

Возможности применения биокомплекса Нейродоз для лечения больных вторичной преждевременной эякуляцией на фоне хронического простатита

И.В. Виноградов^{1,2}, М.Н. Коршунов¹, Е.С. Коршунова²

¹Кафедра клинической андрологии факультета повышения квалификации медицинских работников ГБОУ ВПО «Российский университет дружбы народов»; Россия, 117198, Москва, ул. Миклухо-Маклая, д. 6;

²ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский радиологический центр» Минздрава России; Россия, 125284, Москва, 2-й Боткинский пр., д. 3

Контакты: Екатерина Сергеевна Коршунова e_korshunova@mail.ru

Преждевременная эякуляция (ПЭ) — вид сексуальной дисфункции, характеризующийся постоянным или практически постоянным неконтролируемым семяизвержением до вагинальной пенетрации или в течение 1 мин от начала полового акта, вызывающий чувство сексуальной неудовлетворенности у партнеров и приводящий к половой фрустрации.

Было показано, что антимикробная и противовоспалительная терапия у пациентов с хроническим простатитом (ХП) способствует увеличению продолжительности полового акта и улучшению контроля над эякуляцией. Есть мнение, что ПЭ у больных ХП может являться самостоятельным сексуальным расстройством, требующим отдельной коррекции.

Согласно рекомендациям Европейской ассоциации урологов основная медикаментозная линия лечения ПЭ — антидепрессанты. Однако ряд больных отказывается от их применения.

Цель исследования — оценка клинической эффективности и безопасности препарата Нейродоз у пациентов с ПЭ на фоне ХП.

Материалы и методы. В исследование было включено 32 пациента (средний возраст составил 37,5 года), у которых после лечения ХП сохранялись жалобы на ПЭ. Пациенты случайным образом были разделены на 2 группы: основную (n = 15) и контрольную (n = 17). Пациенты 1-й группы получали Нейродоз по 2 капсулы 2 раза в сутки, 2-й группы — плацебо в аналогичной дозе на протяжении 30 дней.

Результаты. Через 30 дней в 1-й группе продолжительность интравагинальной латенции увеличилась с $40,8 \pm 9,9$ (разброс значений у пациентов в группах 25–56) до $180,1 \pm 41,2$ (120–240) с. Средний балл по tool-PEDT снизился с $15,8 \pm 3,1$ (11–20) до $3,9 \pm 2,9$ (0–8). По данным визуальной аналоговой шкалы (ВАШ) симптоматика улучшилась с $8,6 \pm 1,4$ (6–10) до $2,5 \pm 2,1$ (0–5). Во 2-й группе через 1 мес лечения у 14 из 17 человек период интравагинальной латенции изменился с $38,4 \pm 10,0$ (25–59) до $40,7 \pm 7,4$ (35–59) с. Балл по tool-PEDT снизился с $15,6 \pm 2,8$ (11–20) до $14,3 \pm 2,7$ (12–19). По данным ВАШ симптоматика улучшилась с $8,9 \pm 1,3$ (6–10) до $8,5 \pm 1,7$ (6–10).

Выводы. Нейродоз является эффективным и безопасным средством коррекции ПЭ у пациентов с ХП, предварительное лечение которых не принесло желаемого эффекта.

Ключевые слова: преждевременная эякуляция, хронический простатит, Нейродоз, дофамин, серотонин, тирозин, фенилаланин, 5-гидрокситриптофан

Neurodoz in the treatment of secondary premature ejaculation in patients with chronic prostatitis

I.V. Vinogradov^{1,2}, M.N. Korshunov¹, E.S. Korshunova²

¹Department of Clinical Andrology, Faculty of Improvement of Qualification of Medical Workers, Russian University of Friendship of Peoples¹; 6 Miklukho-Maklaya St., Moscow, 117198, Russia;

²National Medical Research Radiological Center, Ministry of Health of Russia;
3 2nd Botkinskiy Proezd, Moscow, 125284, Russia

Premature ejaculation (PE) is the type of sexual dysfunction, which is characterized by constant or nearly constant uncontrolled ejaculation before vaginal penetration or within minutes of the start of sexual intercourse, that causing a feeling of sexual dissatisfaction and leading to sexual frustration among the partners.

It has been shown that the antimicrobial and antiinflammatory therapy of chronic prostatitis (CP) increases the duration of sexual intercourse and improves the control over the ejaculation. PE in the patients with CP may be an independent sexual disorder that may require a specific correction.

