

Расстройство в форме постоянного генитального возбуждения, синдром раздраженных половых органов: распространенность, диагностические критерии, клинические проявления (часть I)

Г.С. Кочарян

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Приведены данные о частоте расстройства в форме постоянного генитального возбуждения, диагностические критерии данного расстройства и синдрома раздраженных половых органов, описаны клинические проявления этих патологических состояний.

Ключевые слова: расстройство в форме постоянного генитального возбуждения, синдром раздраженных половых органов, частота, диагностические критерии, клинические проявления.

Синдром постоянного сексуального возбуждения (Persistent Sexual Arousal Syndrome [PSAS]), который затем назвали расстройством в форме постоянного генитального возбуждения (Persistent Genital Arousal Disorder [PGAD]), был впервые описан в медицинской литературе в 2001 г. S.R. Leiblum и S.G. Nathan [22, 26]. Вместе с тем отмечается, что подобная клиническая картина у женщины была описана в Великобритании за несколько лет до этого A. Riley [35], и вполне возможно, что Soranus of Ephesus (Соран Эфесский) ссылался на это состояние в «Midwifery and diseases of women» («Акушерство и болезни женщин») во II веке нашей эры [20]. Когда впервые, кем и где была описана симптоматика, характерная для этого расстройства, по-видимому, сказать сложно, так как, на самом деле, она была описана разными авторами в различных странах под диагнозом гиперсексуальности (повышенного полового влечения). По нашему мнению, в переводе на русский язык для обозначения данной патологии целесообразно использовать предлагаемый нами вышеприведенный термин «расстройство в форме постоянного генитального возбуждения», а не встречающийся в русскоязычной литературе термин «стойкое расстройство полового/генитального возбуждения», так как последний, представляющий собой кальку с английского языка, не дает возможность понять, идет ли речь о повышении этого возбуждения, его снижении или даже отсутствии.

История возникновения названий этой патологии и их смены такова. После 2001 г., когда S.R. Leiblum и S.G. Nathan [22, 26] описали ее под названием PSAS у 5 женщин, в 2004 г. этот синдром был признан как клиническая сущность International Definitions Committee (Международным комитетом по дефинициям) [15]. Впоследствии данное расстройство было переименовано S.R. Leiblum в PGAD. PGAD не признавалось в качестве расстройства DSM-IV-TR (последняя американская классификация психических расстройств) и не признается как таковое МКБ-10. На веб-сайте International Society for Sexual Medicine (Международного общества сексуальной медицины) сообщается [19], что рабочая группа по сексуальным расстройствам и расстройствам гендерной идентичности (The DSM Work Group on Sexual and Gender Identity Disorders) американской классификации психических расстройств (DSM) не предложила включение

PGAD в последнюю американскую классификацию психических расстройств, что отражено в Пятом издании диагностического и статистического руководства по психическим расстройствам (Fifth Edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders [DSM-5]), которое было издано 18 мая 2013 г. [18]. Тем не менее, на сегодняшний день диагноз «PGAD» получил достаточно широкое распространение.

Доктор Дэвид Голдмейер (D. Goldmeier) в своем интервью отмечает, что PSAS, вероятно, не является новым заболеванием, но раньше он был «нераспознанным». Он также отмечает: «Я подозреваю, что он намного менее распространен, чем, например, слабое сексуальное желание у женщин, которое является более частой жалобой» [по 8]. Несмотря на то что эта мысль высказывается в виде предположения, не вызывает никакого сомнения, что она полностью соответствует действительности. В публикации нидерландских ученых в 2008 г. отмечается, что до сих пор описано только 22 случая этого расстройства [33]. Тали Розенбаум, которая принимает своих пациентов в частной клинике Тель-Авива, сообщает, что в связи с данным расстройством к ней обращается до 5 человек в год [1]. Тем не менее, недавнее исследование его распространенности дает возможность предположить, что оно имеет место у 1% молодых женщин (L. Garvey, личное общение) [по 20].

В некоторых источниках его называют «тихой эпидемией» из-за того, что действительное количество страдающих от этого тяжелого нарушения неизвестно, так как больные стыдятся его и стараются как можно дольше его скрывать [1]. В одной публикации сообщается, что в мире известно всего несколько десятков случаев этого расстройства, но эксперты в области сексологии справедливо предполагают, что на самом деле их гораздо больше, так как большинство больных с данной патологией просто не рассказывают о своих проблемах [6].

