

# Синдром постэякуляторной боли и тамсулозин: возможности и перспективы терапии

И.И. Горпинченко, Ю.Н. Гурженко, В.В. Спиридоненко

ГУ «Институт урологии НАМН Украины», г. Киев

**Цель исследования:** оценка клинической эффективности моно- и комбинированной терапии тамсулозином мужчин с хроническим простатитом (ХП) как самостоятельно, так и на фоне доброкачественной гиперплазии предстательной железы (ДГПЖ), осложненным постэякуляторной болью (ПЭБ).

**Материалы и методы.** Исследование проводили в отделе сексопатологии и андрологии ГУ «Институт урологии НАМН Украины» на протяжении 1 года. В исследование были включены результаты амбулаторного лечения 145 мужчин (средний возраст – 31±2,5 года), обратившихся с хроническим абактериальным простатитом (ХАП) и/или ДГПЖ, осложненным болезненной эякуляцией. Пациенты были распределены на три группы. В I группе (n=41) больные получали стандартную терапию (НПВС, фитопрепараты); во II группе (n=72) пациенты получали стандартную терапию с включением тамсулозина (препарат Флосин®, Менарини Груп) в дозе 0,4 мг/сут утром после еды; в III группе (n=32) больные с верифицированным ХАП и ДГПЖ принимали препарат Флосин® 0,4 мг/сут на протяжении 60 дней. Обследование проводили до и спустя 1, 3 и 12 мес от начала лечения.

**Результаты.** Наилучшие результаты показали пациенты II группы, где показатель быстро достигал нормы и сохранялся на высоком уровне в течение 1 года. У лиц I группы он был менее высоким и не сохранялся на нужном уровне в течение всего года, а у пациентов III группы при невысокой начальной оценке демонстрировал хорошие данные в течение года.

**Заключение.** Эффективность традиционной комбинированной терапии синдрома постэякуляторной боли составила 75,6%, монотерапии хронического абактериального простатита и доброкачественной гиперплазии предстательной железы с тамсулозином – 90,1%, а комбинированной терапии с включением тамсулозина – 93,1%, что позволяет рекомендовать использование тамсулозина для лечения указанной выше патологии.

**Ключевые слова:** доброкачественная гиперплазия предстательной железы, синдром постэякуляторной боли, тамсулозин, хронический простатит, лечение.

Боль, ассоциированная с эякуляцией, хоть и встречается не так часто, как дизурия, однако способна резко негативно влиять на сексуальный статус мужчины [1–7]. Термин «постэякуляторная боль» (ПЭБ), аналогичный терминам «дисоргазмия» и «оргазмалгия», включает в себе различные по частоте, силе и характеру болевые характеристики, ассоциированные с моментом эякуляции.

ПЭБ представляет собой малоизученную форму сексуальной дисфункции [22], при наличии которой около 88–90% мужчин испытывают резкое снижение качества жизни [23–26] с нарушением межличностных отношений [27], уменьшением эмоционального и физического удовлетворения [28–30].

Эпидемиология ПЭБ указывает на ее наличие в среднем у 60% мужчин с урологическими заболеваниями (доброка-

чественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ), хронический простатит (ХП), синдром хронической тазовой боли (СХТБ)), в то время как у лиц без патологии данные явления могут встречаться реже – от 1% до 10% [8].

Согласно данным анализа научных работ частота встречаемости ПЭБ различная и составляет в среднем 1–9,7% [21]. С учетом сложностей и корректности эпидемиологических исследований было установлено, что в последние 15–20 лет ХП и сопутствующий ему СХТБ выявляют у 10–15% мужского населения, по поводу чего ежегодно проводится до 2 млн амбулаторных консультаций [34–36].

Крупные международные исследования установили 6,7% встречаемости ПЭБ у мужчин в возрасте старше 50 лет [37]. Повышение частоты диагностики ПЭБ может быть ассоциировано с возрастной морфофункциональной перестройкой в структурах простатовезикулярного комплекса (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.

