению застоя венозной крови и нормализации венозного оттока у 87,4% пациентов, нормализации эхогенности ПЖ – у 74,2% и вместе с антибактериальной терапией перехода простатита в стадию стойкой ремиссии – у 87,4%.

Таким образом, после проведения всех этапов лечения, во 2-й группе отмечена высокая эрадикационная излеченность – у 87,3% пациентов, почти полное отсутствие жалоб и высокая эффективность в отношении ВПЭ – у 79,7%, увеличение ИВЛИ – в 2,54 раза.

Учитывая предварительные данные о невысокой эффективности лечения ВПЭ у пациентов с ХП, при лечении пациентов 3-й группы в добавление к стандартной антибактериальной терапии был выбран простатотропный препарат Витапрост (активное вещество – эндогенная субстанция экстракт простаты). Это комплекс водорастворимых биологически активных пептидов и липофильных простагланди-

Динамика результатов анкетирования по шкале HDRS во время лечения

Группа	До лечения	Через 1 мес	Через 7 мес
4-я группа, n=94	18,5±2,4	10,1±2,2	8,3±1,7

нов, выделенных из ПЖ быков, достигших половой зрелости (1,5–3 года). Особенности выделения данных пептидов нивелируют их молекулярную видоспецифичность, в результате чего в данном препарате отсутствуют антигенные свойства. Экстракт обладает органотропным действием к ПЖ.

Препарат уменьшает тромбообразование, обладает антиагрегантной активностью, препятствует развитию тромбоза венул в ПЖ, обладает антикоагулянтными свойствами, усиливает микроциркуляцию в ПЖ, усиливает синтез антигистаминных и антисеротониновых антител. Уменьшает отек и лейкоцитарную инфильтрацию ПЖ, нормализует секреторную и пролиферативную функцию эпителиальных клеток, увеличивает число лецитиновых зерен в секрете акциносов, стимулирует мышечный тонус мочевого пузыря.

Нами данный препарат был выбран для присоединения к стандартной антибактериальной терапии ХП, учитывая его противоотечный, противовоспалительный и антисеротониновый эффект, что снижает давление и гиперэстезию семенного холмика и способствует нормализации времени до эякуляции при половом контакте.

Результаты комплексного лечения пациентов 3-й группы позволили добиться следующих результатов: эрадикационная излеченность достигла 89,4%, отмечены практически полное отсутствие жалоб и высокая эффективность в отношении ВПЭ – 83,1%, ИВЛИ увеличился в 2,72 раза.

Если до начала лечения у пациентов 4-й группы отмечали баллы, которые соответствовали средней степени депрессивного расстройства по шкале Гамильтона, то на фоне

проводимого лечения произошло улучшение практически до нормальных показателей. То есть положительная динамика ИВЛИ и общее удовольствие от коитуса имеют существенное влияние на изменение психологических расстройств у пациентов с ВПЭ (табл. 3).

Таким образом, в 4-й группе пациентов, принимающих сертраллин, ИВЛИ в среднем увеличилось в 2,36 раза, эффективность в отношении ВПЭ составила 64,5%.

ВЫВОДЫ

1. Причиной вторичной преждевременной эякуляции (ВПЭ) наиболее часто бывает хронический простатит (ХП) и простатовезикулит (78%).
2. Назначение ингибитора обратного захвата серотонина при ВПЭ рационально только при наличии неврологической симптоматики (HRDS >14) и отсутствии ХП.
3. Варикоцеле (особенно двустороннее) является коморбидным фактором ХП, вызывая венозную гиперемию предстательной железы (ПЖ), и может являться одной из причин ВПЭ.
4. Операция Мармара уменьшает венозную гиперемию ПЖ, снижает балл IPSS, улучшает интравагинальный латентный интервал у пациентов с коморбидной патологией (варикоцеле + ХП).
5. Антибактериальная терапия ХП позволяет вылечить ВПЭ у 56% пациентов, добавление простатотропных препаратов (Витапрост) повышает эффективность лечения ВПЭ до 83%.

Вибір методу лікування вторинної передчасної еякуляції

О.В. Кнігавко, А.В. Аркатов, О.С. Горленко, В.О. Кривицький, О.Ф. Майборода

Передчасна еякуляція (ПЕ) – стійке настання оргазму та еякуляції у чоловіка до настання оргазму у жінки – досить часто захворювання, яке, за даними різних авторів, діагностують у 25–40% чоловіків переважно молодого віку. Незважаючи на значне поширення ПЕ, в Україні дотепер немає чітких гайдлайнів її лікування, особливо вторинної форми, яка маніфестує через деякий час після успішного статевого життя.

