

Преждевременная эякуляция: терминология, эпидемиология, дефиниции, «философия» диагноза

Г.С. Кочарян

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Приведены термины, используемые для обозначения разных вариантов преждевременной эякуляции, а также различные ее определения. Выделены и охарактеризованы подходы к оценке продолжительности полового акта (биологический, биосоциальный, биопсихосоциальный). Отмечено, что биологический подход, который, по-видимому, полностью применим к животным, для людей является недостаточным.

Ключевые слова: преждевременная эякуляция, термины, распространенность, определения.

Согласно данным современных исследований среди всех сексуальных дисфункций чаще всего имеют место расстройства эякуляции, которые стали предметом всестороннего мета-анализа [6]. Из них подавляющее число случаев представлено преждевременной эякуляцией (premature ejaculation; PE). Хотя термин «premature ejaculation» является наиболее распространенным, существуют и другие термины-синонимы – rapid ejaculation (быстрая эякуляция), rapid climax (быстрая кульминация), premature climax (преждевременная кульминация) или early ejaculation (ранняя эякуляция) [54]. В 1943 г. В. Schapiro [59] также предложил выделять первичную (primary) или lifelong (пожизненную), т. е. существующую с начала половой жизни PE, и secondary (вторичную) или acquired (приобретенную) PE.

Отмечается, что PE – самая частая сексуальная жалоба [49] и самая распространенная сексуальная дисфункция у мужчин в возрасте до 40 лет [68], а также, что она имеет место почти у каждого третьего мужчины во всем мире в возрасте между 18 и 59 годами [25]. М. Metz [47], ссылаясь на литературные данные (Lauman, Paik, Rosen, 1999), информирует, что PE «затрагивает» приблизительно 29% всех мужчин. Более того, отмечается, что PE имеет место чаще, чем эректильная дисфункция [53].

Данные о частоте PE значительно различаются. Так, Chris G. McMahon [45], ссылаясь на ряд статей [33, 43, 48, 52, 55, 62, 63], сообщает о диапазоне от 4% до 39%. Однако в работах последнего времени цифры нижнего регистра представленного диапазона вообще не фигурируют.

Так, по данным разных авторов, частота PE составляет 20–30% [21, 35, 76], от 21% до 31% [51], до 30% [26, 39], 20–33% (данные самооценки мужчин, поэтому неясно, были бы они квалифицированы специалистами как страдающие PE) [27], от 27 до 34% среди мужчин всех возрастных групп [10], 35% [13, 14], 22–38% [4], 25–40% [54] и даже 30–40% [15, 61]. При этом отмечается, что при такой частоте только от 1% до 12% лиц с данной патологией обращаются за медицинской помощью [18].

Г.В. Вроск и соавторы [24] провели исследование среди канадских мужчин. На первом этапе посредством ин-

тернета были опрошены 3816 человек, а на втором – посредством телефонного интервьюирования – 1636 из этих 3816 человек, которые соответствовали критериям PE. Диагноз устанавливали на основании слабого контроля мужчин над эякуляцией или его отсутствия, независимо от продолжительности полового акта, что приводило к негативным последствиям для них или для их сексуальных партнеров, либо для тех и других, или жалоб на очень быстро наступающее семяизвержение. В результате проведенного исследования выявлено, что распространенность PE, диагностированной «в соответствии с DSM–III, составила от 16% до 24% в зависимости от используемого определения PE» (?) и значительно не изменялась с возрастом.

Е.А. Jannini, А. Lenzi [36] в своей статье по эпидемиологии PE сообщают, что, несмотря на некоторую методологическую предвзятость, ее распространенность больше 21% кажется реалистичной. Эта цифра была получена на основании широкого опроса, в котором исследовали «различные аспекты секса и отношений» среди 27 500 мужчин и женщин в возрасте от 40 до 80 лет.

Согласно шифру F52.4 МКБ-10, под PE следует понимать неспособность задерживать эякуляцию на период, достаточный для удовлетворенности половым актом обоих партнеров. Отмечается, что в тяжелых случаях эякуляция может наступить перед введением полового члена во влагалище или при отсутствии эрекции. Помимо этого, высказывается мнение, что органические причины PE маловероятны. Сообщается, что она может возникать как психологическая реакция на органическое нарушение, например, при отсутствии эрекции или при боли. Также отмечено, что эякуляция может представляться преждевременной, если эрекция требует пролонгированной стимуляции, что укорачивает интервал между удовлетворительной эрекцией и эякуляцией; первичная проблема в таком случае заключается в задержанной эрекции [9, с. 190].

В DSM–IV (современная классификация, принятая в США) PE соответствует шифру 302.75, в соответствии с которым она характеризуется следующим образом [28, р. 236]:

А. Постоянная или периодически повторяющаяся эякуляция при минимальной сексуальной стимуляции до, во время или вскоре после пенетрации (введения полового члена во влагалище), возникающая прежде, чем мужчина этого пожелает. Клиницист должен принимать во внимание факторы, которые затрагивают продолжительность стадии возбуждения, такие, как возраст, новизну сексуального партнера или ситуации и недавней/последней частоты сексуальной активности.

В. Причинами расстройства являются дистресс или сложности в интерперсональных (межличностных) отношениях.

С. Преждевременная эякуляция не исключительно из-за прямых воздействий субстанции/вещества (например, прекращение приема опиоидов [синтетических наркотических препаратов]).

Как следует из последних международной и американской классификаций при характеристике РЕ учитывают длительность полового акта (без указаний каких-либо точных значений). Способность контролировать его продолжительность мужчиной фиксируется в МКБ-10. Помимо этого, в МКБ-10 акцентируют внимание на отсутствии при РЕ удовлетворенности у обоих партнеров. Для обеих классификаций характерно доминирующее представление о РЕ как о функциональном, не имеющем органической природы феномене. При этом, в МКБ-10 такую возможность хотя и не отрицают, но считают маловероятной.

По нашему мнению, исключение возможности возникновения РЕ вследствие влияния факторов органической модальности является ошибочным. В связи с этим достаточно указать на существование такой неврологической церебральной патологии, как синдром парацентральных долек, что проявляется резко выраженной РЕ с начала половой жизни [3, 19].

В литературе, посвященной обсуждаемой проблеме, нет единого согласованного определения РЕ. Так, И.А. Попов [12] на основании интервьюирования 482 практически здоровых мужчин определил, что у 92,5% из них «эякуляционная способность» была нормальной, а у 7,5% имела место РЕ. При этом к РЕ И. А. Попов относил такую, которая наступает спустя 7–10 с и ранее или после 9–10 фрикций и менее. В противоположность этому на вопрос: «Сколько же времени должен длиться половой акт?», В.И. Здравомыслов отвечает следующим образом: «Мы считаем – не менее 5–10 мин» [5].

Следует отметить, что В. И. Здравомыслов в своем мнении не одинок. Аналогичная точка зрения высказывается и в публикации N. Baum [22], который отмечает, что РЕ является проблемой для 36 млн мужчин, у которых семяизвержение наступает в течение 5 мин.

В связи с этим Г.С. Васильченко [11] подчеркивает, что принятие нижней нормативной границы, предлагаемой И.А. Поповым, привело бы к отказу от лечения значительного числа мужчин, которые в нем нуждаются, страдая несомненными сексологическими расстройствами, в то время как принятие нижней нормативной границы, предлагаемой В.И. Здравомысловым, напротив, – к сексологической инвалидизации большинства мужчин, считающих себя здоровыми.

С. Крадохвил [7] отмечает, что о РЕ говорят тогда, когда мужчина не может осуществлять половой акт более 1 мин, а об относительно преждевременной эякуляции – когда половой акты более продолжительный, но в большинстве случаев их длительность недостаточна для получения женщиной сексуального удовлетворения. Половой акт, длящийся менее 3 мин, сообщает автор, обозначают как *coitus brevis* (короткий половой акт). Если эякуляция наступает перед имиссией полового члена, то речь идет об *ejaculatio ante portas*, а если во время нее – об *ejaculatio intra portas*.