Основными причинами возникновения ПЭБ являются:

- острый или хронический воспалительный бактериальный/абактериальный процесс в ПВК (простатит, везикулит, калькулезный простатит) [10];
- СХТБ;
- психогенная ПЭБ как вариант тревожного расстройства [11];
- ДГПЖ;
- стриктура мочеиспускательного канала любого генеза и выраженности;
- хронический колликулит;
- различные другие виды инфравезикальной обструкции;
- состояния после оперативного вмешательства, связанные с эндоскопическими технологиями (радикальная простатэктомия, трансуретральная резекция предстательной железы (ПЖ));
- обструкция семявыносящего протока разного генеза [12–17] с частотой азооспермии у 5% пациентов [18];
- прием ряда лекарственных препаратов (селективные ингибиторы обратного захвата серотонина; трициклические антидепрессанты типа кломипрамина, протриптилина, амосапина, 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 половой акт);
- онкологические заболевания ПВК и их осложнения.

Одними из наиболее значимых нозологий в структуре ПЭБ являются ХП и ДГПЖ. Оперативное вмешательство на ПЖ (простатэктомия) способствует развитию нарушения эякуляторной функции от 11% до 14% случаев [13, 22], что сопровождается сохранением болевых ощущений в

течение длительного времени. Это подтверждается наличием высокой ассоциации симптомов нижних мочевых путей (СНМП) с болезненной эякуляцией (25,9%). У мужчин с клиникой СНМП и наличием IPSS (International Prostatic Symptom Score – международная шкала простатических симптомов) <8 баллов симптомы ПЭБ встречались у 15,4%, у пациентов с IPSS 8–19 баллов – у 25,8%, с IPSS >20 баллов – у 34,2% [31].

У лиц после радикальной простатэктомии возможно формирование патологического механизма закрытия шейки мочевого пузыря во время оргазма, что приводит к спазму везико-уретрального анастомоза или дистонии мускулатуры тазового дна [32]. Концепция мышечного спазма подтверждается эффективным устранением дисоргазма с помощью использования  $\alpha$ -адреноблокатора тамсулозина [33].

Несомненную роль в увеличении количества случаев ПЭБ играют воспалительные заболевания ПБВ, повышение которых в мировой популяции отмечают все исследователи [38]. При создании индекса симптомов ХП Национального института здоровья (НИН) наличие эякуляционной боли было зафиксировано у 58% пациентов с ХП, в то время как у лиц с ДППЖ встречаемость ПЭБ была ниже (17%), как и в группе здоровых лиц (4%) [3]. Подтверждением ассоциации ПЭБ с воспалительным генезом заболевания ПБВ являются результаты исследования пациентов с СХТБ [4], у которых в 24% имелась болезненная эякуляция. Высокий уровень ПЭБ (57%) был установлен у мужчин с хроническим бактериальным простатитом (ХБП) категории II или III по классификации НИН [39], а также у мужчин молодого возраста [26].

Существует мнение, что клинические симптомы хронического абактериального простатита (ХАП) и СХТБ могут быть обусловлены обструкцией нижних мочевыводящих путей, вызванной дисфункцией структур шейки мочевого пузыря, наличием стриктуры мочеиспускательного канала, а также дисфункциональным мочеиспусканием с высоким уретральным давлением. Это доказывает высокая встречаемость функциональной обструкции шейки мочевого пузыря (до 1/2 от всех случаев), наличие у более чем 33% пациентов так называемой псевдодиссинергии внутреннего сфинктера, нейрогенная дисфункция с нарушением сократительной способности детрузора (16%) [63].