Мета дослідження: виявлення найбільш частих причин розвитку вторинної передчасної еякуляції (ВПЕ) та ефективності різних методів її лікування.

Матеріали та методи. У 2007–2017 рр. в андрологічному відділенні КУОЗ «Обласний клінічний центр урології та нефрології ім. В.І. Шаповала» проведено обстеження 906 пацієнтів з передчасною еякуляцією. У даній вибірці оцінювали результати діагностики і лікування 379 пацієнтів з ВПЕ з інтравагінальним латентним інтервалом (ІВЛІ) менше 2 хв. На підставі пенільної біотезіометрії, збору сексуального анамнезу, дослідження урологічних скарг, проведення доплерографічного ультразвукового дослідження передміхурової залози і мошонки, аналізів на інфекції, що передаються статевим шляхом, а також використання шкали вегетативної дисфункції і шкали Гамільтона (HRDS), були зроблені припущення щодо найбільш ймовірної причини ВПЕ. Це дозволило розподілити пацієнтів на 4 групи: 1-а група – 124 пацієнта з нормальною чутливістю головки без відхилень у психоневрологічному статусі з діагностованим хронічним простатитом (ХП), яким проводили антибактеріальне лікування згідно з чутливістю виділених інфекційних агентів; 2-а група – 84 пацієнта з ХП і наявністю варикоцеле, яким крім антибактеріальної терапії проводили операцію Мармара; 3-я група – 77 пацієнтів з ХП, яким поряд з антибактеріальною терапією додатково призначали проста-топротектор (Витапрост); 4-а група – 94 пацієнта з неврологічними скаргами і високим балом тривожності HRDS >14, лікування яких

полягало у призначенні інгібітору зворотного захоплення серотоніну (ІЗЗС) сертраліну курсом 6 міс у дозі 50 мг на добу.

Результати. Через 1 міс і 7 міс результативність лікування визначали за показниками подовження ІВЛІ, задоволення статевим контактом за шкалою Розена, кількістю пацієнтів, задоволених результатами лікування, і відсутністю необхідності приймати препарати у подальшому. У 1-й групі тривалість ІВЛІ збільшилася в 1,85 разу, ерадикація захворювання досягла 78,3%, відзначені високі результати за відсутності скарг – у 91,2% пацієнтів, однак щодо ВПЕ ефективність була невисокою – всього 56,2%. У 2-й групі відзначена висока ерадикаційна виживаність – 87,3%, майже повна відсутність скарг і висока ефективність щодо ВПЕ – 79,7%, збільшення ІВЛІ – у 2,54 разу. У 3-й групі ерадикаційна виживаність досягла 89,4%, відзначено практично повну відсутність скарг і високу ефективність щодо ВПЕ – 83,1%, показники ІВЛІ збільшилися у 2,72 разу. У 4-й групі пацієнтів, які застосовували сертралін, середнє збільшення ІВЛІ досягло 2,36 разу, ефективність щодо ВПЕ – 64,5%.

- Заключення.**
1. Причиною вторинної передчасної еякуляції (ВПЕ) найбільш часто буває хронічний простатит (ХП) і простатовезикуліт (78%).
 2. Призначення інгібітору зворотного захоплення серотоніну при ВПЕ раціонально тільки за наявності неврологічної симптоматики (HRDS >14) і відсутності ХП.
 3. Варикоцеле (особливо двостороннє) є коморбідним фактором ХП, що викликає венозну гіперемію передміхурової залози (ПЗ) і може бути однією з причин ВПЕ.
 4. Операція Мармара зменшує венозну гіперемію ПЖ, знижує бал IPSS, покращує показник ІВЛІ у пацієнтів з коморбидною патологією (варикоцеле + ХП).
 5. Антибактеріальна терапія ХП дозволяє вилікувати ВПЕ у 56% пацієнтів, додавання простатотропних препаратів (Витапрост) підвищує ефективність лікування ВПЕ до 83%.

Ключові слова: передчасна еякуляція, первинна та вторинна, шкала Гамільтона, біотезіометрія, інгібітор зворотного захоплення серотоніну, сертралін, хронічний простатит, Витапрост.

