

Современные методы лечения пациентов с синдромом преждевременной эякуляции

В.Н. Лесовой, А.В. Аркатов, А.В. Книгавко

Харьковский национальный медицинский университет

В статье рассмотрены формы синдрома преждевременной эякуляции (СПЭ) различной этиологии. На основании оценки степени тяжести СПЭ, сбора сексуального анамнеза, а также использования шкалы вегетативной дисфункции и шкалы Гамильтона даны предположения по наиболее вероятной причине СПЭ и соответственно выработана лечебно-диагностическая тактика. Использование данного алгоритма позволило добиться высокой результативности лечения (87–96%) в группах пациентов с СПЭ различной этиологии.

Ключевые слова: синдром преждевременной эякуляции, анестетики, половая функция, ранний оргазм, шкала Гамильтона, ингибиторы обратного захвата серотонина, селективная нейротомия, гель гиалуроновой кислоты.

Синдром преждевременной эякуляции (СПЭ) – стойкое наступление оргазма и эякуляции у мужчины до наступления оргазма у женщины – достаточно частое заболевание, которым, по данным разных авторов «страдают» от 25 до 40% мужчин [1, 4, 6]. Согласно ряду исследований эякуляция и оргазм у молодого здорового мужчины при контакте с новой партнершей, как правило, возникает через 2,5–3 мин, в то время как для достижения оргазма у женщины ей необходимо 7–10 мин [2, 3]. Лишь при последующих половых контактах при привыкании друг к другу в этой паре наступает удлинение времени до эякуляции у мужчины (так называемый эффект Кулинджа) и ускорение оргазма у женщины, в результате чего совместный оргазм происходит через 5–7 мин после интроекции. Ряд ученых считают такое первичное несоответствие времени до оргазма у мужчины и женщины эволюционной платой за прямохождение [5]. У приматов и других млекопитающих ось влагалища расположена по направлению к шейке матки (сверху вниз и вглубь), поэтому, чем бы ни занималась самка после полового контакта, сперматозоиды все равно попадут на шейку матки. Если бы самка *Homo erectus* (Человека прямоходящего) сразу же после полового контакта побежала бы собирать корешки и жарить мамонта, сперма бы вытекла из влагалища, что существенно снизило бы вероятность оплодотворения и существование самого человеческого вида. Поэтому в эволюционном соревновании преимущество получили те пары, у которых эякуляция у мужчины происходила раньше наступления оргазма у женщины, а стремление женщины к продолжению полового контакта удерживало ее в горизонтальном положении, которое было благоприятно для проникновения сперматозоидов в матку и осуществлению оплодотворения. Несмотря на эволюционную роль СПЭ, сейчас указанный недуг является самой частой физиологической причиной разводов (до 50%), опережая даже эректильную дисфункцию.

Различают три степени СПЭ:

1. Легкая степень – эякуляция у мужчины происходит после 30–50 фрикций (как правило, более 1,5–2 мин), но до наступления оргазма у партнерши.
2. Средняя степень тяжести – эякуляция наступает до 30 фрикций (что соответствует времени до 1–1,5 мин).
3. Тяжелая степень – семяизвержение происходит через несколько фрикций (до 10 движений – что соответствует времени до 30 с) или еще до введения полового члена во влагалище (интроекции).

Факторы, влияющие на время до наступления эякуляции у мужчины, могут быть физиологические (тип половой конституции, время после последнего полового контакта, усталость, чувствительность половых органов и поза при половом контакте), так и патологические (воспалительные заболевания мужских половых органов, в том числе инфекции, передающиеся половым путем, злоупотребление алкоголем, некоторыми лекарствами наркотиками, психические и неврологические заболевания).

Выделяют истинный и ложный СПЭ. Ложный синдром ускоренной эякуляции возникает при высокой степени физиологического возбуждения всех уровней нервной регуляции полового акта. Подобное состояние часто возникает при первом половом контакте, после длительного воздержания, при контакте с новой половой партнершей. В дальнейшем, если не происходит формирования условного паторефлекторного комплекса (непосредственно истинного СПЭ), а также нарушений в надсегментарном уровне регуляции (невроза), это состояние проходит.