Согласно данным, полученным Р. Н. Gebhard [31] при обследовании 1000 супружеских пар, средняя продолжительность полового акта составляет 4–7 мин. Автор полагает, что эякуляцию, наступающую ранее чем через 4 мин после интроемиссии, нужно считать преждевременной. По его данным, полученным при опросе 964 женщин, установлено, что многие из них достигали полового удовлетворения при относительно кратковременной длительности полового акта. При продолжительности акта около 1 мин ор-

газма достигали 27% женщин, а 61–66% женщин – при значительно большей его продолжительности (около 12 мин). При длительности коитуса в диапазоне от 1 до 11 мин около 50% женщин постоянно испытывали оргазм, независимо от того, длился ли он 1–2 мин или 8–11. Автор объясняет это тем, что в одних случаях мужчина компенсирует короткую продолжительность полового акта более длительной подготовкой, а в других случаях, когда женщины быстро достигают оргазма, мужчина, приспособившись к такому темпу, не стремится продлить половой акт [по 7].

W.H. Masters, V.E. Johnson [44] во время лабораторных исследований установили, что при мастурбации женщина обычно достигает оргазма в течение 3 мин. При сравнении этих результатов с данными анкетных обследований оказалось, что при обычном половом акте сексуальная реактивность женщин ниже, чем при мастурбации. Это согласуется с выводами S. Schnabl (1972), что при мастурбации женщина осуществляет стимуляцию в соответствии со своими ощущениями, в то время как при половом акте она обычно должна приспосабливаться к партнеру [по 7].

При анкетном опросе в ГДР, проведенном S. Schnabl в 1972 г., 50% мужчин и женщин указали, что половой акт у них длится более 5 мин, и чем дольше он продолжается, тем чаще женщины достигают оргазма. M. Hunt (1974) сообщает, что средняя длительность полового акта у супружеских пар в США составляет около 10 мин и зависит от социальных и культурных условий. J. LoPiccolo (1978) считает, что лечение показано мужчинам, у которых половой акт длится менее 4 мин [по 7].

W.H. Masters, V.E. Johnson [44] считают эякуляцию преждевременной тогда, когда примерно в 50% половых актов мужчина не способен вызвать половое удовлетворение у партнерши. Однако этот критерий, как отмечает С. Крадохвил [7], в значительной степени зависит от сексуальной реактивности женщины, которая может значительно варьировать. Впрочем и сами авторы [8] сообщают, что отдавали себе отчет в том, что их формулировка несовершенна и прежде всего в тех случаях, когда женщина никогда не испытывает оргазм или испытывает его крайне редко. У. Мастерс, В. Джонсон, Р. Колодни [8] также информируют, что в основе прежних нормативов лежали длительность полового акта (например, менее 2 мин) или число фрикций, произведенных до эякуляции. В настоящее время, однако, сообщают авторы, от этих критериев отказались. По их мнению, это хорошо, так как одни мужчины пытались с помощью секундомера установить, соответствует ли их поведение норме, а другие с целью увеличения количества фрикций пытались их ускорить, хотя это, напротив, обычно приближает эякуляцию, а не отдаляет ее.

В свое время H.S. Kaplan [38] заявила, что термин «преждевременная эякуляция» следует относить к тем случаям, когда мужчина не способен контролировать ее наступление, т. е. не может произвольно контролировать эякуляторный рефлекс и переносить высокую степень полового возбуждения без возникновения эякуляции. Однако У. Мастерс, В. Джонсон, Р. Колодни [8] отмечают, что большинство сексологов считают способность полностью контролировать эякуляцию не правилом, а исключением и сообщают, что Американская ассоциация психиатров в DSM-III (1980 г.) деликатно обошла эту проблему, утверждая, что речь должна идти о «разумном контроле наступления семяизвержения, оценка которого производится... «с учетом ряда факторов, оказывающих влияние на продолжительность фазы возбуждения, таких как возраст, новый половой партнер, частота и продолжительность полового акта» [20, р. 280]. Более того, высказывает-

ся мнение, что в норме эякуляция происходит в течение 2–3 мин активных фрикций [14].

В связи с обсуждаемым вопросом следует отметить, что в литературе приводятся разноречивые данные [45] относительно взаимоотношения между интравагинальным латентным временем ожидания эякуляции (intra vaginal ejaculation latency time; IELT), которое представляет собой промежуток времени от начала фрикций после введения полового члена во влагалище до семяизвержения, и субъективным эякуляторным контролем. Так, если G. Grenier, E.S. Byers [33] сообщили, что некоторые мужчины с коротким IELT указывали как на адекватный эякуляторный контроль, так и на слабый [33], то другие авторы констатировали умеренную корреляцию между IELT и эякуляторным контролем [50, 74]. D.L. Patrick и соавторы [50] сообщили об оценках «очень низкий» («very poor») или «низкий» («poor») относительно контроля над эякуляцией у 72% мужчин с PE по сравнению с 5% в группе нормального контроля.

Критически высказывается в отношении определения PE, приведенного в DSM–IV, доктор психологии Элтоф (Stanley E. Althof, PhD) [27] – ученый из США, который много занимался данной проблемой. Он, в частности, заявляет, что если посмотреть на диагностические критерии PE, то мы увидим, что они чрезвычайно неопределенны. DSM–IV определяет PE как эякуляцию, которая наступает до или вскоре после введения, а также прежде, чем пожелает мужчина. Извержение, наступающее перед введением полового члена во влагалище, является очень редким феноменом. Использование же терминологии «вскоре после введения» или «прежде, чем пожелает мужчина», по мнению автора, ведет к замешательству. «Вы, я и 5 других врачей можем не согласиться со значением двух этих утверждений, так как мы не имеем никакого ясного определения данной дисфункции. Далее названный автор отмечает, что согласно некоторым клиническим исследованиям PE следует определять как семяизвержение, наступающее после интроекции спустя установленный период времени. Однако при ознакомлении с результатами всех исследований, проведенных в 90-х годах, обращает на себя внимание, что данный период, по сообщениям разных авторов, различный и варьирует в пределах от 1 до 7 мин. Далее автор сообщает, что FDA (Управление по контролю за продуктами и лекарствами, США) сосредоточивает свое внимание на IELT как отправной точке клинических исследований. Однако на данную проблему следует смотреть более широко, не ограничиваясь только этим временем и способностью контролировать эякуляцию. Необходимо также оценивать, какое психологическое воздействие продолжительность полового акта оказывает на мужчину и его партнершу. Следует помогать людям, увеличивая эту продолжительность, но необходимо смотреть на проблему шире и не быть генитально сфокусированным (genitally focused).

О взаимоотношении продолжительности полового акта и сексуального удовлетворения Элтоф отметил, что, оценивая сексуальное удовлетворение, следует учитывать многие факторы. Это чувство может быть связано с приятными физическими ощущениями, удовлетворением партнерши, которое позволяет мужчине чувствовать себя удовлетворенным, ощущением им мужественности и переживанием того, что он сделал то, что должен был сделать. Мужчины, у которых имеет место PE, а также их партнерши испытывают меньшую удовлетворенность. Однако вряд ли речь идет о линейной корреляции. Когда продолжительность полового акта увеличивается, другие факторы могут приводить к тому, что интимная близость станет более или менее удовлетворяющей. По мнению цитируе-

мого автора, имеет место сильная фиксация на времени проведения полового акта и способности контролировать его продолжительность, но субъективные аспекты также важны [27].

