

ОПРОСНИКИ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ ЭЯКУЛЯЦИИ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

А.Т.Махмудов.^{1,2}, Ж.Р.Рихсибоев.¹, Я.С.Наджимитдинов.², С.У.Алиев.², А.К.Тулабоев.³,

Ш.Ш.Шавахабов.¹, Ф.А.Акилов.²

¹Ташкентский государственный стоматологический институт,

²Ташкентская медицинская академия,

³Ташкентский институт инженеров ирригации и механизации сельского хозяйства,
Национальный исследовательский университет.

Для цитирования: © Махмудов А.Т., Рихсибоев Ж.Р., Наджимитдинов Я.С., Алиев С.У., Тулабоев А.К., Шавахабов Ш.Ш., Акилов Ф.А.
ОПРОСНИКИ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ ЭЯКУЛЯЦИИ.ЖКМП.-2024.-Т.4.-№4.-С

Поступила: 05.09.2024
Одобрена: 20.09.2024

Принята к печати: 03.10.2024

Аннотация: В этом обзоре критически рассматриваются существующие диагностические инструменты для ПЭ, оценивается их эффективность и ограничения, чтобы подчеркнуть необходимость улучшения диагностических методик.

Ключевые слова: преждевременная эякуляция, опросники, время задержки эякуляции, диагностика преждевременной эякуляции.

BARVAQT EYKULSIYANI TASHXISLASH BO'YICHA SO'ROVNOMALAR (ADABIYOTLAR SHARHI)

А.Т.Махмудов.^{1,2}, Ж.Р.Рихсибоев.¹, Я.С.Наджимитдинов.², С.У.Алиев.², А.К.Тулабоев.³,

Ш.Ш.Шавахабов.¹, Ф.А.Акилов.²

¹Toshkent davlat stomatologiya instituti,

²Toshkent tibbiyot akademiyasi,

³Toshkent irrigatsiya va qishloq xo'jaligini mexanizatsiyalash muhandislari instituti Milliy tadqiqot universiteti.

Izoh: © Махмудов А.Т., Рихсибоев Ж.Р., Наджимитдинов Я.С., Алиев С.У., Тулабоев А.К., Шавахабов Ш.Ш., Акилов Ф.А.

BARVAQT EYKULSIYANI TASHXISLASH BO'YICHA SO'ROVNOMALAR. KPTJ.-2024-N.4.-№4-M

Qabul qilindi: 05.09.2024
Ko'rib chiqildi: 20.09.2024

Nashrga tayyorlandi: 03.10.2024

Аннотация: Ushbu sharh BE uchun mavjud diagnostika vositalarini tanqidiy ko'rib chiqadi, takomillashtirilgan diagnostika metodologiyalariga bo'lgan ehtiyojni ta'kidlash uchun ularning samaradorligi va cheklovlarini baholaydi.

Калит со'злар: barvaqt eyakulyasiya, so'rovnomalar, eyakulyatsiyaning kechikish vaqti, barvaqt eyakulyasiya diagnostikasi.

QUESTIONNAIRES FOR DIAGNOSING PREMATURE EJACULATION (REVIEW OF LITERATURE)

Makhmudov A.T.^{1,2}, Rikhsiboev J.R.¹, Nadjimitdinov Ya.S.², Aliyev S.U.², Tulaboev A.K.³,

Shavakhabov Sh.Sh.¹, Akilov F.A.²

¹Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Urology, Tashkent, Uzbekistan,

²Tashkent Medical Academy,

³Tashkent Institute of Irrigation and Agricultural Mechanization Engineers» National Research University.

For situation: ©Makhmudov A.T., Rikhsiboev J.R., Nadjimitdinov Ya.S., Aliyev S.U., Tulaboev A.K., Shavakhabov Sh.Sh., Akilov F.A.

CURRENT STATE OF URETHRAL STRICTURE SURGERY. JCPM.-2024.P.4.№4-A

Received: 05.09.2024
Revised: 20.09.2024

Accepted: 03.10.2024

Annotation: This review critically examines existing diagnostic tools for PE, evaluating their effectiveness and limitations to highlight the need for improved diagnostic methodologies.

Keywords: premature ejaculation, questionnaires, ejaculation latency time, diagnosis of premature ejaculation.

Введение: Преждевременная эякуляция (ПЭ) является одной из наиболее распространенных мужских сексуальных дисфункций [17, 92]. Это также называется ранней эякуляцией, быстрой эякуляцией, быстрой кульминацией, преждевременной кульминацией и (исторически) *ejaculatio praesox*. Мужчины с ПЭ чаще сообщают о низкой удовлетворенности сексуальными отношениями, низкой удовлетворенности половым актом, трудностях с расслаблением во время полового акта и менее частых половых актах [53, 55, 77]. ПЭ может оказывать пагубное влияние на уверенность в себе и отношения с партнером, а иногда может вызывать психические расстройства, беспокойство, смущение и депрессию [53]. Хотя страдания больного и его партнерши были мотивирующим фактором, побуждающим мужчин с эякуляторной дисфункцией обращаться за медицинской помощью, было опубликовано мало объективных или перспективных оценок воздействия на пару [1]. ПЭ может также влиять на сексуальные расстройства у женщин, связанные с ПЭ, с увеличением тяжести состояния пациента [27]. Можно было наблюдать значительную корреляцию между важностью контроля эякуляции и ощущаемым дистрессом. Недостаток внимания и сосредоточенности на производительности у мужчин был наиболее часто упоминаемой причиной сексуального дистресса (47,6%), за которым следовали «короткое время между проникновением и эякуляцией» (39,9%) и «отсутствие контроля эякуляции» (24,1%) [10]. Более того, сексуальные проблемы явно распространены среди подростков и вызывают беспокойство у многих, кто с ними сталкивается [39]. Проблемы с сексуальной функцией возникают на ранних этапах половой жизни человека, часто вызывают беспокойство и, по-видимому, не изменяются с течением времени [40].

Несмотря на возможные серьезные психологические и оздоровительные последствия ПЭ, лишь немногие мужчины обращаются за лечением [25, 45, 64, 65, 82, 86]. За квалифицированной помощью обращаются не более 10% пациентов, большинство из которых получают неэффективное или необоснованное лечение [8]. Однако мнения специалистов и профессиональных сообществ по вопросам эпидемиологии, диагностики и лечения ПЭ зачастую слишком противоречивы, поэтому реальная проблема заслуживает особого внимания и обсуждения.