Истинный СПЭ имеет психологические и нейрофизиологические причины. К первым относятся различные формы неврозов, повышенная тревожность, мнительность, высокая возбудимость центральной нервной системы.

К нейрофизиологическим относятся следующие причины:

1. Повышенная возбудимость спинномозговых центров регуляции эякуляции у лиц с сильной половой конституцией, а также на фоне некоторых заболеваний периферической нервной системы.
2. Патологическая импульсация со стороны рефлекторных зон половых органов:
 - головки полового члена. Гиперестезия этой зоны возникает при обострении хронического баланопостита, короткой и рубцовоизмененной уздечке, при врожденной гиперестезии головки, при фимозе, у людей с длинной и узкой крайней плотью;
 - зона семенного бугорка (простатовезикулярный комплекс). Гиперестезия этой зоны возникает при хронических простатитах, везикулитах, уретритах, колликулитах.
3. Патологическая импульсация из подкорковых половых центров. При нарушениях на этом уровне помимо ранней эякуляции обязательно присутствует характерная сопутствующая симптоматика:
 - эмоциональные нарушения (астения, невроз, депрессия, истерия);
 - вегетативные нарушения (нейроциркуляторная дистония, кардиалгия, синдром абдоминальной боли, сенестопатии и парестезии в области половых органов, чувство жара, потливость и другие вегетативные дисфункции);
 - сочетание расстройств эякуляции с расстройствами эрекции, половой астенией, снижением либидо.

4. Патологическая импульсация из коры головного мозга. Наиболее частым является поражение высших корковых центров регуляции урогенитальных механизмов – синдром парацентральных долек (энурез, частое мочеиспускание, ранняя первая эякуляция, патологические поллюции, ускоренная эякуляция даже при повторном половом акте).

Существуют несколько методов лечения СПЭ:

- местноанестезирующие препараты и презервативы;
- использование латексных колец, одевающих на основание полового члена и затрудняющих лимфооток от головки и ствола полового члена (умеренный отек приводит к гипоестезии головки и удлинению времени до эякуляции);
- поведенческий (позы, предварительные ласки женщины, метод Мастерса–Джонсона, Барбары Кислинг, старт-стоп терапия);
- использование ингибиторов фосфодиэстеразы (ИФДЭ) – при повторных контактах время до эякуляции существенно удлиняется;
- применение неврологических препаратов, преимущественно ингибиторов обратного захвата серотонина (ИОЗС);
- лечение инфекций простатовезикулярного комплекса;
- хирургическая коррекция (френикулотомия, циркумцизио, селективная нейротомия, введение геля гиалуроновой кислоты под уздечку).

Тем не менее, выбор метода лечения достаточно сложен, обычно доктора двигаются от простого к сложному: местноанестезирующие препараты – ИОЗС – хирургическая коррекция. Зачастую отсутствие эффекта от проводимого лечения СПЭ вынуждает пациента бросить лечение.

Целью исследования стала выработка алгоритма лечения СПЭ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

На базе Харьковского областного клинического центра урологии и нефрологии им. В.И. Шاپовала проведено комплексное обследование и лечение 138 пациентов, страдающих СПЭ. Пациентам были проведены: сбор сексуального анамнеза, оценка вегетативной функции по специальной шкале, оценка психоневрологического состояния по шкале Гамильтона, УЗИ органов мочеполовой системы, исследование на инфекции, передающиеся половым путем (ИППП), мужчины обследованы на предмет местной патологии, повышающей чувствительность головки (баланопостит, короткая уздечка).

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Согласно преобладающим факторам СПЭ пациенты были разделены на следующие группы:

1. Пациенты с инфекционно-воспалительными заболеваниями – 34 человека: с простатитами (простатовезикулитами, уретропростатитами) инфекционной этиологии – 26 пациентов и баланопоститами – 8 пациентов. В этой группе (1-я) проведено комплексное лечение инфекционно-воспалительных заболеваний. 3 пациентам с хроническим простатовезикулитом и обструкцией на уровне семявыносящих протоков (сочетающейся с бесплодием и аспермией) выполнена трансуретральная катетеризация семявыносящих протоков.