Интересно мнение, которое высказывали А. Kinsey и соавторы [42], о нормальной продолжительности полового акта. Они считали быструю эякуляцию признаком биологической компетентности и писали: «Примерно у трех четвертых всех мужчин оргазм достигается в пределах двух минут после начала сношения и у немалой части мужчин разрядка может наступить до истечения минуты или даже в пределах 10–20 с после интроекции. Временами же мужчина может оказаться настолько возбужденным психическими или физическими ласками, что эякуляция наступает до соприкосновения гениталий... И все же представление, будто мужчина со столь быстрой эякуляторной реакцией невротичен или страдает какой-либо другой патологией, в большинстве случаев не является научно обоснованным. Некоторые клиницисты настаивают на отнесении эякуляций в разряд преждевременных во всех тех случаях, когда мужчина не способен задерживать эякуляцию до наступления оргазма у женщины. Учитывая, что многим женщинам высших слоев общества вследствие укоренения у них задерживающих условных рефлексов для наступления оргазма может потребоваться до 10–15 мин фрикционной стимуляции, а также учитывая и то, что многие женщины не испытывают оргазма никогда и ни при каких обстоятельствах в течение всей своей жизни, от мужчины, если предъявить ему требование проведения затыжного коитуса без эякуляции вплоть до наступления оргазма у женщины, ожидают «совершенно ненормальной, патологической ареактивности».

Также указанные авторы писали: «Мужчина, реагирующий быстрой сексуальной разрядкой, будучи весьма далек от какой бы то ни было патологии, совершенно нормален среди других млекопитающих и совершенно обычен среди представителей собственного вида. Странно, что термин «импотенция» мог быть использован для квалификации такого рода быстрой реакции. Трудно найти другую ситуацию, в которой индивидуума, обладающего быстрыми и интенсивными реакциями, не признали бы превосходящим других». Однако У. Мастерс, В. Джонсон, Р. Колодни [8] отмечают, что в настоящее время большинство сексологов с такой установкой не согласны.

По нашему мнению, точка зрения А. Кинси соответствует биологическому представлению о норме, которое, по видимому, полностью приложимо к животным. Действительно, находящиеся в естественных условиях самцы (джунгли и т. п.) поставлены в условия, когда с целью избежать помех целесообразно в кратчайшие сроки ввести оплодотворяющее начало самке, а если за небольшое время будет проведен не один, а несколько коитусов, то это тем более повысит генеративные возможности вида. В этом плане заслуживают внимания следующие данные. У слонов интросмиссия длится меньше минуты, у быка – около 23 с, но спаривание может быть очень частым. Ученые подсчитали, что один бык за 6 ч спаривался 77 раз, а пара львов в Дрезденском зоопарке за 8 дней спаривалась 360 раз [30].

Анализирует данную проблему и Г.С. Васильченко [11], который сообщает о наблюдениях, осуществленных рядом исследователей, свидетельствующих, что продолжительность копулятивных циклов (как завершенных, так и незавершенных, т. е. анэякуляторных) у различных видов обезьян составляет намного менее минуты: у макак самец производит во время одной садки 2–8 фрикций; возбужденный макак-резус на протяжении 10–20 мин произво-

дит 5–25 садок, каждая из которых продолжается 3–4 с и состоит из нескольких единичных фрикций (при этом часть садок носит анэякуляторный характер); самец бабуин в период одной садки, продолжающейся 10–15 с, производит 5–10 фрикций; у шимпанзе в течение одной садки производится 4–15 фрикций по одним данным и 5–15 – по другим. У низших млекопитающих, продолжает автор, продолжительность фрикционной стадии находится в таких же пределах, составляя у котов от 5 до 10 с, а у баранов в случный сезон – около минуты по одним данным и 13–19 с – по другим.

Если говорить о людях, которые проводят половые акты в благоприятных условиях с целью получения наслаждения, то их представления о норме могут меняться, что естественно может отразиться и на мнении сексологов. Что могло повлиять на изменение представлений о норме продолжительности полового акта у людей? Причиной этого является тот факт, что у них произошло изменение в представлении о стоящей перед половым актом задаче (у животных в основном – продолжении рода, а у людей – продолжение рода и получение удовольствия, что обуславливает необходимость пролонгации коитуса, а, следовательно, контроль над эякуляцией, увеличивающий вероятность достижения женщинами оргазма).

Подтверждение нашей точки зрения мы нашли в публикации, в которой отмечается, что вследствие эволюции человеческой сексуальности способность контроля над временем эякуляции стала очень важной (Hong, 1984), и мужчины учились этому по мере роста стремления к нему и их партнерш. На основании этого постулируется, что контроль над эякуляцией носит не природный, а культуральный характер [37].

По нашему мнению, по отношению к мужчинам правомочным к оценке продолжительности их полового акта по меньшей мере можно было бы считать **биосоциальный подход**. Более того, приводимое в настоящее время определение PE [46] предполагает **биопсихосоциальный подход** к оценке данной дисфункции (см. ниже). Сугубо **биологический подход** в данном случае, который полностью применим к животным, для людей является недостаточным.

Сведения о продолжительности полового акта обычно получают путем опроса. Однако известно, что большинство мужчин специально не «засекают» эту продолжительность с помощью часов или секундомера. Также известно, что восприятие времени зависит от ряда обстоятельств. Таким образом, говорить об объективности данных, полученным таким путем, не приходится. Мы неоднократно убеждались в этом при опросе пациентов. Так, один больной заявил, что его половой акт длится 2 или 3 мин. Когда же мы попросили его сказать, сколько же фрикций он осуществляет за это время, то он ответил, что если половой акт длится 2 мин, то 4, а если 3 мин, то 6. Трудно себе представить такую неправдоподобно малую скорость фрикций, чтобы получить данное соответствие. По нашему мнению, для некоторой объективизации продолжительности полового акта вслед за вопросом о его длительности следует спрашивать пациента о числе фрикций, совершаемых во время его проведения.

Для того чтобы объективизировать продолжительность полового акта, проводились специальные исследования, сопровождавшиеся его хронометрированием. В 1973 г. Г.С. Васильченко [2] сообщил, что отсутствие в доступной ему литературе данных о нормальной продолжительности коитуса послужило основанием для изучения этого вопроса. В связи с этим была подобрана группа мужчин, общее состояние и сексуальные проявления которых соответствовали принятым в научной сексологии представлениям о

безупречном здоровье. Определение длительности полового акта (от момента интродукции до эякуляции), который совершался в обычной обстановке, проводили обследуемые с помощью секундомера. Также они подсчитывали число фрикций. Эти задачи выполняли как мужчина, так и женщина, а в отдельных случаях – только женщина, а мужчина не знал о проводимом исследовании. При эксцессах ориентировались только на первый половой акт. Исключали отдельные случаи истинной пролонгации полового акта. Учитывали такие сведения, как время суток, положение, в котором проводился коитус, длительность предшествующего периода абстиненции (интервал между данным и предыдущим половым актом), кто проводил параметрирование, был ли оргазм у женщины, на какую фазу ее менструального цикла приходился данный коитус.

Самая короткая продолжительность полового акта составила 1 мин 14 с (при 68 фрикциях), а самая длительная – 3 мин 34 с (при 270 фрикциях). Средняя продолжительность составила 2 мин 2 с. Наименьшее количество фрикций равнялось 26 при длительности копулятивной стадии 1 мин 30 с, наибольшее – 270 при длительности копулятивной стадии 3 мин 34 с, среднее количество фрикций было равно 62. Установлена следующая закономерность: обследуемые, у которых эякуляция наступала быстро, практиковали замедление фрикций, в то время как лица с несколько затрудненным наступлением эякуляции отличались более энергичными, быстрыми фрикциями. Включение, остановка секундомера и счет фрикций у большинства мужчин вызывали статистически достоверное удлинение копулятивной стадии (в пределах 10–20%). При этом изолированная хронометрия (без счета фрикций) сказывалась в меньшей степени, чем счет фрикций или их счет, сочетающийся с оперированием секундомером. Любое вмешательство в нормальное течение полового акта (даже запуск и остановка секундомера без счета фрикций) полностью исключало наступление оргазма у женщин. Этот эффект отмечался даже у мультиоргастичных партнерш.