Известны два гипотетических механизма возникновения ПЭБ [10, 11, 21]. Первый основан на частичной блокаде периферических симпатических адренергических рецепторов. Эффект может возникнуть при применении трициклических антидепрессантов, которые могут нарушить скоординированные сокращения гладких мышц, участвующих в эвакуации спермы, что вызывает болезненные спазмы [45]. Эмпирическое использование монотерапии альфа-блокаторами приводит к снижению симптоматики у многих мужчин с ПЭБ [33]. Длительное плацебо-контролируемое исследование тамсулозина показало хорошую переносимость и безопасность препарата у лиц с оргазм-ассоциированной болью (улучшение у 77% и исчезновение боли у 13% опрошенных).

Вторая теория утверждает, что потенцирование выработки норадреналина может влиять на механизм эякуляции, тем самым вызывая болезненную спастичность, но не может в достаточной мере объяснить развитие болезненной эякуляции на фоне применения тиоридазина.

Недавнее большое когортное исследование, предназначенное для изучения характеристики пациентов с ХП/СХТБ (по данным Collaborative Research Networks Chronic Prostatitis Cohort, США) показало, 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]. Поэтому неудивительно, что сегодня исследованиями была подтверждена высокая ассоциация встречаемости ПЭБ с наличием ХП/СХТБ у мужчин [54].

Терапия ПЭБ отличается сложностью, отсутствием четкого алгоритма последовательных шагов, необходимостью назначения пробных курсов с получением эффекта опытным путем. Пациентам предлагается как монотерапия (тамсулозин, антидепрессанты, нестероидные противовоспалительные средства – НПВС, габапентин и др.), так и комбинации лечебных методов (физиотерапия, иглорефлексотерапия, кинезотерапия, аутоотренинг, психологическая терапия).

Варианты лечения ПЭБ представляют собой различные направления:

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

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

Препаратами первой линии при лечении ПЭБ у лиц с ХБП считаются антибиотики [9], что кардинально отличается от принципов терапии ХАП/СХТБ, где главную роль играют 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 пиловидной пальмы (пальмы Сабаль). Для лечения рефрактерных к указанной выше терапии пациентов могут быть предложены малоинвазивные хирургические вмешательства (трансуретральная микроволновая терапия).

Одна из самых широко используемых в урологии групп препаратов – альфа-адреноблокаторы, из которых наибольшее применение получил специфический блокатор альфа1А и D-адренергических рецепторов в нижних мочевых путях – тамсулозин [27].

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 лиц 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 мнение, что неселективные альфа-адреноблокаторы могут давать более выраженный эффект 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 была не доказана [57]. Несмотря на единичные неудовлетворительные результаты лечения ПЭБ, большинство научных работ указывает на перспективу применения тамсулозина в данных клинических случаях.

Согласно данным некоторых исследователей, применение альфа-адреноблокаторов у лиц с СХТБ и сопутствующей ей ПЭБ, давало хорошие терапевтические результаты [58]. Известно, что эякуляторный акт регулируется  $\alpha$ 1А-адренорецепторами, поэтому применение  $\alpha$ 1А-адреноблокаторов может вызывать проблемы эякуляции [40] в виде снижения объема эякулята.

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  $\alpha$ -адреноблокаторы (тамсулозин) могут снижать симптомы боли (включая ПЭБ), связанные с диагнозом ХП/СХТБ.

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

Считается, что при применении в лечении депрессивных расстройств некоторых антидепрессантов (трициклических – кломипрамин, имипрамин, дезипрамин, протриптилин, амоксапин; селективных ингибиторов обратного захвата серотонина – флуоксетина, венлафаксина, ингибиторов МАО) риск развития ПЭБ достаточно высок, и нет никаких стратегий для лечения этого побочного эффекта кроме уменьшения дозы, отказа от препарата или назначения тамсулозина [29].

В частности, отмечалась эффективность терапии ПЭБ тамсулозином в дозе 0,4 мг/сут у мужчин с ПЭБ на фоне применения ребоксетина в течение 1 нед [29].

