

Клинические рекомендации

Преждевременная эякуляция

Кодирование по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем: **F52.4, N50.8**

Возрастная группа: **взрослые**

Год утверждения: **2024**

Разработчик клинической рекомендации:

- 1. Российское общество урологов**
- 2. Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В. И. Кулакова Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Оглавление

Оглавление	2
Список сокращений	4
Термины и определения	5
1. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группе заболеваний или состояний)	6
1.1 Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)	6
1.2 Этиология и патогенез заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)	6
1.3 Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)	7
1.4 Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем	7
1.5 Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)	7
1.6 Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)	7
2. Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний), медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики	8
2.1 Жалобы и анамнез	9
2.2 Физикальное обследование	10
2.3 Лабораторные диагностические исследования	11
2.4 Инструментальные диагностические исследования	11
2.5 Иные диагностические исследования	12
3. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения	12
3.1 Консервативное лечение	12
3.2 Хирургическое лечение	14
3.3 Иное лечение	16

4. Медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение, медицинские показания и противопоказания к применению методов медицинской реабилитации, в том числе основанных на использовании природных лечебных факторов	16
5. Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики	16
6. Организация оказания медицинской помощи	16
7. Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания или состояния)	17
Критерии оценки качества медицинской помощи	16
Список литературы	17
Приложение А1. Состав рабочей группы по разработке и пересмотру клинических рекомендаций	23
Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций	24
Приложение А3. Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов, инструкции по применению лекарственного препарата	26
Приложение Б. Алгоритмы действий врача	27
Приложение В. Информация для пациента	28

Список сокращений

ПЭ – преждевременная эякуляция

ПВПА – продолжительность вагинального полового контакта

ЦНС – центральная нервная система

ЭД – эректильная дисфункция

СНМП - симптомы со стороны нижних мочевых путей

СИОЗС - селективные ингибиторы обратного захвата серотонина

ПЧ - половой член

Термины и определения

Преждевременная эякуляция – это расстройство эякуляции, соответствующее трем критериям: (1) продолжительность вагинального полового акта (ПВПА) менее 1 минуты с дебюта половой жизни (первичная форма) или снижение ПВПА до 3 минут и менее у пациента с ранее нормальной ПВПА (приобретённая форма); (2) отсутствие контроля над наступлением семяизвержения во время полового акта; (3) отрицательные психоэмоциональные последствия для пары.

Эректильная дисфункция – невозможность достичь и/или поддерживать достаточную для совершения полового акта эрекцию.

1. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группе заболеваний или состояний)

1.1 Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Преждевременная эякуляция - это расстройство эякуляции, включающее в себя три критерия (по данным Международного общества сексуальной медицины - International Society for Sexual Medicine):

1. продолжительность вагинального полового акта (ПВПА) менее 1 минуты с дебюта половой жизни (первичная форма), или снижение ПВПА до 3 минут и менее у пациента с ранее нормальной ПВПА (приобретённая форма);
2. отсутствие контроля над наступлением семяизвержения во время полового акта;
3. отрицательные психоэмоциональные последствия для пары[1].

1.2 Этиология и патогенез заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

На сегодняшний день выделяют следующие вероятные механизмы развития ПЭ: гиперчувствительность головки полового члена; нарушение обмена серотонина в структурах ЦНС [2-8]. В развитие симптомокомплекса ПЭ могут вносить свой вклад такие состояния, как эректильная дисфункция, хронический простатит, заболевания щитовидной железы, прием определенных лекарственных средств [9-12].

Предполагается, что первичная ПЭ опосредована очень сложным взаимодействием центральных и периферических серотонинергических, дофаминергических, окситоцинергических, эндокринологических, генетических и эпигенетических факторов [13]. С другой стороны, приобретенная ПЭ может развиваться из-за психологических проблем, включая тревожность при половом акте, психологические проблемы или проблемы в отношениях и/или сопутствующих заболеваний, таких как эректильная дисфункция, простатит и гипертиреоз [9-12]. У значительного числа мужчин, страдающих ЭД, также имеется и ПЭ [14, 15]. Высокий уровень тревожности, связанной с ЭД, может усилить ПЭ, что приводит к риску ошибочного установления диагноза ПЭ, вместо лежащей в основе ЭД. Другие факторы риска включают генетическую

предрасположенность, слабое здоровье и ожирени, простатит, гипертиреоз, низкий уровень пролактина, высокий уровень тестостерона, дефицит витаминов D и B12, сахарный диабет, метаболический синдром [16-32], отсутствие физической активности [33], эмоциональные переживания и стресс, симптомы депрессии [34], а также травмирующие переживания, связанные с прошлым сексуальным опытом [35, 36]. Согласно данным единственного исследования относительно тактик изменения и предупреждения риска, успешное устранение причины у пациентов с хроническим простатитом и ПЭ привело к значительному улучшению показателя ПВПА и контролю над эякуляцией по сравнению с пациентами, не получавшими лечения [37].

