

Анэякуляция и ретроградная эякуляция – обзор причин, методов диагностики и лечения



Шадеркин И.А.

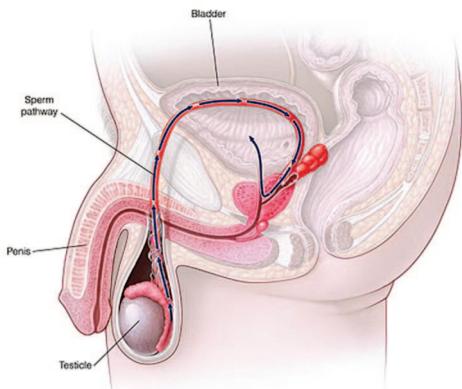
К.м.н., уролог, основатель Uroweb.ru, Москва

Анэякуляция – это полное отсутствие эякулята (семени) при достижении оргазма у мужчины. При оргазме не происходит выброс спермы ни наружу (антеградно), ни в мочевой пузырь.

Определение и классификация

Такой «сухой» оргазм обычно сопровождается сохранными оргазмическими ощущениями, если речь об *истинной анэякуляции*, и чаще всего обусловлен нарушением нервной регуляции или действием медикаментов.

В некоторых случаях анэякуляция может сочетаться с отсутствием оргазма (аноргазмии), но эти понятия различаются: при анэякуляции оргазм есть, а семязицвержения нет; при аноргазмии же оргазмическая разрядка не достигается вовсе.



Различают *первичную анэякуляцию* (когда мужчина никогда не испытывал нормального семязицвержения – обычно связано с врожденными нарушениями) и *вторичную* (приобретенную) анэякуляцию, возникшую после периода нормальной эякуляции вследствие заболеваний или воздействий извне. Кроме того, анэякуляция может быть *ситуативной* – временным явлением, обусловленным стрессом, приемом определенных лекарств и т.д.

ционной – например, происходит при одних условиях (скажем, только при половом акте, но не при мастурбации), и **тотальной**, когда эякуляция отсутствует в любых ситуациях.

Ретроградная эякуляция – это состояние, при котором семя во время оргазма направляется **в обратную сторону** – попадает в мочевой пузырь, а не выбрасывается наружу. Внешне это тоже проявляется как отсутствие эякулята из уретры, однако ключевое отличие в том, что при ретроградной эякуляции сперма производится и оргазм обычно ощущается нормально, просто семязвержение происходит «не в ту сторону». Основная причина – несмыкание внутреннего сфинктера мочевого пузыря во время семязвержения. В норме координированное сокращение семявыносящих протоков, семенных пузырьков и простаты сочетается с закрытием шейки мочевого пузыря (внутреннего сфинктера), что обеспечивает поступление спермы в уретру и выброс ее наружу. При ретроградной эякуляции этот механизм нарушен – шейка мочевого пузыря остается приоткрытой, и сперма во время оргазма уходит в пузырь. Мужчина при этом может ощущать нормальный или слегка ослабленный оргазм, хотя некоторые отмечают изменение качества ощущений. Ретроградная эякуляция иногда называется «сухим оргазмом» в быту и, по сути, является одной из форм анэякуляции по внешнему проявлению (отсутствие видимого эякулята). Однако, строго говоря, истинная анэякуляция подразумевает отсутствие как внешней, так и внутренней (ретроградной) эякуляции, тогда как при ретроградной эякуляции сперма все же извергается, но в ненормальном направлении. Обе ситуации приводят к отсутствию видимого семени и могут нарушать fertильность. Эти состояния относятся к расстройствам эякуляции (наряду с преждевременной, замедленной и болезненной эякуляцией), которые значительно влияют на сексуальную функцию мужчины.

Причины отсутствия эякуляции

Этиология анэякуляции и ретроградной эякуляции разнообразна. Чаще всего это не самостоятельное заболевание, а следствие других факторов – неврологических, анатомических, медикаментозных и пр. Ниже перечислены основные причины и предрасполагающие факторы:

Неврологические причины

Любое нарушение нервной системы, участвующей в рефлексе эякуляции, может приводить к отсутствию семязвержения.

