



ГБОУ ВПО ПЕРВЫЙ МГМУ ИМЕНИ И.М. СЕЧЕНОВА

АССОЦИАЦИЯ СПЕЦИАЛИСТОВ КОНСЕРВАТИВНОЙ
ТЕРАПИИ В УРОЛОГИИ «АСПЕКТ»

АСПЕКТ

ЛЕЧЕНИЕ ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ И РАССТРОЙСТВ МОЧЕИСПУСКАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ПРОСТАТИТОМ И ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИЕЙ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ



Профессор *Винаров А.З.*



Профессор *Ахвеледиани Н.Д.*

МОСКВА-ЯРОСЛАВЛЬ - 2015



СТАТИСТИЧЕСКАЯ ВЗАИМОСВЯЗЬ ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ (ЭД) И ХРОНИЧЕСКОГО ПРОСТАТИТА (ХП)

- ✓ ЭД диагностирована у 34% из 399 больных ХП.¹
- ✓ Нарушения эрекции отмечены у 67% из 296 пациентов с хроническим воспалением предстательной железы и синдромом хронический тазовой боли (СХТБ). При этом выявлена значимая корреляция между выраженностью симптомов ХП/СХТБ и ЭД.²
- ✓ Анкетирование 1765 жителей Вены с помощью опросника NIH-CPSI показало, что выраженные симптомы (более 30 баллов) простатита увеличивают риск эрекционных нарушений в 8,3 раза.³
- ✓ Обследование 3194 мужчин позволило установить, что ХП/СХТБ встречается значимо чаще среди больных ЭД (8.6 % против 2.5 %, $p < 0.001$) нежели в группе пациентов с ненарушенной эрекцией. Кроме того, доказано, что ХП/СХТБ является независимым фактором, увеличивающим риск нарушений эрекции в 3,6 раз.⁴

1. Trinchieri A, Magri V, Cariani L, et al. Prevalence of sexual dysfunction in men with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. Arch Ital Urol Androl. 2007;79:67–70.
2. Lee SW, Liong ML, Yuen KH, et al. Adverse impact of sexual dysfunction in chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. Urology. 2008;71:79–84.
3. Marszalek M, Wehrberger C, Hochreiter W, et al. Symptoms suggestive of chronic pelvic pain syndrome in an urban population: prevalence and associations with lower urinary tract symptoms and erectile function. J Urol. 2007;177:1815–9.
4. Chung SD, Keller JJ, Lin HC. A case–control study on the association between chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome and erectile dysfunction. BJU Int. 2012 (epub)



ПСИХОГЕННЫЕ ФАКТОРЫ ЭД ПРИ ХП

- ✓ В общей популяции 7372 мужчин ЭД диагностирована у 17% обследованных. Среди 771 пациента с СХТБ нарушения эрекции выявлялись в 33% наблюдений. Но у 370 мужчин с подтвержденным ХП ЭД диагностирована в 35% случаев. Таким образом, подтверждено, что симптоматика простатита оказывает угнетающее психогенное влияние на эректильную функцию респондентов.¹
- ✓ У молодых пациентов боль при ХП обуславливает склонность к «катастрофическому» восприятию болезни, симпатикотонии и ЭД.²
- ✓ При ХП отмечается тенденция к гипогонадизму. Дефицит андрогенов приводит к снижению либидо – главной мотивационной составляющей эрекции.^{3,4}

1. Hao ZY, Li HJ, Wang ZP et al. The prevalence of erectile dysfunction and its relation to chronic prostatitis in Chinese men. J Androl. 2011 Sep-Oct;32(5):496-501.
2. Nickel JC, Tripp DA, Chuai S, et al. Psychosocial variables affect the quality of life of men diagnosed with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. BJU Int. 2008;101:59–64
3. Вакина Т.Н., А.М. Шутов, С.В. Шалина, Е.Г., Зиновьева, И.П. Киселев. Дегидроэпиандростерон и половая функция у мужчин с хроническим простатитом. // "Урология", №1, 2003. – с.49-52.



ЭНДОКРИННЫЕ ФАКТОРЫ ЭД ПРИ ХП

- ✓ Частое употребление анальгетиков при симптоматических формах ХП и СХТБ способствует развитию андрогенодефицита, что влияет на синтез NO в кавернозной ткани полового члена и обуславливает ЭД.^{1,2}

1. Daniell HW. Hypogonadism in men consuming sustained-action oral opioids. J Pain. 2002;3:377–84.
2. Вакина Т.Н., А.М. Шутов, С.В. Шалина, Е.Г., Зиновьева, И.П. Киселев. Дегидроэпиандростерон и половая функция у мужчин с хроническим простатитом. // "Урология", №1, 2003. – с.49-52.



