

Алгоритм лечения эякуляторных расстройств

А.В. Книгавко

Харьковский национальный медицинский университет

В статье рассмотрены различные формы эякуляторных расстройств (синдрома преждевременной эякуляции (СПЭ) и ретроградной эякуляции) и методов их лечения. На основании оценки степени тяжести дизоргазмии, данных сексуального анамнеза, специальных анализов, а также использования шкалы вегетативной дисфункции и шкалы Гамильтона приведены предположения по наиболее вероятной причине эякуляторных расстройств и соответственно выработана лечебно-диагностическая тактика. Использование данного алгоритма позволило добиться высокой результативности лечения (87–96%) в группах пациентов с эякуляторными расстройствами различной этиологии.

Ключевые слова: синдром преждевременной эякуляции (СПЭ), ретроградная эякуляция (РЭ), дизоргазмия, шкала Гамильтона, ингибиторы обратного захвата серотонина (ИОЗС), селективная нейротомия, гель гиалуроновой кислоты.

Оргазм и эякуляция являются кульминацией полового акта и наиболее важными элементами половой жизни супругов. Соответственно при постоянном несовпадении у сексуальных партнеров оргазма могут начинаться межличностные проблемы, которые приводят к ухудшению внутрисемейного климата вплоть до развода.

Наиболее частыми вариантами эякуляторных расстройств являются синдром преждевременной эякуляции (СПЭ), ретроградная эякуляция (РЭ) и дизоргазмия – стертый, болезненный оргазм.

СПЭ – стойкое наступление оргазма и эякуляции у мужчины до наступления оргазма у женщины – достаточно частое заболевание, которым, по данным разных авторов, страдает 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 является 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 бы снизило вероятность оплодотворения и существование самого человеческого вида. Поэтому в эволюционном соревновании преимущество получили те пары, у которых эякуляция у мужчины происходила рань-

ше 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:

- легкая степень – эякуляция у мужчины происходит после 30–50 фрикций (как правило, более 1,5–2 мин), но до наступления оргазма у партнерши;

- средней степени тяжести, при которой эякуляция наступает до 30 фрикций (что соответствует времени до 1–1,5 мин);

- тяжелая, при которой семяизвержение происходит через несколько фрикций (до 10 движений – что соответствует времени до 30 с) или еще до введения полового члена во влагалище (интроекции).

Факторами, влияющими 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 наркотическими лекарственными средствами, психические и неврологические заболевания).

Выделяется 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:

А. Головки полового члена. Гиперэстезия 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.

Б. 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 уrogenитальных 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, которые надеваются на основание полового члена и которые затрудняют лимфооток от головки и ствола полового члена (умеренный отек приводит к гипостезии головки и удлинению времени до эякуляции);

- поведенческие (позы, предварительные ласки женщины, метод Мастера–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.

Не менее сложной задачей является лечение РЭ (попадания спермы после эякуляции в мочевого пузырь вместо прохождения по мочеиспускательному каналу вперед). РЭ может быть функционального и органического типа. В первом случае определяется нарушение иннервации правильного сокращения мышц во время оргазма, во втором случае отмечается неполное сжатие задних отделов предстательной железы в силу анатомических дефектов.

Целью исследования стала выработка алгоритма лечения эякуляторных расстройств.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

На базе Харьковского областного клинического центра урологии и нефрологии им. В.И. Шаповала проведено

комплексное обследование и лечение 238 пациентов, страдающих эякуляторными расстройствами. Пациентам были проведены: сбор сексуального анамнеза, оценка вегетативной функции по специальной шкале, оценка психоневрологического состояния по шкале Гамильтона, выполнены УЗИ органов мочеполовой системы, анализ мочи после эякуляции на предмет наличия сперматозоидов, исследование на инфекции, передающиеся половым путем (ИППП), обследование мужчин на предмет местной патологии, повышающей чувствительность головки (баланопостит, короткая уздечка).

