

МУЖСКОЕ ЗДОРОВЬЕ

АТЛАС

для работы с пациентами

UroWeb


МУЖСКОЕ
ЗДОРОВЬЕ
АТЛАС
для работы с пациентами
UroWeb

Обращение/содержание

Дорогие коллеги!

Сейчас вы держите в руках иллюстрированное пособие, которое поможет Вам в общении с пациентами. Ежедневно вы общаетесь с мужчинами, страдающими заболеваниями предстательной железы, нарушениями сексуальной и эякуляторной функций, снижением фертильности.

Чтобы объяснить пациенту суть его заболевания, причины, а, главное, возможности современной диагностики и лечения, при этом сэкономить свое рабочее время – именно для этого и нужен Атлас.

В доступной, простой и наглядной форме в Атласе представлены изображения при таких заболеваниях, как воспаление предстательной железы (простатит), доброкачественной предстательной железы (ДГПЖ), преждевременной эякуляции, мужском бесплодии и других заболеваниях мочеполовой системы мужчин.

Мы надеемся, что Атлас станет для вас настольной книгой на многие годы.

Редакция Uroweb.ru

UroWeb

Раздел 1. Нормальная анатомия мужского таза

Раздел 2. Воспаление предстательной железы - простатит

Раздел 3. Доброкачественная гиперплазия предстательной железы

Раздел 4. Эректильная дисфункция

Раздел 5. Болезнь Пейрони

Раздел 6. Мужское бесплодие

Раздел 7. Гипогонадизм. Недостаточность андрогенов

Раздел 8. Варикоцеле

Раздел 9. Крипторхизм

Раздел 10. Водянка оболочек яичка. Паховая грыжа. Баланопостит.

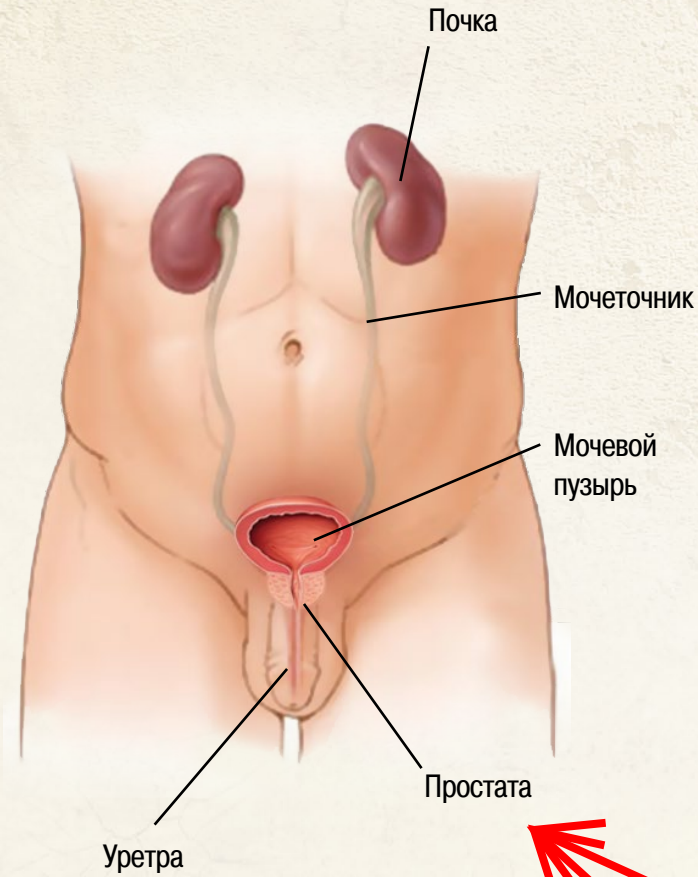
Раздел 11. Фимоз

Раздел 12. Ранняя эякуляция

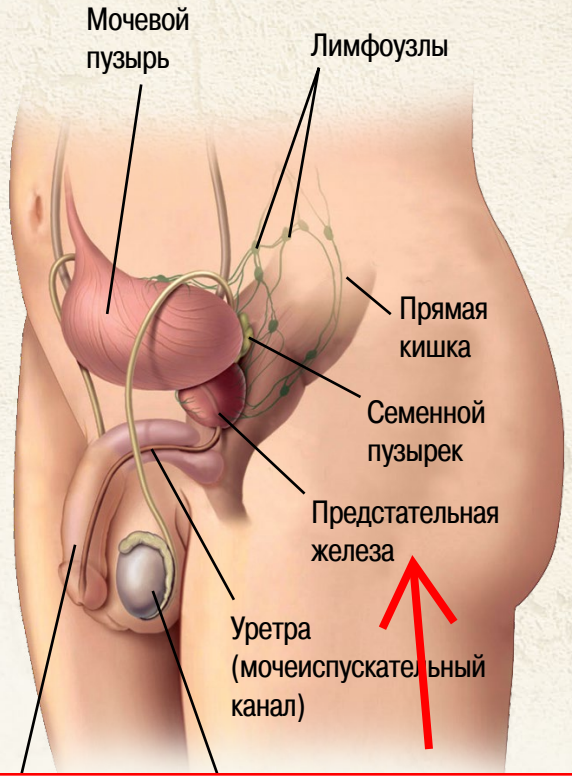
1
раздел

Нормальная анатомия мужского таза

Общий вид мужской мочеполовой системы

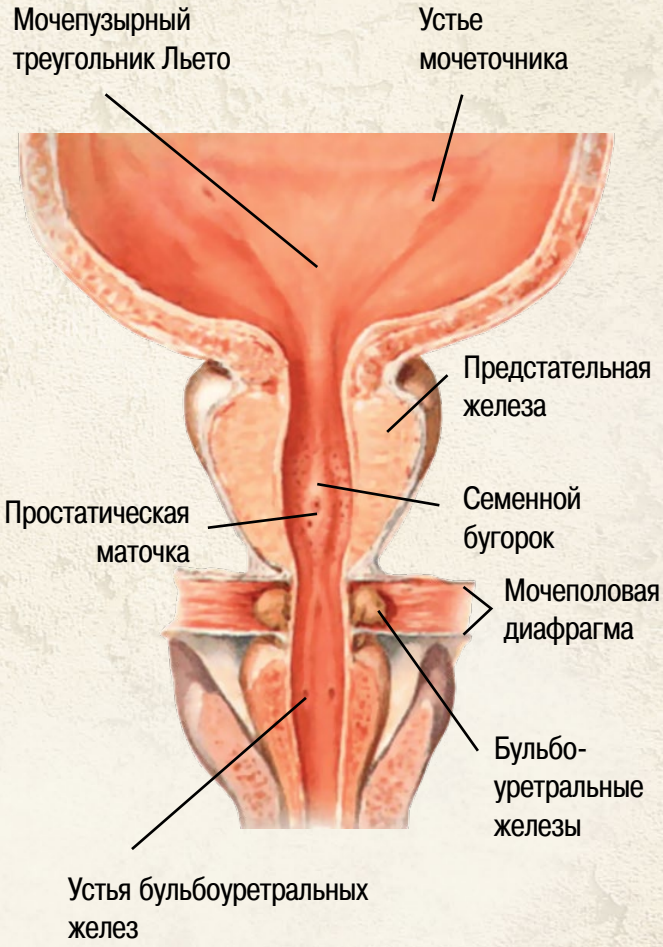


Нормальная анатомия мужского таза. Вид сбоку.



В одном месте написано простата, в другом - предстательная железа. Наверное, надо принять какое-то одно название. Далее то же самое

Нормальная анатомия мужского таза. Вид спереди



2 раздел

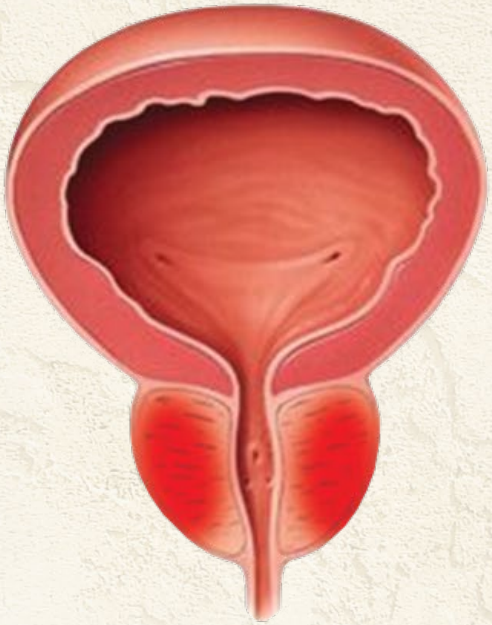
Воспаление предстательной железы – простатит. Симптомы

Наверное, лучше или простата или предстательная железа

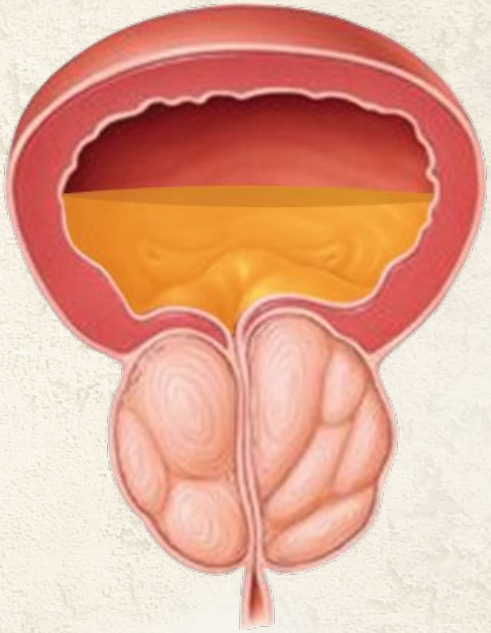
Нормальная простата



Предстательная железа с активным воспалительным процессом



Увеличенная простата



Симптомы простатита



Нарушения мочеиспускания:
учащенное, болезненное мочеиспускание, ночное мочеиспускание



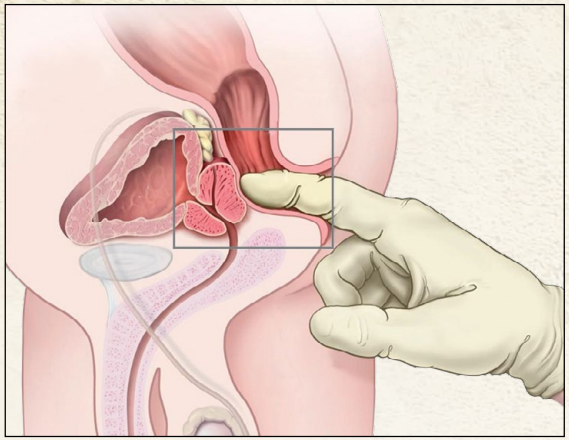
Боли:
внизу живота, иррадиация в промежность, усиливаются после эякуляции



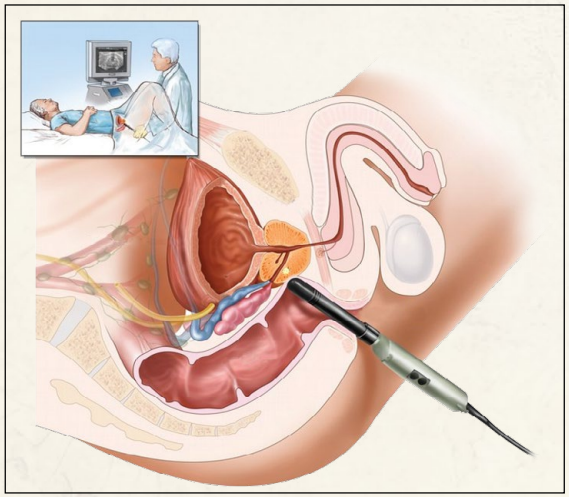
Снижение качества жизни

Диагностика простатита

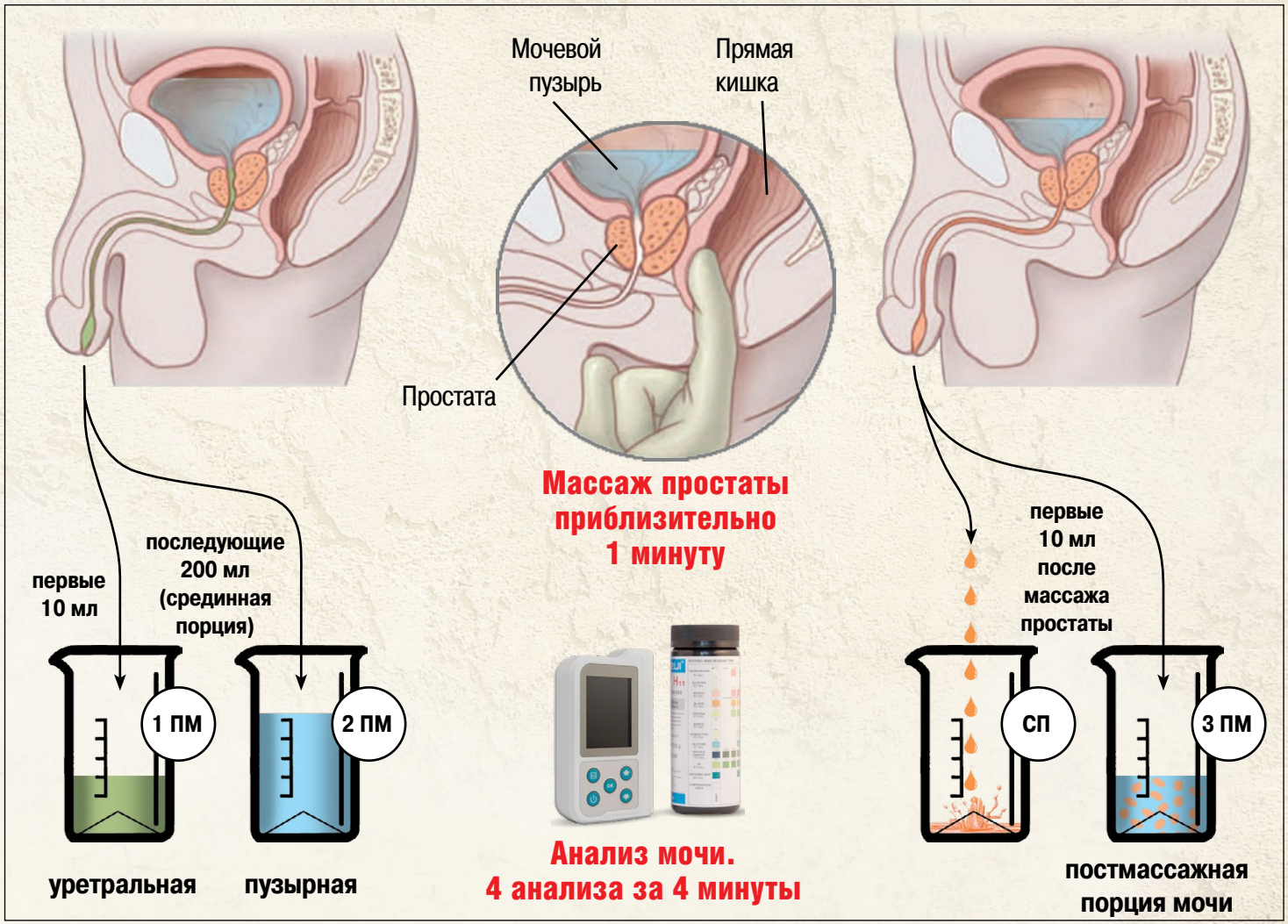
Пальцевое ректальное исследование



Трансректальное ультразвуковое исследование (ТРУЗИ)



Проба Meares&Stamey (4-х стаканная проба мочи)

