

# Диагноз расстройств потенции и некоторые нюансы обследования пациентов с сексуальными дисфункциями (лекция)

Г.С. Кочарян

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Приведены и охарактеризованы этапы установления диагноза расстройств потенции (симптоматический, синдромологический, нозологический, патогенетический), рекомендации по его формулированию, опирающиеся на системно-структурный подход, некоторые нюансы обследования больных с сексуальными дисфункциями.

**Ключевые слова:** сексуальные дисфункции, диагноз, нюансы обследования.

Обследование пациента, обратившегося за сексологической помощью, начинается с общего ознакомления с ним (ФИО, возраст, образование, характер трудовой деятельности, семейное положение, бытовые условия). Параллельно следует выяснить все эти данные относительно его сексуального партнера. Также необходимо прояснить, какие психологические отношения между партнерами, степень сексуальной привлекательности партнера, наличие чувства любви или ее отсутствие по отношению к нему.

Не следует специально выяснять политические взгляды пациента и раскрывать свои собственные, поскольку в случае их несовпадения могут возникнуть эмоциональные отношения, которые будут препятствовать достижению положительных лечебных результатов. Если же выяснится, что эти взгляды совпадают, то это, напротив, может оказать положительное влияние на взаимодействие в диаде терапевт–пациент и в определенной степени способствовать положительной терапевтической динамике.

Затем переходят к выслушиванию жалоб больного. Однако не следует ограничиваться только жалобами, высказанными им. При активном расспросе следует активно выявлять наличие других жалоб или их отсутствие. Это исключительно важно, так как пациент может самостоятельно предъявлять только стержневые (главные) жалобы. Так, например, пациент может жаловаться на расстройство эрекции и самостоятельно не упомянуть об ослаблении полового влечения. Помимо этого, не следует верить больному на слово, так как жалобы, которые он предъявляет, при их оценке специалистом могут не подтвердиться.

К нам за лечебной помощью обратилась мать одного молодого человека, которая заявила, что у него проблемы с эрекцией. Ее сын, который после этой предварительной беседы пришел к нам на прием, также жаловался на плохую эрекцию. При оценке этой жалобы оказалось, что речь идет о быстром исчезновении эрекции после эякуляции, которая наступает еще до введения члена во влагалище. Таким образом, оказалось, что на самом деле речь идет о преждевременной эякуляции, так как исчезновение эрекции после эякуляции является нормальным физиологическим феноменом. При опросе этого пациента также оказалось, что он употребляет большое количество кофе, а также очень любит острую пищу, что может уменьшать продолжительность полового акта. Если бы мы пошли на поводу у этого пациента и назна-

чили ему препараты, которые, например, повышают сексуальную возбудимость (женьшень, пантокрин и т. п.), то могли бы добиться того, что семяизвержение наступало бы не только в постели до интроекции полового члена во влагалище, а уже во время разговора с партнершей по телефону.

В обсуждаемом плане интерес представляет следующее наше клиническое наблюдение. За медицинской помощью обратился молодой человек, который жаловался на то, что продолжительность его полового акта составляет 1,5 мин. Ранее, с его слов, длительность коитуса составляла 30 мин. Так как такую продолжительность полового акта, проводимого без пролонгации, следует относить к патологии, то такой длительный половой акт стал результатом тщательного анализа, который выявил следующее. За эти 0,5 ч наш пациент на самом деле совершал 4 половых акта подряд, завершающихся эякуляцией, не извлекая половой член из влагалища. При этом каждый последующий половой акт был более продолжительный, чем предыдущий. На вопрос, сколько же продолжался первый из этих четырех половых актов, пациент ответил, что 1,5 мин. Таким образом, продолжительность полового акта мужчины не изменилась и соответствует норме. Он просто утратил способность к проведению повторных половых актов без перерыва, которая в данном случае, по видимому, была обусловлена чрезвычайно короткими рефрактерными периодами, что нехарактерно для мужчин.

Иногда за семяизвержение мужчины принимают выделение из полового члена до его введения во влагалище при сексуальном возбуждении капель секрета желез Литтре и Купера, что может привести к ослаблению эрекции по психогенным механизмам. Именно это происходило с одним из наших пациентов.

В полной мере пациентам нельзя доверять и потому, что иногда для обозначения отдельных сексуальных проявлений они используют неадекватные жалобам медицинские термины, путая их. Так, напряжение члена они могут называть эякуляцией, а семяизвержение эрекцией.