1.3 Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Распространенность:

- в эпидемиологических исследованиях - 5%
- в европейских исследованиях - первичная ПЭ - 2,3%; приобретенная - 3,9; вариативная - 8,5%; субъективная 5,1%
- в отдельных исследованиях (NHSLs, США) - до 31%

Именно суммарная частота встречаемости первичной и приобретенной ПЭ отражает истинную распространенность ПЭ и составляет 5%, что признано наиболее достоверными статистическими сведениями по мнению европейских исследователей [38-46].

1.4 Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем

F52.4 - Преждевременная эякуляция

N50.8 - Другие болезни мужских половых органов

1.5 Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

При определении формы ПЭ рекомендуется использовать классификацию M. Waldinger, включающую в себя:

- первичную ПЭ (продолжительность вагинального полового акта (ПВПА) менее 1 минуты с дебюта полового жизни);
- приобретённую ПЭ (снижение ПВПА до 3 минут и менее у пациента с ранее нормальной ПВПА);
- ПЭ с естественной вариативностью (характеризуется непостоянной, нерегулярной преждевременной эякуляцией и представляет собой нормальные вариации при сексуальной активности, что является вариантом нормы);
- субъективную ПЭ (диагностируется при субъективном восприятии постоянной или непостоянной быстрой эякуляции во время сексуального контакта, однако ПВПА находится в пределах нормы или может быть даже больше). Такое состояние не следует рассматривать как симптом или проявление какого-либо заболевания [1,47].

Истинными формами ПЭ, требующими дальнейшего обследования и лечения у уролога-андролога, являются первичная и приобретённая ПЭ.

1.6 Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Данное заболевание характеризуется продолжительностью полового контакта менее 1 минуты при первичной форме и менее 3 минут при вторичной форме ПЭ, отсутствием контроля над наступлением семяизвержения во время полового контакта, а также приводит к отрицательным психоэмоциональным последствиям для пары. У мужчин, страдающих ПЭ, ниже удовлетворенность сексуальными отношениями, половыми актами, они испытывают напряжение во время полового акта и реже вступают в сексуальные отношения. Негативное влияние ПЭ распространяется не только на сексуальную дисфункцию. ПЭ приводит к снижению уверенности в себе, ухудшению отношений с партнершей и может вызывать подавленность, тревожность, растерянность и депрессию. Кроме того, ПЭ может влиять на сексуальную функцию партнерши, и ее удовлетворенность сексуальными отношениями уменьшается по мере увеличения степени ПЭ [48-55]. Несмотря на серьезные последствия для психоэмоционального состояния и качества жизни, слишком мало мужчин с ПЭ обращается за помощью. Важно отметить, что мужчины намного чаще обращаются за помощью по поводу ЭД, чем ПЭ. В исследовании PEPA только 9% мужчин, сообщивших о ПЭ, консультировались по этому

поводу с врачом [39]. Основной причиной, почему ПЭ не обсуждалась со специалистом, является неловкость и убежденность пациента в том, что данное нарушение не лечится. Специалисты часто испытывают неудобство при обсуждении сексуальных проблем пациента, как правило, из-за смущения и недостатка знаний или клинического опыта в лечении ПЭ. Как следствие большинство мужчин не получают лекарственной терапии по поводу сексуальной дисфункции. Врач должен обнадежить пациента, чтобы он рассказал о ПЭ [56]. Важно отметить, что длительность полового контакта вариативна у одного человека и может зависеть от эмоционального настроения, общего физического самочувствия, степени возбуждения, от особенностей партнерши и периода воздержания.

2. Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний), медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики

Диагностика ПЭ основана на медицинском и сексуальном анамнезе пациента [57,58]. В анамнезе должно быть указано, является ПЭ первичной или приобретенной, ситуационной (при конкретных обстоятельствах, связанных с партнером) или постоянной. особое внимание следует уделить продолжительности эякуляции, степени сексуальной стимуляции, ее влиянию на сексуальную активность и качество жизни, применению запрещенных препаратов или наркотической зависимости. Также важно дифференцировать ПЭ и ЭД. У многих пациентов с ЭД развивается вторичная ПЭ из-за беспокойства, связанного с трудностью в достижении и поддержании эрекции [59].

Критерии установления диагноза/состояния: на основании медицинского и сексуального анамнеза, физикальных и лабораторных исследований (при наличии специфических данных в анамнезе).

2.1 Жалобы и анамнез

1. Рекомендуется проводить диагностику и определение формы преждевременной эякуляции (ПЭ) на основании анамнестических данных и жалоб пациента. При диагностике ПЭ необходимо четко описывать данные анамнеза и учитывать субъективные данные пациента. Важно узнавать у пациента имеется ли эффект в отношении пролонгирования полового акта при использовании презервативов, влияет ли на время полового контакта прием алкоголя или срок воздержания [59,60,61].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

2. Рекомендуется в качестве ключевого показателя в диагностике ПЭ использовать показатель продолжительности вагинального полового акта (ПВПА), измеряемый самим пациентом от введения полового члена во влагалище до семяизвержения [62].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 3)

3. Для диагностики ПЭ рекомендуется пользоваться адаптированным определением Международного общества сексуальной медицины (ISSM):

1. продолжительность вагинального полового акта (ПВПА) менее 1 минуты с дебюта полового жизни (первичная форма), или снижение ПВПА до 3 минут и менее у пациента с ранее нормальной ПВПА (приобретённая форма);
2. отсутствие контроля над наступлением семяизвержения во время полового акта;
3. отрицательные психоэмоциональные последствия для пары [1].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

2.2 Физикальное обследование

Рекомендуется при первичной оценке ПЭ проводить физикальные и лабораторные исследования с целью выявления лежащих в ее основе нарушений, которые, возможно, связаны с ПЭ или другими сексуальными расстройствами, в особенности эректильная дисфункция, простатит, гипертиреоз, короткая уздечка полового члена [57].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: физикальное исследование входит в базовую оценку ПЭ. Оно включает краткую оценку урологической, эндокринной и нервной систем с целью выявления заболеваний, связанных с ПЭ или другими типами сексуальной дисфункции, например эндокринопатий, болезни Пейрони, уретрита или простатита. Может потребоваться определение уровня гормонов щитовидной

железы или результаты микроскопии, бактериологического посева секрета предстательной железы при наличии специфических данных в анамнезе.

Рекомендуется пациентам с ПЭ проводить лидокаиновый тест с целью определения гиперчувствительности головки полового члена как причины ПЭ и для определения дальнейшей тактики лечения, в том числе и хирургического.

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: лидокаиновый тест (проба проводится самостоятельно в домашних условиях), помогает установить, действительно ли у больного имеется гиперчувствительность головки полового члена. Для проведения теста используется 10% лидокаин (выпускается в разных формах, но удобнее использовать спрей). Препарат наносится на головку полового члена за 10-15 минут до начала полового акта. Чтобы не снизилась чувствительность у партнерши, нужно использовать презерватив. Лидокаиновую пробу рекомендуется проводить несколько раз (оптимальное количество проб составляет 3-5). Если продолжительность акта увеличивается во время теста в 2-3 раза без нарушения эректильной функции, это позволяет установить повышенную чувствительность.

2.3 Лабораторные диагностические исследования

Проведение специфических лабораторных исследований с целью диагностики преждевременной эякуляции **не рекомендуется**.

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: выполнение лабораторных исследований возможно при наличии у пациента специфических данных указывающих на заболевания щитовидной железы или при подозрении на воспалительные заболевания предстательной железы. Может потребоваться определение уровня гормонов щитовидной железы или результаты микроскопии, бактериологического посева секрета предстательной железы при наличии специфических данных в анамнезе.

2.4 Инструментальные диагностические исследования

Не рекомендуется рутинное выполнение ультразвукового исследования предстательной железы без специфических данных в анамнезе (воспалительные заболевания предстательной железы и уrogenитального тракта).

