

ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПРОСТАТИТА И ВТОРИЧНОЙ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ ЭЯКУЛЯЦИИ

А.В. Книгавко

*Харьковский национальный медицинский университет
Областной медицинский клинический центр урологии и нефрологии им. В.И. Шаповала*

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

Преждевременная эякуляция (ПЭ) – стойкое наступление оргазма и эякуляции у мужчины до наступления оргазма у женщины – достаточно частое заболевание, которым по данным разных авторов страдают от 25 до 40% мужчин, преимущественно молодого возраста [1–3, 6]. По МКБ-10 данное заболевание имеет код F-52.4, что указывает на приоритет в его лечении психиатров и сексопатологов [2, 4]. В нынешнее время благодаря лучшему изучению этиологии ПЭ, данной проблемой чаще и более успешно занимаются урологи и андрологи [5, 7–10]. Так, эффективность сексологических методик в лечении ПЭ составляет не более 50%: снижение качества сексуальной жизни пациентов за счет постоянного напряжения и самоконтроля, наличие побочных явлений при назначении ИОЗС, в то время как применение микрохирургической денервации при первичной ПЭ имеет высочайшую эффективность и длительный лечебный эффект [11, 12].

В практике уролога-андролога очень важно определение вида ПЭ. Первичная (Lifelong), появившаяся с самого начала половой жизни, основными причинами которой являются:

– гиперчувствительность головки полового члена;

– тип половой конституции;
– повышенная скорость накопления импульсов в эротическом центре головного мозга;
– тревожность, ажитированность, неуверенность.

Вторичная (acquired) ПЭ, появившаяся после периода нормальной половой жизни [10]. Она наиболее часто обусловлена:

– воспалительными заболеваниями мужских половых органов: простатитом и простатовезикулитом, часто вызванными ИППП (воспаление и гиперэстезия семенного холмика, приводят к раннему наступлению оргазма и эякуляции);

– сменой партнера;
– приемом лекарственных препаратов, наркотиков;
– психическими и неврологическими заболеваниями.

Существуют несколько методов лечения ПЭ:

– местноанестезирующие препараты и презервативы;

– использование латексных колец, одевающих на основание полового члена и затрудняющих лимфооток от головки и ствола полового члена (умеренный отек приводит к гипостезии головки и удлинению времени до эякуляции);

– поведенческие (позы, предварительные ласки женщины, метод Мастерса-Джонсона, Барбары Кислинг, старт-стоп терапия);

– использование ингибиторов фосфодиэстеразы (ИФДЭ) – при повторных контактах время до эякуляции существенно удлиняется;

– применение неврологических препаратов (преимущественно ингибиторов обратного захвата серотонина (ИОЗС));

– лечение инфекций простатовезикулярного комплекса;

– хирургическая коррекция (френикулотомия, циркумцизио, селективная нейротомия, введение геля гиалуроновой кислоты под уздечку).

В предшествующих работах мы рассмотрели наиболее эффективные методы первичной ПЭ [12]. В данной статье мы постарались определить наиболее частые причины развития вторичной ПЭ и эффективность различных методов ее лечения.

Материалы и методы исследования. За 2007–2019 гг. в андрологическом отделении КУОЗ «ОМКЦУН им. В.И. Шаповала» проведено обследование 968 пациентов с преждевременной эякуляцией. В данной выборке оценивались результаты диагностики и лечения 393 пациентов с вторичной ПЭ (ВПЭ) с интравагинальным латентным интервалом (ИВЛИ) менее 2 минут. На основании пенильной биотезиометрии, сбора сексуального анамнеза, исследования урологических жалоб, проведения доплерографического ультразвукового исследования простаты и мошонки, анализов на инфекции, передающиеся половым путем, а также использования шкалы Гамильтона (HRDS), даны предположения по наиболее вероятной причине ПЭ. Это позволило распределить пациентов на 4 группы:

– 1-я группа – 62 пациента с нормальной чувствительностью головки без отклонений в психоневрологическом статусе с диагностированным хроническим простатитом (ХП), которым проводилось антибактериальное лечение согласно рекомендациям Европейского общества урологов (EAU), т.е. назначением таблетированных фторхинолонов (левофлоксацина) на 6 недель;

– 2-я группа – 145 пациентов с диагностированным хроническим простатитом (ХП), которым проводилось антибактериальное лечение согласно чувствительности выделенных инфекционных агентов;

– 3-я группа – 92 пациента с ХП и наличием варикоцеле, которым помимо антибак-

териальной терапии выполнялась операция Мармара;

– 4-я группа – 94 пациента с неврологическими жалобами и высоким баллом тревожности HRDS > 14, лечение которых заключалось в назначении ингибитора обратного захвата серотонина (ИОЗС) сертралина курсом в 6 месяцев в дозе 50 мг сутки.