Высказывается мнение, согласно которому частота этого расстройства предположительно гораздо выше. Так, в англоязычной версии Википедии сообщается, что распространенность PGAD неизвестна, но, по крайней мере, во всем мире существует 7000 случаев этого расстройства [32].

В одной публикации отмечается, что хотя точную цифру больных с этой патологией назвать невозможно, это состояние может иметь место у значительно большего числа женщин, чем считалось ранее, о чем свидетельствует тот факт, что сотни женщин по всему миру, страдающие PSAS, заполнили сложные всеобъемлющие анкеты, размещенные на различных медицинских веб-сайтах [11]. PGAD диагностируют как у женщин, так и у мужчин, но у женщин оно встречается намного чаще. Его описывали и у детей.

D. Goldmeier и соавторы [20] приводят следующие диагностические критерии PGAD:

1. Симптомы, характерные для сексуального возбуждения (генитальное набухание и чувствительность с набуханием

ем сосков или без него), которые сохраняются в течение длительного времени (часы или дни) и самостоятельно полностью не утихают.

2. Симптомы физиологического возбуждения, которые не проходят при обычном оргазме и могут потребоваться множественные оргазмы на протяжении часов или дней для уменьшения этого возбуждения.

3. Симптомы возбуждения, как правило, не воспринимаются как связанные с каким-либо субъективным ощущением сексуального возбуждения или желания.

4. Стойкое генитальное возбуждение может быть вызвано не только посредством сексуальной активности, но, видимо, также несексуальными раздражителями или вообще без видимых стимулов.

5. Симптомы воспринимаются как неуместные, навязчивые и нежелательные.

6. Эти симптомы вызывают у женщины, по крайней мере, умеренную степень дистресса.

Отмечается, что, находясь в состоянии предоргазма, женщины с данной патологией не имеют при этом ни малейшего желания сексуальных отношений. Это состояние не только не приносит им удовольствия, но, более того, похоже на боль в половых органах, которая сопровождается неприятными переживаниями. Эти женщины постоянно возбуждены даже при отсутствии какого-либо сексуального стимула и сексуального влечения. Это состояние не всегда завершается оргазмом, но даже при его возникновении облегчения у больных не возникает. Оргазм может случиться у этих женщин в любое время, в любом месте и при любых обстоятельствах (в магазине, на работе, в кафе и т. п.). Таким образом их жизнь превращается в трагедию [6].

Вместе с тем сообщается, что оргазм способен иногда обеспечить временное облегчение, но симптомы могут вернуться в течение нескольких часов. Возобновление симптомов, за исключением тех случаев, когда речь идет о воздействии известных триггеров, внезапно и непредсказуемо. Если не принимаются меры по их облегчению или они неудачны, это может приводить к волнам спонтанных оргазмов у женщин и эякуляции у мужчин [32].

Согласно данным интернет-опроса, женщины, у которых имел место полный набор жалоб, характерных для PGAD, сообщили о следующих генитальных симптомах: покалывании в области клитора (86%), вагинальной конгестии (80%), вагинальной влажности (77%), сокращении влагалища (71%) и покалывании в области влагалища (71%). О боли в клиторе сообщили 20% женщин [28].

Результаты исследования свидетельствуют, что женщины, которые отвечали всем критериям PGAD, чаще, чем женщины, у которых фиксировали лишь некоторые его критерии, сообщили о депрессии, тревоге, приступах паники и некоторых обсессивно-компульсивных симптомах [29].

Эти женщины не только часто страдают от депрессии, тревоги, приступов беспокойства и паники, но и испытывают чувство вины, растерянности и неудовлетворенности [11]. S. Leiblum и соавторы [29] провели интернет-опрос женщин. Из 156 женщин, участвовавших в нем, у 76 были выявлены все признаки PGAD (PGAD-группа), а у 48 – только некоторые из этих признаков (не-PGAD-группа). Сопоставление этих групп показало, что женщины в PGAD-группе по сравнению с женщинами, вошедшими в не-PGAD-группу, были значительно более подвержены депрессии (55% против 38%) и паническим атакам (31,6% против 14,6%). Также у женщин PGAD-группы чаще отмечалась тревога и некоторые обсессивно-компульсивные симптомы, такие, как контроль испытываемых ими физических ощущений. Помимо этого, они гораздо чаще свидетельствовали о сексуальном домогательстве.

