

Досвід застосування α_1 -адреноблокаторів у лікуванні передчасної еякуляції

Є.Г. Сонник, Я.В. Саричев, С.М. Панасенко, В.В. Моргун

ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Автори проаналізували дані літератури та наводять власні дослідження щодо застосування α_1 -адреноблокаторів у лікуванні пацієнтів з передчасною еякуляцією. Показана задовільна ефективність та переносимість суперселективного α_1 -адреноблокатора силодозину в лікуванні зазначеної групи пацієнтів.

Ключові слова: передчасна еякуляція, α_1 -адреноблокатори, лікування.

Передчасна еякуляція (ПЕ) є найбільш поширеним сексуальним розладом у чоловіків і деякі дослідники повідомляють рівень поширеності до 30% [1, 2]. ПЕ не несе загрози для життя, однак суттєво впливає на якість останнього [3]. Дотепер немає загальноприйнятого універсального визначення ПЕ, але відповідно до Діагностичного і статистичного керівництва з психічних розладів (DMS-IV-TR) зазначена нозологія описується як «постійна або періодична еякуляція з мінімальною стимуляцією до або незабаром після пенетрації у піхву і перш ніж людина хоче цього, що асоціюється з вираженим особистісним стресом та погіршенням міжособистісних стосунків» [4].

До сьогодні в літературі описані такі варіанти лікування ПЕ: психотерапія, поведінкова терапія та фармакотерапія [5]. Хоча поведінкові та психологічні консультації є першими варіантами лікування ПЕ, вони вимагають активної участі партнерів. Отже деякі культурні та соціально-економічні групи пацієнтів не беруть участь у лікуванні [6]. Пацієнти з ПЕ можуть намагатися швидко вирішити цю медичну проблему. Тому фармакотерапія набуває значної актуальності. Хоча селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну (СІЗЗС) не були безпосередньо розроблені для лікування ПЕ, їхні побічні ефекти допомагають лікувати пацієнтів із зазначеною патологією [7]. Отже, СІЗЗС використовують в усьому світі, крім того – у безперервному режимі.

Зазначену групу препаратів слід застосовувати для лікування ПЕ принаймні протягом 6 тиж, за винятком дапоксетину [8]. Такий режим застосування може спричинити певні негативні наслідки, зокрема зниження лібідо, розвиток сератонінергічного синдрому, головний біль, нудоту та запаморочення. Таким чи-

ном, продовжуються дослідження з метою пошуку ефективної медикаментозної терапії без наведених побічних ефектів.

Як відомо, сім'яні міхурці беруть суттєву важливу участь у еякуляторному рефлексі, при цьому, відзначається висока щільність α -адренорецепторів у стінці цих анатомічних структур. Таким чином, блокуючи α -адренорецептори у сім'яних міхурцях, теоретично можна забезпечити затримку еякуляції. Однак, лише поодинокі літературні джерела містять дані щодо використання означеної групи препаратів у лікуванні передчасної еякуляції.

Мета дослідження: порівняння ефективності та безпеки α -адреноблокаторів з оцінюванням якості життя для лікування ПЕ. У дослідженні ми прагнули порівняти співвідношення ефективності, безпеки та впливу на якість життя у пацієнтів з ПЕ.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Масив дослідження склали 64 гетеросексуальних чоловіка з ПЕ. Усі учасники були рефрактерними до психотерапії, або ж відмовлялися від неї. Усі пацієнти відповідали критеріям ПЕ, зазначеним у DSM-IV-TR [4]. Два пацієнта були виключені з дослідження у зв'язку з неможливістю оцінити ефективність лікування внаслідок втрати контакту з останніми, отже статистична вибірка містить масив із 62 пацієнтів. Усі пацієнти були розділені на 3 групи залежно від використовуваних α -адреноблокаторів. До групи I (n=24) були включені пацієнти, які використовували тамсулозин у дозі 0,4 мг на добу; до групи II (n=18) – ті, що вживали силодозин у дозі 4 мг на добу, до групи III (n=20) – ті, що вживали доксазозин у дозі 2 мг на добу.

