

ТЕРАПИЯ ВТОРИЧНОГО ПРЕЖДЕВРЕМЕННОГО СЕМЯИЗВЕРЖЕНИЯ, ОБУСЛОВЛЕННОГО ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ

П. Глыбочко¹, член-корреспондент РАМН, профессор,

Ю. Аляев^{1,2}, член-корреспондент РАМН, профессор,

Н. Ахведиани², кандидат медицинских наук

¹НИИ уронефрологии и репродуктивного здоровья человека,

²Первый МГМУ им. И.М. Сеченова

E-mail: nikandro@mail.ru

В проспективном исследовании сопоставляли эффективность ингибитора фосфодиэстеразы-5 (ФДЭ5) тадалафила и вазоактивного агента простагландина E1 в лечении преждевременного семяизвержения, ассоциированного с эректильной дисфункцией. Отмечена приблизительно одинаковая их действенность, однако с учетом удобства применения оптимально, по мнению пациентов, использование ингибитора ФДЭ5.

Ключевые слова: преждевременное семяизвержение, ингибитор фосфодиэстеразы-5, простагландин E1.

Вторичное преждевременное семяизвержение (ПС) является факультативным клиническим проявлением эректильной дисфункции (ЭД), хронического простатита, нарушения функции щитовидной железы и других заболеваний. Вместе с тем данная форма эякуляторного нарушения всегда носит приобретенный характер [1].

При терапии вторичных форм ускоренной эякуляции осуществляют консервативное лечение патологического процесса, являющегося ее причиной. К примеру, при ПС,

связанном с ЭД, возможно назначение таблетированных препаратов из группы ингибиторов фосфодиэстеразы (ФДЭ5), а также интракавернозных инъекций простагландина E1 (ПГЕ1) [5].

На сегодня нет исследований, в которых сравнивали бы эффективность консервативных методов лечения вторичной формы ускоренной эякуляции, обусловленной нарушениями эрекции, в связи с чем мы изучили действенность ингибиторов ФДЭ5 и интракавернозной терапии ПГЕ1 у больных ПС, ассоциированным с ЭД.

В Клинике урологии Первого МГМУ им. И.М. Сеченова проведено открытое исследование, в которое включили 35 больных с приобретенной формой ускоренной эякуляции, сочетающейся с нарушениями эрекции. Возраст пациентов варьировал от 34 до 65 лет (в среднем — 45,46±8,79 года).

При отборе больных учитывали результаты предварительного анкетирования по опроснику для определения профиля преждевременного семяизвержения (PEP) и сокращенной шкале международного индекса эректильной функции (IIEF-5). Первый представляет собой анкету из 4 вопросов, характеризующих по 5-балльной шкале (в диапазоне от 0 до 4 баллов). Неприемлемую длительность полового акта можно было заподозрить при ответах, получивших <3 баллов. В случае сочетания данного условия с временем интравагинальной задержки семяизвержения (ВИЗС) <120 с констатировали преждевременную эякуляцию. По шкале IIEF-5 ЭД диагностировали согласно данным анкетирования при суммарном результате <22 баллов.

Все 35 больных в течение 4 нед ежедневно получали 5 мг тадалафила в режиме приема «не по потребности». По окончании лечения ингибитором ФДЭ5 следовал 7-дневный этап «отмывки», во время которого пациенты не должны были принимать таблетированных препаратов для лечения ЭД. В дальнейшем назначали интракавернозную терапию ПГЕ1. Врач подбирал дозу вазоактивного средства для внутрипещеристого введения, при этом пациента учили делать инъекции. Интракавернозные инъекции больные выполняли по потребности за 5–20 мин до коитуса в течение 4 нед. Пациентам было рекомендовано не осуществлять более 3 внутрипещеристых введений ПГЕ1 в неделю.

По окончании 4 нед приема ингибитора ФДЭ5, а также перед началом и по завершении курса инъекций ПГЕ1 пациентов повторно анкетировали с применением опросников PEP и IIEF-5. По результатам заполнения анкеты PEP вычисляли эякуляторный индекс, который рассчитывали путем суммирования баллов за ответы на все вопросы и деления полученного значения на 4. Результативность терапии дополнительно характеризовали с помощью показателя общей удовлетворенности лечением, которую пациент мог оценить положительно или отрицательно.