Материалы и методы: Эта работа в основном основана на обзорах, поэтому авторы выбрали критерии Предпочтительных элементов отчетности для системных обзоров и мета-анализов (PRISMA). Поиск в базе данных PubMed проводился с использованием ключевых слов («преждевременная эякуляция») и («диагноз» ИЛИ «оценка») с момента ее создания до 10 мая 2024 г. К результатам поиска были применены следующие фильтры: (1) Мужчины, (2) Английский и (3) Взрослые (возраст >18 лет). Скрининг названий, аннотаций и основного текста искомых статей проводился последовательно. Обзоры, комментарии, редакционные статьи, аннотации и отчеты о случаях были исключены из этого обзора. Статьи, специально не предназначенные для исследования методов лечения ПЭ, также были исключены; они представляли собой исследования, изучающие этиологию, эпидемиологию, патофизиологию, психологическое воздействие ПЭ и т.д. Соответствующие статьи были отобраны для включения в обсуждение различных методов лечения ПЭ в этом обзоре. Всесторонний анализ научной литературы из базы данных PubMed, показывает, что текущие опросники (PEP, IPE, PEDT, AIPE, CIPE, MSHQ-EjD, CriPE) демонстрируют существенную изменчивость в надежности и чувствительности среди различных групп населения. Для анализа доступной зарубежной литературы, в том числе выявления основных признаков первичной и вторичной ПЭ, их распространенности и влияния на качество жизни, мы использовали базу данных MeSH (медицинские предметные рубрики) сервиса PubMed для поиска релевантной литературы. Для выбора ключевых признаков/симптомов ПЭ использовались ключевые слова и термины MeSH, такие как «мужская сексуальная дисфункция», «преждевременная эякуляция», «диагностические инструменты для ПЭ», измеренное секундомером и оцененное самостоятельно ЛВИЭ, «опросники» и их различные комбинации.

Определение ПЭ. Ученые спорят о том, что такое ПЭ, уже почти полвека. Казалось бы, какие вопросы? Термин не отличается сложностью, и даже неспециалисты понимают его интуитивно... Специалисты признают: ПЭ — не *terra incognita*, но мало кто знает, что с ним делать.

С момента первого сообщения о ПЭ в медицинской литературе в 1887 году Гроссом С.В. [15], было предложено несколько определений, самые последние из которых обобщены Парнхэмом А. и Серефоглу Э.К. [41].

Рисунок 1. Диаграмма потока PRISMA при преждевременной эякуляции.



Исторически известно, что Мастерс и Джонсон предложили первое узнаваемое определение ПЭ в 1970 году, определив это состояние как «неспособность мужчины задерживать эякуляцию достаточно долго, чтобы его партнерша достигла оргазма в 50% попыток полового акта» [36]. В 1980 году Американская психиатрическая ассоциация (АПА) выпустила Диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам 3-го издания (DSM-3), которое было основано на рекомендациях лидеров общественного мнения того времени [34]. Использование неоднозначной терминологии (например, разумный добровольный контроль) сделало определение открытым для вариативности между наблюдателями и сделало его фактически непригодным для использования в качестве исследовательского инструмента. Последующая итерация, DSM-IV, была направлена на устранение этого недостатка путем включения временного компонента с фразой «короткое время эякуляции», но убрала контроль как важный элемент [24, 88]. Таким образом, определение DSM-IV не было достаточно конкретным, чтобы рекомендовать фактическое предельное время для практического применения «короткого времени эякуляции». Международная классификация болезней 10-го издания (МКБ-10) была выпущена в 1994 году и стала

первым определением, предлагающим ограничение по времени как часть определения [93]. Это предполагает, что эякуляция через 15 секунд или менее после проникновения представляет собой ПЭ, хотя доказательства, подтверждающие это ограничение, неясны [66, 67]. Последующие определения стремились включить предлагаемый временной предел, чтобы помочь стандартизировать их применение.

В 2007 году [31] и позже в 2013 году [62], Международное общество сексуальной медицины (ISSM) создало комитет международно признанных экспертов для создания определения, которое бы учитывало критику, выдвинутую против предыдущих попыток. Они признали, что, хотя «пожизненная» и «приобретенная» ПЭ являются разными сущностями, они разделяют те же общие конструкции, которые были определены выше, и поэтому, используя их, можно было бы разработать объединяющее определение. Из этого они выделили три области, которые, по-видимому, лежат в основе большинства определений: (I) короткая задержка эякуляции; (II) воспринимаемое отсутствие контроля; (III) негативные личные последствия, включая дистресс, фрустрацию, избегание полового акта и межличностные проблемы [34]. Самое последнее определение взято из Международной классификации болезней 11-го пересмотра, где ПЭ была переименована в раннюю эякуляцию [78]: «Мужская ранняя эякуляция характеризуется эякуляцией, которая происходит до или в течение очень короткого периода времени после начала вагинального проникновения или другой соответствующей сексуальной стимуляции, с отсутствием или небольшим воспринимаемым контролем над эякуляцией. Модель ранней эякуляции происходит эпизодически или постоянно в течение периода, по крайней мере, нескольких месяцев и связана с клинически значимым дистрессом».

Это определение включает четыре категории: мужская ранняя эякуляция, пожизненная генерализованная и ситуативная, приобретенная генерализованная и ситуативная и неуточненная. Диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам V (DSM-V) [67] Международное общество сексуальной медицины (ISSM) [62] опубликовали определения постоянной и приобретенной ПЭ. В рекомендациях ЕАУ принято определение ПЭ, разработанное ISSM в качестве первого научно обоснованного определения [62].

1. Время до эякуляции, оцененное ЛВИЭ. Хотя это было предложено в качестве объективного диагностического критерия и меры результата лечения [69, 73], использование только ЛВИЭ недостаточно для определения ПЭ, поскольку существует значительное совпадение между мужчинами с ПЭ и без нее [19, 42]. Более того, некоторые мужчины могут испытывать ПЭ во время некойтальной сексуальной активности (например, во время мастурбации, орального секса или анального секса); таким образом, измерение ЛВИЭ не будет подходить для их оценки. В повседневной клинической практике достаточно самостоятельной оценки ЛВИЭ [5]. Самооценка и измерение ЛВИЭ с помощью секундомера взаимозаменяемы и правильно определяют статус ПЭ с чувствительностью 80% и специфичностью 80% [52]. Измерение ЛВИЭ с помощью калиброванного секун-

домера является обязательным в клинических испытаниях. Для любого исследования медикаментозного лечения ПЭ, Waldinger и др., предложили использовать геометрическое среднее вместо арифметического ЛВИЭ, поскольку распределенные данные ЛВИЭ искажены. В противном случае любая задержка эякуляции, связанная с лечением, может быть переоценена, если арифметическое ЛВИЭ используется вместо геометрического среднего ЛВИЭ [71]. Использование эякуляторной задержки является важным компонентом в создании определения, которое удовлетворяет потребность в операционализированном определении, обеспечивающем единообразие в применении и последующих исследованиях. Ряд статей поддерживают использование латентного времени интравагинальной эякуляции (ЛВИЭ), показанного в Таблице 1.

Таблица 1
Результаты основных публикаций относительно времени до эякуляции при ПЭ.