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Согласно превалирующим факторам пациенты с СПЭ и дизоргазмией были разделены на следующие группы:

1-я группа – пациенты с инфекционно-воспалительными заболеваниями (что проявляется СПЭ легкой и средней степени тяжести и дизоргазмией) – 58 пациентов, из них с простатитами (простатовезикулитами, уретропростатитами) инфекционной этиологии – 49 пациентов и баланопоститами – 9 человек. В этой группе проведено комплексное лечение инфекционно-воспалительных заболеваний. 8 пациентам с хроническим простатовезикулитом и обструкцией на уровне семявыбрасывающих протоков (часто сочетающейся с бесплодием и аспермией) выполнена трансуретральная катетеризация и баллонная дилатация семявыбрасывающих протоков. 2 пациентам после этого дополнительно произведено тушевание семенного холмика раствором колларгола.

2-я группа – пациенты с легкими формами СПЭ преимущественно психической природы или местной гиперестезии – 42 человека. В этой группе применяли местноанестезирующие презервативы, а также поведенческие мероприятия (предварительные ласки женщины, позы с широко разведенными ногами женщины, метод сжимания Мастера–Джонсона, старт-стоп-техника), использование латексных колец. 9 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-я группа – пациенты с патологической импульсацией подкорковых структур и психическими формами СПЭ средней степени тяжести – 44 человека. 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 условно-рефлекторную связь в головном мозге и не вызвать синдрома 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-я группа – пациенты со среднетяжелыми и тяжелыми формами СПЭ, повышенной гиперестезией головки без

Таблица 1

Показатели эффективности лечения в группах пациентов с СПЭ и дизоргазмией

Группа	Метод лечения	Количество пациентов, n	Эффективность лечения, n (%)
1-я	Антибактериальная, противовоспалительная терапия	58	53 (91,3)
2-я	Местноанестезирующая, поведенческая терапия	48	44 (91,6)
3-я	ИОЗС	44	38 (86,3)
4-я	Хирургическое лечение	48	46 (95,8)

Таблица 2

Показатели эффективности лечения в группах пациентов с ретроградной эякуляцией

Группа	Метод лечения	Количество пациентов, n	Эффективность лечения, n (%)
I	Отмена симпатолитиков, альфа-миметики, циклические антидепрессанты	29	26 (89,6)
II	Введение геля в простатическую часть мочеиспускательного канала	18	17 (94,4)



Рисунок. Селективная нейротомия

признаков вегетативной и психоневрологической дисфункции – 48 человек. Этим пациентам выполняли хирургическое пособие:

- 12 пациентам с короткой или рубцово-измененной уздечкой выполнена френукулотомия;
- 8 пациентам с фимозом, хроническим баланопоститом, избыточно длинной крайней плотью – циркумцизио;
- 17 пациентам без местных аномалий выполнена селективная нейротомия – по латеральным сторонам полового члена рассечены нервы, идущие под фасцией Бака к уздечке полового члена (рисунок);
- 11 пациентам с СПЭ средней тяжести под уздечку введен гель гиалуроновой кислоты со сроком рассасывания до 12 мес.

В 4-й группе лишь один пациент жаловался на почти полное отсутствие чувствительности головки и один – на недостаточное удлинение времени полового контакта, остальные 46 пациентов отметили существенное удлинение времени до эякуляции и улучшение половой функции.

Результаты лечения в группах представлены в табл. 1. Пациенты с РЭ были разделены на 2 группы:

I. Пациенты с РЭ функционального генеза – 29 человек. Пациентам, принимающим альфа-адреноблокаторы (тамсулозин), отменили их, некоторым назначили симпатомиметики или циклический антидепрессант имипрамин.

II. Пациенты с РЭ органического генеза – 18 человек. Для коррекции РЭ в задние отделы подслизистого слоя простатической части мочеиспускательного канала им введен нерассасывающийся гель, что привело к антеградной эякуляции и нормализации сексуальной жизни.

Результаты приведены в табл. 2.

ВЫВОДЫ

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

1. При наличии инфекционно-воспалительных процессов головки и простатовезикулярного комплекса (что проявляется СПЭ средней степени тяжести и дизоргазмией) – комплексное лечение данных инфекций, при обструкции семявыбрасывающих протоков применяется трансуретральная катетеризация и баллонная дилатация семявыбрасывающих протоков.
2. При легкой степени СПЭ без инфекций и неврологических проблем – местноанестезирующая и поведенческая терапия.
3. При наличии СПЭ 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 гиалуроновой кислоты под уздечку, френукулотомия, циркумцизио).
5. При наличии ретроградной эякуляции функционального генеза рекомендуется отмена симпатолитиков или назначение симпатомиметиков, а также антидепрессанты (имипрамин).
6. При ретроградной эякуляции анатомического генеза показано введение нерассасывающегося геля в задние отделы простатической части мочеиспускательного канала.