По данным исследования 98 мужчин с ПЭБ [27] терапия тамсулозином в дозе 0,4 мг перорально в течение 4 нед в 77% случаев давала положительный результат в виде резкого ее уменьшения, а в 13% – полного исчезновения. Это сочетается с данными некоторых исследователей [33], получивших достоверный положительный эффект терапии тамсулозином в течение 45 дней и указаний на эффективность данного препарата при ПЭБ [62].

**Цель исследования:** оценка клинической эффективности моно- и комбинированной терапии тамсулозином мужчин с ХП как самостоятельно, так и на фоне ДГПЖ, осложненной постэякуляторной болью.

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Исследование проводили в отделе сексопатологии и андрологии ГУ «Институт урологии НАМН Украины» на протяжении 1 года. В исследование были включены результаты амбулаторного лечения 145 мужчин (средний возраст –  $43 \pm 2,5$  года), обратившихся с ранее верифицированным ХАБ как самостоятельно, так и на фоне ДГПЖ, осложненным болезненной эякуляцией.

Пациенты были распределены на три группы:

- I группа (n=41) – больные получали стандартную терапию (НПВС, фитопрепараты);
- II группа (n=72) – пациенты получали стандартную терапию с включением тамсулозина (препарат Флосин®, Менарини Груп) в дозе 0,4 мг/сут утром после еды;
- III группа (n=32) – пациенты с верифицированным ХАБ на фоне ДГПЖ принимали препарат Флосин® в дозе 0,4 мг/сут на протяжении 60 дней.

**Критерии включения в исследование:**

- наличие ХП и/или ДГПЖ в анамнезе;
- наличие боли, ассоциированной с эякуляцией (боль в момент и после семяизвержения);
- информированное согласие пациента на обследование и лечение.

**Критерии исключения из исследования:**

- наличие противопоказаний к применению препарата Флосин® в инструкции производителя или наличие нежелательных явлений после применения тамсулозина в анамнезе;
- наличие специфического бактериального процесса;
- наличие сахарного диабета;
- повышение уровня ПСА  $>4,0$  нг/мл;
- применение эндоскопических вмешательств со стороны нижних мочевых путей в течение 1 года.

Обследование проводили до лечения и спустя 1, 3 и 12 мес от начала терапии. Оно основывалось на профильном стандарте МЗ Украины по нозологии «ХП»: клинический анализ крови, общий анализ мочи, анализы секрета ПЖ – цитологический и микробиологический, ультразвуковое исследование (УЗИ) ПЖ и семенных пузырьков; уровни простатспецифического антигена (ПСА).

Было проведено анкетирование пациентов по следующим критериям:

- IPSS – Международная шкала оценки симптомов нижних мочевых путей;
- QoL – индекс качества жизни, связанный с расстройством мочеиспускания;
- PGI – характеристика впечатлений о возникших в результате терапии изменениях;
- GAQ – вопрос об общей удовлетворенности лечением;
- NIH-CPSI (Chronic Prostatitis Symptom Index) – шкала оценки симптомов ХП.

Обработку результатов исследования проводили с использованием общепринятых статистических методов.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

У пациентов с хроническим воспалительным заболеванием ПЖ осложнение в виде ПЭБ встречается достаточно часто, что является отражением течения инфекционно-воспалительного процесса, затрагивающего морфофункциональные структуры, отвечающие за эякуляцию. Реализация болевых ощущений происходит с помощью нарушения прохождения эякулята, а механизм фармакологической компенсации – за счет снижения активности  $\alpha$ -адренорецепторов.

Через год от начала терапии удалось достичь клинически значимого улучшения у пациентов всех наблюдаемых групп, при этом наиболее выраженный эффект от проведенного лечения отмечался у пациентов II группы.

Так, показатель IPSS в I группе уменьшился с  $17,4 \pm 1,1$  до  $11,2 \pm 0,5$  балла, а во II группе – с  $17,1 \pm 1,2$  до  $6,2 \pm 0,4$  балла. Разница между I и II группами за 1 год лечения достигала степени достоверности  $p < 0,001$ , а между I и III группами –  $p < 0,05$ . При сравнении индексов QoL через 12 мес разница была аналогичной.

