

## **ПРЕЖДЕВРЕМЕННАЯ ЭЯКУЛЯЦИЯ: СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ**

*Г. С. Кочарян*

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Приведены сведения о частоте преждевременной эякуляции, ее определения в Международной классификации болезней 10-го пересмотра, Диагностическом и статистическом руководстве психических заболеваний 4-го и 5-го пересмотров (США), рекомендациях Комитета для выработки определения преждевременной эякуляции Международного общества сексуальной медицины. Представлены и охарактеризованы биологический и биопсихосоциальный подход к оценке продолжительности полового акта. Сделан вывод, что биологический подход к оценке эякуляции, который полностью применим к животным, для людей является недостаточным, так как он не учитывает чрезвычайно важный для человека рекреативный аспект интимной близости. Представлены психогенные и биогенные факторы, участвующие в формировании преждевременной эякуляции. Сделано заключение, что попытки полностью исключить или значительно преуменьшить роль биогенных факторов в генезе этой дисфункции следует считать несостоятельными.

**Ключевые слова:** *преждевременная эякуляция, частота, определения, формирование.*

Несмотря на огромную значимость расстройств эрекции и большую частоту обращений за сексологической помощью в связи с этими расстройствами, современные исследования свидетельствуют о большей распространенности у мужчин нарушений эякуляции. Чаще всего речь идет о преждевременном семяизвержении (premature ejaculation; PE). Отмечается, что PE – самая распространенная сексуальная дисфункция у мужчин до 40 лет [28], а также, что она имеет место почти у каждого третьего мужчины во всем мире в возрасте между 18 и 59 годами [13]. При этом за медицинской помощью обращается лишь от 1 до 12% лиц с данной патологией [5; 7].

Существуют значительные трудности в диагностировании PE, что связано с неоднозначными подходами к ее определению. Как следует из Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) [10] и Диагностического и статистического руководства психических заболеваний 4-го пересмотра (DSM-IV) [15], при характеристике преждевременного семяизвержения учитывается длительность полового акта (без указания каких-либо точных значений). Способность контролировать его продолжительность мужчиной фиксируется в МКБ-10. Помимо этого, в МКБ-10

отмечается, что при преждевременном семяизвержении удовлетворенность у обоих партнеров отсутствует. Для обеих классификаций характерно доминирующее представление о РЕ как о преимущественно функциональном, не имеющем органической природы феномене. Так, в МКБ-10 такая возможность хотя и не отрицается, но считается маловероятной.

У разных авторов существуют подчас значительно различающиеся представления о нормальной минимальной продолжительности полового акта. Так, И. А. Попов [12] к РЕ относит такую, которая наступает спустя 7–10 сек. и ранее или после 9–10 фрикций и менее. В противоположность этому на вопрос «Сколько же времени должен длиться половой акт?» В. И. Здравомыслов отвечает: «Мы считаем – не менее 5–10 мин.» [3]. Следует отметить, что В. И. Здравомыслов в своем мнении не одинок. Аналогичная точка зрения высказывается и в публикации N. Baum (Н. Баум) [5; 7].

В связи с этим Г. С. Васильченко [11] отмечает, что принятие нижней нормативной границы, предлагаемой И. А. Поповым, привело бы к отказу от лечения значительного числа мужчин, которые в нем нуждаются, страдая несомненными сексологическими расстройствами, в то время как принятие нижней нормативной границы, предлагаемой В. И. Здравомысловым, напротив, – к сексологической инвалидизации большинства мужчин, считающих себя здоровыми.

В свое время Н. S. Kaplan (Х. С. Каплан) [20] заявила, что термин «преждевременная эякуляция» следует относить к тем случаям, когда мужчина неспособен контролировать эякуляторный рефлекс и переносить высокую степень полового возбуждения без возникновения эякуляции. Однако У. Мастерс, В. Джонсон, Р. Колодни (W. Masters, V. Johnson, R. Kolodny) [9] отмечают, что большинство сексологов считают способность полностью контролировать эякуляцию не правилом, а исключением.