2. Пациенты с легкими формами СПЭ преимущественно психической природы или местной гиперестезии – 28 человек. Во 2-й группе применяли местноанестезирующие презервативы, а также поведенческие мероприятия (предварительные ласки женщины, позы с широко разведенными ногами

женщины, метод сжимания Мастерса–Джонсона, старт-стоп-техника), использование латексных колец. 7 молодым пациентам этой группы с СПЭ психической этиологии был назначен ИФДЭ – тадалафил 10 мг. После первого полового контакта с ранней эякуляцией последующие контакты были нормальной продолжительности.

3. Пациенты с патологической импульсацией подкорковых структур и психическими формами СПЭ средней степени тяжести – 32 человека (3-я группа). Диагностика таких пациентов включала подробный сексуальный анамнез, а также использование шкалы вегетативной дисфункции и шкалы Гамильтона для оценки депрессивных состояний. Если суммарная оценка вегетативной шкалы была более 50, а шкалы Гамильтона более 30 баллов пациенту назначали соответствующие неврологические препараты – ИОЗС (наиболее часто сертралин и пароксетин) на срок 6–8 мес. Несмотря на то, что положительный эффект развивался на 6–18-е сутки (у двух пациентов существенное удлинение времени до эякуляции произошло на 3-и сутки приема ИОЗС), срок приема препаратов составлял не менее 6 мес, чтобы убрать условнорефлекторную связь в головном мозге и не вызвать синдром отмены. Следует отметить, что не все пациенты смогли принять весь курс терапии, ввиду развития побочных явлений: умеренной дезориентации, тошноты, спутанности мелких движений – что в некоторых случаях приводило к отмене препарата.

4. Пациенты со среднетяжелыми и тяжелыми формами СПЭ, повышенной гиперестезией головки без признаков вегетативной и психоневрологической дисфункции – 44 человека. Этим пациентам выполняли хирургическое пособие. 12 пациентам с короткой или рубцовоизмененной уздечкой выполнена френикулотомия. 8 пациентам с фимозом, хроническим баланопоститом, избыточно длинной крайней плотью – циркумцизио. 14 пациентам без местных аномалий выполнена селективная нейротомия – по латеральным сторонам полового члена рассечены нервы, идущие под фасцией Бака к уздечке полового члена (рисунок). 10 пациентам с СПЭ средней тяжести под уздечку введен гель гиалуроновой кислоты со сроком рассасывания до 9 мес. В 4-й группе лишь один пациент жаловался на почти полное отсутствие чувствительности головки и один на недостаточное удлинение времени полового контакта, остальные 42 пациента отметили существенное удлинение времени до эякуляции и улучшение половой функции.

Результаты лечения в группах представлены в таблице.



Рис.1 Селективная нейротомия.

Показатели эффективности лечения в группах

Группа	Метод лечения	Количество пациентов, человек	Эффективность лечения, человек (%)
1-я	Антибактериальная, противовоспалительная терапия	34	30 (88,2)
2-я	Местноанестезирующая, поведенческая терапия	28	25 (89,2)
3-я	ИОЗС	32	28 (87,5)
4-я	Хирургическое лечение	44	42 (95,4)

ВЫВОДЫ

Использование указанного диагностического алгоритма позволяет добиваться высоких результатов (87–96%) лечения СПЭ:

1. При наличии инфекционно-воспалительных процессов головки и простатовезикулярного комплекса – комплексное лечение данных инфекций.
2. При легкой степени СПЭ без инфекций и неврологических проблем – местноанестезирующая и поведенческая терапия.
3. При наличии вегетативной и/или психоневрологической дисфункции – использование ИОЗС на срок 6–8 мес.
4. При средней и тяжелой степенях СПЭ без неврологических факторов и вегетативной дисфункции рекомендовано раннее хирургическое лечение (селективная нейротомия, введение геля под уздечку или френукулотомия, циркулизио).