Повторное тестирование в динамике по шкале оценки симптомов ХАБ/СХТБ (NIH Chronic Prostatitis Symptom Index, NIH-CPSI) показало более выраженную позитивную динамику показателей, характеризующих уменьшение болезненной эякуляции и связанное с этим повышение качества жизни, в группах с включением тамсулозина.

Согласно данным субъективной и объективной оценки состояния пациента было установлено, что до лечения у всех обследуемых констатировали низкие показатели качества жизни (таблица). Количество пациентов, удовлетворенных терапией, согласно коэффициенту GAQ, во всех группах через 1 год терапии составило соответственно 75,6, 93,1 ( $p < 0,05$  по сравнению с I группой) и 90,6% ( $p < 0,05$  по сравнению с I группой). Показатели в большинстве случаев улучшались на фоне 30-дневного курса лечения. Анализ результатов в группах исследования показал наименьшую эф-

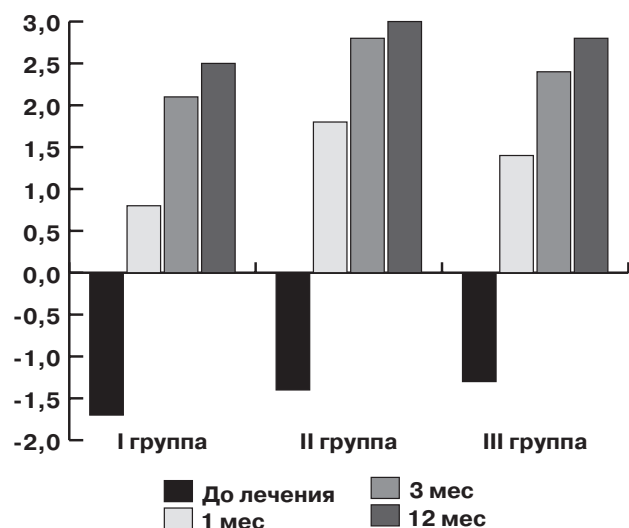
Показатели характеристик выраженности симптомов, связанных с болезненной эякуляцией и качеством жизни

Показатель	I группа, n=41				II группа, n=72				III группа, n=32			
	До лечения	1 мес	3 мес	1 год	До лечения	1 мес	3 мес	1 год	До лечения	1 мес	3 мес	1 год
IPSS (баллы)	17,4±1,1	14,4±0,8	12,4±0,6	11,2±0,5	17,1±1,2	12,7±0,9	9,2±0,5	6,2±0,4	17,9±1,1	14,7±0,9	11,6±0,8	9,8±0,4
QoL (баллы)	4,2±0,5	3,1±0,5	2,5±0,3	1,9±0,2	4,0±0,5	2,7±0,5	2,1±0,4	1,6±0,2	4,2±0,4	3,5±0,4	2,8±0,3	1,9±0,5
NIH-CPSI (баллы)	44,3±4,2	33,3±3,1	24,0±2,1	15,2±1,8	45,9±3,8	25,3±2,5	16,2±1,7	9,3±0,7	41,7±3,6	28,4±2,2	19,7±1,2	12,4±1,2
PGI (баллы)	-1,7	0,8	2,1	2,5	-1,4	1,8	2,8	3,0	-1,3	1,4	2,4	2,8
GAQ (абс +/-*)	-	21/20	28/11	31/8	-	49/23	62/10	67/4	-	21/11	27/5	29/3
GAQ, % удовлетворенных терапией	-	51,2%	68,3%	75,6%	-	68,1%	86,1%	93,1%	-	65,6%	84,4%	90,1%

Примечание: \* – количество положительных/отрицательных ответов.