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 5)

2.5 Другие диагностические исследования

Необходимость выполнения других диагностических исследований определяется в конкретной клинической ситуации в соответствии с состоянием пациента

3. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения

3.1 Консервативное лечение

Перед началом лечения необходимо определить подтип ПЭ и подробно обсудить ожидания пациента. При первичной ПЭ первой линией может быть лекарственная терапия, но в случае приобретенной ПЭ вначале необходимо провести этиотропную патогенетическую терапию лежащего в основе заболевания состояния (ЭД, простатит, СНМП, тревожность, гипертиреоз). В лечении ПЭ с естественной вариативностью и субъективной ПЭ эффективны различные поведенческие техники, также показана консультация психотерапевта или сексолога. Если пациенты испытывают дискомфорт от фармакологической терапии, можно предлагать психотерапию в режиме монотерапии или комбинированной терапии.

Рекомендуется в первую очередь проводить лечение эректильной дисфункции (при наличии) и других состояний, проявлением которых может являться ПЭ.

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 5)

Рекомендуется в качестве первой линии терапии первичной ПЭ использовать СИОЗС короткого действия - дапоксетин для перорального приема или местные анестетики для топического нанесения на головку и уздечку полового члена (кремы, спреи, презервативы с анестетиком).

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 2)

Рекомендуется с целью минимизации риска эректильной дисфункции на фоне приема дапоксетина комбинирование препарата с ингибиторами фосфодиэстеразы-5 типа.

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Рекомендуется в качестве второй линии терапии ПЭ у пациентов без эректильной дисфункции, не удовлетворенных результатами использования местных анестетиков или дапоксетина, применение ингибиторов фосфодиэстеразы-5 типа.

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Рекомендуется при недостаточной эффективности медикаментозных методов лечения ПЭ прибегать к методам поведенческой терапии и психотерапии.

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Рекомендуется при ПЭ с естественной вариативностью информировать пациента о том, что периодически возникающие эпизоды раннего семяизвержения являются вариантом нормы и не требуют лечения.

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Рекомендуется при субъективной ПЭ информировать пациента о том, что его показатели ПВПА находятся в пределах физиологической нормы. Врачу необходимо рассмотреть направление пациента к психиатру с опытом в сексуальном здоровье.

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Рекомендуется информировать пациентов с ПЭ, что комбинация поведенческих и фармакологических подходов может быть более эффективным, чем каждый подход в отдельности.

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

3.2 Хирургическое лечение

Не рекомендуется у пациентов с нормальной анатомией полового члена циркумцизию рассматривать как самостоятельный метод лечения ПЭ.

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Рекомендуется у пациентов с короткой уздечкой полового члена и ПЭ проводить хирургическую коррекцию (френулопластика и/или циркумцизия).

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Рекомендуется пациентам с ПЭ, желающим увеличить объем головки полового члена использовать метод инъекционной аугментации головки полового члена с помощью препаратов гиалуроновой кислоты.

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Рекомендуется пациентам с первичной ПЭ и положительным ответом на местные анестетики предлагать селективную микрохирургическую денервацию головки полового члена с целью снижения её чувствительности. Подобные операции должны выполняться исключительно в специализированных центрах с большим опытом микрохирургии в андрологии.

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарий: важно определить, что считать положительным ответом на тест с использованием анестетика (лидокаиновый тест). Следует ориентироваться на увеличение длительности полового акта в 2-3 раза, при этом без нарушения эректильной функции. Лидокаиновую пробу рекомендуется проводить несколько раз (оптимальное количество проб составляет 3-5).

3.3 Иное лечение

Не рекомендуется иное лечение при преждевременной эякуляции

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

4. Медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение, медицинские показания и противопоказания к применению методов медицинской реабилитации, в том числе основанных на использовании природных лечебных факторов

Не предусмотрена.

5. Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики

Профилактика преждевременной эякуляции не предусмотрена.

6. Организация оказания медицинской помощи

Показания для госпитализации в медицинскую организацию:

- 1) С целью хирургического лечения возможных причин ПЭ (френулопластика и/или циркумцизия, селективная микрохирургическая денервация ПЧ).

Показания к выписке пациента из медицинской организации:

- 1) Отсутствие осложнений (гематома, инфекционно-воспалительные осложнения).

7. Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания или состояния)

Дополнительная информация отсутствует.

