

<https://doi.org/10.29188/2222-8543-2026-19-1-182-186>

Сравнительная эффективность монотерапии иФДЭ-5 и комбинированной терапии с ритмической периферической магнитной стимуляцией у пациентов с эректильной дисфункцией и преждевременной эякуляцией

КЛИНИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Е.С. Коршунова¹, Е.В. Дарий¹, А.Н. Каримов², Н.А. Григорьев¹

¹ АО «Европейский медицинский центр», Москва, Россия

² ООО «Инфомед-Нейро», Москва, Россия

Контакт: Коршунова Екатерина Сергеевна, e_korshunova@mail.ru

Аннотация:

Введение. Сочетанная патология эректильной дисфункции (ЭД) и преждевременной эякуляции (ПЭ) требует комплексного подхода.

Цель исследования. Сравнительная оценка эффективности монотерапии тадалафилом и комбинированной терапии с ритмической периферической магнитной стимуляцией (рПМС).

Материал и методы. В проспективное рандомизированное исследование включены 29 пациентов с ЭД и ПЭ, разделенные на две группы: группа 1 (n=14) получала тадалафил 5 мг/сут, группа 2 (n=15) – тадалафил 5 мг/сут + рПМС (15 сеансов). Оценка эффективности проводилась через 6 нед по динамике Международного индекса эректильной функции (МИЭФ-5), опросников диагностики преждевременной эякуляции (Premature Ejaculation Diagnostic Tool – PEDT), а также изменение времени задержки интравагинальной эякуляции (Intravaginal ejaculation latency time – IELT) и субъективным визуальным аналоговым шкалам (ВАШ) удовлетворенности пациента (ВАШ 1) и партнерши (ВАШ 2).

Результаты. В группе 2 зафиксировано достоверно большее улучшение по всем параметрам: ΔМИЭФ-5 +10,4±1,4 vs +5,4±1,1 (p<0,001), ΔPEDT -5,0±0,9 vs -2,0±0,8 (p<0,001), ΔIELT +104,6±8,5 сек против +36,2±6,8 сек (p<0,001). Удовлетворенность партнерши выросла на 4,07±3,27 балла в группе 2 vs 3,33±2,99 в группе 1 (p<0,001).

Заключение. Полученные данные свидетельствуют о более выраженной положительной динамике основных клинических показателей в группе комбинированной терапии. Улучшение по шкалам МИЭФ-5 и PEDT, увеличение IELT, а также рост субъективной удовлетворенности пациента и партнерши позволяют рассматривать рПМС как перспективное дополнение к стандартной терапии иФДЭ-5 у таких больных.

Ключевые слова: эректильная дисфункция; преждевременная эякуляция; тадалафил; ритмическая периферическая магнитная стимуляция; комбинированная терапия.

Для цитирования: Коршунова Е.С., Дарий Е.В., Каримов А.Н., Григорьев Н.А. Сравнительная эффективность монотерапии иФДЭ-5 и комбинированной терапии с ритмической периферической магнитной стимуляцией у пациентов с эректильной дисфункцией и преждевременной эякуляцией. Экспериментальная и клиническая урология 2026;19(1):182-186; <https://doi.org/10.29188/2222-8543-2026-19-1-182-186>

<https://doi.org/10.29188/2222-8543-2026-19-1-182-186>

Comparative efficacy of PDE-5 inhibitor monotherapy and combination therapy with rhythmic peripheral magnetic stimulation in patients with erectile dysfunction and premature ejaculation

CLINICAL STUDY

E.S. Korshunova¹, E.V. Dariy¹, A.N. Karimov², N.A. Grigoriev¹

¹ European Medical Center, Moscow, Russia

² LLC Infomed-Neiro, Moscow, Russia

Contacts: Ekaterina S. Korshunova, e_korshunova@mail.ru

Summary:

Introduction. The combination of erectile dysfunction (ED) and premature ejaculation (PE) requires an integrated therapeutic approach.

