

# Возможности терапии ускоренной эякуляции

А.Н. Бушученко, Ю.В. Кукурекин, В.Н. Акулинин

Луганская областная клиническая больница, Луганская областная клиническая психоневрологическая больница

Изучены особенности клинических сексопатологических проявлений, в частности синдрома преждевременной эякуляции, в зависимости от психологических характеристик личности и особенностей функциональной асимметрии мозга. Установлена интегративная лечебная тактика в зависимости от указанных факторов. Определены возможности самоконтроля своей сексуальной функции.

**Ключевые слова:** преждевременная (ускоренная) эякуляция, антропоизометрические характеристики, структурно-функциональная асимметрия мозга, антидепрессанты, хронический простатит.

Преждевременное семяизвержение – одно из наиболее распространенных нарушений сексуальной (копулятивной) функции и по частоте сравнимо с эректильной дисфункцией. Основой определения преждевременного семяизвержения считают длительность полового акта по времени его или числа фрикции, произведенных до эякуляции. Соответствие норме с помощью секундомера или ускорение фрикции для увеличения их числа только приближает эякуляцию, потому такое определение несостоятельно. В настоящее время стандартного определения преждевременного семяизвержения не существует. Это ведет к расхождению мнений не только о методах лечения и их эффективности, но и о самом диагнозе. Однако ускорение семяизвержения, не предоставляющее возможность оргазма у партнерши, следует расценивать как ненормативный половой контакт, причинами которого рассматривают изменения в центральных и периферических нервных структурах, регулирующих копулятивную функцию. Среди многообразия причинных факторов преждевременной эякуляции существенное значение имеют **кортикальные** (связанные с процессами в коре большого мозга), когда превалируют психогенные и межличностные факторы: подростковые страхи быть застигнутым при половом акте, неудовлетворенность от семейной жизни, межличностные конфликты, отсутствие доверия партнера, боязнь интимных отношений, сексуальные ролевые конфликты. При этом, можно выделить в качестве премоорбидных, можно сказать, состояний следующие: неудачи и другие проблемы, связанные с началом половой жизни (дебют); редкая и нерегулярная половая жизнь; зависимость длительности полового акта от партнерши; невозможность совершения второго полового акта из-за отсутствия эрекции; сочетание преждевременной эякуляции с нарушением эрекции.

**Синдром парацентальных долек** как поражение высших корковых центров регуляции урогенитальных автоматизмов и снижение порогов возбудимости нервных структур, обеспечивающих эякуляцию и оргазм вследствие патогенных факторов в антенатальный период или родовой травмы, реже травмы у взрослых.

**Подкорковые и спинальные нарушения. Повышенная чувствительность головки полового члена**, которая имеет характерные признаки, в частности: длительность полового акта варьирует мало; преждевременная эякуляция наблюдается в течение всей половой жизни; повторные половые акты не намного длиннее первого; половой акт с презервативом и искусственной смазкой более продолжителен; семяизвержение не наступает до имиссии полового члена при половом контакте; прием алкоголя удлинит половой акт.

То есть, достаточно важным представляется необходимость выяснения причин синдрома преждевременной эякуляции с наличием или отсутствием при этом слабости эрекции. Прежде всего, ускоренная эякуляция требует выяснения существования хронического воспалительного процесса в органах мочеполовой сферы, чаще всего – простатита. Но, как известно, преждевременная эякуляция такого генеза является **сугубо приобретенной**. Так как существуют многочисленные случаи нарушения сексуального здоровья всей семьи в виде ускоренной эякуляции у партнера, начиная с самого начала им половой жизни, следует определиться с теми или иными факторами патогенеза синдрома преждевременной эякуляции. Имея в виду возможность существования синдрома парацентральной дольки [6] или генуинной ускоренной эякуляции врожденного характера за счет конституционально-генетической слабости определенных структур, отвечающих за качество полового акта в виде его нужной продолжительности или превалирующее значение именно психологических факторов или невротического характера доминант при реализации долгожданного полового контакта со столь быстрым излиянием семени при этом. Даже недостаточная осведомленность в вопросах психогигиены половой жизни у молодых и не очень молодых партнеров может вести к нарушению сексуального здоровья, в том числе и к ускоренной эякуляции, или просто гигиены половых органов. Или психотравмы детского и подросткового возраста, личностные особенности того или иного индивидуума, особенности его поведения, нарушение межличностных отношений в семье и только в 10–20% случаев – те или иные органические причины, как считает профессор В.В. Кришталь.