Следует иметь в виду, что выявленные жалобы пациента не всегда являются равноценными, и не только по своей выраженности. Нами предложена концепция симптомообразования в сексологии, суть которой состоит в следующем [5, 7]. При однозначной базовой диагностической характеристике сексуальных расстройств нередко можно встретиться с их симптоматической неоднородностью. Причем значение выявляемых при том или другом сексуальном расстройстве симптомов далеко не одинаково. На основании опыта диагностической работы с больными сексологического профиля, мы пришли к выводу о целесообразности различать симптомы первичные, развития и производные. К первичным следует относить те, которые имеют место в начале существования расстройства. Симптомы развития появляются при утяжелении заболеваний, лежащих в основе половых расстройств, или усложнении структуры последних. Так, на-

пример, если хронический простатит (ХП) изначально проявлялся лишь преждевременной эякуляцией, а при его утяжелении возникла гипоэрекция, то расстройство эякуляции следует считать первичным симптомом, а нарушение эрекции – симптомом развития. Расстройство эрекции в данном случае было бы отнесено к симптомам развития и в случае его обусловленности синдромом тревожного ожидания сексуальной неудачи (СТОСН), осложнившим ХП. Вместе с тем в клинической практике подчас приходится сталкиваться с явлением, когда тот или иной симптом не имеет жесткой зависимости от базовой характеристики расстройства, а является производным другого симптома, без которого он сам просто бы не возник. Симптомы, которые возникают по указанному выше механизму, следует относить к производным. Так, нередко ретардированная эякуляция является следствием недостаточного напряжения члена. Такой подход, предусматривающий дифференцирование симптомов на основные и производные, завершающийся выбором симптомов-мишеней, каковыми являются основные симптомы, – важный процесс, позволяющий выработать программу адекватной симптоматической терапии.

В этой связи вспоминается случай из нашей клинической практики, когда один пациент жаловался на ослабление напряжения полового члена. При опросе выяснилось, что оно имеет место не при всех половых актах, а только тогда, когда он при отсутствии сексуального желания совершает половой акт исключительно с целью выполнения супружеского долга. Когда же желание есть, то эрекция у него совершенно нормальная. Таким образом, в данном случае ослабление эрекции, которое должно быть расценено как производный симптом, обусловлено снижением либидо. В данном случае речь шла о мужчине в возрасте старше 50 лет, который не рассматривался нами как сексологический больной (мнимое сексуальное расстройство).

При опросе пациента обязательно нужно ориентироваться в частоте появления тех или иных жалоб. Так, например, если пациент отмечает у себя расстройство эрекции, что делает половой акт невозможным, следует обязательно заинтересоваться в каком проценте случаев это случается. Если речь идет о том, что в ряде случаев половые акты протекают полноценно, то это может, в частности, свидетельствовать о том, что сексуальное расстройство обусловлено влиянием психогенных факторов. Кроме того, речь может идти о том, что неоднозначность сексуальных проявлений обусловлена наличием у пациента различных сексуальных партнеров, с которыми половой акт протекает неоднозначно.

Также при оценке тех или иных жалоб необходимо учитывать возможность негативного влияния на сексуальные функции различных лекарственных средств (нейролептики, антидепрессанты, антигипертензивные препараты и многое другое). Один из наших пациентов с преждевременным семяизвержением, которое было нами купировано, вдруг заявил, что длительность полового акта вновь сократилась. При анализе ситуации выяснилось, что он по собственной инициативе с целью сексуальной активизации стал принимать один из адаптогенов (к этой группе относятся женьшень, пантокрин, элеутерококк и др.), что и привело к уменьшению продолжительности полового акта. Интересен и следующий пример. К нам за помощью в связи с отсутствием эякуляции обратился больной шизофренией, состоящий на учете в психоневрологическом диспансере, которому психиатр назначил пароксин (мощный антидепрессант из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина). При анализе возможных причин возникновения данной дисфункции оказалось, что у этого пациента она обусловлена именно приемом данного препарата. При оценке продолжительности полового акта следует учитывать также возможный прием алкогольных напитков. Так, известно, что ал-

коголь может вести к увеличению продолжительности полового акта вплоть до анэякуляции при достаточном количестве выпитого, а также к ослаблению эрекции. В одном случае нам так и не удалось определить истинную продолжительность полового акта, так как все половые акты пациент проводил исключительно после принятия алкоголя.

Следует выделять следующие уровни диагностики: симптоматический, синдромальный, нозологический и патогенетический. В российском варианте Википедии отмечается, что симптом (от греч. *συμπτωμ* – случай, совпадение, признак) – один отдельный признак, частое проявление какого-либо заболевания, патологического состояния или нарушения какого-либо процесса жизнедеятельности, одна отдельная конкретная жалоба больного [12]. Когда говорят о том, что у пациента страдает эрекция, эякуляция, либидо, оргазм, то речь идет о **симптоматическом диагнозе**.