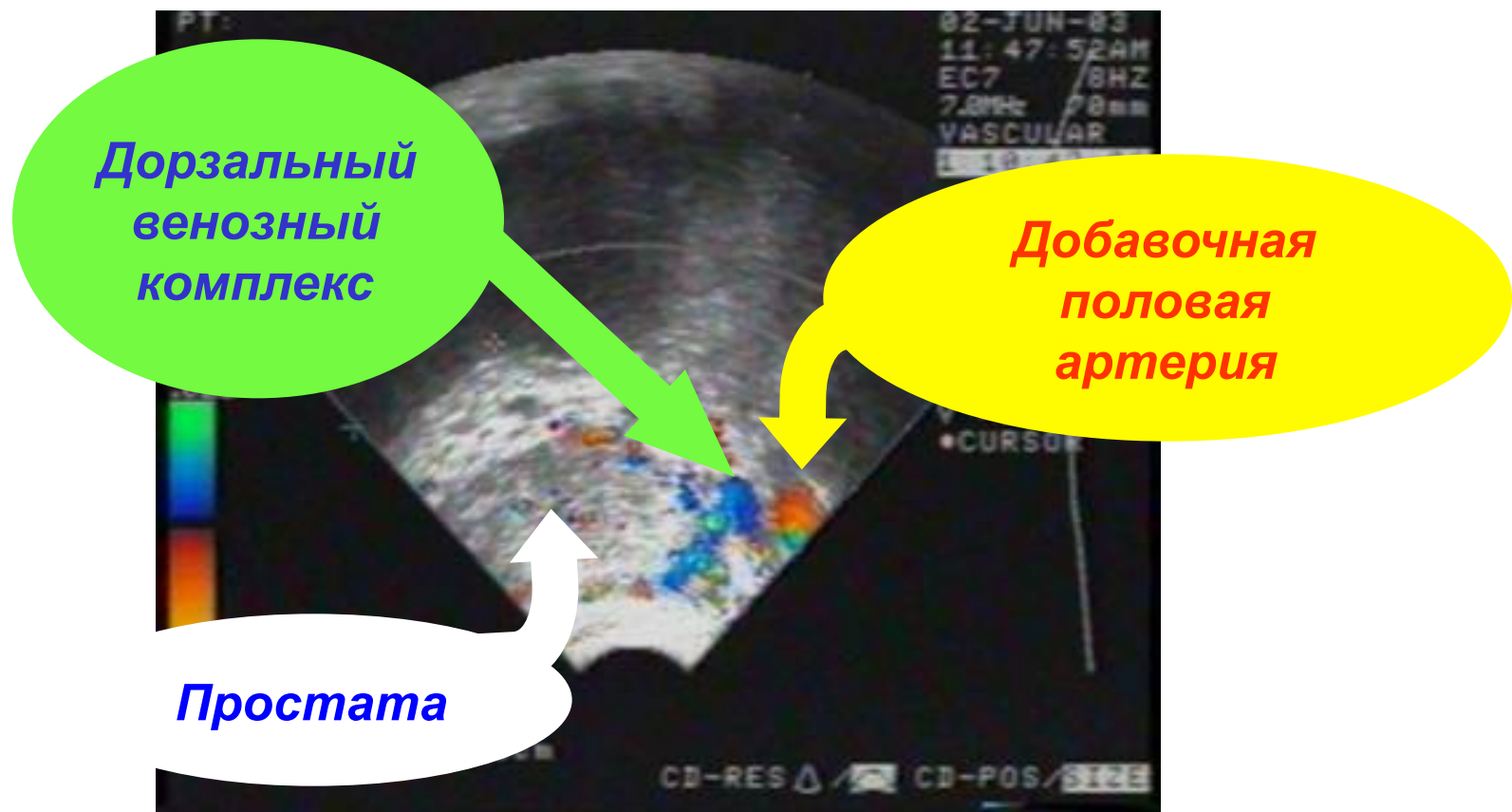
ВАСКУЛОГЕННЫЕ ФАКТОРЫ ЭД ПРИ ХП

- ✓ **Эндотелиальная дисфункция, возникающая в условиях дефицита NO при ХП/СХТБ, приводит к нарушениям эрекции.¹**
- ✓ **Спазм мышц тазового дна, наблюдаемый у 50% больных ХП/СХТБ, обуславливает снижение артериальной перфузии полового члена и ЭД.²**
- ✓ **Вызванный хроническим воспалением простаты спазм дополнительных половых артерий (ДПА), выявляемых почти у 70% мужчин, вызывает недостаточный приток артериальной крови в кавернозную ткань и снижает эректильную функцию пациентов.³**

1. Rubinshtein R, Kuvin JT, Soffler M, et al. Assessment of endothelial function by non-invasive peripheral arterial tonometry predicts late cardiovascular adverse events. Eur Heart J. 2010;31:1142–8.
2. Shoskes DA. The challenge of erectile dysfunction in the man with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. Curr Urol Rep. 2012 Aug;13(4):263-7.
3. Shoskes DA, Berger R, Elmi A, et al. Muscle tenderness in men with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: the chronic prostatitis cohort study. J Urol. 2008;179:556–60.



ТРАНСРЕКТАЛЬНАЯ ФАРМАКОДОППЛЕРОГРАФИЯ ДПА



1. Аляев Ю.Г. и соавт., Андрология и генитальная хирургия. №3-4. 2003. С.50-52.



ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ ДОБАВОЧНЫХ ПОЛОВЫХ И КАВЕРНОЗНЫХ АРТЕРИЙ ДО И ВО ВРЕМЯ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКОЙ ЭРЕКЦИИ (n=37)

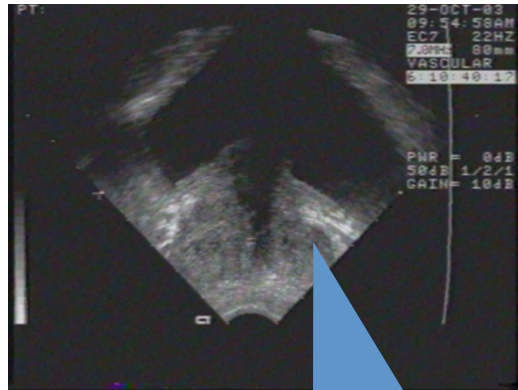
	Средние значения гемодинамических параметров функционально значимых для эрекции артерий		
	Диаметр (мм)	Индекс резистентности	Пиковая систолическая скорость (см/сек)
ДПА			
до эрекции	1,5±0,5	1,02±0,2	21±7
во время эрекции	2,4±0,7	0,6±0,1	39±18
Кавернозные артерии			
до эрекции	0,9±0,3	0,98±0,2	19±6
во время эрекции	1,4±0,5	0,56±0,05	32±7

1. Аляев Ю.Г. и соавт., Андрология и генитальная хирургия. №3-4. 2003. С.50-52.



КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Трансректальное
ультразвуковое
исследование
простаты (В-режим)

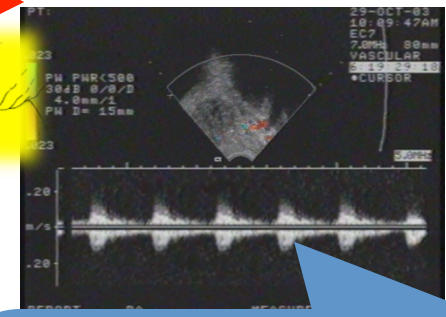
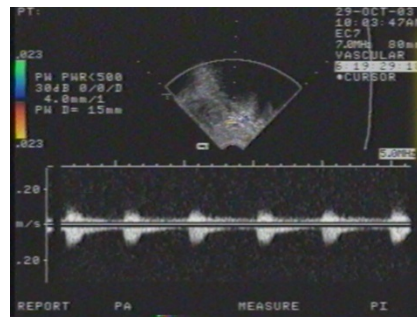


Неровность
капсулы
железы

Трансректальная
фармакоэходоплерография ДПА в
цветном и спектральном режимах



Введение
ПГЕ1



Недостаточный
прирост
артериальной
перфузии в ДПА
после
фармакологической
нагрузки

Больной К., 37 лет, и.б. 12252. В анамнезе ХБП в течение последних 9 лет. Жалобы при поступлении на расстройства эрекции. При фармакоэходоплерографии сосудов полового члена выявлена артериогенная форма эректильной дисфункции.

ВЛИЯНИЕ РАЗНЫХ ФАКТОРОВ НА ВОЗНИКНОВЕНИЕ ЭД ПРИ ХП

Фактор	Унивариантный анализ			Мультивариантный анализ		
	Относительный риск (ОР)	95%-довe- рительный интервал (95% ДИ)	Критерий досто- верности (p)	ОР	95% ДИ	p
Продол- житель- ность СИМПТОМОВ	3,11	1,018-5,417	0,011	1,418	0,415-3, 006	0,125
NIH-CPSI	3,65	2,030-5,832	0,008	2,088	0,701-3, 212	0,104
Объем простаты	2,362	1,133-4,204	0,071	1,21	0,557-3, 104	0,15
Гипертонус мышц таза	3,722	2,172-5,540	0,006	2,158	0,726-3, 819	0,102
Кальцифи- каты простаты	5,583	3,704-8,190	<0,001	3,632	2,405-5, 822	<0,001

1. Zhao Z(1), Xuan X, Zhang J, He J, Zeng G. A prospective study on association of prostatic calcifications with sexual dysfunction in men with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome (CP/CPPS). J Sex Med. 2014 Oct;11(10):2528-36.

ЛЕЧЕНИЕ ЭД У БОЛЬНЫХ ХП

- ✓ Комбинированное лечение фторхинолонами и макролидами хронического бактериального простатита (ХБП) II категории по классификации NIH у 59 пациентов с ЭД позволило нормализовать эрекцию в 37,3% наблюдений.¹
- ✓ Лечение тамсулозином в варианте монотерапии и комбинированного назначения с силденафилом у больных ЭД на фоне хронического бактериального простатита (ХБП) III категории по классификации NIH приводит к одинаково значимому улучшению показателей IIEF-5, NIH-CPSI, IPSS и IPSS-QOL.²
- ✓ Применение монотерапии силденафилом у пациентов с ЭД на фоне бессимптомного хронического простатита (IV категории по классификации NIH) приводило только к значимому улучшению эрекции при анкетировании по IIEF-5, но не сопровождалось достоверной динамикой показателей IPSS, IPSS-QOL, NIH-CPSI, а так же объема остаточной мочи и Qmax.³

1. Magri V, Montanari E, Škerk V et al. Fluoroquinolone-macrolide combination therapy for chronic bacterial prostatitis: retrospective analysis of pathogen eradication rates, inflammatory findings and sexual dysfunction. Asian J Androl. 2011 Nov;13(6):819-27.
2. Cantoro U, Catanzariti F, Lacetera et al. Comparison of tamsulosin vs tamsulosin/sildenafil effectiveness in the treatment of erectile dysfunction in patients affected by type III chronic prostatitis. Arch Ital Urol Androl. 2013 Sep 26;85(3):109-12.
3. Eryildirim B, Aktas A, Kuyumcuoglu U et al. The effectiveness of sildenafil citrate in patients with erectile dysfunction and lower urinary system symptoms and the significance of asymptomatic inflammatory prostatitis. Int J Impot Res. 2010 Nov-Dec;22(6):349-54.