Усім хворим було проведено стандартне клініко-лабораторне дослідження, ретельно зібраний сексуальний анамнез, включаючи історію розвитку ПЕ, індекс маси тіла (кг/м²), наявні супутні захворювання, а також були виключені гомосексуальність, зловживання алкоголем та наркотичними речовинами. Були детально зареєстровані інтравагінальний час до настання еякуляції (ІЧНЕ), до, під час та після лікування, а також якість життя (ЯЖ). Ретельно аналізувались побічні ефекти α -адреноблокаторів. При віці пацієнта старше 50 років проводили ПСА-

Таблиця 1

Дані фізикального обстеження пацієнтів усіх груп

Параметри	P у порівнянні між групами								
	Група I та			Група II та		Група III та		Група I та	
	Група I	Група II	Група III	Група II	Група II	Група I	Група III	Група I	Група II
Вік, років	46,2±7,8	42,3±6,4	47,8±6,7	0,16	0,25	0,78	0,49	0,26	0,44
Індекс маси тіла, кг/м ²	25,2±3,1	24,2±2,4	24,8±2,6	0,76	0,28	0,52	0,35	0,19	0,51
Тривалість ПЕ, років	2,7±0,8	3,3±1,1	3,4±0,9	0,46	0,28	0,62	0,32	0,24	0,30

Таблиця 2

Ефективність лікування пацієнтів усіх груп

Параметри	ІЧНЕ до лікування, с	ІЧНЕ після лікування, с	P	ЯЖ до лікування	ЯЖ після лікування	P
Група I	16,2±9,8	76,4±21,3	<0,05	3,8±0,6	2,6±0,4	<0,05
Група II	18,3±11,3	132,8±43,2	<0,05	3,7±0,9	2,2±0,6	<0,05
Група III	20,1±10,2	96,4±18,6	<0,05	3,4±0,7	2,3±0,5	<0,05

скринінг. Головним критерієм ефективності лікування став ІЧНЕ. Усі α -адреноблокатори використовували безперервно протягом якнайменше 20 днів. Спочатку проводили реєстрацію ІЧНЕ та ЯЖ. Першу реєстрацію ІЧНЕ виконували після 5-го дня лікування, коли досягалося адекватне насичення сироватки крові препаратом. Другу реєстрацію проводили на 10-й день лікування, а третю – на 20-й день лікування. Середні значення усіх цих ІЧНЕ були проаналізовані і в подальшому використовувалися в якості середнього ІЧНЕ. На 20-й день лікування всі пацієнти заповнили опитувальники, що реєструють ЯЖ. Статистично значущими результати вважали при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Середній вік учасників дослідження склав $43,2 \pm 8,4$ року (від 21 до 71 року), тривалість ПЕ – $3,27 \pm 0,86$ року (від 1 до 6 років). Дані фізичального обстеження, ІЧНЕ та ЯЖ до лікування достовірно не відрізнялися між досліджуваними групами (табл. 1).

У процесі лікування спостерігалось збільшення ІЧНЕ та покращання ЯЖ для всіх груп (табл. 2). Так, ефективність лікування у групі I склала 68,4%, у групі II – 83,6%, у групі III – 60,4%. У трьох пацієнтів спостерігалися системні побічні дії, при цьому жоден з них не відмовився від подальшого лікування. Побічні дії мали характер запаморочення та постуральної гіпотензії (1 пацієнт з групи I та 2 пацієнти з групи III), були найбільш вираженими до 10-го дня лікування і в подальшому зникли. У чотирьох пацієнтів (1 з групи I; 1 з групи II та 2 пацієнти – з групи III) спостерігалась ретроградна еякуляція, яка не потребувала відміни препарату.

Опыт использования α_1 -адреноблокаторов в лечении преждевременной эякуляции Е.Г. Сонник, Я.В. Сарычев, С.Н. Панасенко, В.В. Моргун

Авторы проанализировали данные литературы и приводят результаты собственных исследований в области применения α_1 -адреноблокаторов в лечении пациентов с преждевременной эякуляцией. Показана удовлетворительная эффективность и переносимость суперселективного α_1 -адреноблокатора силодозина в лечении данной группы пациентов.

Ключевые слова: преждевременная эякуляция, α_1 -адреноблокаторы, лечение.

Статистично значущі зміни таких параметрів, як ІЧНЕ та ЯЖ, були відзначені у всіх групах. При цьому, група II (силодозин) показала найкращі результати, що ймовірно пов'язано з суперселективністю цього препарату до α_1 -адренорецепторів, висока щільність яких наявна у сім'яних міхурцях. Крім того, силодозин має більш високу спорідненість до α_1 -адренорецепторів у передміхуровій залозі. Таким чином, α_1 -адреноблокатори ефективно гальмували перший етап еякуляторного рефлексу у досліджуваних масиву пацієнтів. На сьогодні найбільш популярним та рекомендованим Європейською Асоціацією Урологів препаратом для лікування ПЕ «за потреби» залишається представник групи СІЗЗС дапоксетин. На жаль, препарат у зв'язку з відсутністю реєстрації в Україні є недоступним для наших пацієнтів. Тривале ж застосування інших СІЗЗС несе у собі ризик розвитку системних побічних явищ. Застосування трамадолу гідрохлориду для лікування ПЕ, яке широко обговорюється європейськими сексологами [10], внаслідок обмеження обігу опіодів в Україні унеможливило його профільне застосування у зазначеній групі пацієнтів.