На основании полученных данных автор пришел к заключению, что «для возникновения оргазма у женщины качественная сторона проведения полового акта имеет большее значение, чем количественная: у одной и той же пары оргазм у женщины отсутствовал при половом акте, который продолжался 5 мин 44 с (мужчина провел истинную пролонгацию и насчитал 213 фрикций), в другом случае у женщины отмечен повторный оргазм при половом акте, продолжавшемся 3 мин (мужчина насчитал 55 фрикций). Кроме поведения мужчины и настроения женщины, значительную роль в наступлении оргазма у женщины играет отношение времени коитуса к менструальному циклу – чем ближе фаза активного кровотока у большинства женщин, тем легче при прочих равных условиях у них наступает оргазм [2].

Следует отметить, что М.Д. Waldinger и соавторы [75] сообщают, что при проведении своих исследований к РЕ они относили такую, которая наступала меньше чем через 1 мин, что совпадает с мнением, высказанным Г.С. Васильченко.

Г.С. Васильченко [11, с. 401] также предложил классифицировать расстройства эякуляции по интенсивности и экстенсивности. Так, он выделил следующие формы этих расстройств:

1. *Относительное ускорение эякуляции* (ejaculatio praecox relativa – EPR), когда семяизвержение наступает до появления оргазма у женщины, хотя с момента имиссии до эякуляции проходит не менее минуты и мужчина при этом производит не менее 20–25 фрикций.

2. *Абсолютное ускорение эякуляции* (ejaculatio praecox absoluta – ЕРА), когда длительность копулятивной стадии составляет менее 20 фрикций.

3. *Ejaculatio ante portas* (ЕАР) – наступление семяизвержения в обстановке полового акта, но до введения полового члена во влагалище.

4. *Задержанная эякуляция* (ejaculatio tarda – ЕТ), когда подовой акт носит затяжной, подчас изнурительный характер; крайней степенью ЕТ является функциональный асперматизм, при котором эякуляция вообще не наступает.

Следует отметить, что в настоящее время в том случае, когда сперма вырабатывается, а семяизвержение не наступает, используют термины «анэякуляция» и «анэякуляторный половой акт». Цитируемый автор также отмечает, что при отсутствии своевременной помощи расстройства эякуляции осложняются присоединением других феноменов, что заставляет характеризовать каждое расстройство не только по интенсивности, но и по экстенсивности. Для этого к обозначению интенсивности нарушения добавляются римские цифры: I – при изолированном расстройстве эякуляции; II – при сочетании с ослаблением эрекции; III – при сочетании с ослаблением эрекции и снижением полового влечения (или притулением оргазма).

Современные исследования, в которых проводили объективную оценку продолжительности коитуса, свидетельствуют о следующем. Так, С.С. McMahon [45] отмечает, что существуют значительные отличия в IELT (от 1 до 7 мин), которое характеризует мужчин с РЕ [41, 60, 64, 65], однако указанные цифровые значения «преждевременной эякуляции» не базируются на нормативных данных и не подкреплены какими-либо объяснениями. В данной статье отмечено, что автором и его коллегами ранее сообщалось, что при обследовании 1346 мужчин с РЕ среднее значение IELT составило 43,4 с. Эякуляция, наступающая еще до введения члена во влагалище (ЕАР) отмечалась у 5,6% мужчин. Высказывается мнение, что для клиницистов разумно расценивать мужчин, которые эякулируют в течение 2 мин после пенетрации, как тех, которые страдают от РЕ, а ЕАР или эякуляцию в течение 1 мин следует расценивать как тяжелые формы РЕ.

Также отмечается [54], что согласно современным данным среднее IELT в возрасте от 18 до 30 лет равно 6,5 мин [73], а преждевременной могла бы считаться эякуляция, где IELT меньше, чем приблизительно 1,5 мин [71].

М. Gonen и соавторы [32] в своих исследованиях определяли РЕ как такую, где IELT меньше 2 мин с тем же самым партнером в течение по крайней мере 6 мес.

T. Symonds и соавторы [66] в своей статье отмечают, что в качестве операционного маркера в соответствии с DSM-IV-TR в клинических исследованиях обычно используется IELT. Авторы сообщают, что M.D. Waldinger и соавторы (2004), проанализировав 41 исследование по лечению больных с РЕ, выявили, что в 30 из них РЕ считалась та, которая наступает через 1–2 мин; в 8 исследованиях – через 3 мин или меньше. В трех оставшихся исследованиях о РЕ говорили, когда продолжительность полового акта составляла соответственно 30 с, 4 мин и 5 мин. Есть мужчины, которые считают, что эякулируют преждевременно, когда их IELT составляет 3, 4 или даже 5 мин [50]. Напротив, есть мужчины, не считающие себя эякулирующими преждевременно, у которых IELT составляет 1 или 2 мин.

M. Waldinger et al. [74], характеризуя выраженность преждевременного семяизвержения, сообщили об IELT меньше чем 30 с и меньше чем 60 сек соответственно у 77% и 90% из 110 мужчин с РЕ.

Данные, которые были получены в США путем хронометрирования продолжительности полового акта намного

позже, резко отличаются от приведенных выше. Исследования, проведенные специалистами медицинской школы Университета Западного резервного района (Case Western Reserve University School of Medicine) в Кливленде, штат Огайо, показали, что у мужчин, страдающих преждевременным семяизвержением, эякуляция происходит в среднем до 1,8 мин от начала полового акта. Для здоровых мужчин этот показатель составил 7,3 мин. Стэнли Элтоф (Stanley Althof), один из исследователей, подчеркивает, что РЕ сопровождается чувством неудовлетворенности, потери контроля и напряжением в отношениях. Для сбора материала ученые раздали секундомеры половым партнерам более полутора тысяч мужчин. По результатам исследования было установлено, что около 200 испытуемых страдали РЕ, причем и сами мужчины, и их партнерши отмечали психологический дискомфорт, сопровождавший досрочное семяизвержение.

Результаты исследования опубликованы в Journal of Sexual Medicine. В работе также участвовали специалисты из Вашингтонского университета в Сиэтле (University of Washington in Seattle), Университета Миннесоты (University of Minnesota) и других исследовательских учреждений [17].

Фиксацию IELT проводили с помощью секундомера и в исследовании M.D. Waldinger и соавторов [73], в котором участвовали 500 пар из Нидерландов, Испании, Великобритании, Турции и США. Его длительность составила 4 нед. Обследованные мужчины были в возрасте 18 лет или старше, имели устойчивые гетеросексуальные отношения в течение, по крайней мере, 6 мес и регулярные сексуальные отношения. Медиана IELT составила 5,4 мин (диапазон 0,55–44,1 мин) и достоверно уменьшалась с возрастом (с 6,5 мин в группе 18–30 лет до 4,3 мин в группе старше 51 года ($P < 0,0001$)). Напомним, что медиана – возможное значение признака, которое делит вариационный ряд выборки на две равные части: 50% «нижних» единиц ряда данных будут иметь значение признака не больше, чем медиана, а «верхние» 50% – значения признака не меньше, чем медиана.

Другое исследование [72] проводили с помощью a blinded timer device, что минимизировало возможное вмешательство в естественное течение полового акта. Данное исследование осуществляли с неотобраным образцом из 474 мужчин из тех же стран также в течение 4 нед. Анкетный опрос проводили до и после 4-недельных оценок IELT. Среднее значение IELT составило 5,7 мин, а его медиана – 6,0 мин (диапазон: 0,1–52,1 мин). Мужчины из Турции имели самую короткую медиану IELT (4,4 мин), а мужчины из Великобритании – самую длительную (10,0 мин). Обрезание и использование презерватива не оказывали никакого существенного воздействия на медиану IELT. Субъекты, которые были недовольны IELT, имели немного более низкую медиану IELT (5,2 мин), чем медиана в популяции.