В том случае, когда речь идет о нескольких симптомах, объединенных общим патогенезом, то это уже **синдромальный диагноз**. Как отмечается в российском варианте Википедии, синдром (греч. *σύνδρομη* – стечение, скопление; *δρομη* – бег, движение) – совокупность симптомов с общим патогенезом [14]. В малой медицинской энциклопедии также отмечается, что синдром – устойчивая совокупность ряда симптомов с единым патогенезом, а патогенетическое единство проявлений, составляющих синдром, придает этому понятию большую определенность по сравнению с понятием «симптомокомплекс», которое может относиться к совокупности патогенетически разнородных признаков [13]. При констатации сексопатологических симптомов речь может идти и о наличии в составе синдрома несексологических симптомов. Так, например, при астеническом синдроме, который может сопровождаться сексопатологическими симптомами, наблюдается раздражительность, вспыльчивость, общая слабость, повышенная утомляемость, непереносимость громких звуков и яркого света и др. Сексопатологические симптомы (расстройства эрекции, эякуляции, либидо) в данном случае выступают в качестве проявлений данного синдрома, параллельно существуя с вышеперечисленными общими симптомами невротического уровня.

Следующим этапом диагностики является установление **нозологического диагноза**, т. е. установление диагноза болезни (болезнь, заболевание – лат. *morbus*). Нозологический диагноз предусматривает единство этиологии и патогенеза. Так, если мы говорим о неврастении, то предполагается, что существующие проявления (несексологические и сексопатологические) не просто объединены общим происхождением (патогенезом), но и имеют общий источник, а именно психотравмирующее воздействие. Такой универсальный сексопатологический синдром у мужчин как СТОСН, в частности, может быть обусловлен различными невротическими расстройствами, шизофренией, а также аномалиями развития личности, например ананкастным ее расстройством (психастенией), и иметь различную нозологическую специфику или специфику, связанную с аномалией развития личности [6, 7].

Следующим этапом диагностики является установление **патогенетического диагноза** [11], который устанавливают тогда, когда речь идет о сложной структуре расстройства. Суть такого диагноза состоит в следующем. Например, у пациента, обратившегося за сексологической помощью, было диагностировано сексуальное расстройство. Анализ показал, что оно обусловлено синдромом парацентральных долек (СПД) и неврастением с СТОСН. Помимо этого, оказалось, что у пациента имеет место психастеническая акцентуация характера, которая также играет определенную роль в формировании и течении этого расстройства. Однако сексуальное расстройство одно, и оно в данном случае проявляется рядом сексуальных симптомов (снижение либидо, ослабление эрекции,

преждевременное семяизвержение). В данном случае диагноз может быть только один, и этот диагноз патогенетический. Названные же выше, диагностированные у пациента заболевания и синдромы, а также выявленная акцентуация характера выполняют в данном случае роль отдельных структурных блоков, которые, взаимодействуя между собой, формируют определенную патогенетическую систему.

В каждом отдельном случае одни структурные блоки могут predispose к развитию целостного сексуального расстройства (predisposing factors), другие – приводить к его возникновению (causing factors), третьи – усугублять его течение (aggravating factors). Следует отметить, что патогенетическая система представляет собой не простое суммирование негативных влияний этих блоков на сексуальные функции, но также характеризуется появлением новых свойств, характерных именно для данной системы. Возможность возникновения таких свойств отражена в термине «эмергентность» / «эмерджентность». Эмерджентность (от англ. emergent – возникающий, неожиданно появляющийся) в теории систем – наличие у какой-либо системы особых свойств, не присущих ее элементам, а также сумме элементов, не связанных особыми системообразующими связями; несводимость свойств системы к сумме свойств ее компонентов; синергия – «системный эффект» [17]. Примером может служить сочетание синдрома конституциональной сексуальной дефицитности (слабой половой конституции) с СПД. С одной стороны, низкий порог для воздействий, приводящих к возникновению эякуляции, как бы подталкивает сексуальное развитие индивида, а с другой – характерная для СПД закономерность (отсутствие увеличения продолжительности повторных половых актов) нарушается: повторный половой акт может быть гораздо более продолжительным.

Предположим, что у пациента, который упоминался выше, с начала половой жизни имела место преждевременная эякуляция. По совокупности симптомов тогда речь шла о СПД. Вначале мужчина не реагировал на данное нарушение, однако с течением времени его жена начала негативно реагировать на его расстройство, что привело к развитию у него невротизации. Затем к этому невротическому расстройству присоединился СТОСН, который может иметь место у больных невротизацией и имеет свою нозологическую специфику [6, 7], что привело к еще большему уменьшению продолжительности полового акта, а также к ослаблению эрекции полового члена, которая подчас вовсе исчезала при попытке интродукции, а также к ослаблению полового влечения. Возникновению СТОСН способствовала акцентуация характера по психастеническому типу. В данном случае патогенетический сексологический диагноз выглядит следующим образом: синдром парацентральных долек, усугубленный невротизацией с синдромом тревожного ожидания сексуальной неудачи у личности, акцентуированной по психастеническому типу. Обычно к этому патогенетическому диагнозу после запятой или точки с запятой, что зависит от емкости патогенетического диагноза, мы добавляем указание на имеющие место патосексологические симптомы. Последние могут быть расположены в порядке степени их выраженности и значимости. Приведем еще один пример патогенетического диагноза, к которому прибавлена характеристика патосексологической симптоматики.