***В ИССЛЕДОВАНИИ ПРИНЯЛО УЧАСТИЕ 103 БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАНИЕМ
ЭД И ХБП В СРЕДНЕМ ВОЗРАСТЕ ОТ 29 ДО 54 ЛЕТ (СРЕДНИЙ ВОЗРАСТ
35,3±7,2 ЛЕТ).***

ДИЗАЙН И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Исходное обследование:

1. анкетирование по шкалам NIH-CPSI и IIEF-5.
2. 2-х порционная проба мочи [J.C.Nickel et al., 1997].



**1 МЕСЯЦ
ТЕРАПИИ**

**1 группа (n=32)
левофлоксацин
(500 мг/сут)**

**2 группа (n=34)
левофлоксацин
(500 мг/сут) +
тадалафил
(5 мг/сут) ежедневно**

**3 группа (n=37)
левофлоксацин
(500 мг/сут)+
варденафил
10 мг
«по потребности»
(не менее 2 раз в неделю)**



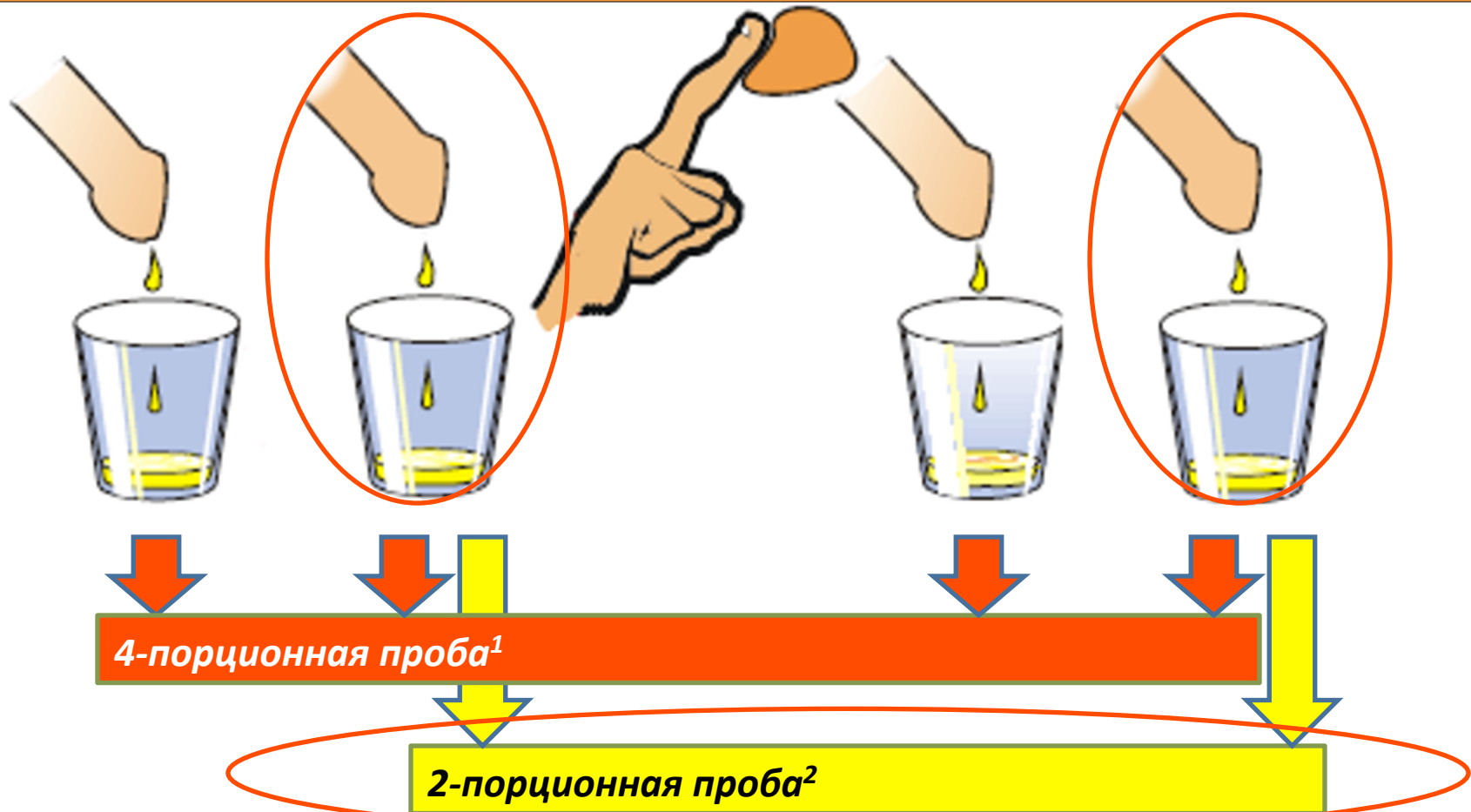
1 МЕСЯЦ НАБЛЮДЕНИЯ



Контрольное обследование:

1. анкетирование по шкалам NIH-CPSI и IIEF-5.
2. 2-х порционная проба мочи [J.C.Nickel et al., 2006].

МНОГОПОРЦИОННЫЕ ПРОБЫ МОЧИ



Каждая из полученных порций подвергается бактериологическому посеву и исследованию на количество лейкоцитов.

1. Meares E.M., Stamey T.A. Bacteriologic localization patterns in bacterial prostatitis and urethritis. Invest Urol. 1968 Mar;5(5):492-518.

2. Nickel J.C. The Pre and Post Massage Test (PPMT): a simple screen for prostatitis. Tech Urol. 1997 Spring;3(1):38-43.



ДИЗАЙН И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Исходное обследование:

1. анкетирование по шкалам NIH-CPSI и IIEF-5.
2. 2-х порционная проба мочи [J.C.Nickel et al., 1997].



1 группа (n=32)
левофлоксацин
(500 мг/сут)

2 группа (n=34)
левофлоксацин
(500 мг/сут) +
тадалафил
(5 мг/сут) ежедневно

3 группа (n=37)
левофлоксацин
(500 мг/сут)+
варденафил
10 мг
«по потребности»
(не менее 2 раз в неделю)