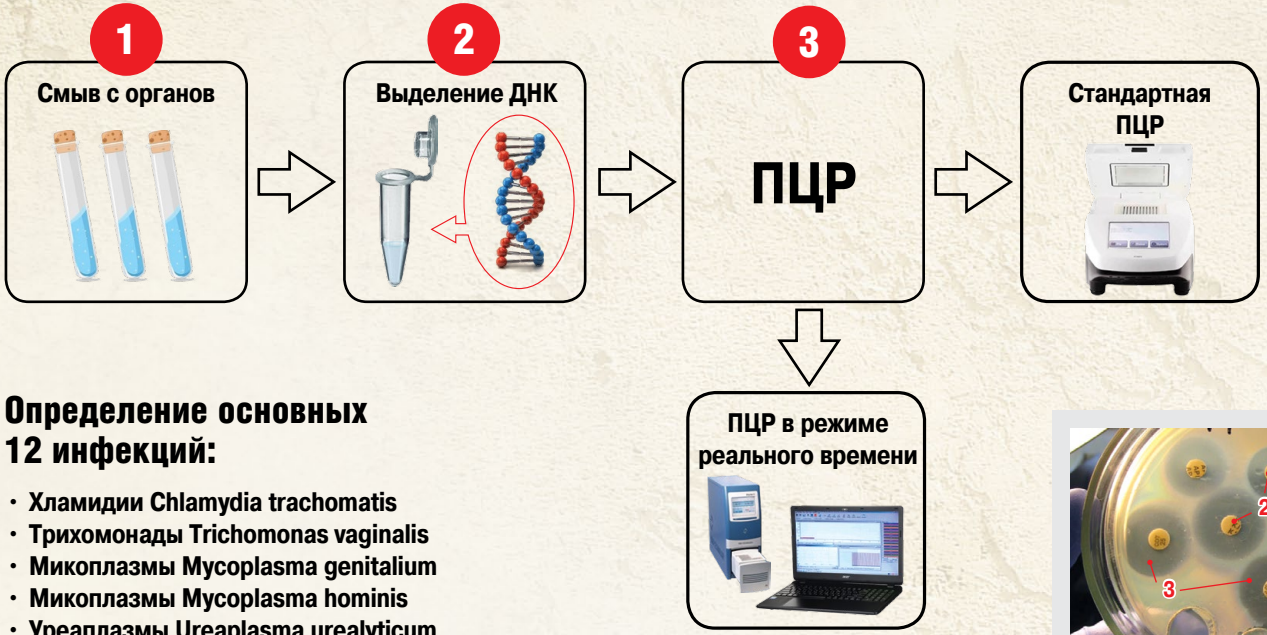


2 раздел

Диагностика простатита

Дополнительные исследования при простатите
Исследование на инфекции, передающиеся половым путем, методом ПЦР

Метод ПЦР



Посев секрета простаты (эякулята, мочи) на флору и чувствительность к антибиотикам



В баклаборатории.
Посев взятого материала на питательную среду



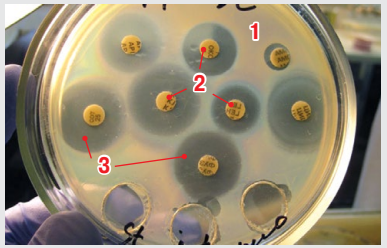
В баклаборатории. Колонии бактерий кишечной группы (энтерококков) на твердой питательной среде

Определение основных 12 инфекций:

- Хламидии Chlamydia trachomatis
- Трихомонады Trichomonas vaginalis
- Микоплазмы Mycoplasma genitalium
- Микоплазмы Mycoplasma hominis
- Уреаплазмы Ureaplasma urealyticum
- Гонорея Neisseria gonorrhoeae
- Вирус папилломы человека
- Вирус простого герпеса
- Кандиды Candida albicans
- Гарднереллы Gardnerella vaginalis
- Цитомегаловирус

При необходимости список может быть расширен лечащим врачом.
Как правило, дополнительно назначаются обследование на:

- Сифилис (RW)
- ВИЧ – вирус иммунодефицита человека



В баклаборатории.
Определение чувствительности к антибиотикам.

1. Питательная среда для размножения бактерий.
2. Диски, пропитанные определенным антибиотиком. Каждый диск – один антибиотик.
3. Зона просветления вокруг диска – результат антибактериальной активности. Маленькая зона – низкая чувствительность бактерий к данному антибиотику. Широкая зона просветления – высокая активность антибиотика в отношении выявленной бактерии.

Анализ крови на ПСА (простатспецифический антиген) – маркер на рак простаты



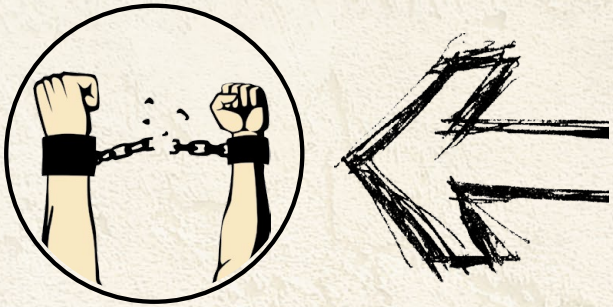
Разные методики определения ПСА.



2
раздел

Лечение простатита





Антибиотики –
уменьшают и ликвидируют воспалительный процесс в предстательной железе

Нестероидные противовоспалительные средства –
действуют локально в виде свечей – уменьшают болевой синдром, снижают интенсивность воспалительных явлений

Альфа-1 – адреноблокаторы –
восстанавливают нарушенное мочеиспускание

Фитопрепараты, БАДы –
при комплексном применении снижает риск воспаления и препятствует избыточному росту простаты - **ГАРДАПРОСТ**

Регулярная половая жизнь –
нормализует отток секрета простаты и препятствует развитию застойных явлений.

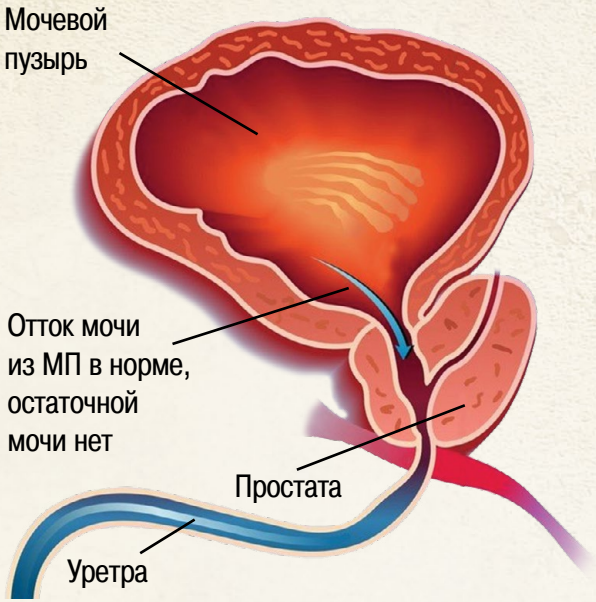


3 раздел

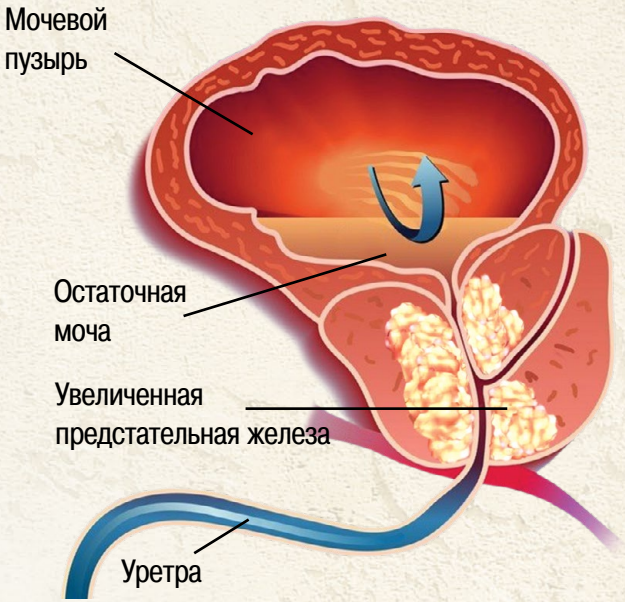
Доброкачественная гиперплазия предстательной железы

Что такое гиперплазия предстательной железы

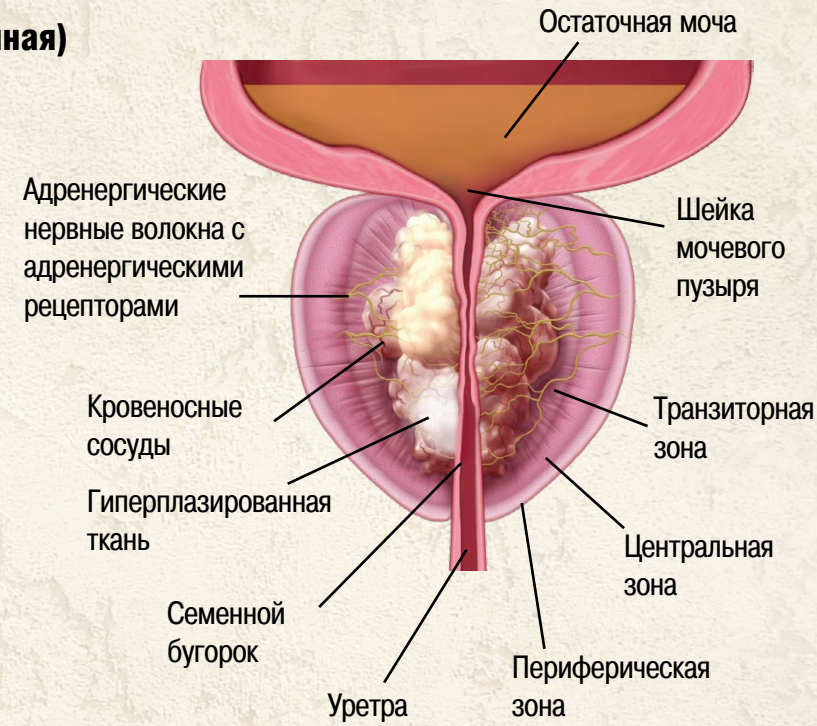
Нормальная предстательная железа



Гиперплазия предстательной железы (доброкачественная)



Строение предстательной железы с гиперплазией



Причины и факторы риска развития ДГПЖ:

- **Возраст старше 50 лет**
- **Гормональный дисбаланс**
- **Дислипидемия**
- **Избыточный вес, Ожирение**
- **Метаболический синдром**
- **Хронический воспалительный процесс в предстательной железе**
- **Алкоголь**
- **Курение**

astellas

Омник® Окас®

Универсальный α1-адреноблокатор в уникальной лекарственной форме Окас®, купирует симптомы опорожнения и наполнения, подходит пациенту с сопутствующей патологией[1-4].

Уменьшает ноктурию на 57%[5]

Удобный прием

1 раз в сутки независимо от приема пищи[1]

Благоприятный профиль безопасности

в отношении сердечно-сосудистой системы и влияния на сексуальную функцию[3,4]





Реклама
OMNOCAS_2020_0006_RU_Oct_2020_Onpoint

Информация для специалистов здравоохранения
АО «Астеллас Фарма»109147, Россия, Москва, ул. Марксистская, д. 16
Тел. +7 (495) 737-07-56

1. Адаптировано https://uroweb.org/guideline/treatment-of-non-neurogenic-male-luts/ (дата обращения: 13.10.2020)
2. Инструкция по медицинскому применению препарата Омник® ОКАС® (ЛС-000849 от 24.02.2011) доступна на сайте https://grls.rosminzdrav.ru/Default.aspx
3. Chapple CR et al. Eur Urol Suppl. 2005;4:33-44
4. Michel MC et al. Eur Urol Suppl. 2005;4:53-60
5. Adapted from Djavan B et al. Eur Urol Suppl. 2005;4:61-68.

ПЕРЕД НАЗНАЧЕНИЕМ ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ИНСТРУКЦИЕЙ ПО МЕДИЦИНСКОМУ ПРИМЕНЕНИЮ ПРЕПАРАТА

3 раздел

Доброкачественная гиперплазия предстательной железы

Симптомы нижних мочевых путей

Симптомы накопления

- Учащенное мочеиспускание
- Императивные (резкие) позывы
- Ноктурия (ночное мочеиспускание)
- Недержание мочи

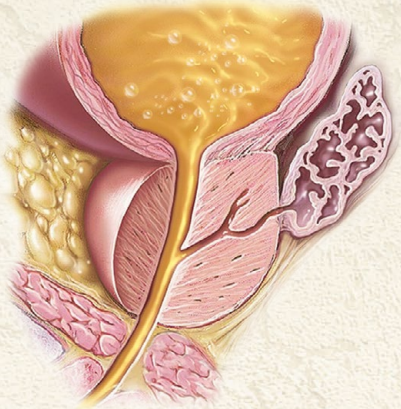
Симптомы опорожнения

- Вялая струя
- Разбрызгивание струи
- Прерывистость струи мочи
- Невозможность быстро начать мочеиспускание
- Натуживание для мочеиспускания
- Длительное мочеиспускание

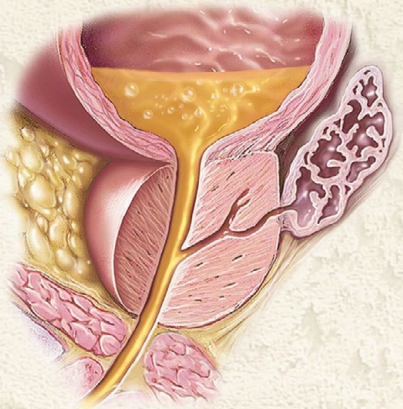
Постмиктурические симптомы

- Подкапывание мочи после мочеиспускания
- Ощущение неполного опорожнения мочевого пузыря

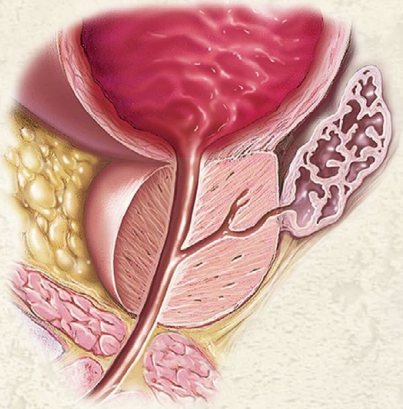
Осложнения ДГПЖ



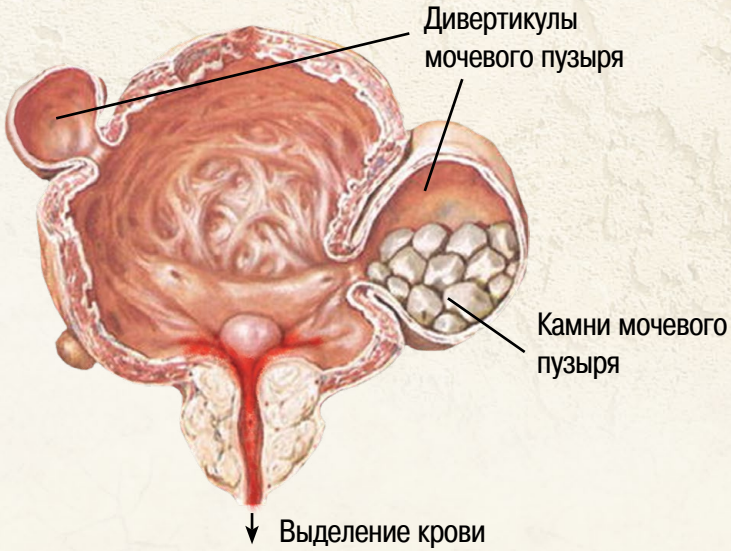
Острая задержка мочи



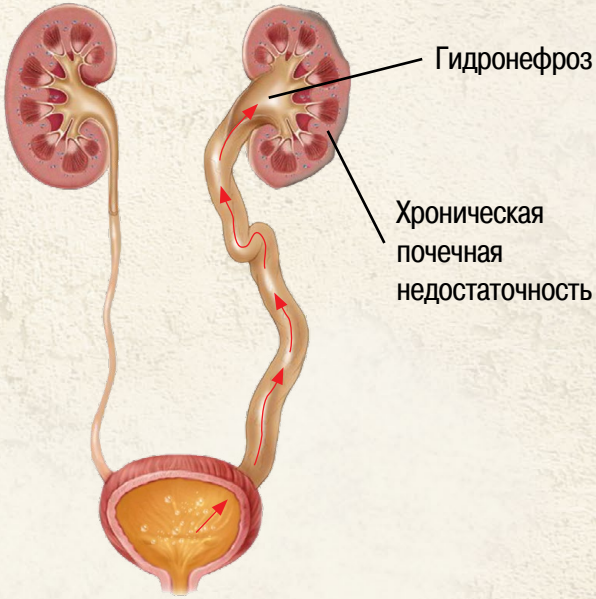
Хроническая задержка мочи



Инфекция мочевых путей



Гематурия



Пузырно-мочеточниковый рефлюкс – заброс мочи из МП в почку

ПРЕПАРАТЫ АСТЕЛЛАС

astellas

позволяют подобрать **оптимальную схему** терапии каждому пациенту с СНМП[1]

Ургентность

Недержание[1,4*]



Обструкция[3,4*]

Ноктурия

Поллакиурия[2,4*]



* Преимущественное действие препарата. По данным клинических исследований, в которых препарат продемонстрировал активность в отношении указанных симптомов

1. Адаптирован© https://uroweb.org/guideline/treatment-of-non-neurogenic-male-luts/ (дата обращения: 17.09.2019); 2. Haab F. et al., European Urology 47 (2005) 376-384 3. Tubaro et al., Ther Adv Urol 2017, Vol. 9(6) 137-154; 4. Касян Г.Р., Кривобородов Г.Г., Гаджиева З.К. Резолюция по итогам экспертного совета по проблемам дифференциро анного подхода к терапии СНМП. Урология, 2019, №4, стр. 6-8

АО "Астеллас Фарма" 109147, Россия, г.Москва, ул. Марксистская, д.16, +7(495)737 07 56 Имеются противопоказания. Перед назначением ознакомьтесь с инструкцией по медицинскому применению