Средняя продолжительность ИВЛИ составила $72,4 \pm 22,7$ с, при колебаниях в диапазоне от 0 до 150 секунд. Распределение пациентов по продолжительности первого за сутки полового акта с ценой разделения временной шкалы в 15 секунд представлено на рисунке 1.

Обращает на себя внимание то, что 95,8% пациентов имели ИВЛИ менее 2 минут. Чувствительность, специфичность и диагностическая точность метода измерения продолжительности полового акта относительно наличия преждевременной эякуляции у больных ХП при временном интервале до 120 секунд составляет 95,3%; 88,6% и 97,6% соответственно. Данное обстоятельство обуславливает необходимость учета ИВЛИ при диагностике указанного заболевания. При анализе возрастного распределения 393 пациентов отмечено превалирование лиц наиболее сексуально-активного, молодого возраста (20–39 лет) по классификации ВОЗ, доля которых составила 73,6% (рис. 2).

Анализ результатов показателей анкеты МИЭФ позволил нам оценить все показатели сексуальной функции в группе ВПЭ. Безусловно, наличие преждевременной эякуляции привело к существенному ухудшению многих показателей МИЭФ, особенно показателями удовлетворенности полового контакта и общим удовлетворением (табл. 1).

Результаты опросника HDRS по изучению депрессии показали, что больные 4-й группы по сравнению с 1-й группой достоверно чаще имели

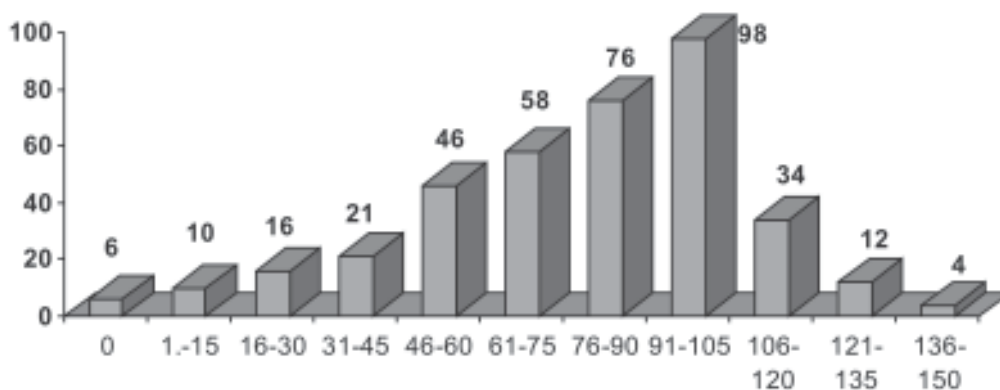


Рис.1. Длительность ИВЛИ больных ВПЭ (n = 393), с

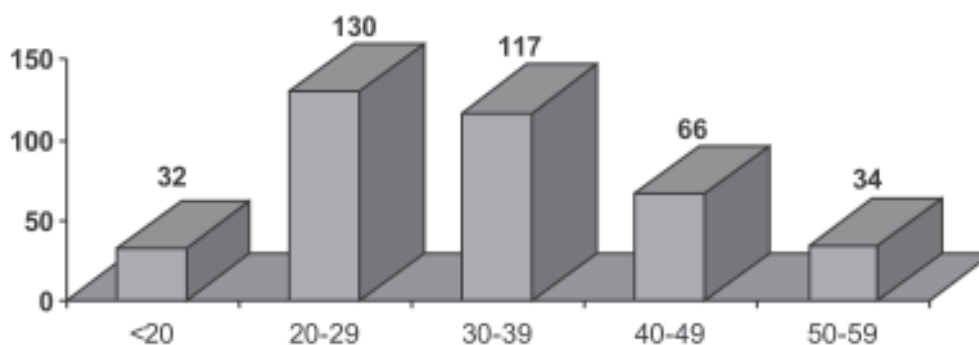


Рис. 2. Распределение больных ВПЭ на фоне ХП по возрасту (n = 299)

Таблица 1

Результаты анкетирования по МИЭФ пациентов с ВПЭ до лечения

Характеристики МИЭФ, баллы	Группа ВПЭ (n=393)
Эректильная функция	19,9±3,8
Удовлетворенность половым актом	10,8±1,8
Оргазм	8,4±1,9
Либи́до	8,6±1,1
Общее удовлетворение	6,6±2,6

депрессивные расстройства (табл. 2), особенно выраженный характер, в связи с чем этой группе мы назначали антидепрессант из группы СИОЗС сертралин на 6 месяцев по 50 мг в сутки.