Интересно мнение, которое в 1948 г. высказали А. Kinsey (А. Кинси) и соавт. [21] о нормальной продолжительности полового акта. Они считали быструю эякуляцию признаком биологической компетентности и писали: «Примерно у трех четвертых всех мужчин оргазм достигается в пределах двух минут после начала сношения, и у немалой части мужчин разрядка может наступить до истечения минуты или даже в пределах 10–20 сек. после интроекции». Они критически отнеслись к высказыванием клиницистов, настаивающих на отнесении эякуляций в разряд преждевременных во всех тех случаях, когда мужчина не способен задерживать эякуляцию до наступления оргазма у женщины. Также указанные авторы в цитируемом труде пишут: «Мужчина, реагирующий быстрой сексуальной разрядкой, будучи весьма далек от какой бы то ни было патологии,

совершенно нормален среди других млекопитающих и совершенно обычен среди представителей собственного вида».

Эта точка зрения соответствует биологическому представлению о норме, которая, по-видимому, полностью применима к животным. Действительно, находящиеся в естественных условиях самцы (джунгли и т. п.) поставлены в условия, когда с целью избегания срыва спаривания целесообразно в кратчайшие сроки ввести оплодотворяющее начало самке, а если за небольшое время будет проведено не одно, а несколько спариваний, то это тем более повысит генеративные возможности вида. В этом плане заслуживают внимания многочисленные данные, свидетельствующие, что продолжительность копулятивных циклов у различных видов обезьян составляет гораздо менее минуты. У низших млекопитающих продолжительность фрикционной стадии находится в таких же пределах [11].

Следует отметить, что вряд ли можно заподозрить животных в том, что с целью увеличения продолжительности полового акта для получения большего удовольствия они прибегают к какой-либо пролонгации, что нередко делают мужчины. Если говорить о людях, которые проводят половые акты в благоприятных условиях с целью получения наслаждения, то их представления о норме могут быть иными, что, естественно, отразилось и на мнении сексологов.

Что могло повлиять на изменение представлений о норме продолжительности полового акта у людей? Прежде всего, тот факт, что произошло изменение в представлении о стоящей перед половым актом задаче. Если у животных речь в основном идет о продолжении рода, то у людей, помимо достижения этой чрезвычайно важной для сохранения вида цели, большое значение приобрела необходимость получения удовольствия при половом акте, обуславливающая необходимость его пролонгации, а, следовательно, контроль над эякуляцией, увеличивающий вероятность достижения женщинами оргазма.

Подтверждение нашей точки зрения мы нашли в публикации, в которой отмечается, что вследствие эволюции человеческой сексуальности способность контроля над временем эякуляции стала очень важной (Hong, 1984) [19]. Так как главной целью человеческой сексуальности стало удовольствие, мужчины учились контролю над эякуляцией по мере роста стремления к нему их и их партнерш. На основе этих представлений может быть постулировано, что контроль над эякуляцией носит не природный, а культуральный характер.

По нашему мнению, все же неверно считать получение удовольствия от секса приоритетным по отношению к воспроизводству человеческого рода. Обе эти задачи

важны, и каждая из них имеет свое предназначение. Полагаем, что по отношению к мужчинам правомерным в оценке продолжительности их полового акта, можно считать по меньшей мере *биосоциальный подход*. Более того, определения PE, приводимые в последних классификациях, в оценке данной дисфункции предусматривают *биопсихосоциальный подход* [10; 14; 23]. Мы думаем, что сугубо *биологический подход в данном случае, который полностью применим к животным, для людей является недостаточным*.