№	Исследование	Основные выводы
1.	Уолдингер и др., 1998 [72]	110 мужчин с пожизненной ПЭ, чей показатель ЛВИЭ измерялся с помощью секундомера, 40% мужчин эякулировали в течение 15 секунд, 70% — в течение 30 секунд и 90% — в течение 1 минуты
2.	Макмахон, 2002 [33]	1346 мужчин с ПЭ, у которых ЛВИЭ измерялся с помощью секундомера/наручных часов. 77% мужчин эякулировали в течение 1 минуты
3.	Уолдингер и др., 2007 [68]	88 мужчин с пожизненной ПЭ, которые самостоятельно оценивали ЛВИЭ. 30% мужчин эякулировали в течение 15 секунд, 67% в течение 30 секунд и 92% в течение 1 минуты после проникновения. Только 5% эякулировали между 1 и 2 минутами.
4.	Уолдингер и др., 2005 [70]	Исследование ЛВИЭ с секундомером в случайной неселективной группе из 491 мужчины в 5 странах ЛВИЭ имело положительное скошенное распределение. Применение 0,5 и 2,5 перцентилей в качестве стандартов заболевания; 0,5 перцентиль приравнялся к ЛВИЭ 0,9 минут, а 2,5 перцентиль — к IELT 1,3 минут.
5.	Альтхоф, 1995 [4]	Результаты ЛВИЭ для мужчин с ПЭ достаточно хорошо коррелируют с результатами ЛВИЭ, зафиксированными секундомером
6.	Приор и др., 2005 [48]	Результаты ЛВИЭ для мужчин с ПЭ достаточно хорошо коррелируют с результатами ЛВИЭ, зафиксированными секундомером
7.	Розен и др., 2007 [52]	Самооценный ЛВИЭ и определяемый секундомером ЛВИЭ взаимозаменяемы. Комбинирование самооцененной ЛВИЭ и исходов определенных пациентом (PRO) надежно предсказывает ПЭ
8.	Порст и др., 2010 [46]	Показатель ЛВИЭ определенный по секундомеру был немного (но значимо) выше у пациентов с приобретенной ПЭ по сравнению с пациентами с врожденной ПЭ (0,9 против 0,7 минут, $P < 0,001$)
9.	Макмахон и др., 2013 [32]	Показатель ЛВИЭ определенный по секундомеру был немного (но значимо) выше у пациентов с приобретенной ПЭ по сравнению с пациентами с врожденной ПЭ (0,9 против 0,7 минут, $P < 0,001$)
10.	Серефоглу и др., 2010 [63]	Самооцененный ЛВИЭ была самой низкой у мужчин с хронической ПЭ и самой высокой у мужчин с субъективной ПЭ. Длительная ПЭ: $20,47 \pm 28,90$ секунд (2–120 секунд); приобретенная ПЭ: $57,91 \pm 38,72$ секунд (90–180 секунд); переменная ПЭ: $144,17 \pm 22,47$ секунд (120–180 секунд); субъективная ПЭ: $286,67 \pm 69,96$ секунд (180–420 секунд); $P = 0,001$
11.	Джанг и др., 2013 [84]	Самооцененный ЛВИЭ соответствует континууму среди четырех синдромов ПЭ. Среднее самооценочное значение ЛВИЭ составило $1,65 \pm 0,82$ минуты у пациентов с приобретенной ПЭ
12.	Гао и др., 2013 [11]	Самооцененный ЛВИЭ соответствует континууму среди четырех синдромов ПЭ. Среднее самооценочное значение IELT составило $1,84 \pm 1,02$ минуты у пациентов с приобретенной ПЭ

2. Воспринимаемый контроль над эякуляцией. Неспособность задерживать или контролировать эякуляцию считается важным фактором ПЭ в ряде исследований (см. Таблицу 2).

Таблица 2
Результаты основных работ, касающихся контроля эякуляции при ПЭ.

№	Исследование	Основные выводы
1.	Гренье и Байерс, 1997 [13]	Относительно слабая корреляция между эякуляторной задержкой и эякуляторным контролем ($r=0,31$) Эякуляторный контроль и латентность — это разные понятия
2.	Гренье и Байерс, 2001 [14]	Относительно слабая корреляция между задержкой эякуляции и контролем эякуляции, разделяющая только 12% их дисперсии, что позволяет предположить, что эти исходы, сообщаемые пациентом (PRO) относительно независимы
3.	Уолдинггер и др., 1998 [72]	98% субъектов сообщили о слабом контроле над эякуляцией или его отсутствии во время полового акта. Слабая корреляция между контролем над эякуляцией и ЛВИЭ определенный секундомером ($P=0,06$)
4.	Роулэнд и др., 2000 [54]	Высокая корреляция между показателями задержки эякуляции и контроля ($r=0,81$, $P<0,001$)
5.	Патрик и др., 2005 [42]	Мужчины с диагнозом ПЭ показали значительно более низкие средние оценки контроля над эякуляцией ($P < 0,0001$) 72% мужчин с ПЭ сообщили об оценках «очень плохо» или «плохо» в отношении контроля над эякуляцией, по сравнению с 5% в группе нормального контроля ЛВИЭ сильно положительно коррелировал с контролем над эякуляцией у субъектов ($r = 0,51$)
6.	Джулиано и др., 2008 [18]	Мужчины с диагнозом ПЭ имели значительно более низкие средние оценки контроля над эякуляцией ($P < 0,0001$). «Хороший» или «очень хороший» контроль над эякуляцией только у 13,2% субъектов ПЭ по сравнению с 78,4% субъектов без ПЭ. Воспринимаемый контроль над эякуляцией имел значительное влияние на удовлетворение от полового акта и личный дистресс. IELT не имел прямого влияния на удовлетворение от полового акта и имел лишь небольшое прямое влияние на личный дистресс.
7.	Патрик и др., 2007 [44]	Влияние ЛВИЭ на удовлетворение и дистресс, по-видимому, опосредовано его прямым влиянием на контроль.
8.	Розен и др., 2007 [52]	Контроль над эякуляцией и уровень личного дистресса, оцененный субъектом, оказывают большее влияние на определение статуса ПЭ, чем ЛВИЭ Субъект, сообщающий об «очень хорошем» или «хорошем» контроле над эякуляцией, на 90,6% менее склонен к ПЭ, чем субъект, сообщающий о «плохом» или «очень плохом» контроле над эякуляцией.