Результаты и их обсуждение. Через 1 и 7 месяцев результативность лечения определялась по показателям удлинения интравагинального латентного интервала (ИВЛИ), удовлетворения половым контактом по МИЭФ, количеством пациентов, довольных результатами лечения и отсутствием жалоб.

Суммарная эффективность терапии 62 пациентов первой группы ВПЭ при контрольных обследованиях через 1 и 7 месяцев составила 21,7% и 56,4% соответственно. Указанное в течение периода наблюдения увеличение количества пациентов с удовлетворительной продолжительностью полового акта можно обусловить постепенным восстановлением эякуляторной и улучшением эректильной функции после ликвидации ХП, как причинного патологического процесса.

Таким образом, после проведенного лечения в 1-й группе длительность ИВЛИ увеличи-

лась в 1,76 раза, эрадикация заболевания достигла 68,2%, отмечены высокие результаты при отсутствии жалоб у 83,8% пациентов, однако в отношении ВПЭ эффективность была невысокой – всего 56,4%.

При лечении ВПЭ и ХП у 145 пациентов 2-й группы в обязательном порядке проводилась бактериологическая диагностика секрета простаты перед лечением. Наиболее часто мы находили полимикробные ассоциации, а также трихомонаду (68,2%) и микоплазму (55,2%). Традиционно назначаемые при ХП фторхинолоны (левофлоксацин) будут эффективны лишь при бактериальной и микоплазменной этиологии простатита, при наличии трихомонады они лишь угнетают ее активность, но не приводят к эрадикации трихомонады, что объясняет невысокие показатели в 1-й группе. Для лечения бактериально-трихомонадного простатита мы использовали препараты с наибольшей чувствительностью по результатам культуральных исследований. Наиболее часто трихомонада была чувствительна к орнидазолу и нифурателю (Макми-

Таблица 2

Балл депрессии в группах пациентов до лечения

Группы	Суммарный результат анкетирования по шкале HDRS (баллы)
1-я группа (n=62)	11,8±1,4
2-я группа (n=145)	13,7±2,1
3-я группа (n=92)	14,1±2,1
4-я группа (n=94)	18,5±2,4

пор). Бактериальные ассоциации высоко чувствительны к левофлоксацину и нифурателю. При такой чувствительности мы наиболее часто назначали первые 7 дней комбинацию левофлоксацина 0,5 г 1 раз в день и орнидазола 0,5 г 3 раза в день, с последующим назначением Макмирора 2 таблетки 3 раза в день на протяжении 10 дней для мужчин весом 70–100 кг. Нифуратель хорошо проникает в ткань предстательной железы и обладает низкой токсичностью, что очень важно при длительном приеме.

Таким образом, после проведения всех этапов лечения ХП и ВПЭ, во 2-й группе отмечена высокая эрадикационная излеченность – 86,9%, почти полное отсутствие простатических жалоб и высокая эффективность в отношении ВПЭ – 89,6%, увеличение ИВЛИ – в 2,54 раза.

Третью группу исследования составили мужчины с наличием хронического простатита и варикоцеле 2–3-й степеней, часто двустороннего. При варикоцеле, особенно с диагностикой как рено-, так и илеотестикулярного венозного рефлюкса, единственным постоянно функционирующим путем оттока венозной крови от яичка является вена семенного протока (рис. 3), по которой кровь попадает в парапростатическое венозное сплетение [13]. В результате возникает венозная гиперемия простаты, что является од-

ним из факторов развития хронического воспаления в предстательной железе. Расположение предстательной железы в области малого таза, связь ее венозных сплетений (plexus vesicoprostaticus), а также лимфатических сосудов с венозными сплетениями (plexus haemorrhoidalis) и лимфатическими сосудами прямой кишки приводят к тому, что в простате под влиянием различных причин легко возникают нарушения кровообращения и явления застоя; в результате в ней, как «в сетях», легко как застревают циркулирующая в крови бактериальная инфекция, так и активизируются инфекции, попавшие половым путем. При исследовании данной группы пациентов нами проанализирована коморбидность хронического простатита и варикоцеле, а также эффективность операции Мармара (рис. 4) для снижения венозной гиперемии простаты и повышения эффективности лечения простатита и вторичной преждевременной эякуляции.

Операция Мармара у пациентов с варикоцеле и простатитом приводила к снижению застоя венозной крови и нормализации венозного оттока у 86,9% пациентов, нормализации экзогенности простаты у 73,9% и вместе с антибактериальной терапией перехода простатита в стадию стойкой ремиссии у 86,9%.