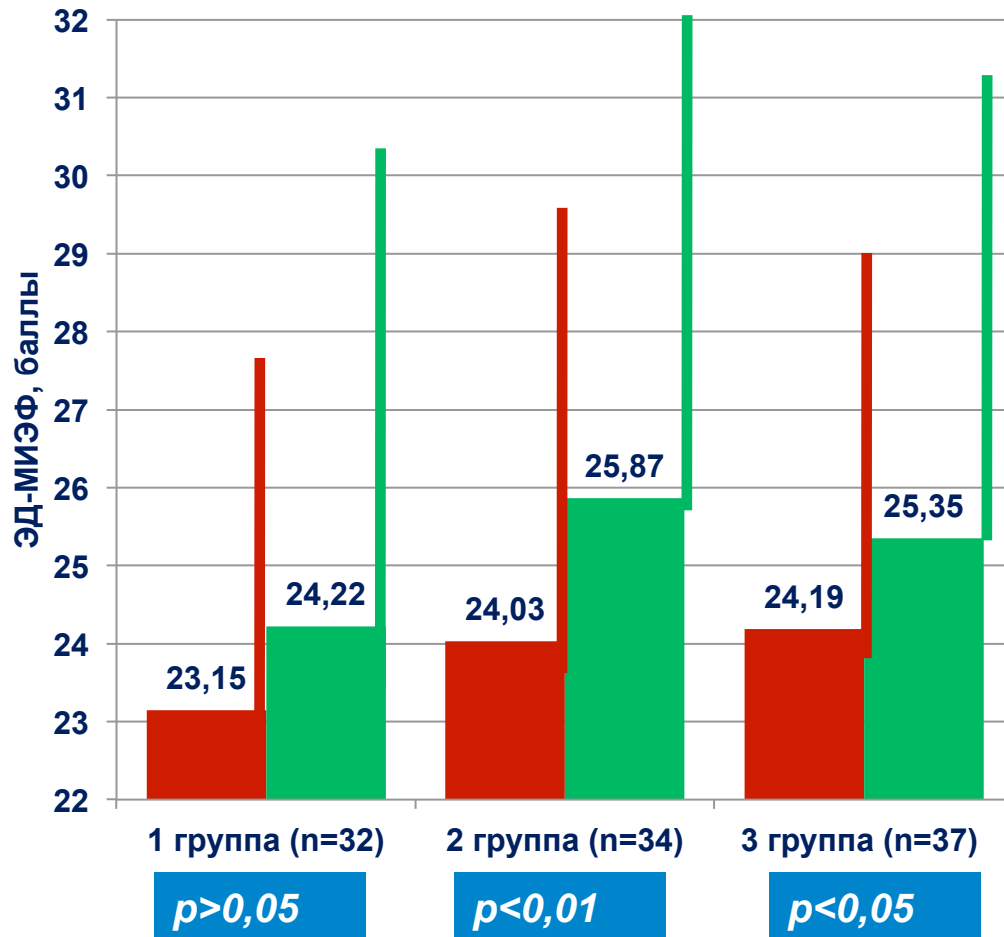
1 МЕСЯЦ НАБЛЮДЕНИЯ



Контрольное обследование:

1. анкетирование по шкалам NIH-CPSI и IIEF-5.
2. 2-х порционная проба мочи [J.C.Nickel et al., 2006].

БАЛЛ ИЕФ-5 У БОЛЬНЫХ 1-3 ГРУПП ДО И ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ

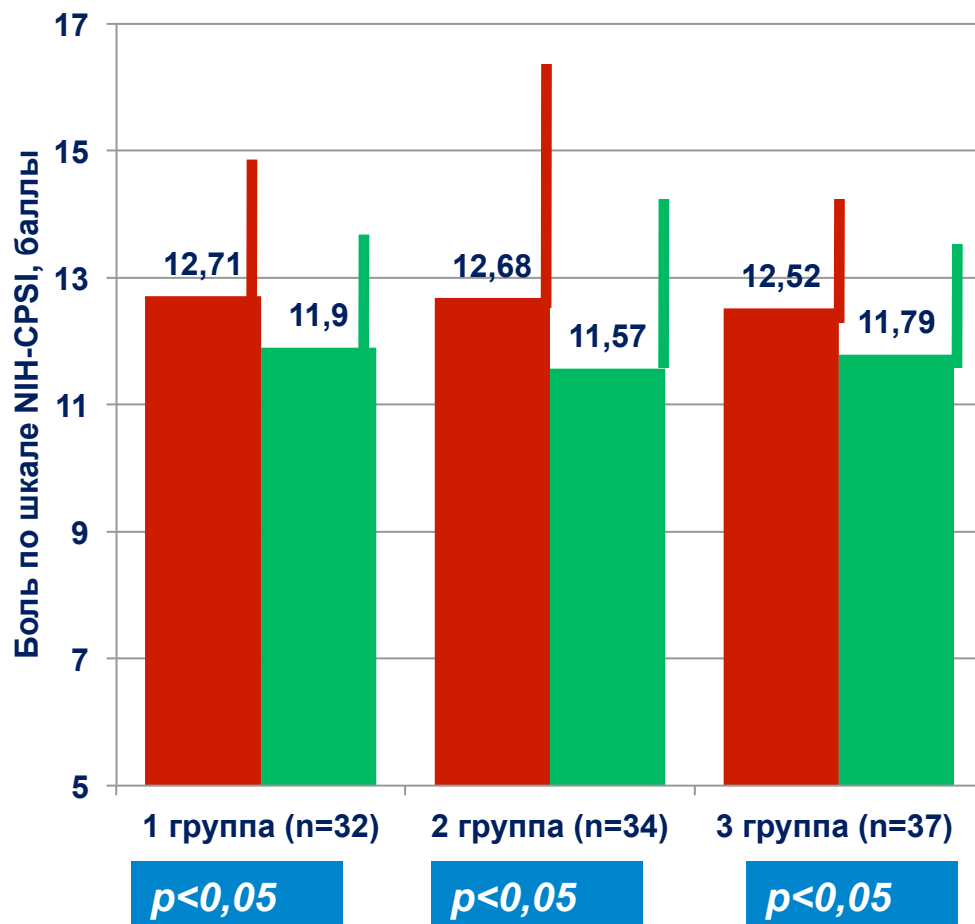


1 группа (левофлоксацин 500 мг/сут)
2 группа (левофлоксацин 500 мг/сут+ тадалафил 5 мг/сут)
3 группа (левофлоксацин 500 мг/сут+ варденафил 10 мг «по потребности» не менее 2 раз в неделю)

■ Исходно

■ Через 1 месяц после лечения

ПОКАЗАТЕЛЬ БОЛИ ШКАЛЫ NIN-CPSI У БОЛЬНЫХ 1-3 ГРУПП ДО И ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ



1 группа (левофлоксацин 500 мг/сут)

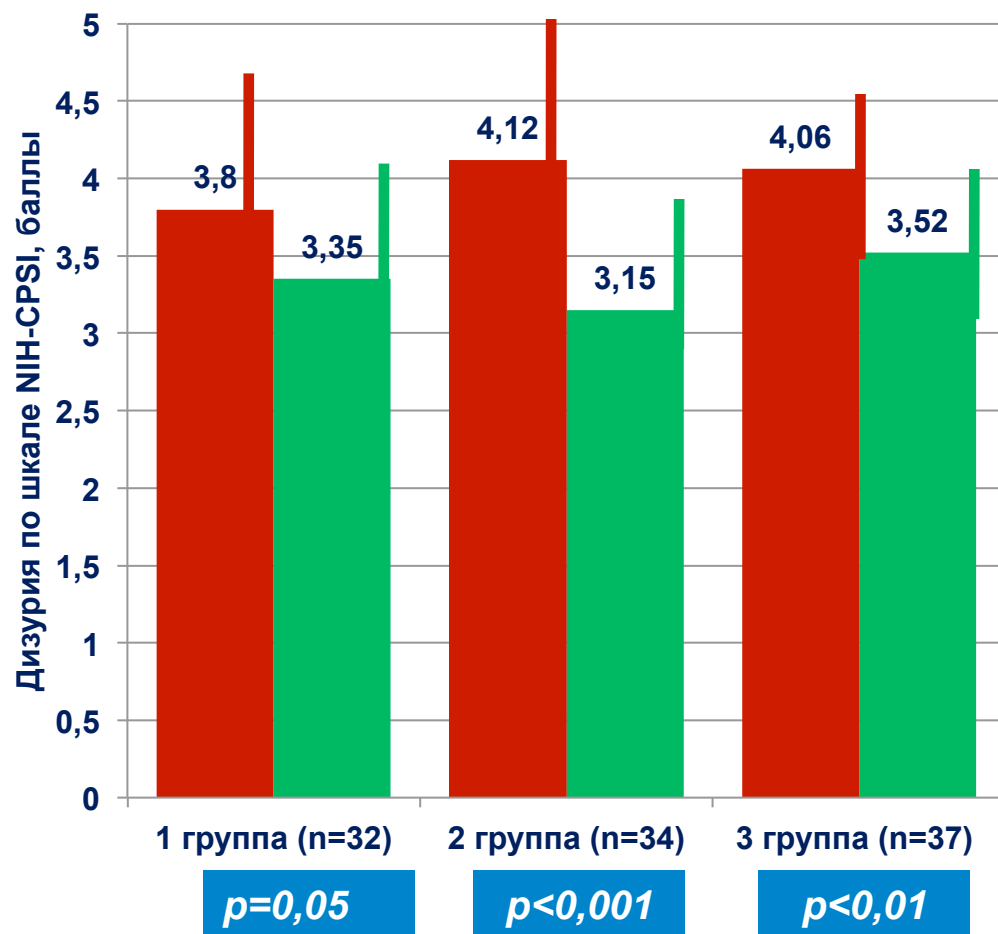
2 группа (левофлоксацин 500 мг/сут+ тадалафил 5 мг/сут)