*Диагноз: хронический простатит, усугубленный невротизацией с синдромом тревожного ожидания сексуальной неудачи на фоне слабой половой конституции; симптомы гипозрекции и преждевременного семяизвержения (EPR, EPA).*

В случаях, когда в организации сексуального расстройства участвует лишь одно заболевание или синдром, диагноз может быть более простым:

• *хронический простатит, симптом преждевременной эякуляции (EPR).*

• *Синдром парацентральных долек, симптом преждевременной эякуляции (EAP).*

Следовательно, когда речь идет о простой структуре сексуального расстройства, диагноз может быть нозологическим или синдромологическим.

Следует отметить, что при наличии одних и тех же структурных блоков, формирующих патогенетическую систему, определяющую то или иное сексуальное расстройство, формулировка диагноза может варьировать, что связано со значимостью каждого из блоков в организации данного расстройства и может быть обусловлено его динамикой. Предположим, что у пациента имеет место ХП, невротизация неудачи, а также акцентуация характера по психастеническому типу, которая predispose к возникновению названного невроза. На первом этапе при усугублении ХП, проявлявшегося преждевременной эякуляцией (EPR), произошло некоторое ее ускорение, так как у пациента возникла боязнь, что эякуляция наступит преждевременно, однако эякуляция осталась в пределах EPR. В этом случае диагноз будет выглядеть следующим образом: *хронический простатит, усугубленный невротизацией с синдромом тревожного ожидания сексуальной неудачи у личности с акцентуацией характера по психастеническому типу; симптом преждевременной эякуляции (EPR)*. В процессе динамики сексуального расстройства влияние невроза ожидания неудачи усилилось, так как усложнилась семантика тревожного опасения / страха сексуальной неудачи, что проявилось возникновением боязни исчезновения эрекции полового члена в самый решительный момент и вообще исключило возможность проведения половых актов. В данном случае диагноз будет выглядеть так: *невротизация с синдромом тревожного ожидания сексуальной неудачи у личности с акцентуацией характера по психастеническому типу, усугубивший хронический простатит; симптомы анэрекции и преждевременной эякуляции (EPR)*. Таким образом, мы видим, что в этом патогенетическом диагнозе изменилось взаимное расположение диагностических блоков, а в симптоматическом диагнозе – расположение существующих патосексологических симптомов.

При установлении диагноза, по нашему мнению, следует учитывать следующее [4]. На приеме клинический сексолог нередко может диагностировать сексуальные дисфункции, которые тем или иным образом связаны со слабой половой конституцией, что обусловлено нарушением полового созревания (задержка или дисгармония пубертата). По нашему мнению, в этих случаях при обращении за лечебной помощью пациентов, которые вышли из возрастной зоны пубертатного периода, в диагнозе должна найти отражение терминология, указывающая на наличие слабой половой конституции. Установление диагнозов «задержка пубертата», «дисгармония пубертата» (когда речь идет о стержневом синдроме) или использование в диагнозе словосочетаний «на фоне задержки пубертата», «на фоне дисгармонии пубертата» (когда эти синдромы рассматриваются как predisposing factors к развитию сексуального расстройства) неправомерно. В случаях, когда конституциональный фактор является главным в возникновении сексуальных дисфункций, целесообразно говорить о конституциональной форме расстройства, а когда слабая половая конституция predispose к возникновению названных дисфункций, использовать словосочетание «на фоне слабой половой конституции». Наше предложение становится понятным, если привести следующую аналогию. У взрослого пациента, обратившегося за лечебной помощью в связи с бесплодием, в сперме не обнаруживаются сперматозоиды. Выясняется, что в детстве он болел эпидемическим паротитом (свинкой), и в патологический процесс были вовлечены тестикулы (яички), что подтверждается и при объективном обследовании. Естественно, что врач не поставит ему в настоящее время диагноз эпидемического паротита, однако в диагнозе найдут отражение те последствия, к которым привело это заболевание [4].