В связи с тем что продолжительность полового акта была меньше у турецких мужчин, следует сообщить следующее. Существует мало опубликованных данных относительно влияния страны рождения, религии или культуры на распространенность РЕ. Так, сообщалось об «увеличенной восприимчивости» к РЕ у индийских мужчин [23, 40]. Высказывание Кинси, согласно которому у азиатских мужчин эякуляция наступает быстрее, чем у кавказцев, которые, в свою очередь, эякулируют раньше, чем afro-caribbeans, интерпретировалось в ракурсе предположения, что некоторые расы более «сексуально ограничены», чем другие [42, 58].

В одном исследовании 2005 г., которое проводили в Лондоне [56], было установлено, что у лиц азиатского про-

исхождения и исламского вероисповедания PE встречается чаще. Авторы высказали мысль, что хотя причины этого неясны, но можно предположить влияние психосоциальных, семейных или генетических факторов. В другом исследовании, также проводившемся в Лондоне, результаты которого были опубликованы годом спустя [57], осуществлялись полуструктурированные интервью с 10 мужчинами-добровольцами исламского вероисповедания с установленным клиническим диагнозом «преждевременная эякуляция». Интервью были записаны на магнитофон и расшифрованы. В результате выявились следующие темы: беспокоящий первый сексуальный опыт (с подтемой «опасение относительно того, чтобы быть обнаруженным и желание закончить рано»), секс до брака, секс вне брака, религия, «стресс», воздействие западных стандартов, проживание в Великобритании и последующее ощущение свободы. Авторы пришли к заключению, что им удалось идентифицировать факторы, связанные с PE у пациентов исламского вероисповедания.

Следует отметить, что помимо секундомера и blinded timer device, которые используют для объективизации IELT, для этой цели изобретен прибор, который прошел апробацию. Так, сообщается [29], что было проведено специальное исследование с целью валидизировать the Sexual Assessment Monitor (SAM) – новый аппарат, разработанный для электронной регистрации IELT, с целью диагностики PE и точной фиксации терапевтических результатов при клинических испытаниях. В трех исследованиях, проведенных в Великобритании, приняли участие мужчины с PE (58 человек) и здоровые добровольцы (53 человека) в возрасте 18–75 лет. Было выявлено, что IELT намного выше у здоровых добровольцев, чем у мужчин с PE. В результате проведенных исследований авторы пришли к заключению, что с помощью SAM можно измерять время от начала вибрации до возникновения эрекции и эякуляции, а также IELT у здоровых добровольцев и мужчин с PE. Это свидетельствует, что SAM имеет потенциал стать «золотым стандартом» в диагностике PE и в клинических испытаниях.

Следует отметить, что относительно недавно изучали влияние некоторых факторов гетеросексуального секса на длительность полового акта. Сообщается, что в ходе исследования молодых женатых пар (Tullberg, 1999) выявлено, что IELT мужа, кажется, зависит от стадии менструального цикла жены: во время фертильной фазы (стадии) оно имеет тенденцию быть наиболее коротким. Другие исследования свидетельствуют о том, что молодые люди с более старшими партнершами достигают эякуляторного порога в среднем скорее, чем с партнершами своего возраста или с теми женщинами, которые младше их [по 54].

Как следует из приведенных данных, задача установления нормативных параметров для продолжительности полового акта не является легкой. Данную проблему попытались прояснить эксперты Международного общества сексуальной медицины (the International Society for Sexual Medicine; ISSM). В статье, посвященной этому вопросу [46], сообщается, что в медицинской литературе есть ряд определений PE. Наиболее часто упоминаемые ее определения – определение DSM-IV и другие – скорее базируются на мнениях авторитетов, а не на утверждениях, опирающихся на контролируемые клинические или эпидемиологические исследования. Поэтому в августе 2007 г. ISSM назначило несколько международных экспертов по проблеме PE и объединило их в созданный с этой целью Комитет для определения PE (Committee for the Definition of Premature Ejaculation). Его члены встретились в Амстердаме в октябре 2007 г., чтобы оце-

нить силу и слабость современных определений PE, доказательств, поддерживающие такие конструкты, как IELT, контроль эякуляции (ejaculatory control), сексуальное удовлетворение (sexual satisfaction), личностный/межличностный дистресс (personal/interpersonal distress) и предложить новое определение PE, базирующееся на доказательствах.

Комитет пришел к единодушному мнению, что к конструктам, которые следует считать необходимыми для определения PE, следует отнести – скорость эякуляции, воспринимаемую/осознаваемую самоэффективность и контроль, а также отрицательные личные последствия от PE. Комитет предложил определять существующую с начала половой жизни (lifelong) PE как мужскую сексуальную дисфункцию, характеризующуюся эякуляцией, которая всегда или почти всегда происходит до или в течение приблизительно одной минуты после влагалищного проникновения, неспособностью задерживать семяизвержение при всех или почти всех влагалищных проникновениях (vaginal penetrations) и отрицательными последствиями для личности (personal consequences), такими, как дистресс, беспокойство, фрустрация и/или избегание сексуальной близости. Отмечается, что это определение касается мужчин с PE, существующей с начала половой жизни (lifelong), и применимо только для влагалищного (интравагинального) коитуса. Эта группа экспертов также пришла к выводу, что не существует достаточного числа опубликованных объективных данных, которые позволили бы предложить дефиницию приобретенной PE, базирующуюся на доказательствах. Вместе с этим данные эксперты полагают, что предложенные ими критерии определения существующей с начала половой жизни (первичной) PE также могут быть применены и по отношению к приобретенной (acquired) PE.

В ряде публикаций уточняются некоторые детали, касающиеся работы этого комитета. Так, сообщается, что в его состав вошел 21 член [35]. Это были специалисты из США, Великобритании, Германии, Франции, Нидерландов, Австралии и ряда других стран, результаты работы которых были основаны на тщательном изучении более чем 100 научных работ. Также подчеркивается, что выработанное ими определение применимо только к пациентам с гетеросексуальной ориентацией, страдающим PE с начала половой жизни. Сформулировать аналогичное определение для больных, у которых такая проблема появляется время от времени, либо в определенном возрасте, а также для гомосексуалов еще предстоит [16].

Полный список членов экспертного комитета следующий: Н. Porst, Германия (председатель); J. Dean, Великобритания (фасилитатор); G. Aidaan, Сингапур; S. Althof, США; E. Becher, Аргентина; G. Broderick, США; J. Buvat, Франция; K. Dabees, Египет; A. Giraldi, Дания; F. Giuliano, Франция; W. Hellstrom, США; L. Incrocci, Нидерланды; E. Lann, Нидерланды; С. McMahon, Австралия; E. Meuleman, Нидерланды; M. Perelman, США; R. Rosen, США; D. Rowland, США; R.T. Segraves, США; I. Sharlip, США; M. Waldinger, Нидерланды [67].

В нормативных документах по диагностике и лечению преждевременной эякуляции Международного общества сексуальной медицины (International Society for Sexual Medicine's Guidelines for the Diagnosis and Treatment of Premature Ejaculation) [34] отмечается, что повторно комитет по данной проблеме (the ISSM PE Guidelines Committee) собирался в сентябре 2009 г. в Лондоне в расширенном составе. На этот раз в него вошли 26 членов (22 мужчины и 4 женщины). Это были признанные международные эксперты: 10 урологов, 5 психологов, 3 психиатра, 2 эндокринолога,

2 врача по оказанию первичной помощи (primary care physicians), 1 врач-сексолог (sexual medicine physician), 1 уролог (genitourinary physician), 1 терапевт (internal medicine physician) и 1 лучевой онколог (radiation oncologist). Председателем комитета в этот раз был Стэнли Элтоф (Stanley Althof, Ph.D.). Выводы относительно критериев РЕ, которые были представлены комитетом в 2007 г., не изменились.