3 группа (левофлоксацин 500 мг/сут+ вardenafil 10 мг «по потребности» не менее 2 раз в неделю)

■ Исходно

■ Через 1 месяц после лечения

ПОКАЗАТЕЛЬ ДИЗУРИИ ШКАЛЫ NIH-CPSI У БОЛЬНЫХ 1-3 ГРУПП ДО И ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ



1 группа (левофлоксацин 500 мг/сут)

2 группа (левофлоксацин 500 мг/сут+ тадалафил 5 мг/сут)

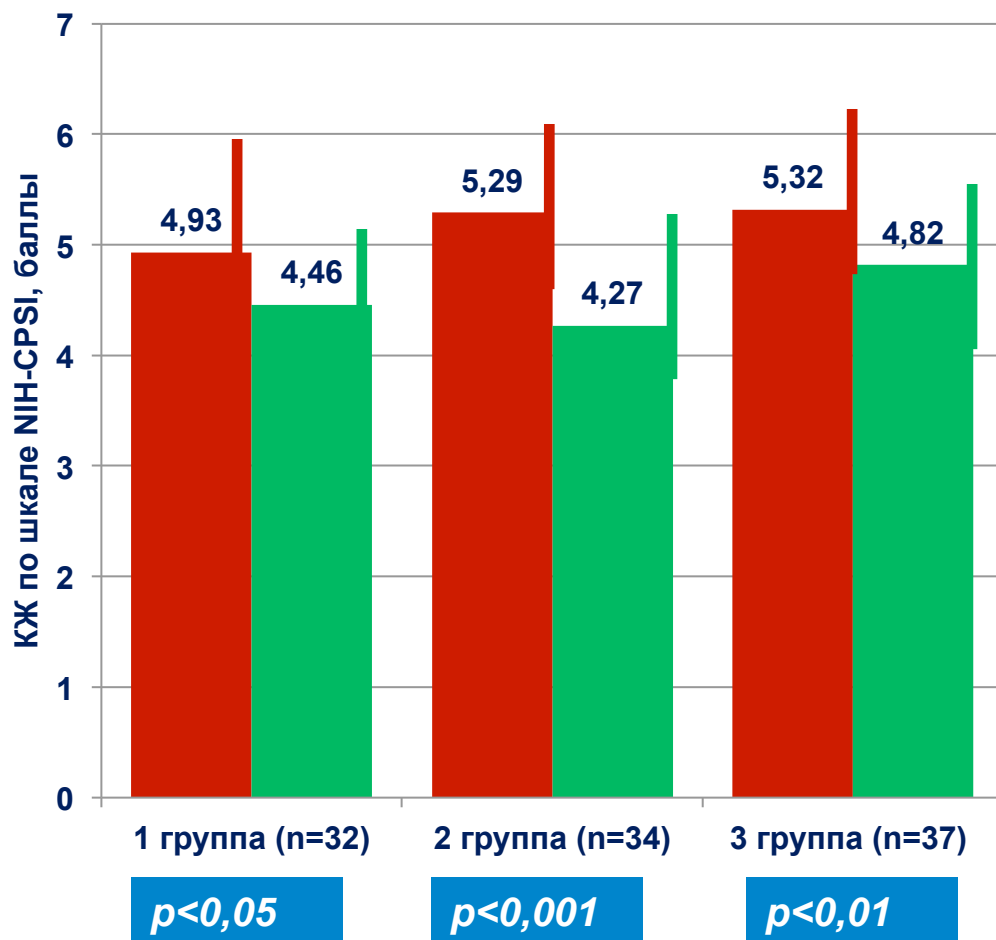
3 группа (левофлоксацин 500 мг/сут+ варденафил 10 мг «по потребности» не менее 2 раз в неделю)

■ Исходно

■ Через 1 месяц после лечения

Выраженность дизурических явлений у 30 (88.2%) пациентов 2 группы уменьшилась преимущественно за счет ирритативной симптоматики (ответ на 6 вопрос шкалы NIH-CPSI)

ПОКАЗАТЕЛЬ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ (КЖ) ШКАЛЫ NIH-CPSI У БОЛЬНЫХ 1-3 ГРУПП ДО И ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ



1 группа (левофлоксацин 500 мг/сут)

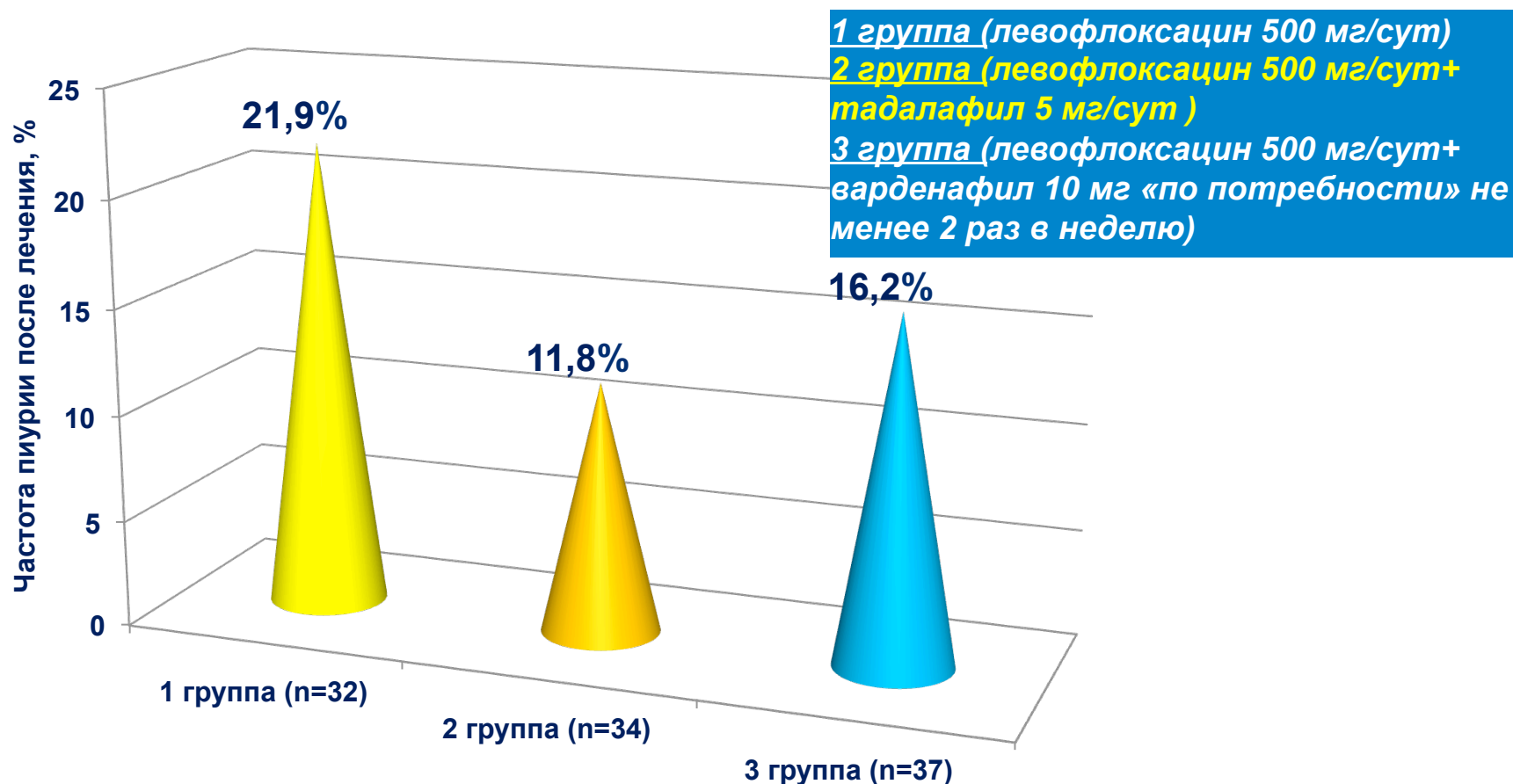
2 группа (левофлоксацин 500 мг/сут+ тадалафил 5 мг/сут)