Повреждение спинного мозга – одна из ведущих причин истинной анэякуляции. Травмы позвоночника (особенно повреждение пояснично-крестцового отдела), рассеянный склероз, повреждения конского хвоста спинномозговых нервов, диабетическая автономная нейропатия, болезнь Паркинсона – все эти состояния могут нарушать симпатическую иннервацию, ответственную за фазу эмиссии спермы. Например, при сахарном диабете ретроградная эякуляция наблюдается значительно чаще, чем в общей популяции. Хирургические вмешательства, затрагивающие нервные сплетения, также относятся сюда: ретроперитонеальная лимфаденэктомия (например, при лечении рака яичка) часто повреждает симпатические нервы, вызывая анэякуляцию. Операции на аорте и подвздошных артериях, симпатэктомия, операции на прямой кишке, простате и мочевом пузыре с пересечением нервных путей – все это может привести к нейрогенному нарушению эякуляции. При большинстве нейрогенных причин оргазм как субъективное ощущение может сохраняться, хотя выброса семени нет.

Анатомические и послеоперационные факторы

Многие случаи ретроградной эякуляции обусловлены несостоительностью внутреннего сфинктера мочевого пузыря по анатомическим причинам.

Классический пример – операции на предстательной железе при доброкачественной гиперплазии (ДГПЖ): трансуретральная резекция простаты (TURP) часто влияет на мышечный тонус шейки мочевого пузыря. По данным разных исследований, от 50% до 70% пациентов после стандартной TURP сталкиваются с ретроградной эякуляцией.

Аналогично, трансуретральная инцизия простаты (TUIP) дает ретроградное семязвержение примерно у 20–35% пациентов.

Открытая или лапароскопическая простатэктомия при раке простаты приводит

к полной анэякуляции в силу удаления семенных пузырьков и простаты – у таких пациентов при оргазме не образуется сперма вовсе.

Другие операции, затрагивающие шейку мочевого пузыря или семявыносящие пути, также важны: например, эндоскопическая резекция эякуляторных протоков (при их обструкции) может временно приводить к отсутствию эякуляции; операции на уретре (устранение структур задней уретры, удаление уретральных клапанов) способны вызвать ретроградную эякуляцию.

Тазовые операции (например, тотальная мезоректумэктомия при раке прямой кишки) без сохранения нервов почти всегда ведут к анэякуляции, поэтому сейчас по возможности выполняют нервосберегающие техники.

Таким образом, хирургические вмешательства – одна из наиболее частых причин «сухих» оргазмов, и врачам важно предупреждать об этом пациентов заранее.

Медикаментозные причины

Ряд лекарственных препаратов вмешивается в нервную регуляцию эякуляции. Наиболее известны а-адреноблокаторы (например, тамсулозин, силодозин и др., применяемые при ДГПЖ): они расслабляют гладкую мускулатуру шейки мочевого пузыря и вызывают ретроградную эякуляцию или отсутствие объема эякулята у значительной части пациентов. По данным обзоров, риск анэякуляции/ретроградной эякуляции на альфа-блокаторах составляет около 4–30%, особенно для более селективных к простате препаратов.

Антидепрессанты (например, СИОЗС – селективные ингибиторы обратного захвата серотонина) и некоторые антипсихотические средства могут приводить к нарушению оргазма и эякуляции – чаще в виде затрудненной или отсутствующей эякуляции при сохраненной эрекции.

Отдельно можно отметить старые антигипертензивные препараты (например, ганглиоблокаторы, некоторые диуретики тиазидового ряда) – они тоже могут вызвать ретроградную эякуляцию. ■

Антиандrogenные средства и препараты, снижающие либидо, опосредованно могут приводить к анэякуляции за счет снижения самой сексуальной функции (пациент не достигает оргазма, и семяизвержения не происходит).

В целом, при сборе анамнеза у пациента с «сухими» оргазмами необходимо тщательно проверить список его медикаментов.

