

Современные взгляды на этиопатогенез и лечение постэякуляторной боли

Ю.Н. Гурженко, В.В. Спиридоненко

ГУ «Институт урологии НАМН Украины», г. Киев

В статье приведен анализ статистики встречаемости постэякуляторной боли у мужчин, а также некоторые аспекты ее этиологии и патогенеза. Анализ литературы установил значительную эффективность лечения боли после эякуляции специфическим альфа-адреноблокатором тамсулозином.

Ключевые слова: постэякуляторная боль, синдром хронической тазовой боли, хронический простатит, тамсулозин.

Болевой синдром в урологии, как правило, ассоциирован с нарушением акта мочеиспускания, однако все чаще в литературе появляются исследования, указывающие на повышение частоты встречаемости постэякуляторной боли (ПЭБ) у мужчин. Данные расстройства могут оказывать выраженное негативное воздействие как на самого мужчину, так и на его половую партнершу [1–6]. Указанная сексуальная дисфункция является серьезной проблемой для мужчин, которая отрицательно влияет на качество их жизни [7]. Эякуляторная боль и посторгазмическая боль являются практически одним и тем же понятием, которое может встречаться у 60% пациентов с наличием урологических заболеваний (хронический простатит, синдром хронической тазовой боли и т.д.), в то время как у лиц без патологии данные явления могут встречаться реже – от 1% до 10% [8, 34–36].

Согласно статистике, хронический простатит (ХП) и сопутствующий ему синдром хронической тазовой боли (СХТБ) становится все более актуальным, встречаясь у 10–15% мужского населения, и в результате отмечается около 2 млн амбулаторных посещений ежегодно [9].

Этиология и патогенез ПЭБ по-прежнему остаются предметом научных дискуссий. Генез ПЭБ, как правило, полиэтиологичный, одной из причин формирования указанного состояния являются грубые патологические изменения в структурах простатовезикулярного комплекса (ПВК), главным образом – в зоне семенного холмика, как врожденные, так и приобретенные. Также этиопатогенетическими факторами могут выступать различные патологические нарушения функции органов малого таза (контрактура шейки мочевого пузыря, самостоятельная или сопутствующая так называемой пудендалной нейропатии).

Основные причины возникновения ПЭБ:

- острый или хронический воспалительный бактериальный / абактериальный процесс в ПВК (простатит, везикулит, калькулезный простатит) [10];
- синдром хронической тазовой боли;
- психогенная ПЭБ (как вариант тревожного расстройства личности) [11];
- доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ПЖ);
- стриктура мочеиспускательного канала любого генеза и выраженности;
- колликулит любого генеза;
- различные другие виды инфравезикальной обструкции;
- состояния после оперативного вмешательства, связанные с эндоскопическими технологиями (радикальная простатэктомия, трансуретральная резекция ПЖ);

- обструкция семявыносящего протока, которая, согласно мнению некоторых исследователей, может стать причиной оргазмической боли [12–14].

Обструкция семявыносящего протока (ОСП) является известной причиной мужского бесплодия у лиц с олигозооспермией, азооспермией и малым объемом спермы. Причины ее развития довольно разнообразны (врожденная атрезия, кистозная дегенерация семенных пузырьков, посттравматические, поствоспалительные и постинфекционные изменения [15, 16]). Состояние ОСП может сопровождаться СНМП, гемоспермией, ПЭБ, развитием боли в промежности, яичках или пояснице [17].

Распространенность ОСП в популяции неизвестна, но имеются указания на то что она является причиной азооспермии у 5% пациентов [18]. Для установления данного процесса применяют различные диагностические тесты (ТРУЗИ, спермограмма, уровень фруктозы и α -глюкозидаза в сперме, гистологическое исследование ткани яичка) [19]. Существуют методики лечения с хорошими клиническими результатами после окончания терапии [20].

Кроме этого имеются некоторые другие причины:

- применение лекарственных препаратов (селективные ингибиторы обратного захвата серотонина; трициклические антидепрессанты типа кломипрамина, протриптилина, амоксапина, флуоксетина; селективные ингибиторы обратного захвата норадреналина типа венлафаксина, ребоксетина; антихолинэстеразные средства);
- острые травмы промежности и мочеиспускательного канала;
- инородные тела мочеиспускательного канала (предметы, мочевые камни);
- половые эксцессы (частые коитусы или длительно протекающий коитус);
- онкологические заболевания ПВК и их осложнения.

Эпидемиология ПЭБ

Согласно данным анализа научных работ частота встречаемости ПЭБ различная и составляет в среднем 1–9,7% среди всех заболеваний ПВК. Провести корректное эпидемиологическое исследование встречаемости ПЭБ достаточно сложно [21], так как анкетирование не всегда приносит объективные данные, а имеющиеся опросники не унифицированы на международном уровне и получаемые результаты сложно рандомизировать.