По нашему мнению [4], в случаях половых расстройств, обусловленных слабой половой конституцией, для взрослых лиц можно также предложить использовать диагноз: «Синдром конституциональной сексуальной дефицитарности» или более детализированный диагноз: «Синдром конституциональной сексуальной дефицитарности, обусловленной последствиями задержки/дисгармонии пубертата». Использование данного предложения позволяет специалистам, которые придерживаются патогенетической классификации Г. С. Васильченко [2], оставаться в ее поле. Так как данный синдром может играть не только роль вызывающего фактора в организации полового расстройства, но и выполнять вспомогательную функцию (являться патофизиологическим фоном), то это должно найти соответствующее отражение в патогенетическом диагнозе («на фоне синдрома конституциональной сексуальной дефицитарности»).

В качестве примеров приведем два диагноза:

- *Синдром конституциональной сексуальной дефицитарности, симптомы снижения полового влечения, гипозрекции и гипооргазмии.*

- *Неврастения на фоне синдрома конституциональной сексуальной дефицитарности, симптомы преждевременной эякуляции (EPR) и ослабленного либидо.*

Следует отметить, что в ряде случаев мы можем диагностировать у пациента патологию, которая может приводить к появлению сексуальных дисфункций, но в данном конкретном случае мы констатируем отсутствие такого патогенного влияния. В этом случае в диагнозе, который ставят этому больному, это заболевание обозначается как сопутствующее (внеструктурный блок) и помещают за патогенетической симптоматикой. Приведем следующий пример. *Диагноз: ананкастное расстройство личности с синдромом тревожного ожидания сексуальной неудачи, анэрекционный симптом. Хронический простатит.*

Возможность установления патогенетического диагноза дает разработанный Г.С. Васильченко [2] метод структурного анализа сексуальных расстройств, рабочим инструментом которого является их патогенетическая классификация [2, 3]. Она предусматривает выделение у мужчин синдромов поражения нейрогуморальной, психической, эрекционной и эякуляторной составляющих копулятивного цикла. У женщин выделяют синдромы поражения нейрогуморальной, психической и генитосегментарной составляющих [1, 16].

Так как на сексуальную сферу могут неблагоприятно влиять различные психогенные факторы, то следует анализировать взаимоотношения между партнерами на различных уровнях взаимодействия (не только на биологическом), что, в частности, предусматривает системно-структурный анализ сексуальной гармонии [8]. С учетом многомерности обеспечения сексуальной гармонии выделяются четыре ее компонента: социальный, психологический, социально-психологический и биологический [9].

Как свидетельствует наш клинический опыт, следует также оценивать взаимоотношения между одним из супругов и родителями другого. В качестве примера приведем следующее клиническое наблюдение. Молодожены жили с родителями мужа женщины, у которой сложились плохие отношения со свекровью. Супруг в их спорах либо не становился ни на одну из сторон, либо принимал сторону матери. Результатом стала обида жены на него, что, в частности, выразилось в выраженном ослаблении у нее полового влечения по отношению к мужу. Психотравмирующее влияние с возможностью развития сексуального расстройства у человека могут оказывать его родители. При этом речь идет не только о репрессивном половом воспитании. Так, в одном нашем клиническом наблюдении расстройство эрекции явилось конверсионной симптоматикой, обусловленной тем, что мать пациента, рано оставшаяся без мужа, ревновала своего сына к любой девуш-

ке, с которой он встречался, и негативно на нее реагировала. Она также полностью контролировала его поведение и не разрешала ему отдельно жить в их квартире с женщинами, требовала, чтобы он жил с ней и с его партнершами в их доме. На любую попытку сына выйти из под ее контроля давала выраженные эмоциональные реакции. Оказалось, что, наряду с расстройством эрекции по конверсионному типу, у него ранее на почве таких взаимоотношений развился выраженный конверсионный парапарез нижних конечностей, в связи с чем он проходил стационарное лечение. Кстати, этот эпизод из его биографии явился ключевым для осмысления механизма существующей сексуальной дисфункции.

Предметом анализа могут стать и взаимоотношения на работе, а также неблагоприятные бытовые условия, которые могут пагубно влиять на половую функцию (например, проведение полового акта в комнате, где спит маленький ребенок и теща при проживании в однокомнатной квартире; такой секс мы называем «партизанским сексом» или «сексом под одеялом»).