Имеющиеся данные о том, что особенности функциональной асимметрии мозга (ФАМ) или антропоизометрия коррелирует со структурой и стратегией эмоционального реагирования и сексуальностью человека [3], позволяют определиться в особенностях клинических проявлений и течения различных форм копулятивных расстройств в зависимости от индивидуальных психологических характеристик и особенностей функциональной асимметрии мозга. Это позволяет повысить эффективность диагностики и определить лечебную тактику у больных с нарушениями сексуального здоровья, в частности, с синдромом преждевременной эякуляции [4]. То есть, в настоящее время считается доказанным, что преждевременная эякуляция связана как с органической патологией в мочеполовой сфере, так и с особенностями организации коры большого мозга, сопровождающимися неврологическим симптомами (инверсия рефлексогенной зоны ахиллова рефлекса – синдрома парацентральной дольки) [7, 13]. Для данных состояний, однако, характерны и психогенные расстройства [14] – синдром ожидания неудачи (обеспеченность по поводу скоротечности полового акта и неспособности контролировать эякуляцию).

Все изложенное выше свидетельствует о том, что патофизиология синдрома преждевременной эякуляции до конца не изучена, но понятно, что в манифестации феномена принимают участие как органические, так и антропоизометрические, психогенные и психосексуальные факторы.

Сейчас уже есть прямые доказательства того, что специфические антропоизометрические характеристики той или

ной личности связаны с характерными психологическими чертами (высокий уровень тревожности, невротизация и прочее) и, как оказалось, преждевременной эякуляцией. То есть, органические факторы, которые определяют качественную характеристику полового акта в виде ускоренной эякуляции, могут быть следующими:

1) особенности антропоизометрии головного мозга, ведущие к гиперчувствительности регуляции серотонина (5-НТ);

2) наличие неврологической симптоматики (инверсия рефлексогенной зоны ахиллова рефлекса – низкий порог рецепторов, расположенных на головке и теле полового члена – гиперчувствительный эякуляторный рефлекс).

Лечение нарушений копулятивной функции, где доминировала ускоренная эякуляция, всегда вызывала затруднения [9]. С этой целью применяли транквилизаторы [8, 10, 12], одно время увлекались хлорэтиловыми блокадами ромба Михаэлиса [5, 6], экстракта спорыньи, проводили массажи предстательной железы и прочее. Поиск эффективных методов терапии копулятивных расстройств с ускоренной эякуляцией, сопровождающихся аффективными нарушениями, обратил внимание исследователей на современную группу антидепрессантов. В частности, при применении 25–50 мг сертралина гидрохлорида в день, среднее время эякуляторного интервала возрастало до 7,6 мин – от 0 до 20 мин [15, 16, 20]. Препарат использовали для лечения 46 мужчин с ускоренной эякуляцией. Отметили заметное улучшение состояния с выраженной редукцией депрессивной симптоматики и симптомов преждевременной эякуляции уже на 8–12-й дни терапии антидепрессантом стимулотон [2].

В этой связи обратили на себя внимание и растительные антидепрессанты, в частности гелариум-гиперикум, при лечении копулятивных расстройств, ассоциированных с хроническим простатитом [1, 2].