Purpose of study. Compare the efficacy of tadalafil monotherapy and combination therapy with rhythmic peripheral magnetic stimulation (rPMS).

Materials and methods. A prospective randomized study included 29 patients with ED and PE, divided into two groups: Group 1 (n=14) received tadalafil 5 mg/day, while Group 2 (n=15) received tadalafil 5 mg/day combined with rPMS (15 sessions). Efficacy was evaluated after

6 weeks based on changes in the International Index of Erectile Function (IIEF-5), Premature Ejaculation Diagnostic Tool (PEDT), intravaginal ejaculatory latency time (IELT), and subjective visual analog scale (VAS) scores for patient (VAS 1) and partner (VAS 2) satisfaction.

Results. Group 2 demonstrated significantly greater improvement across all parameters: Δ IIEF-5 $+10.4 \pm 1.4$ vs. $+5.4 \pm 1.1$ ($p < 0.001$), Δ PEDT -5.0 ± 0.9 vs. -2.0 ± 0.8 ($p < 0.001$), and Δ IELT $+104.6 \pm 8.5$ sec vs. $+36.2 \pm 6.8$ sec ($p < 0.001$). Partner satisfaction increased by 4.07 ± 3.27 points in Group 2 compared to 3.33 ± 2.99 in Group 1 ($p < 0.001$).

Conclusion. The obtained data indicate a more pronounced positive change in the main clinical parameters in the combination therapy group. Improvements in IIEF-5 and PEDT scores, an increase in IELT, as well as greater subjective satisfaction among both patients and their partners, allow rhythmic peripheral magnetic stimulation (rPMS) to be considered a promising adjunct to standard PDE-5 inhibitor therapy in this patient category.

Key words: erectile dysfunction; premature ejaculation; tadalafil; rhythmic peripheral magnetic stimulation; combination therapy.

For citation: Korshunova E.S., Darius E.V., Karimov A.N., Grigoryev N.A. Comparative efficacy of PDE-5 inhibitor monotherapy and combination therapy with rhythmic peripheral magnetic stimulation in patients with erectile dysfunction and premature ejaculation. *Experimental and Clinical Urology* 2026;19(1):182-186; <https://doi.org/10.29188/2222-8543-2026-19-1-182-186>

ВВЕДЕНИЕ

Эректильная дисфункция (ЭД) и преждевременная эякуляция (ПЭ) относятся к числу наиболее распространенных сексуальных расстройств у мужчин, значительно снижающих качество жизни и психоэмоциональное состояние пациентов [1]. Согласно современным данным, до 40% мужчин с ЭД имеют сопутствующую ПЭ, что создает значительные сложности в подборе эффективной терапии [2, 3].

Фармакотерапия ингибиторами фосфодиэстеразы 5 типа (иФДЭ-5), в частности тадалафилом, остается «золотым стандартом» лечения ЭД благодаря доказанной эффективности и хорошему профилю безопасности [4, 5]. Так, тадалафил обладает наибольшей продолжительностью действия среди иФДЭ-5 (до 36 ч) и возможностью ежедневного применения малых доз (2,5–5 мг), что позволяет улучшать эректильную функцию и снижать тревожность ожидания сексуального контакта, обеспечивая более стабильный контроль эякуляции. Согласно международным клиническим рекомендациям (EAU – Европейская ассоциация урологов, AUA – Американская урологическая ассоциация), тадалафил рекомендован как препарат первой линии у пациентов с ЭД, в том числе в случае необходимости длительного терапевтического окна [4, 5]. Однако влияние данной группы препаратов на контроль эякуляции в некоторых случаях остается недостаточным, что диктует необходимость поиска комбинированных подходов [6].