Как следует из приведенных данных, задача установления нормативных параметров продолжительности полового акта не является легкой. Данную проблему попытались прояснить эксперты Международного общества сексуальной медицины (the International Society for Sexual Medicine; ISSM). В августе 2007 г. это общество назначило 21 международного эксперта по проблеме PE и объединило их в созданный с этой целью Комитет для выработки определения преждевременной эякуляции (Committee for the Definition of Premature Ejaculation). Его участники встретились в Амстердаме в октябре 2007 г. и пришли к единодушному мнению, что к конструктам, которые следует считать необходимыми для определения PE, следует отнести скорость наступления эякуляции, воспринимаемую/осознаваемую самоэффективность и контроль семяизвержения, а также отрицательные личные последствия от PE [23].

Кроме этого, было предложено определять существующую с начала половой жизни (lifelong) PE как мужскую сексуальную дисфункцию, характеризующуюся эякуляцией, которая всегда или почти всегда происходит до или в течение приблизительно одной минуты после влагалищного проникновения. Также она характеризуется неспособностью задерживать семяизвержение при всех или почти всех влагалищных проникновениях и отрицательными последствиями для личности, такими как дистресс, беспокойство, фрустрация и/или избегание сексуальной близости. Отмечается, что это определение касается только мужчин с PE, существующей с начала половой жизни, и применимо только к гетеросексуальному интравагинальному коитусу. Эта группа экспертов также пришла к заключению, что не существуют достаточного числа опубликованных объективных данных, которые позволили бы предложить дефиницию приобретенной PE, базирующуюся на доказательствах [23].

Для повторного обсуждения этой проблемы Комитет (the ISSM PE Guidelines Committee) собирался в сентябре 2009 г. в Лондоне в расширенном составе. На этот раз в него вошли 26 признанных международных экспертов. Выводы относительно критериев PE, которые были даны комитетом в 2007 г., не изменились [16].

В последней американской классификации психических расстройств (2013 г.), которая представлена в Диагностическом и статистическом руководстве психических заболеваний 5-го пересмотра (DSM-5), PE трактуют как устойчивую или повторяющуюся эякуляцию, которая происходит во время партнерской сексуальной активности в течение приблизительно 1 мин. после проникновения во влагалище и до того, как индивидуум пожелает этого [14]. Выделяется 3 формы ее тяжести:

- легкую (эякуляция происходит в течение примерно от 30 сек. до 1 мин. после проникновения во влагалище);
- умеренную (эякуляция происходит в течение примерно 15-30 сек. после проникновения);
- тяжелую (эякуляция происходит до сексуальной активности, в ее начале или в течение приблизительно 15 сек. после проникновения).

В контексте данной публикации интересно обратить внимание на следующий факт. В DSM-5 отмечается, что оценки распространенности PE широко варьируют в зависимости от используемого определения. Подчеркивается, что более чем 20–30% мужчин в возрасте 18–70 лет выражают беспокойство по поводу того, как быстро они эякулируют, однако *с принятием нового определения PE («семяизвержение происходит в течение примерно 1 мин после проникновения во влагалище»), только у 1–3% мужчин будет диагностироваться данное расстройство.*

Известно, что большую роль в возникновении PE уделяют психогенным факторам. В связи с этим называют страх, стресс, депрессию, эмоциональное или умственное перенапряжение, тревожное опасение/страх сексуальной неудачи, проблемы во взаимоотношениях сексуальных партнеров, патологические сексуальные поведенческие стереотипы (сформировавшийся по разным причинам паттерн быстро эякулировать при мастурбации или при половых актах). Также называют расстройство эрекции (опасение ее потери может заставить мужчину стремиться к быстро протекающему половому акту, опуская свои обычные стратегии задержки наступления оргазма), какое-либо заболевание, которое обуславливает беспокойство при половых актах (например, кардиальная патология может заставить мужчину стремиться быстро эякулировать) [6; 7].

Садистическое и нарциссическое поведение определены в классических теориях психоанализа в качестве главных причин PE. Быстро эякулируя, мужчина символически и физически как бы «крадет» оргазм у своего партнера. Рядом авторов приводятся примеры, когда PE наступает, если половые акты по определенной причине нежелательны для мужчин, поэтому они заинтересованы в их быстром завершении. В этих случаях клиничко-

патогенетический анализ сексуальных расстройств позволил выявить возможности их развития по механизму условной приятности [6; 7].