Критерии оценки качества медицинской помощи

	Критерии качества	Оценка выполнения (да/нет)
1	Собран подробный анамнез	Да/нет
2	Определена форма ПЭ	Да/нет
3	Определен показатель ПВПА измеренный самим пациентом	Да/нет
4	Проведен лидокаиновый тест	Да/нет
5	Предложено хирургическое лечение пациентам с короткой уздечкой полового члена	Да/нет
6	Предложено хирургическое лечение пациентам с подтвержденной гиперчувствительностью головки головки полового члена	Да/нет

Список литературы

- [1] Serefoglu, E.C., et al. An evidence-based unified definition of lifelong and acquired premature ejaculation: report of the second International Society for Sexual Medicine Ad Hoc Committee for the Definition of Premature Ejaculation. *J Sex Med*, 2014. 11: 1423.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24848805/>
- [2] Wiggins, A., et al. The Penile Sensitivity Ratio: A Novel Application of Biothesiometry to Assess Changes in Penile Sensitivity. *J Sex Med*, 2019. 16: 447.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30773499/>
- [3] Chen, X., et al. Penile sensory thresholds in subtypes of premature ejaculation: implications of comorbid erectile dysfunction. *Asian J Androl*, 2018. 20: 330.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29405168/>
- [4] Guo, L., et al. Significance of penile hypersensitivity in premature ejaculation. *Sci Rep*, 2017. 7: 10441.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28874780/>
- [5] Xia, J.D., et al. A reassessment of penile sensory pathways and effects of prilocaine-lidocaine cream in primary premature ejaculation. *Int J Impot Res*, 2014. 26: 186.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24572995/>
- [6] Salonia, A., et al. Quantitative sensory testing of peripheral thresholds in patients with lifelong premature ejaculation: a case-controlled study. *J Sex Med*, 2009. 6: 1755.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19453912/>
- [7] Xin, Z.C., et al. Somatosensory evoked potentials in patients with primary premature ejaculation. *J Urol*, 1997. 158: 451.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9224321/>
- [8] Xin, Z.C., et al. Penile sensitivity in patients with primary premature ejaculation. *J Urol*, 1996. 156: 979.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8709378/>
- [9] Carani, C., et al. Multicenter study on the prevalence of sexual symptoms in male hypo- and hyperthyroid patients. *J Clin Endocrinol Metab*, 2005. 90: 6472.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16204360/>
- [10] Corona, G., et al. Psycho-biological correlates of rapid ejaculation in patients attending an andrologic unit for sexual dysfunctions. *Eur Urol*, 2004. 46: 615.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15474272/>

- [11] McMahon, C.G., et al. The pathophysiology of acquired premature ejaculation. *Transl Androl Urol*, 2016. 5: 434.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27652216/>
- [12] Zhang, W., et al. Poor Sleep Quality is an Independent Risk Factor for Acquired Premature Ejaculation. *Nat Sci Sleep*, 2022. 14: 255.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35228824/>
- [13] Waldinger, M.D. The pathophysiology of lifelong premature ejaculation. *Transl Androl Urol*, 2016. 5: 424. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27652215/>
- [14] Laumann, E.O., et al. Sexual problems among women and men aged 40-80 y: prevalence and correlates identified in the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors. *Int J Impot Res*, 2005. 17: 39.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15215881/>
- [15] Murray, K.S., et al. A prospective study of erectile function after transrectal ultrasonography-guided prostate biopsy. *BJU Int*, 2015. 116: 190.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25430505/>
- [16] Janssen, P.K., et al. Serotonin transporter promoter region (5-HTTLPR) polymorphism is associated with the intravaginal ejaculation latency time in Dutch men with lifelong premature ejaculation. *J Sex Med*, 2009. 6: 276.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19170855/>
- [17] Waldinger, M.D., et al. Familial occurrence of primary premature ejaculation. *Psychiatr Genet*, 1998. 8: 37.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9564687/>
- [18] Janssen, P.K., et al. Measurement errors in polymerase chain reaction are a confounding factor for a correct interpretation of 5-HTTLPR polymorphism effects on lifelong premature ejaculation: a critical analysis of a previously published meta-analysis of six studies. *PLoS One*, 2014. 9: e88031.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24595335/>
- [19] Jern, P., et al. A reassessment of the possible effects of the serotonin transporter gene linked polymorphism 5-HTTLPR on premature ejaculation. *Arch Sex Behav*, 2013. 42: 45.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22810993/>
- [20] Jern, P., et al. Preliminary Evidence for an Association Between Variants of the Catechol-O-Methyltransferase (COMT) Gene and Premature Ejaculation. *J Sex Med*, 2017. 14: 1558.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29198511/>