URO_2019_0034_RU_Oct_2019_Onp

На правах рекламы

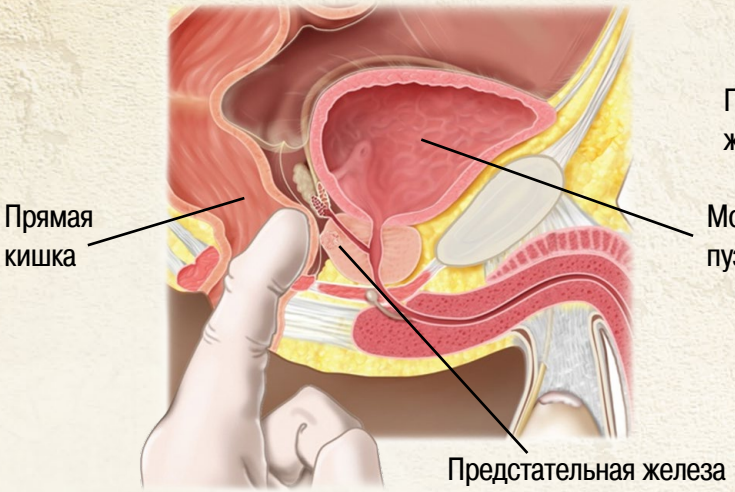
ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ СПЕЦИАЛИСТОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

3 раздел

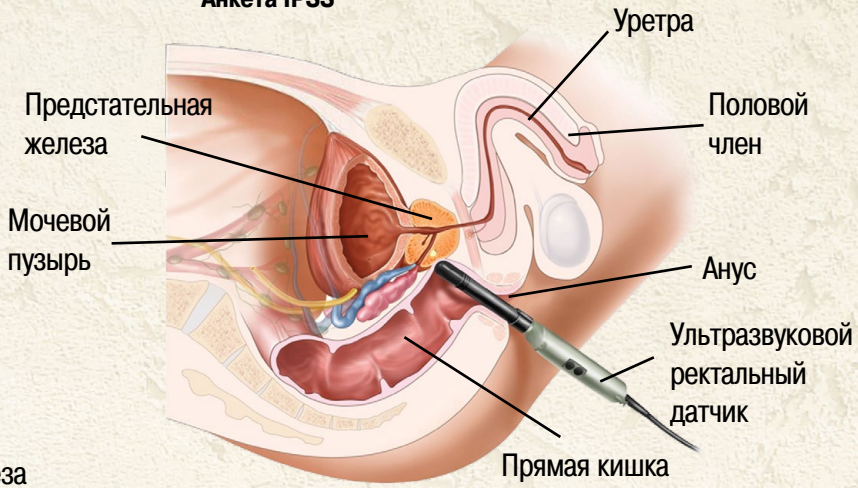
Доброкачественная гиперплазия предстательной железы

Диагностика ДГПЖ

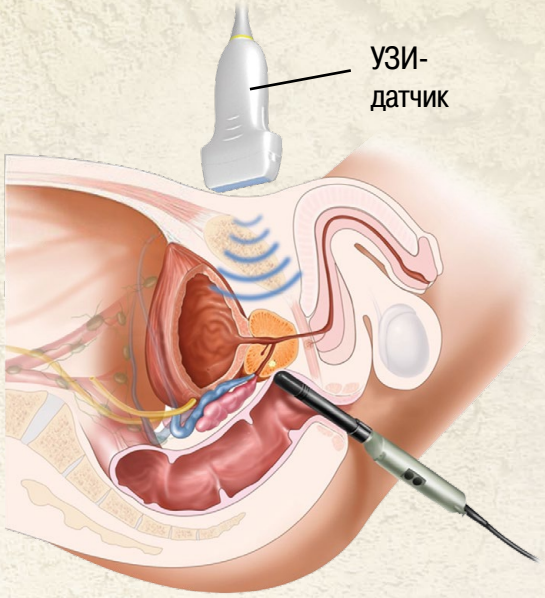
Жалобы
Анкета IPSS



Пальцевое ректальное исследование



Трансабдоминальное УЗИ предстательной железы



Трансректальное УЗИ предстательной железы

Перепутаны названия методов и картинки

Медикаментозное лечение симптомов ДГПЖ

Альфа-1-адреноблокаторы – высокоселективный тамсулозин
- Улучшают отток мочи
- Повышают скорость мочеиспускания
- Предотвращают ОЗМ

Ингибиторы 5-альфа-редуктазы – финастерид, дутастерид
- Уменьшают размеры предстательной железы
- Прием от 6 мес – 1 года до нескольких лет

Ингибиторы фосфодиэстеразы 5 типа - тадалафил
- Снижают выраженность СНМП
- Снижают ишемию
- Повышают качество эрекции

При ноктурии

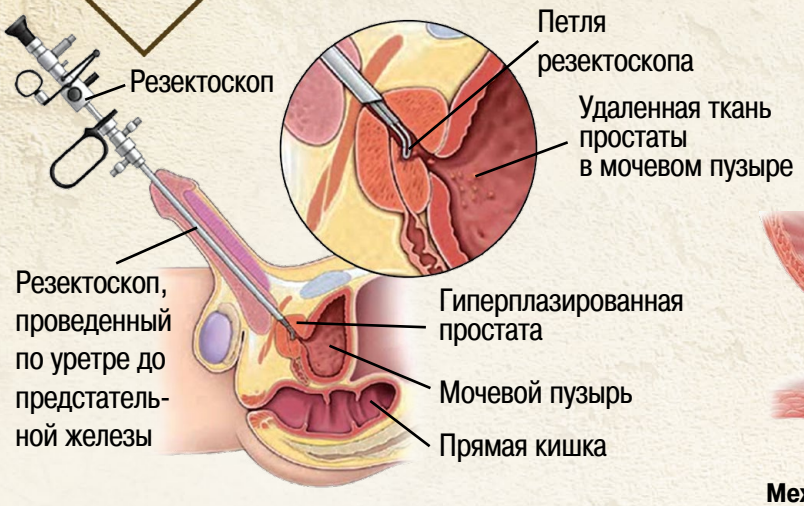
Агонисты бетта-3-адреномиметиков – мирабегрон
- Увеличивают объем мочевого пузыря
- Снижают число ночных мочеиспусканий

При симптомах ургентного мочеиспускания

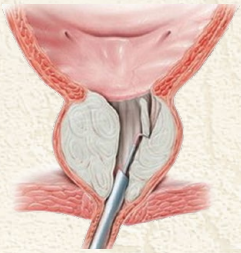
Ингибиторы М-холинорецепторов – солифенацин, толтеродин, троспия хлорид
- Устраняют императивные позывы
- Уменьшают число мочеиспусканий

Доброкачественная гиперплазия предстательной железы

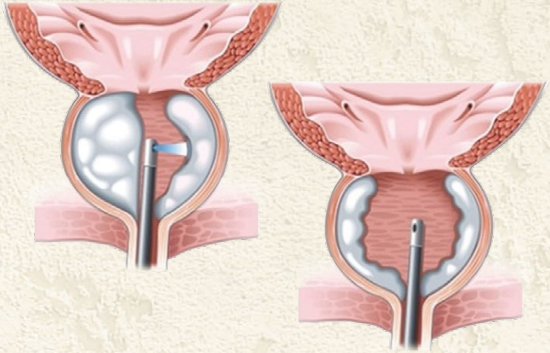
Хирургическое лечение ДГПЖ



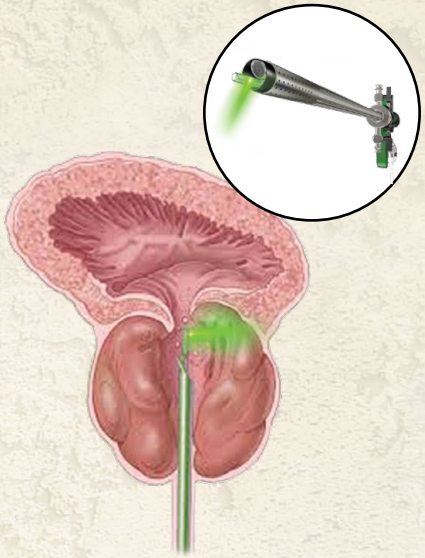
ЗОЛОТОЙ СТАНДАРТ –
Трансуретральная резекция предстательной железы



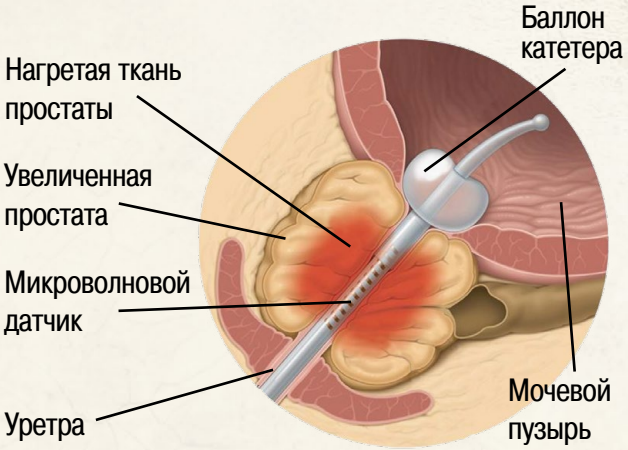
Механизм удаления гиперплазированной ткани резектоскопом



Вапоризация предстательной железы



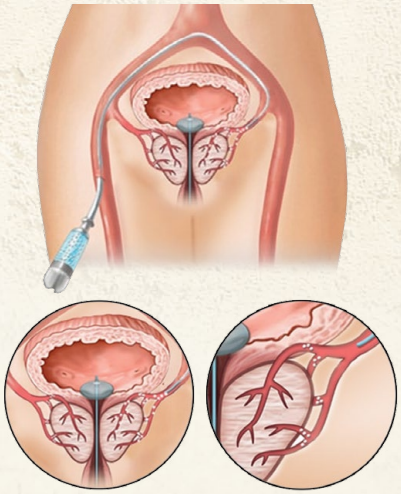
Лазерная вапоризация простаты



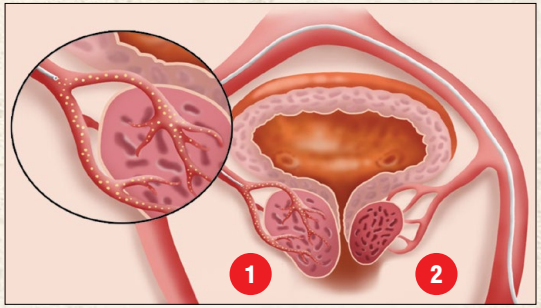
Трансуретральная микроволновая термотерапия простаты



Энуклеация простаты (HoLEP) «Вылущивание» предстательной железы – удаляется вся гиперплазированная ткань