Н. S. Kaplan (Х. С. Каплан) [20] предложила гипотезу, согласно которой причина неумения сдерживать эякуляцию заключается в отсутствии осознания тех ощущений, которые предвещают наступление оргазма. Предполагается, что в данный момент мужчина переживает некое отвлекающее его волнение. Однако именно перцептивное осознание ощущений, сопровождающих тот или иной рефлекс (например, при мочеиспускании или дефекации), согласно данной гипотезе, является важным условием приобретения и развития произвольного контроля. Существуют и другие психогенные причины РЕ.

Однако следует отметить, что в настоящее время исследователи отказались от точки зрения, что РЕ обуславливается влиянием сугубо психологических факторов, т. е. имеет исключительно психогенное происхождение. Так, известно, что РЕ бывает и психогенной, и биогенной, и смешанной (когда в ее генезе участвуют факторы как психогенной, так и биогенной модальности). Помимо этого, следует отметить, что РЕ может существовать с начала половой жизни или быть приобретенной.

Некоторые эксперты считают, что, хотя и биологические и психологические факторы играют роль в большинстве случаев РЕ, биологическая основа более вероятна, если речь идет о проблеме, существующей с начала половой жизни (первичная РЕ). В статье «Тенденции в исследовании преждевременной эякуляции за последние 25 лет» [24] был проведен анализ публикаций, представленных в двух главных базах данных (PsychINFO и MEDLINE) за период с 1979 г. по 2006 г. Хотя число публикаций о РЕ увеличилось только в MEDLINE, 25-летняя тенденция показала снижение в пропорции психологических поведенческих статей в обеих базах данных и увеличение статей биологической и фармакологической ориентации. На основании полученных результатов, авторы, в частности, выражают беспокойство в связи с тем, что исследователи упускают возможность изучать важные биоповеденческие взаимодействия, лежащие в основе эякуляторного ответа и РЕ.

Среди биогенных причин РЕ, в частности, называют гиперестезию головки и уздечки полового члена, увеличение дорсальных нервов пениса, короткую уздечку, высокую вибрационную чувствительность головки полового члена, состояние тазовых мышц и мышц, окружающих половой член. Мышцы, которые окружают член, находятся у мужчин, страдающих преждевременным семяизвержением, в гиперактивном состоянии, у них имеют место рефлексивные гипертонические сокращения промежностных мышц, как только они собираются провести интроекцию или когда они ее осуществляют. Кроме того,

известно, что в процессе семяизвержения при РЕ мышцы, которые участвуют в генерировании эякуляции, находятся в гиперактивном состоянии.

К биогенным причинам РЕ также причисляют хронический простатит, урогенитальные сексологические расстройства, осложненные стойким нарушением механизмов нервной регуляции, поражения спинного мозга, нарушения на уровне гипоталамо-лимбико-ретикулярного комплекса, синдром парацентральных долек, гипертиреоз [4; 7], а также опиоидную абстиненцию [14].

Необходимо обратить особое внимание на возможную роль хронического простатита в генезе РЕ. Хотя некоторые авторы пытаются отрицать возможность его патогенного влияния на сексуальные функции по сугубо биологическим механизмам, однако существует целый ряд исследований, указывающих на такую возможность. ***Не следует забывать, что простата участвует в акте эякуляции, поэтому ее поражение может отразиться на этом процессе.*** Интерес представляет мнение по данному вопросу, представленное в последней американской классификации сексуальных расстройств 2013 г., которая является составной частью DSM-5. ***В разделе, посвященном РЕ, простатит в качестве ее этиологического фактора указан трижды*** [14].