фективность терапии у лиц I группы, где проводили традиционную консервативную терапию без α-адреноблокаторов. Наилучшими в исследовании можно назвать результаты комбинации традиционной противовоспалительной терапии с тамсулозином у пациентов II группы, где процент положительной динамики был максимальным. У лиц III группы процент положительных результатов был значительным с необходимостью дальнейшего проведения монотерапии тамсулозином, учитывая явления ДГПЖ. Это указывает на перспективность моно- или комбинированной терапии тамсулозином в коррекции ПЭБ.

По данным, полученным в контрольных сроках исследования, было установлено, что «Показатель характеристики впечатлений о возникших в результате терапии изменениях» в баллах (PGI) у пациентов демонстрировал максимальное улучшение во II группе (рисунок).



Характеристики впечатлений о возникших в результате терапии изменениях в баллах (PGI)

При изучении характеристики впечатлений о возникших в результате терапии изменениях в баллах (PGI) через 12 мес показатели были соответственно 2,5, 3,0 и 2,8 балла при разнице между I та II группами  $p < 0,05$ . Наилучшие результаты показали пациенты II группы, где показатель быстро достигал нормы и сохранялся на высоком уровне в течение 1 года. У лиц I группы он был менее высоким и не сохранялся на нужном уровне в течение всего года, а у пациентов III группы при невысокой начальной оценке демонстрировал хорошие данные в течение года.

Повышение частоты встречаемости ПЭБ у пациентов с ХАП/СХТБ указывает также и на высокую ассоциацию СНМП с ПЭБ. Связь редукции последней с уменьшением выраженности клиники ХАП/СХТБ и ДГПЖ характеризует вторичный генез таких болевых ощущений, что дает надежду на исчезновение (или уменьшение) симптомов болезненной эякуляции при проведении комплексного лечения с α-адреноблокатором. Будучи одним из немногих препаратов, влияющих на снижение болевых ощущений при эякуляции, тамсулозин также является несомненным лидером в консервативной терапии СНМП и их осложнений.

Это дает возможность согласиться с общепризнанным мнением о положительном влиянии тамсулозина на достоверное уменьшение или ликвидацию синдрома посторгастической боли с сохранением стойкого эффекта, что позволяет нам широко рекомендовать данный вид лечения в урологической практике.

### ВЫВОДЫ

1. Постэякуляторная боль (ПЭБ) часто ассоциируется с хроническим воспалительным процессом в простатовезикулярном комплексе, негативно влияет на сексуальный статус мужчины и значительно снижает качество жизни.
2. Терапия ПЭБ отличается сложностью, необходимостью назначения пробных курсов, часто с получением эффекта опытным путем.
3. Установлено, что эффективность традиционной комбинированной терапии синдрома ПЭБ составила 75,6%, монотерапии с тамсулозином у пациентов с ДГПЖ – 90,6%, а комбинированной терапии с включением тамсулозина – 93,1%, что позволяет рекомендовать использование тамсулозина для лечения пациентов с вышеуказанной патологией.

**Синдром післяеякуляторного болю і тамсулозин: можливості та перспективи терапії****I.I. Горпинченко, Ю.М. Гурженко, В.В. Спиридоненко****Syndrome of postejaculation pain and tamsulosin: opportunities and prospects of therapy****I. Gorpinchenko, Y. Gurzhenko, V. Spiridonenko**

**Мета дослідження:** оцінювання клінічної ефективності моно- і комбінованої терапії тамсулозином чоловіків з хронічним простатитом (ХП) як самостійно, так і на тлі доброякісної гіперплазії передміхурової залози (ДГПЗ), ускладненим постеякуляторним болем (ПЕБ).