Алгоритм лікування еякуляторних розладів О.В. Книгавко

У статті розглянуто різні форми еякуляторних порушень (синдрому передчасної еякуляції (СПЕ), ретроградної еякуляції), дизоргазмії. На підставі оцінки ступеня важкості дизоргазмії, збору сексуального анамнезу, а також використання шкали вегетативної дисфункції і шкали Гамільтона дані припущення з найбільш вірогідної причини еякуляторних порушень і відповідно вироблена лікувально-діагностична тактика. Використання даного алгоритму

дозволило досягти високої результативності лікування (87–96%) у групах пацієнтів із еякуляторними порушеннями різної етіології.

Ключові слова: синдром передчасної еякуляції, ретроградна еякуляція, дизоргазмія, шкала Гамільтона, інгібітори зворотного захоплення серотоніну (ІЗЗС), селективна нейротомія, гелі гіалуронової кислоти.

Algoritm of treatment of ejaculatory disorders A.V. Knigavko

There are different forms of ejaculatory disorders (syndrome of premature ejaculation (SPE), retrograde ejaculation, disorgasmia) 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 lechбно-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 ejaculatory disorders of different etiology.

Key words: syndrome of premature ejaculation, retrograde ejaculation, disorgasmia) anesthetics, sexual function, early orgasm, scale of Hamilton, selective serotonin reuptake inhibitors (SSRI), selective neurotomy, hyaluronic 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. – P. 1037–1050.
6. Waldiger M.C. et al. A multinational population survey on intravaginal ejaculation latency time // Journ. Sex. Med. – 2005. – № 2. – P. 492–497.

НОВОСТИ МЕДИЦИНЫ

ПОЧЕМУ ЛЫСЫМ НЕОБХОДИМО ПОСЕЩАТЬ УРОЛОГА

Появление лысины, особенно ранней становится причиной серьезных переживаний многих представителей сильного пола. Но исчезновение волосяного покрова на голове может быть связано с более серьезными явлениями, чем утрата части мужской привлекательности.

В разных странах существует примета, что якобы лысые мужчины являются более страстными любовниками. И этому есть подтверждение - ученые считают, что исчезновение волос вызвано повышенным уровнем тестостерона в мужском организме.

Однако высокий уровень главного мужского гормона имеет кроме преимуществ и обратную сторону - увеличение риска развития рака предстательной железы.

Исследование канадских ученых из университета города Торонто (University of Toronto) является, пожалуй, первой на-

учной работой, результаты которой однозначно свидетельствуют о том, что лысым мужчинам, особенно зрелого возраста надо регулярно посещать уролога для обследования деликатного органа.

Канадские исследователи доложили результаты своей научной работы на открывшемся в американском городе Атланта (Atlanta) ежегодном съезде членов Американской ассоциации урологов (American Urological Association).

Авторы наблюдали 214 мужчин в возрасте от 59 до 70 лет, у которых диагностический тест ПСА (простатический специфический антиген) показал повышенный уровень этого антигена в крови (5,8 при норме 4,5 для данной возрастной группы). Всем пациентам в качестве дополнительного диагностического исследования была назначена биопсия простаты.

Перед проведением биопсии ученые оценили степень облысения каждого участника по 4-балльной шкале.

Сравнение степени облысения участников исследования с результатами биопсии показало, что чем больше была поверхность головы, занятая лысиной, тем выше была вероятность обнаружить у пациента злокачественную опухоль простаты.

"Лысым мужчинам следует помнить о том, что они только выиграют от регулярного посещения уролога: риск появления рака предстательной железы у них повышен, но при регулярных врачебных осмотрах его можно будет обнаружить еще на ранних стадиях", - указывает руководитель научной работы профессор Нейл Флейшер.

www.health-ua.org