Нами были выделены и охарактеризованы следующие модели формирования сексуальных дисфункций у больных хроническим простатитом: психосоматическая, психопатологической детерминации, нейрорецепторная, вегетодисфункциональная, алгическая, дисгормональная, смешанная, системная (интегративная, холистическая) [7]. В системной модели, которой нужно отдать несомненное предпочтение, выполнены исследования И. И. Горпинченко [2], а также И. А. Ланцбергом и О. З. Лившицем [8]. Данная модель учитывает роль различных факторов (в том числе, обусловленных органическим поражением простаты) в их взаимодействии при формировании сексуальных дисфункций.

Следует отметить, что в последние годы выявлено влияние генетических факторов в генезе РЕ. Однако еще в 1943 г. В. Schariro (Бернхард Шапиро) в своей статье [27] отметил, что некоторые мужчины (члены семьи мужчин с РЕ) также имеют РЕ. В 1998 г. в Нидерландах была обнаружена высокая распространенность существующей с начала половой жизни РЕ среди мужчин-родственников первой линии голландских мужчин с такой же формой РЕ [23], а близнецовые исследования в 2007 г. и 2009 г. в Финляндии выявили существенный умеренный генетический эффект для РЕ [17; 18].

Результаты исследований, проведенных на генетическом уровне, свидетельствуют о том, что к возникновению РЕ предрасполагает нарушение генетического контроля системы серотонинергической регуляции [25]. В другой работе отмечается, что у мужчин

с РЕ имеет место унаследованная измененная чувствительность центральных рецепторов серотонина [22]. В работах последних лет, обращающих внимание на биологический фундамент РЕ, отмечается, что она опосредуется главным образом нарушениями серотонинергической нейротрансмиссии и определенными серотониновыми рецепторами и, в меньшей степени, окситоцинергической нейротрансмиссией в ЦНС [29]. Н. Д. Ахвледиани [1] также отмечает, что повышенным риском возникновения РЕ сопровождаются S/S и S/LA генотипы гена транспортера серотонина.

Первое изучение влияния ДНК на РЕ было выполнено Р. Janssen (П. Янссен) и соавт. в Нидерландах в 2009 г. [4]. Полученные результаты поддерживают модель генетической предрасположенности, существующей с начала половой жизни РЕ, а не представление, согласно которому в основе этого расстройства у всех мужчин лежат генетические влияния.

Недавнее открытие шведских и финских ученых также свидетельствует о возможном участии генетического фактора в развитии РЕ [26]. В ходе исследования было установлено, что РЕ обусловлена дефектом гена, который контролирует выброс допамина (анализ ДНК).

В заключение следует отметить, что попытки полностью исключить или значительно преуменьшить роль биогенных факторов в генезе РЕ, следует считать несостоятельными.

### **Передчасна еякуляція: сучасний погляд на проблему**

***Г. С. Кочарян***

Наведено відомості щодо частоти передчасної еякуляції, її визначення у Міжнародній класифікації хвороб 10-го перегляду, Діагностичному і статистичному пораднику психічних захворювань 4-го і 5-го переглядів (США), рекомендаціях Комітету для вироблення визначення передчасної еякуляції Міжнародного товариства сексуальної медицини. Представлені і охарактеризовані біологічний та біопсихосоціальний підхід до оцінки тривалості статевого акту. Зроблено висновок, що біологічний підхід до оцінки передчасної еякуляції, який цілком прийнятний до тварин, для людей є недостатнім, бо він не враховує надзвичайно важливий для людини рекреативний аспект інтимної близькості. Представлені психогенні та біогенні чинники, які беруть участь у формуванні передчасної еякуляції. Зроблено висновок, що спроби повністю виключити або значно зменшити роль біогенних чинників у генезі цієї дисфункції слід вважати безпідставними.

***Ключові слова:*** передчасна еякуляція, частота, визначення, формування.

## **Premature ejaculation: a modern view at the problem**

**G. S. Kocharyan**

Data are submitted on the frequency of premature ejaculation and its definitions in the International Classification of Diseases of the 10th Revision, the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders of the 4th and 5th Revisions (USA), and in the recommendations of the special committee of the International Society for Sexual Medicine. The biological and the biopsychosocial approach to assessing the duration of sexual intercourse are presented and characterized. It is concluded that the biological approach to its evaluation which is fully applicable to animals is insufficient for humans, since it does not take into account the extremely important recreational aspect of intimate intimacy in people. Psychogenic and biogenic factors involved in the formation of premature ejaculation are presented. It is concluded that attempts to completely eliminate or significantly downplay the role of biogenic factors in the genesis of this dysfunction should be considered untenable.

