

- Rosen R., Rowland D.L., Ho K.F., McNulty P., Rothman M., Jamieson C. Premature ejaculation: An observational study of men and their partners // *J Sex Med.* – 2005. – 2 (3). – 358–367.
51. Payne R.E., Sadovsky R. Identifying and treating premature ejaculation: importance of the sexual history // *Cleve Clin J Med.* – 2007. – 74, Suppl 3. – P. 47–53.
52. Porst H., Montorsi F., Rosen R.C., Gaynor L., Grupe S., Alexander J. The Premature Ejaculation Prevalence and Attitudes (PEPA) survey: Prevalence, comorbidities, and professional help-seeking // *Eur Urol.* – 2007. – 51 (3). – P. 816–824.
53. Powell J.A., Wyllie M.G. «Up and coming» treatments for premature ejaculation: progress towards an approved therapy // *Int J Impot Res.* – 2009. – 21 (2). – P. 107–115.
54. Premature ejaculation // [http://psychology.wikia.com/wiki/Premature\\_ejaculation](http://psychology.wikia.com/wiki/Premature_ejaculation).
55. Reading A., Wiest W. An analysis of self-reported sexual behavior in a sample of normal males // *Arch Sex Behav.* – 1984. – 13 (1). – P. 69–83.
56. Richardson D., Goldmeier D. Premature ejaculation – Does country of origin tell us anything about etiology? // *J Sex Med.* – 2005. – 2 (4). – P. 508–512.
57. Richardson D., Wood K., Goldmeier D. A qualitative pilot study of Islamic men with lifelong premature (rapid) ejaculation // *J Sex Med.* – 2006. – 3 (2). – P. 337–343.
58. Rushton J.P., Bogaert A.F. Race versus social class differences in sexual behaviour: A follow up test of the r/K dimension // *J Res Person.* – 1998. – 22. – P. 259–272.
59. Schapiro B. Premature ejaculation, a review of 1130 cases // *J Urol.* – 1943. – 50. – P. 374–379.
60. Schover L., Friedman J., Weiler S., Heiman J., LoPiccolo J. Multiaxial problem-oriented system for sexual dysfunctions: an alternative to DSM-III // *Arch Gen Psychiat.* – 1982. – 39 (5). – P. 614–619.
61. Shamloul R., el-Nashaar A. Chronic prostatitis in premature ejaculation: a cohort study in 153 men // *J Sex Med.* – 2006. – 3 (1). – P. 150–154.
62. Spector I.P., Carey M.P. Incidence and prevalence of the sexual dysfunctions: A critical review of the empirical literature // *Arch Sex Behav.* – 1990. – 19 (4). – P. 389–408.
63. Spector K.R., Boyle M. The prevalence and perceived aetiology of male sexual problems in a non-clinical sample // *Br J Med Psychol.* – 1986. – 59 (Pt 4). – P. 351–358.
64. Spiess W.F., Geer J.H., O'Donohue W.T. Premature ejaculation: Investigation of factors in ejaculatory latency // *J Abnorm Psychol.* – 1984. – 93 (2). – P. 242–245.
65. Strassberg D.S., Kelly M.P., Carroll C., Kircher J.C. The psychophysiological nature of premature ejaculation // *Arch Sex Behav.* – 1987. – 16 (4). – P. 327–336.
66. Symonds T., Perelman M.A., Althoff S., Giuliano F., Martin M., May K., Abraham L., Crossland A., Morris M. Development and validation of a premature ejaculation diagnostic tool // *Eur Urol.* – 2007. – 52 (2). – P. 565–573.
67. The ISSM Definition of Premature Ejaculation // <http://www.aaa2009.org/program/issmdefPE.pdf>
68. Vardi Y., McMahon C.G., Waldinger M.D., Rubio-Aurioles E., Rabinowitz D. Are premature ejaculation symptoms curable? // *J Sex Med.* – 2008. – 5 (7). – P. 1546–1551.
69. Waldinger M.D. Recent advances in the classification, neurobiology and treatment of premature ejaculation // *Adv Psychosom Med.* – 2008. – 29. – P. 50–69.
70. Waldinger M.D. Premature ejaculation: different pathophysiologies and etiologies determine its treatment // *J Sex Marital Ther.* – 2008. – 34 (1). – P. 1–13.
71. Waldinger M.D., Zwinderman A.H., Olivier B., Schweitzer D.H. Proposal for a definition of lifelong premature ejaculation based on epidemiological stopwatch data // *The journal of sexual medicine.* – 2005 – 2 (4). – P. 498–507.
72. Waldinger M.D., McIntosh J., Schweitzer D.H. A Five-nation Survey to Assess the Distribution of the Intravaginal Ejaculatory Latency Time among the General Male Population // *J Sex Med.* – 2009. – 6 (10). – P. 2888–2895.
73. Waldinger M.D., Quinn P., Dilleen M., Mundayat R., Schweitzer D.H., Boolell M.A. Multinational population survey of intravaginal ejaculation latency time // *J Sex Med.* – 2005. – 2 (4). – P. 492–497.
74. Waldinger M., Hengeveld M., Zwinderman A., Olivier B. An empirical operationalization of DSM-IV diagnostic criteria for premature ejaculation // *Int J Psychiatry Clin Pract.* – 1998. – 2. – P. 287–293.
75. Waldinger M.D., Zwinderman A.H., Olivier B., Schweitzer D.H. Thyroid-stimulating hormone assessments in a Dutch cohort of 620 men with lifelong premature ejaculation without erectile dysfunction // *J Sex Med.* – 2005. – 2 (6). – P. 865–870.
76. Wisard M., Audette N. [Premature ejaculation: pills or sexology?] [Article in French] // *Rev Med Suisse.* – 2008 – 4 (150). – P. 780–784.