Патрик и др. обнаружили, что низкие оценки за контроль над эякуляцией были связаны с более коротким ЛВИЭ [42]. Участники ПЭ чаще давали оценку «плохо» или «очень плохо» контролю, чем их коллеги, не занимающиеся ПЭ (72% против 5%; $P<0,0001$) [42]. Из пациентов с ЛВИЭ <1 минуты 67,7% сообщили о плохом или очень плохом контроле по сравнению с 10,2% с ЛВИЭ >1 минуты [42]. Ряд исследований продемонстрировали лишь умеренную или отсутствующую корреляцию между ЛВИЭ и зарегистрированным контролем эякуляции. Гренье и Байерс в 1997 и 2001 годах продемонстрировали лишь слабую корреляцию между ЛВИЭ и контролем, подтвердив, что они были относительно независимыми факторами [13, 14].

3. Дистресс, беспокойство, разочарование, межличностные трудности, связанные с эякуляторной дисфункцией.

ПЭ явно влияет на психику страдающего ею человека, а также его партнеров. В ряде исследований изучалась связь ПЭ с негативными личными последствиями, основные работы ко-

торых перечислены в Таблице 4 с их выводами. В одном исследовании на уровне сообщества, в котором приняли участие 1587 человек, из которых 207 были диагностированы с использованием критериев DSM-IV-TR для ПЭ, 64% в группе ПЭ против 4% в группе без ПЭ ($P<0,0001$) оценили личные страдания как «довольно сильные» или «чрезвычайные», а 31% против 1% ($P<0,0001$) соответственно как трудности в межличностных отношениях [42]. Отрицательное влияние ПЭ на благополучие пациентов подтверждается данными МакКейба и Роулэнда, а также других [29,56].

Таблица 3
Результаты основных работ, касающихся контроля эякуляции при ПЭ.

№	Исследование	Основные выводы
1.	Патрик и др., 2005 [42]	Используя проверенный профиль преждевременной эякуляции, 64% мужчин в группе с ПЭ против 4% в группе без ПЭ сообщили о личном дискомфорте
2.	Джулиано и др., 2008 [18]	В профиле преждевременной эякуляции 44% мужчин в группе с ПЭ против 1% мужчин в группе без ПЭ сообщили о личном дискомфорте
3.	Роулэнд и др., 2007 [56]	Мужчины в группе с высокой вероятностью ПЭ сообщили о большем дистрессе по сравнению с мужчинами в группе без ПЭ по шкале профиля преждевременной эякуляции. В опроснике по самооценке и отношениям мужчины с высокой вероятностью ПЭ показали более низкие средние баллы по уверенности и самооценке в целом по сравнению с мужчинами без ПЭ
4.	Роулэнд и др., 2004 [53]	30,7% из группы с вероятной ПЭ, 16,4% из группы с возможной ПЭ, 7,7% из группы без ПЭ обнаружили, что им трудно расслабиться и не беспокоиться о половом акте
5.	Порст и др., 2007 [45]	Депрессия отмечена у 20,4% группы ПЭ против 12,4% группы без ПЭ. Чрезмерный стресс у 28% группы ПЭ против 19% группы без ПЭ. Тревожность у 24% группы ПЭ против 13% группы без ПЭ
6.	МакКейб, 1997 [29]	Мужчины с сексуальной дисфункцией, включая мужчин с ПЭ, набрали более низкие баллы, чем мужчины с сексуальной функциональностью, по всем показателям близости по шкале психологических и межличностных отношений
7.	Саймондс и др., 2003 [60]	68% сообщили о снижении самооценки из-за ПЭ; снижение уверенности во время сексуальных контактов. О тревоге сообщили 36% (вызывающей ПЭ или из-за нее). Смущение и депрессия также упоминаются как вызванные ПЭ
8.	Данн и др., 1999 [16]	Сильная связь ПЭ с тревогой и депрессией по больничным шкалам депрессии и тревоги
9.	Хартманн и др., 2005 [79]	58% группы ПЭ сообщили, что поведение и реакция партнера на ПЭ были положительными, а 23% сообщили, что они были отрицательными
10.	Байерс и др., 2003 [9]	Мужчины с ПЭ и их партнерши отметили незначительное негативное влияние ПЭ на личностное функционирование и сексуальные отношения, но не отметили негативного влияния на отношения в целом

4. Удовлетворенность партнера половым актом.

Таблица 4
Результаты основных работ, касающихся удовлетворенности партнеров в ПЭ.

№	Исследование	Основные выводы
1.	Роулэнд Д и др., 2004 [53]	В общей сложности 1158 мужчин соответствовали критериям отбора (сексуально активные в стабильных гетеросексуальных отношениях). Обеспокоенность по поводу удовлетворенности партнера была высокой во всех группах. ПЭ была распространенной проблемой, характеризовалась отсутствием контроля над эякуляцией и была связана со значительным влиянием на сексуальную функцию и удовлетворение.
2.	Ревиски Д и др., 2008 [49]	Качественные данные были собраны с помощью 14 фокус-групп в США и с помощью индивидуальных интервью в США, Великобритании, Италии, Франции, Германии и Польше. В число участников вошли 172 мужчины с ПЭ и 67 женщин-партнерш мужчин с ПЭ. Отсутствие контроля над эякуляцией привело к неудовлетворенности половым актом и усилению эмоционального стресса, а также к широкому спектру последствий как для мужчин с ПЭ, так и для их партнерш.
3.	Динсмор УУ, Уилли МДж, 2009 [20]	В группе PSD502 наблюдалось значительно большее увеличение оценок по доменам IPE контроля эякуляции и сексуального удовлетворения, чем в группе плацебо, со средней разницей (sem) 7,0 (0,59) баллов между видами лечения в изменении по сравнению с исходным уровнем в домене IPE для контроля эякуляции и разницей в 5,9 (0,57) баллов в изменении по сравнению с исходным уровнем в домене IPE для сексуального удовлетворения (оба значения $P < 0,001$).
4.	Грациоттин А., Альтхоф С., 2011 [12]	В клинической практике лечение ПЭ, скорее всего, будет включать комбинацию фармакологических, психологических, сексологических и/или поведенческих подходов как для мужчины, так и для его партнерши.
5.	Хван И, Ян ДО, Пак К. 2013 [81]	Из 290 пар, завершивших опрос, распространенность ПЭ, диагностированной ПЭДТ, включая вероятную ПЭ, составила 23,7% у мужчин. По данным ЛВИЭ, распространенность ПЭ составила 21,7%, как сообщили мужчины, и 23,9%, как сообщили их партнерши, соответственно. Удовлетворенность половым актом была ниже у партнерш, чем у мужчин.
6.	Канат Л. и др., 2018 [22]	Партнерши мужчин с ПЭ имели значительно более низкие общие баллы FSFI, чем партнерши мужчин без ПЭ (21,8 ± 3,5 для ПЭ и 26,4 ± 3,1 для не-ПЭ, $p < 0,001$). Более того, все домены системы оценок FSFI были отдельно связаны с ПЭ.
7.	Чавла, Н. и др., 2021 [83]	Общие баллы по SEAR, NSSF-S, SQoL-M, PEF и IPE были низкими, что свидетельствует о низкой самооценке и отношениях, низком качестве сексуальной жизни и сексуальном удовлетворении, более частой преждевременной эякуляции и эректильной дисфункции