Эякуляторная боль или посторгазмическая боль (дисоргазмия, оргазмалгия) представляет собой малоизученную форму сексуальной дисфункции [22], при наличии которой до 88–91% мужчин испытывают существенное расстройство качества жизни [23–26] с нарушением межличностных отношений [27], значительным снижением эмоционального и физического удовлетворения [28–30]. Оперативные вмешательства при доброкачественной гиперплазии ПЖ (ДГПЖ) часто способствуют развитию нарушения эякуляторной функции, что сопровождается сохранением болевых ощущений в течение длительного времени.

Согласно данным исследований, ПЭБ после проведения радикальной простатэктомии, встречается в среднем от 11% до 14% случаев [22]. Актуальность данного состояния еще состоит в том, что увеличение случаев использования радикальной простатэктомии при раке предстательной железы (РПЖ), сопровождается рядом осложнений (так называемые сухие эякуляции), в которых ПЭБ встречается достаточно часто [13]. Это также подтверждается данными [31], указывающими на высокую ассоциацию СНМП с болезненной эякуляцией (25,9%); у мужчин с клиникой СНМП и наличием IPSS <8 баллов симптому ПЭБ встречались в 15,4% случаев, у пациентов с IPSS 8–19 баллов – в 25,8%, с IPSS >20 баллов – в 34,2% случаев.

У пациентов после радикальной простатэктомии возможно формирование механизма физиологического закрытия шейки мочевого пузыря во время оргазма, что приводит к спазму везико-уретрального анастомоза или дистонии мускулатуры тазового дна [32]. Концепция мышечно-спазма подтверждается эффективным устранением дисоргазмии с помощью использования α -адреноблокатора тамзулозина [33].

Крупные международные исследования установили 6,7% встречаемости ПЭБ у мужчин в возрасте ≥ 50 [37]. Повышенные частоты встречаемости ПЭБ может быть ассоциировано с возрастной морфофункциональной перестройкой в структурах ПВК. Так, анализ урогенитальной боли показал, что среди мужчин в возрасте 40–49 лет, 60–69 лет и более 70 лет распространенность составляет 1,4%, а самая высокая распространенность (1,8%) приходится на возраст 50–59 лет.

Несомненную роль в увеличении случаев ПЭБ играют воспалительные заболевания ПВК, осложненность и актуальность контроля которых в мировой популяции отмечают все исследователи [38]. При создании индекса симптомов хронического простатита Национального института здоровья (НИН), наличие эякуляционной боли было установлено у 58% пациентов с хроническим простатитом, в то время как у лиц с ДГПЖ встречаемость ПЭБ была ниже (17%), как и в группе здоровых лиц (4%) [3]. Подтверждением ассоциации ПЭБ с воспалительным генезом заболевания ПВК являются результаты исследования пациентов с синдромом хронической тазовой боли [4], у которых в 24% отмечалась болезненная эякуляция. Высокий уровень ПЭБ (57%) был установлен у мужчин с бактериальным простатитом категории II или IIIA по классификации НИН [39].

У многих мужчин ПЭБ может быть единственным проявлением ХП/СХТБ. Хотя ПЭБ в когорте всех лиц мужского пола достаточно редка и встречается у 1% [40], недавний крупномасштабный многонациональный опрос стареющих мужчин в Америке MSAM-7 установил встречаемость ПЭБ у 6,7% мужчин в возрасте ≥ 50 лет [41]. Болезненная эякуляция считается серьезной проблемой для 88–91% мужчин, которые ее испытывают [42].

Воспалительный генез ПЭБ характеризуется ее высокой ассоциацией с молодым возрастом пациента, нарушенными показателями психического и физического качества жизни, ассоциируется с мужчинами без партнеров, практикующими оральный секс и мастурбацию, а также невысоким материальным достатком [43]. Авторами не было выявлено никакой корреляции ПЭБ с возрастом при первом половом акте или с количеством сексуальных партнеров. Калькулезный везикулит может быть причиной ПЭБ, когда конкремент находится в шейке пузырька или в зоне предстательной маточки, что в некоторых случаях требует эндоскопического вмешательства, или даже удаления пораженного семенного пузырька. Наличие остатка семенного пузырька после радикальной простатэктомии также может вызывать возникновение или рецидив ПЭБ [44].

Механизм возникновения ПЭБ

Существует два гипотетических механизма возникновения ПЭБ [10, 11, 21]. Первый основан на частичной блокаде периферических симпатических адренергических рецепторов (эффект может возникнуть при введении трициклических антидепрессантов, которые могут нарушать координацию сокращений гладких мышц, участвующих в переносе спермы), что вызывает болезненные спазмы [45]. Эта теория не может объяснить, почему применение венлафаксина (ингибитор с двойным поглощением и крайне низкой α -адреноблокирующей активностью), а также ребоксетина, вызывает болезненную эякуляцию. Данная теория не согласуется с развитием ПЭБ на фоне применения нейрелептика тиоридазина, в отличие от меньшего процента ее развития при использовании хлорпромазина, хотя их ингибирующее действие на $\alpha 1$ -адренорецепторы является одинаковым.