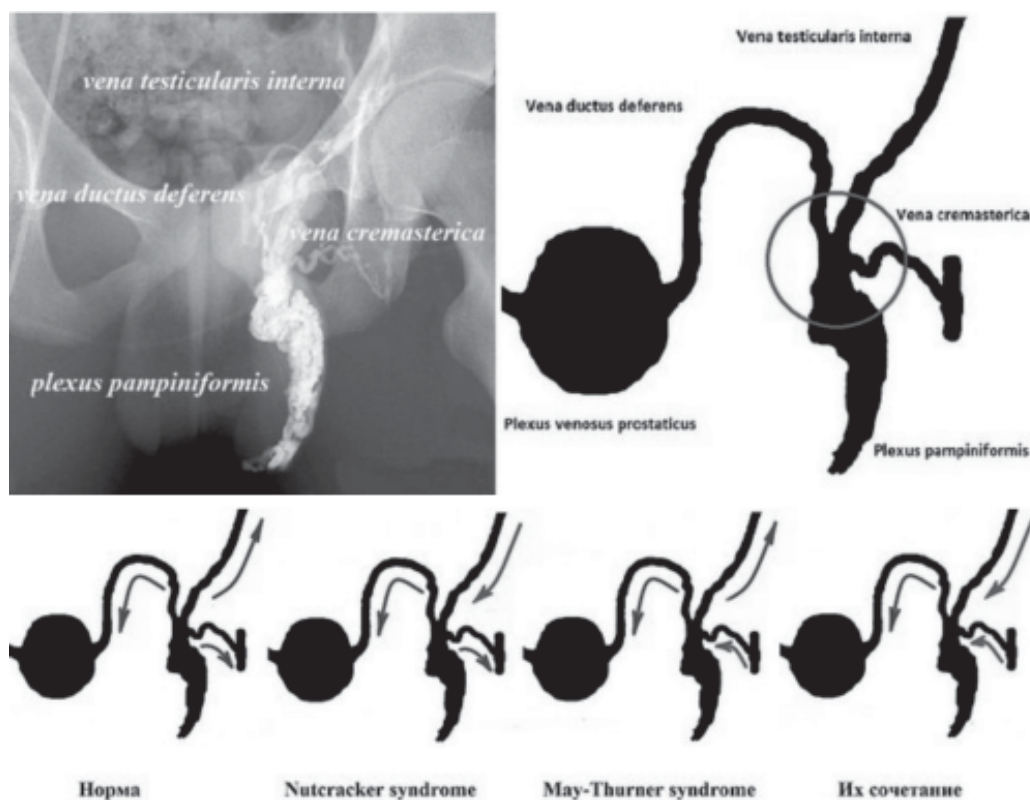


Рис. 3. Схема оттока венозной крови от яичка и возникновения венозной гиперемии простаты при варикоцеле



Рис. 4. Операция Мармара в субингвинальном доступе. Диссектором указана вена с патологическим сбросом венозной крови к яичку

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

Если до начала лечения у пациентов четвертой группы отмечали баллы, которые отвечали средней степени депрессивного расстройства по шкале Гамильтона, то на фоне проводимого лечения произошло улучшение практически до нормальных показателей. То есть положительная динамика ИВЛИ и общее удовлетворение от коитуса имеют существенное влияние на изменение психологических расстройств в пациентов с ВПЭ (табл. 3).

Таким образом, в 4-й группе пациентов, курсово принимающих сертралин среднее уве-

личение ИВЛИ составило 2,36 раза, эффективность в отношении ВПЭ – 64,9%.

Как видно из таблицы 4 различия между начальными и конечными показателями достоверны во всех группах лечения, группы изначально однородны по времени до эякуляции (разница начального ИВЛИ незначительна), однако через 6 месяцев наблюдения есть достоверная разница между первой и остальными группами. То есть лечение ХП и ВПЭ стандартными схемами фторхинолонами существенно менее эффективно по сравнению с другими группами, а четкое выделение инфекционного агента с его эрадикацией, дает наилучший эффект как в плане исчезновения симптомов простатита, так и позитивной динамики ИВЛИ и удовлетворенности лечением (табл. 5).