Antidepressants are the first line of drugs in the treatment of PE according to the recommendations of the European Association of Urology. However, some patients refuse to intake this medicine.

The aim of our study was to evaluate the clinical efficacy and safety of Neyrodoz in the treatment of PE in patients with CP.

Materials and methods. The study included 32 patients (mean age 37.5 years) who have had complains on PE after the treatment of CP. All the patients were randomly selected into two groups. 1st – basic group (n = 15) and 2nd – control group (n = 17).

The first group patients intook Neyrodoz 2 capsules twice a day. The second group got placebo in the same dose during 30 days.

Results. The time of intravaginal latency increased from $40,8 \pm 9,9$ (25–56) to $180,1 \pm 41,2$ (120–240) seconds in patients of the 1st group after the therapy. The score of tool-PEDT decreased from $15,8 \pm 3,1$ (11–20) to $3,9 \pm 2,9$ (0–8). The visual analogue scale (VAS) symptoms improved from $8,6 \pm 1,4$ (6–10) to $2,5 \pm 2,1$ (0–5). The time of intravaginal latency increased from $38,4 \pm 10,0$ (25–59) to $40,7 \pm 7,4$ (35–59) seconds in 14 of 17 men in the second group of patients. The score of tool-PEDT decreased from $15,6 \pm 2,8$ (11–20) to $14,3 \pm 2,7$ (12–19). The VAS symptoms improved from $8,9 \pm 1,3$ (6–10) to $8,5 \pm 1,7$ (6–10).

Conclusions. Neyrodoz is an effective and safe medicine to the correction of PE in patients with CP, who did not get an effect after the treatment of CP.

Key words: premature ejaculation, chronic prostatitis, Neyrodoze, dopamine, serotonin, tyrosine, phenylalanine, 5-hydroxytryptophan

Введение

В связи с отсутствием единого взгляда на критерии, характеризующие преждевременную эякуляцию (ПЭ), определение данной дисфункции неоднократно претерпевало изменения.

Второй международный консилиум по вопросам сексуального здоровья и эректильной дисфункции определил ПЭ как «эякуляцию до или вскоре после пенетрации на фоне минимальной сексуальной стимуляции, происходящую раньше, чем этого хотелось бы половым партнерам, при отсутствии или минимальном контроле за семяизвержением со стороны больного и приводящую к сексуальной неудовлетворенности» [1].

Международное общество сексуальной медицины приняло совершенно новое определение. ПЭ – вид сексуальной дисфункции, характеризующийся постоянным или практически постоянным неконтролируемым семяизвержением до вагинальной пенетрации или в течение 1 мин от начала полового акта, вызывающий чувство сексуальной неудовлетворенности у партнеров, беспокойство, разочарование и приводящий к половой фрустрации [2].

Данный вид сексуальных расстройств является распространенной формой девиации и встречается примерно у 20 % мужчин в общей популяции [3]. Распространенность ПЭ варьируется в разных возрастных группах. По результатам исследования Национального института здравоохранения США, наибольший показатель частоты встречаемости (31 % пациентов) выявлен в возрастной группе 18–59 лет [4].

Первичную ПЭ связывают с короткой уздечкой полового члена, нейрогенными и медиаторными нарушениями, приобретенную (вторичную) – с хроническим простатитом (ХП), эректильной дисфункцией и гипертиреозом.

Н.Д. Ахвледиани в своей работе отметил частоту встречаемости ПЭ у больных с ХП в 29,4 % наблюдений [5]. С. Liang и соавт. указали на высокую распространенность ПЭ среди пациентов с ХП и синдромом хронической тазовой боли (36,9 и 64,1 % соответствен-

но) [6]. Некоторыми авторами была установлена прямая корреляция между наличием ПЭ и степенью выраженности симптомов ХП по шкале оценки симптомов ХП (Health-Chronic Prostatitis Symptom Index, NIH-CPSI) [7].

Было показано, что антимикробная и противовоспалительная терапия у пациентов с ХП способствует увеличению продолжительности полового акта и улучшению контроля над эякуляцией [8]. Так, Н.Д. Ахвледиани, М.Е. Чалый в своей работе указывают, что этиотропное лечение инфекционного воспаления предстательной железы позволяет субъективно уменьшить выраженность ПЭ и избавиться от проблемы 16,6 и 12,5 % пациентов соответственно. Авторы подчеркивают, что объективное увеличение периода интравагинальной латенции эякуляции в результате антибактериальной терапии не наступает. Исследователи сделали предположение, что ПЭ у больных с ХП может являться самостоятельным сексуальным расстройством, требующим отдельной коррекции [9].