Вторая теория объясняет, почему болезненная эякуляция преимущественно описывается при применении дезипрамина, имипрамина, нортриптилина и кломипрамина (метаболит desmethylclomipramine является мощным ингибитором обратного захвата норадреналина) и амоксапина. Теория утверждает, что потенцирование норадреналина может влиять на механизм эякуляции, тем самым вызывая «болезненную спастичность».

Одной из причин ПЭБ считают развитие сжимающей мононевропатии пудендалного нерва при ДГПЖ и ХП. Применение нейрофизиологических тестов (электронейромиография мышц промежности и полового члена) используются для измерения пудендалной невропатии, вызванной давлением на промежность, сдавления пудендалного нерва в виде синдрома пудендалного канала или развития пудендалной невралгии [41]. Одними из возможных причин ПЭБ называют длительное сидение, длительное скалолазание, переизбыток упражнений на сгибание бедер (приседания и поджимания ног). Патологической причиной эякуляционной боли могут быть также тазовые движения в момент полового акта.

В генезе пудендалной невралгии инициирующим фактором может выступать травма пудендалного нерва в виде его сжатия между некоторыми связками, мышечная обтурация, скольжение пудендалного нерва между слоями обтураторной фасции при сгибании тазобедренного сустава (синдром пудендалного канала). Существуют исследования, указывающие, что уменьшение ПЭБ может наблюдаться у мужчин, практикующих мастурбацию или секс с партнершей, находящейся в позе сверху.

Согласно научным данным, дисоргазмия часто встречается у пациентов, которые подверглись радикальной простатэктомии [24, 25], лучевой терапии органов малого таза [32, 46] и у пациентов молодого возраста с СХТБ [26].

В случаях применения лучевой терапии (брахитерапия) при РПЖ, ПЭБ наблюдалась у 15% пациентов, а изменения интенсивности оргазма – у 38%, что согласуется с данными, указывающими на отсутствие оргазма у 57% пациентов с резким снижением качества жизни [32].

Обструкция эякуляторного канала (ОЭК) является известной причиной мужского бесплодия у лиц с односторонней олигозооспермией, азооспермией, аспермией и малым объемом эякулята. Причины ее развития довольно разнообразны:

- врожденная атрезия;
- кистозная дегенерация семенных пузырьков;
- посттравматические, поствоспалительные и постинфекционные изменения [15, 16].

Состояние ОЭК может сопровождаться СНМП, гемоспермией, ПЭБ, развитием боли в промежности, яичках или пояснице [47]. Распространенность ОЭК в популяции неизвестна, но имеются указания на то, что она является причиной азооспермии у 5% пациентов [18].

Существует высокая ассоциация возникновения урогенитальной боли с сексуальной функцией у пожилых мужчин с уменьшением вероятности сообщения о секс-ассоциированной боли пациентом с нарушенным психическим здоровьем [48].

Болезненная эякуляция была установлена с частотой 5–19% у мужчин с СНМП, связанных с ДГПЖ [41, 49, 50] и, по-видимому, зависит от тяжести СНМП [51].

Боль во время или после эякуляции была установлена у 1% из 1688 мужчин в Нидерландах [14]. В недавнем крупномасштабном многонациональном обследовании стареющих мужчин отмечалось ощущение боли/дискомфорта с эякуляцией у 6,7% из выборки мужчин в возрасте ≥ 50 лет [4]. В округе Олмстед, штат Миннесота, 1,5% из 2115 респондентов испытывали ПЭБ [15]. Анализ урогенитальной боли показал, что среди мужчин в возрасте 40–49 лет, 60–69 лет и более 70 лет распространенность ПЭБ составляет 1,4%; самая высокая распространенность (1,8%) была у лиц в возрасте 50–59 лет [16].

В исследованиях, проведенных в графствах Леннокс и Аддингтон (США), 9,7% респондентов в возрасте 20–74 лет сообщили о боли или дискомфорте в промежности при эякуляции [17]. Во время создания индекса симптомов хронического простатита Национального института здоровья (НИ) авторы обнаружили эякуляционную боль у 58% пациентов с простатитом против 17% у пациентов с ДГПЖ и у 4% здоровых мужчин [18].

В исследовании, посвященном пациентам с СХТБ, было обнаружено, что 24% из них отмечали регулярную боль при эякуляции. Кроме того, была выявлена ПЭБ у 57% мужчин с подтвержденным бактериальным простатитом [19, 20].