## Значение применения урофлоуметрии на амбулаторном приеме у уролога

Е.А. Квятковский<sup>1</sup>, А.Е. Квятковский<sup>2</sup>, Т.А. Квятковская<sup>2</sup>

<sup>1</sup>КУ «Днепропетровская ГКБ №9 ДОС»

<sup>2</sup>ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»

На первом этапе обследования больных с нарушением уродинамики нижних мочевых путей нами с 2009 г. используется урофлоуметр «Поток-К», разработанный А.Е. Квятковским, позволяющий определять 9 уродинамических показателей. Программное обеспечение включает автоматическую оценку состояния уродинамики по номограммам, архивирование и систематизирование проведенных исследований, протоколирование их на нескольких языках по выбору, содержит формулировки заключений с учетом качественной и количественной оценки урофлоуграм. Урофлоуметрия (УФМ) занимает 5–7 мин. Параллельно на аппарате HONDA HS-2000 проводится ультразвуковое исследование органов мочевой системы с определением объема мочи в мочевом пузыре до и после УФМ. За данный период проведено более 4000 исследований. Данные УФМ позволили расширить показания к назначению  $\alpha$ -адреноблокаторов в структуре комплексной терапии у 26,6% больных с простатитом, мони-

торировать результаты медикаментозной терапии при доброкачественной гиперплазии предстательной железы (ДГПЖ), простатите, гиперактивном мочевом пузыре и др., в 12% случаев повлияли на изменение тактики лечения, включая оперативное, при ДГПЖ и склерозе предстательной железы, в 4 случаях данные были использованы для оценки уродинамики нижних мочевых путей при стриктурах мочеиспускательного канала для определения степени инвалидности. Ознакомление больных с результатами УФМ является важным фактором понимания больным предлагаемой врачом тактики лечения, в том числе оперативного. Урофлоуметр «Поток-К» зарекомендовал себя точным и надежным в работе. Применение УФМ является примером использования принципов доказательной медицины в работе амбулаторного урологического кабинета. Считаем необходимым внесение урофлоуметра в перечень обязательного оборудования урологического кабинета.