Эмболизация артерий простаты



1 **До лечения**

2 **После лечения**



КРАТКАЯ ИНФОРМАЦИЯ ИЗ ИНСТРУКЦИИ ПО МЕДИЦИНСКОМУ ПРИМЕНЕНИЮ ЛЕКАРСТВЕННОГО ПРЕПАРАТА БЕТМИГА

Регистрационный номер: ЛП-002851. **Торговое наименование препарата:** Бетмига. **Международное непатентованное наименование (МНН):** Мирабегрон. **Лекарственная форма:** таблетки пролонгированного действия, покрытые плёночной оболочкой. **Показания к применению:** Симптоматическое лечение недержания мочи, учащенного мочеиспускания и/или ургентных позывов к мочеиспусканию, которые присутствуют у взрослых пациентов с синдромом гиперактивного мочевого пузыря (ГМП). **Противопоказания:** •Повышенная чувствительность к действующему веществу или любому из вспомогательных веществ. •Возраст менее 18 лет ввиду отсутствия данных по эффективности и безопасности. •Беременность и период грудного вскармливания. •Терминальная стадия почечной недостаточности (рСКФ < 15 мл/мин/1,73 м^2 или пациенты, которым показано проведение гемодиализа). •Тяжёлая стадия почечной недостаточности (рСКФ 15–29 мл/мин/1,73 м^2) при одновременном применении сильных ингибиторов изофермента CYP3A. •Тяжёлая стадия печёночной недостаточности (класс С по шкале Чайлда – Пью). •Тяжёлая неконтролируемая артериальная гипертензия, определяемая как систолическое давление ≥ 180 мм рт. ст. и/или диастолическое давление ≥ 110 мм рт. ст. •Умеренная стадия печёночной недостаточности (класс В по шкале Чайлда – Пью) при одновременном применении сильных ингибиторов изофермента CYP3A. **С осторожностью:** Пациенты с почечной недостаточностью. Применение препарата Бетмига не изучалось у пациентов с терминальной стадией почечной недостаточности (СКФ < 15 мл/мин/1,73 м^2 или необходимость в гемодиализе), в связи с чем данный препарат не рекомендован к применению у данной популяции пациентов. Данные о применении препарата у пациентов с тяжёлым нарушением функции почек ограничены (СКФ 15–29 мл/мин/1,73 м^2), на основании результатов фармакокинетического исследования в данной популяции рекомендовано снижение дозы до 25 мг. Лекарственный препарат Бетмига не рекомендован к применению у пациентов с тяжёлым нарушением функции почек (СКФ от 15 до 29 мл/мин/1,73 м^2), одновременно применяющих мощные ингибиторы CYP3A (см. раздел «Взаимодействие с другими лекарственными средствами»). Пациенты с печёночной недостаточностью. Применение препарата Бетмига не изучалось у пациентов с тяжёлым нарушением функции печени (класс С по шкале Чайлда – Пью), в связи с чем он не рекомендован к применению у данной популяции пациентов. Лекарственный препарат Бетмига не рекомендован к применению у пациентов с тяжёлым нарушением функции печени (класс С по шкале Чайлда – Пью), одновременно применяющих мощные ингибиторы CYP3A (см. раздел «Взаимодействие с другими лекарственными средствами»). Пациенты с артериальной гипертензией. Мирабегрон способен повышать артериальное давление. Артериальное давление следует измерять перед началом и периодически во время лечения мирабегроном, особенно у пациентов с артериальной гипертензией. Данные относительно применения препарата Бетмига у пациентов с артериальной гипертензией 2-й стадии (систолическое артериальное давление ≥ 160 мм рт. ст. или диастолическое артериальное давление ≥ 100 мм рт. ст.) ограничены. Пациенты с врождённым или приобретённым удлинением интервала QT. Мирабегрон в терапевтических дозах не продемонстрировал клинически значимого удлинения интервала QT в рамках проведённых исследований. Однако поскольку пациенты, принимающие препараты, которые могут провоцировать удлинение интервала QT, не принимали участие в указанных исследованиях с применением мирабегрона, то влияние на такие категоризированное неизвестно. Этой категории пациентов необходимо принимать мирабегрон с осторожностью. Пациенты с инфравезикальной обструкцией и пациенты, принимающие м-холинолитики для лечения ГМП. Во время пострегистрационного наблюдения применения мирабегрона у пациентов с инфравезикальной обструкцией (ИВО) и у пациентов, принимающих м-холинолитики для лечения ГМП, были отмечены случаи задержки мочи. Контролируемое клиническое исследование безопасности у пациентов с ИВО не обнаружило увеличения случаев задержки мочи у пациентов, получавших препарат Бетмига, тем не менее применение препарата Бетмига должно осуществляться с осторожностью для пациентов с клинически значимой ИВО. Препарат Бетмига также должен применяться с осторожностью пациентами, уже принимающими м-холинолитики для лечения ГМП. **Способ применения и дозы.** Взрослые (≥18 лет), в т.ч. пожилые. По 50 мг один раз в сутки внутрь, запивая жидкостью, независимо от времени приёма пищи. Таблетка должна быть принята целиком, её нельзя разжёвывать, так как это может повлиять на пролонгированное высвобождение активного вещества. Пациенты с почечной и печёночной недостаточностью. В следующей таблице приведены рекомендованные ежедневные дозы для пациентов, страдающих почечной или печёночной недостаточностью, при наличии или отсутствии ингибиторов изофермента CYP3A. Почечная недостаточность[1]. Лёгкая степень: без ингибитора – 50 мг, с ингибитором – 25 мг. Средняя степень: без ингибитора – 50 мг, с ингибитором – 25 мг. Тяжёлая степень: без ингибитора – 25 мг, с ингибитором – не рекомендуется. Печёночная недостаточность[2]. Лёгкая степень: без ингибитора – 50 мг, с ингибитором – 25 мг. Умеренная степень: без ингибитора – 25 мг, с ингибитором – не рекомендуется. 1. Лёгкая степень: рСКФ 60 – 89 мл/мин/1,73 м^2; средняя степень тяжести: рСКФ 30 – 59 мл/мин/1,73 м^2; тяжёлая степень: рСКФ 15 – 29 мл/мин/1,73 м^2. 2. Лёгкая степень. класс А по шкале Чайлда – Пью; средняя степень тяжести. класс В по шкале Чайлда – Пью. **Побочное действие:** Наиболее частыми побочными реакциями, зафиксированными в ходе 12-недельных двойных слепых плацебо-контролируемых исследований 3-й фазы у пациентов, получающих мирабегрон в дозе 50 мг, являются тахикардия и инфекции мочевых путей. У пациентов, получающих мирабегрон в дозе 50 мг, частота тахикардии достигала 1,2%. У 0,1% пациентов, получающих мирабегрон в дозе 50 мг, развитие тахикардии послужило причиной досрочного прекращения участия в исследовании. У пациентов, получающих мирабегрон в дозе 50 мг, частота развития инфекций мочевых путей достигала 2,9%. Развитие инфекций мочевых путей не послужило причиной досрочного прекращения участия в исследовании ни у одного из пациентов, получающих мирабегрон в дозе 50 мг. Серьёзные нежелательные реакции включали в себя фибрилляцию предсердий (0,2%). В ходе долгосрочного (1 год) исследования с активным контролем (препарат контроля — м-холиноблокатор) были зафиксированы побочные реакции, сходные по виду и частоте с реакциями, зафиксированными во время 12-недельных двойных слепых плацебо-контролируемых исследований 3-й фазы. Таблица с данными о побочных реакциях. В следующей таблице представлены побочные реакции, зарегистрированные во время лечения мирабегроном в рамках трёх 12-недельных двойных слепых плацебо-контролируемых исследований 3-й фазы. Частота побочных реакций определяется следующим образом: очень часто (≥ 1/10); часто (≥1/100 – < 1/10), нечасто (≥1/1000 – < 1/100), редко (≥1/10000 – < 1/1000), очень редко (≤1/10000), неизвестно (не может быть оценена на основе имеющихся данных). В рамках каждой группы реакции перечислены по мере снижения степени серьёзности. Инфекции и инвазии: часто – инфекция мочевыводящих путей; нечасто – вагинальная инфекция, цистит. Нарушения со стороны органа зрения: редко – отёк век. Нарушения со стороны сердечно-сосудистой системы: часто – тахикардия; нечасто – ощущение сердцебиения, фибрилляция предсердий. Нарушения психики: неизвестно — бессонница", спутанное сознание". Нарушения со стороны нервной системы: часто – головокружение", головная боль". Нарушения со стороны сосудов: очень редко: гипертонический криз". Нарушения со стороны желудочно-кишечного тракта: часто – тошнота", запор", диарея"; нечасто – дилатация, гастрит; очень редко – отёк губ. Нарушения со стороны почек и мочевыводящих путей: редко – задержка мочи". Нарушения со стороны кожи и подкожной клетчатки: нечасто – крапивница, сыпь, макулёзная сыпь, папулёзная сыпь, зуд; редко – лейкоцитокластический васкулит, пурпура, ангионевротический отёк". Нарушения со стороны костно-мышечной системы и соединительной ткани: нечасто – припухание суставов. Нарушения состояния репродуктивной системы и молочной железы: нечасто – вульвовагинальный зуд. Отклонения от нормы, выявленные в лабораторных исследованиях: нечасто – повышение артериального давления, повышение активности гамма-глутамилтрансферазы, повышение активности аспартатаминотрансферазы, повышение активности аланинаминотрансферазы. "Обнаружено во время пострегистрационного применения. **Взаимодействие с другими лекарственными средствами.** Данные исследований *in vitro*. Мирабегрон является умеренным и зависящим от времени ингибитором изофермента CYP2D6 и слабым ингибитором изофермента CYP3A. В высоких концентрациях мирабегрон ингибировал транспорт лекарственных препаратов, осуществляемый за счёт Р-гликопротеина. Данные исследований *in vivo*. Полиморфизм изофермента CYP2D6. Генетический полиморфизм изофермента CYP2D6 оказывает минимальное влияние на среднюю концентрацию мирабегрона в плазме крови. Хотя взаимодействие мирабегрона с ингибиторами изофермента CYP2D6 не изучено, теоретически его не ожидается. У пациентов, принимающих ингибиторы изофермента CYP2D6, а также у пациентов с замедленным метаболизмом субстратов изофермента CYP2D6 необходимости в коррекции дозы мирабегрона нет. **Межлекарственные взаимодействия.** Большинство межлекарственных взаимодействий было изучено при использовании 100 мг мирабегрона в форме таблеток с контролируемым высвобождением (ОКД). В исследовании взаимодействий мирабегрона с метопрололом и метформином использовали мирабегрон с немедленным высвобождением в дозе 160 мг. Клинически значимые взаимодействия между мирабегроном и лекарственными средствами, которые ингибируют, активируют или являются субстратом одного из изоферментов CYP или переносчиков, не ожидаются, за исключением ингибирующего влияния мирабегрона на метаболизм субстратов изофермента CYP2D6. Влияние на ингибиторы ферментов. Концентрация мирабегрона (площадь под кривой концентрация-время — ПКК) увеличилась в 1,8 раза под влиянием сильного ингибитора изоферментов CYP3A/P-gp кетоконазола у здоровых добровольцев. Коррекции дозы мирабегрона не требуется при совместном приёме с ингибиторами изофермента CYP3A или P-gp. Однако у пациентов, страдающих лёгкой или умеренной почечной недостаточностью (рСКФ 30 – 89 мл/мин/1,73 м^2) или лёгкой печёночной недостаточностью (класс А по шкале Чайлда – Пью), принимающих такие сильные ингибиторы изоферментов CYP3A, как итраконазол, кетоконазол, ритонавир и кларитромицин, рекомендуемая ежедневная доза мирабегрона составляет 25 мг независимо от приёма пищи. Влияние на индукторы ферментов. Вещества, индуцирующие изоферменты CYP3A или P-gp, снижают концентрацию мирабегрона в плазме. Корректировки дозы не требуется при приёме мирабегрона вместе с терапевтическими дозами рифампицина или других индукторов изоферментов CYP3A или P-gp. Влияние мирабегрона на препараты, метаболизируемые изоферментом CYP2D6. У здоровых добровольцев мирабегрон умеренно ингибирует изофермент CYP2D6, активность которого восстанавливается через 15 дней после прекращения приёма мирабегрона. Ежедневный приём мирабегрона привёл к увеличению Cmax на 90% и ПКК на 229% для одной дозы метопролола. Ежедневный приём мирабегрона привёл к увеличению Cmax на 79% и ПКК на 241% для одной дозы дезипрамина. Следует с осторожностью назначать мирабегрон в сочетании с препаратами, обладающими узким терапевтическим индексом, и препаратами, которые в значительной степени метаболизируются изоферментом CYP2D6, например тиоридазин, препаратами для лечения аритмии Тип 1С (например, флекаинид, пропафенон) и трициклическими антидепрессантами (например, имипрамин, дезипрамин). Мирабегрон также следует принимать с осторожностью при совместном приёме с препаратами, которые метаболизируются изоферментом CYP2D6 и доза которых подлежит индивидуальному определению. Влияние мирабегрона на препараты, транспортируемые белком-переносчиком (P-gp). Мирабегрон является слабым ингибитором белка P-gp. Мирабегрон способствовал увеличению Cmax и ПКК на 29% и 27% соответственно при приёме с дигоксином здоровыми добровольцами. Для пациентов, которые начинают принимать мирабегрон и дигоксин одновременно, дигоксин подлежит приёму в наименьшей дозе. При этом необходим мониторинг концентрации дигоксина в плазме крови и подбор дальнейшей эффективной дозы дигоксина по результатам контрольных анализов. Потенциал ингибирования белка P-gp мирабегроном следует принимать во внимание при назначении мирабегрона совместно с препаратами, транспортируемыми белками P-gp, например дабигатраном. Другие формы взаимодействия. Клинически значимых взаимодействий при совместном приёме мирабегрона с солифенацином, тамсулозином, варфарином, метформином или комбинированными оральными контрацептивами, содержащими этинилэстрадиол и левоноргестрел, выявлено не было. Корректировки дозы не требуется. Усиление влияния мирабегрона при совместном приёме с другим препаратами выражается в увеличении частоты пульса. **Особые указания.** Пациенты с артериальной гипертензией. Препарат Бетмига может повышать артериальное давление. Рекомендуется измерять артериальное давление до начала лечения и периодически во время лечения Бетмигой, особенно у пациентов, страдающих артериальной гипертонией. Поскольку исследований с препаратом Бетмига у пациентов с неконтролируемой тяжёлой артериальной гипертензией (систолическое артериальное давление ≥180 мм рт. ст. и/или диастолическое артериальное давление ≥110 мм рт. ст.), не проводилось, поэтому препарат не рекомендован к применению у этой категории пациентов. Имеются только ограниченные данные относительно применения препарата Бетмига у пациентов, страдающих гипертензией 2-й стадии (систолическое артериальное давление ≥160 мм рт. ст. и/или диастолическое артериальное давление ≥100 мм рт. ст.). Фертильность. В исследованиях на животных влияния мирабегрона на фертильность в нелетальных дозах не выявлено. Не установлено, влияет ли мирабегрон на фертильность у человека.

*С полным текстом инструкции по медицинскому применению можно ознакомиться на сайте www.grls.rosminzdrav.ru.

АО «Астеллас Фарма», 109147, Москва, ул. Марксистская, д. 16, тел. +7(495) 737-07-56

astellas

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. ПЕРЕД НАЗНАЧЕНИЕМ ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ИНСТРУКЦИЕЙ ПО МЕДИЦИНСКОМУ ПРИМЕНЕНИЮ

* Вывод сделан на основании возможности длительного соблюдения рекомендованной терапии пациентами с ГМП, что подтверждено данными ретроспективного наблюдательного исследования. Chapple C.R., et al. Eur. Urol. 2017; 72: 389–99. 1. Chapple C.R., et al. Eur. Urol. 2017; 72: 389–99. Приверженность пациентов терапии мирабегроном в сравнении с антимускариновыми препаратами у пациентов с ГМП: данные ретроспективного наблюдательного исследования в Великобритании в клинической практике, при участии 21 996 пациентов старше 18 лет, в период с 1 мая 2013 по 29 июня 2014 г. Информация для специалистов здравоохранения. BET_2020_0038_RU_SEP_2020_POSTSCRIPTUM

на правах рекламы

Эректильная дисфункция. Причины

Причины эректильной дисфункции

Васкулогенная

- Сердечно-сосудистая патология (артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца, патология периферических сосудов
- Сахарный диабет
- Гиперлипидемия
- Курение
- Обширные хирургические вмешательства (радикальная простатэктомия) или лучевая терапия (области таза или забрюшинного пространства)

Нейрогенная

Центральные причины

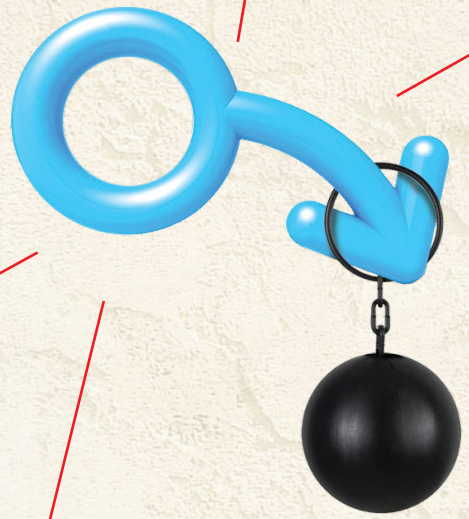
- Нейродегенеративные заболевания (рассеяный склероз, болезнь Паркинсона, множественная системная атрофия)
- Травма или заболевания спинного мозга
- Инсульт
- Опухоли центральной нервной системы

Периферические причины

- Сахарный диабет 1 и 2 типа
- Хроническая почечная недостаточность
- Полинейропатия
- Хирургическое вмешательство (в области таза или забрюшинном пространстве, РПЭ, колоректальные операции)
- Операции на уретре (стриктура уретры, уретропластика)

Анатомическая или структурная

- Гипоспладия, эписпадия, микропенис
- Фимоз
- Болезнь Пейрони
- Рак полового члена



Психогенная

- Генерализованный тип (например, недостаток сексуального возбуждения и трудности при интимной близости)
- Ситуационный тип (например, связанная с партнершей, внешней обстановкой или стрессом)

Травма

- Перелом полового члена
- Перелом костей таза

Гормональная

- Сахарный диабет; метаболический синдром
- Гипогонадизм (любого типа)
- Гиперпролактинемия
- Гипер- и гипотериоз
- Гипер- и гипокортицизм (болезнь Кушинга и др.)

Вызванная лекарственной терапией

- Антигипертензивные препараты (тиазидные диуретики)
- Антидепрессанты (селективные ингибиторы обраного захвата серотонина, трициклические)
- Антипсихотические препараты (нейролептики)
- Антиандрогенные препараты (аналоги и антагонисты ГНРГ, ингибиторы 5-альфа-редуктазы)
- Наркотические средства (алкоголь, героин, кокаин, марихуана, метадон, синтетические препараты, анаболические стероиды и др.)

Смешанная патофизиология

- Хронические системные заболевания (сахарный диабет, артериальная гипертензия, метаболический синдром, хроническая почечная недостаточность, хронические болезни печени, гипергомоцистеинемия, обструктивное апноэ во сне и т.д.
- Псориаз, подагрический артрит, анкилозирующий спондилит, неалкогольгая жировая болезнь печени, хронический периодонтит, открытоугольная глаукома, воспалительные заболевания кишечника
- Ятрогенные причины

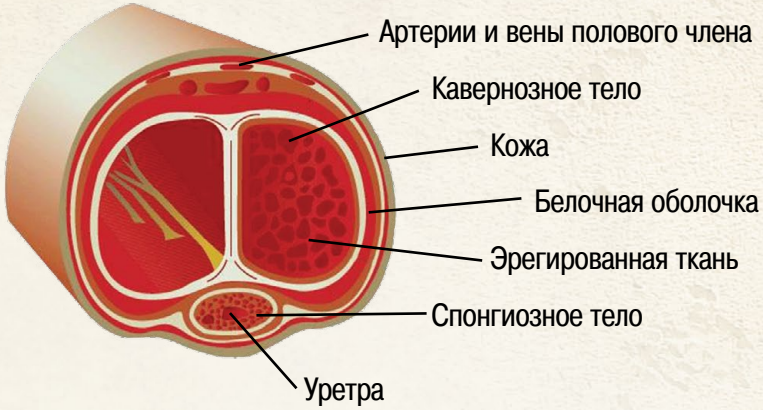
4 раздел

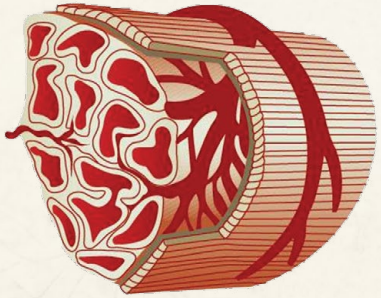
Эректильная дисфункция. Диагностика

Факторы, ускоряющие развитие эректильной дисфункции

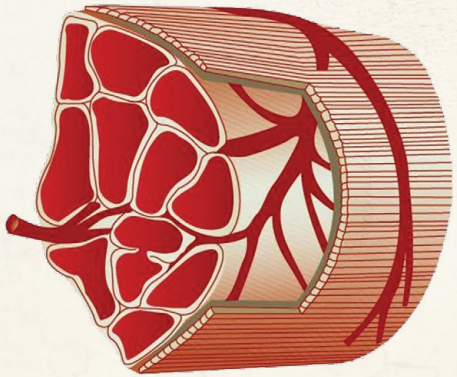


Механизм эрекции





Расслабленное состояние



Состояние эрекции



Пенильные сосуды 1-2 мм – Эректильная дисфункция



Коронарные сосуды 3-4 мм – Ишемическая болезнь сердца, стенокардия, инфаркты



Магистральные сосуды 5-6 мм (сонная артерия) – когнитивные нарушения, инсульты

Диагностика

Опрос пациента и его партнерши + анкета МИЭФ

Физикальное обследование

- мочеполовая,
- сердечно-сосудистая,
- эндокринная
- нервная системы

Лабораторная диагностика

- уровень глюкозы натощак
- гликилированный гемоглобин
- липидный профиль
- уровень общего тестостерона + биодоступный Т + свободный Т
- ФСГ, ЛГ, пролактин, ПСА

Специализированные тесты

- Ночная тумесценция и ригидность полового члена – 2 ночи
- Тест с интракавернозными инъекциями
- Дуплексное УЗИ артерий полового члена
- Артериография и динамическая инфузионная кавернозометрия или кавернозография
- Оценка психического состояния (консультация психиатра)
- Аномалии строения полового члена
- Неврологические исследования – длительность бульбокавернозного рефлекса, оценка проводимости нервов

4 раздел

Эректильная дисфункция. Лечение

Алгоритм лечения эректильной дисфункции

Выявить и устранить причины ЭД, поддающиеся лечению

Изменение образа жизни и факторов риска

Информирование и консультирование пациента и его партнерши

Узнать потребности и ожидания пациента. Согласованное принятие решения. Предложить совместное психосоциальное и медицинское лечение

Ингибиторы ФДЭ-5
Топическая терапия/интрауретральный алпростадил. Вакуумные устройства. Низкоинтенсивная ударно-волновая терапия

Недостаточная эффективность лечения

- Оценить адекватное применение методов лечения
- Предоставить пациенту новую информацию и консультирование
- Повторное обследование
- Рассмотреть альтернативную или комбинированную терапию

Оценить эффективность лечения
- Инвазивность лечения, воспринимаемая пациентом
- Улучшение эректильной функции на фоне лечения
- Побочные эффекты
- Удовлетворенность лечением

Недостаточная эффективность лечения

Интракавернозные инъекции

Недостаточная эффективность лечения

Имплантация пенильных протезов

Оценить эффективность лечения
- Побочные эффекты
- Удовлетворенность лечением

1 линия терапии

Изменение образа жизни

- Отказ от курения
- Отказ от алкоголя
- Снижение (нормализация) массы тела
- Устранение стрессовых ситуаций
- Нормализация сна
- Нормализация отношений с партнершей

Медикаментозное

Ингибиторы фосфодиэстеразы 5 типа – ФДЭ-5
- Силденафил
- Тадалафил
- Варданафил
- Аванафил

Препараты тестостерона

Применение БАДов



Аллицин, S-аллилцистеин – усиливает выработку оксида азота (NO → приводит к расширению артерий, обеспечивающих эрекцию.