- [21] Screponi, E., et al. Prevalence of chronic prostatitis in men with premature ejaculation. *Urology*, 2001. 58: 198.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11489699/>
- [22] Shamloul, R., et al. Chronic prostatitis in premature ejaculation: a cohort study in 153 men. *J Sex Med*, 2006. 3: 150.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16409229/>
- [23] Chierigo, F., et al. Lower urinary tract symptoms and depressive symptoms among patients presenting for distressing early ejaculation. *Int J Impot Res*, 2019.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31024115/>
- [24] Culha, M.G., et al. Frequency of etiological factors among patients with acquired premature ejaculation: prospective, observational, single-center study. *Int J Impot Res*, 2019: 10.1038/s41443.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31477853/>
- [25] Corona, G., et al. Hypoprolactinemia: a new clinical syndrome in patients with sexual dysfunction. *J Sex Med*, 2009. 6: 1457.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19210705/>
- [26] Corona, G., et al. Premature and delayed ejaculation: two ends of a single continuum influenced by hormonal milieu. *Int J Androl*, 2011. 34: 41.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20345874/>
- [27] Kadihasanoglu, M., et al. Relation between blood vitamin B12 levels with premature ejaculation: case-control study. *Andrologia*, 2017. 49.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27681841/>
- [28] Abd El Aal, A.M., et al. Serum vitamin D level may be a novel potential risk factor for premature ejaculation: a comparative study. *Int Urol Nephrol*, 2018. 50: 1975.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30155606/>
- [29] Majzoub, A., et al. Premature ejaculation in type II diabetes mellitus patients: association with glycemic control. *Transl Androl Urol*, 2016. 5: 248.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27141454/>
- [30] Bellastella, G., et al. Premature ejaculation is associated with glycemic control in Type 1 diabetes. *J Sex Med*, 2015. 12: 93.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25424355/>
- [31] Jeh, S.U., et al. Metabolic Syndrome Is an Independent Risk Factor for Acquired Premature Ejaculation. *World J Mens Health*, 2019. 37: 226.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30588783/>

- [32] Bolat, D., et al. The relationship between acquired premature ejaculation and metabolic syndrome: a prospective, comparative study. *Int J Impot Res*, 2017. 29: 105.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28179637/>
- [33] Ventus, D., et al. Lifestyle Factors and Premature Ejaculation: Are Physical Exercise, Alcohol Consumption, and Body Mass Index Associated With Premature Ejaculation and Comorbid Erectile Problems? *J Sex Med*, 2016. 13: 1482.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27590186/>
- [34] Xia, Y., et al. Relationship between premature ejaculation and depression: A PRISMA-compliant systematic review and meta-analysis. *Medicine (Baltimore)*, 2016. 95: e4620.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27583879/>
- [35] Laumann, E.O., et al. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *Jama*, 1999. 281: 537.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10022110/>
- [36] Laumann, E.O., et al. Sexual problems among women and men aged 40-80 y: prevalence and correlates identified in the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors. *Int J Impot Res*, 2005. 17: 39.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15215881/>
- [37] El-Nashaar, A., et al. Antibiotic treatment can delay ejaculation in patients with premature ejaculation and chronic bacterial prostatitis. *J Sex Med*, 2007. 4: 491.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17367444/>
- [38] Laumann, E.O., et al. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *Jama*, 1999. 281: 537.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10022110/>
- [39] Porst, H., et al. The Premature Ejaculation Prevalence and Attitudes (PEPA) survey: prevalence, comorbidities, and professional help-seeking. *Eur Urol*, 2007. 51: 816.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16934919/>
- [40] Serefoglu, E.C., et al. Prevalence of the complaint of ejaculating prematurely and the four premature ejaculation syndromes: results from the Turkish Society of Andrology Sexual Health Survey. *J Sex Med*, 2011. 8: 540.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21054799/>
- [41] Gao, J., et al. Prevalence and factors associated with the complaint of premature ejaculation and the four premature ejaculation syndromes: a large observational study in China. *J Sex Med*, 2013. 10: 1874. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23651451/>