№	Исследование	Основные выводы
8.	Хамзегардешн З. и др. 2023 [76]	Всего 318 женщин (31,8%) страдали сексуальным дистрессом. Среди социально-демографических факторов удовлетворенность браком ($p = 0,001$), среди личностных факторов анамнез бесплодия и страх заражения инфекциями, передающимися половым путем ($p < 0,01$), а среди сексуальных и межличностных факторов удовлетворенность уровнем полового влечения ($p = 0,01$), боль во время полового акта ($p < 0,01$), преждевременные нарушения эякуляции у партнера ($p < 0,05$) и сексуальное удовлетворение ($p < 0,001$) были достоверно связаны с сексуальным дистрессом.
9.	Чой ХК и др. 1999 [87]	SS-cream — местное средство, изготовленное из экстрактов натуральных продуктов для лечения преждевременной эякуляции (ПЭ). Уровень сексуального удовлетворения как партнера, так и пациента составил 16,2%.
10.	Ли СВ и др. 2012 [26]	ЛВИЭ, зафиксированный секундомером, был измерен у 1035 из 2081 субъектов. Мужчины с ПЭ чувствовали, что они не удовлетворяют своих партнерш с точки зрения сексуального удовлетворения партнерши и частоты оргазмов по сравнению с мужчинами без ПЭ.
11.	Чжоу ХИ и др. 2013 [85]	Семьдесят восемь пациентов с ПЭ получили плановую микроскопическую резекцию дорсальных нервов полового члена. По сравнению с исходным уровнем, ЛВИЭ был значительно продлен после операции ($[0,86 \pm 0,32]$ против $[6,65 \pm 3,9]$ мин, $P < 0,01$), а оценки удовлетворенности половым актом у пациентов значительно возросли ($7,32 \pm 2,52$ против $12,32 \pm 3,76$, $P < 0,01$), как и у их сексуальных партнеров ($4,46 \pm 1,36$ против $12,73 \pm 1,45$, $P < 0,01$).

5. Смена (новый) партнера.

Таблица 5

Выводы ключевых работ, касающихся смены партнера в ПЭ.

№	Исследование	Основные выводы
1.	Мохамед А.Х., Мохамуд Х.А., Ясар А. 2021 [38]	В течение 1 года было проведено перекрестное наблюдательное исследование среди 202 женатых мужчин. Распространенность ПЭ составила 37,1%. Мы сообщаем, что у полигамных мужчин частота ПЭ ниже, а сексуальное удовлетворение выше, чем у моногамных мужчин
2.	Кемпенирс П. и др. 2013 [23]	Всего 461 мужчина с ПЭ и 80 партнеров заполнили онлайн-опросник. Сексуальное удовлетворение и дистресс коррелировали сильнее с чувством контроля, чем с самоотчетным временем латентности. Мужчины испытывали больше дистресса и неудовлетворенности, связанной с ПЭ, чем их партнерши, при этом переоценивая дистресс и неудовлетворенность своих партнеров.

6. Подтипы ПЭ Различие между пожизненной ПЭ и приобретенной ПЭ постулировалось в течение многих лет. Существующие исследования ПЭ, как правило, либо не различают эти состояния, либо явно исключают мужчин с приобретенной ПЭ. Самое последнее основное руководство по ПЭ, опубликованное Американской урологической ассоциацией (AUA), оговаривало явные и основанные на доказательствах временные критерии для диагностики пожизненной ПЭ. Из-за скудных клинических данных группа AUA не смогла предоставить основанный на доказательствах временной критерий для диагностики приобретенной ПЭ и вместо этого должна была предоставить экспертное мнение о том, что приобретенной ПЭ может быть диагностирована, когда время задержки «заметно сокращается» по сравнению с предыдущим опытом. Практически, это было определено как 50% или значитель-

ное сокращение задержки эякуляции и/или время задержки в 2-3 минуты, чтобы хотя бы отчасти соответствовать определению пожизненной ПЭ [89]. Ранее опубликованные рекомендации Международного общества сексуальной медицины содержали столь же расплывчатое определение приобретенной ПЭ как «клинически значимое сокращение времени задержки эякуляции, часто до 3 минут или менее» [62]. Уолдингер предложил два дополнительных «подтипа» мужчин, которые обеспокоены своей эякуляторной функцией, но не соответствуют диагностическим критериям ПЭ. Он обозначил их как переменную ПЭ (ВПЭ) и субъективную ПЭ (СПЭ) [74, 75]. Эти подтипы следует считать предварительными; однако мы считаем, что эти категории могут помочь специалистам здравоохранения решать проблемы мужчин, которые не соответствуют критериям диагноза ПЭ, но ищут помощь.

Результаты и обсуждение: Поскольку на основании анамнеза и физического осмотра трудно определить, есть ли у мужчины ПЭ, существует явная необходимость в действенном и надежном инструменте скрининга ПЭ. Однако решение о том, следует ли задавать тот или иной вопрос на каждом клиническом сеансе, в значительной степени принимается врачом. Такая ситуация может привести к тому, что одному и тому же пациенту будут задавать разные наборы вопросов, и, как следствие, разные врачи поставят противоречивые диагнозы. Следует учитывать, что для упрощенной оценки эффективности терапевтических вмешательств с большим успехом используют отдельные 1-пунктовые анкеты, включающие вопрос об общей удовлетворенности лечением (GAQ) и характеристику впечатлений об изменениях, возникших в результате терапии (PGI). Первая может оцениваться пациентом положительно или отрицательно. Показатель PGI выражается в баллах по 7-балльной шкале (от -3 до 3). Поэтому предлагаются стандартизированные анкеты и опросы для оценки субъективных симптомов и проведения комплексного сбора данных. Прежде чем создать соответствующие анкеты для выявления первичной ПЭ, в беседе с пациентом врачи задавали 3 вопроса, на основании ответов на которые определяли продолжительность полового акта, возможность контролировать эякуляцию и наличие психологического дискомфорта. Этот метод был рекомендован оргкомитетом Международных консультаций по сексуальным расстройствам (1989) [28, 37]. Позднее авторитетные эксперты ISSM инициировали исследования по разработке специализированных опросников, оценивающих не только наличие, но и выраженность ускоренной эякуляции [30]. Роулэнд и др. [53] впервые использовали двухвопросную диагностическую утилиту на основе определения ПЭ из Диагностического и статистического руководства по психическим расстройствам, четвертое издание, пересмотренный текст (DSM-IV-TR) для диагностики. Розен, МакМахон и др. (2007) показали, что сочетание ЛВИЭ и 4 простых субъективно оцененных индивидуальных показателей результатов, сообщаемых пациентами (показатели PRO) (контроль эякуляции, личный дискомфорт, сексуальное удовлетворение и межличностные осложнения) может адекватно