Вітапрост

ПАТОГЕНЕТИЧНО ОБГРУНТОВАНЕ
ЛІКУВАННЯ ПРОСТАТИТУ



10 супозиторіїв

**Вітапрост
форте**

10 супозиторіїв

Вітапрост
Супозиторії ректальні 50 мг

немає токсичного впливу на організм людини

всі інші препарати, що містять вітамін В6

Р.П. № UA/6358/01/01, № UA/6358/01/01

STADA
СОЦІАЛЬНА
КОМПАНІЯ РОКУ
2015



Selection of method of treatment in secondary premature ejaculation

A.V. Knigavko, A.V. Arkatov, A.S. Gorlenko, V.A. Krivitsky, O.F. Mayboroda

Premature ejaculation (PE) – a persistent attack of orgasm and ejaculation in a man before the onset of orgasm in a woman – a fairly common disease, which according to different authors suffers from 25% to 40% of men, mostly young. Despite such a wide spread of premature ejaculation, there are still no clear guidelines for its treatment in Ukraine, especially the secondary (acquired) form, which manifested itself sometime after a successful sexual life.

The objective: to determine the most common causes of secondary premature ejaculation (SPE) and the effectiveness of various methods of its treatment.

Materials and methods. In 2007–2017 in the andrological department of the KZOZ «RCCUN them. V.I. Shapoval», 906 patients with premature ejaculation were examined. In this sample, the results of diagnosis and treatment of 379 patients with secondary PE with an Intravaginal ejaculation latency time (IELT) were evaluated for less than 2 minutes. Based on penile biothesiometry, sexual history, study of urological complaints, doppler ultrasound examination of the prostate and scrotum, analyzes for sexually transmitted infections, and the use of the scale of autonomic dysfunction and the Hamilton scale (HRDS), there are suggestions for the most likely cause of PE. This allowed the patients to be divided into 4 groups. Group 1 – 124 patients with normal penile sensitivity without deviations in the psychoneurological status with diagnosed chronic prostatitis (CP), who underwent antibacterial treatment according to the sensitivity of the isolated infectious agents; Group 2 consisted of 84 patients with CP and the presence of varicocele, which, in addition to antibiotic therapy, were underwent Marmara surgery; Group 3 – 77 patients with CP, who along with antibacterial therapy were additionally assigned prostatoprotector (Vitaprost); Group 4 – 94 patients with neurological complaints and high

anxiety HRDS >14, whose treatment consisted in the appointment of a selective serotonin reuptake inhibitor (SSRI) sertraline by a course of 6 months at a dose of 50 mg per day.

Results. After 1 and 7 months, the effectiveness of the treatment was determined by the lengthening of the intravaginal ejaculatory latent time (IELT), the satisfaction of sexual intercourse on the Rosen scale, the number of patients satisfied with the results of treatment and the absence of the need to take the drugs in the future.

In group 1, the duration of IELT increased by 1,85 times, eradication of the disease reached 78,3%, high results were observed in the absence of complaints in 91,2% of patients, but in respect of the SPE, the efficacy was not high – only 56,2%. In the 2nd group, high eradication cure was noted – 87,3%, almost complete absence of complaints and high efficiency with respect to the SPE – 79,7%, increase in IELT – by 2,54 times. In the third group, eradication cure reached 89,4%, almost no complaints and high efficiency with respect to the SPE – 83,1%, increased by 2,72 times. In the fourth group of patients receiving sertraline, the average increase in IELT was 2,36 times, the efficacy with respect to SPE was 64,5%.

Conclusions. 1. The cause of SPE is most often chronic prostatitis and prostatesciculitis (78%).

2. The appointment of SSRI in case of SPE is rational only in the presence of neurological symptoms (HRDS >14) and absence of CP.

3. Varicocele (especially bilateral) is a comorbid factor of CP, causing venous hyperemia of the prostate, and may be one of the causes of SPE.

4. Operation Marmara reduces venous hyperemia of the prostate, reduces the score of IPSS, improves IELT in patients with comorbid pathology (varicocele + CP).

5. Antibacterial therapy of CP allows to cure SPE in 56%, the addition of prostatotropic drugs (Vitaprost) improves the effectiveness of treatment of SPE to 83%.

