



Тема номера: **Преждевременная эякуляция**

Распространенность преждевременной эякуляции

Оценка истинной распространенности преждевременной эякуляции сопряжена с определенными трудностями. Статистические данные формируются на основании случаев самостоятельных сообщений пациентов о заболевании, и свидетельствуют, что преждевременная эякуляция является самым часто встречающимся сексуальным расстройством среди мужчин, а ее распространенность составляет от 4 до 39%.

В ходе всемирного эпидемиологического исследования сексуальных отношений и поведения (GSSAB), были опрошены 27500 мужчин и женщин в возрасте от 40 до 80 лет. Исследование показало, что распространенность преждевременной эякуляции во всех возрастных группах составляет порядка 30%. Точность результатов исследования GSSAB ограничивается тем фактом, что возраст самых молодых участников составил 40 лет, в то время как среди более молодых мужчин распространенность преждевременной эякуляции может отличаться.

Другое исследование, посвященное распространенности преждевременной эякуляции и отношению к ней (PEPA), показало. Что распространенность преждевременной эякуляции среди мужчин от 18 до 70 лет составляет 22,7 %.

Данные эпидемиологических исследований основываются на самостоятельных сообщениях пациентов о заболевании, что весьма субъективно, кроме того, в таких исследованиях используются спорные определения преждевременной эякуляции. Территориально-ориентированные исследования показали, что показатель времени интравагинальной задержки семяизвержения IELT снижается с возрастом и варьирует в различных странах. Поэтому в эпидемиологических исследованиях преждевременной эякуляции должны учитываться как возрастная, так и территориальная принадлежность, с учетом влияния политических, религиозных и культурных особенностей.

*Therapeutic advances in urology, October 2012; 4 (5)
(http://www.medscape.com/viewarticle/770962_3)*

В сентябре 2014г. комплекс НейроДоз вошёл в методические рекомендации Департамента Здравоохранения правительства г. Москвы по лечению преждевременной эякуляции

Конференция

1-я научно-практическая конференция урологов Северо-Западного федерального округа «Актуальные вопросы урологии»

23-24 апреля 2015 года
Санкт-Петербург

Основные научные вопросы конференции:

- Организация урологической помощи в СЗФО
- Онкоурология
- Мочекаменная болезнь
- Нейроурология
- Клиническая андрология
- Современные методы хирургического лечения урологических заболеваний
- Диагностика и лечение инфекционно-воспалительных заболеваний.

Участие бесплатное.

Международный форум «Новые горизонты репродуктивного здоровья»

9-10 июля 2015 года
Москва

Научные темы форума:

1. Мужское репродуктивное здоровье
2. Женское репродуктивное здоровье
3. Детское репродуктивное здоровье
4. Вспомогательные репродуктивные технологии
5. Репродуктивное здоровье населения (организационные, экономические аспекты)
6. Современные технологии в области охраны репродуктивного здоровья.

Участие бесплатное.

Подробная информация на Uroweb.ru

Новые методы лечения

Терапия ускоренного семяизвержения

Результаты мультицентрового клинического нерандомизированного исследования

Ускоренное семяизвержение (Преждевременная эякуляция (ПЭ)) представляет собой серьезную медицинскую и социальную проблему, так как серьезно влияет на качество жизни обоих партнеров, оказывая неблагоприятное воздействие на сексуальные взаимоотношения между ними, а также вызывает у мужчин снижение самооценки и качества жизни.

Терапия этого состояния остается одной из самых актуальных вопросов в андрологии. Мы представляем данные проведенного в России мультицентрового клинического нерандомизированного исследования по использованию препарата НейроДоз в лечении преждевременной эякуляции. Исследование было проведено на базе 9 ведущих кафедр урологии коллективов авторов, который объединил известных урологов России - Камалов А.А., Абоян И.А., Ситдыкова М.Э., Цуканов А.Ю., Теодорович О.В., Медведев В.Л., Комяков Б.К., Журавлев В.Н., Новиков А.И., Еркович А.А., Охоботов Д.А, Карпов В.К.