В последние годы ритмическая периферическая магнитная стимуляция (рПМС) малого таза демонстрирует перспективные результаты в лечении урологических и сексуальных дисфункций [7]. Механизм действия рПМС связан как с улучшением микроциркуляции, стимуляцией сакральных рефлексов и нормализацией нейроваскулярной передачи, так и модуляцией нейромедиаторов (5-гидрокситриптофан – 5-НТ, нейротрофический фактор головного мозга – BDNF) в центральной нервной системе [7, 8]. Допол-

нительно предполагается снижение периферической гиперчувствительности за счет модуляции афферентной импульсации [9]. Таким образом, магнитное воздействие может снижать выраженность сенсорных триггеров преждевременного семяизвержения, тем самым повышая контроль эякуляции.

При этом вопрос о потенцирующем эффекте комбинации рПМС с тадалафилом при сочетанной патологии (ЭД+ПЭ) остается малоизученным.

Особую актуальность данное направление приобретает в контексте растущих требований к персонализированной медицине и необходимости минимизации лекарственной нагрузки [10]. В доступной нам литературе последних лет не нашлось рандомизированных исследований, непосредственно сравнивающих эффективность монотерапии иФДЭ-5 с комбинированным подходом (иФДЭ-5+рПМС) у данной категории пациентов.

Цель исследования: оценить эффективность монотерапии иФДЭ-5 и комбинированной терапии с рПМС у пациентов с ЭД и ПЭ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Дизайн исследования: рандомизированное проспективное сравнительное открытое исследование, период наблюдения составил 6 нед.

В исследование включены 29 мужчин в возрасте от 25 до 55 лет (средний возраст $42 \pm 6,8$ года) с сочетанной патологией – ЭД (Международный индекс эректильной функции (МИЭФ-5) ≤ 20) и ПЭ (Premature Ejaculation Diagnostic Tool – опросник диагностики преждевременной эякуляции (PEDT) ≥ 10). Все пациенты подписали информированное согласие.

Критерии исключения: первичная психогенная, веноокклюзивная и ятрогенная (после обширной тазовой/простатической операции) ЭД, органические заболевания центральной нервной системы, тяжелая соматическая патология (в стадии декомпенсации), прием психотропных препаратов, нитратов/доноров NO ■

(и иных значимых лекарственных взаимодействиях с иФДЭ-5).

Путем блочной рандомизации пациенты распределены:

- группа 1 (n=14): тадалафил 5 мг/сут (ежедневно),
- группа 2 (n=15): тадалафил 5 мг/сут + рПМС (15 сеансов).

Физиотерапия проводилась с использованием аппарата Salus Talent Pro с параметрами: частота – 10 Гц, интенсивность – 60 % от максимальной, локализация – промежность (в положении сидя), продолжительность – 10 мин/сеанс, затем частота – 25 Гц, интенсивность – 60% от максимальной, локализация – промежность (в положении сидя), продолжительность – 10 мин/сеанс, кратность – 3 раза в неделю. В мировой литературе применяются разные протоколы рПМС. Чаще всего используются частоты 10–50 Гц, интенсивность – до уровня комфортной стимуляции, длительность сеанса – 15–25 мин, кратность – 2–3 раза в неделю, курс – 8–20 процедур [11]. Наши параметры (10 Гц – 10 мин, затем 25 Гц – 10 минут, 3 раза в неделю, курс – 15 сеансов) соответствуют международно применяемым протоколам и находятся в терапевтическом диапазоне, рекомендованном для сексуальных и тазовых дисфункций.

Критериями эффективности лечения были: динамика показателей МИЭФ-5, опросника PEDT, а также изменение времени задержки интравагинальной эякуляции (Intravaginal ejaculation latency time – IELT). В качестве дополнительных критериев эффективности включены субъективные визуальные аналоговые шкалы (ВАШ) удовлетворенности пациента (ВАШ 1) и партнерши (ВАШ 2) (где 0 – это совсем не удовлетворен, а 10 – максимально удовлетворен), позволяющие количественно оценить восприятие улучшения сексуальной функции и влияние терапии на качество половой жизни в паре.