3 группа (левофлоксацин 500 мг/сут+ варденафил 10 мг «по потребности» не менее 2 раз в неделю)

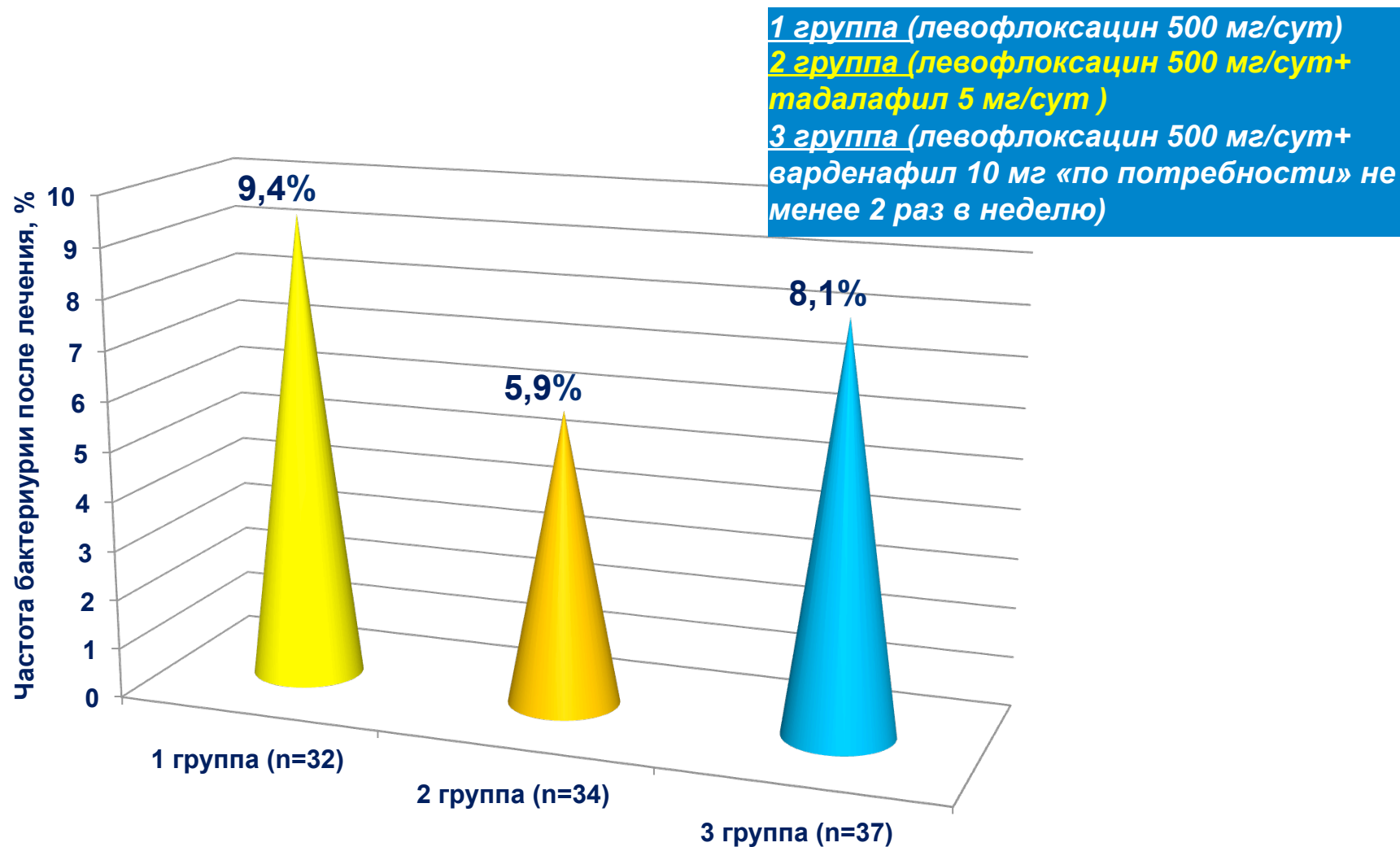
■ Исходно

■ Через 1 месяц после лечения

ВСТРЕЧАЕМОСТЬ ПИУРИИ У БОЛЬНЫХ 1-3 ГРУПП ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ



ВСТРЕЧАЕМОСТЬ БАКТЕРИУРИИ У БОЛЬНЫХ 1-3 ГРУПП ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ



СТАТИСТИЧЕСКАЯ ВЗАИМОСВЯЗЬ СИМПТОМОВ НИЖНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ (СНМП) И ЭД

КЁЛЬНСКИЙ ОПРОС МУЖЧИН (n=4489)¹

- ✓ Общая встречаемость ЭД и СНМП составила 19,2 и 13,2%, соответственно.
- ✓ СНМП среди мужчин, страдающих ЭД, отмечались в 72,2% наблюдений, в то время как лишь 37,7% респондентов с нормальной эрекцией имели те или иные расстройства мочеиспускания.
- ✓ Было доказано, что СНМП являются фактором, повышающим вероятность ЭД в 2,11 раза, независимо от возраста респондентов.

1. Braun MH, Sommer F, Haupt G, Mathers MJ, Reifenrath B, Engelmann UH. Lower urinary tract symptoms and erectile dysfunction: co-morbidity or typical 'Aging Male' symptoms? Results of the 'Cologne Male Survey'. Eur Urol 2003; 44: 588–94.



СТАТИСТИЧЕСКАЯ ВЗАИМОСВЯЗЬ СИМПТОМОВ НИЖНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ (СНМП) И ЭД

БРИТАНСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПО ВЛИЯНИЮ СНМП НА ВОЗНИКНОВЕНИЕ СЕКСУАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ (n=333)¹

- ✓ **Относительный риск ЭД при наличии ирритативных СНМП (симптомов накопления) увеличивается ~ в 3 раза (95% CI; 2,61-3,4).**
- ✓ **Относительный риск ЭД при наличии обструктивных СНМП (симптомов опорожнения) повышается в 2,6 раза (95% CI; 2,44-2,69).**
- ✓ **Таким образом симптомы накопления значимо сильнее влияют на вероятность развития ЭД по сравнению с обструктивными СНМП, что может быть связано с нарушением сна вследствие ноктурии, влияющими на эрекцию.**

1. Morant S, Bloomfield G, Vats V, Chapple C. Increased sexual dysfunction in men with storage and voiding lower urinary tract symptoms. J Sex Med 2009; 6: 1103–10.



ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ ВЗАИМОСВЯЗИ ЭД И СНМП

✓ NO-зависимая регуляция^{1,2}:

- снижение синтеза NO сопровождается нарушением расслабления гладкомышечных элементов кавернозной ткани и приводит к ЭД.

- уменьшение содержания NO в ткани простаты, шейке мочевого пузыря и уретре обуславливает пролиферацию гладкомышечных элементов предстательной железы и приводит к динамической и механической обструкции, ухудшая мочеиспускание.