Виды ПЭ

В зависимости от времени возникновения выделяют две формы ПЭ: первичная (изначальная) и вторичная (приобретенная). Существует гипотеза о том, что в основе первичной ПЭ лежат нейрогенные нарушения, выражающиеся в гиперчувствительности головки полового члена и повышенной возбудимости эякуляторного центра, в то время как вторичная ПЭ чаще всего связана с воспалительным процессом в органах репродуктивной системы. Многофакторность феномена ускоренного семяизвержения и выраженная психосоматическая отягощенность позволяют рассматривать ПЭ в качестве полиэтиологического психосоматического синдрома.

ПЭ и нарушения эрекции

Возникающие у части больных, длительно страдающих ПЭ, нарушения эрекции, связаны в основном с психологическими факторами.

В некоторых случаях ЭД может быть причиной ПЭ, так как нестойкая эрекция не позволяет проводить полноценный половой акт, что ведет к невольному желанию пациента сознательно уменьшить время его проведения, что приводит к возникновению порочного круга, в котором эти синдромы способны усиливать и маскировать друг друга, затрудняя диагностику и лечение.

Исторические методы лечения ПЭ

К началу XXI века для лечения ПЭ сформировался ряд эффективных методов лечения ПЭ, таких как психотерапия, преимущественно в форме секс-терапии, аппликации местноанестезирующих средств, терапия антидепрессантами, терапия ингибиторами обрат-

ного захвата серотонина, интракавернозные инъекции вазоактивных препаратов и даже оперативное лечение: циркумцизия, френулотомия, денервирующие операции. В настоящее время, несмотря на множество консервативных методов лечения, их эффективность по данным различных авторов колеблется в диапазоне от 40 до 80%.

Отсутствие единых стандартов терапии ускоренного семяизвержения, и выраженные побочные эффекты имеющихся в арсенале врача средств, обуславливают актуальность диагностического поиска и появления на фармацевтическом рынке новых препаратов, содержащих в составе активные компоненты, способные влиять на качество семяизвержения у мужчин.

НейроДоз в лечении ПЭ

Многокомпонентный биокомплекс (БАД) «НейроДоз», является одним из средств, которое разрабатывалось непосредственно для решения проблемы преждевременной эякуляции. В его состав входят следующие действующие вещества:

Тирозин (α-амино - β-(п-оксибензил) пропионовая кислота) — входит в состав множества природных белков и ферментов, является предшественником синтеза катехоламинов (дофамин, адреналин, норадреналин), тиреоидных гормонов и пигмента меланина. L - тирозин уменьшает проявление симптомов депрессии, снимает стресс и активно участвует в метаболизме серотонина, ключевой молекулы регуляции семяизвержения.

НейроДоз®
капсулы по 207 мг № 60

- Увеличивает продолжительность полового акта в 2,5 раза
- Способствует устранению основной причины ускоренного семяизвержения
- Увеличивает яркость оргазма
- Повышает уровень тревожности и депрессии
- Удобный курс лечения – 4 недели
- Длительный эффект последействия

СОСТАВ ПРЕПАРАТА НЕЙРОДОЗ

Тирозин — входит в состав множества природных белков и ферментов, и пигмента меланина. L-тирозин уменьшает проявление симптомов депрессии, снимает стресс и активно участвует в метаболизме серотонина — ключевой молекулы регуляции семяизвержения.

Фенилаланин — аминокислота, участвующая в ряде важнейших биохимических процессов в организме.

L-глутамин — азотсодержащая органическая аминокислота, участвует в обмене белков и витаминов, активизирует умственную деятельность, помогает контролировать эмоции, улучшает память и настроение, применяется в качестве эффективного антистрессового фактора.

Витамин B6 входит в состав многих ферментов, активизирующих его действие и катализирующих разнообразные превращения аминокислот и некоторых других азотистых соединений.

Магний является структурным компонентом почти 300 ферментов.

Увеличивает продолжительность полового акта в 2,5 раза*

СХЕМА ПРИМЕНЕНИЯ
2 капсулы 2 раза в день, продолжительность приема 1 мес.

ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ
Терапия преждевременной эякуляции.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ
Индивидуальная непереносимость компонентов.