- [42] Waldinger, M.D., et al. The use of old and recent DSM definitions of premature ejaculation in observational studies: a contribution to the present debate for a new classification of PE in the DSM-V. *J Sex Med*, 2008. 5: 1079.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18331260/>
- [43] Serefoglu, E.C., et al. The comparison of premature ejaculation assessment questionnaires and their sensitivity for the four premature ejaculation syndromes: results from the Turkish society of andrology sexual health survey. *J Sex Med*, 2011. 8: 1177.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21269396/>
- [44] Serefoglu, E.C., et al. The distribution of patients who seek treatment for the complaint of ejaculating prematurely according to the four premature ejaculation syndromes. *J Sex Med*, 2010. 7: 810. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19912501/>
- [45] Zhang, X., et al. Distribution and factors associated with four premature ejaculation syndromes in outpatients complaining of ejaculating prematurely. *J Sex Med*, 2013. 10: 1603.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23534914/>
- [46] Althof, S.E., et al. An update of the International Society of Sexual Medicine's guidelines for the diagnosis and treatment of premature ejaculation (PE). *J Sex Med*, 2014. 11: 1392.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24848686/>
- [47] Waldinger, M.D., et al. Differences between ICD-11 MMS and DSM-5 definition of premature ejaculation: a continuation of historical inadequacies and a source of serious misinterpretation by some European Regulatory Agencies (PART 2). *Int J Impot Res*, 2019.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30659291/>
- [48] Rowland, D., et al. Self-reported premature ejaculation and aspects of sexual functioning and satisfaction. *J Sex Med*, 2004. 1: 225.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16429622/>
- [49] Rowland, D.L., et al. The psychological burden of premature ejaculation. *J Urol*, 2007. 177: 1065.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17296413/>
- [50] Hanafy, S., et al. Prevalence of premature ejaculation and its impact on the quality of life: Results from a sample of Egyptian patients. *Andrologia*, 2019: e13298.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31025424/>
- [51] Abdo, C.H. The impact of ejaculatory dysfunction upon the sufferer and his partner. *Transl Androl Urol*, 2016. 5: 460.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27652218/>

- [52] Burri, A., et al. Female partner's perception of premature ejaculation and its impact on relationship breakups, relationship quality, and sexual satisfaction. *J Sex Med*, 2014. 11: 2243.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24774717/>
- [53] Byers, E.S., et al. Premature or rapid ejaculation: heterosexual couples' perceptions of men's ejaculatory behavior. *Arch Sex Behav*, 2003. 32: 261.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12807298/>
- [54] Canat, L., et al. The relationship between female sexual function index domains and premature ejaculation. *Int Urol Nephrol*, 2018. 50: 633.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29497891/>
- [55] Limoncin, E., et al. Premature ejaculation results in female sexual distress: standardization and validation of a new diagnostic tool for sexual distress. *J Urol*, 2013. 189: 1830.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23142691/>
- [56] Cilio, S., et al. Premature ejaculation among men with erectile dysfunction-findings from a real-life cross-sectional study. *Int J Impot Res*, 2022.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35915329/>
- [57] Shabsigh, R. Diagnosing premature ejaculation: a review. *J Sex Med*, 2006. 3 Suppl 4: 318.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16939476/>
- [58] Sharlip, I. Diagnosis and treatment of premature ejaculation: the physician's perspective. *J Sex Med*, 2005. 2 Suppl 2: 103.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16422796/>
- [59] Rowland, D.L., et al. Premature ejaculation: psychophysiological considerations in theory, research, and treatment. *Annu Rev Sex Res*, 1997. 8: 224.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10051895/>
- [60] Althof, S.E. Prevalence, characteristics and implications of premature ejaculation/rapid ejaculation. *J Urol*, 2006. 175: 842.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16469562/>
- [61] Althof, S.E., et al. Patient reported outcomes used in the assessment of premature ejaculation. *Urol Clin North Am*, 2007. 34: 581.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17983898/>
- [62] Waldinger, M.D., et al. Geometric mean IELT and premature ejaculation: appropriate statistics to avoid overestimation of treatment efficacy. *J Sex Med*, 2008. 5: 492.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18179458/>