Сучасні методи лікування синдрому передчасної еякуляції

В.М. Лісовий, А.В. Аркатов, О.В. Книгавко

У статті розглянуто форми синдрому передчасної еякуляції (СПЕ) різної етіології. На підставі оцінки ступеня важкості СПЕ, збору сексуального анамнезу, а також використання шкали вегетативної дисфункції і шкали Гамільтона дані припущення з найбільш вірогідної причини СПЕ і відповідно вироблена лікувально-діагностична тактика. Використання даного алгоритму дозволило досягти високої результативності лікування (87–96%) в групах пацієнтів із СПЕ різної етіології.

Ключові слова: синдром передчасної еякуляції, анестетики, статеві функція, ранній оргазм, шкала Гамільтона, інгібітори зворотного захоплення серотоніну, селективна нейротомія, гель гіалуронової кислоти.

The modern methods of treatment of premature ejaculatory syndrome.

V.N. Lesovoy, A.V. Arkatov, A.V. Knigavko

There are forms of syndrome of premature ejaculation (SPE) of different etiology considered in the article. On the basis of estimation of degree of SPE, collection of sexual anamnesis, and also use of scale of vegetative disfunction and scale of Hamilton is done of supposition on the most credible reason of SPE and lechebno-diagnostic tactic is accordingly mine-out. The use of this algorithm allowed achieving high effectiveness of treatment (87-96%) in the groups of patients with SPE of different etiology.

Key words: syndrome of premature ejaculation, anesthetics, sexual function, early orgasm, scale of Hamilton, selective serotonin reuptake inhibitors (SSRI), selective neurotomy, gyaluronic acid.

ЛИТЕРАТУРА

1. Горпинченко И.И., Сытенко А.М., Нуриманов К.Р., Зайцев В.И., Махер Гафси Обоснование анкеты «Профиль преждевременной эякуляции» в качестве инструмента для оценки симптомов преждевременной эякуляции // Здоровье мужчины. – 2009. – № 1. – С. 110–114.
2. Сексопатология: Справочник / Васильченко Г.С., Агаркова Т.Е., Агарков С.Т. и др.; Под ред. Г.С. Васильченко. – М.: Медицина, 1990. – С. 520–539.
3. Андрология. Мужское здоровье и дисфункция репродуктивной системы: Пер. с англ. / Под ред. Э. Нишлага, Г.М. Бере. – М.: ООО «МИА», 2005. – С. 228.
4. Горпинченко И.И., Воробець Д.З. Ефективність інгібіторів зворотного захоплення серотоніну в лікуванні чоловіків з передчасною еякуляцією // Здоровье мужчины. – 2009. – № 4. – С. 90–95.
5. Sadeghi Nejaad H., Watson R. Premature ejaculation: Current medical treatment and new directions // Journal of Sexual Medicine. – 2008. – № 5. – Р. 1037–1050.
6. Waldiger M.C. et al. A multinational population survey on intravaginal ejaculation latency time // Journ. Sex. Med. – 2005. – № 2. – Р. 492–497.

НОВОСТИ МЕДИЦИНЫ

МИКРОБЫ ПРОВОЦИРУЮТ РАК КИШЕЧНИКА

Эксперименты показали, что рак кишечника вызван микробами. Ранее считалось, что это заболевание связано с наследственными факторами и образом жизни, сообщили американские и канадские исследователи.

Ученые провели ряд исследований, в ходе которых обнаружили в

тканях опухоли микроорганизмы рода *Fusobacterium*. В обычной микрофлоре кишечника эти микроорганизмы встречаются редко. По мнению специалистов, повышенное их содержание, вероятно, стимулирует появление и рост опухоли.

Однако, чтобы делать точные выводы, ученым необходимо

провести еще дополнительные исследования. Если это будет доказано, то станет возможно лечить рак с помощью вакцинации и антибиотиков, пояснили исследователи.

<http://www.medicinform.net>