*Время от начала приема капсулы до момента эякуляции у пациентов с преждевременной эякуляцией (преждевременная эякуляция) в среднем составляет 2,5 минуты. В среднем продолжительность полового акта у здоровых мужчин составляет 5,4 минуты. Данные взяты из исследования: Kamalov A.A., Aboyan I.A., Sitdykova M.E., Tsukanov A.Yu., Teodorovich O.V., Medvedev V.L., Komyakov B.K., Zhuravlev V.N., Novikov A.I., Erkovich A.A., Okhobotov D.A., Karпов V.K. (2014) — «Преждевременная эякуляция: диагностика и лечение». М.: «Медфор». 128 с.

Фенилаланин (α-амино-β-фен Фенилаланин (α-амино-β-фенилпропионовая кислота)- является незаменимой аминокислотой участвующей в ряде важнейших биохимических процессов в организме, увеличивает субпопуляцию эндорфинных рецепторов и стимулирует выработку эндогенных эндорфинов.

5- гидрокситриптофан (5-НТР) – аминокислота, является предкурсором нейротрансмитера серотонина и промежуточным веществом в метаболизме триптофана, одна из важнейших аминокислот. В некоторых странах используется как монопрепарат антидепрессивного действия и как вещество для лечения с бессонницей.

L-Глутамин – азотсодержащая органическая аминокислота, необходимая для нормальной жизнедеятельности. Участвует в обмене белков и витаминов, активизирует умственную деятельность, помогает концентрировать внимание, улучшает память и настроение, применяется в качестве эффективного антистрессового фактора.

Витамин B6 входит в состав многих ферментов, активизирующих его действие и катализирующих разнообразные превращения аминокислот и некоторых других азотистых соединений.

Магний - является структурным компонентом около 300 ферментов. Участвует в биосинтезе многих белков, необходимых для осуществления реакции активирования аминокислот, а также ряда витаминов.

Многоцентровое исследование

В исследовании приняли участие 50 пациентов в возрасте от 19 до 56 лет с диагностированным ускоренным семяизвержением по данным сексологического тестирования, лабораторных анализов, инструментальных методов диагностики, имеющие длину полового акта менее 2 минут, которые наблюдались согласно протоколу исследования в 9 клинических центрах, находящихся в различных регионах нашей страны (Москва, Екатеринбург, Санкт-Петербург, Казань, Омск, Томск, Краснодар, Ростов-на-Дону). Набор пациентов был распределен таким образом, чтобы в одном клиническом центре по данному протоколу не наблюдалось более 5-7 пациентов.

В сформированной клинической группе 21 мужчина (42%) состоял в зарегистрированном браке, остальные в браке не состояли. Стаж специфических жалоб у пациентов исследуемой группы составлял от 5 месяцев до 10 лет. Часть пациентов (17 мужчин) ранее получали терапию по поводу ПЭ, включавшую анестетики местного применения, ингибиторы ФДЭ-5, психотерапию, технику управления половым актом и терапию хронического простатита.

В соответствии критериям включения у пациентов данной группы в анамнезе не было выявлено перенесенных оперативных вмешательств на органах мочеполовой системы и исключены психические, инфекционные, воспалительные, эндокринные и анатомо-физиологические факторы ускоренного семяизвержения.

Все пациенты в качестве монотерапии получали препарат «НейроДоз», капсулы, 2 капсулы 2 раза в сутки в течение 1 месяца, которые получали на визите 2 (8 сутки после включения пациента и после подтверждения критериев включения и не включения в исследование), с последующим контрольным наблюдением в течение 1 месяца. Наблюдение осуществлялось в течение 2 контрольных визитов, которые проводились на 28 сутки от начала терапии (3 визит) и на 28 сутки

после завершения приема препарата (4 визит, 56 сутки от начала исследования), для изучения последствия. Оценка эффективности проводилась изначально и на контрольных визитах с помощью анкет международного индекса копулятивной функции (МКФ), госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS), анкеты возрастного андрогенного дефицита (AMS) и шкалы Ts-VAS. На каждом визите выполнялись физикальный осмотр, анкетирование, на 1 и 4 визитах выполнялись ТРУЗИ.