Таким образом, в 1-й группе длительность ИВЛИ увеличилась в 1,76 раза, эрадикация за-

Таблица 3

Динамика результатов анкетирования по шкале HDRS во время лечения

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

Таблица 4

Динамика показателя ИВЛИ у обследуемых мужчин с ВПЭ в группах лечения

Показатель ИВЛИ, мин.	Начальный	Через 7 мес.	Увеличение ИВЛИ к начальному, раз
1-я группа (n=62)	1,61 ± 0,28	2,83 ± 0,31	1,76
2-я группа (n=145)	1,56 ± 0,33	3,96 ± 0,36	2,54
3-я группа (n=92)	1,45 ± 0,46	3,94 ± 0,28	2,72
4-я группа (n=94)	1,52 ± 0,32	3,58 ± 0,34	2,36

Показатели эрадикации инфекции, отсутствия симптомов простатита и удовлетворенность лечения ВПЭ в группах инфекционного простатита

Группа	Эрадикация возбудителя, %	Исчезновение симптомов простатита, %	Удовлетворенность лечением, %
1-я группа (n=62)	68,2	83,8	56,4
2-я группа (n=145)	86,9	96,7	89,6
3-я группа (n=92)	89,1	97,8	89,1

болевания достигла 68,2%, отмечены высокие результаты при отсутствии жалоб у 83,8% пациентов, однако в отношении ВПЭ эффективность была невысокой – всего 56,4%. Во 2-й группе отмечен высокий процент эрадикации возбудителя – 86,9%, почти полное отсутствие жалоб 96,7% и высокая эффективность в отношении ВПЭ – 89,6%, увеличение ИВЛИ – в 2,54 раза. В 3-й группе эрадикационная излеченность достигла 89,1%, отмечены практически полное отсутствие жалоб и высокая эффективность в отношении ВПЭ – 89,1%, ИВЛИ увеличился в 2,72 раза. В 4-й группе пациентов курсово принимающих сертралин, среднее увеличение ИВЛИ00 составило 2,36 раза, эффективность в отношении ВПЭ – 64,9%.

Выводы

1. Причиной ВПЭ наиболее часто бывает хронический простатит и простатовезикулит (76,6%).
2. Назначение ИОЗС (сертралина) при ВПЭ рационально только при наличии неврологической симптоматики (HRDS >14) и отсутствии ХП.
3. Варикоцеле (особенно двустороннее) является коморбидным фактором ХП, вызывая

венозную гиперемия простаты, и может быть одной из причин ВПЭ.

4. Операция Мармара уменьшает венозную гиперемия простаты, снижает балл IPSS, улучшает ИВЛИ у пациентов с коморбидной патологией (варикоцеле + ХП)

5. «Стандартная» антибактериальная терапия ХП позволяет вылечить ВПЭ у 56,4%, что оставляет неудовлетворенными почти половину пациентов.

6. При бактериологическом исследовании секрета простаты наиболее часто выявляется трихомонада (68,3%), микоплазма (55,2%) и бактериальные ассоциации (87,4) в различных комбинациях.

7. Оптимизация этиологической терапии ВПЭ и хронического простатита трихомонадной и смешанной (бактериально-трихомонадной, трихомонадно-микоплазменной) этиологии достигается путем назначения комбинированных препаратов с высокой антипротозойной активностью (поэтапно орнидазол, левофлоксацин, затем нифуратель (Макмирор), что повышает эффективность лечения ВПЭ до 89,1%.

Список литературы

1. Горпинченко И.И., Сытенко А.М., Нуриманов К.Р., Зайцев В.И., Махер Гафси. Обоснование анкеты «Профиль преждевременной эякуляции» в качестве инструмента для оценки симптомов преждевременной эякуляции. *Здоровье мужчины*. 2009. № 1. С. 110–114.
2. Сексопатология: справочник / под ред. Г.С. Васильченко. М.: Медицина, 1990. С. 520–539.
3. Андрология. Мужское здоровье и дисфункция репродуктивной системы: пер. с англ. / под ред. Э. Нишлага, Г.М. Бере. М.: ООО «МИА», 2005. 228 с.
4. Горпинченко І.І., Воробець Д.З. Ефективність інгібіторів зворотного захоплення серотоніну в лікуванні чоловіків з передчасною еякуляцією. *Здоровье мужчины*. 2009. № 4. С. 90–95.
5. Sadeghi Nejaad H., Watson R. Premature ejaculation: Current medical treatment and new directions. *Journal of Sexual Medicine*. 2008. No. 5. P. 1037–1050.
6. Waldiger M.C. et al. A multinational population survey on intravaginal ejaculation latency time. *Journ. Sex. Med.* 2005. No. 2. P. 492–497.
7. Seftel A.D. Rasch Analysis of the Premature Ejaculation Diagnostic Tool (PEDT) and the International Index of Erectile Function (IIEF) in an Iranian Sample of Prostate Cancer Patients. *J Urol*. 2017. Vol. 197, No. 6. P. 1534–1535. doi: 10.1016/j.juro.2017.03.091.
8. Abu El-Hamd M., Abdelhamed A. Comparison of the clinical efficacy and safety of the on demand use of paroxetine, dapoxetine, sildenafil and combined dapoxetine with sildenafil in treatment of

patients with premature ejaculation: A randomized placebo-controlled clinical trial. *Andrologia*. 2018. Vol. 50, No. 1. doi: 10.1111/and.12829.