Согласно рекомендациям Европейской ассоциации урологов основная медикаментозная линия лечения ПЭ – антидепрессанты [10]. Однако ряд пациентов отказывается от их применения по причине страха приема психотропных препаратов. Это диктует необходимость поиска новых средств для лечения больных с вторичной ПЭ.

Цель исследования – оценка клинической эффективности и безопасности препарата Нейродоз у пациентов с ПЭ на фоне ХП.

Материалы и методы

В исследование было включено 32 пациента в возрасте 27–48 лет (средний возраст составил 37,5 года), у которых после лечения бактериального ХП сохранялись жалобы на ПЭ.

Исследование было проспективным, рандомизированным и плацебо-контролируемым.

Критериями ПЭ считали продолжительность полового акта менее 1 мин, зарегистрированную по вре-

Таблица 1. Характеристика пациентов ($n = 32$)

Показатель	Нейродоз	Плацебо	Критерий Стьюдента (p)
Возраст, лет	$36,4 \pm 6,9$	$38,0 \pm 4,3$	0,464
Период интравагинальной латенции, с	$40,8 \pm 9,9$	$38,4 \pm 10,0$	0,522
Балл по tool-PEDT	$15,8 \pm 3,1$	$15,6 \pm 2,8$	0,857
ВАШ	$8,6 \pm 1,4$	$8,9 \pm 1,3$	0,556

Примечание. ВАШ – визуальная аналоговая шкала

мени интравагинальной латенции семяизвержения самими пациентами с помощью секундомера, приводящую к сексуальной неудовлетворенности мужчины и/или его партнерши.

Из исследования были исключены больные, состояние которых могло повлиять на скорость наступления эякуляции. Так, в работу не вошли пациенты с первичной ПЭ, психоэмоциональными отклонениями (тревожность, фобии) средней и тяжелой степени, эндокринной патологией (болезни щитовидной и поджелудочной желез) и заболеваниями головки полового члена (баланопостит, фимоз, короткая уздечка).

Все пациенты случайным образом были разделены на 2 группы: основную ($n = 15$) и контрольную ($n = 17$) (табл. 1).

Пациенты 1-й группы получали Нейродоз по 2 капсулы 2 раза в сутки, 2-й – плацебо в аналогичной дозе. Продолжительность приема Нейродоза или плацебо составила 30 дней.

Критерием оценки эффективности лечения ПЭ в данном исследовании служило время от момента пенетрации до наступления эякуляции, измеряемое самим пациентом. Также использовали визуальную аналоговую шкалу (ВАШ) и шкалу диагностики ПЭ tool-PEDT [10].

Результаты

Через 30 дней приема Нейродоза улучшение состояния субъективно отметили все больные 1-й группы и только 3 (17 %) пациента 2-й.

Объективно в 1-й группе через 1 мес лечения средняя продолжительность интравагинальной латенции увеличилась с $40,8 \pm 9,9$ (25–56) до $180,1 \pm 41,2$ (120–240) с. Средний балл по tool-PEDT снизился с $15,8 \pm 3,1$ (11–20) до $3,9 \pm 2,9$ (0–8). По средним данным ВАШ симптоматика улучшилась с $8,6 \pm 1,4$ (6–10) до $2,5 \pm 2,1$ (0–5) (табл. 2).

Во 2-й группе через 1 мес лечения у 14 из 17 человек средняя продолжительность интравагинальной латенции изменилась с $38,4 \pm 10,0$ (25–59) до $40,7 \pm 7,4$ (35–59) с. Средний балл по tool-PEDT снизился с $15,6 \pm 2,8$ (11–20) до $14,3 \pm 2,7$ (12–19). По средним данным ВАШ симптоматика улучшилась с $8,9 \pm 1,3$ (6–10) до $8,5 \pm 1,7$ (6–10) (табл. 3).