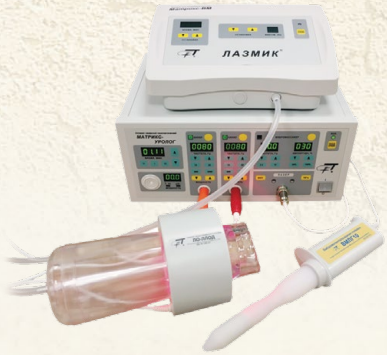
Экстракт Шалфея краснокорневищного – увеличивает число эпизодов эрекции

Хрома пиколинат – снижает уровень глюкозы натощак, снижает общий холестерин

Псиллиум (Psyllium) – снижает массу тела

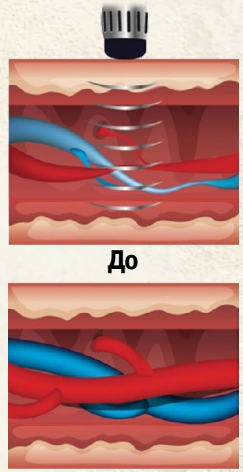
Может заменить фразу БАДов, на применение "комплексных препаратов"

…е введение …ила





Ударно-волновая терапия ЭД



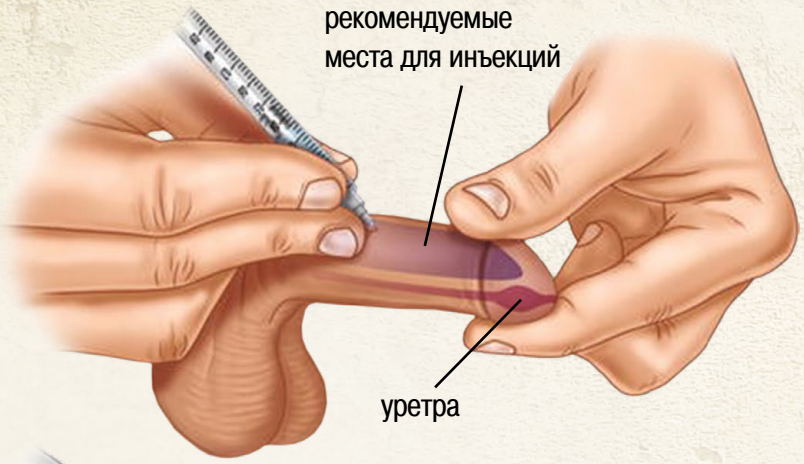
До

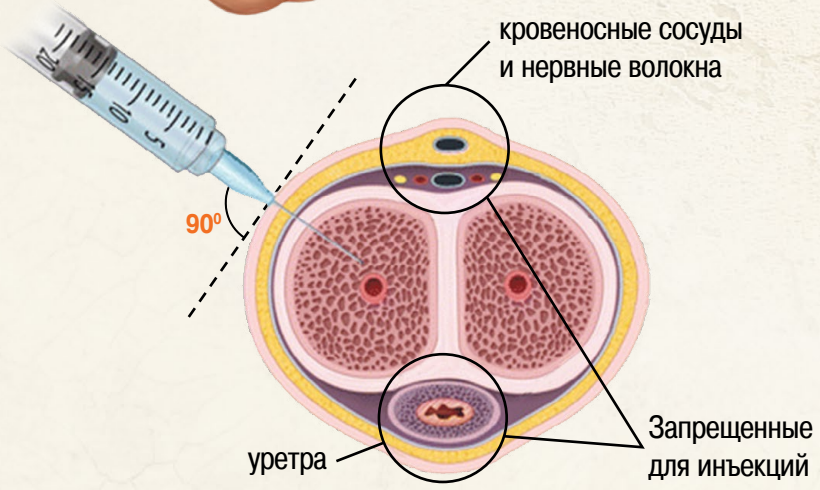
После

Эректильная дисфункция. Лечение

2 линия терапии

Внутрикавернозные инъекции





Поперечное сечение полового члена

3 линия терапии

Протезирование

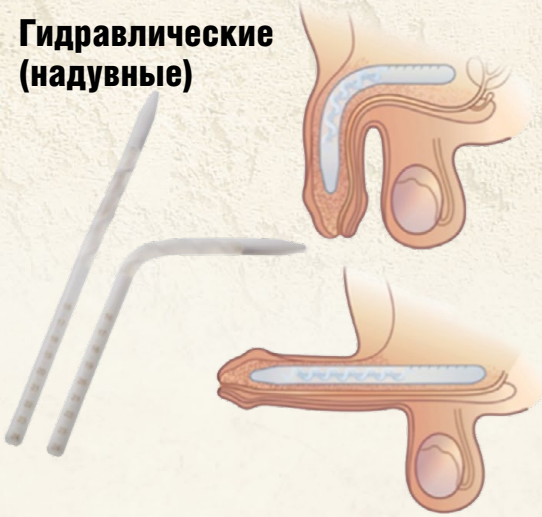
Жесткие (ригидные)



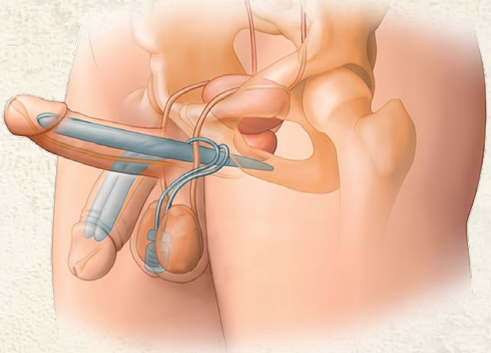
Полужесткие (пластические)



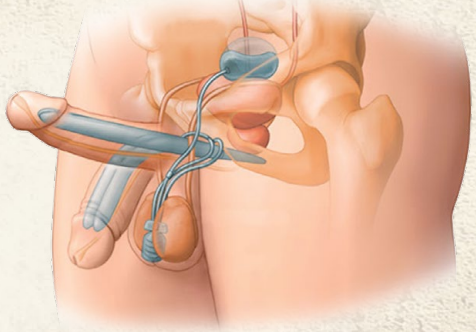
Гидравлические (надувные)



Двухкомпонентные



Трехкомпонентные





ЭДЕЛИМ

Безопасное средство метаболической терапии эректильной дисфункции, направленное как на устранение основных причин развития ЭД (высокий уровень холестерина, глюкозы, АД), так и на защиту эндотелиальных клеток кавернозных тел.

СГР № RU.77.99.88.003.R.000014.01.20 от 14.01.2020

Для специалистов

SHPHARMA
source of healing

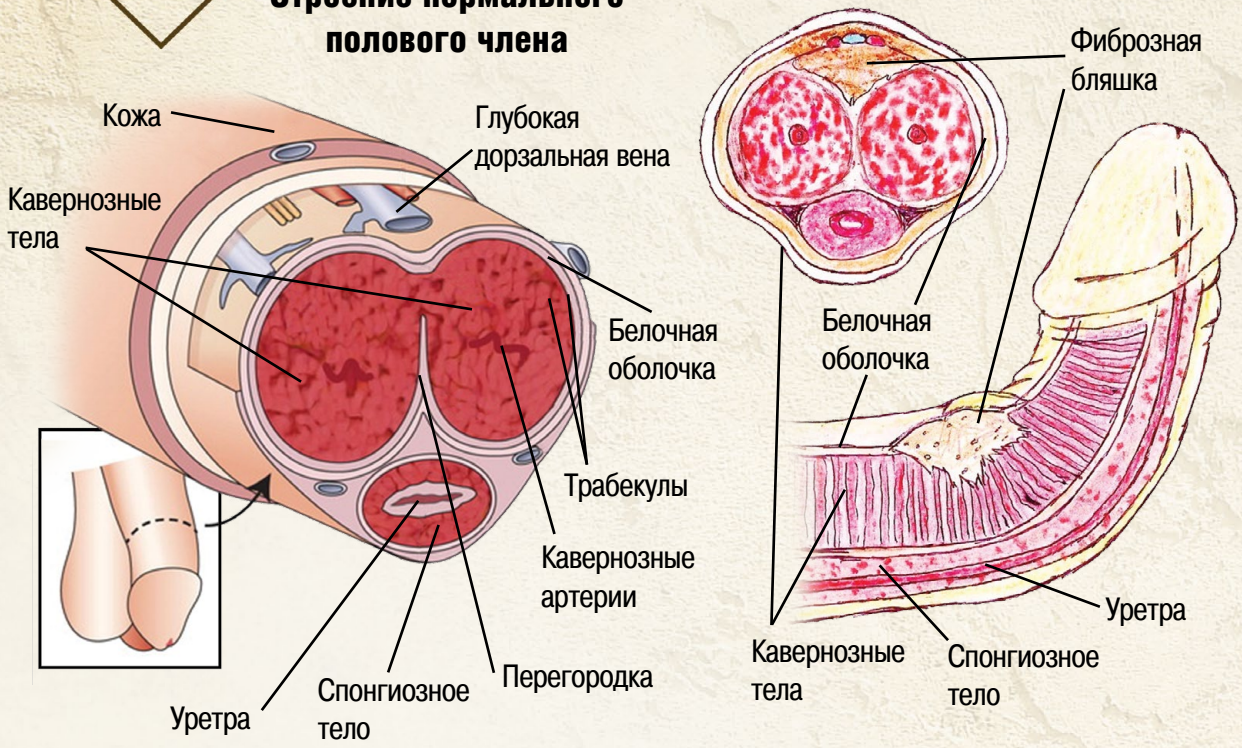
SHPHARMA.RU

БАД НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ЛЕКАРСТВЕННЫМ СРЕДСТВОМ

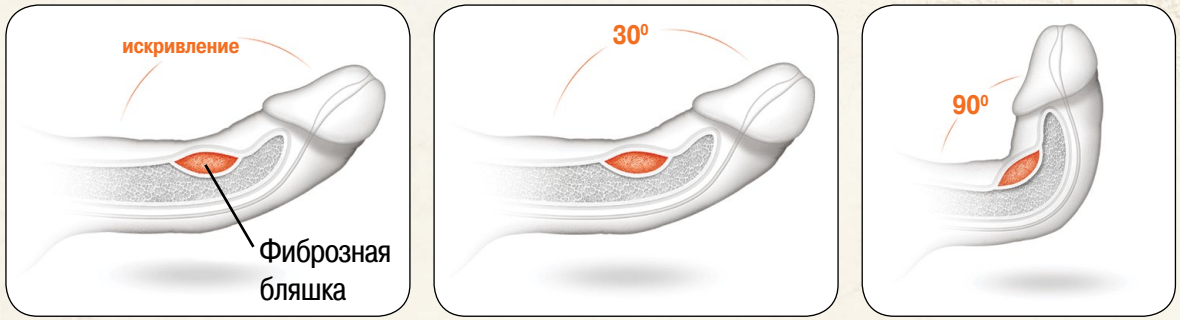
5 раздел

Болезнь Пейрони.
Причины. Симптомы. Течение болезни. Диагностика

Строение нормального полового члена



Степени искривления полового члена во время эрекции



Причины:

- Микротравмы полового члена (в том числе во время полового акта)
- Нарушение метаболизма коллагена
- Аутоиммунные нарушения
- Генетическая предрасположенность

Симптомы:

Деформация полового члена – вправо, влево, вверх, вниз, по типу «песочных часов» → Укорочение полового члена → Боль при эрекции

Эректильная дисфункция → Психологические расстройства → **ВСЕ ЭТО ПРИВОДИТ К НЕВОЗМОЖНОСТИ ПОЛОВОГО АКТА**

Течение болезни Пейрони:

Активная (острая) фаза - боль, образование и активный рост бляшки, кальцификация бляшек – до 6-12 месяцев, иногда более 1 года → Стабильная (хроническая) фаза – боль уменьшается, степень искривления стабилизируется – через 18 месяцев после начала заболевания

Или длительная ремиссия или прогрессирование → Прогрессирование – увеличение бляшки и возобновление болей

Диагностика

- Визуальный осмотр + фото полового члена во время эрекции
- УЗИ сосудов полового члена
- Кавернозография
- МРТ полового члена

5 раздел

Болезнь Пейрони.
Лечение

Консервативное в активной фазе заболевания

Медикаментозная терапия

- Инъекционная
- Тракционная
- Физиотерапия



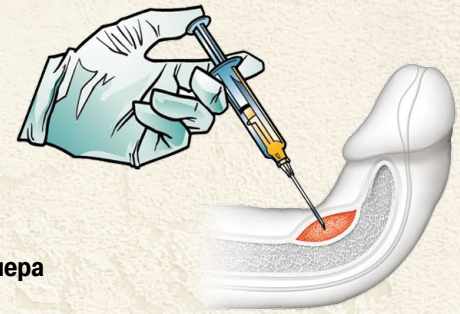
ПЕЙРОФЛЕКС способствует:

- Уменьшению плотности и размера фиброзной бляшки
- Замедлению прогрессирования искривления полового члена
- Уменьшению боли во время эрекции в активную фазу болезни Пейрони
- Профилактике развития болезни Пейрони после травматичного полового акта или после травмы полового члена

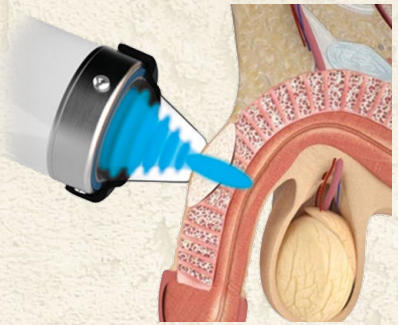
Инъекционная терапия

Вводят:

- Интерферон альфа-2b
- Клостриальная коллагеназа
- Блокаторы кальциевых каналов



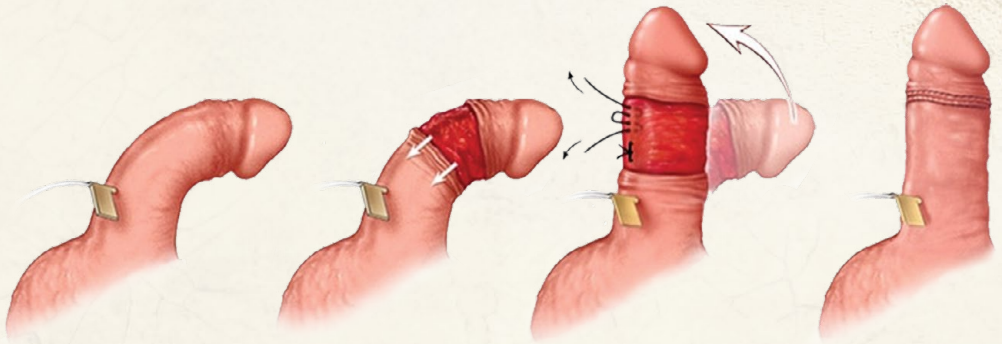
Экстракорпоральная ударно-волновая терапия (ЭУВТ)



Пенильная тракционная терапия (ПТТ)

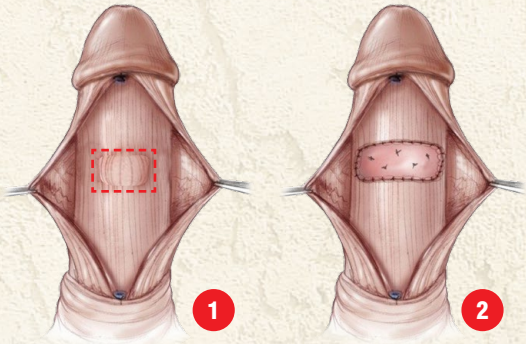


Хирургическое лечение. Операция Несбита



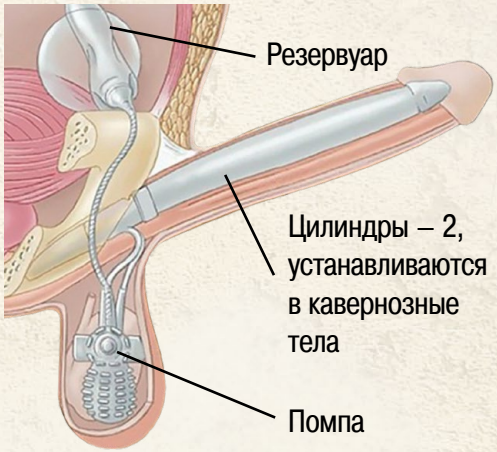
до операции — пликация — после операции

Графтинг



1 Фиброзная бляшка до операции

Протезирование



2 Графт («заплата»)

- Аутотрансплантаты – аутовена, белочная или влагалищная оболочка яичка, слизистая щеки, фасциальный или кожный лоскут
- Аллографты – трупный перикард, трупная широкая фасция, трупная твердая мозговая оболочка.
- Ксенографты – подслизистая основа тонкой кишки свиньи, бычий перикард (ксеноперикард), дерма свиньи
- Синтетические графты – гортекс, даксон, силастик



ПЕЙРОНИ

ПЕЙРОФЛЕКС

Первое пероральное средство для лечения болезни Пейрони. Компоненты препарата ПЕЙРОФЛЕКС обладают проверенными клиническими эффектами: замедляют прогрессирование искривления полового члена ,уменьшают размер и плотность фиброзной бляшки, облегчают боль во время эрекции.