В литературном обзоре М.Н. Соколовой [16] сообщается, что «антидепрессанты давно используют при сексуальной дисфункции психогенного генеза, поскольку они нередко сопровождаются тревожными и депрессивными расстройствами, навязчивыми состояниями, расстройствами личности. Традиционно в сексологической практике используется ряд препаратов, представляющих собой разнородную группу соединений с общими терапевтическими свойствами. Из трициклических антидепрессантов (ТЦА) следует назвать amitриптилин, лудиомил, анафранил, мелипрамин, цефедрин, коаксил; из ингибиторов моноаминоксидазы (ИМАО) – триттико; из селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС) – флуоксетин, стимулотон. Наиболее часто применяются антидепрессанты, обладающие седативным эффектом (триттико, amitриптилин, тразодон), реже – стимулирующим (коаксил, флуоксетин, стимулотон).

Активную психофармакотерапию антидепрессантами в сочетании с нейрорептиками и транквилизаторами проводят параллельно с психотерапией в начале лечения, что способствует уменьшению психопатологических проявлений и улучшению сексуальной функции [11]. Предшествующая ей диагностика психического состояния и профиля личности пациента необходима, так как влияет на выбор наиболее адекватных фармакотерапевтических препаратов. С этой целью также важно выявить наличие сопутствующих соматических и психических заболеваний и их основных симптомов».

Известно, что у пациентов с преждевременной эякуляцией чаще всего обособлено или не совсем диагностируют хронический простатит. «Структура копулятивных расстройств, ассоциированных с хроническим простатитом, полиморфна, так как в разной степени изменяются все составляющие половой функции мужчины» [5]. Значимая роль в

развитии нарушений копулятивной функции при наличии хронического простатита принадлежит психогенным факторам [11, 15, 19]. Естественно, в основе терапии лежит традиционное лечение по поводу этого заболевания [18]. Отмечено, что **чаще всего такая терапия, а также применение антидепрессантов эффективны только в период лечения.** В таких случаях, как ни печально, имеют место рецидивы ускоренной эякуляции по окончании лечения. Учитывая то, что преждевременная эякуляция может формироваться на основе указанных органических, антропоизометрических, физиологических и психологических векторов, необходим **интегративный** подход к лечению этого синдрома.

**Цель исследования:** изучение особенностей клинических сексопатологических проявлений (преждевременной эякуляции) в зависимости от индивидуальных психологических характеристик и особенностей функциональной асимметрии мозга для повышения эффективности диагностики и определения лечебной тактики (интегративный подход к терапии синдрома преждевременной эякуляции).

### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Исследовали конституцию пациентов, обратившихся с жалобами на преждевременную эякуляцию (фенотип), проводили антропоизометрию, изучали органические изменения и их обратимость, психологические характеристики и их связь с конституциональными особенностями. Для диагностики заболеваний мочеполовой системы использовались данные анамнеза, результаты общеклинического исследования, специальные урологические и лабораторные методы, ультразвуковое исследование органов малого таза.

Определение половой конституции проводили по векторной шкале половой конституции [6]. Состояние вегетативной нервной системы оценивали по исходному общему вегетативному тону. Эмоционально-личностные особенности изучали с использованием теста рисуночной ассоциации Розенцвейга в модификации Н.В. Тарабриной (1974), шкалы самооценки Ч.Д. Спилберга – Ю.Л. Ханина. Исследование латерального фенотипа осуществлялось с использованием «карты» латеральных признаков [17].

Под наблюдением находились 70 человек с синдромом преждевременной эякуляции в возрасте 25 до 55 лет.

Для лечения преждевременной эякуляции использовали интегративный подход, предполагающий:

1. Лечение органической патологии в виде хронических простатитов, простатовезикулитов и колликулитов, обращая особое внимание на санацию заднего отдела мочепускающего канала (колликулиты).

2. Коррекцию антропоизометрических особенностей с использованием латеральной физиотерапии (авторское свидетельство № 1362483 от 01.09.1987 г. «Способ лечения половых расстройств»).