Вместе с тем, в этих нормативных документах сообщается о предложении Волдинджера (M. D. Waldinger) выделить два дополнительных «подтипа» эякуляции у мужчин, которые обеспокоены продолжительностью коитуса, но не соответствуют критериям ISSM для РЕ [70]. Отмечается, что хотя выделение этих подтипов следует считать предварительным, было бы важно учитывать их существование, так как они характеризуют многих мужчин, обращающихся за помощью, которым не может быть поставлен диагноз РЕ. Это «естественно возникающая непостоянная» (natural variable) РЕ и эякуляторная дисфункция, подобная РЕ (premature-like ejaculatory dysfunction). Естественно возникающая непостоянная РЕ характеризуется ранними семяизвержениями, которые происходят периодически и сопровождаются некоторым субъективным чувством уменьшенного контроля эякуляции. Этот подтип не считают сексуальной дисфункцией или психопатологией. Он скорее является нормальным изменением в сексуальном функционировании. Эякуляторная дисфункция, подобная преждевременной эякуляции, характеризуется: 1) субъективным восприятием своей эякуляции как стойкой или нестойкой преждевременно наступающей в течение полового акта; 2) озабоченностью предполагаемым ранним семяизвержением или недостаточным контролем эякуляции; 3) IELT, находящимся в нормальном диапазоне или даже характеризующимся большей продолжительностью (т. е. эякуляцией, которая происходит после 5 мин); 4) ослабленной способностью контролировать эякуляцию (т. е. сдерживать семяизвержение во время его приближения); 5) озабоченностью, которая не может быть лучше объяснена другим психическим расстройством [41].

По-видимому, в проекте DSM-V учтены некоторые изъятия, существующие в DSM-IV-TR. Так, M. D. Waldinger [69] отмечает, что главный недостаток дефиниции РЕ в DSM-IV-TR – отсутствие точки отсчета временного критерия эякуляции. Кроме того, в проекте DSM-V предложено различать четыре категории РЕ: пожизненную (lifelong) РЕ, приобретенную РЕ, естественно изменяющуюся (natural variable) РЕ и эякуляторную дисфункцию, подобную преждевременной. Различие в патофизиологии и этиологии названных вариантов РЕ определяет выбор лечения. При пожизненной (lifelong) РЕ требуется медикаментозное лечение, при приобретенной РЕ необходимо лечение патологии, лежащей в основе РЕ, для чего используются медикаменты или психотерапия. Воспитание/просвещение и утешение/подбадривание показано мужчинам с естественно изменяющейся (natural variable) РЕ. Наконец, психотерапия и/или консультирование – первый выбор для лечения мужчин с эякуляторной дисфункцией, подобной преждевременной. Кроме того, отмечается [70], что согласно предложенной новой классификации (DSM-V), вероятно, только у небольшого количества мужчин РЕ нейробиологически детерминирована.

Следует подчеркнуть, что в определении РЕ, принятом в 2007 г. Комитетом, сформированным Международным обществом сексуальной медицины, в качестве одного из параметров, который характеризует эту дисфункцию, называют отрицательные ее последствия для личности (дистресс, беспокойство, фрустрацию и/или избегание сексуальной близости) [46]. Данный параметр относится к пси-

хологическому измерению. Поэтому с учетом других предусмотренных названным определением критериев (длительность полового акта не более 1 мин и неспособность задерживать семяизвержение при всех или почти при всех влагалищных проникновениях) диагноз РЕ является биопсихосоциальным.

В обсуждении нуждается определение РЕ, приведенное в МКБ-10, где в качестве основополагающего ее критерия приведена неспособность задерживать эякуляцию на период, достаточный для удовлетворения половым актом обоих партнеров. В связи с этим следует отметить, что в данных случаях, по-видимому, речь должна идти о здоровых женщинах, способных испытать оргазм, с нормальной возбудимостью, которая не предполагает проведения затяжных, изнурительных для мужчин половых актов. Напомним, что, по мнению большинства сексологов, как сообщалось нами ранее, возможность мужчины полностью контролировать эякуляцию является не правилом, а исключением. Таким образом, в подавляющем числе случаев речь должна идти о возможности не полного, а частичного контроля эякуляции. В противном случае конкретные данные о минимальной нормальной продолжительности полового акта, что, в частности, предусмотрено определением РЕ, которое в 2007 г. дал специальный Комитет Международного общества сексуальной медицины, вообще не следовало бы приводить, так как полный контроль над эякуляцией, по сути, предполагает возможность проведения мужчинами бесконечно долгих, не ограниченных никаким временем половых актов.

В заключение следует отметить, что и до настоящего времени проблему определения РЕ нельзя признать полностью решенной, что, как указывалось нами ранее, было признано экспертами Международного общества сексуальной медицины в 2007 г. Это, в частности, касается приобретенной (вторичной) РЕ. По их мнению, в настоящее время отсутствует достаточное число опубликованных объективных данных, которые позволили бы предложить ее дефиницию, базирующуюся на доказательствах. Вместе с этим данные эксперты полагают, что предложенные ими критерии определения существующей с начала половой жизни (первичной, lifelong) РЕ также могут быть применены и по отношению к приобретенной (acquired) РЕ.

Передчасна еякуляція: термінологія, епідеміологія, дефініції, «філософія» діагнозу Г.С. Кочарян

Наводяться терміни, що використовують для визначення різних варіантів передчасної еякуляції, а також різні її тлумачення. Виділені та охарактеризовані підходи до оцінювання тривалості статевого акту (біологічний, біосоціальний, біопсихосоціальний). Відзначається, що біологічний підхід, який, вірогідно, можна застосовувати до тварин, для людей є недостатнім.

Ключові слова: передчасна еякуляція, терміни, поширеність, визначення.

Premature ejaculation: terminology, epidemiology, definitions, «philosophy» of diagnosis G.S. Kocharyan

The terms used to describe different variants of premature ejaculation are presented as well as its various definitions. The approaches to estimate the intercourse duration (biological, biosocial, biopsychosocial) are isolated and characterized. It is noted that the biological approach which, apparently, is fully applicable to the animals for humans is inadequate.

Key words: premature ejaculation, terms, prevalence, definition.

Кочарян Гарник Суменович – Харьковская медицинская академия последипломного образования, 61176, г. Харьков, ул. Корчагинцев, 58. E-mail: kochgs@ic.kharkov.ua