В исследовании 818 пациентов, подвергшихся хирургическому лечению при ДГПЖ, российские ученые сообщили, что у 118 (23%) пациентов была зафиксирована дисорганомия после операции [25]. В исследовании J.C. Nickel и соавторов [26] были опрошены 5096 мужчин, из которых 688 (18,6%) сообщили о боли/дискомфорт при эякуляции, а 609 (18%) считали это проблемой, снижающей качество жизни. Пациенты с СНМП и эякуляторной болью в этом исследовании характеризовались достаточно молодым возрастом, выраженностью СНМП, высоким уровнем эректильной дисфункции (72%) и снижением объема эякулята (75%) [22].

Локализация боли при ПЭБ

По данным некоторых авторов [32], боль при оргазме локализовалась в половом члене (63%), проекции брюшной полости (9%), прямой кишке (24%), а также других областях (4%). В другом исследовании пациентов с ПЭБ [33] было установлено, что ее первичная локализация находилась в половом члене (72%), яичке (12%), прямой кишке (8%) или брюшной полости (4%). Продолжительность боли у 52% пациентов составляла 1–5 мин после оргазма, у 32% – продолжалась менее 1 мин, у 12% – более 5 мин и лишь у 4% мужчин продолжалась более 15 мин [33]. Варибельность длительности ПЭБ может составлять от нескольких секунд до нескольких дней, хотя чаще ее продолжительность находилась в пределах 2–24 ч.

Продолжительность ПЭБ

В исследовании J. Barnas и соавторов [52] было сообщено, что большинство пациентов (52%) указывали на боль, возникающую в течение 1–5 мин после оргазма; 32% пациентов отметили, что боль продолжалась менее 1 мин, 12% – более 5 мин, 4% – более 15 мин. В другом исследовании было отмечено, что большинство пациентов (55%) отмечали ПЭБ в течение менее 1 мин, в течение более 5 мин – 12% и только 2,5% пациентов жаловались на боль, продолжающуюся более 1 ч [32]. Продолжительность боли варьировала от минуты до

нескольких дней, но чаще всего длилась от 2 до 24 ч. Выраженность боли варьировала от незначительного дискомфорта до резкой боли, с перерывом половых отношений до нескольких месяцев.

Недавний анализ большого когортного исследования пациентов с ХП/СХТБ (Collaborative Research Networks Chronic Prostatitis Cohort) показал, что около 75% мужчин с ХП/СХТБ испытывают постоянную или периодическую ПЭБ и имеют невысокие шансы к улучшению общего показателя качества жизни в контексте выраженности болевого синдрома в течение 1 года лечения [22].

Распространенность СХТБ в общей популяции мужчин, проживающих в городах, составляет 2,7% и не характеризуется возрастной зависимостью, однако отрицательно влияет на эректильную функцию [53].

Не удивительно, что сегодня научными исследованиями была установлена высокая ассоциация встречаемости ПЭБ с наличием ХП/СХТБ у мужчин [54].

Лечение ПЭБ

Терапия ПЭБ отличается сложностью, отсутствием четкого алгоритма последовательных шагов, необходимостью назначения пробных курсов, получением эффекта опытным путем. Пациентам предлагается как монотерапия (тамсулозин, антидепрессанты, НПВС, габапентин и др.), так и комбинации лечебных методов (физиотерапия, иглорефлексотерапия, кинезотерапия, аутотренинг, психологическая терапия). Так, согласно ряду исследований [4, 5], у пациентов с ПЭБ был получен эффект от последовательной трехэтапной терапии (кеторолак 10 мг каждые 6 ч в течение 5 дней и amitriptилин перед сном, с увеличением дозы с 10-дневными интервалами от 10 до 50 мг, с дальнейшей перинеальной гимнастикой/гиперпротекцией). Программа «perineal hyperprotection» включала в себя исключение деятельности, включающей сгибание бедер, исключение велоспорта, приседания и упражнений для ног (типа «ножницы»), а также применение подушки с целью исключения давления на седалищные бугры.

Описана методика инъекционной терапии в виде перинеальных инъекций в пудендальный нерв смеси бупивакаина (1 мл) и триамцинолона (3 мл) под контролем СКТ 1 раз в 2 недели с последующими инъекциями позже через 6 нед в межсвязочное пространство между крестцово-спинальными и крестцово-подвздошными связками. Положительный ответ обычно отмечается через 10–20 дней.

Варианты лечения ПЭБ представляют собой различные направления:

- аутотренинг совместно с проведением тренировки мышц промежности;
- применение лекарственной терапии (альфа-адреноблокаторы, топирамат, габапентин, венлафаксин);
- хирургическое лечение (резекция крестцовых скроспинальной и других связок, нейролиз пудендального нерва).

Однако все перечисленное выше не всегда является эффективным и сегодня существует необходимость проведения адекватных, проспективных рандомизированных исследований с целью выяснения этиологии и возможности лечения данной патологии [45].