Приложение А1. Состав рабочей группы по разработке и пересмотру клинических рекомендаций

1. Гамидов С.И., д.м.н., профессор кафедры акушерства, гинекологии, перинатологии и репродуктологии ИКМ Сеченовского Университета, заведующий отделением андрологии и урологии НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова
2. Сердюцкая У. С., врач-уролог хирургического отделения центральной поликлиники КБ 85 ФМБА России
3. Шатылко Т.В., к.м.н., врач-уролог отделения андрологии и урологии НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова

Конфликт интересов: авторы клинических рекомендаций заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций

Целевая аудитория данных клинических рекомендаций: специалисты, имеющие высшее медицинское образование по следующим специальностям:

1. Урология

Таблица 1. Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов диагностики (диагностических вмешательств)

ДД	Расшифровка
	Систематические обзоры исследований с контролем референсным методом или систематический обзор рандомизированных клинических исследований с применением мета-анализа
	Отдельные исследования с контролем референсным методом или отдельные рандомизированные клинические исследования и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением рандомизированных клинических исследований, с применением мета-анализа
	Исследования без последовательного контроля референсным методом или исследования с референсным методом, не являющимся независимым от исследуемого метода или нерандомизированные сравнительные исследования, в том числе когортные исследования
	Несравнительные исследования, описание клинического случая
	Имеется лишь обоснование механизма действия или мнение экспертов

Таблица 2. Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов профилактики, лечения и реабилитации (профилактических, лечебных, реабилитационных вмешательств)

ДД	Расшифровка
	Систематический обзор РКИ с применением мета-анализа
	Отдельные РКИ и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением РКИ, с применением мета-анализа
	Нерандомизированные сравнительные исследования, в т.ч. когортные исследования
	Несравнительные исследования, описание клинического случая или серии случаев, исследования «случай-контроль»
	Имеется лишь обоснование механизма действия вмешательства (доклинические исследования) или мнение экспертов

Таблица 3. Шкала оценки уровней убедительности рекомендаций (УУР) для методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации (профилактических, диагностических, лечебных, реабилитационных вмешательств)

УУ Р	Расшифровка
А	Сильная рекомендация (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными)
В	Условная рекомендация (не все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, не все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество и/или их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)
С	Слабая рекомендация (отсутствие доказательств надлежащего качества (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются неважными, все исследования имеют низкое методологическое качество и их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)

Порядок обновления клинических рекомендаций.

Механизм обновления клинических рекомендаций предусматривает их систематическую актуализацию – не реже чем один раз в три года, а также при появлении новых данных с позиции доказательной медицины по вопросам диагностики, лечения, профилактики и реабилитации конкретных заболеваний, наличии обоснованных дополнений/замечаний к ранее утверждённым КР, но не чаще 1 раза в 6 месяцев.

Приложение А3. Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов, инструкции по применению лекарственного препарата

1. Клинические рекомендации Российского общества урологов
2. Приказ Министерства труда и социальной защиты РФ от 14 марта 2018 г.2018 N 137н "Об утверждении профессионального стандарта "Врач уролог" (с изменениями и дополнениями)
3. Клинические рекомендации Европейского общества урологов
4. Клинические рекомендации Американской ассоциации урологов

Приложение Б. Алгоритмы действий врача



Приложение В. Информация для пациента

Преждевременная эякуляция – это состояние, когда эякуляция возникает при малейшей сексуальной стимуляции до момента введения полового члена, в процессе или сразу после введения, вследствие чего возникают проблемы в удовлетворении полового партнёра продолжительностью полового акта. Преждевременная эякуляция бывает первичной, то есть наблюдающейся с самого начала половой жизни, и вторичной, возникающей после периода нормальной продолжительности полового акта.

Эпидемиологические исследования показывают, что в среднем каждый третий российский мужчина имеет проблемы с продолжительностью полового акта. При этом большинство мужчин не обращаются за медицинской помощью. Зачастую такой подход приводит к усугублению проблемы, нарастанию конфликтов на почве сексуальной неудовлетворенности, а подчас и к полному отказу от половой жизни.

Преждевременная эякуляция имеет как консервативные, так и хирургические методы лечения. В зависимости от результатов проведенных диагностических исследований пациенту может быть предложен один из вариантов лечения или их комбинация для достижения лучшего результата.