✓ Активность киназы мышечных белков (Rho-киназы)^{3,4}:

- Rho-киназа определяет чувствительность гладкомышечных клеток к кальцию, регулируя их сократимость. Избыток данного фермента повышает тонус пещеристой ткани, способствуя ЭД.

- Активность Rho-киназы в простате проявляется повышением тонуса и пролиферации в гладкомышечных элементах.

1. McVary KT. Erectile dysfunction and lower urinary tract symptoms secondary to BPH. Eur Urol 2005; 47: 838–45.

2. Guh JH, Hwang TL, Ko FN, Chueh SC, Lai MK, Teng CM. Antiproliferative effect in human prostatic smooth muscle cells by nitric oxide donor. Mol Pharmacol 1998; 53: 467–74.

3. Gur S, Kadowitz PJ, Hellstrom WJG. Guide to drug therapy for lower urinary tract symptoms in patients with benign prostatic obstruction. Implications for sexual function. Drugs 2008; 68: 209–29.

4. Rees RW, Foxwell NA, Ralph DJ, Kell PD, Moncada S, Celtek S. Y-27632, a Rho-kinase inhibitor, inhibits proliferation and adrenergic contraction of prostatic smooth muscle cells. J Urol 2003; 170: 2517–22.



ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ ВЗАИМОСВЯЗИ ЭД И СНМП

- ✓ Гиперактивность симпатической нервной системы (СНС)^{1,2}:
 - повышение тонуса СНС обуславливает вазоконстрикторный эффект и негативно влияет на эректильную функцию.
 - высокая активность СНС увеличивает тонус гладкомышечной составляющей простаты, ухудшая мочеиспускание.
- ✓ Гиперхолестеринемия и атеросклероз тазовых сосудов^{3,4}:
 - Холестериновые отложения в кавернозной ткани снижают способность к релаксации ее гладкомышечных элементов, вызывая ЭД.
 - Ишемия тазовых органов вследствие атеросклеротического поражения региональных артерий обуславливает атрофию детрузора, склерозирование простаты и повышает уретральное сопротивление, приводя к СНМП.

1. McVary KT. Erectile dysfunction and lower urinary tract symptoms secondary to BPH. Eur Urol 2005; 47: 838–45.
2. Guh JH, Hwang TL, Ko FN, Chueh SC, Lai MK, Teng CM. Antiproliferative effect in human prostatic smooth muscle cells by nitric oxide donor. Mol Pharmacol 1998; 53: 467–74.
3. Tarcan T, Azadzoi KM, Siroky MB, Goldstein I, Krane RJ. Age related erectile and voiding dysfunction: the role of arterial insufficiency. Br J Urol 1998; 82 (Suppl. 1): 26–33.
4. Azadzoi KM, Tarcan T, Siroky MB, Krane RJ. Atherosclerosis-induced chronic ischemia causes bladder fibrosis and non-compliance in the rabbit. J Urol 1999; 161: 1626–35.



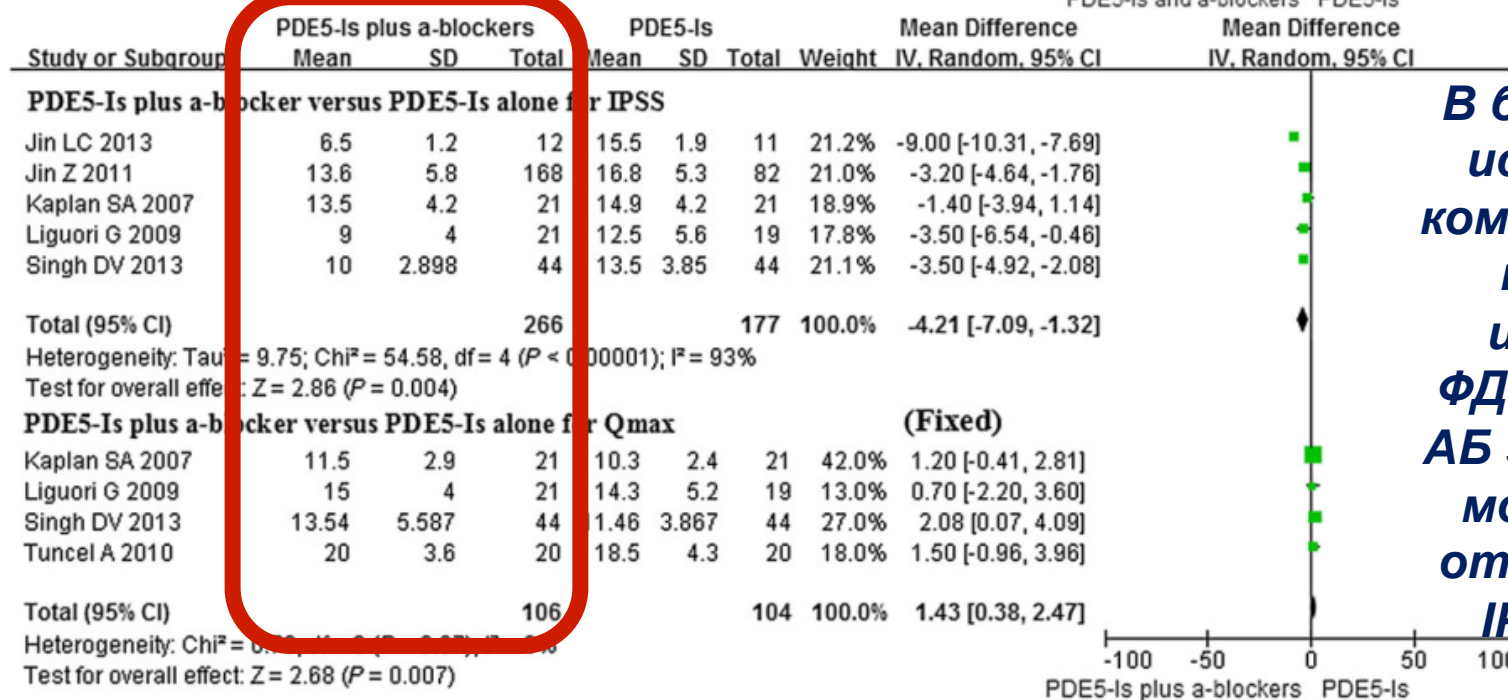
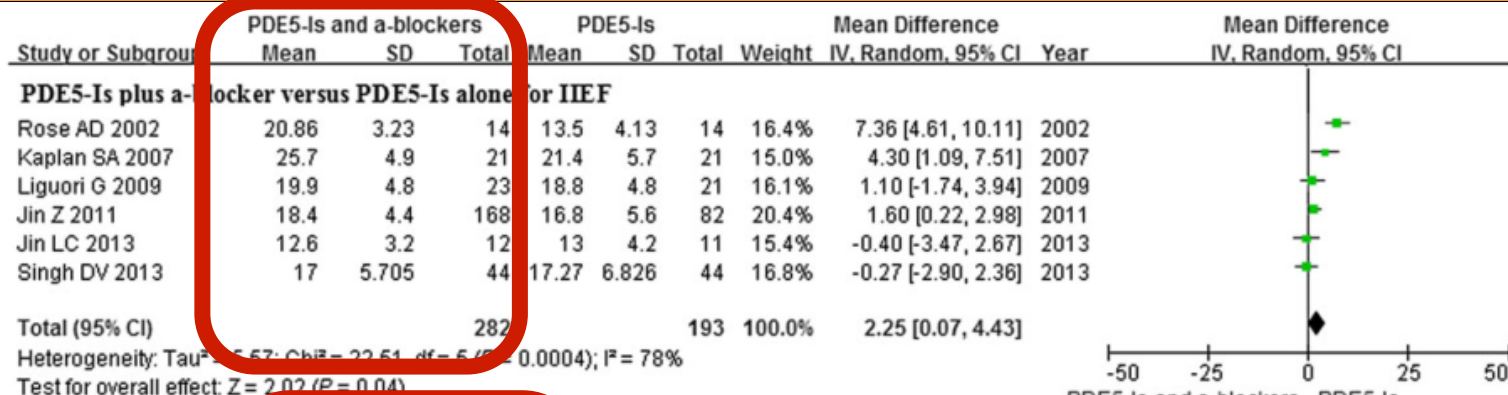
ИССЛЕДОВАНИЯ, ПО ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ЭД С СНМП ИНГИБИТОРАМИ ФДЭ-5 И СОЧЕТАНИИ ИХ С АЛЬФА₁-АДРЕНОБЛОКАТОРАМИ (АБ)