идентифицировать мужчин с диагнозом ПЭ [52]. Особую актуальность приобретает разработка и внедрение вариантов опросников, позволяющих осуществлять дистанционную диагностику ПЭ через Интернет, что, несомненно, представляет интерес для специалистов первичного звена здравоохранения. В настоящее время разработан ряд анкет для оценки ПЭ, в том числе: Профиль преждевременной эякуляции (PEP), Индекс преждевременной эякуляции (PE), Инструмент диагностики преждевременной эякуляции (PEDT), Арабский индекс преждевременной эякуляции (AIPE), Китайский индекс преждевременной эякуляции (CIPE), Анкета мужского сексуального здоровья при эякуляторной дисфункции (MSHQeJD) и Критерии преждевременной эякуляции (CriPE)

Выводы: Таким образом, к настоящему времени проведено множество исследований по диагностике ПЭ с использованием стандартизированных вопросов, анкеты (включая дихотомических шкал), опросников, которые продемонстрировали возможность использования результатов, основанных на информации, полученной от пациентов (отчеты о результатах пациентов - PRO).

Однако в результате анализа приведенных анкет было выявлено, что они не лишены ряда недостатков, главным из которых является невозможность определения типа ПЭ.

Объединив последние достижения в психометрической оценке, исследованиях в области андрологии и подходах, ориентированных на пациента, мы предлагаем основополагающие критерии для будущих диагностических инструментов, которые будут более точными, культурно адаптируемыми и отражающими многофакторную природу ПЭ:

1. Ощущаемый контроль над эякуляцией
2. Частота проблем с контролем эякуляции
3. Частота ПЭ при вагинальной пенетрации
4. Время задержки интравагинальной эякуляции (IELT) или продолжительность полового акта (от проникновения до эякуляции).
5. Вариативность в зависимости от партнера
6. Удовлетворенность партнера
7. Личное беспокойство, связанное с эякуляцией.

В будущем планируется провести различные проверки опросника в соответствии с рекомендациями FDA “Руководство для промышленности. Показатели результатов, сообщаемых пациентами: использование при разработке медицинских продуктов для подтверждения заявлений на маркировке”.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Абдо, С.Н., Влияние эякуляторной дисфункции на страдающего и его партнера. *Transl Androl Urol*, 2016. 5(4): стр. 460-9.

2. Альтоф, С. Э., К. Г. Макмахон и Д. Л. Роулэнд, Достижения и ошибки в диагностике преждевременной эякуляции: анализ и будущие направления. *J Sex Med*, 2022. 19(1): стр. 64-73.

3. Альтхоф С. и др., Разработка и валидация нового опросника для оценки сексуального удовлетворения, контроля и дистресса, связанных с преждевременной эякуляцией. *J Sex Med*, 2006. 3(3): стр. 465-75.

4. Альтхоф С.Е. и др., Двойное слепое перекрестное исследование кломипрамина для быстрой эякуляции у 15 пар. *J Clin Psychiatry*, 1995. 56(9): стр. 402-7.

5. Альтхоф С.Е. и др., Руководство Международного общества сексуальной медицины по диагностике и лечению преждевременной эякуляции. *J Sex Med*, 2010. 7(9): стр. 2947-69.

6. Американская психиатрическая ассоциация, Диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам. Пересмотр текста, 2000.

7. Арафа, М. и Р. Шамлул, Разработка и оценка Арабского индекса преждевременной эякуляции (AIPE). *J Sex Med*, 2007. 4(6): стр. 1750-6.

8. Ахвледиани, Н.Д., Преждевременное семяизвержение: эпидемиология, факторы риска, диагностика и лечение. 2011: Москва. р. 48.

9. Байерс, Э.С. и Г. Гренье, Преждевременная или быстрая эякуляция: восприятие гетеросексуальными парами эякуляторного поведения мужчин. *Arch Sex Behav*, 2003. 32(3): стр. 261-70.

10. Бурри, А. и др., Восприятие партнершей преждевременной эякуляции и ее влияние на разрыв отношений, качество отношений и сексуальное удовлетворение. *J Sex Med*, 2014. 11(9): стр. 2243-55.

11. Гао Ж. и др., Распространенность и факторы, связанные с жалобой на преждевременную эякуляцию и четыре синдрома преждевременной эякуляции: крупное наблюдательное исследование в Китае. *J Sex Med*, 2013. 10(7): стр. 1874-81.

12. Грациоттин, А. и С. Альтхоф, Что означает преждевременная эякуляция для мужчины, женщины и пары? *J Sex Med*, 2011. 8 Suppl 4: стр. 304-9.

13. Гренье, Г. и Э.С. Байерс, Взаимосвязь между контролем эякуляции, задержкой эякуляции и попытками продлить гетеросексуальный половой акт. *Arch Sex Behav*, 1997. 26(1): стр. 27-47.

14. Гренье, Г. и Э.С. Байерс, Операционная реализация преждевременной или быстрой эякуляции. *Журнал исследований секса*, 2001. 38(4): стр. 369-378.

15. Гросс, С., Практический трактат об импотенции, бесплодии и родственных расстройствах мужских половых органов, пересмотренный Ф. Р. Стерджисом. HC Lea's Brothers, Филадельфия, 1887: стр. 36-49.

16. Данн, К.М., П.Р. Крофт и Г.И. Хакетт, Связь сексуальных проблем с социальными, психологическими и физическими проблемами у мужчин и женщин: поперечное популяционное исследование. *J Epidemiol Community Health*, 1999. 53(3): стр. 144-8.

17. Демирчи А. и др. Эректильная дисфункция, тревога, воспринимаемый стресс и бессонница чаще встречаются среди пациентов с приобретенной преждевременной эякуляцией по сравнению с другими синдромами преждевременной эякуляции. *Andrology*, 2023. 11(3): стр. 425-432.

18. Джулиано, Ф. и др., Преждевременная эякуляция: результаты наблюдательного исследования в пяти странах Европы. *Eur Urol*, 2008. 53(5): стр. 1048-57.

19. Джулиано, Ф. и др., Преждевременная эякуляция: результаты наблюдательного исследования в пяти странах Европы. *European Urology*, 2008. 53(5): стр. 1048-1057.

20. Динсмор, У. У. и М. Г. Уилли, PSD502 улучшает задержку эякуляции, контроль и сексуальное удовлетворение при местном применении за 5 минут до полового акта у мужчин с преждевременной эякуляцией: результаты III фазы, многоцентрового, двойного слепого, плацебо-контролируемого исследования. *VJU Int*, 2009. 103(7): стр. 940-9.

21. Динсмор, У.У. и др., Топическая эвтектическая смесь для преждевременной эякуляции (TEMPE): новая аэрозольная форма лидокаина-прилокаина для лечения преждевременной эякуляции. *VJU Int*, 2007. 99(2): стр. 369-75.