Поиск новых препаратов для лечения ПЭБ является актуальным вопросом, что можно сравнить с появлением на фармацевтическом рынке силденафила цитрата, когда возможность его применения у лиц женского пола дала новый толчок к оптимизации терапии оргазмического расстройства у женщин [55].

Препаратами первой линии при лечении ПЭБ у лиц с хроническим бактериальным простатитом считаются антибиотики [9], что кардинально отличается от принципов терапии ХАП/СХТБ. Первым этапом консервативной терапии

является 4–6-недельный курс фторхинолона, который обеспечивает облегчение у 50% мужчин.

Препаратами второго ряда являются неспецифические противовоспалительные средства (НПВС) и антагонисты альфа-адренергических рецепторов (альфа-адреноблокаторы), назначаемые с целью ликвидации болевого синдрома и СНМП.

Препаратами третьей линии считаются ингибиторы 5-альфа-редуктазы, гликозаминогликаны, кверцетин, стернитол и экстракт пальмы Сабаль. Для лечения невосприимчивых к указанной выше терапии пациентов могут быть предложены следующие методы: трансуретральная микроволновая терапия и экстракорпоральная ударно-волновая терапия.

Одной из самых широко применяемых в урологии групп препаратов для лечения ПЭБ являются альфа-адреноблокаторы, из которых наибольшее распространение получил специфический блокатор альфа1D-адренергических рецепторов в нижних мочевых путях – тамсулозин [27].

Эмпирическое использование монотерапии альфа-блокаторами приводит к снижению выраженности симптомов у многих мужчин с ПЭБ [33, 40], а длительное плацебо-контролируемое исследование тамсулозина показало хорошую переносимость и безопасность у лиц с оргазм-ассоциированной болью в виде улучшения у 77% и исчезновение боли у 13% опрошенных.

Тамсулозин селективно снижает активность некоторых адренорецепторов, вызывает релаксацию гладкой мускулатуры шейки мочевого пузыря и ПЖ, что приводит к уменьшению обструкции мочевого пузыря, снижению выраженности СНМП и усилению скорости потока мочи у пациентов с различными заболеваниями ПЖ, как гиперпластическими [28], так и воспалительными [26].

Считается, что более длительные курсы лечения (от 12 нед до 6 мес) превосходят короткие курсы по эффективности ликвидации ПЭБ, как собственно и расстройств в виде СНМП у лиц с ХП/СХТБ. Существует также и единичное мнение, что неселективные альфа-адреноблокаторы проявляют себя лучше в плане уменьшения ПЭБ, чем более селективные. Так, при исследовании эффективности и безопасности тамсулозина у пациентов с ПЭБ в течение 6-недельного периода, его эффективность не была доказана [57]. Достаточно высокую оценку долгосрочной эффективности лечения

ПЭБ альфузоцином 10 мг/сут (ALF-ONE) было продемонстрировано при его применении у лиц с ДППЖ [51].

Несмотря на единичные неудовлетворительные результаты лечения ПЭБ, подавляющее большинство научных работ указывает на перспективу применения тамсулозина в данных клинических случаях. Особенно это касается случаев с верифицированным СХТБ, где тамсулозин демонстрирует хорошие терапевтические результаты [58].

Ряд рандомизированных плацебо-контролируемых исследований у мужчин с ХП/СХТБ [59–61], которые использовали индекс симптомов простатита в качестве оценки (включая шкалу для оценки тяжести дискомфорта/боли), показали, что α -адреноблокаторы могут снижать симптомы боли (включая ПЭБ).

Терапия тамсулозином способствует достоверно эффективной коррекции болезненной эякуляции у пациентов с сопутствующими депрессивными состояниями [29] и состояниями, характеризующимися упорным болевым синдромом в органах малого таза и половых органах у мужчин.

Считается, что в лечении депрессивных расстройств антидепрессантами (трициклическими – кломипрамином, имипрамином, дезипрамином, протриптилином, амоксапином; селективными ингибиторами обратного захвата серотонина – флуоксетином, венлафаксином; ингибиторами МАО) риск развития ПЭБ достаточно высок и нет никаких стратегий для устранения этого побочного эффекта, кроме уменьшения дозы, отказа от препарата или назначения тамсулозина [29].

Эффективность терапии ПЭБ назначением тамсулозина (0,4 мг один раз в день) отмечалась у мужчин при применении ребоксетина в течение 1 нед [29].

По данным исследования [27], у 98 мужчин с ПЭБ терапия тамсулозином в дозе 0,4 мг перорально в течение 4 нед в 77% дала положительный результат в виде резкого ее уменьшения, а у 13% – исчезновения. Это сочетается с научными данными, указывающими на достоверный положительный эффект от терапии тамсулозином в течение 45 дней [33].