3. Коррекцию специального лечения **титрованием** дозы антидепрессантов. В отличие от имеющейся информации о стабильной их дозе в течение определенного курса терапии, предлагается повышение доз антидепрессантов, начиная с низких доз с возрастанием их. Например: стимулотон – 25 мг, 50 мг, 100 мг, 150 мг, 200 мг до появления возможности **фиксировать** продромальные **ощущения, предшествующие эякуляции.** После определения необходимой дозы **фиксированная** доза остается для дальнейшего курса лечения до 30 дней. В случае развития при приеме высоких доз антидепрессантов ослабления эрекции последнее купируется назначением силденафилов или варданофилов, доза которых определяется индивидуально.

4. Ректальную электростимуляцию предстательной железы (при необходимости проводят с помощью диадинамических токов).

5. Коррекцию психологических симптомов проводили, используя технологии нейролингвистического программирования, – шестишаговый рефрейминг, в результате которого на подсознательном уровне редуцируется патологическая симптоматика и реализуется интервенция в сложившийся стереотип ускоренной эякуляции (разрыв или остановка всей последовательности развития симптома – стереотипа) путем формирования биологической обратной связи (БОС), используя методики секс-терапии и технологии тантрического секса.

### РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Использование в терапии преждевременной эякуляции комплексного подхода с подбором индивидуальной дозы антидепрессанта; лечением имеющих проявления простатита, с обязательной санацией заднего отдела мочеиспускательного канала; купирования психологической симптоматики с использованием технологий нейролингвистического программирования с формированием на этом фоне стойкой БОС, дает положительный эффект без рецидивов и усиливает роль личности больного в контроле над своей копулятивной функцией. В результате чего получены устойчивые позитивные результаты в виде восстановления длительности полового акта у всех 70 пациентов. Катамнез до шести лет.

### ВЫВОДЫ

1. Для эффективного лечения больных с преждевременным семяизвержением необходим интегративный подход.
2. Обязательно применение психотерапевтических, урологических и антропометрических методов лечения.
3. Особо важен подбор индивидуальной дозы антидепрессанта, дающий возможность начать контролировать ощущения, предшествующие семяизвержению, и использование на этом фоне технологий тантрического секса, позволяющих произвести интервенцию в симптом преждевременного семяизвержения с образованием стойкой БОС.
4. Наличие стойкой биологической связи дает пациентам в будущем возможность контролировать свою сексуальную копулятивную функцию, предотвращая рецидивы.

### Можливі терапії прискореної еякуляції А.Н. Бушученко, Ю.В. Кукурєкін, В.Н. Акулінін

Досліджені особливості клінічних сексопатологічних проявів, зокрема синдрому передчасної еякуляції, залежно від психологічних характеристик та особливостей функціональної асиметрії мозку. Установлена інтегративна лікувальна тактика залежно від наведених факторів. Виявлені можливості самоконтролю своєї статевої функції.

**Ключові слова:** передчасна (прискорена) еякуляція, антропометричні характеристики, структурно-функціональна асиметрія мозку, антидепресанти, хронічний пієлонефрит.

### Features rapid ejaculation therapy A.N. Bushuchenko, Y.V. Kukurekin, V.N. Akulinin

The peculiarities of the clinical sexopathological demonstrations have been examined, particularly the syndrome of the premature ejaculation in dependence of the psychological characteristics of of personality and peculiarities of the functional cerebral asymmetry. The integrative treatment\*s tactics has been defined in dependence of mentioned facts.

The abilities of selfcontrol of the own sexual function have been determined.