**Key words:** *premature ejaculation, frequency, definitions, formation.*

### **Сведения об авторе**

**Кочарян Гарник Суменович** – Харьковская медицинская академия последипломного образования, 61176, г. Харьков, ул. Амосова, 58.

Моб. тел.: +38 (095) 259-65-23, +38 (098) 521-61-46.

E-mail: kochargs@rambler.ru

### **СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Ахвледиани Н. Д. Преждевременное семяизвержение: эпидемиология, факторы риска, диагностика и лечение: автореф. ... д-ра мед. наук. – М., 2011. – 48 с.
2. Горпинченко И. И. Характеристика сексуальных расстройств у больных хроническим простатитом: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Киев, 1977. – 19 с.
3. Здравомыслов В. И. Функциональные сексологические расстройства у женщин, их классификация и терапия / Проблемы современной сексопатологии. – М., 1972. – С. 409–425.
4. Кочарян Г. С. Биогенные детерминанты преждевременной эякуляции // Здоровье мужчины. – 2014. – №2 (49). – С. 64–68.
5. Кочарян Г. С. Преждевременная эякуляция: терминология, эпидемиология, дефиниции, «философия» диагноза // Здоровье мужчины. – 2013. – №2 (45). – С. 151–159.
6. Кочарян Г. С. Преждевременная эякуляция: психогенные детерминанты // Здоровье мужчины. – 2013. – №4 (47). – С. 86–88.
7. Кочарян Г. С. Расстройства эякуляции и их лечение. – Х.: Вид-во Віровець А. П. «Апостроф», 2012. – 328 с.
8. Ланцберг И. А., Лившиц О. З. Хронические простатиты в структуре сексуальных нарушений // Вопросы сексопатологии (материалы научно-практической