По данным анкетирования по шкале PEP (табл. 1), как показывают ответы на все 4 вопроса, достигнуто достоверное улучшение в результате лечения тадалафилом и ПГЕ1 ($p < 0,001$), что обусловило значимую положительную динамику эякуляторного индекса ($p < 0,001$). Обращает на себя внимание достоверное ($p < 0,001$) различие всех конечных показателей после лечения тадалафилом и ПГЕ1.

ВИЗС статистически достоверно увеличилось в результате терапии тадалафилом с 70,43±21,96 до 347,69±117,94 с ($p < 0,001$), а после курса интракавернозных инъекций ПГЕ1 — с 71,51±19,76 до 425,49±72,6 с ($p < 0,001$). При межгрупповом сравнении ВИЗС достоверных различий

Таблица 1

Результаты заполнения опросника PEP в баллах (M±σ)

Показатель	Тадалафил		ПГЕ1	
	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения
Ответ на 1-й вопрос	1,8±0,41	2,8±0,58	1,89±0,4*	3,46±0,74
Ответ на 2-й вопрос	1,86±0,49	2,86±0,81	1,94±0,42*	3,46±0,82
Ответ на 3-й вопрос	1,86±0,43	2,97±0,57	1,94±0,34*	3,54±0,7
Ответ на 4-й вопрос	1,94±0,34	3,11±0,58	2,0±0,24*	3,74±0,44
Эякуляторный индекс	1,86±0,3	2,93±0,46	1,94±0,25	3,55±0,41

*Различия с аналогичными показателями другой группы недостоверны ($p > 0,05$); различия между показателями до и после лечения в обеих группах достоверны при $p < 0,001$.



Все мужчины разные... Решение одно!

СИАЛИС® – свобода выбора момента интимной близости

Индивидуальный подход в выборе терапии эректильной дисфункции и способа приема СИАЛИС® позволяет вашим пациентам вернуть естественность сексуальных отношений.

Какими бы разными они ни были.

КРАТКАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Торговое название препарата: СИАЛИС® (SIALIS®)
Международное (непатентованное) название: Тадалафил.
Лекарственная форма: таблетки, покрытые пленочной оболочкой.
Дозировка: 20 мг.
Фармакотерапевтическая группа: эректильной дисфункции средство лечения, ФДЭ-5 ингибитор. Тадалафил является эффективным, обратимым селективным ингибитором специфической фосфодиэстеразы типа 5 (ФДЭ-5) циклического гуанозинмонофосфата (цГМФ).

Показания к применению: нарушения эрекции.

Противопоказания:
 • установленная повышенная чувствительность к тадалафилу или к любому веществу, входящему в состав препарата;
 • в случае применения препаратов, содержащих любые органические нитраты;
 • применение у лиц до 18 лет.

Способ применения и дозы: для приема внутрь. Рекомендованная максимальная доза препарата СИАЛИС® составляет 20 мг. СИАЛИС® принимается перед предполагаемой сексуальной активностью независимо от приема пищи. Препарат следует принимать как минимум за 16 минут до предполагаемой сексуальной активности. Максимальная рекомендованная частота приема – один раз в сутки.

Побочное действие: наиболее часто отмеченными нежелательными событиями являются головная боль и диспепсия (11 и 7% случаев, соответственно). Нежелательные события, связанные с приемом тадалафила, были обычно незначительными или средними по степени выраженности, транзиторными и уменьшались при продолжении применения препарата. Другими обычными нежелательными эффектами являлись боль в спине, миалгия, заложенность носа и «приливы» крови к лицу.

Форма выпуска: таблетки, покрытые пленочной оболочкой 20 мг по 1,2,4, 8 таблеток в упаковке.
 За полной информацией обращайтесь к инструкции по медицинскому применению препарата Сиалис 20 мг П/№ 014761/01-2003 от 17.02.2003



КРАТКАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Торговое название препарата: СИАЛИС® (SIALIS®)
Международное (непатентованное) название: Тадалафил.
Лекарственная форма: таблетки, покрытые пленочной оболочкой 2,5 и 5 мг.
Фармакотерапевтическая группа: эректильной дисфункции средство лечения, ФДЭ-5 ингибитор.
Показания к применению: эректильная дисфункция.