СГР № RU.77.99.88.003.R.003360.09.19 от 16.09.2019

SHPHARMA
source of healing

запятая "прилипла"

SHPHARMA.RU

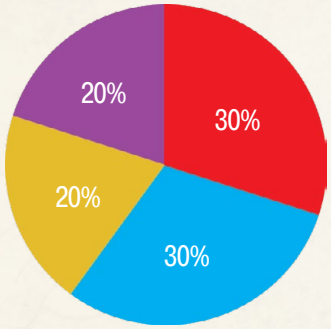
БАД НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ЛЕКАРСТВЕННЫМ СРЕДСТВОМ

6 раздел

Мужское бесплодие

Причины

1. Первичные сперматогенные нарушения – тестикулярная недостаточность
2. Генетические нарушения
3. Обструктивная азооспермия
4. Варикоцеле
5. Гипогонадизм
6. Криптохизм
7. Идиопатическое мужское бесплодие



30% мужской фактор
30% женский фактор
20% смешанные формы бесплодия
20-40% идиопатическое бесплодие

1. Первичные сперматогенные нарушения – тестикулярная недостаточность

Встречается при:

- **Крипторхизме – одно и двустороннем**
- **Перекрут яичка**
- **Травма яичка**
- **Инфекции МПС**
- **Влияние токсинов окружающей среды/облучения**
- **Влияние лекарственных препаратов/химиотоксических**

Диагностика:

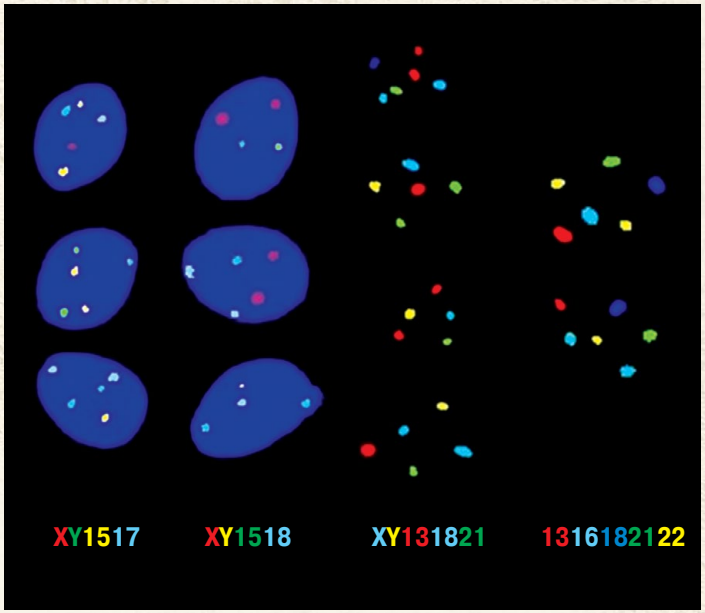
- **Анализ эякулята**
- **Определение уровня гормонов**
- **УЗИ мошонки**
- **Биопсия яичка**

2. Генетические нарушения

Хромосомные аномалии
Синдром Кляйнфельтера



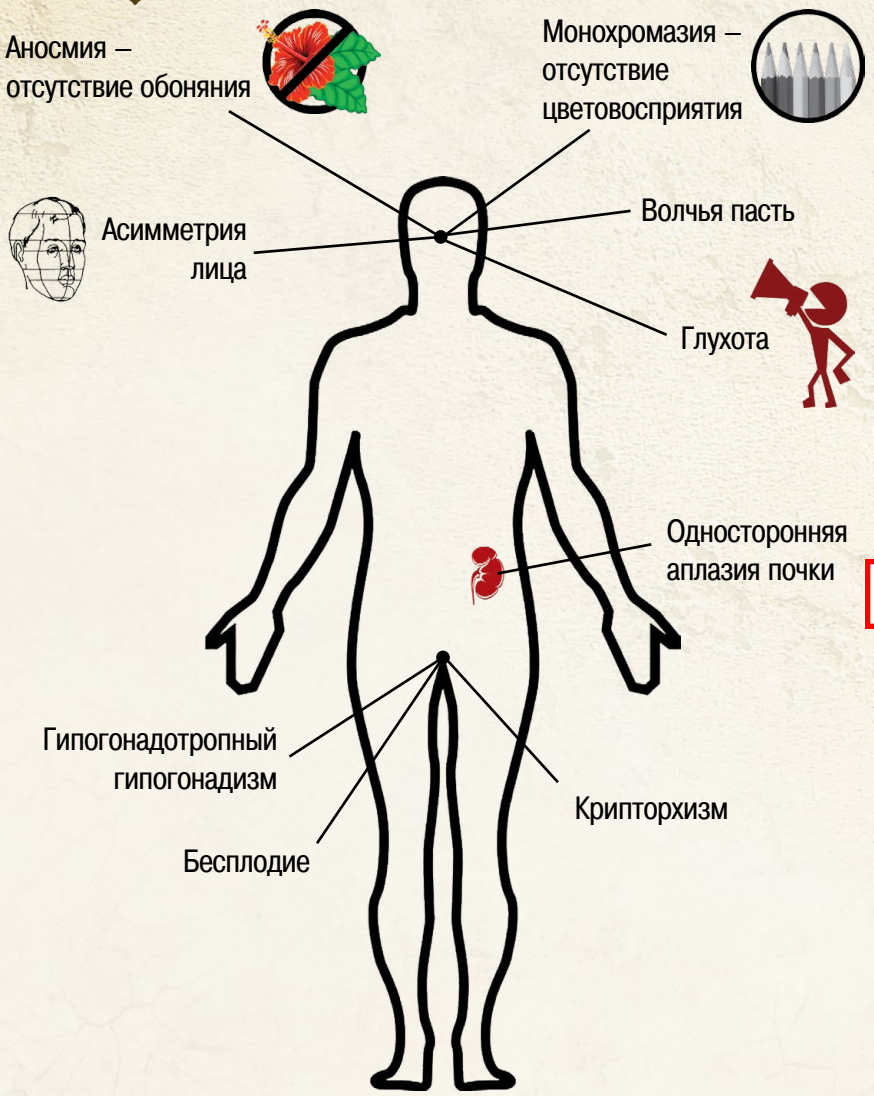
Нарушения в аутосомных хромосомах
Аномалии половой хромосомы
Диагностика этих состояний – FISH-анализ сперматозоидов



Мужское бесплодие

Каллмана с двумя Л

Синдром Калмана



Синдром Морриса – Жанна Д`Арк

Мужской генотип 46XY
Женский фенотип



- **Высокий рост**
- **Физическая сила**
- **Высокий интеллект**
- **Смелость, отвага**
- **Склонность к ношению мужской одежды**

- **Женская внешность**
- **Развитые молочные железы**
- **Аменорея – отсутствие менструаций**
- **Бесплодие**

- **Длинные конечности (ноги)**
- **Псевдогермафродитизм**

Синдром

Синдром Рейфенштейна

Пропущена буква Н

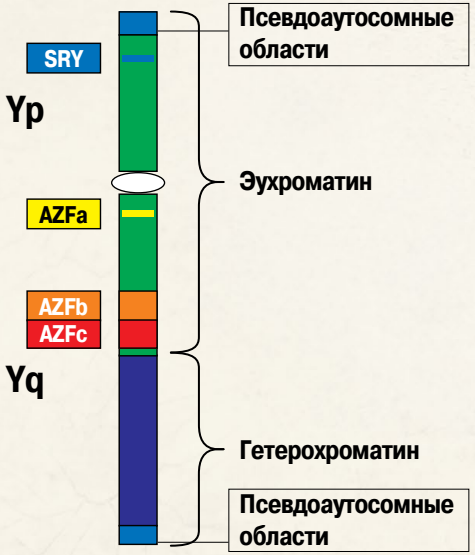
Синдром Рейфенштейна

- Частичная резистентность к андрогенам
- Нормостеническое телосложение, гинекомастия, гипоспадия, уменьшеный и искривленный книзу половой член, крипторхизм, оволосение на лобке по женскому типу
- Тестостерон в крови – повышен
- ЛГ и эстрадиол – повышен
- ФСГ – норма или повышен
- Спермограмма – азооспермия

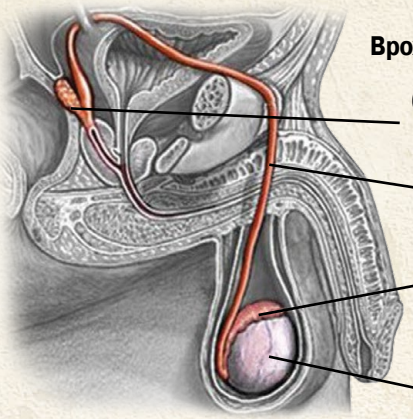
Мужское бесплодие

Делеции AZF в Y-хромосоме

- при < 5 млн сперматозоидов/мл эякулята
- передается только по мужской линии
- у сыновей размер микроделеций может быть больше
- может отсутствовать половая хромосома – **синдром Турнера**
- делеция gr/gr – фактор риска герминогенных опухолей яичка!



Строение Y-хромосомы



Мутации гена белка CFTR

Врожденное двустороннее отсутствие семявыносящего протока (ВДОСП)

Семявыносящий проток:

- **Проходит через паховый канал в брюшную полость, опускается в полость малого таза;**
- **Проходит позади мочевого пузыря, образуя расширение – ампулу;**
- **Соединятся с выводным протоком семенного пузырька, образуя семявыбрасывающий проток, открывающийся в предстательную часть мочеиспускательного канала.**

Синдром Шерешевского - Тёрнера

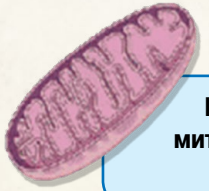
гментация ДНК сперматозоидов

Типы повреждения ДНК сперматозоидов



Фрагментация ДНК сперматозоидов

ДНК-фрагментация



Повреждение митохондриальной ДНК

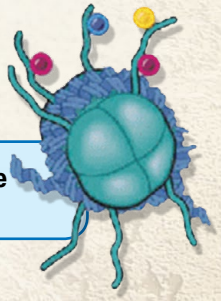
Укорочение теломер



Микроделеции Y-хромосомы



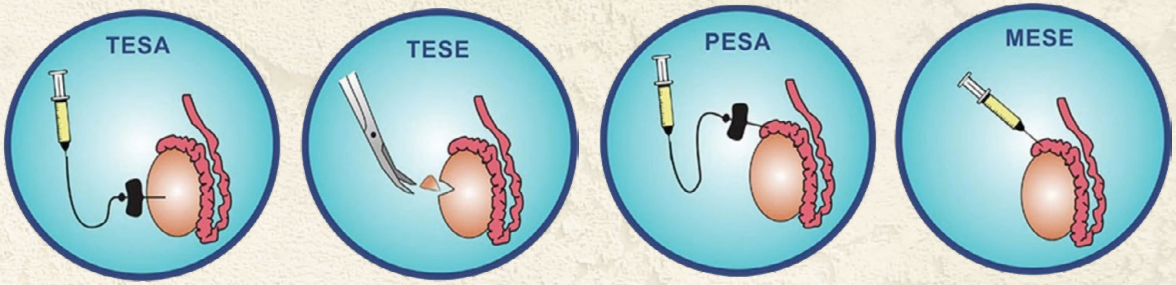
Эпигенетические нарушения



Мужское бесплодие



3. Обструктивная азооспермия



Методы получения сперматозоидов для вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ)

4. Варикоцеле

См. отдельный раздел

5. Гипогонадизм

См. отдельный раздел

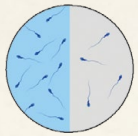
6. Криптохизм

См. отдельный раздел

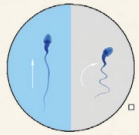
7. Идиопатическое мужское бесплодие

Причины не обнаружены – 44% пациентов

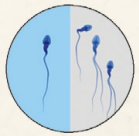
Лечение



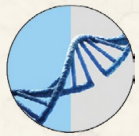
Уменьшение численности сперматозоидов



Снижение подвижности сперматозоидов



Ухудшение морфологии



Повреждение днк половых клеток

Медикаментозное воздействие



- В период подготовки к естественному зачатию,
- При подготовке к проведению вспомогательных репродуктивных технологий (ЭКО/ИКСИ)

- Увеличивает подвижность сперматозоидов
- Увеличивает концентрацию сперматозоидов
- Увеличивает жизнеспособность сперматозоидов

Идиопатический ОАТ-синдром

Кломифена цитрат
Тамоксифен

Андрогены
Бромкриптин
Альфа-блокаторы
Системные кортикостероиды
Препараты магния

Изменение образа жизни

- Бросить курить
- Не употреблять алкоголь
- Исключить стресс
- Постоянный половой партнер

Идиопатическая субфертильность

- ХГЧ
- Человеческий менопаузальный гонадотропин
- Рекомбинантный ФСГ
- Антиоксиданты → улучшаются параметры эякулята + увеличивается частота рождения живых детей после ЭКО

Для специалистов



МИРАКСАНТ®

Современное средство для лечения мужского бесплодия: улучшает параметры эякулята, содержит самый мощный природный антиоксидант, облегчает проникновение сперматозоида в яйцеклетку. Клинически доказанная эффективность.