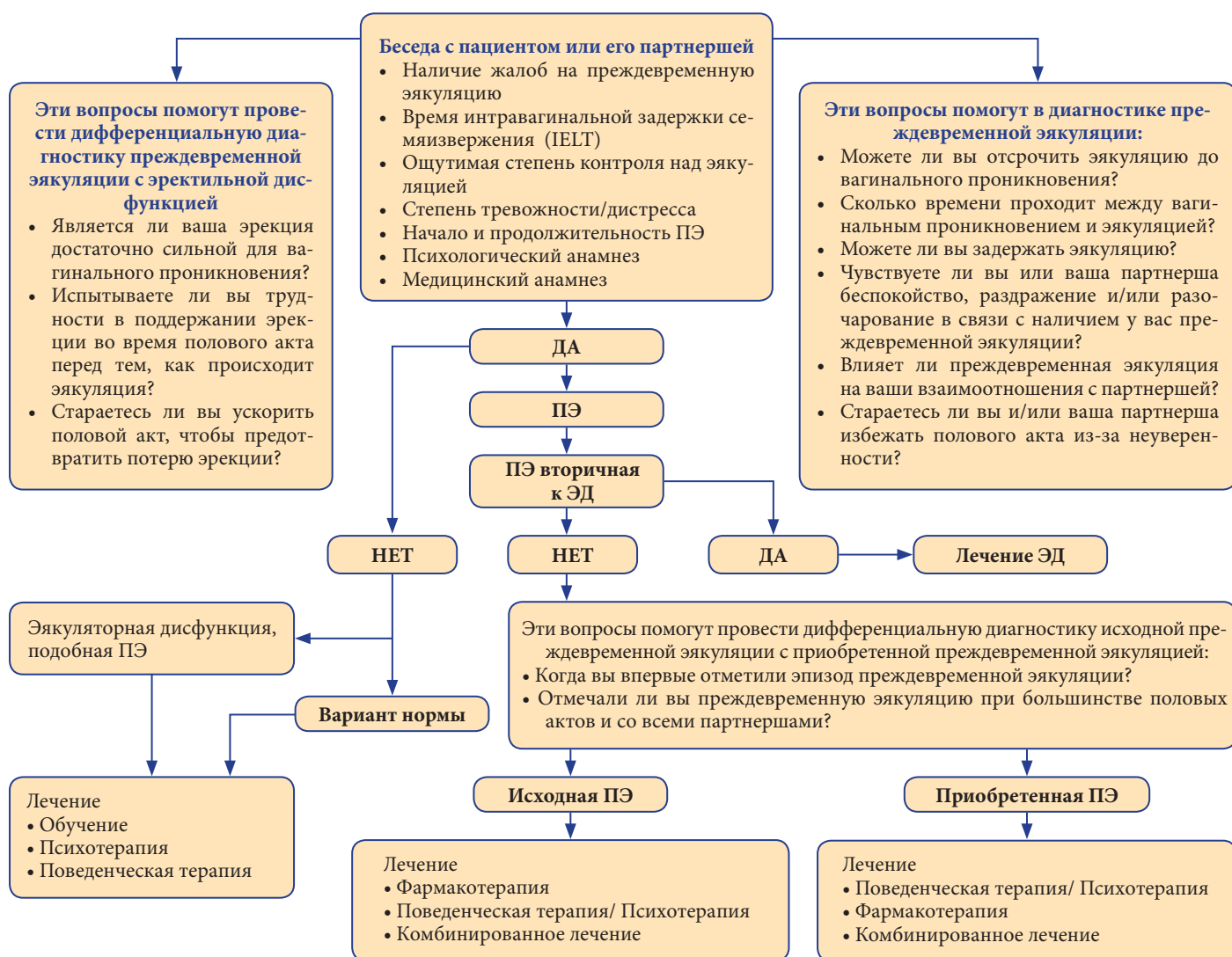
Все пациенты исследуемой группы полностью завершили клиническое исследование согласно протоколу. Случаев досрочного завершения выявлено не было. На фоне приема препарата «НейроДоз» было отмечено значительное и статистически достоверное увеличение количества баллов, характеризующих все составляющие копулятивного цикла по данным анкеты МКФ. Это может быть объяснено комбинированным действием компонентов препарата, которые активируют ряд биохимических реакций, активно участвуют в метаболизме серотонина, уменьшают выраженность психосоматической отягощенности, тем самым нормализуя сексуальную жизнь у исследуемых пациентов. Выраженность психосоматического компонента также достоверно уменьшалась на 41,27% по тревожному компоненту и на 46,17% по депрессивному. Общее количество баллов по данным опросника возрастного андрогенодефицита (AMS) статистически значимо снизилось на 32%, что косвенно подтверждает уменьшение психосоматической отягощенности на фоне приема препарата. Изменения чувствительности головки полового члена в периоде последствия свидетельствует о том, что на фоне терапии «НейроДозом» пациенты учатся разбираться в проблеме ускоренного семяизвержения и при необходимости могут ее контролировать, а также управлять продолжительностью полового акта.