Следует отметить, что Уильямом Мастерсом и Вирджинией Джонсон [10, 18] в свое время была разработана система секс-терапии сексуальных расстройств, которая заключается в использовании для их лечения различных сексуальных техник, предполагающих обязательное участие в терапевтических тренингах сексуального партнера. Обязательный парный подход был заимствован у этих авторов некоторыми отечественными сексологами, которые в ряде случаев отказывались от назначения лечения пациенту, который обращался за помощью без сексуального партнера. В связи с этим следует отметить, что сексуальная терапия предполагает безмедикаментозное лечение. Лекарственную терапию назначают редко и лишь как вспомогательное средство. Затем, однако, в системе секс-терапии также начали использовать терапевтическую мастурбацию, которая могла и не предполагать присутствие партнера. Совершенно естественно, что если речь идет о лечении в другой системе, то оно может проводиться без парных сексуальных тренингов. Использование медикаментов, тем более современных, а также различных психотерапевтических методов (например, гипноуггестивной терапии и нейролингвистического программирования) может обеспечить достижение хороших терапевтических результатов. Безусловно, привлечение партнера к обследованию повышает диагностические возможности врача, так как дает возможность посмотреть на существующую проблему с двух сторон (глазами обоих партнеров). Однако следует помнить о том, что любую здравую идею можно довести до логического абсурда. Такое может случиться со специалистом, который не работает в системе Мастера и Джонсона, однако требует неукоснительного соблюдения принципа парности при проведении исследования.

Подход при обследовании пациентов с сексуальной проблематикой должен быть не трафаретным, а дифференцированным, учитывающим конкретные обстоятельства. При обследовании мужчины ему был установлен диагноз невроза ожидания неудачи. При этом оказалось, что жена весьма негативно реагирует на сексуальные нарушения мужа (упреки, скандалы, оскорбления), что приводит к еще большей его фиксации на выполнении полового акта и, естественно, утяжелению сексуального расстройства. В этом случае необходимость приглашения супруги для беседы является безусловной, так как соответствующая терапия без изменения ее поведения может, скорее всего, оказаться неэффективной. Попытки пригласить партнершу для беседы могут наткнуться на ее нежелание беседовать со специалистом. Это может быть связано как с непониманием ее роли в поддержании сексуального расстройства у мужа, так и с нежеланием в дальнейшем поддерживать с ним отношения. В первом случае она обычно заявляет супругу: «ты сам больной, иди и лечись, а я тут не причем». В этих случаях мы даем пациенту



следующую рекомендацию: «Скажите жене/партнерше, что врач хочет встретиться с тобой, чтобы обсудить состояние моего здоровья». Если женщина заинтересована в продолжении сексуальных отношений с данным мужчиной, то это обычно хорошо срабатывает.

Приведем другой пример. За консультацией обращается пациент, у которого при попытке сексуального контакта с каждой новой партнершей имеет место боязнь, что ему не удастся осуществить половой акт. Обычно первые два половых акта ему полноценно провести не удается из-за нарушения эрекции, но затем функция нормализуется. Как бы выглядело обследование этого пациента при установке на обязательное привлечение к нему партнерши, с которой он недавно познакомился, и с которой у него нет установившихся связей? К тому же неизвестно, как она отнесется к сообщению пациента перед совершением полового акта о том, что у него всякий раз при попытке контакта с новой женщиной имеет место фиаско. В этих случаях для успешного проведения первого полового акта целесообразно назначить пациенту силденафил цитрат или варденафил или тадалафил, что может быть дополнено приемом транквилизаторов за 1,5–2 ч перед половым актом. Таким образом мы не только улучшим приток крови к половому члену, но также ослабим тревожное опасение / страх сексуальной неудачи. При соблюдении этих условий первый половой акт будет протекать нормально, что обеспечит полноценное протекание последующих коитусов, даже без применения лекарственных средств. Мы неоднократно встречались со случаями, когда жены пациентов трактовали их нарушения как следствие утраты чувств по отношению к ним, потерю их привлекательности для мужей или как результат появления у супруга любовницы. Некоторые мужчины в этих случаях не хотели сообщать своим женам истину, так как, по их мнению, это унизило бы их мужское достоинство в глазах жены. Поведение жен в этих случаях во время интимной близости и вне ее не было психотравмирующим для мужчины, и назначенное лечение приводило к полной нормализации половой функции. Следовательно, настаивать в данных обстоятельствах на обязательном посещении врача супругой не следует.

Сексуальные проблемы могут беспокоить и пациентов, у которых нет партнерш. В этих случаях вряд ли целесообразно на этом основании отказывать им в обследовании и лечении, предложив обратиться к врачу только вместе с партнершей, когда она у него появится. Нецелесообразность такого требования в этих случаях нашла свое отражение в специальной литературе [15].

По нашему мнению, парный поход состоит в учете интереса каждой конкретной пары и каждого из ее членов и осуществляется как с привлечением второго партнера, так и без его привлечения. Требование обязательного привлечения во всех случаях второго партнера является неправомочным,

**Діагноз розладів потенції та деякі нюанси обстеження пацієнтів із сексуальними дисфункціями (лекція)  
Г.С. Кочарян**

Наведено та охарактеризовано етапи встановлення діагнозу розладів потенції (симптоматичний, синдромологічний, нозологічний, патогенетичний), рекомендації щодо його формулювання, які спираються на системно-структурний підхід, деякі нюанси обстеження хворих із сексуальними дисфункціями.