**Матеріали та методи.** Дослідження проводили у відділі сексопатології та андрології ДУ «Інститут урології НАМН України» протягом 1 року. У дослідження було включено результати амбулаторного лікування 145 чоловіків (середній вік – 31±2,5 року), які звернулися з хронічним абактеріальним простатитом (ХАП) та/або доброякісною гіперплазією передміхурової залози (ДГПЗ), ускладненим болючою еякуляцією. Пацієнти були розподілені на три групи. У I групі (n=41) хворі отримували стандартну терапію (нестероїдні протизапальні засоби, фітопрепарати); у II групі (n=72) пацієнти отримували стандартну терапію з включенням активної речовини (препарат Флосін®, Менаріні Груп) у дозі 0,4 мг/добу вранці після їди; у III групі (n=32) пацієнти з верифікованим ХАП та ДГПЗ вживали препарат Флосін® 0,4 мг/добу протягом 60 днів. Обстеження проводили до і через 1, 3 та 12 міс від початку лікування.

**Результати.** Найкращі результати показали пацієнти II групи, де показник швидко досягав норми і зберігався на високому рівні протягом 1 року. В осіб I групи він був менш високим і не зберігався на потрібному рівні протягом усього року, а у пацієнтів III групи при невисокій початковій оцінці демонстрував хороші дані протягом року.

**Заключення.** Ефективність традиційної комбінованої терапії синдрому постеякуляторного болю становила 75,6%, монотерапії хронічного абактеріального простатиту та/або доброякісної гіперплазії передміхурової залози з тамсулозином – 90,1%, а комбінованої терапії з включенням тамсулозину – 93,1%, що дозволяє рекомендувати використання тамсулозину для лікування зазначеної вище патології.

**Ключові слова:** доброякісна гіперплазія передміхурової залози, синдром постеякуляторного болю, тамсулозин, хронічний простатит, лікування.

**The objective:** The study is devoted to the evaluation of the clinical efficacy of mono- and combination therapy with tamsulosin in men with chronic prostatitis (CP), both independently and on the background of benign prostatic hyperplasia (BPH) complicated by post-ejaculation pain (PEP).

**Materials and methods.** The study was conducted in the Department of Sexual Pathology and Andrology of the DU «Institute of Urology of NAMS of Ukraine» for 1 year. The study included results of outpatient treatment in 145 males (mean age 31±2,5 years) who had a chronic abacaviral prostatitis and/or benign prostatic hyperplasia complicated by painful ejaculation. Patients were divided into three groups: in group I (n=41) patients received standard therapy (nonsteroidal anti-inflammatory drugs, phytopreparations); Group II included patients (n=72) who took standard therapy with tamsulosin inclusion (Flosin®, Menarini Group) at a dose of 0,4 mg/day in the morning, after eating. The third group included patients with verified HAP and BPH (n=32) who received Flosin® 0,4 mg/day in monotherapy for 60 days. The examination was carried out before and after 1, 3 and 12 months after the start of treatment.

**Results.** The best results were shown in group II patients, where the indicator quickly reached the norm and remained at a high level for 1 year. In individuals of group I, it was less high and did not remain at the desired level throughout the year, while in group III patients, with a low initial evaluation, showed good data throughout the year.

**Conclusion.** The effectiveness of traditional combined therapy of post-ejaculation pain syndrome was 75,6%, monotherapy of chronic abacterial prostatitis and benign prostatic hyperplasia with tamsulosin – 90,1%, and combination therapy with tamsulosin – 93,1%, which allows us to recommend the use of tamsulosin for the treatment of the above pathology.

**Key words:** benign prostatic hyperplasia, post-ejaculation pain syndrome, tamsulosin, chronic prostatitis, treatment.

**Сведения об авторах**

**Горпинченко Игорь Иванович** – ГУ «Інститут урології НАМН України», 04053, г. Киев, ул. В. Винниченко, 9а. E-mail: [sexology@sexology.kiev.ua](mailto:sexology@sexology.kiev.ua)

**Гурженко Юрий Николаевич** – ГУ «Інститут урології НАМН України», 04053, г. Киев, ул. В. Винниченко, 9а. E-mail: [7espoir@rambler.ru](mailto:7espoir@rambler.ru)