Противопоказания:
 • повышенная чувствительность к тадалафилу или к любому веществу, входящему в состав препарата;
 • в случае приема препаратов, содержащих любые органические нитраты;
 • применение у лиц до 18 лет;

• наличие противопоказаний к сексуальной активности у пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы: инфаркт миокарда в течение последних 90 дней, нестабильная стенокардия, возникновение приступа стенокардии во время полового акта, хроническая сердечная недостаточность I-IV классов по классификации NYHA, неконтролируемые аритмии, артериальная гипотензия (АД менее 90/50 мм рт.ст.), неконтролируемая артериальная гипертензия, ишемический инсульт в течение последних 6 месяцев;
 • потеря зрения вследствие неартериальной передней ишемической нейропатии зрительного нерва (вне зависимости от связи с приемом ингибиторов ФДЭ-5);
 • одновременный прием докзасона, а также лекарственных средств для лечения эректильной дисфункции;
 • часто (более 2 раз в неделю) применение у пациентов с хронической почечной недостаточностью (клиренс креатинина менее 30 мл/мин);
 • дефицит лактазы, непереносимость лактозы, глюкозо-галактозная мальабсорбция.

Способ применения и дозы: для пациентов с частой сексуальной активностью (более двух раз в неделю): рекомендованная частота приема – ежедневно, один раз в сутки 5 мг, в одно и то же время, вне зависимости от приема пищи. Суточная доза может быть снижена до 2,5 мг в зависимости от индивидуальной чувствительности.

Побочное действие: нежелательные явления, связанные с приемом тадалафила, бывают обычно незначительными или средними по степени выраженности, транзиторными и уменьшались при продолжении применения препарата. Наиболее частыми (≥ 1%, < 10%) нежелательными явлениями являются головная боль и диспепсия, а также боль в спине, миалгия, «приливы» крови к лицу, заложенность носа.

Форма выпуска: таблетки, покрытые пленочной оболочкой 2,5 мг, 5 мг. По 14 и 28 таблеток в упаковке.
 За полной информацией обращайтесь к инструкции по медицинскому применению препарата Сиалис 5 мг № ЛП-000133 от 11.01.2011

Московское представительство
 АО «Эли Лилли Восток С.А.» (Швейцария)
 123317, Российская Федерация, г.Москва
 Пресненская наб., д.10
 Тел.: (495) 258-50-01

Lilly MedInfo

Научная информация
 для врачей по препаратам Eli Lilly
 E-mail: medinfo_ru@lilly.com
 Тел.: (495) 258-50-01

Lilly

Answers That Matter.

Таблица 2

Результаты анкетирования по шкале IIEF-5 в баллах (M±σ)

Показатель	Тадалафил		p	ПГЕ1		p
	до лечения	после лечения		до лечения	после лечения	
Эректильная функция	14,14±3,66	21,03±3,19	<0,001	14,46±3,39*	22,63±2,52	<0,001

*Различие с аналогичным показателем другой группы недостоверно (p>0,05).

Таблица 3

Частота (n, %) нежелательных явлений при приеме тадалафила и ПГЕ1

Побочный эффект	Частота
Тадалафил:	
головная боль	3; 8,6
приливы крови к лицу	1; 2,9
диспепсия	2; 5,7
заложенность носа	1; 2,9
головокружение	1; 2,9
боль в спине	1; 2,9
ПГЕ1:	
боль в месте инъекции	10; 28,6
подкожная гематома	6; 17,1
онемение головки полового члена в течение нескольких часов	35; 100

не выявлено (p=0,202), в то время как при сопоставлении ВИЗС по окончании лечения разными средствами констатирована статистически значимая разница (p<0,001).

Эректильная функция пациентов, согласно данным анкетирования по шкале IIEF-5 (табл. 2), достоверно улучшилась после лечения ингибитором ФДЭ5 и ПГЕ1 (p<0,001). Но обращает на себя внимание значимое (p=0,011) различие показателей, достигнутых после лечения тадалафилом и ПГЕ1.

Анализ применяемых к моменту окончания терапии доз ПГЕ1 показал, что дозы 10, 15 и 20 мкг были выбраны соответственно 19 (54,3%), 10 (28,6%) и 6 (17,1%) пациентами.

Сопоставление с терапией конечного эякуляторного индекса по шкале IIEF-5 выявило его достоверную прямую сильную связь с приемом тадалафила (r=0,733; p<0,001), однако такой связи между конечным эякуляторным индексом и приемом ПГЕ1 не выявлено (r=0,040; p=0,818). При сопоставлении итогового ВИЗС и суммарного балла по IIEF-5 при приеме тадалафила между ними обнаружена достоверная прямая сильная связь (r=0,823; p<0,001), при приеме ПГЕ1 между указанными параметрами установлена положительная корреляция средней степени выраженности (r=0,344; p=0,043).