**Ключові слова:** сексуальні дисфункції, діагноз, нюанси обстеження.

шаблонним, подчас дискриминативным, дискредитирует парный подход и в ряде случаев ведет к нарушению прав человека на получение медицинской помощи.

При проведении объективного обследования следует иметь в виду следующее. Неправильно фиксировать внимание пациента на выявленных симптомах в том случае, если они не имеют никакой патогенетической связи с выявленной сексуальной дисфункцией. Так, если сексуальная дисфункция обусловлена только СТОСН, а у пациента выявлено уплотнение и деформация предстательной железы, то фиксировать его внимание на выявленных феноменах не следует, так как это может оказать на него неблагоприятное ятрогенное воздействие. По этой же причине не следует фиксировать внимание пациента на симптомах пирамидной недостаточности (симптомы Бабинского, Россолимо и др.), если сексуальное расстройство обусловлено ХП.

Диагностическое обследование должно способствовать усилению веры пациентов в возможность положительных терапевтических результатов. Мы рекомендуем завершать исследование следующей фразой: «Теперь Вам незачем беспокоиться о состоянии вашей сексуальной функции, отныне это наша задача и наша ответственность». Это способствует снижению эмоциональной напряженности и уменьшает фиксацию пациента на сексуальной сфере, что само по себе может вести к улучшению не только психического состояния, но и сексуальной функции.

В связи с обсуждаемой проблемой, хотелось бы обсудить вопросы, связанные с названием публикаций, в которых находит отражение диагноз того или иного расстройства. Так, часто можно встретиться с такими названиями работ: «Лечение язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки», «Лечение гипертонической болезни», «Лечение шизофрении». На первый взгляд звучит безукоризненно. Однако ни у кого не вызывает сомнения, что речь идет о больных людях, а не о больных болезнях. Болезнь не болеет. Лечить нужно не болезнь, а больного. Поэтому приведенные выше названия работ должны выглядеть следующим образом: «Лечение больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки», «Лечение больных гипертонической болезнью», «Лечение больных шизофренией». Вместе с тем следует отметить, что в ряде случаев для лаконичности мы сами используем аналогичные варианты названия статей с диагностическими указаниями, хотя все чаще пытаемся не делать этого. Речь идет об укоренившемся шаблоне, своеобразном, возможно допустимом медицинском жаргоне.

В заключение следует отметить, что у больных может быть только одно расстройство потенции, какой бы сложной не была его патогенетическая структура. Целью диагностического процесса является ее установление, что является обязательным условием для проведения эффективной терапии.

**Diagnosis of potency disorders and some nuances of patients' examination with sexual dysfunctions (lecture)  
G.S. Kocharyan**

Stages of the diagnostic process for potency disorders (symptomatic, syndromological, nosological, pathogenetic), recommendations for the formulation of diagnosis (based on systemic and structural approach), some nuances of examination in patients with sexual disorders are presented and characterized.

**Keywords:** sexual dysfunctions, diagnosis, examination's nuances.

**Сведения об авторе**

**Кочарян Гарник Суменович** – Харьковская медицинская академия последипломного образования, 61176, г. Харьков, ул. Корчагинцев, 58; тел.: (095) 259-65-23. E-mail: kochargs@rambler.ru