22. Канат, Л. и др., Связь между индексами женской сексуальной функции и преждевременной эякуляцией. *Int Urol Nephrol*, 2018. 50(4): стр. 633-637.

23. Кемпенирс П. и др. Функциональные и психологические характеристики бельгийских мужчин с преждевременной эякуляцией и их партнеров. *Arch Sex Behav*, 2013. 42(1): стр. 51-66.

24. Купер, Дж., Руководство по диагностике и статистике психических расстройств (4-е изд., текстовая редакция) (DSM-IV-TR) Вашингтон, округ Колумбия: Американская психиатрическая ассоциация, 2000. 943 стр. £ 39,99 (hb). ISBN 0 89042 025 4. The British Journal of Psychiatry, 2001. 179(1): p. 85-85.
25. Лауманн Э.О. и др., Сексуальные проблемы среди женщин и мужчин в возрасте 40–80 лет: распространенность и корреляты, выявленные в Глобальном исследовании сексуальных установок и поведения. Int J Impot Res, 2005. 17(1): стр. 39-57.
26. Ли, С.В. и др., Распространенность преждевременной эякуляции и ее клинические характеристики у корейских мужчин в соответствии с различными определениями. Int J Impot Res, 2013. 25(1): стр. 12-7.
27. Лимонцин, Э. и др., Преждевременная эякуляция приводит к женскому сексуальному расстройству: стандартизация и валидация нового диагностического инструмента для сексуального расстройства. J Urol, 2013. 189(5): стр. 1830-5.
28. Лю, Т.Ф. и др., Резюме рекомендаций по сексуальным дисфункциям у мужчин. J Sex Med, 2004. 1(1): стр. 6-23.
29. Маккейб, М.П., Интимность и качество жизни среди сексуально дисфункциональных мужчин и женщин. J Sex Marital Ther, 1997. 23(4): стр. 276-90.
30. МакКейб, М.П., и др., Определения сексуальных дисфункций у женщин и мужчин: консенсусное заявление Четвертой международной консультации по сексуальной медицине 2015 г. J Sex Med, 2016. 13(2): стр. 135-43.
31. Макмахон, К и др., Доказательное определение пожизненной преждевременной эякуляции: отчет специального комитета Международного общества сексуальной медицины (ISSM) по определению преждевременной эякуляции. J Sex Med, 2008. 5(7): стр. 1590-606.
32. МакМахон, К. Г. и др., Эффективность и безопасность дапоксетина у мужчин с преждевременной эякуляцией и сопутствующей эректильной дисфункцией, леченных ингибитором фосфодиэстеразы типа 5: рандомизированное, плацебо-контролируемое исследование фазы III. J Sex Med, 2013.
33. Макмахон, К., Долгосрочные результаты лечения преждевременной эякуляции селективными ингибиторами обратного захвата серотонина. Int J Impot Res, 2002. 14(Suppl 3): стр. S19.
34. Макмахон, К.Г. и др., Доказательное определение пожизненной преждевременной эякуляции: отчет специального комитета Международного общества сексуальной медицины по определению преждевременной эякуляции. BJU Int, 2008. 102(3): стр. 338-50.
35. Макмахон, К.Г. и др., Эффективность и безопасность дапоксетина для лечения преждевременной эякуляции: комплексный анализ результатов пяти испытаний фазы 3. J Sex Med, 2011. 8(2): стр. 524-39.
36. Мастерс, В. и Ю. Джонсон, Человеческая сексуальная сущность: у. 1970, Лондон: Черчилль.
37. Монторси Ф. и др., Краткое изложение рекомендаций по сексуальным дисфункциям у мужчин. J Sex Med, 2010. 7(11): стр. 3572-88.
38. Мохамед, А.Х., Х.А. Мохамуд и А. Ясар, Распространенность преждевременной эякуляции и ее связь с полигамными мужчинами: перекрестное обсервационное исследование в больнице третичного уровня в Сомали. БМК Урол, 2021. 21(1): с. 175.
39. О'Салливан Л.Ф. и др., Распространенность и характеристики сексуального функционирования среди подростков среднего и позднего возраста, имеющих сексуальный опыт. J Sex Med, 2014. 11(3): стр. 630-41.
40. О'Салливан, Л.Ф. и др., Лонгитюдное исследование проблем сексуального функционирования и связанных с ними сексуальных расстройств среди подростков среднего и позднего возраста. J Adolesc Health, 2016. 59(3): стр. 318-324.
41. Парнем А. и Серефоглу Э.К. Классификация и определение преждевременной эякуляции. Transl Androl Urol, 2016. 5(4): стр. 416-23.
42. Патрик Д.Л. и др., Преждевременная эякуляция: наблюдательное исследование мужчин и их партнеров. J Sex Med, 2005. 2(3): стр. 358-67.
43. Патрик Д.Л. и др., Профиль преждевременной эякуляции: проверка показателей результатов, о которых сообщают сами пользователи, для исследований и практики. BJU Int, 2009. 103(3): p. 358-64.
44. Патрик Д.Л., Д. Роулэнд и М. Ротман, Взаимосвязь между показателями преждевременной эякуляции: центральная роль воспринимаемого контроля. J Sex Med, 2007. 4(3): стр. 780-788.
45. Порст, Х. и др., Исследование распространенности и отношения к преждевременной эякуляции (PEPA): распространенность, сопутствующие заболевания и обращение за профессиональной помощью. Eur Urol, 2007. 51(3): p. 816-23; обсуждение 824.

60. Саймондс Т. и др., Как преждевременная эякуляция влияет на жизнь мужчины? *J Sex Marital Ther*, 2003. 29(5): стр. 361-70.

61. Салония А., Б.С., Капогроссо П., Карвалью Х., Корона Г., Динкельман-Смит М., Хахихристодулу Г., Джонс Т.Х., Кадиоглу А., Мартинес-Саламанка Х.И., Минхас С., Серефоглу Э.К., Верзе П., Рекомендации Европейской ассоциации урологов (EAU) по сексуальному и репродуктивному здоровью, 2024 г. 2024 г.: Париж. стр. 264.

62. Серефоглу, Э.К. и др., Единое определение преждевременной эякуляции на основе фактических данных и приобретенной преждевременной эякуляции: отчет второго специального комитета международного общества сексуальной медицины по определению преждевременной эякуляции. *Sex Med*, 2014. 2(2): стр. 41-59.

63. Серефоглу, Э.К. и др., Распределение пациентов, обращающихся за лечением по поводу преждевременной эякуляции, в соответствии с четырьмя синдромами преждевременной эякуляции. *J Sex Med*, 2010. 7(2 Pt 1): стр. 810-5.

64. Солурш Д.С. и др., Сексуальное образование врачей в медицинских школах Северной Америки. *Int J Impot Res*, 2003. 15 Suppl 5: стр. S41-5.