9. Zhu D., Dou X., Tang L., Tang D., Liao G., Fang W., Zhang X. Prevalence of Prostatitis-Like Symptoms and Outcomes of NIH-CPSI in Outpatients with Lifelong and Acquired PE: Based on a Large Cross-Sectional Study in China. *Biomed Res Int*. 2017. doi: 10.1155/2017/3473796.

10. McMahon C.G., Jannini E.A., Serefoglu E.C., Hellstrom W.J. The pathophysiology of acquired premature ejaculation. *Transl Androl Urol*. 2016. Vol. 5, No. 4. P. 434–449.

11. Chen C.Q., Yi Q.T., Chen C.H., Gong M. Effect of Interventions for Premature Ejaculation in the Treatment of Chronic Prostatitis with Secondary Premature Ejaculation. *Zhongguo Yi Xue Ke Xue Yuan Xue Bao*. 2016. Vol. 38, No. 4. P. 393–398.

12. Лесовой В.Н., Книгавко А.В., Аркатов А.В., Савенков В.И., Картавцев А.В. Малоинвазивные методы лечения эякуляторных расстройств. *Здоровье мужчины*. 2015. № 2. С. 87–91.

13. Капто А.А. Клинические аспекты сосудистой анатомии у пациентов с варикоцеле (лекция). *Экспериментальная и клиническая урология*. 2016. № 2. С. 70–79.

References

1. Gorpichenko, I.I., Sytenko, A.M., Nurimanov, K.R., Zaitsev, V.I., & Maher Gafsi. (2009). Obosnovanie ankety «Profil prezhdevremennoj eyakulyaczii» v kachestve instrumenta dlya ocenki simptomov prezhdevremennoj eyakulyaczii [Substantiation of the questionnaire “Profile of premature ejaculation” as a tool for evaluation of symptoms of premature ejaculation]. *Zdorove muzhchiny – Men's health*, 1, 110–114 [in Ukraine].

2. Gorpichenko, I.I., & Vorobecz, D.Z. (2009). Efektivnist ingibitoriv zvorotnogo zakhoplennya serotoninu v likuvanni cholovikiv z peredchasnoy eyakulyacziyeyu [Efficacy of serotonin reuptake inhibitors in the treatment of men with premature ejaculation]. *Zdorove muzhchiny – Men's health*, 4, 90–95.

3. Sadeghi Nejaad, H., & Watson, R. (2008). Premature ejaculation: Current medical treatment and new directions. *Journal of Sexual Medicine*, 5, 1037–1050.

4. Waldiger, M.C. et al. (2005). A multinational population survey on intravaginal ejaculation latency time. *Journ. Sex. Med.*, 2, 492–497.

5. Seftel, A.D. (2017). Rasch Analysis of the Premature Ejaculation Diagnostic Tool (PEDT) and the International Index of Erectile Function (IIEF) in an Iranian Sample of Prostate Cancer Patients. *J Urol.*, Vol. 197, 6, 1534–1535. doi: 10.1016/j.juro.2017.03.091.

6. Abu El-Hamd, M., & Abdelhamed, A. (2018). Comparison of the clinical efficacy and safety of the on demand use of paroxetine, dapoxetine, sildenafil and combined dapoxetine with sildenafil in treatment of patients with premature ejaculation: A randomized placebo-controlled clinical trial. *Andrologia*, Vol. 50, 1. doi: 10.1111/and.12829.

7. Zhu, D., Dou, X., Tang, L., Tang, D., Liao, G., Fang, W., & Zhang, X. (2017). Prevalence of Prostatitis-Like Symptoms and Outcomes of NIH-CPSI in Outpatients with Lifelong and Acquired PE: Based on a Large Cross-Sectional Study in China. *Biomed Res Int*. doi: 10.1155/2017/3473796.

8. McMahon, C.G., Jannini, E.A., Serefoglu, E.C., & Hellstrom, W.J. (2016). The pathophysiology of acquired premature ejaculation. *Transl Androl Urol.*, Vol. 5, 4, 434–449.

9. Chen, C.Q., Yi, Q.T., Chen, C.H., & Gong, M. (2016). Effect of Interventions for Premature Ejaculation in the Treatment of Chronic Prostatitis with Secondary Premature Ejaculation. *Zhongguo Yi Xue Ke Xue Yuan Xue Bao*, Vol. 38, 4, 393–398.

10. Lesovoj, V.N., Knigavko, A.V., Arkatov, A.V., Savenkov, V.I., & Kartavcev, A.V. (2015). Maloinvazivnye metody lecheniya eyakulyatornykh rasstrojstv [Minimally invasive methods of treatment of ejaculatory disorders]. *Zdorove muzhchiny – Men's health*, 2, 87–91 [in Ukraine].