У 3 больных 2-й группы, субъективно отметивших улучшение состояния, динамика показателей оказалась следующей: период интравагинальной латенции у 1-го пациента увеличился с 50 до 119, у 2-го – с 52 до 101 и у 3-го – с 50 до 110 с. Балл по tool-PEDT уменьшился с 11 до 4, с 12 до 6 и с 11 до 5 соответственно. По данным ВАШ симптоматика улучшилась

Таблица 2. Изменение показателей в 1-й группе, принимавшей Нейродоз ($n = 15$)

Показатель	До лечения Нейродозом	Через 30 дней после лечения Нейродозом	Критерий Стьюдента (p)
Продолжительность интравагинальной латенции, с	$40,8 \pm 9,9$	$180,1 \pm 41,2$	0,000
Балл по tool-PEDT	$15,8 \pm 3,1$	$3,9 \pm 2,9$	0,000
ВАШ	$8,6 \pm 1,4$	$2,5 \pm 2,1$	0,000

Таблица 3. Изменение показателей во 2-й группе, принимавшей плацебо ($n = 14$)

Показатель	До лечения плацебо	Через 30 дней после лечения плацебо	Критерий Стьюдента (p)
Продолжительность интравагинальной латенции, с	$38,4 \pm 10,0$	$40,7 \pm 7,4$	0,495
Балл по tool-PEDT	$15,6 \pm 2,8$	$14,3 \pm 2,7$	0,222
ВАШ	$8,9 \pm 1,3$	$8,5 \pm 1,7$	0,491

с 8 до 3 у 1-го больного, с 9 до 4 — у 2-го и с 10 до 2 — у 3-го. Такие изменения можно объяснить как «платцебо-эффектом», связанным с неосознанным ожиданием пациентов, способностью поддаваться влиянию и степени доверия к врачу, так и с саногенетическими свойствами простаты, проявившимися после эффективного лечения бактериального ХП.

Побочные эффекты в виде дискомфорта в области живота ($n = 2$) и тошноты ($n = 1$) отмечены у 3 (20 %) из 15 больных группы, принимавшей Нейродоз. Данные проявления были квалифицированы как незначительные и не потребовали отмены препарата.

Обсуждение

В норме семяизвержение и оргазм обычно происходят одновременно. Обе функции контролируются парасимпатической, симпатической и соматической нервной системой. Рефлекторная дуга акта эякуляции включает в себя чувствительные рецепторные области, афферентные проводящие пути, церебральные сенсорные регионы (ядра гипоталамуса, кора), пути эфферентной иннервации, центры спинного мозга (симпатический — уровень Th10—L2, парасимпатический — S2—S4) и периферические сплетения. Нейрохимический рефлекс представляет собой сложное взаимодействие центральных серотонин- и дофаминергических нейронов [11].

К сожалению, патофизиологические механизмы взаимосвязи между ПЭ и воспалением добавочных половых желез до сих пор раскрыты не полностью. Предполагается, что воспалительный процесс способствует повышению чувствительности и модуляции акта семяизвержения [12]. Таким образом, простатит вызывает раздражение семенного бугорка, что приводит к усилению центростремительной импульсации в спинальные половые центры. Клинически это проявляется уменьшением периода наступления эякуляции.

В ряде случаев адекватная терапия у пациентов с ХП способствует увеличению продолжительности полового акта и удовлетворенности пациентов качеством половой жизни. Однако стандартная терапия никак не воздействует на серотониновый обмен в пресинаптических щелях рецепторов.

Наши данные подтверждают мнение Н.Д. Ахвледiani и М.Е. Чалого [9] о том, что определенная группа больных ХП не отмечает увеличения продолжительности полового акта после проведенного антибактериального лечения и нуждается в дополнительной коррекции. Для успешной терапии ПЭ при ХП необходимо повысить концентрацию прекурсоров серотонина в пресинаптической щели, таких как тирозин, фенилаланин, триптофан и глутамин, содержащиеся в препарате Нейродоз. Кроме того, входящие в состав витамин В₆ и магний снижают выраженность психогенных нарушений при ПЭ.