При субъективной оценке терапии общую удовлетворенность лечением тадалафилом и ПГЕ1 отметили 29 (82,9%) и 13 (37,1%) пациентов (p<0,001) соответственно; 18 (81,8%) из 22 больных, негативно оценивших интракавернозную терапию, назвали одной из причин такого ответа отсутствие спонтанности коитуса.

Анализ побочных эффектов, наблюдавшихся при приеме ингибиторов ФДЭ5, показал относительно хорошую переносимость терапии (табл. 3). Ни в одном наблюдении выраженность нежелательных явлений не привела к прекращению применения тадалафила и ПГЕ1.

Результаты исследования подтверждают корреляцию между продолжительностью полового акта и состоянием эрекции, что можно объяснить несколькими механизмами. Прежде всего применение эректогенных препаратов (ингибитора ФДЭ5 и вазоактивного агента для интракавернозного введения) повышает оценку пациентами половой функции и их уверенность в ее стабильности, что, в свою очередь, снижает симпатический тонус, который стимулирует готовность к семяизвержению [3]. Кроме того, предполагают, что максимальное расправление кавернозных тел ввиду повышенной артериальной перфузии на фоне приема ингибиторов ФДЭ5 и интракавернозных вазоактивных агентов приводит к сдавлению дорсальных нервов полового члена между белочной оболочкой органа и фасцией Бака. Указанные нервные структуры в основном определяют чувствительность glandулярной части пениса, и при компрессии их функция в некоторой степени временно утрачивается [4]. Однако, учитывая зарегистрированные побочные эффекты терапии, нельзя исключить непосредственное влияние ПГЕ1 на чувствительность головки полового члена, что подтверждено сообщениями других авторов [2].

Удобство применения таблетированного ингибитора ФДЭ5, сохраняющего спонтанность половой активности, по всей вероятности, обусловило большую удовлетворенность лечением, чем при интракавернозных инъекциях ПГЕ1.

Лечение тадалафилом и интракавернозная терапия ПГЕ1 одинаково значимо увеличивают длительность полового акта у больных ПС, ассоциированным с ЭД. При этом первый метод можно признать оптимальным, учитывая предпочтения пациентов, базирующиеся на большем удобстве применения таблетированного ингибитора ФДЭ5, что позволяет сохранить спонтанность полового акта.

Литература

1. Аляев Ю.Г., Ахвледиани Н.Д. Преждевременная эякуляция – Terra Incognita в андрологии // Врач. – 2007; 7: 13–16.
2. Голубев М.А. Современные методы лечения преждевременной эякуляции и их эффективность: дисс. ... канд. мед. наук. – М., 2002.
3. Pfau J. Neurobiology of sexual behavior // Curr. Opin. Neurobiol. – 1999; 9: 751–758.
4. Vanden Broucke H., Everaert K., Peersman W. et al. Ejaculation latency times and their relationship to penile sensitivity in men with normal sexual function // J. Urol. – 2007; 177: 237–240.
5. Wespes E., Amar E., Eardley I. et al. Guidelines on Male Sexual Dysfunction: erectile dysfunction and premature ejaculation // Eur. Association Urolog. – 2009; 1–47.

THERAPY FOR SECONDARY PREMATURE EJACULATION CAUSED BY ERECTILE DYSFUNCTION

Professor P. Glybochko¹, Corresponding Member of the Russian Academy of Medical Sciences; Professor Yu. Alyaev^{1,2}, Corresponding Member of the Russian Academy of Medical Sciences; N. Akhvediani², Candidate of Medical Sciences¹ Research Institute of Urology and Human Reproductive Health;
²I.M. Sechenov First Moscow State Medical University
The prospective study compared the efficacy of the phosphodiesterase-5 (PDE-5) inhibitor tadalafil and the vasoactive agent prostaglandin E1 in the treatment of premature ejaculation associated with erectile dysfunction. These drugs were found to have nearly similar potency; however, the administration of the PDE-5 inhibitor is, in the patients' opinion, optimal for its convenience.

Key words: premature ejaculation, phosphodiesterase-5 (PDE-5) inhibitor, prostaglandin E1.