Эндокринные нарушения

Гормональные отклонения также могут способствовать эякуляторным расстройствам.

Выраженный **гипогонадизм** (дефицит тестостерона) ассоциирован со снижением объема эякулята и оргастической дисфункцией у некоторых мужчин.

Гипотиреоз и гиперпролактинемия упоминаются среди причин ретроградной эякуляции, вероятно вследствие влияния на нервную регуляцию и сексуальное влечение. Нередко эндокринные проблемы приводят скорее к снижению либидо и эректильной дисфункции, что вторично может обусловить отсутствие эякуляции, если мужчина не достигает оргазма из-за других сексуальных проблем.

Тем не менее, при сочетании анэякуляции с симптомами гормональных нарушений (например, сниженным либидо, усталостью, симптомами гипотиреоза) целесообразно обследовать эндокринную систему.

Врожденные аномалии

Редкие анатомические врожденные дефекты могут приводить к отсутствию эякуляции с самого начала половой жизни (первичная анэякуляция).

Например, врожденное двустороннее отсутствие семявыносящих протоков (как при некоторых мутациях CFTR, связанных с кистозным фиброзом) означает, что сперма из яичек просто не может попасть в уретру – у таких мужчин при оргазме либо выделяется лишь небольшое количество простатического секрета, либо ничего.

Другой пример – киста Мюллерова канала или другие аномалии вольфова протока, которые могут вызывать обструкцию семявыбрасывающих протоков. К врожденным причинам относят и аномалии развития уретры (задние уретральные клапаны, эктопическая уретероцеле) – они могут препятствовать нормальному току спермы или вызывать ее заброс в пузырь.

Хотя такие патологии редки, у молодых мужчин с первичной анэякуляцией без иных очевидных причин стоит учитывать возможность врожденных изменений.

Инфекции и воспаления

Тяжелые воспалительные заболевания урогенитального тракта теоретически могут приводить к нарушению эякуляции.

Например, хронический простатит или везикулит (воспаление семенных пузырьков) иногда сопровождаются болезненной эякуляцией и снижением объема спермы, вплоть до «сухого» оргазма в тяжелых случаях.

Туберкулез мочеполовой системы или шистосомоз могут вызывать рубцовую облитерацию семявыводящих путей.

Орхит/эпидидимит в тяжелой форме иногда приводят к обструкции семявыносящих протоков.

Хотя инфекционные причины анэякуляции встречаются нечасто, в эндемичных районах и при соответствующем анамнезе (например, туберкулез) их исключение может потребовать специальных обследований.

Психологические факторы

Психогенная анэякуляция – известное явление, особенно когда эякуляция отсутствует «ситуационно». Тревожность, стресс, депрессия, страх нежелательной беременности, проблемы в отношениях могут препятствовать наступлению оргазма и рефлекторного семязвержения. В этих случаях у мужчины может сохраняться

эрекция, акт длится долго, но кульминация не наступает или наступает без эякуляции. Иногда это связано с подсознательным контролем или скованностью.

Непривычная обстановка (например, «не дома») также способна вызывать ситуационное отсутствие эякуляции. Стоит отметить, что четкую грань между замедленной эякуляцией и психогенной анэякуляцией провести трудно – зачастую это спектр одного расстройства. Тем не менее, если у пациента в одних условиях эякуляция возможна, а в других – нет, вероятна существенная психологическая составляющая.

Следует подчеркнуть, что у одного пациента могут сочетаться несколько факторов. Например, пожилой мужчина с диабетом, принимающий альфа-блокатор от простаты – здесь и нейропатия, и медикаментозное влияние вместе обусловят высокую вероятность ретроградной эякуляции. Поэтому важен комплексный подход к выявлению причин.

Диагностика

Обследование мужчины с жалобой на отсутствие эякуляции направлено на выяснение основной причины и дифференциальный диагноз: является ли это истинной анэякуляцией (отсутствие образования/выброса спермы) или ретроградным семяизвержением.