Статистическая обработка данных проводилась с использованием современных методов параметрического и непараметрического анализа. Первичное накопление и систематизация данных осуществлялись в таблицах Microsoft Excel с последующей статистиче-

ской обработкой в среде R Statistics. Проверка распределения количественных показателей выполнялась с помощью критерия Шапиро-Уилка. Для сравнения парных измерений в рамках одной группы до и после лечения применялся парный t-критерий Стьюдента. Сравнение независимых выборок проводилось с использованием t-критерия Стьюдента для независимых групп и U-критерия Манна-Уитни при отклонении от нормального распределения. Анализ качественных показателей и частот достижения клинически значимых конечных точек выполнялся с помощью точного критерия Фишера. Уровень статистической значимости был установлен на уровне $p < 0,05$ при двустороннем подходе ко всем тестам. Все результаты количественных данных представлены в формате среднее значение \pm стандартное отклонение ($M \pm SD$) для обеспечения воспроизводимости результатов. Статистический анализ проводился в соответствии с современными рекомендациями по биомедицинской статистике.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Обе группы были сопоставимы по базовым параметрам (табл.1).

В табл. 2 показано как изменились основные показатели эффективности через 6 нед терапии.

Анализ данных показывает, что обе группы продемонстрировали достоверное улучшение по всем ключевым показателям (PEDT, МИЭФ-5, IELT, ВАШ пациента и партнерши). Однако прирост значений был значительно выше в группе комбинированной терапии: увеличение времени до эякуляции (Δ IELT) почти втрое больше, чем в группе монотерапии, а улучшение эректильной функции (Δ МИЭФ-5) и субъективных оценок удовлетворенности также статистически значимо превосходили группу 1. Эти данные подтверждают синергетический эффект добавления ритмической периферической магнитной стимуляции к терапии тадалафилом, что отражается как на объективных, так и на субъективных параметрах сексуальной функции.

Таблица 1. Базовые характеристики пациентов (n=29)
Table 1. Baseline characteristics of patients (n=29)

Параметр Parameter	Группа 1 (n=14) Group 1 (n=14)	Группа 2 (n=15) Group 2 (n=15)	p-value
Средний возраст, лет Middle age, years	41,2 \pm 5,8	42,7 \pm 7,1	0,542
Исходный PEDT, баллы Initial PEDT, score	10,9 \pm 1,8	11,0 \pm 1,8	0,24
Исходный МИЭФ-5, баллы Initial MIEF-5, score	14,3 \pm 3,2	15,1 \pm 2,9	0,487
Исходный IELT, мин Initial IELT, min	48,5 \pm 22,1	51,3 \pm 19,8	0,721
Исходный ВАШ 1, баллы VAS 1, score	2,1 \pm 1,6	2,1 \pm 1,7	0,858
Исходный ВАШ 2, баллы VAS 2, score	4,2 \pm 3,2	3,9 \pm 3,1	0,855

Нежелательные явления были отмечены в обеих группах. Однако, носили легкий характер и не потребовали отмены лечения. В группе 1: головная боль у 2 (14,3%) мужчин, диспепсия у 1 (7,1%) пациента. В группе 2: локальный дискомфорт при рПМС у 2 (13,3%) человек, головная боль – так же у 2 (13,3%) пациентов.

ОБСУЖДЕНИЕ

Исторически ритмическая периферическая магнитная стимуляция (рПМС) применялась при неврологических нарушениях, сопровождающихся дисфункцией тазового дна и нарушением периферической иннервации [12]. Метод использовался для восстановления сократительной активности мышц, улучшения микроциркуляции и нейрональной проводимости, что послужило основанием для его внедрения в урологическую практику при функциональных расстройствах мочеиспускания и сексуальной функции [13].