**Спиридоненко Владимир Владимирович** – ГУ «Інститут урології НАМН України», 04053, г. Киев, ул. В. Винниченко, 9а. E-mail: [bro-vladimir@yandex.ua](mailto:bro-vladimir@yandex.ua)

**СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ**

- Pescatori E.S.; Pirozzi F. (2009) Eiaculazione dolorosa: una rassegna. Urologia. Vol. 76 Issue 4, P. 230–235.
- Mah K., Binik Y.M. (2001) The nature of human orgasm: a critical review of major trends// Clin Psychol Rev.; 21: 823–856.
- Helgason A.R., Fredrikson M., Adolffson 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.
- Helgason A.R., Adolffson J., Dickman P. et al. (1997) Factors associated with waning sexual function among elderly men and prostate cancer patients// J Urol.; 158: 155–159.
- Rust J., Golombok S., Collier J. (1988) Marital problems and sexual dysfunction: how are they related? //Br J Psychiatry.; 152: 629–631.
- Hartman L.M. (1983) Effects of sex and marital therapy on sexual interaction and marital happiness. J Sex Marital Ther.; 9: 137–151.
- 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. Vol.47, Issue 3, P. 361–365.
- Lacroix P., Hubeaux K., Raibaut P., Amarengo G. (2007) Éjaculation douloureuse // Pelvi-périnéologie. December. Vol. 2, Issue 4, P. 356–359.
- Murphy A.B., Macejko A., Taylor A., Nadler R.B. (2009) Chronic prostatitis: management strategies. Drugs; 69 (1):71–84.
- 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, PP. 542–547.
- Kaplan H. Post-ejaculatory pain syndrome (1993)// J. Sex & Marital Ther. Vol. 19. Issue 2, PP. 91–103.
- 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.
- Barnas J.L., Pierpaoli S., Ladd P. et al. (2004) The prevalence and nature of orgasmic dysfunction following radical prostatectomy. BJU Int., in press.
- Steg A., Zerbib M., Conquy S. (1988) Sexual disorders after an operation for benign prostatic hypertrophy. Ann Urol (Paris); 22: 129–133.
- Pryor J.P., Hendry W.F. (1991) Ejaculatory duct obstruction in subfertile males: analysis of 87 patients. Fertil Steril.; 56: 725–30.
- Goldwasser B.Z., Weinert J.L., Carson C.C. (1985) Ejaculatory duct obstruction: the case for aggressive diagnosis and treatment. J Urol.; 134: 964–6.
- Fisch H., Kang Y.M., Johnson C.W., Goluboff E.T. (2002) Ejaculatory duct obstruction. Curr Opin Urol.; 12: 509–15.
- 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.
- Paick J.S., Kim S.H., Kim S.W. (2000) Ejaculatory duct obstruction in infertile men. BJU Int.; 85: P. 720–724.
- Johnson C.W., Bingham J.B., Goluboff T.T., Fisch H. (2005) Transurethral re-

- section 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 І.І., 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 // *Здоров'я мужчини.* – 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., Pember-ton 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., Guhring 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, PP. 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*, 2016, 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 Int.* Vol. 95, Issue 4. PP. 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., Pember-ton 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. Delavierrea D., Sibertbc J., Rigaudde L., Labatd J.J. (2014) L'éjaculation douloureuse. *Painful ejaculation*. 24; 7; 414–420.
  59. Reet Mändar (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 І.І., Спиридоненко В.В. Решение проблемы преждевременной эякуляции в практике уролога (2017). *Здоров'я мужчини.* – № 3 (62). – С. 9–13.
  63. Сивков А.В., Толстова С.С., Егоров А.А., Ромих В.В. Роль комбинированного уродинамического исследования в диагностике нарушений мочеиспускания у пациентов с хроническим простатитом моложе 50 лет. В сб.: *Современные принципы диагностики и лечения хронического простатита.* – Курск, 2000. – С. 145–6.

Статья поступила в редакцию 31.05.2018