65. Сотомайор М. Бремя преждевременной эякуляции: точка зрения пациента. *J Sex Med*, 2005. 2 Suppl 2: стр. 110-4.

66. Уолдингер, доктор медицинских наук и Д.Х. Швейцер, Изменение парадигм от исторического взгляда на DSM-III и DSM-IV к научно обоснованному определению преждевременной эякуляции. Часть I — валидность DSM-IV-TR. *J Sex Med*, 2006. 3(4): стр. 682-692.

67. Уолдингер, доктор медицинских наук и Д.Х. Швейцер, Изменение парадигм от исторического взгляда на DSM-III и DSM-IV к научно обоснованному определению преждевременной эякуляции. Часть II — предложения по DSM-V и ICD-11. *J Sex Med*, 2006. 3(4): стр. 693-705.

68. Уолдингер, доктор медицинских наук и др., «Большинство мужчин с преждевременной эякуляцией на протяжении всей жизни предпочитают ежедневное медикаментозное лечение: исследование наблюдения в последовательной группе голландских мужчин». *J Sex Med*, 2007. 4(4 Pt 1): стр. 1028-37.

69. Уолдингер, доктор медицинских наук и др., Актуальность методологического дизайна для интер-

претации эффективности медикаментозного лечения преждевременной эякуляции: систематический обзор и метаанализ. *Int J Impot Res*, 2004. 16(4): стр. 369-81.

70. Уолдингер, доктор медицинских наук и др., Многонациональное популяционное исследование времени латентного периода интравагинальной эякуляции. *J Sex Med*, 2005. 2(4): стр. 492-7.

71. Уолдингер, доктор медицинских наук и др., Среднее геометрическое IELT и преждевременная эякуляция: соответствующая статистика, чтобы избежать переоценки эффективности лечения. *J Sex Med*, 2008. 5(2): стр. 492-9.

72. Уолдингер, доктор медицинских наук и др., Эмпирическое исследование диагностических критериев преждевременной эякуляции DSM-IV. *Int J Psychiatry Clin Pract*, 1998. 2(4): стр. 287-93.

73. Уолдингер, доктор медицинских наук, К научно обоснованным исследованиям медикаментозного лечения преждевременной эякуляции: критическая оценка методологии. *Int J Impot Res*, 2003. 15(5): стр. 309-13.

74. Уолдингер, доктор медицинских наук, Патология преждевременной эякуляции на протяжении всей жизни. *Transl Androl Urol*, 2016. 5(4): стр. 424-33.

75. Уолдингер, доктор медицинских наук, Преждевременная эякуляция: различные патофизиологические и этиологические факторы определяют ее лечение. *J Sex Marital Ther*, 2008. 34(1): стр. 1-13.

76. Хамзагардеши, З. и др., Распространенность и предикторы сексуального расстройства у замужних женщин репродуктивного возраста: поперечное исследование из Ирана. *Health Sci Rep*, 2023. 6(9): стр. e1513.

77. Ханафи, С., А. М. Хамед и М. С. Хильми Сами, Распространенность преждевременной эякуляции и ее влияние на качество жизни: результаты выборки египетских пациентов. *Andrologia*, 2019. 51(8): стр. e13298.

78. Харрисон, Дж. Э. и др., МКБ-11: международная классификация болезней для двадцать первого века. *BMC Med Inform Decis Mak*, 2021. 21(Suppl 6): стр. 206.

79. Хартманн, У., М. Шедловски и Т. Х. Крюгер, Когнитивные и партнерские факторы быстрой эякуляции: различия между дисфункциональными и функциональными мужчинами. *World J Urol*, 2005. 23(2): стр. 93-101.

80. Хахихристоу, Д. и др., Диагностика сексуальной дисфункции у мужчин и женщин: сбор сексуального анамнеза и роль шкал симптомов и опросников. *J Sex Med*, 2016. 13(8): стр. 1166-82.
81. Хванг, И., Д. О. Янг и К. Парк, Самооценка распространенности и отношения к преждевременной эякуляции в исследовании супружеских пар на базе сообщества. *World J Mens Health*, 2013.
82. Цукер, И. и др., Большинство мужчин с преждевременной эякуляцией не получают фармакотерапию. *Int J Impot Res*, 2023. 35(6): стр. 544-547.
83. Чавла, Н. и др., Сексуальные отношения, самооценка, дисфункция и сексуальное удовлетворение у мужчин с героиновой зависимостью, не проходивших лечение. *J Psychoactive Drugs*, 2021. 53(4): стр. 364-372.
84. Чжан Х. и др., Распространение и факторы, связанные с четырьмя синдромами преждевременной эякуляции у амбулаторных пациентов, жалующихся на преждевременную эякуляцию. *J Sex Med*, 2013. 10(6): стр. 1603-11.
85. Чжоу, Х.Д. и др., [Плановая микроскопическая резекция дорсальных нервов полового члена при первичной преждевременной эякуляции: клиническое наблюдение]. *Чжунхуа Нань Кэ Сюэ*, 2013. 19(11): стр. 1003-6.
86. Чилио, С. и др. Преждевременная эякуляция у мужчин с эректильной дисфункцией – данные реального перекрестного исследования. *Int J Impot Res*, 2023. 35(6): р.
87. Чой, Х.К. и др., Исследование безопасности и эффективности различных доз SS-крема у пациентов с преждевременной эякуляцией в двойном слепом, рандомизированном, плацебо-контролируемом клиническом исследовании. *Int J Impot Res*, 1999. 11(5): стр. 261-4.
88. Шабиг, Р. и Д. Роулэнд, Диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам, четвертое издание, пересмотр текста в качестве подходящего диагностического средства для преждевременной эякуляции. *J Sex Med*, 2007. 4(5): стр. 1468-78.
89. Шиндел А.В. и др., Нарушения эякуляции: рекомендации AUA/SMSNA. *Журнал урологии*, 2022. 207(3): стр. 504-512.
90. Шиндел, А.В., Различается ли латентность эякуляции у мужчин с пожизненной и приобретенной преждевременной эякуляцией? *Урология*, 2024. 184: стр. 119-120.
91. Юань Ю.М. и др., Сексуальная функция пациентов с преждевременной эякуляцией, оцененная с помощью китайского индекса преждевременной эякуляции. *Asian J Androl*, 2004. 6(2): стр. 121-6.
92. Ян, К. и др., Влияние когнитивно-поведенческой терапии на пациентов с преждевременной эякуляцией: протокол проспективного рандомизированного контролируемого исследования. *PLoS One*, 2023. 18(12): стр. e0295663.
93. Янка А. и др., Контрольный список симптомов МКБ-10: дополнение к классификации психических и поведенческих расстройств МКБ-10. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 1993. 28(5): стр. 239-42.