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Расстройства эякуляции. Медицинский справочник. 13.12.2007 // <http://medoboz.ru/content/view/938/85/>
2. Васильченко Г.С. О нормальной продолжительности фрикционной (копулятивной) стадии полового акта // Проблемы сексопатологии и бесплодия (Материалы II республиканской конференции сексопатологов, Ворошиловград, 7–8 декабря 1972). – К.: Здоров'я, 1973. – С. 28–32.
3. Васильченко Г.С. О некоторых системных неврозах и их патогенетическом лечении. – М.: Медицина, 1969. – 184 с.
4. Зайцев В.И., Ситенко А.М., Гафси Махер. Возможности использования биологической обратной связи у мужчин с преждевременной эякуляцией // <http://www.bsmu.edu.ua/files/KEP/KEP-2009-08-02/KEP-2009-08-02-029.pdf>?
5. Здравомыслов В.И. Функциональные сексологические расстройства у женщин, их классификация и терапия / Проблемы современной сексопатологии. – М., 1972. – С. 409–425.
6. Кочарян Г.С. Расстройства эякуляции и их лечение. – Х.: Вид-во Віровець А.П. «Апостроф», 2012. – 328 с.
7. Кратохвил С. Психотерапия семейно-сексуальных дисгармоний / Пер. с чешск. – М.: Медицина, 1991. – 336 с.
8. Мастерс У., Джонсон В., Колодни Р. Основы сексологии / Пер. с англ. – М.: Мир, 1998. – 692 с.
9. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике. – СПб.: «АДИС», 1994. – 304 с.
10. Новое лекарство увеличивает продолжительность секса // <http://wap.smolforest.ru/sex.php?page=21>
11. Общая сексопатология. Руководство для врачей / Под ред. Г.С. Васильченко. – М.: Медицина, 1977. – 488 с.
12. Попов И.А. Материалы к психогигиене половой жизни мужчины / Дис. ... канд. мед. наук. – М., 1969. – 239 с.
13. Преждевременное семяизвержение // http://diagnos.ru/diseases/masculina/quick_eaculatio
14. Расстройства эякуляции. Медицинский справочник // <http://medoboz.ru/content/view/938/85/>
15. Синдром ранней эякуляции. Микрохирургическая денервация полового члена // <http://www.androclub.ru/publications/patents/denervation.shtml>
16. Ученые выработали определение преждевременной эякуляции // <http://pfmed.ru/faktyj/265/>
17. Ученые измерили преждевременную эякуляцию // <http://www.sexology.kiev.ua/news.htm>
18. Ученые измерили преждевременную эякуляцию. Сексопатология. 04.06.2005 // <http://www.health.am/rus/site/more/1889/>
19. Частная сексопатология: (Руководство для врачей) / Под ред. Г.С. Васильченко. – Т. 2. – М.: Медицина, 1983. – 352 с.
20. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd ed. (DSM-III). – Washington, DC: American Psychiatric Association, 1980.
21. Basal S., Goktas S., Ergin A., Yildirim I., Atim A., Tahmaz L., Dayanc M.A Novel Treatment Modality in Patients with Premature Ejaculation Resistant to Conventional Methods: The Neuromodulation of Dorsal Penile Nerves by Pulsed Radiofrequency // *J Androl.* – 2010. – 31 (2). – P. 126–130.
22. Baum N. Premature Ejaculation // http://www.neilbaum.com/articles/ed_prem_ejaculation.html
23. Bhatia M.S., Malik S.C. Dhat syndrome-a useful diagnostic entity in Indian culture // *Br J Psychiatry.* – 1991. – 159. – P. 691–695.
24. Brock G.B, Bunard F., Casey R., Elliott S.L., Gajewski J.B., Lee J.C. Canadian male sexual health council survey to assess prevalence and treatment of premature ejaculation in Canada // *J Sex Med.* 2009. – 6 (8). – P. 2115–2123.
25. Broderick G.A. Premature ejaculation: on defining and quantifying a common male sexual dysfunction // *J Sex Med.* – 2006. – 3, Suppl 4. – P. 295–302.
26. Chen Juza, Щеплев П.А., Гвасалия Б.Р., Гарин Н.Н., Захарченко А.В. Консервативная терапия ускоренной эякуляции // *Андрология и генитальная хирургия.* – 2005 – № 3. – С. 6–12.
27. Diagnosing and Treating Premature Ejaculation: An Expert Interview With Stanley E. Althof, PhD. Authors and Disclosures. Published: 11/01/2004 // <http://cme.medscape.com/viewarticle/492243>,
28. Diagnostic Criteria from DSM-IVM. Fifth printing. – Washington: American Psychiatric Association, 1996. – 358 p.
29. Dinsmore W.W., Ralph D.J., Kell P., Wylie K.R., Dean J.P., Novak C., Wylie J.S., Wylie M.G. Evaluation of the Sexual Assessment Monitor, a diagnostic device used to electronically quantify ejaculatory latency time: findings from three studies // *BJU Int.* – 2006. – 98 (3). – P. 613–618.
30. Eysenck H.J., Wilson G. The Psychology of sex. – London, 1979.
31. Gebhard P.H. Factors in marital orgasm // *J Soc Issues.* – 1966. – 22. – P. 88–95.
32. Gonen M., Kalkan M., Cenkler A., Ozkardes H. Prevalence of premature ejaculation in Turkish men with chronic pelvic pain syndrome // *J Androl.* – 2005. – 26 (5). – P. 601–603.
33. Grenier G., Byers E.S. The relationships among ejaculatory control, ejaculatory latency and attempts to prolong heterosexual intercourse // *Arch Sex Behav.* – 1997. – 26 (1). – P. 27–47.
34. International Society for Sexual Medicine's Guidelines for the Diagnosis and Treatment of Premature Ejaculation. Stanley E. Althof, Ph.D., Carmita H. N. Abdo, M.D., Ph.D., John Dean, M.D., Geoff Hackett, M.D., Marita McCabe, Ph.D., Chris G. McMahon, M.D., Raymond C. Rosen, Ph.D., Richard Sadosky, M.D., Marcel D. Waldinger, M.D., Ph.D., Edgardo Becher, M.D., Gregory A. Broderick, M.D., Jacques Buvat, M.D., Irwin Goldstein, M.D., Amr I. El-Meliegy, M.D., Francois Giuliano, M.D., Ph.D. Wayne J.G. Hellstrom, M.D., Luca Incrocci, M.D., Emmanuel Jannini, M.D., Kwangung Park, M.D., Sharon Parish, M.D., Hartmut Porst, M.D., David Rowland, Ph.D., Robert Segraves, M.D., Ph.D., Ira Sharlip, M.D., Chiara Simonelli, Ph.D., Hui Meng Tan, M.D. // <http://www.issm.info/v4/data/education/reference/PE%20Guidelines.pdf>
35. Int'l. Society for Sexual Medicine (ISSM) Details New Definition of Premature Ejaculation // <http://www.seekwellness.com/mensexuality/news.htm>
36. Jannini E.A, Lenzi A. Epidemiology of premature ejaculation // *Curr Opin Urol.* – 2005. – 15 (6). – P. 399–403.
37. Kamischke A., Nieschlag E. Update on medical treatment of ejaculatory disorders // *International Journal of Andrology.* – 2002. – 25 (6). – P. 333–344.
38. Kaplan H.S. The new sex therapy. – New York: Brunner/Mazel, 1974. – 544 p.
39. Kendirci M., Salem E., Hellstrom W.J. Dapoxetine, a novel selective serotonin transport inhibitor for the treatment of premature ejaculation // *Ther Clin Risk Manag.* – 2007. – 3 (2). – P. 277–289.
40. Khaitan B.K., Singh O.P. The frequency of sexual dysfunctions in patients attending a sex therapy clinic in north India // *Arch Sex Behav.* – 1998. – 27 (3). – P. 309–314.
41. Kilmann P.R., Auerbach R. Treatments of premature ejaculation and psychogenic impotence: A critical review of the literature // *Arch Sex Behav.* – 1979. – 8 (1). – P. 81–100.
42. Kinsey A.C., Pomeroy W.B., Martin C.E. Sexual behavior in the human male. – Philadelphia: Saunders, 1948. – 804 p.
43. Laumann E.O., Paik A., Rosen R.C. Sexual dysfunction in the United States: Prevalence and predictors // *JAMA.* – 1999. – 281 (6). – P. 537–544.
44. Masters W.H., Johnson V.E. Human sexual inadequacy. – Boston: Little, Brown and Co, 1970. – 467 p.
45. McMahon C.G. Premature ejaculation // *Indian Journal of Urology.* – 2007. – 23 (2). – P. 97–108.
46. McMahon C.G., Althof S.E., Waldinger M.D., Porst H., Dean J., Sharlip I.D., Adaikan P.G., Becher E., Broderick G.A., Buvat J., Dabees K., Giraldi A., Giuliano F., Hellstrom W.J., Incrocci L., Laan E., Meuleman E., Perelman M.A., Rosen R.C., Rowland D.L., Segraves R. An evidence-based definition of lifelong premature ejaculation: report of the International Society for Sexual Medicine (ISSM) ad hoc committee for the definition of premature ejaculation // *J Sex Med.* – 2008. – 5 (7). – P. 1590–1606.
47. Metz M. Premature Ejaculation: What is its Etiology? An Integrative, Biopsychosocial, Multidimensional Approach // <http://abstracts.co.allenpress.com/pweb/sexo2005/document/?ID=47350>
48. Nathan S.G. The epidemiology of the DSM-III psychosexual dysfunctions // *J Sex Marital Ther.* – 1986. – 12 (4). – P. 267–281.
49. Palmer N.R., Stuckey B.G. Premature ejaculation: a clinical update // *Med J Aust.* – 2008. – 188 (11). – P. 662–666.
50. Patrick D.L., Althof S.E., Pryor J.L.,