Диагностический алгоритм включает:

- **Сбор анамнеза и симптомов.** Необходимо обратить внимание – как давно появилась проблема и внезапно ли, существуют ли ситуации, когда эякуляция все же происходит. Важны сопутствующие симптомы: сохранен ли оргазмический опыт (есть ли субъективное чувство оргазма или нет), не снижается ли удовольствие, существует ли достаточная эрекция и либидо. Необходимо собрать сведения о хронических болезнях (особенно сахарный диабет, неврологические заболевания, операции на тазовых органах, позвоночнике, ретроперитонеуме).

История хирургических вмешательств (ТУР простаты, простатэктомия, операции на уретре, кишечнике и т.д.) может сразу дать ключ к разгадке. Также крайне

важно выяснить лекарства, которые принимает пациент (антигипертензивные, психотропные, препараты от ДГПЖ и пр.), и случаи употребления наркотических веществ – все они могут влиять на эякуляцию. Если проблема носит ситуационный характер (например, «не получается с партнершей, но получается при мастурбации»), это наводит на мысль о психологических причинах.

- **Физикальный осмотр.** Необходимо оценить общее состояние и провести осмотр наружных половых органов – состояние полового члена и наружного отверстия уретры (нет ли структуры или аномалий), пальпацию яичек и придатков (например, отсутствие семявыносящих протоков или их патологию можно заподозрить, если придатки расширены, а семявыносящие канатики тонкие или не пальпируются).

Пальцевое ректальное исследование простаты может выявить увеличение простаты, рубцы (после операций), болезненность (простатит) либо признаки обструкции эякуляторных протоков (например, крайне напряженные семенные пузырьки). Одновременно оцениваются неврологические рефлексы: анальный рефлекс, чувствительность в промежности – при подозрении на нейрогенную природу.

- **Лабораторные исследования.** Стандартно проводят общий анализ мочи и крови, биохимию (в т.ч. уровень глюкозы для исключения невыявленного диабета). При отсутствии эякулята желательно проверить уровень гормонов: тестостерона, пролактина, ТТГ – чтобы исключить выраженные эндокринные отклонения, которые потенциально корректируются. Если есть признаки инфекции – взять мазки/посев на инфекции, проверить простатический секрет.

Однако специальных «анализов на анэякуляцию» не существует – дальнейшая диагностика в основном инструментальная.

- **Тест с исследованием мочи после оргазма.** Ключевой диагностический шаг при отсутствии видимого эякулята – проверка, не произошло ли семязвержение ретроградно в мочевой пузырь. Для этого применяется посткоитальный анализ мочи: пациента просят помочиться перед мастурбацией, затем вызвать оргазм (мастурбаторно или с помощью сексуальной стимуляции), после чего немедленно собрать мочу и отправить ее на микроскопию. Обнаружение значительного количества сперматозоидов в постэякуляционной моче подтверждает диагноз ретроградной

эякуляции. Если же в моче **не** находится спермы, это свидетельствует, что семя не формируется/не поступает в уретру вовсе – в пользу истинной анэякуляции. В этом случае, особенно если оргазм при этом есть, причиной может быть нефункционирование семявыбрасывающих протоков, нерва или отсутствие семенных пузырьков/протоков. Отметим, что у пациентов после удаления простаты и семенных пузырьков отсутствует сама «продукция» эякулята – посторгазменная моча тоже не содержит спермы, но причина тут очевидна.

- **Дополнительные исследования.** В зависимости от предполагаемой этиологии могут потребоваться специальные тесты. Если подозревается анатомическая обструкция (например, киста семявыводящих протоков, структура), информативно ультразвуковое исследование: трансректальное УЗИ (ТРУЗИ) поможет увидеть кисту, дилатацию семенных пузырьков или обструкцию.

МРТ малого таза реже применяется, но может уточнить сложные случаи. При вероятной врожденной патологии (как агенезия семявыносящих протоков) целесообразно обследование на муковисцидозные мутации (CFTR).

Если есть признаки периферической нейропатии – неврологическое обследование, исследования проводимости нервов. В психогенных случаях иногда полезны консультации сексолога/психотерапевта: например, если у пациента ночные поллюции случаются (значит, физиологическая возможность эякуляции есть), а в конкретных ситуациях – нет, это указывает на психологический барьер.