Опубликованные исследования свидетельствуют о потенциале рПМС при сексуальной дисфункции [14, 15]. Q. Liu и соавт. в экспериментальной модели показали, что магнитная стимуляция – перспективный метод воздействия, связав эффект с нормализацией сакральных рефлексов и нейрогуморальной регуляцией [8]. В свою очередь, Y. Bai и соавт. продемонстрировали положительное влияние рПМС на IELT у пациентов с преждевременной эякуляцией, объясняя результат снижением периферической гиперчувствительности головки полового члена, афферентной импульсации и модуляцией нейромедиаторной активности головного мозга [7].

Так, в работе A.H. Abou Faddan и соавт. ежедневный прием тадалафила 5 мг достоверно улучшал эректильную функцию, но не влиял на IELT у мужчин с пожизненной ПЭ [16]. Опыт A.L. Burnett и соавт. также демонстрирует данную тенденцию – тадалафил обеспечивает устойчивое восстановление эректильной функции, однако его влияние на эякуляторный контроль остается ограниченным [4]. Эти данные полностью согласуются с нашими наблюдениями: инги-

битор ФДЭ-5 является эффективным средством лечения ЭД, однако для коррекции ПЭ требуется комбинированный подход. Так, сочетание тадалафила с рПМС обеспечило как восстановление эректильной функции, так и значимое удлинение латентного времени, что подчеркивает синергетический эффект метода. В нашем исследовании удлинение IELT было почти в 3 раза выше, чем в группе монотерапии, а улучшение по шкале МИЭФ-5 сопровождалось ростом субъективной удовлетворенности пациентов и их партнерш.

Отдельного внимания заслуживает динамика удовлетворенности партнерш: увеличение IELT у мужчин в группе 2 сопровождалось более выраженным ростом удовлетворенности женщин. Это согласуется с данными E. Razmanu и соавт., показавших значимость сексуальной коммуникации и удовлетворения партнера как ключевых параметров эффективности лечения сексуальных нарушений [17]. В нашем исследовании у супруги отмечалась положительная динамика – средние оценки удовлетворенности выросли на 3,33 балла в группе монотерапии и на 4,07 балла в группе комбинированного лечения ($p<0,001$). А величина улучшения коррелировала с результатами мужчин: более выраженное увеличение длительности полового акта у мужчин во 2-й группе (дельта 7,07 vs 4,40) сопровождалось большим ростом удовлетворенности у их партнерш (дельта 4,07 vs 3,33). На наш взгляд, стабильность положительной динамики у женщин подтверждает, что увеличение времени интравагинальной латенции объективно улучшает качество сексуальной жизни пары.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Полученные данные свидетельствуют о более выраженной положительной динамике основных клинических показателей в группе комбинированной терапии. Улучшение по шкалам МИЭФ-5 и PEDT, увеличение IELT, а также рост субъективной удовлетворенности пациента и партнерши позволяют рассматривать рПМС как перспективное дополнение к стандартной терапии и ФДЭ-5 у данной категории пациентов. ■

Таблица 2. Динамика ключевых параметров
Table 2. Dynamics of key parameters

Параметр Parameter	Группа 1 (n=14) Group 1 (n=14)	Группа 2 (n=15) Group 2 (n=15)	p-value
Δ PEDT, баллы/ score	-2,0±0,8*	-5,0±0,9*	<0,001
Δ МИЭФ-5, баллы / Δ MIEF-5, score	+5,4±1,1*	+10,4±1,4*	<0,001
Δ IELT, мин / min	+36,2±6,8*	+104,6±8,5*	<0,001
Δ ВАШ 1, баллы / score	+4,4±1,8*	+7,07 ± 1,94*	<0,001
Δ ВАШ 2, баллы / score	+3,3±2,9*	+4,07 ± 3,27*	<0,001