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Ботнева И.Л. Особенности структурного анализа сексуальных расстройств у женщин / И.Л. Ботнева // Общая сексopatология: Руководство для врачей / Под ред. Г.С. Васильченко. – М.: Медицина, 1977. – С. 396.
2. Васильченко Г.С. Метод структурного анализа сексуальных расстройств / Г.С. Васильченко // Общая сексopatология: Руководство для врачей / Под ред. Г.С. Васильченко. – М.: Медицина, 1977. – С. 392–416.
3. Васильченко Г.С. О частотных характеристиках стержневых сексopatологических синдромов у мужчин / Г.С. Васильченко // Актуальные вопросы сексopatологии: Тез. докл. 1-й Всесоюз. конф. сексopatологов. – М., 1986. – С. 9–11.
4. Кочарян Г.С. Гипосексуальный паттерн поведения и некоторые нюансы диагностики / Г.С. Кочарян // Здоровье мужчины. – 2010. – № 2 (33). – С. 114–116.
5. Кочарян Г.С. К вопросу о симптомообразовании при сексуальных расстройствах и диагностической значимости отдельных симптомов / Г.С. Кочарян // Современные проблемы сексopatологии. – Киев; Ворошиловград, 1986. – С. 42–43.
6. Кочарян Г.С. Синдром тревожного ожидания сексуальной неудачи у мужчин (формирование, патогенетические механизмы, клинические проявления, психотерапия): Автореф. дис. ... д-ра мед. наук: спец. 14.00.18 «Психиатрия». – М., 1992. – 46 с.
7. Кочарян Г.С. Синдром тревожного ожидания сексуальной неудачи у мужчин и его лечение / Г.С. Кочарян. – Х.: Основа, 1995. – 279 с.
8. Кришталь В.В. Психодиагностика и психотерапевтическая коррекция сексуальной дисгармонии супружеской пары: Учебное пособие / В.В. Кришталь, Н.К. Агишева. – М.: ЦОЛИУВ, 1985. – 138 с.
9. Кришталь В.В. Системно-структурный анализ сексуального здоровья / В.В. Кришталь // Актуальные аспекты диагностики, организации лечебного процесса и реабилитации больных с сексуальными расстройствами: Тез. докл. 4-й обл. науч.-практ. конф. сексopatологов. Харьков, 1990. – С. 4–8.
10. Мастерс У. Основы сексологии / Пер. с англ. / У. Мастерс, В. Джонсон, Р. Колодни. – М.: Мир, 1998. – 692 с.
11. Осипов И.Н. Основные вопросы теории диагноза. 2-е доп. и перераб. / И.Н. Осипов, П.В. Копнин. – Томск: Изд-во Том. ун-та, 1962. – 190 с.
12. Симптом (Электронный ресурс) URL: <http://ru.wikipedia.org/wiki/%D1%E8%ED%E4%F0%E5%EC> (дата обращения: 09.06.2014).
13. Синдром (Электронный ресурс) URL: [http://dic.academic.ru/dic.nsf/enc\\_medicine/28878/Синдром](http://dic.academic.ru/dic.nsf/enc_medicine/28878/Синдром) (дата обращения: 09.06.2014).
14. Синдром (Электронный ресурс) URL: <http://ru.wikipedia.org/wiki/%D1%E8%ED%E4%F0%E5%EC> (дата обращения: 09.06.2014).
15. Смолин Г.С. Причины, механизмы формирования та психотерапевтична корекція еректильної дисфункції у молодих чоловіків без партнерки (медико-психологічні аспекти): автореферат дисертації на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук: спец. 19.00.04 «Медична психологія». – Х., 2005. – 18 с.
16. Частная сексopatология. В 2-х томах. Т. 2. / Под ред. Г.С. Васильченко. – М.: Медицина, 1983. – 352 с.
17. Эмерджентность (Электронный ресурс) URL: <http://ru.wikipedia.org/wiki/%DD%EC%E5%F0%E4%E6%E5%ED%F2%ED%E5%F1%F2%FC> (дата обращения: 19.06.2014).
18. Masters W.H., Johnson V.E. Human sexual inadequacy. – Boston: Little, Brown and Co., 1970. – 467 p.

Статья поступила в редакцию 26.08.2014

НОВОСТИ МЕДИЦИНЫ

КАК СНИЗИТЬ ХОЛЕСТЕРИН И ЗАЩИТИТЬСЯ ОТ РАКА ПРОСТАТЫ?

Рак простаты является одним из главных "убийц" современных мужчин, в некоторых странах уступая по количеству унесенных жизней представителей сильного пола только раку легкого.

Агрессивные формы рака предстательной железы опасны тем, что клетки первичной опухоли быстро образуют многочисленные вторичные опухоли метастазы в костях таза и позвоночнике.

Вместе с тем в последние лет 6-7 стали появляться сообщения ученых о том, что среди больных раком предстательной железы, которые до появления опухоли на протяжении нескольких лет принимали статины для снижения уровня липопротеинов низкой плотности, значительно реже наблюдается метастазирование рака.

Другими словами, общий риск заболеваемости раком простаты статины не снижали, однако уменьшали риск раннего метастазирования опухоли.

Впрочем, далеко не все ученые признают наличие у статинов таких свойств.

Между тем исследователи из университета английского города Манчестер (University of Manchester) сообщают, что им не только удалось подтвердить существование такого явления, но и идентифицировать процессы, благодаря которым статины препятствуют образованию вторичных опухолей при раке простаты.

Авторы обнаружили, что циркулирующие в крови клетки рака резко активизируются полиненасыщенными кислотами омега-6,

концентрация которых очень высока в костном мозге.

Получив стимул от омега-6, раковые клетки начинают менять форму и свойства, благодаря чему в буквальном смысле слова активно "протискиваются" сквозь ткани, чтобы прикрепиться к клеткам костного мозга и начать интенсивно делиться.

Однако когда ученые добавляли статины к культуре клеток рака простаты, предварительно простимулированных жирами омега-6, опухолевые клетки сразу снижали свою активность и теряли способность поражать костный мозг.

Авторы открытия полагают, что оно поможет в создании новых эффективных методов лечения распространенного рака простаты.

Источник: [www.health-ua.org](http://www.health-ua.org)