**Key words:** premature (accelerated), ejaculation, antropoizometricheskіe characteristics, structural and functional brain asymmetry, antidepressants, chronic prostatitis.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Применение растительного антидепрессанта «Геларуим-Гиперикум» при лечении копулятивных расстройств, ассоциированных с хроническим простатитом. Аляев Ю.Г., Григорян В.А., Амосов А.В., Чалый М.Е., Демидко М.Е., Еникев М.Э., Ахведиани Н.Д. //Здоровье мужчины. – К., 2004. – № 3. – С. 22–24.
2. Білобривка Р.І., Особливості патоморфозу афективних порушень у чоловіків з копулятивними розладами та методи їх корекції. Білобривка Р.І., Рахман Л.В., Кобилицький Ю.С. //Архів психіатрії. – 2004. – № 1. – С. 67–69.
3. Бушученко А.Н. Сравнительная оценка клинических, психологических, антропометрических особенностей сексуальных нарушений у мужчин / Автореф. дис. ... канд. мед. наук. спец. 14.00.40. Урология / Бушученко А.Н. – К., 1989. – 22 с.
4. А.с. № 1362483. Способ лечения половых расстройств (СССР) / Бушученко А.Н., Чуприков А.П.; заявл. 10.07.1986, опубл. 01.09.1987, Бюл. № 12
5. Васильченко Г.С. Патогенетические механизмы импотенции / Патогенетические механизмы импотенции. – Институт психиатрии МЗ РСФСР, 198 с. – М., 1956. (Половые расстройства у мужчин).
6. Васильченко Г.С. О некоторых системных неврозах и их патогенетическом лечении. – М., 1969. – 156 с. (Половые расстройства у мужчин).
7. Васильченко Г.С. О латерализации инверсии рефлексогенных зон ахилового рефлекса в клинике сексуальных расстройств / Васильченко Г.С., Решетняк Ю.А. „Функциональная асимметрия и адаптация человека“. – М., 1976. – С. 213–215.
8. Горпинченко И.И. Характеристика сексуальных расстройств у больных хроническим простатитом: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук, спец. 14.00.40. – К., 1977. – 21 с.
9. Горпинченко И.И. Медикаментозное лечение мужчин, страдающих сексуальными расстройствами. – К.: Абрис, 1997. – С. 434.
10. Эректильная дисфункция при хроническом простатите / Камалов А.А., Королева С.В., Ковалев В.А., Ефремов Е.А. Эректильная дисфункция при хроническом простатите: Материалы 1 Конгресса профессиональной ассоциации андрологов России, Кисловодск–Домбай, 2007. – С. 127.
11. Краснов В.Н. Терапия сексуальных расстройств при различных формах психической патологии. Пособие для врачей / Краснов В.Н., Кибрик Н.Д., Решетняк Ю.А. Терапия сексуальных расстройств при различных формах психической патологии. – М., 1999. – 126 с.
12. Кукурєкін Ю.В. Особливості діагностики, клініки і лічення копулятивних порушень при воспалительных заболеваниях мужских половых органов: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук: спец. «урология» 14.00.40. – К., 1984. – 21 с.
13. Лихтерман Л.Б. О большеберцово – стопном рефлексе // Лихтерман Л.Б. // Журнал невропатологии и психиатрии им. Корсакова, 1985. – Т. 85, № 7. – С. 1059–1061.
14. Мизрухин И.А. Половые расстройства при неврозах // Актуальные вопросы сексопатологии. – М., 1967. – С. 263–269.
15. Мунгалов А.Н. Психотерапия рецидивирующего хронического простатита, осложненного нарушениями потенции // Материалы 1 Конгресса профессиональной ассоциации андрологов России. – Кисловодск–Домбай. – 2001. – С. 127.
16. Соколова М.Н. Антидепрессанты в сексологической практике. Терапия пароксетином // Здоровье мужчины, 2006. – № 1. – С. 27.
17. Чуприков А.П. Латеральная терапия / Чуприков А.П., Линев А.Н., Марцинковский И.А. – К., 1994. – С. 176.
18. Юнда И.Ф. Хронический простатит и половые расстройства // Урология и нефрология, 1974. – № 3. – С. 37.
19. Кратохвил С. Психотерапия семейно-сексуальных дисгармоний (пер. с чешского). – М., 1991.
20. Сертралин в лечении преждевременной эякуляции: двойное слепое плацебо-контролируемое исследование / In Biri H., Isen K., Sinik Z., Onaran M., Kupeli B., Bozkirli I. t. Urol. Nephrol. – 1998.