Примечание. * $p<0,05$ vs исходные значения
Note. * $p<0.05$ vs baseline values

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

- Fu Y, Zhao J, Zhang W, Du H. Comparison of economic burden of disease and quality of life in patients with premature ejaculation and erectile dysfunction. *Sci Rep.* 2024;14(1):27374. <https://doi.org/10.1038/s41598-024-78607-9>.
- Li HJ, Kang DY. Prevalence of sexual dysfunction in men with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: a meta-analysis. *World J Urol.* 2016;34(7):1009-17. <https://doi.org/10.1007/s00345-015-1720-3>.
- Przydacz M, Chlosta M, Rajwa P, Chlosta P. Population-level prevalence, effect on quality of life, and treatment behavior for erectile dysfunction and premature ejaculation in Poland. *Sci Rep.* 2023;13(1):13168. <https://doi.org/10.1038/s41598-023-39968-9>.
- Burnett AL, Nehra A, Breaux RH, Culkin DJ, Faraday MM, Hakim LS, et al. Erectile Dysfunction: AUA Guideline. *J Urol.* 2018;200(3):633-641. <https://doi.org/10.1016/j.juro.2018.05.004>.
- Minhas S, Bettocchi C, Boeri L, Capogrosso P, Carvalho J, Cilesiz NC, et al. EAU Working Group on Male Sexual and Reproductive Health. European Association of Urology Guidelines on Male Sexual and Reproductive Health: 2021 Update on Male Infertility. *Eur Urol.* 2021;80(5):603-620. <https://doi.org/10.1016/j.eururo.2021.08.014>.
- Salonia A, Capogrosso P, Boeri L, Cocci A, Corona G, Dinkelman-Smit M, et al. European Association of Urology Guidelines on Male Sexual and Reproductive Health: 2025 Update on Male Hypogonadism, Erectile Dysfunction, Premature Ejaculation, and Peyronie's Disease. *Eur Urol.* 2025;88(1):76-102. <https://doi.org/10.1016/j.eururo.2025.04.010>.
- Bai Y, Chen F, Long C, Xing S, Yang B, Lu Y, Zhang X, et al. Glans penis electric stimulation modulates cerebral activity and functional connectivity in lifelong premature ejaculation revealed by functional MRI. *Sci Rep.* 2025;15(1):23328. <https://doi.org/10.1038/s41598-025-03994-6>.
- Liu Q, Wang M, Wang W, Yue S, Jannini TB, Jannini EA, et al. Repetitive transcranial magnetic stimulation via the hippocampal brain-derived neurotrophic factor-tyrosine kinase receptor B pathway to affect sexual behavior and neuroplasticity in rapid ejaculation rats. *Andrology.* 2024;12(6):1429-1438. <https://doi.org/10.1111/andr.13595>.
- Куликов А.Г., Воронина Д.Д. Современные аспекты применения магнитной стимуляции в клинической практике. *Физиотерапия, бальнеотерапия и реабилитация.* 2016;(3):23-6. [Kulikov A.G., Voronina D.D. Sovremennye aspects of the application of magnetic stimulation in clinical practice. *Fizioterapiya, bal'neoterapiya i reabilitatsiya = Physiotherapy, balneotherapy and rehabilitation.* 2016;(3):23-6. (In Russian)].