Учитывая положительный опыт лечения СХТБ и ассоциированной с ней ПЭБ, необходимо проведение дальнейших рандомизированных плацебо-контролируемых исследований для определения роли альфа-адреноблокаторов в терапии таких случаев, а также случаев ассоциации ПЭБ с преждевременной эякуляцией [62].

Сучасні погляди на етіопатогенез і лікування постєякуляторного болю

Ю.М. Гурженко, В.В. Спиридоненко

У статті наведено аналіз статистики зустрічальності болю після еякуляції у чоловіків, а також деякі аспекти її етіології та патогенезу. Аналіз літератури встановив значну ефективність лікування болю після еякуляції специфічним альфа-адреноблокатором тамсулозином.

Ключові слова: післяєякуляторний біль, синдром хронічного тазового болю, хронічний простатит, тамсулозин.

Modern views on etiopathogenesis and treatment of post-ejaculation pain

Y.M. Gurzhenko, V.V. Spyridonenko

The article analyzes the statistics of the occurrence of post-ejaculation pain in men, as well as some aspects of its etiology and pathogenesis. Literature analysis established significant efficacy of pain treatment after ejaculation with a specific alpha-adrenoblocker tamsulosin.

Key words: post-ejaculation pain, chronic pelvic pain syndrome, chronic prostatitis, tamsulosin.

Сведения об авторах

Гурженко Юрий Николаевич – ГУ «Институт урологии НАМН Украины», 04053, г. Киев, ул. В. Винниченко, 9а. E-mail: 7espoir@rambler.ru

Спиридоненко Владимир Владимирович – ГУ «Институт урологии НАМН Украины», 04053, г. Киев, ул. В. Винниченко, 9а. E-mail: bro-vladimir@yandex.ua

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Pescatori E.S.; Pirozzi F. (2009) 823–856. Eiaculazione dolorosa: una rassegna // Urologia. – Vol. 76 Issue 4. – P. 230–235.
2. Mah K., Binik Y.M. (2001) The nature of human orgasm: a critical review of major trends// Clin Psychol Rev.; 21: 823–856.
3. Helgason A.R., Fredrikson M., Adolffsson J., Steineck G. (1995) Decreased sexual capacity after external radiation therapy for prostate cancer impairs quality of life// Int J Radiat Oncol Biol Phys.; 32: 33–39.
4. Helgason A.R., Adolffsson J., Dickman P. et al. (1997) Factors associated with waning sexual function among elderly men and prostate cancer patients// J Urol.; 158: 155–159.
5. Rust J., Golombok S., Collier J. (1988) Marital problems and sexual dysfunction: how are they related? //Br J Psychiatry.; 152: 629–631.
6. Hartman L.M. (1983) Effects of sex and marital therapy on sexual interaction and marital happiness. J Sex Marital Ther.; 9: 137–151.
7. Barnas J., Parker M., Guhring P.,

Вітапрост

ПАТОГЕНЕТИЧНО ОБГРУНТОВАНЕ
ЛІКУВАННЯ ПРОСТАТИТУ



10 супозиторіїв

**Вітапрост
форте**

10 супозиторіїв

Вітапрост
Супозиторії ректальні 50 мг

19 доповняєсної цієї лінійки препаратів: згідом
застосувати для лікування хронічного простатиту