Нейродоз — многокомпонентная биологическая добавка к пище (Свидетельство о регистрации № RU.77.99.11.003.E.016994.12.12 от 14.12.2012), увеличивающая концентрацию серотонина в пресинаптической щели. В состав Нейродоза входит ряд ингредиентов, в той или иной степени способных оказывать влияние на ускоренное семяизвержение, нормализуя продолжительность интравагинальной латенции. Тирозин (α -амино- β -(*p*-оксифенил) 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 — основной молекулы регуляции семяизвержения. Фенилаланин (α -амино- β -фенилпропионовая кислота) — незаменимая аминокислота, участвующая в ряде важнейших биохимических процессов в организме, увеличивающая субпопуляцию эндорфинных рецепторов и стимулирующая выработку эндогенных эндорфинов. 5-Гидрокситриптофан (5-НТФ) — одна из важнейших аминокислот, которая является прекурсором нейротрансмиттера серотонина и промежуточным веществом в метаболизме триптофана. В некоторых странах она используется как монопрепарат антидепрессивного действия и как вещество для лечения от бессонницы. L-глутамин — азотсодержащая органическая аминокислота, необходимая для нормальной жизнедеятельности. Она участвует в обмене белков и витаминов, активизирует умственную деятельность, помогает концентрировать внимание, улучшает память и настроение, применяется в качестве эффективного антистрессового фактора. Витамин В₆ входит в состав многих ферментов, активизирующих его действие и катализирующих разнообразные превращения аминокислот и некоторых других азотистых соединений. Магний — структурный компонент около 300 ферментов. Он участвует в биосинтезе многих белков, необходимых для осуществления реакции активирования аминокислот, а также ряда витаминов [13].

Проведенное нами исследование показало, что применение препарата Нейродоз у больных, страдающих от ПЭ, достоверно увеличивает продолжительность интравагинальной латенции, улучшает субъективную симптоматику и показатели качества жизни.

Выводы

Нейродоз — сбалансированная комбинация веществ, которые при совместном применении взаимно усиливают действие друг друга, что позволяет достичь максимального эффекта. Таким образом, препарат является эффективным и безопасным средством коррекции ПЭ у больных ХП, предварительное лечение которых не принесло желаемого эффекта.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. McMahon C.G., Abdo C., Incrocci L. et al. Disorders of orgasm and ejaculation in men. *J Sex Med* 2004;1(1):58–65.
2. McMahon C.G., Althof S.E., Waldinger M.D. et al. An evidence-based definition of lifelong premature ejaculation: report of the International Society for Sexual Medicine (ISSM) ad hoc committee for the definition of premature ejaculation. *J Sex Med* 2008;5(7):1590–606.
3. Porst H., Montorsi F., Rosen R.C. et al. The Premature Ejaculation Prevalence and Attitudes (PEPA) survey: prevalence, comorbidities, and professional help-seeking. *Eur Urol* 2007;51(3):816–23.
4. Laumann E.O., Paik A., Rosen R.C. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *JAMA* 1999;281(6):537–44.
5. Ахвледиани Н.Д. Преждевременное семяизвержение: эпидемиология, факторы риска, диагностика и лечение. Дис. ... д-ра мед. наук. М., 2011. 434 с.
6. [Akhvlediani N.D. Premature ejaculation: epidemiology, risk factors, diagnostics, and treatment. Thesis ... of Dr. Sci. Med. Moscow, 2011. 434 p. (In Russ.)].
7. Liang C.Z., Hao Z.Y., Li H.J. et al. Prevalence of premature ejaculation and its correlation with chronic prostatitis in Chinese men. *Urology* 2010;76(4):962–6.
8. Gao J., Xu C., Liang C. et al. Relationships between intravaginal ejaculatory latency time and national institutes of health-chronic prostatitis symptom index in the four types of premature ejaculation syndromes: a large observational study in China. *J Sex Med* 2014;11(12):3093–101.
9. El-Nashaar A., Shamlour R. Antibiotic treatment can delay ejaculation in patients with premature ejaculation and chronic bacterial prostatitis. *J Sex Med* 2007;4(2):491–6.
10. Ахвледиани Н.Д., Чалый М.Е. Преждевременная эякуляция и хронический простатит: существует ли взаимосвязь? Сборник тезисов Всероссийской конференции «Мужское здоровье». М., 2006. С. 52–3. [Akhvlediani N.D., Chalyi M.E. Premature ejaculation and chronic prostatitis: is there a connection? Collection of Theses of the All-Russian Conference “Male Health”, Moscow. 2006. Pp. 52–3. (In Russ.)].
11. <http://uroweb.org/guideline> European association of urology. Guidelines 2015.
12. Виноградов И.В., Коршунов М.Н., Коршунова Е.С. Задержанная эякуляция – редкий диагноз. Экспериментальная и клиническая урология 2014;1:55–9. [Vinogradov I.V., Korshunov M.N., Korshunova E.S. Delayed ejaculation: a rare diagnosis. *Ekspierimentalnaya i klinicheskaya urologiya* = Experimental and Clinical Urology 2014;1:55–9. (In Russ.)].
13. Donatucci C.F. Etiology of ejaculation and pathophysiology of premature ejaculation. *J Sex Med* 2006;3(4):303–8.