- Доклад Совета РАН, 1 часть. Персонализированная медицина. [Report of the Council of the Russian Academy of Sciences, Part 1. Personalized Medicine. (In Russian)]. <https://pmcouncil.ru/report2023?ysclid=mg6llc0zq9856179858>.
- El-Fakahany H, Bassyouni H, GamalEl Din SF, Montaser MHA. Evaluation of magnetic stimulation as a non-invasive technique in treating different causes of erectile dysfunction: a prospective cohort study. *Basic Clin Androl.* 2025;35(1):26. <https://doi.org/10.1186/s12610-025-00272-3>.
- Блохина В. Н., Николаев С. Г., Кузнецов А. Н., Меликян Э. Г. Применение ритмической периферической магнитной стимуляции (рПМС). *Вестник Национального медико-хирургического Центра им. Н. И. Пирогова.* 2016;11(3):111-7. [Blokhiina V. N., Nikolaev S. G., Kuznetsov A. N., Melikyan E. G. Application of rhythmic peripheral magnetic stimulation (rPMS). *Vestnik Natsional'nogo mediko-khirurgicheskogo Tsentra im. N.I. Pirogova = Bulletin of Pirogov National Medical & Surgical Center.* 2016;11(3):111-7. (In Russian)].
- Ярин Г.Ю., Крейдин Е.И., Салюков Р.В., Касатонова Е.В., Астраков С.В., Бершадский А.В., и др. Возможности нейромодуляции при нейрогенной дисфункции нижних мочевыводящих путей. *Вестник урологии.* 2022;10(3):106-21. [Yarin G.Yu., Kreydin E.I., Salyukov R.V., Kasatonova E.V., Astrakov S.V., Bershadsky A.V., et al. Potential of neuromodulation in neurogenic dysfunction of the lower urinary tract. *Vestnik urologii = Urology Herald.* 2022;10(3):106-121. (In Russian)]. <https://doi.org/10.21886/2308-6424-2022-10-3-106-121>.
- Caglar O, Aydin MD, Aydin N, Ahiskalioglu A, Kanat A, Aslan R, et al. Important interaction between urethral taste bud-like structures and Onuf's nucleus following spinal subarachnoid hemorrhage: A hypothesis for the mechanism of dysorgasmia. *Rev Int Androl.* 2022;20(1):1-10. <https://doi.org/10.1016/j.androl.2020.05.011>.
- С.В. Муравьев, Ю.В. Каракулова, И.Д. Шитоев, Г.З. Клоян. Батутный рефлекс. Нейрофизиологическая и экспериментальная модель. *Нервно-мышечные болезни.* 2025;15(1):18-26. [S.V. Muravyov, Yu.V. Karakulova, I.D. Shitoev, G.Z. Trampoline reflex. Neurophysiological and experimental model. *Nervno-myshechnyye bolezni = Neuromuscular diseases.* 2025;15(1):18-26. (In Russian)]. <https://doi.org/10.17650/2222-8721-2025-15-1-18-26>.
- Abou Faddan AH, Gaber HD, Oamonov D. Effect of a tadalafil 5-mg single daily dose on lifelong premature ejaculation: A single-blinded placebo-controlled study. *Arab J Urol.* 2022;20(2):100-4. <https://doi.org/10.1080/2090598X.2021.2007464>.
- Pazmany E, Bergeron S, Verhaeghe J, Van Oudenhove L, Enzlin P. Sexual communication, dyadic adjustment, and psychosocial well-being in premenopausal women with self-reported dyspareunia and their partners: a controlled study. *J Sex Med.* 2014;11(7):1786-97. <https://doi.org/10.1111/jsm.12518>.