Препарат оказал хороший и достоверный клинический эффект, хорошо переносился пациентами и показал себя достаточно безопасным. Согласно полученным данным существенных изменений основных параметров формулы крови и мочи, а также биохимических показателей крови в анализах на 4 визите, по сравнению с исходными данными зафиксировано не было, а полученные данные находились в пределах индивидуальных суточных колебаний. Зафиксированное единственное нежелательное явление – головная боль у 1 пациента (2%) имеет среднюю связь с приемом препарата и возникло, по всей видимости, вследствие индивидуальной непереносимости какого-либо из компонентов препарата, что не помешало пациенту завершить исследование согласно протоколу.

Учитывая полученные клинические данные, повышение качества сексуальной жизни и выраженное последствие данный препарат можно рекомендовать в качестве средства как для монотерапии преждевременной эякуляции любой формы, так и, при необходимости, возможна его тактическая комбинация с другими немедикаментозными средствами или способами, управления половым актом, например, с помощью техники стоп/старт, упражнениями для укрепления мышц тазового дна, презервативами и другими средствами.

Материал подготовила В.А. Шадеркина

Преждевременная эякуляция



Тренировка мышц тазового дна

Преждевременная эякуляция является одним из самых распространенных сексуальных расстройств среди мужчин. Этиопатогенетические факторы заболевания в настоящее время изучены недостаточно. Консервативное лечение преждевременной эякуляции, включающее поведенческую и медикаментозную терапию, не всегда

оказывается достаточно эффективным. Это заставляет ученых искать новые подходы к лечению преждевременной эякуляции.

Известно, что мышцы тазового дна у мужчин задействованы в осуществлении сексуальной функции, в том числе и в процессе эякуляции. На 14-м конгрессе Европейской Ассоциации Урологов в Стокгольме ученые из Италии сообщили об эффективности тренировки мышц тазового дна при лечении первичной преждевременной эякуляции у мужчин с неэффективностью медикаментозной и поведенческой терапии в анамнезе. Исследователи оценили эффективность данной методики на группе из 40 пациентов в возрасте от 19 до 46 лет. В течение 20 минут три раза в неделю пациенты тренировали мышцы тазового дна, выполняя упражнения самостоятельно и на сеансах БОС-терапии. После 12-недельного курса улучшение отметили 82% (33 пациента) участников. Средняя продолжительность эрекции перед эякуляцией в начале исследования составила 31,7 с. После 12 недель тренировок этот показатель вырос более, чем в 4 раза и составил 146,2 с.

Стоит отметить, что методика, предложенная итальянскими исследователями, является технически более сложной, чем упражнения Кегеля, и требует специального обучения пациентов. Тем не менее, тренировка мышц тазового дна, не требующая больших финансовых затрат и не имеющая побочных эффектов, в перспективе может стать хорошей дополнительной методикой в лечении пациентов с первичной преждевременной эякуляцией.

<http://www.uroweb.org/?id=187&aid=837>

О редакции

Адрес редакции: 105425, Москва, ул. 3-я Парковая, 41, стр 8.
Выпускается силами проекта «UroWeb.ru».

Настоящий номер выпускается при поддержке
ООО «ШТАДА Маркетинг».

Главный редактор: Шадеркина В.А.
e-mail: viktoriashade@uroweb.ru
Шеф-редактор: Григорьева М.В.
e-mail: grinyamary@gmail.com
Дизайн и верстка: Дудченко Т.В.
e-mail: dudchenko.tv@bk.ru

Категорически запрещается полная или частичная перепечатка материалов без официального письменного согласия редакции и авторов. При полной или частичной перепечатке материалов ссылка на газету «Урологу на заметку» обязательна. Редакция не несет ответственности за содержание публикуемых рекламных материалов.

Мнение редакции может не совпадать с мнением авторов.