Дифференциальная диагностика анэякуляции включает исключение других сексуальных дисфункций. Важно убедиться, что проблема не связана чисто с эректильной дисфункцией или отсутствием сексуального желания: если мужчина не может достичь оргазма из-за слабой эрекции или низкого либидо, следует сперва устранить эти причины, а не диагностировать собственно анэякуляцию.

Кроме того, анэякуляцию и ретроградное семяизвержение нужно отличать от замедленной (ретардированной) эякуляции – при ней семяизвержение просто наступает с большим трудом и задержкой, но все же может произойти (иногда только после очень длительной стимуляции или не при каждом акте).

Граница между выраженной задержкой и полной неспособностью эякуляции размыта, но общепринято считать анэякуляцией отсутствие семязвержения как такового.

Лечение и ведение пациентов

Подход к терапии зависит от того, можно ли устраниить причинный фактор и насколько важна для пациента фертильность.

В целом, цели лечения – восстановить при возможности нормальное семязвержение или, если это неосуществимо, обеспечить альтернативные способы достижения фертильности и помочь пациенту адаптироваться к изменениям. Рассмотрим основные направления.

Устранение или коррекция вызывающих факторов

Первый шаг – по возможности убрать причину анэякуляции. Если виноваты медикаменты, следует обсудить с пациентом и профильным специалистом замену препарата или снижение дозы. Например, при ретроградной эякуляции, вызванной а-блокаторами, можно попробовать отменить их (если позволяет течение заболевания) или заменить другим средством от ДГПЖ.

При сексуальной дисфункции на фоне антидепрессантов возможно переключение на препарат с меньшим влиянием на оргазм, причем врачи-психиатры нередко идут на такие замены либо добавление вспомогательных средств.

Если причиной стал сахарный диабет, необходимо оптимизировать контроль гликемии: хотя полное восстановление нервной функции маловероятно, улучшение метаболического контроля может предотвратить прогрессирование нейропатии.

При эндокринных нарушениях – назначить соответствующее лечение (гормонозаместительную терапию при гипогонадизме, терапию тироксином при гипотиреозе, препараты для снижения пролактина при его избытке и т.д.).

Если выявлена анатомическая обструкция (например, киста или спайка, блокирующая эякуляторные протоки) – возможно хирургическое лечение: трансуретральная резекция эякуляторных протоков (TURED) или пластика уретры при стриктуре может восстановить нормальный путь спермы. Однако успех зависит от конкретной патологии (при врожденных отсутствующих семявыносящих протоках хирургически проблему не решить).

В случае психологических причин – основой терапии станет психосексуальное консультирование. Психотерапия, секс-терапия, иногда совместно с приемом противотревожных средств, показали эффективность при ситуационной анэякуляции на фоне тревоги и стресса. Важна работа с обоими партнерами (если у пациента есть постоянная партнерша) для устранения страхов и улучшения интимной коммуникации.

Медикаментозная терапия для восстановления эякуляции

Специфических зарегистрированных препаратов «от анэякуляции» нет, но в случае ретроградной эякуляции применяют **off-label** различные средства, повышающие тонус шейки мочевого пузыря.

Основная группа – симпатомиметики, стимулирующие α -рецепторы: эпинефрин, псевдоэфедрин, фенилэфрин, мидодрин и др. Эти лекарства способствуют закрытию внутреннего сфинктера и могут вернуть антеградное семяизвержение. В исследовании с пациентами после ретроперитонеальной лимфаденэктомии все перечисленные адреномиметики смогли восстановить антеградную эякуляцию у части мужчин. В целом же эффективность симпатомиметиков ограничена: систематический обзор показал успех терапии лишь примерно в 28% случаев. Кроме того, со временем эффект может снижаться.