Сведения об авторах:

Коршунова Е.С. – к.м.н., доцент, уролог, нейроуролог, врач высшей категории, АО «Европейский медицинский центр», Москва, Россия; РИНЦ Author ID: 876788, <https://orcid.org/0000-0003-1492-934X>

Дарий Е.В. – к.м.н., уролог, андролог, врач высшей категории, АО «Европейский медицинский центр», Москва, Россия

Каримов А.Н. – к.м.н., врач-физиотерапевт, руководитель отдела медицинской реабилитации ООО «Инфомед-Нейро», Москва, Россия

Григорьев Н.А. – д.м.н., профессор, руководитель Урологической клиники, заведующий кафедрой урологии Медицинской школы ЕМС, АО «Европейский медицинский центр», Москва, Россия; <https://orcid.org/0000-0001-5721-0170>

Вклад авторов:

Коршунова Е.С. – написание текста, проведение клинической части исследования, обзор литературы, 55%
 Дарий Е.В. – статистическая обработка, 15%
 Каримов А.Н. – обзор литературы, 15%
 Григорьев Н.А. – определение степени научного интереса, дизайн исследования, 15%

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Финансирование. Исследование и публикация проведены при финансовой поддержке компании ООО «Инфомед-Нейро».

Статья поступила: 28.10.2025

Результаты рецензирования: 17.12.25

Исправления получены: 12.02.26

Принята к публикации: 25.02.26

Information about authors:

Korshunova E.S. – PhD, Associate Professor, Urologist, Neurourologist, Physician of the Highest Qualification Category, JSC European Medical Center, Moscow, Russia; RSCI Author ID: 876788, <https://orcid.org/0000-0003-1492-934X>

Dariy E.V. – PhD, Urologist, Andrologist, Physician of the Highest Qualification Category, JSC European Medical Center, Moscow, Russia

Karimov A.N. – PhD, physiotherapist, head of the medical rehabilitation department at Infomed-Neuro LLC, Moscow, Russia

Grigoriev N.A. – Dr. Sci., Professor, Head of the Urology Clinic, Chair of the Department of Urology at the EMC Medical School, JSC European Medical Center; Moscow, Russia; <https://orcid.org/0000-0001-5721-0170>

Authors' contributions:

E.S. Korshunova – manuscript writing, conducting the clinical part of the study, literature review, 55%
 E.V. Dariy – statistical analysis, 15%
 A.N. Karimov – literature review, 15%
 N.A. Grigoriev – determination of the scientific relevance, study design, 15%

Conflict of interest. The authors declare no conflict of interest.

Financing. The study and publication were financially supported by LLC Infomed-Neiro.

Received: 28.10.2025

Peer review: 17.12.25

Corrections received: 12.02.26

Accepted for publication: 25.02.26

ЭФФЕКТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

- НЕДЕРЖАНИЕ МОЧИ
- ЭРЕКТИЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ
- НАРУШЕНИЕ ЭЯКУЛЯЦИИ
- ХРОНИЧЕСКАЯ ТАЗОВАЯ БОЛЬ
- ХРОНИЧЕСКИЙ ПРОСТАТИТ

УРОЛОГИЧЕСКИЙ КОМПЛЕКС
SALUS-TALENT-PRO + UI Chair

EmKEGEL

УНИВЕРСАЛЬНЫЙ
ПРАКТИЧНЫЙ

Универсальная комбинация
высокоинтенсивного магнитного стимулятора ST-PRO
и урологического стула UI Chair

Так же ST-PRO может использоваться отдельно
для лечения различных патологий в неврологии,
травматологии-ортопедии, спортивной медицине,
ревматологии



3 Тесла
максимальная величина
индукции магнитного поля

20 авто, 20 ручных,
20 настраиваемых
количество режимов
проведения процедуры

1-100 Гц
частота
стимуляции

600 x 600 x 600 мм
размеры кресла

25 кг
вес кресла

540 x 500 x 1070 мм
размеры прибора

76 кг
вес прибора

УРОЛОГИЧЕСКИЙ
ВЫСОКОИНТЕНСИВНЫЙ
МАГНИТНЫЙ СТИМУЛЯТОР

UI CUBE

КОМПАКТНЫЙ
ПРОСТОЙ

Доступное решение для физиотерапевтических кабинетов
и клиник с урологическим приемом



3 Тесла
максимальная величина
индукции магнитного поля

2 режима
количество режимов
проведения процедуры

режим 1 - 35 Гц, режим 2 - 30 Гц
частота стимуляции

415 x 415 x 396 мм
размеры прибора

24 кг
вес прибора



📍 125445, г. Москва,
Ленинградское шоссе, д. 69, к. 1,
(Бизнес-парк «River City»)

✉ sales@im-neuro.ru
🌐 инфомед-нейро.рф
☎ +7 (495) 645-47-00