СГР № RU.77.99.11.003.E.001614.04.19 от 24.04.2019

SHPHARMA
source of healing

SHPHARMA.RU

БАД НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ЛЕКАРСТВЕННЫМ СРЕДСТВОМ

7 раздел

Гипогонадизм. Недостаточность андрогенов

Андрогены (ТЕСТОСТЕРОН) вырабатывается:

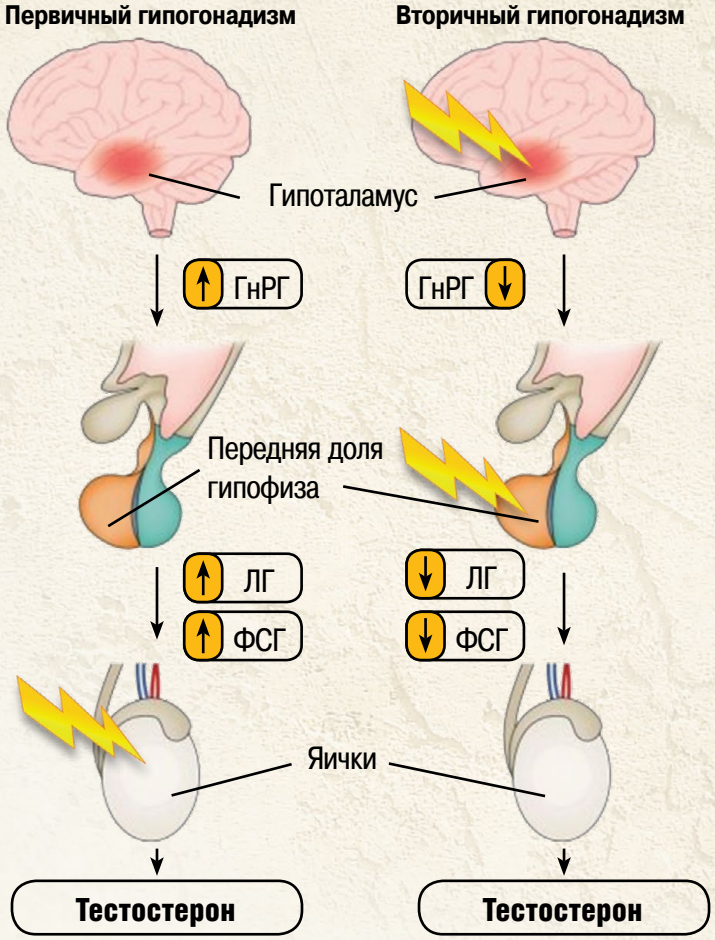
- в яичках **95%**
- в надпочечниках **5%**

Влияет на:

Развитие органов репродуктивной системы:
- яички
- семявыносящий проток
- семенные пузырьки
- предстательная железа
- половой член

- пубертный период
- развитие мужской фертильности
- мужской сексуальной функции
- мышечной массы
- строение тела по мужскому типу
- минерализацию костей
- метаболизм жировой ткани
- когнитивных функций

Виды гипогонадизма



Симптомы мужского гипогонадизма



У мужчины 40-79 лет



7 раздел

Гипогонадизм. Недостаточность андрогенов

Диагностика

Физикальное обследование

- Осмотр
- Индекс массы тела
- Сагиттальный размер живота (отношение обхвата талии к обхвату бедер)
- Тип оволосения
- Наличие гинекомастии
- Размер яичек
- Пальцевое ректальное исследование

Лабораторные методы

- Уровень тестостерона – дважды! Утром натощак до 11.00
- Свободного тестостерона
- Уровень глобулина, связывающего половые гормоны (ГСПГ)
- ЛГ
- ФСГ

Лечение

Перед началом ГЗТ нужно

- Изменить образ жизни
- Снизить вес
- Лечить сопутствующие заболевания

Показания к ГЗТ

- Задержка пубертатного развития (конституциональная или врожденные формы (идиопатическая, синдром Каллмана
- Синдром Клайнфельтера с нипогонадизмом
- Сексуальная дисфункция и низкий уровень тестестерона
- Уменьшение массы костей при гипогонадизме
- Взрослый мужчина с постоянными множественными признаками и симптомами гопогонадизма в случае неэффективного лечения ожирения и сопутствующих заболеваний
- Гипопитуитаризм

Противопоказания к ГЗТ

- Местнораспространенный или метастатический рак предстательной железы
- Рак грудной железы
- Мужчины, планирующие детей
- Показатель гемокрита > 0,54
- Тяжелая хроническая сердечная недостаточность (класс IV по классификации Нью-Йоркской ассоциации сердца)

Препараты для ГЗТ:

- **Тестостерона ундеканоат**
- **Тестостерона ципионат**
- **Тестостерона энантат**
- **Трансдермальный тестостерон**
- **Подкожные депо**
- **Энкломифена цитрат – на этапе исследований**

Особая форма – бустеры тестостерона



В состав препарата АЛЬФА входят 3 активных компонента



Экстракт корня сельдерея (апигенин)

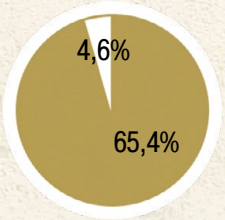


Экстракт листьев горянки (эпимедиум)

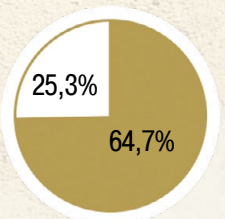


Экстракт корня эврикомы (тонгкат али)

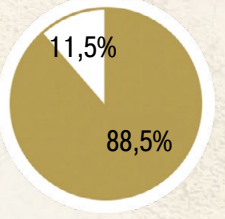
Результаты приема препарата АЛЬФА через 3 месяца



Симптомы андрогенного дефицита уменьшились у 95,4% обследованных мужчин



Уровень общего тестостерона повысился у 74,7% обследованных мужчин



Качество эрекции улучшилось у 88,5% обследованных мужчин

По данным многоцентрового клинического исследования*

Для специалистов



Альфа 420

Безопасное пероральное
негормональное средство для
устранения андрогенного дефицита
у мужчин, благодаря одновременному
повышению уровня тестостерона
и антиэстрогенному эффекту.

Клинически доказанная эффективность.

СГР № RU.77.99.11.003.E.002626.07.19 от 31.07.2019

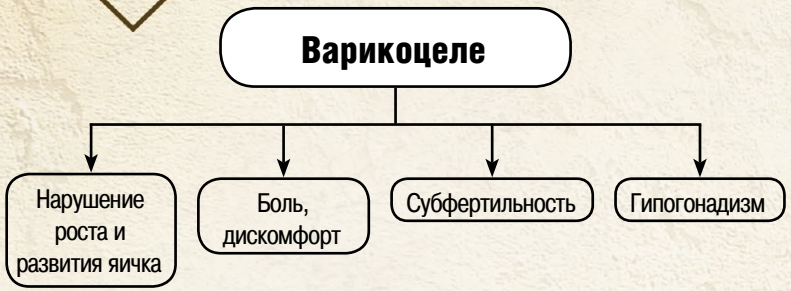
SHPHARMA
source of healing

SHPHARMA.RU

БАД НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ЛЕКАРСТВЕННЫМ СРЕДСТВОМ

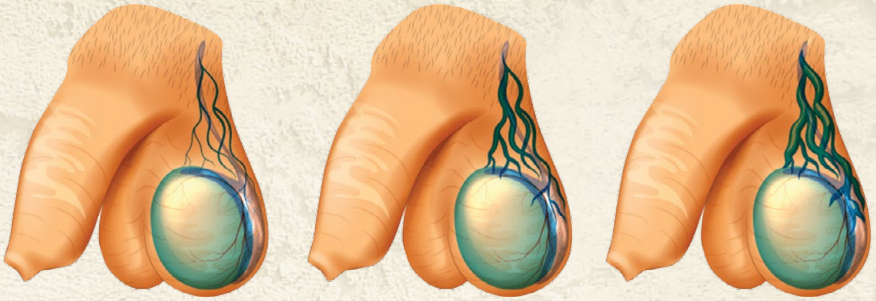
8 раздел

Варикоцеле

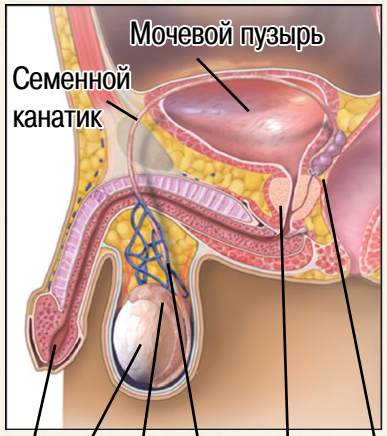


Классификация

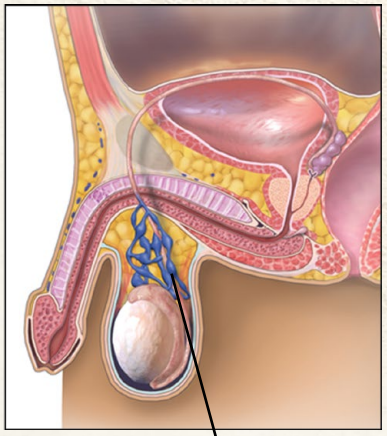
- Субклиническая форма
- I степень – при пробе Вальсальвы
- II степень – пальпируется в покое, визуально вены не видны
- III степень – и пальпируется, и определяется визуально



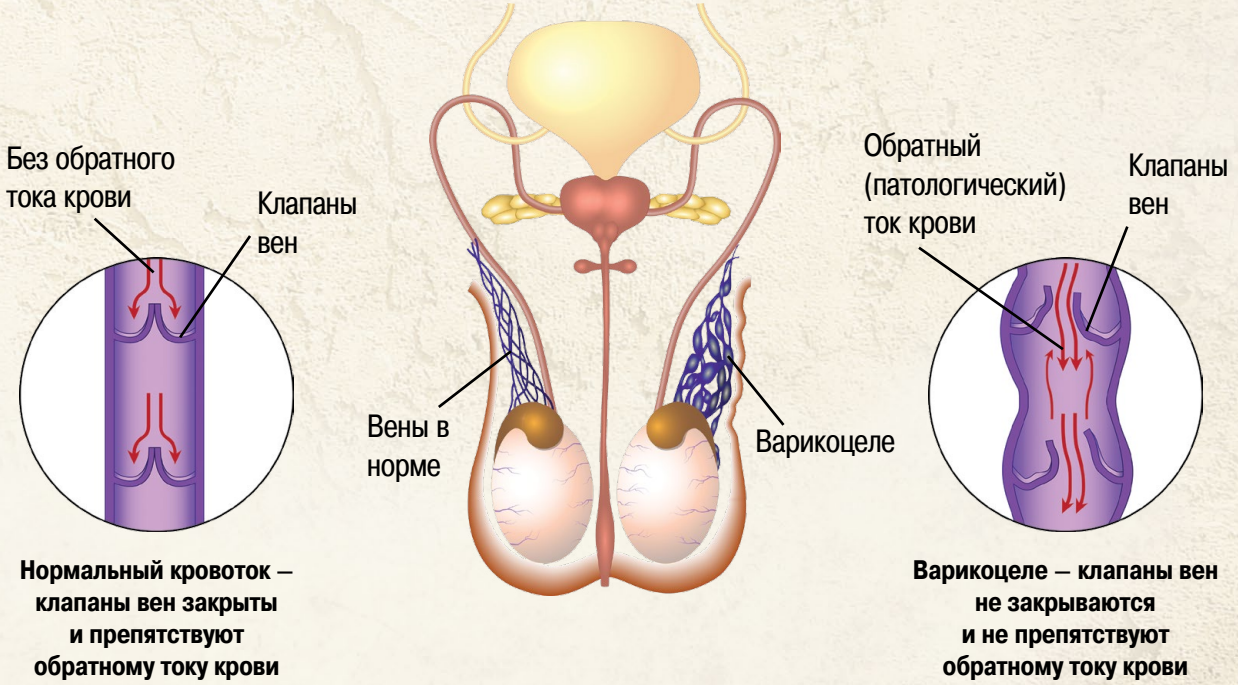
Норма



Варикоцеле



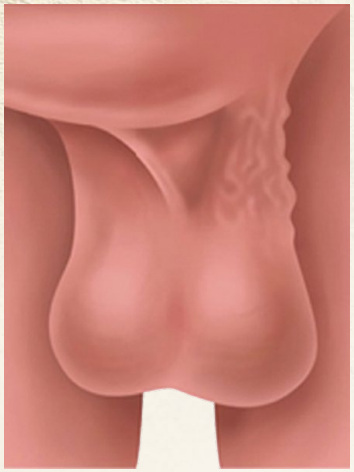
Причина варикоцеле – недостаточность клапанов вен



8 раздел

Варикоцеле

Диагностика



Осмотр

⇩

Пальпация

⇩

УЗИ с допплером

⇩

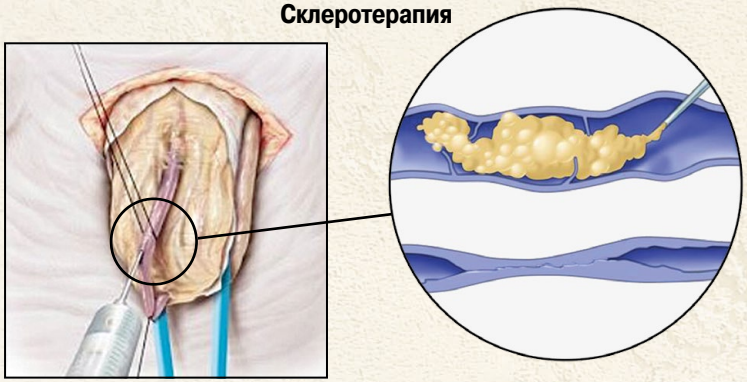
Рентгенофлебография – при планировании склеротерапии/эмболизации

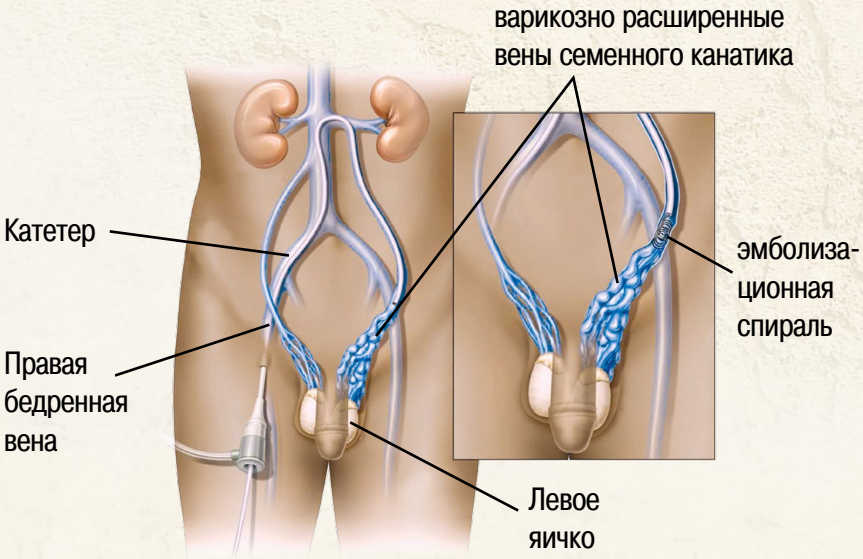
Хирургическое лечение

Малоинвазивные методы

- Склеротерапия
- Антеградная
- Ретроградная

Склеротерапия

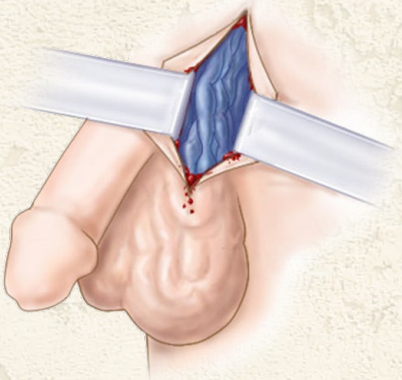




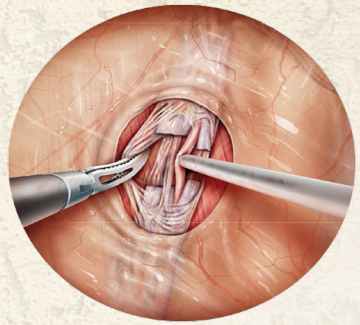
Ретроградная эмболизация яичковой вены

Открытые операции

- Мошоночный доступ
- Паховый доступ
- Высокая перевязка яичковой вены
- Микрохирургическая паховая или подпаховая перевязка яичковой вены – самая низкая частота осложнений и рецидивов
- Лапароскопическая перевязка яичковой вены



Мошоночный доступ



Лапароскопическая перевязка яичковой вены

КОМУ ПОКАЗАНО хирургическое лечение варикоцеле?