Часто применяют комбинации – например, антигистаминные с выраженным антихолинergicким эффектом (бромфенирамин, хлорфенирамин) или имипрамин плюс адреномиметик. Такая комбинационная терапия несколько повышает шанс успеха (до 30-39% по некоторым данным). Побочные эффекты этих средств включают повышение артериального давления, тахикардию, сухость слизистых,

поэтому у пациентов с гипертензией или сердечной патологией их применять надо с осторожностью.

Важно отметить: если ретроградная эякуляция вызвана оперативным удалением или необратимым повреждением сфинктера (например, после TURP или простатэктомии), медикаменты, как правило, неэффективны – физически эякулят не может удерживаться сфинктером, который был затронут в результате операции.

Медикаментозное лечение малоэффективно и при истинной анэякуляции, вызванной тяжелой нейропатией или после лимфаденэктомии – исследования показали, что в этих случаях медикаменты практически не помогают.

Методы индукции эякуляции при нейрогенных нарушениях

Для мужчин, у которых эякуляция не достигается из-за повреждения нервных путей (например, спинальные травмы), разработаны специальные техники для вызова семязвержения. Вибрационная стимуляция полового члена (Penile Vibratory Stimulation, PVS) – первая линия терапии при спинальных поражениях. На головку полового члена прикладывается медицинский вибростимулятор высокой частоты, что при сохраненном рефлекторном дуге на уровне L2–S4 может вызвать рефлекторную эякуляцию. Этот метод неинвазивен и достаточно прост, его эффективность высока у пациентов с верхними спинальными поражениями (например, травмы шейного отдела).

Если вибростимуляция не дала результата, применяется электроэякуляция: с помощью ректального электрода под анестезией стимулируют предстательную железу и семенные пузырьки, вызывая выброс спермы. Электроэякуляция – более инвазивная процедура, но она может помочь там, где вибростимуляция не сработала. Полученная сперма затем собирается для использования, чаще с целью последующих вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ). Эти методы особенно актуальны для пациентов с повреждением спинного мозга, у которых анэякуляция является основной преградой для зачатия. ■

Решение проблемы фертильности при анэякуляции

Поскольку отсутствие эякуляции препятствует естественному зачатию, важнейший аспект – вспомогательные репродуктивные технологии (ВРТ).

Если у пациента ретроградная эякуляция и попытки медикаментозно восстановить нормальный выброс спермы не дали результата, можно извлечь сперматозоиды из мочевого пузыря. Существует несколько методик: один подход – собрать посторгазменную мочу с последующим выделением сперматозоидов. Для улучшения выхода эякулята пациенту рекомендуют за час до секса выпить много воды или принять соду, чтобы разбавить и ощелочить мочу, затем помочиться, достичь оргазма и сразу же собрать мочу. Собранную жидкость центрифугируют, осадок со сперматозоидами сохраняют в специальной среде – полученный материал можно использовать для искусственной инсеминации или ЭКО (экстракорпорального оплодотворения). По обзорам, эффективность такого метода невысока – вероятность беременности в цикле порядка 15–24%, однако в ряде случаев это позволяет зачать без более сложных вмешательств.

Другой метод – так называемый метод Хотчкисса и его модификации: перед эякуляцией мочевой пузырь катетеризируют, промывают стерильным раствором (например, лактат Рингера), затем пациент эякулирует, и сразу берут содержимое пузыря катетером. Улучшенные варианты используют разные среды для промывания. Этот метод показал сопоставимые результаты – порядка 24% беременностей на цикл.

Третий подход – эякуляция с полным мочевым пузырем: пациенту рекомендуют не мочиться перед сексом, иметь наполненный мочевой пузырь, благодаря чему часть спермы может выброситься наружу, а остальная собирается из мочи; однако эффективность этого варианта низкая.

Если ни медикаменты, ни вышеперечисленные способы не позволяют получить достаточное количество жизнеспособных сперматозоидов, прибегают к методам хирургической извлечения спермы – аспирация из придатка или биопсия яичка с выделением сперматозоидов (MESA, TESE и др.). Полученные сперматозоиды используются для оплодотворения *in vitro* (например, метод ИКСИ – интрацитоплазматическая инъекция сперматозоида).