- Rosen R., Rowland D.L., Ho K.F., McNulty P., Rothman M., Jamieson C. Premature ejaculation: An observational study of men and their partners // *J Sex Med.* – 2005. – 2 (3). – 358–367.
51. Payne R.E., Sadovsky R. Identifying and treating premature ejaculation: importance of the sexual history // *Cleve Clin J Med.* – 2007. – 74, Suppl 3. – P. 47–53.
52. Porst H., Montorsi F., Rosen R.C., Gaynor L., Grupe S., Alexander J. The Premature Ejaculation Prevalence and Attitudes (PEPA) survey: Prevalence, comorbidities, and professional help-seeking // *Eur Urol.* – 2007. – 51 (3). – P. 816–824.
53. Powell J.A., Wyllie M.G. «Up and coming» treatments for premature ejaculation: progress towards an approved therapy // *Int J Impot Res.* – 2009. – 21 (2). – P. 107–115.
54. Premature ejaculation // http://psychology.wikia.com/wiki/Premature_ejaculation.
55. Reading A., Wiest W. An analysis of self-reported sexual behavior in a sample of normal males // *Arch Sex Behav.* – 1984. – 13 (1). – P. 69–83.
56. Richardson D., Goldmeier D. Premature ejaculation – Does country of origin tell us anything about etiology? // *J Sex Med.* – 2005. – 2 (4). – P. 508–512.
57. Richardson D., Wood K., Goldmeier D. A qualitative pilot study of Islamic men with lifelong premature (rapid) ejaculation // *J Sex Med.* – 2006. – 3 (2). – P. 337–343.
58. Rushton J.P., Bogaert A.F. Race versus social class differences in sexual behaviour: A follow up test of the r/K dimension // *J Res Person.* – 1998. – 22. – P. 259–272.
59. Schapiro B. Premature ejaculation, a review of 1130 cases // *J Urol.* – 1943. – 50. – P. 374–379.
60. Schover L., Friedman J., Weiler S., Heiman J., LoPiccolo J. Multiaxial problem-oriented system for sexual dysfunctions: an alternative to DSM-III // *Arch Gen Psychiat.* – 1982. – 39 (5). – P. 614–619.
61. Shamloul R., el-Nashaar A. Chronic prostatitis in premature ejaculation: a cohort study in 153 men // *J Sex Med.* – 2006. – 3 (1). – P. 150–154.
62. Spector I.P., Carey M.P. Incidence and prevalence of the sexual dysfunctions: A critical review of the empirical literature // *Arch Sex Behav.* – 1990. – 19 (4). – P. 389–408.
63. Spector K.R., Boyle M. The prevalence and perceived aetiology of male sexual problems in a non-clinical sample // *Br J Med Psychol.* – 1986. – 59 (Pt 4). – P. 351–358.
64. Spiess W.F., Geer J.H., O'Donohue W.T. Premature ejaculation: Investigation of factors in ejaculatory latency // *J Abnorm Psychol.* – 1984. – 93 (2). – P. 242–245.
65. Strassberg D.S., Kelly M.P., Carroll C., Kircher J.C. The psychophysiological nature of premature ejaculation // *Arch Sex Behav.* – 1987. – 16 (4). – P. 327–336.
66. Symonds T., Perelman M.A., Althoff S., Giuliano F., Martin M., May K., Abraham L., Crossland A., Morris M. Development and validation of a premature ejaculation diagnostic tool // *Eur Urol.* – 2007. – 52 (2). – P. 565–573.
67. The ISSM Definition of Premature Ejaculation // <http://www.aaa2009.org/program/issmdefPE.pdf>
68. Vardi Y., McMahon C.G., Waldinger M.D., Rubio-Aurioles E., Rabinowitz D. Are premature ejaculation symptoms curable? // *J Sex Med.* – 2008. – 5 (7). – P. 1546–1551.
69. Waldinger M.D. Recent advances in the classification, neurobiology and treatment of premature ejaculation // *Adv Psychosom Med.* – 2008. – 29. – P. 50–69.
70. Waldinger M.D. Premature ejaculation: different pathophysiologies and etiologies determine its treatment // *J Sex Marital Ther.* – 2008. – 34 (1). – P. 1–13.
71. Waldinger M.D., Zwinderman A.H., Olivier B., Schweitzer D.H. Proposal for a definition of lifelong premature ejaculation based on epidemiological stopwatch data // *The journal of sexual medicine.* – 2005 – 2 (4). – P. 498–507.
72. Waldinger M.D., McIntosh J., Schweitzer D.H. A Five-nation Survey to Assess the Distribution of the Intravaginal Ejaculatory Latency Time among the General Male Population // *J Sex Med.* – 2009. – 6 (10). – P. 2888–2895.
73. Waldinger M.D., Quinn P., Dilleen M., Mundayat R., Schweitzer D.H., Boolell M.A. Multinational population survey of intravaginal ejaculation latency time // *J Sex Med.* – 2005. – 2 (4). – P. 492–497.
74. Waldinger M., Hengeveld M., Zwinderman A., Olivier B. An empirical operationalization of DSM-IV diagnostic criteria for premature ejaculation // *Int J Psychiatry Clin Pract.* – 1998. – 2. – P. 287–293.
75. Waldinger M.D., Zwinderman A.H., Olivier B., Schweitzer D.H. Thyroid-stimulating hormone assessments in a Dutch cohort of 620 men with lifelong premature ejaculation without erectile dysfunction // *J Sex Med.* – 2005. – 2 (6). – P. 865–870.
76. Wisard M., Audette N. [Premature ejaculation: pills or sexology?] [Article in French] // *Rev Med Suisse.* – 2008 – 4 (150). – P. 780–784.

Значение применения урофлоуметрии на амбулаторном приеме у уролога

Е.А. Квятковский¹, А.Е. Квятковский², Т.А. Квятковская²

¹КУ «Днепропетровская ГКБ №9 ДОС»

²ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»

На первом этапе обследования больных с нарушением уродинамики нижних мочевых путей нами с 2009 г. используется урофлоуметр «Поток-К», разработанный А.Е. Квятковским, позволяющий определять 9 уродинамических показателей. Программное обеспечение включает автоматическую оценку состояния уродинамики по номограммам, архивирование и систематизирование проведенных исследований, протоколирование их на нескольких языках по выбору, содержит формулировки заключений с учетом качественной и количественной оценки урофлоуграм. Урофлоуметрия (УФМ) занимает 5–7 мин. Параллельно на аппарате HONDA HS-2000 проводится ультразвуковое исследование органов мочевой системы с определением объема мочи в мочевом пузыре до и после УФМ. За данный период проведено более 4000 исследований. Данные УФМ позволили расширить показания к назначению α -адреноблокаторов в структуре комплексной терапии у 26,6% больных с простатитом, мони-

торировать результаты медикаментозной терапии при доброкачественной гиперплазии предстательной железы (ДГПЖ), простатите, гиперактивном мочевом пузыре и др., в 12% случаев повлияли на изменение тактики лечения, включая оперативное, при ДГПЖ и склерозе предстательной железы, в 4 случаях данные были использованы для оценки уродинамики нижних мочевых путей при стриктурах мочеиспускательного канала для определения степени инвалидности. Ознакомление больных с результатами УФМ является важным фактором понимания больным предлагаемой врачом тактики лечения, в том числе оперативного. Урофлоуметр «Поток-К» зарекомендовал себя точным и надежным в работе. Применение УФМ является примером использования принципов доказательной медицины в работе амбулаторного урологического кабинета. Считаем необходимым внесение урофлоуметра в перечень обязательного оборудования урологического кабинета.