ВИСНОВОК

Суперселективні α_1 -адреноблокатори можна ефективно застосовувати для лікування пацієнтів із передчасною еякуляцією, маючи задовільну клінічну ефективність при низькій кількості системних та локальних побічних явищ. Режими дозування для лікування даної патології потребують подальшого поглибленого дослідження.

Our experience of α_1 -adrenoblockers usage in premature ejaculation treatment E.G. Sonnyk, Y.V. Sarychev, S.M. Panasenko, V.V. Morgun

The authors analyzed data from the literature and provide the results of their own research in the application of α_1 -blockers in the treatment of patients with premature ejaculation. Satisfactory efficacy and tolerability of superselective α_1 -blocker silodosin in the treatment of specified group of patients was achieved.

Key words: premature ejaculation, α_1 -adrenoblockers, treatment.

Сведения об авторах

- Сонник Евгений Григорьевич** – Украинская медицинская стоматологическая академия, 36000, г. Полтава, ул. Шевченко, 23; тел.: (05322) 2-97-63
Сарычев Ярослав Владимирович – Украинская медицинская стоматологическая академия, 36000, г. Полтава, ул. Шевченко, 23; тел.: (05322) 2-87-72
Панасенко Сергей Николаевич – Украинская медицинская стоматологическая академия, 36000, г. Полтава, ул. Шевченко, 23; тел.: (05322) 2-97-63
Моргун Виталий Владимирович – Украинская медицинская стоматологическая академия, 36000, г. Полтава, ул. Шевченко, 23; тел.: (0532) 67-62-56

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Aschka C. Sexual problems of male patients in family practice / C. Aschka, W. Himmel, E. Iltner et al. // J. Fam. Pract. – 2001. – Vol. 50, N 9. – P. 773–778.
2. Metz M.E. Premature ejaculation: a psychophysiological review / M.E. Metz, J.L. Pryor, L.J. Nesvacil et al. // Sex Marital Ther. – 1997. – Vol. 23, N 1. – P. 3–23.
3. Rosen R.C. Impact of premature ejaculation: the psychological, quality of life, and sexual relationship consequences / R.C. Rosen, S. Althof // Sex Med. – 2008. – Vol. 5, N 6. – P. 1296–1307.
4. American Psychiatric Association «Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fourth Edition, Text Revision: DSM-IV-TR». – Washington, DC: American Psychiatric Publishing, Inc., 2000.
5. Montague D.K. AUA guideline on the pharmacologic management of premature ejaculation / D.K. Montague, J. Jarow, G.A. Broderick et al. // J Urol. – 2004. – Vol. 172, N 1. – P. 290–294.
6. Master V.A. Ejaculatory physiology and dysfunction / V.A. Master, P.J. Turek // Urologic Clinics of North America. – 2001. – Vol. 28, N 2. – P. 363–376.
7. Kara H. The Efficacy of Fluoxetine in the Treatment of Premature Ejaculation: A Double-Blind Placebo Controlled Study / H. Kara, S. Aydin, M.Y. Agargun et al. // J Urol. 1996. – Vol. 156, N 5. – P. 1631–1632.
8. Hatzimouratidis K. Guidelines on male sexual dysfunction: erectile dysfunction and premature ejaculation / K. Hatzimouratidis, E. Amar, I. Eardley et al. // Eur Urol. – 2010. – Vol. 57, N 5. – P. 804–814.
9. Almeida Kiguti L.R. Investigation of the effects of alpha1-adrenoceptor antagonism and L-type calcium channel blockade on ejaculation and vas deferens and seminal vesicle contractility in vitro / L.R. Almeida Kiguti, A.S. Pupo // J Sex Med. – 2012. – Vol. 9, N 1. – P. 159–168.
10. Giuliano F.A. Tramadol for the Treatment of Premature Ejaculation / F.A. Giuliano // European Urology. – 2012. – Vol. 61. – P. 744–745.

Статья поступила в редакцию 13.04.2014