11. Капто, А.А. (2016). Клинические аспекты сосудистой анатомии у пациентов с варикоцеле (лекция) [Clinical aspects of vascular anatomy in patients with varicocele]. *Экспериментальная и клиническая урология – Experimental and Clinical Urology*, 2, 70–79 [in Russian].

Реферат

ОПТИМІЗАЦІЯ ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО ПРОСТАТИТУ ТА ВТОРИННОЇ ПЕРЕДЧАСНОЇ ЕЯКУЛЯЦІЇ

О.В. Книгавко

Передчасна еякуляція (ПЕ) – це стійке настання оргазму і еякуляції у чоловіка до настання оргазму у жінки – досить часте захворювання, на яке за даними різних авторів страждають від 25 до 40% чоловіків, переважно молодого віку. Незважаючи на широке поширення ПЕ, в Україні дотепер немає чітких гайдлайнів її лікування, особливо вторинної форми, яка маніфестує через деякий час після успішного статевого життя. У даній роботі розглянуті етіопатогенетичні чинники вторинної передчасної еякуляції (ВПЕ) та варіанти їх лікування.

Матеріали і методи. У 2007–2019 рр. в андрологічному відділенні КУОЗ «ОКЦУН ім. В.І. Шаповала» проведено обстеження 968 пацієнтів з передчасною еякуляцією. У даній вибірці оцінювалися результати діагностики і лікування 393 пацієнтів з ВПЕ з інтравагінальним латентним інтервалом (ІВЛІ) менше 2 хвилин. На підставі пенільної біотезіометрії, збору сексуального анамнезу, дослідження урологічних скарг, проведення доплерографічного ультразвукового дослідження простати і мошонки, аналізів на інфекції, що передаються статевим шляхом, а також використання шкали Гамільтона (HRDS), були дані припущення щодо найбільш ймовірної причини ВПЕ. Це дозволило розподілити пацієнтів на 4 групи: 1-ша група – 62 пацієнти з нормальною чутливістю головки без відхилень у психоневрологічному статусі з діагностованим хронічним простатитом (ХП), яким проводили антибактеріальне лікування згідно з рекомендаціями Європейської асоціації урологів (левофлоксацин 0,5 на 6 тижнів); 2-га група – 145 пацієнтів з ХП, яким проводили антибактеріальне лікування згідно з чутливістю виділених інфекційних агентів; 3-тя група – 92 пацієнти з ХП і наявністю варикоцеле, яким поряд з антибактеріальною терапією додатково проводили операцію Мармара, 4-та група – 94 пацієнти з неврологічними скаргами і високим балом тривожності HRDS>14, лікування яких полягало в призначенні інгібітора зворотного захоплення серотоніну (ІЗЗС) сертраліну курсом 6 місяців у дозі 50 мг на добу.

Результати. Через 1 і 7 місяців результативність лікування визначалася за показниками подовження ІВЛІ, задоволення статевим контак-

Summary

TREATMENT OPTIMISATION OF CHRONIC PROSTATITIS AND SECONDARY PREMATURE EJACULATION

O.V. Knigavko

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

Materials and methods. In 2007-2019 in the andrological department of the KZOZ "RCCUN them. V. I. Shapoval", 968 patients with premature ejaculation were examined. In this sample, the results of diagnosis and treatment of 393 patients with secondary PE with an Intravaginal ejaculation latency time (IELT) were evaluated for less than 2 minutes. Based on penile biothesiometry, sexual history, International Index of Erectile Function (IIEF)? study of urological complaints, doppler ultrasound examination of the prostate and scrotum, analyzes for sexually transmitted infections, and the use of the Hamilton Rate Depression Scale (HRDS), there are suggestions for the most likely cause of PE. This allowed the patients to be divided into 4 groups:

Group 1 - 62 patients with normal penile sensitivity without deviations in the psychoneurological status with diagnosed chronic prostatitis (CP), who underwent antibacterial treatment according to EAU guidelines (levofloxacin 0.5 for 6 months), Group 2 – 145 patients with chronic prostatitis were treated according to the sensitivity of the isolated infectious agents; Group 3 consisted of 92 patients with CP and the presence of varicocele, which, in addition to antibiotic therapy, were underwent Marmara surgery; Group 4 - 94 patients with neurological complaints and high anxiety HRDS>14, whose treatment consisted in the appointment of a selective serotonin reuptake inhibitor (SSRI) sertraline by a course of 6 months at a dose of 50 mg per day.