всім іншим захворюванням простати: згідом
застосувати

Р.П. № UA/6358/01/01, № UA/6358/01/01

STADA
СОЦІАЛЬНА
КОМПАНІЯ РОКУ
2015



- Mulhall J.P. (2005) The Utility of Tamsulosin in the Management of Orgasm-Associated Pain: A Pilot Analysis //EU. March. – Vol. 47, Issue 3. – P. 361–365.
8. Lacroix P., Hubeaux K., Raibaut P., Amarenco G. (2007) Ўјјaculation douloureuse // Pelvi-pйrйnйologie. December. – Vol. 2, Issue 4. – P. 356–359.
9. Murphy A.B., Macejko A., Taylor A., Nadler R.B.(2009) Chronic prostatitis: management strategies. Drugs.;69 (1):71–84.
10. Shoskes D.A. et al. (2004) Impact of post-ejaculatory pain in men with category iii chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrom // J of Urol. – Vol. 172, Issue 2. – P. 542–547.
11. Kaplan H. Post-ejaculatory pain syndrome (1993)// J. Sex & Marital Ther. – Vol. 19. Issue 2. – P. 91–103.
12. Perez M.A., Skinner E.C., Meyerowitz B.E. (2002) Sexuality and intimacy following radical prostatectomy: patient and partner perspectives. Health Psychol.; 21: 288–293.
13. Barnas J.L., Pierpaoli S., Ladd P., et al. (2004) The prevalence and nature of orgasmic dysfunction following radical prostatectomy. BJU Int., in press.
14. Steg A., Zerbib M., Conquy S. (1988) Sexual disorders after an operation for benign prostatic hypertrophy. Ann Urol (Paris); 22: 129–133.
15. Pryor J.P., Hendry W.F. (1991) Ejaculatory duct obstruction in subfertile males: analysis of 87 patients. Fertil Steril.; 56: 725–30.
16. Goldwasser B.Z., Weinerth J.L., Carson C.C. (1985) Ejaculatory duct obstruction: the case for aggressive diagnosis and treatment. J Urol.; 134: 964–6.
17. Fisch H., Kang Y.M., Johnson C.W., Goluboff E.T. (2002) Ejaculatory duct obstruction // Curr Opin Urol.; 12: 509–15.
18. Turek P.J., Magana J.O., Lipshultz L.I. (1996) Semen parameters before and after transurethral surgery for ejaculatory duct obstruction // J Urol.; 155: P. 1291–1293.
19. Paick J.S., Kim S.H., Kim S.W. (2000) Ejaculatory duct obstruction in infertile men. BJU Int.; 85: P. 720–724.
20. Johnson C.W., Bingham J.B., Goluboff T.T., Fisch H. (2005) Transurethral resection of the ejaculatory ducts for treating ejaculatory symptoms // BJU Int. – Vol. 95, Issue 1, Jan. – P. 117–119.
21. Newman H.F., Reiss H., Northup J.D. (1982) Physical basis of emission, ejaculation, and orgasm in the male // Urology.; 19. – P. 341–350.
22. NIH Consensus Conference. Impotence. NIH Consensus Development Panel on Impotence (1993) // JAMA. – 1993; 270: 83–90.
23. Helgason A., Adolffson J., Dickman P., Fredrikson M., Steineck G. (1998) Distress due to unwanted side-effects of prostate cancer treatment is related to impaired well-being (quality of life). Prostate Cancer Prostatic Dis.; 1: 128–133.
24. Koeman M., van Driel M.F., Schultz W.C., Mensink H.J. (1996) Orgasm after radical prostatectomy // Br J Urol.; 77: 861–864.
25. Goriunov V.G., Davidov M.I. (1997) Sexual readaptation after the surgical treatment of benign prostatic hyperplasia // Urol Nefrol (Mosk). – 1997; 20–24.
26. Nickel J.C., Narayan P., McKay J., Doyle C. (2004) Treatment of chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome with tamsulosin: a randomized double blind trial // J Urol.; 171: 1594–1597.
27. Narayan P., Evans C.P., Moon T. (2003) Long-term safety and efficacy of tamsulosin for the treatment of lower urinary tract symptoms associated with benign prostatic hyperplasia // J Urol.; 170: 498–502.
28. Abrams P., Schulman C.C., Vaage S. (1995) Tamsulosin, a selective alpha 1c-adrenoceptor antagonist: a randomized, controlled trial in patients with benign prostatic 'obstruction' (symptomatic BPH). The European Tamsulosin Study Group. Br J Urol.; 76: 325–336.
29. Demyttenaere K., Huygens R. (2002) Painful ejaculation and urinary hesitancy in association with antidepressant therapy: relief with tamsulosin. Eur Neuropsychopharmacol. 2002; 12: 337–341.
30. Mah K., Binik Y.M. (2001) The nature of human orgasm: a critical review of major trends // Clin Psychol Rev.; 21: 823–856.
31. Cytron S., Simon D., Segenreich E. et al. (1987) Changes in the sexual behavior of couples after prostatectomy. A prospective study // Eur Urol.; 13: 35–38.
32. Merrick G.S., Wallner K., Butler W.M., Lief J.H., Suttief S. (2001) Short-term sexual function after prostate brachytherapy // Int J Cancer.; 96: 313–319.
33. Hofner K. (1999) Alpha(1)-blocker therapy in the nineties: focus on the disease. Prostate Cancer Prostatic Dis.; 2: S9–S15.
34. Sakakibara R., Shinotoh H., Uchiyama B. et al. (2001) Questionnaire-based assessment of pelvic organ dysfunction in Parkinson's disease. Auton Neurosci.; 92: 76–85.