Исследование	Возраст		Лечение		Количество пациентов, завершивших исследование		Длительность терапии	Страна
	Исследуемые	Контроль	Исследуемые	Контроль	Исследуемые	Контроль		
De Rose et al., 2002	51	51	S 100 мг за час до акта + D 4 мг/день	S 100 мг за час до акта	14	14	60 дней	Италия
Kaplan et al., 2007	61.5 ± 5.8	60.8 ± 8	Tad 20 мг по требованию + A 10 мг/день	Tad 20 мг по требованию	21	19	12 недель	Италия
Liguori et al., 2009	58.8 ± 6.5	58.8 ± 6.5	Tad 20 мг/день + A 10 мг/день	Tad 20 мг/день	12	12	8 недель	Турция
Tuncel et al., 2010	61.7 ± 5.3	61.7 ± 5.3	Tad 20 мг/день + A 10 мг/день	Tad 20 мг/день	12	12	3 недель	Китай
Jin et al., 2011	60.5 ± 4.7	62.3 ± 5.8	S 25 мг/день + Tam 0.4 мг/день	S 25 мг/день	12	11	12 недель	Китай
Jin et al., 2013	61.92 ± 6.291	63.42 ± 8.09	Tad 10 мг/день + Tam 0.4 мг/день	Tad 10 мг/день	42	40	3 недель	Индия
Singh et al., 2013								

**7 рандомизированных
клинических
исследований**

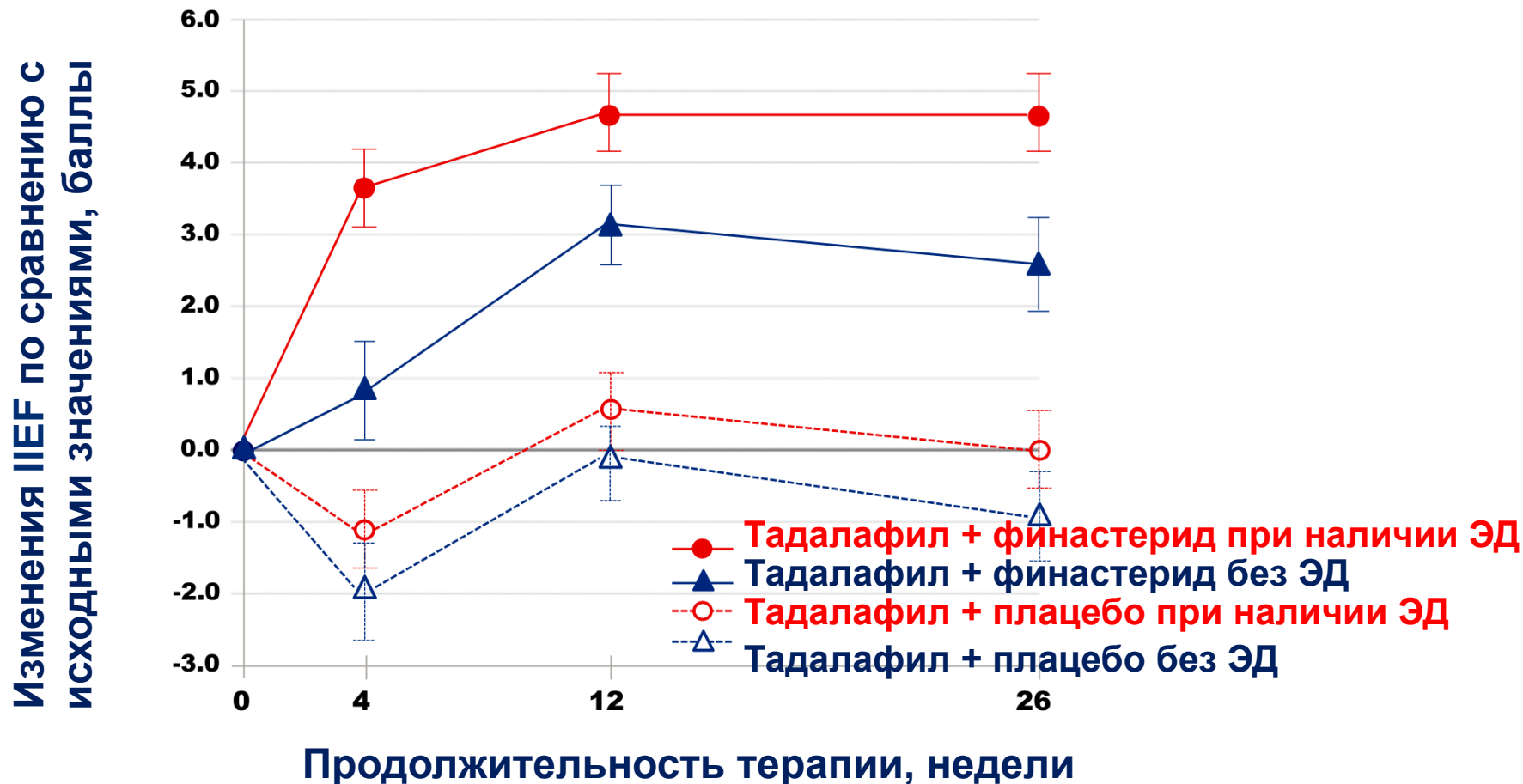
A - альфузозин; D = доксазозин; S = силденафил, Tad = тадалафил; Tam = тамсулозин

ЛЕЧЕНИЕ ЭД С СНМП ИНГИБИТОРАМИ ФДЭ-5 И СОЧЕТАНИИ ИХ С АЛЬФА₁-АБ



В большинстве исследований комбинированное назначение ингибитора ФДЭ-5 и альфа1-АБ эффективнее монотерпии в отношении IIEF, IPSS и Qmax.

ЛЕЧЕНИЕ СНМП ФИНАСТЕРИДОМ В СОЧЕТАНИИ С ТАДАЛАФИЛОМ ИЛИ ПЛАЦЕБО



1. Glina S, Roehrborn CG, Esen A, Plekhanov A, Sorsaburu S, Hennes C, Büttner H, Viktrup L. Sexual function in men with lower urinary tract symptoms and prostatic enlargement secondary to benign prostatic hyperplasia: results of a 6-month, randomized, double-blind, placebo-controlled study of tadalafil coadministered with finasteride. J Sex Med. 2015 Jan;12(1):129-38.





БЛАГОДАРИМ ЗА ВНИМАНИЕ!

**Добрый день! Как поступить
правильно? У больного 52 лет по
описанию жалоб-хронический
простатит обострение. Заключение
ТРУЗИ простаты-без изменений.
Объем железы 19см³.Пока без
результатов ПСА. Сок простаты-
застойные явления. Лечение
осуществлять хронического
простатита? Игнорировать данные
УЗИ?**

Больной 68 лет предъявляет жалобы на ноктурию до 5 раз с объемом выделяемой мочи ночью до 500-700 мл. Дневной диурез 1300 мл. По узи выставлен диагноз аденома простаты остаточной мочи 20 мл. В бак посеве сока простаты кишечная палочка 10 в 5 ст. Методом ПЦР выявлена трихомонада. Проведена антибактериальная терапия по посеву. Назначен тамсулозин. Ноктурия остается, что делать?

**Расскажите о возможности
применения (алгоритмах) препаратов
тестостерона у пациентов с ЭД и при
бесплодии.**