Results. After 1 and 7 months, the effectiveness of the treatment was determined by the lengthening of the intravaginal ejaculatory latent time (IELT),

том за шкалою МіЕФ, кількістю пацієнтів, задоволених результатами лікування і відсутністю простатичних скарг та ерадикації інфекційних збудників.

У 1-й групі тривалість ІВЛІ збільшилася в 1,76 разу, ерадикація захворювання досягла 68,2%, відзначені високі результати при відсутності скарг – у 83,8% пацієнтів, однак щодо ВПЕ ефективність була невисокою – всього 56,4%. У 2-й групі відзначена висока ерадикаційна вилікковність – 86,9%, майже повна відсутність скарг і висока ефективність щодо ВПЕ – 89,6%, збільшення ІВЛІ – у 2,54 разу. У 3-й групі ерадикаційна вилікковність досягла 89,1%, відзначено практично повну відсутність скарг і високу ефективність щодо ВПЕ – 89,1%, ІВЛІ збільшився у 2,72 рази. У 4-й групі, де пацієнти курсово приймали сертралін, середнє збільшення ІВЛІ досягло 2,36 разу, ефективність щодо ВПЕ – 64,9%.

Висновки. 1. Причиною ВПЕ найбільш часто буває хронічний простатит і простатовезикулїт (76,6%). 2. Призначення ІЗЗС при ВПЕ раціональне лише за наявності неврологічної симптоматики (HRDS>14) і відсутності ХП. 3. Варикоцеле (особливо двостороннє) є коморбідним фактором ХП, що викликає венозну гіперемію простати і може бути однією з причин ВПЕ. 4. Операція Мармара зменшує венозну гіперемію простати, знижує бал IPSS, покращує показник ІВЛІ у пацієнтів з коморбідною патологією (варикоцеле + ХП). 5. Стандартна антибактеріальна терапія тільки фторхінолонами ХП дозволяє виліккувати ВПЕ у 56,4% пацієнтів, що залишає незадоволеною майже половину пацієнтів. 6. При бактеріологічному дослідженні секрету простати найбільш часто виявляється трихомонада (68,3%), мікоплазма (55,2%) та бактеріальні асоціації (87,4) в різноманітних комбінаціях. 7. Оптимізація етіологічної терапії ВПЕ й хронічного простатиту трихомонадної етіології досягається шляхом призначення засобів з високою антипротозойною активністю (орнідазол, ніфурател), що підвищує ефективність лікування ВПЕ до 89,1%.

Ключові слова: передчасна еякуляція, первинна та вторинна, інгібітори зворотного захоплення серотоніну (ІЗЗС), сертралін, хронічний простатит, трихомонада, орнідазол, ніфурател (Макмірор).

Адреса для листування

О.В. Кнігавко
E-mail: aknig79@gmail.com

the satisfaction of sexual intercourse on ПЕЕФ, the number of patients satisfied with the results of treatment and the absence of prostatic symptoms and infection agents.

In group 1, the duration of IELT increased by 1.76 times, eradication of the disease reached 68.2%, high results were observed in the absence of complaints in 83.8% of patients, but in respect of the SPE, the efficacy was not high - only 56.4%. In the 2nd group, high eradication cure was noted – 86.9%, almost complete absence of complaints and high efficiency with respect to the SPE - 89.6%, increase in IELT - by 2.54 times. In the third group, eradication cure reached 89.6%, almost no complaints and high efficiency with respect to the SPE - 89.1%, increased by 2.72 times. In the fourth group of patients receiving sertraline, the average increase in IELT was 2.36 times, the efficacy with respect to SPE was 64.9%.

Conclusions. 1. The cause of SPE is most often chronic prostatitis and prostatevisculitis (76.6%). 2. The appointment of SSRI in case of SPE is rational only in the presence of neurological symptoms (HRDS> 14) and absence of CP. 3. Varicocele (especially bilateral) is a comorbid factor of CP, causing venous hyperemia of the prostate, and may be one of the causes of SPE. 4. Operation Marmar reduces venous hyperemia of the prostate, reduces the score of IPSS, improves IELT in patients with comorbid pathology (varicocele + CP). 5. Antibacterial therapy of CP allows to cure SPE in 56.4%, so almost half of patients stay dissatisfied. 6. Bacteriological examination detects more often Trichomonas (68.3%), Mycoplasma (55.2%) and polymicrobial association in different combinations. 7. Prescribing of antiprotozoal medicine optimizes treatment of chronic prostatitis and increases effectiveness of treatment Secondary PE up to 89.1%.

Keywords: premature ejaculation, primary and secondary, Hamilton scale, , selective serotonin reuptake inhibitor (SSRI), sertraline, chronic prostatitis, trichomonas, Ornidazol, Nifurantel (Macmiror).