Подросткам с прогрессирующим нарушением развития яичек, доказанным при динамическом наблюдении

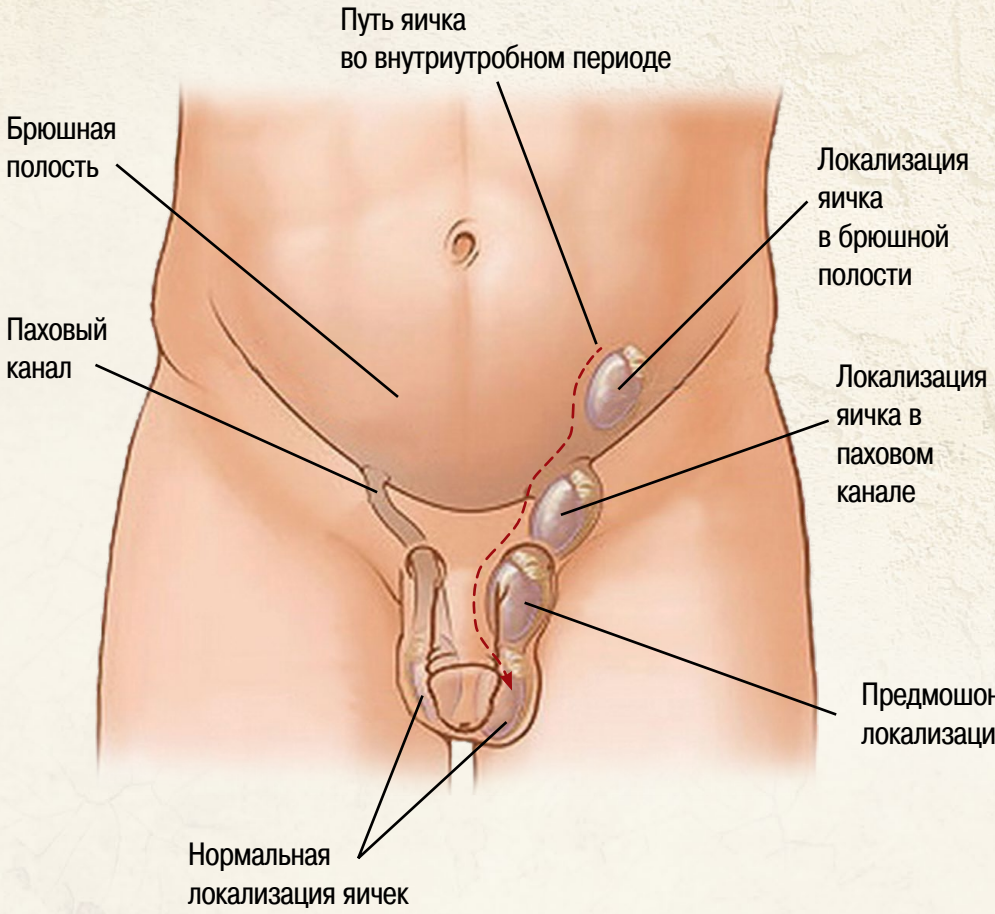
При бесплодии показано при клинически проявляющемся варикоцеле, олигозооспермии и не объяснимом другими причинами бесплодии

Крипторхизм

Крипторхизм – отсутствие одного или обоих яичек в мошонке

Классификация

- **Односторонний – фертильность может быть не нарушена**
- **Двусторонний – отцовство наступает в 35-53% случаев**
- **Истинный крипторхизм**
- **Ложный (эктопия яичка)**



Осложнения крипторхизма

- Дегенеративные изменения герминогенных клеток
- Снижение числа герминогенных клеток
- Бесплодие
- Малигнизация яичка – развитие опухолей яичка

Лечение

Детский возраст

- Терапия ГнРГ, ХГЧ (не рекомендуется на рутинной основе)
- Хирургическое
- Орхипексия до 18 месяцев

Подростковый возраст

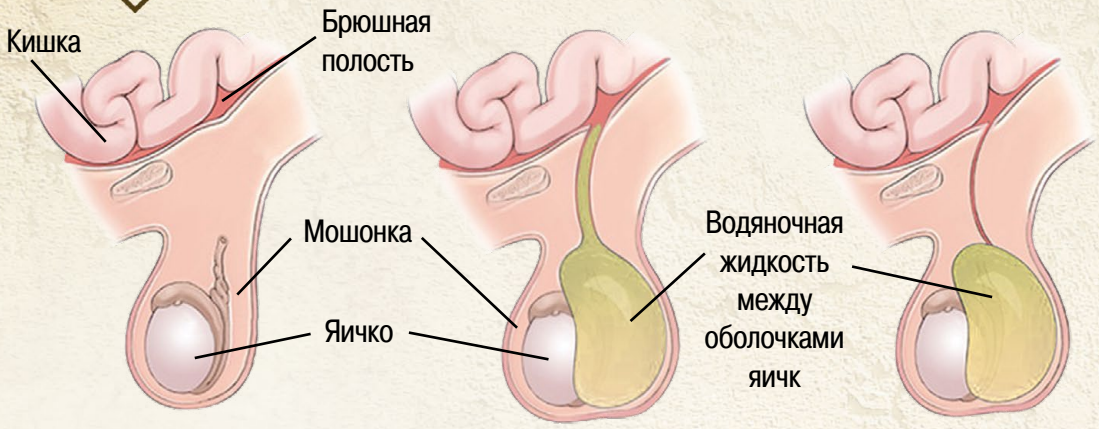
- Не рекомендуется удалять неопустившееся яичко (оно вырабатывает тестостерон)
- Орхипексия

Взрослый возраст

- Низведение яичка (яичек)
- появление сперматозоидов
- Биопсия яичка (во время орхипексии)
- Орхэктомия при подозрении на малигнизацию
- Гормональное лечение НЕ рекомендуется

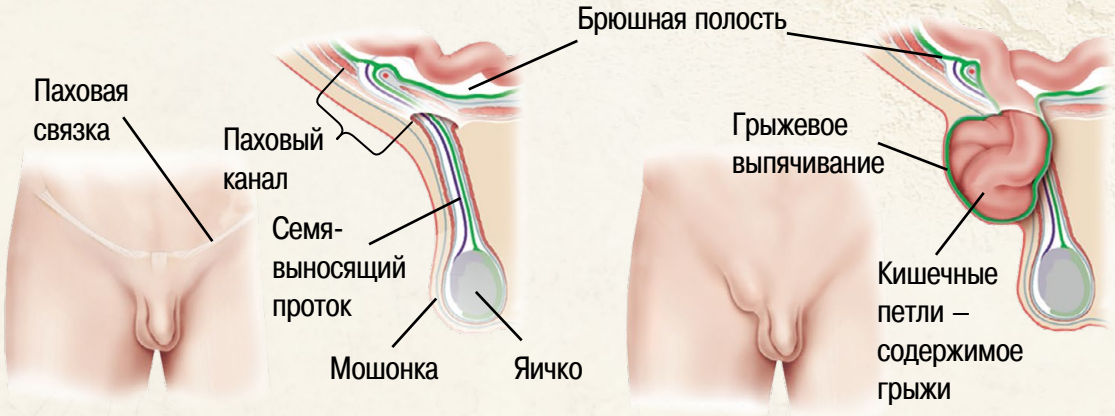
Водянка оболочек яичка. Грыжа. Баланопостит

Водянка оболочек яичка



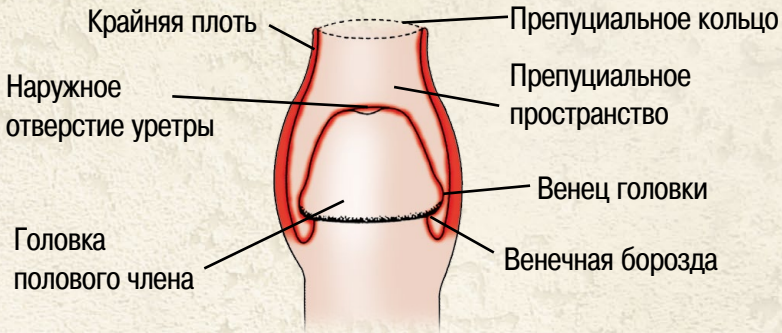
Норма | **Сообщающаяся водянка** | **Несообщающаяся водянка**

Паховая грыжа



Норма | **Паховая грыжа**

Баланопостит



Воспаление листка крайней плоти головки полового члена



Простой баланопостит



Эрозивный баланопостит



Генитальный герпес



Гангренозный баланопостит



Атрофический баланопостит

Фимоз



Норма



Тип 1
Крайняя плоть может отодвигаться в спокойном состоянии, либо с усилием во время эрекции



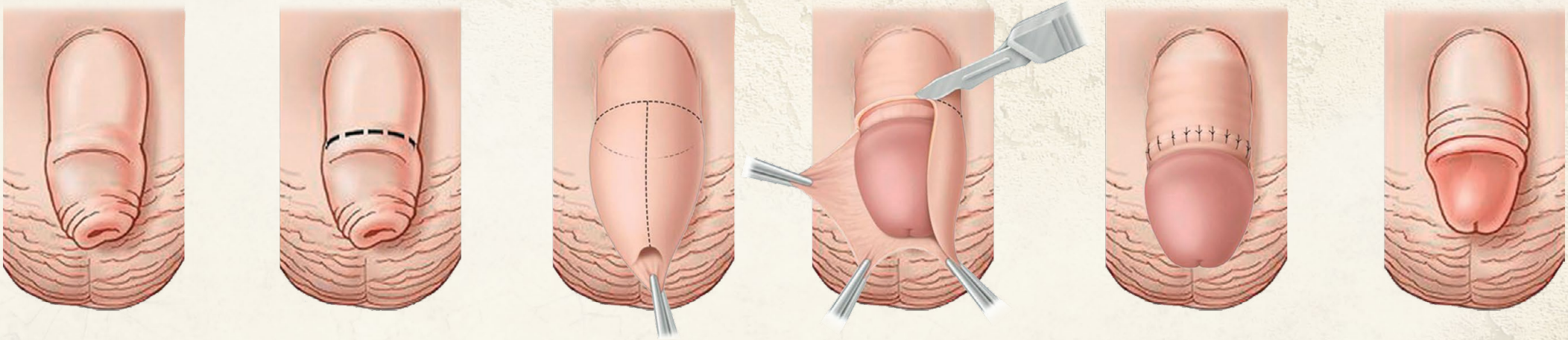
Тип 2
Крайняя плоть частично закрывает головку и не отодвигается за венечную борозду



Тип 3
Крайняя плоть полностью закрывает головку, наружное отверстие уретры не закрыто, обнажение головки невозможно



Тип 4
Крайняя плоть полностью закрывает головку, включая наружное отверстие уретры, обнажение головки и наружного отверстия уретры невозможно



Классическое обрезание крайней плоти

12
раздел

Ранняя эякуляция

Ранняя эякуляция (преждевременная эякуляция)

>1 МИН

Менее 1 минуты после проникновения полового члена во влагалище

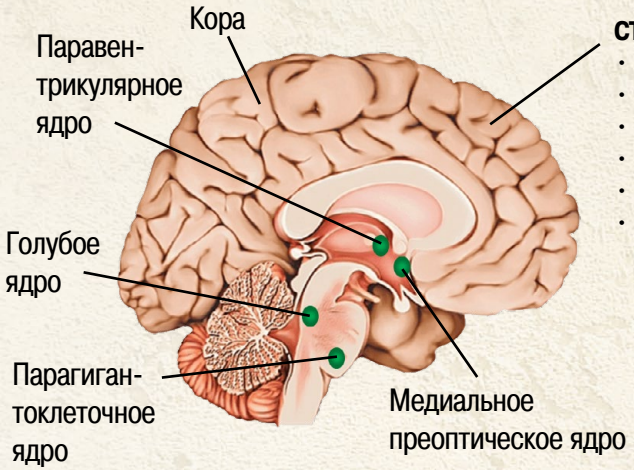


Невозможность ее задержать



Беспокойство, страх, депрессия

Механизм эякуляции



Головной мозг

СТИМУЛЯЦИЯ

- слуховая,
- зрительная,
- обонятельная,
- тактильная,
- память,
- сексуальные фантазии



Спинной мозг (поясничный центр)

симпатическая реакция:

Сокращение гладких мышц простаты, семенных пузырьков и семявыводящих протоков. Замыкание внутреннего сфинктера

фаза выведения

парасимпатическая реакция:

Сокращение поперечно-полосатых мышц, седалищно-пещеристых, луковично-пещеристых и m.constrictor urethrae

фаза выбрасывания

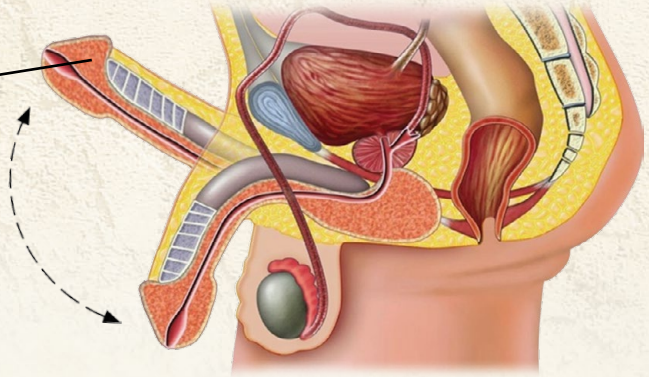
Тактильное раздражение головки полового члена

⇩

Срамной нерв

⇩

Межуточный нерв

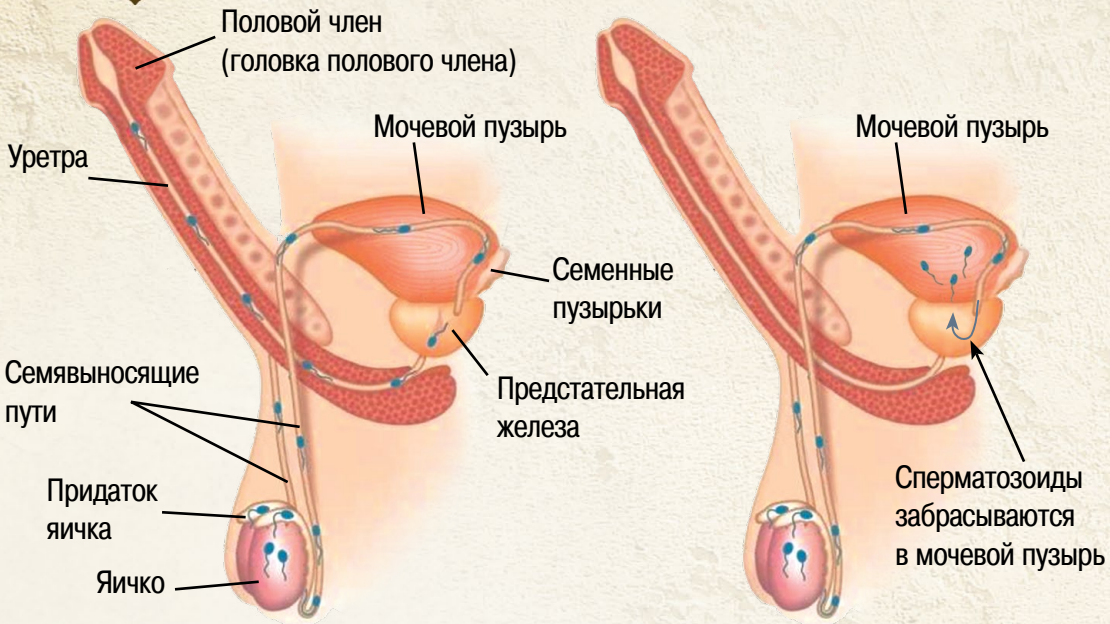


Половой член

Нервные импульсы из области полового члена и гениталий через спинной мозг передаются в головной мозг → головной мозг передает импульсы в сегменты T10-T12 и S2-S4 → возникает эрекция и эякуляция

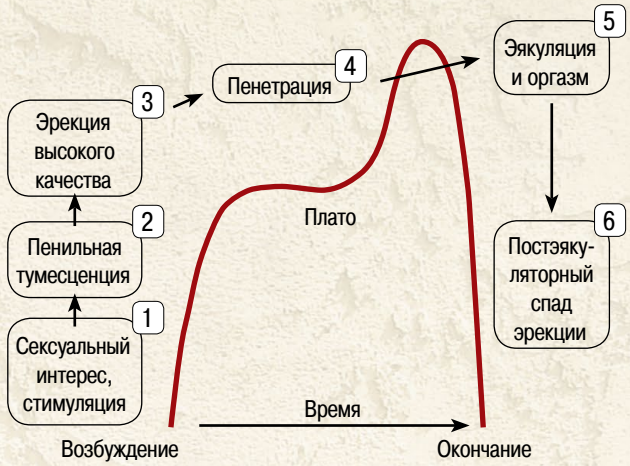
Ранняя эякуляция

Виды эякуляции

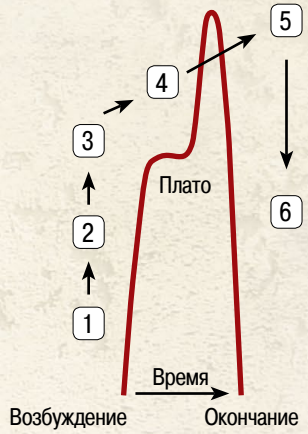


Нормальная эякуляция

Ретроградная эякуляция

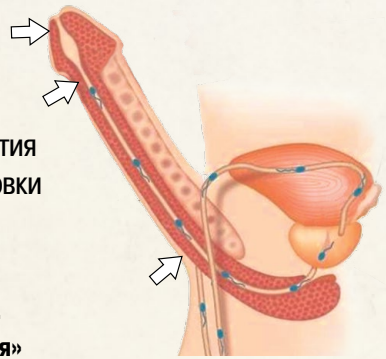


Нормальная эякуляция



Преждевременная эякуляция

Лечение



Метод «Стоп-старт»
Метод «сдавливания»



Нанесение спрея на головку полового члена



Медикаментозное лечение

Современная урология от НАО "Северная звезда"

СИОЗС



иФДЭ-5



Cmax 1-2 часа

$T_{1/2}$ 1,5 часа

Прием за 1-3 часа до сексуального контакта

ПЭ
Дапоксетин-СЗ

ЭД
Силденафил-СЗ
Тадалафил-СЗ

Меньше вспомогательных веществ

Хорошие органолептические свойства

Не содержит лактозу

СИОЗС + иФДЭ-5



ПЭ+ЭД
Дапоксетин-СЗ
Силденафил-СЗ
Тадалафил-СЗ

ЭД+СНМП
Тадалафил-СЗ
5 мг

иФДЭ-5







Северная ЗВЕЗДА

Взрослые 18+

Курсом / по требованию

1 раз в сутки

ОТПУСКАЮТСЯ ПО РЕЦЕПТУ. ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ, ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ НЕОБХОДИМО ПРОКОНСУЛЬТИРОВАТЬСЯ СО СПЕЦИАЛИСТОМ



Uroweb.ru
Издательский дом «УроМедиа»
Москва, 2020