В большинстве случаев, имея современные технологии, мужчины с ретроградной эякуляцией или анэякуляцией могут стать биологическими отцами, хотя часто требуется дорогостоящее лечение бесплодия.

Поддерживающие меры и обучение пациента

Когда анэякуляция необратима или ее коррекция затруднительна, важной задачей врача становится разъяснение и помощь в адаптации. Следует подчеркнуть, что само по себе отсутствие эякуляции не опасно для здоровья. Ретроградная эякуляция не наносит вреда организму – сперма просто затем выводится с мочой при последующем мочеиспускании.

Основные негативные последствия – психологический дискомфорт, снижение сексуального удовлетворения и проблемы с fertильностью. Пациенту и его партнерше нужно объяснить суть ситуации: например, после ТУР простаты или радикальной простатэктомии «сухие» оргазмы – ожидаемый побочный эффект, не влияющий на продолжительность жизни или общее здоровье. Однако нужно обсудить и влияние на качество жизни. Исследования показывают, что изменения в оргазме (в том числе отсутствие семяизвержения) могут снижать эмоциональное удовлетворение и вызывать стресс у пациента и партнера. В таких случаях полезно привлекать психолога или сексолога для консультаций.

Важно заверить пациента, что оргазм может оставаться приятным даже без эякулята. Многие мужчины со временем адаптируются к отсутствию спермы при оргазме, особенно если знают причину и уверены, что это не опасно. Если отмечается снижение интенсивности оргастических ощущений, можно попробовать корректировать сопутствующие факторы – например, оптимизировать уровень тестостерона у пожилого пациента, лечить хронический простатит (иногда улучшение состояния простаты повышает качество оргазма), заняться укреплением мышц тазового дна.

Специальных лекарств для «усиления» оргазма нет, но комплексный подход (физические упражнения, психотерапия, устранение депрессии и т.д.) может улучшить сексуальную реакцию. ■

При наличии постоянного партнера крайне желательно обсуждать проблему вдвоем. Если стоит вопрос о деторождении, паре надо совместно посетить врача для планирования: объяснить все опции – от попыток медикаментозного лечения до ЭКО. Также следует обсудить и финансовые, и эмоциональные стороны лечения бесплодия. Поддержка партнера и открытость в обсуждении во многом определяют успешность преодоления психологических последствий анэякуляции.

Заключение

Анэякуляция (в том числе ретроградная эякуляция) – сложное состояние с многообразной этиологией, нередко являющееся побочным эффектом лечения других заболеваний. В последние 10 лет разработаны улучшенные методы хирургического лечения ДГПЖ, старающиеся сохранить прямую эякуляцию, а также совершенствуются подходы к нервно-сберегающим операциям.

Тем не менее, практикующему урологу важно уметь распознать данную проблему, выявить ее причину и информировать пациента. Лечение направлено прежде всего на причины и на пожелания самого пациента: если для него приоритет – fertильность, акцент смещается на извлечение спермы и ВРТ; если важно восстановить сам факт эякуляции, можно пробовать медикаментозные подходы (хотя их эффективность ограничена).

Когда же восстановить семязавержение невозможно, задача врача – помочь пациенту жить полноценной сексуальной жизнью, разъяснив безвредность «сухих» оргазмов и предлагая психосексуальную поддержку при необходимости. Такой комплексный, доказательно обоснованный подход обеспечивает наилучшие результаты в ведении мужчин с отсутствием эякуляции. ■

Обзор написан с использованием источников:

1. European Association of Urology – Руководство по сексуальному и репродуктивному здоровью, раздел “Расстройства эякуляции” (2024).
2. American Urological Association/SMSNA – Клинические рекомендации по нарушениям эякуляции (2020).
3. Cleveland Clinic – Anejaculation (информационная статья).
4. Mayo Clinic – Retrograde Ejaculation – Diagnosis & Treatment.
5. J. Clin. Med. 2021;10(24):5788 Обзор эякуляторных дисфункций при заболеваниях простаты.
6. SMSNA – Patient Information: Retrograde Ejaculation.