35. Das Gupta R., Fowler C.J.(2002) Sexual and urological dysfunction in multiple sclerosis: better understanding and improved therapies. Curr Opin Neurol.; 15: 271–278.
36. Fedoroff J.P., Peyser C., Franz M.L., Folstein S.E. (1994) Sexual disorders in Huntington's disease// J Neuropsychiatry Clin Neurosci.; 6: 147–153.
37. Bergman B., Nilsson S., Petersen I. (1979) The effect on erection and orgasm of cystectomy, prostatectomy and vesiculectomy for cancer of the bladder: a clinical and electromyographic study// Br J Urol.; 51: 114–120.
38. Горпинченко И.И., Гурженко Ю.М., Спиридоненко В.В. Корекція біохімічних показників еякуляту при застосуванні Вітапрост Форте у чоловіків з хронічними запальними захворюваннями простатовезикулярного комплексу, ускладнених екскреторно-токсичною безплідністю // Здоровье мужчины. – 2017. – № 3 (62). – С. 40–44.
39. Rust J., Golombok S., Collier J. (1988) Marital problems and sexual dysfunction: how are they related?// Br J Psychiatry; 152: 629–631.
40. Rikiya Taoka, Yoshiyuki Kakehi (2017) The influence of asymptomatic inflammatory prostatitis on the onset and progression of lower urinary tract symptoms in men with histologic benign prostatic hyperplasia //Asian Journal of Urology.; 4; 3. – P. 158.
41. Stanley E., Althof C., McMahon G. (2016) Contemporary Management of Disorders of Male Orgasm and Ejaculation, Urology; 93; 9.
42. Stanley E., Althof C., McMahon G. (2016) Contemporary Management of Disorders of Male Orgasm and Ejaculation, Urology; 93; 9.
43. Kirby M. (2016) Male Sexual Dysfunction. – 143 p.
44. O'Leary M. (2005) Orgasmic Pain and a Detectable PSA Level after Radical Prostatectomy // Rev Urol; 7(4).
45. Ilie C.P., Mischianu D.L., Pemberton R.J. (2007) Painful ejaculation. BJU Int.; Jun;99(6):1335–1339.
46. Francisca E.A., d'Ancona F.C., Meuleman E.J., Debruyne F.M., de la Rosette J.J. (1999) Sexual function following high energy microwave thermotherapy: results of a randomized controlled study comparing transurethral microwave thermotherapy to transurethral prostatic resection // J Urol.; 161: 486–490.
47. Fisch H., Kang Y.M., Johnson C.W., Goluboff E.T. (2002) Ejaculatory duct obstruction. Curr Opin Urol.; 12: 509–15.
48. Barnasa J., Parker M., Guhringa P., Mulhalla J.P. (2005) The Utility of Tamsulosin in the Management of Orgasm-Associated Pain: A Pilot Analysis // European Urology. – Vol. 47, Issue 3. – P. 361–365.
49. Shih-Tsung Huang (2016) Impacts of medical treatments for lower urinary tract symptoms suggestive to benign prostatic hyperplasia on male sexual functions, Urological Science, 27; 1; 3.
50. Marita P., McCabe B., Ira D. et al. (2015) Incidence and Prevalence of Sexual Dysfunction in Women and Men: A Consensus Statement from the Fourth International Consultation on Sexual Medicine. The Journal of Sexual Medicine, 16, 13, 2, 144.
51. Nickel J.C., Elhilali M., Vallancien G. (2005) ALF-ONE Study. Benign prostatic hyperplasia (BPH) and prostatitis: prevalence of painful ejaculation in men with clinical BPH // BJU. – Vol. 95, Issue 4. – P. 571–574.
52. Barnas J., Parker M., Guhring P., Mulhall J.P. (2005) The Utility of Tamsulosin in the Management of Orgasm-Associated Pain: A Pilot Analysis //EU. March. 47; 3; 361–365.
53. Marszalek M. (2007) Symptoms Suggestive of Chronic Pelvic Pain Syndrome in an Urban Population: Prevalence and Associations With Lower Urinary Tract Symptoms and Erectile Function// J. Urol. 177; 5; 1815–1819.
54. Lee S.V.H. et al. (2008) Adverse Impact of Sexual Dysfunction in Chronic Prostatitis/Chronic Pelvic Pain Syndrome. Urology.71; 1; 79–84.
55. Ilie C.P., Mischianu D.L., Pemberton R.J. (2007) Painful ejaculation. BJU Int. Jun;99(6):1335–9.
56. Bancroft J., Loftus J., Long J.S. (2003) Distress about sex: a national survey of women in heterosexual relationships. Arch Sex Behav.; 32: 193–208.
57. Safarinejad M.R. (2006) Safety and efficacy of tamsulosin in the treatment of painful ejaculation: a randomized, double-blind, placebo-controlled study. Int.J. of Impotence Research.; 18, 527–533.
58. Delavieerra D., Sibertbc J., Rigaudel L., Labatd J.J. (2014) L'ўјјaculation douloureuse. Painful ejaculation. 24; 7; 414–420.
59. Reet Mдндar (2013) Microbiota of male genital tract: Impact on the health of man and his partner. Pharmacological Research.; 69; 1; 32.
60. Tran C.N., Shoskes D.A. (2013) Sexual dysfunction in chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. World J Urology. 31, 4, 74.
61. Nickel J.C. Campbell-Walsh Urology, 2012, 327 p.
62. Горпинченко И.И., Спиридоненко В.В. Решение проблемы преждевременной эякуляции в практике уролога //Здоровье мужчины. – 2017. – № 3 (62). – С. 9–13.

Статья поступила в редакцию 13.12.17