- конференции). – М.: Труды Московского НИИ психиатрии МЗ РСФСР, 1969. – С. 96–99.
9. Мастерс У., Джонсон В., Колодни Р. (Masters W., Johnson V., Kolodny R.) Основы сексологии / Пер. с англ. – М.: Мир, 1998. – х. + 692 с.
  10. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике. – СПб.: «АДИС», 1994. – 304 с.
  11. Общая сексопатология. Руководство для врачей / Под ред. Г. С. Васильченко. – М.: Медицина, 1977. – 488 с.
  12. Попов И. А. Материалы к психогигиене половой жизни мужчины. Дис. канд. мед наук. – М., 1969. – 239 с.
  13. Broderick G. A. Premature ejaculation: on defining and quantifying a common male sexual dysfunction // *J Sex Med.* – 2006. – 3, Suppl 4. – P. 295–302.
  14. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition. – United States: American Psychiatric Association, 2013. – 947 p.
  15. Diagnostic Criteria from DSM-IV<sup>TM</sup>. Fifth printing. – Washington: American Psychiatric Association, 1996. – ix + 358 p.
  16. International Society for Sexual Medicine's Guidelines for the Diagnosis and Treatment of Premature Ejaculation. Stanley E. Althof, Ph.D., Carmita H. N. Abdo, M.D., Ph.D., John Dean, M.D., Geoff Hackett, M.D., Marita McCabe, Ph.D., Chris G. McMahon, M.D., Raymond C. Rosen, Ph.D., Richard Sadovsky, M.D., Marcel D. Waldinger, M.D., Ph.D., Edgardo Becher, M.D., Gregory A. Broderick, M.D., Jacques Buvat, M.D., Irwin Goldstein, M.D., Amr I. El-Meliegy, M.D., Francois Giuliano, M.D., Ph.D. Wayne J.G. Hellstrom, M.D., Luca Incrocci, M.D., Emmanuelle Jannini, M.D., Kwangsung Park, M.D., Sharon Parish, M.D., Hartmut Porst, M.D., David Rowland, Ph.D., Robert Segraves, M.D., Ph.D., Ira Sharlip, M.D., Chiara Simonelli, Ph.D., Hui Meng Tan, M.D. *J Sex Med.* – 2010. – 7 (9). – P. 2947–2969.
  17. Jern P., Santtila P., Johansson A., Varjonen M., Witting K., von der Pahlen B., Sandnabba N. K. Evidence for a genetic etiology to ejaculatory dysfunction // *Int J Impot Res.* – 2009. – 21 (1). – P. 62–67.
  18. Jern P., Santtila P., Witting K., Alanko K., Harlaar N., Johansson A., von der Pahlen B., Varjonen M., Vikstrum N., Algars M., Sandnabba K. Premature and delayed ejaculation: genetic and environmental effects in a population-based sample of Finnish twins // *J Sex Med.* – 2007. – 4 (6). – P. 1739–1749.
  19. Kamischke A., Nieschlag E. Update on medical treatment of ejaculatory disorders // *International Journal of Andrology.* – 2002. – 25 (6). – P. 333–344.
  20. Kaplan H. S. The new sex therapy. – New York: Brunner/Mazel, 1974. – 544 p.
  21. Kinsey A. C., Pomeroy W. B., Martin C. E. Sexual behavior in the human male. – Philadelphia: Saunders, 1948. – 804 p.
  22. McMahon C. G., McMahon C. N., Leow L. J. New agents in the treatment of premature ejaculation // *Neuropsychiatr Dis Treat.* – 2006. – 2 (4). – P. 489–503.
  23. McMahon C. G., Althof S. E., Waldinger M. D., Porst H., Dean J., Sharlip I. D., Adaikan P. G., Becher E., Broderick G. A., Buvat J., Dabees K., Giraldo A., Giuliano F., Hellstrom W. J., Incrocci L., Laan E., Meuleman E., Perelman M. A., Rosen R. C., Rowland D. L., Segraves R. 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). – P. 1590–1606.
  24. Rowland D., Burek M. Trends in research on premature ejaculation over the past 25 years. – *J Sex Med.* – 2007. – 4 (5). – P. 1454–1461.
  25. Safarinejad M. R. Polymorphisms of the serotonin transporter gene and their relation to premature ejaculation in individuals from Iran // *J Urol.* 2009. – 181 (6). – P. 2656–2661.

26. Santtila P., Jern P., Westberg L., Walum H., Pedersen C. T., Eriksson E., Sandnabba N. K. The dopamine transporter gene (*DAT1*) polymorphism is associated with premature ejaculation // *J Sex Med.* – 2010. – Vol. 7, Issue 4pt1. – P. 1538–1546.
27. Schapiro B. Premature ejaculation. A review of 1130 cases // *J Urol.* – 1943. – 50. – P. 374–379.
28. Vardi Y., McMahon C. G., Waldinger M. D., Rubio-Aurioles E., Rabinowitz D. Are premature ejaculation symptoms curable? // *J Sex Med.* – 2008. – 5 (7). – P. 1546–1551.
29. Waldinger M. D. Premature ejaculation: definition and drug treatment // *Drugs.* – 2007. – 67 (4). – P. 547–568.
30. Waldinger M. D., Rietschel M., Nothen M. M., Hengeveld M. W., Olivier B. Familial occurrence of primary premature ejaculation // *Psychiatric Genet.* – 1998. – 8. – P. 37–40.

***Библиографические данные о статье: Кочарян Г. С. Преждевременная эякуляция: современный взгляд на проблему // Здоровье мужчины. – 2018. – №1 (64). – С. 61–64.***

***Общие сведения об авторе, его статьи и книги (в свободном доступе) представлены на его персональном веб-сайте [gskochar.narod.ru](http://gskochar.narod.ru)***