Key words: premature ejaculation, primary and secondary, Hamilton scale, biothesiometry, selective serotonin reuptake inhibitor (SSRI), sertraline, chronic prostatitis, Vitaprost.

Сведения об авторах

Книгавко Александр Владимирович – Кафедра урологии, нефрологии и андрологии Харьковского национального медицинского университета, 61000, г. Харьков, пр. Науки, 4; тел.: (050) 401-25-43. E-mail: aknig79@gmail.com

Аркатов Андрей Валентинович – Кафедра урологии, нефрологии и андрологии Харьковского национального медицинского университета, андрологическое отделение КУЗ «Областной клинический центр урологии и нефрологии им. В.И. Шаповала», 61000, г. Харьков, пр. Московский, 195

Кривицкий Виталий Александрович – КУОЗ «Областной клинический центр урологии и нефрологии им. В.И. Шаповала», 61000, г. Харьков, пр. Московский, 195

Горленко Александр Сергеевич – КУОЗ «Областной клинический центр урологии и нефрологии им. В.И. Шаповала», 61000, г. Харьков, пр. Московский, 195

Майборода Олег Феликсович – Харьковская городская клиническая больница № 17, 61000, г. Харьков, пр. Московский, 195

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Горпинченко И.И., Сытенко А.М., Нуриманов К.Р., Зайцев В.И., Махер-Гафси. Обоснование анкеты «Профиль преждевременной эякуляции» в качестве инструмента для оценки симптомов преждевременной эякуляции // Здоровье мужчины. – 2009. – № 1. – С. 110–114.
2. Сексопатология: Справочник / Васильченко Г.С., Агаркова Т.Е., Агарков С.Т. и др.; Под ред. Г.С. Васильченко. – М.: Медицина, 1990. – С. 520–539.
3. Андрология. Мужское здоровье и дисфункция репродуктивной системы / Пер. с англ. Под ред. Э. Нишлага, Г.М. Бере. – М.: ООО «МИА», 2005. – С. 228.
4. Горпинченко И.И., Воробець Д.З. Ефективність інгібіторів зворотного захоплення серотоніну в лікуванні чоловіків з передчасною еякуляцією // Здоровье мужчины. – 2009. – № 4. – С. 90–95.
5. Sadeghi Nejaad H., Watson R. Premature ejaculation: Current medical treatment and new directions // Journal of Sexual Medicine. – 2008. – № 5. – P. 1037–1050.
6. Waldiger M.C. et al. A multinational population survey on intravaginal ejaculation latency time // Journ. Sex. Med. – 2005. – № 2. – P. 492–497.
7. Seftel AD. Rasch Analysis of the Premature Ejaculation Diagnostic Tool (PEDT) and the International Index of Erectile Function (IIEF) in an Iranian Sample of Prostate Cancer Patients. J Urol. 2017 Jun;197(6):1534–1535. doi: 10.1016/j.juro.2017.03.091. Epub 2017 Mar 17.
8. Abu El-Hamd M., Abdelhamed A. Comparison of the clinical efficacy and safety of the on demand use of paroxetine, dapoxetine, sildenafil and combined dapoxetine with sildenafil in treatment of patients with premature ejaculation: A randomized placebo-controlled clinical trial. Andrologia. 2017 May 12. doi: 10.1111/and.12829.
9. Zhu D, Dou X, Tang L, Tang D, Liao G, Fang W, Zhang X. Prevalence of Prostatitis-Like Symptoms and Outcomes of NIH-CPSP in Outpatients with Lifelong and Acquired PE: Based on a Large Cross-Sectional Study in China. Biomed Res Int. 2017;2017:3473796.
10. McMahon CG, Jannini EA, Serefoglu EC, Hellstrom WJ. The pathophysiology of acquired premature ejaculation. Transl Androl Urol. 2016 Aug;5(4):434–49.
11. Chen CQ, Yi QT, Chen CH, Gong M. Effect of Interventions for Premature Ejaculation in the Treatment of Chronic Prostatitis with Secondary Premature Ejaculation. Zhongguo Yi Xue Ke Xue Yuan Xue Bao. 2016 Aug;38(4):393–8.
12. Лесовой В.Н., Книгавко А.В., Аркатов А.В., Савенков В.И., Картавцев А.В. Малоинвазивные методы лечения эякуляторных расстройств // Здоровье мужчины. – 2015. – № 2. – С. 87–91.

Статья поступила в редакцию 03.01.2018