PGAD может осложняться социальными проблемами, так как постоянное возбуждение мешает сосредоточиться на

какой-либо деятельности в повседневной жизни. В некоторых ситуациях, например при вождении транспорта, оно может представлять большую опасность [12]. Езда в автомобиле или поезде, вибрация от мобильных телефонов и даже поход в туалет могут только усугубить проявления данной патологии. Некоторые больные отмечают, что они избегают сексуальных отношений, которые для них являются болезненным опытом. Это состояние может длиться в течение многих лет и быть настолько сильным, что способно привести не только к депрессии, но и к самоубийству [32].

D. Goldmeier и соавторы [20] отмечают, что по данным интернет-опросов [27–29] триггерами, которые ведут к возникновению PGAD, являются сексуальная стимуляция (53%), мастурбация (36%), стресс (46%) и тревога (34%). Факторами экацербации были: давление на половые органы (67%), «что-то сексуальное, что вы видите» (59%), вибрация при езде на автомобиле или мотоцикле (57%), стимуляция партнера (55%) и половой акт (46%). Наиболее часто сообщалось о таком факторе экацербации, как путешествие в автомобиле или на поезде [21, 25, 36, 43, 44].

Большинство женщин испытывали симптомы PGAD в начале менопаузы [39], а некоторые сообщили о них во время беременности или в предменструальный период [38].

J. Carvalho и соавторы [16] обследовали 43 женщины с PGAD и 42 женщины контрольной группы. Это исследование (интернет-опрос) носило кросс-культурный характер и включало респондентов со всего мира, которым было более 18 лет. Были использованы следующие опросники: Sexual Dysfunctional Beliefs Questionnaire, Sexual Modes Questionnaire, Positive and Negative Affect Schedule, Brief Symptom Inventory. Кроме того, участники ответили на перечень контрольных вопросов, оценивающих наличие и частоту симптомов PGAD. После учета социально-демографических характеристик и психической патологии, выявленные результаты свидетельствуют, что у женщин с PGAD имеют место значительно более дисфункциональные сексуальные убеждения (например, сексуальный консерватизм и восприятие сексуального желания как греха), а также более негативные мысли (например, мысли о сексуальном насилии и недостатке любви партнера) и дисфункциональные аффективные состояния во время сексуальной активности по сравнению с лицами контрольной группы. Это является обоснованием для применения когнитивно-поведенческой терапии, направленной на коррекцию неадекватных сексуальных убеждений и мыслей, а также негативных аффективных состояний, обусловленных дисфункциональным когнитивным стилем по отношению к сексуальности.

Известно, что есть женщины, которые постоянно испытывают половое возбуждение, однако считают, что это вполне нормально, а вовсе не мучительно. Поэтому возник интерес сравнить женщин, которые соответствовали всем диагностическим критериям PGAD (PGAD-группа), и тех, у которых отмечались лишь некоторые из этих признаков (не-PGAD-группа). Был проведен анонимный он-лайн опрос 388 женщин, из которых 206 составили PGAD-группу, а 176 – не-PGAD-группу. Эти группы были схожи по возрасту и семейному положению. Результаты проведенного исследования свидетельствуют, что уровень дистресса был значительно выше в PGAD-группе, чем в не-PGAD-группе (7,9 против 4,7 по шкале из 10 пунктов). Сорок восемь процентов женщин из PGAD-группы по сравнению с 27% женщин из не-PGAD-группы сообщили о постоянном возбуждении. Значительно больше женщин из PGAD-группы по сравнению с женщинами из не-PGAD-группы негативно относились к половому возбуждению. Женщины из PGAD-группы сообщали о более низком желании, меньшем сексуальном удовлетворении, более сильной боли. У них отмечалось снижение общих баллов по Индексу сексуальной функции женщин (the Female Sexual Function Index [FSFI]) [28].

Самыми значимыми предикторами (предвестниками) дистресса, который отмечается при характеризуемой патологии, были навязчивое и нежелательное чувство генитального возбуждения ($P < 0,0001$), непрерывно существующие симптомы ($P < 0,001$), чувство несчастья ($P < 0,03$), стыд ($P = 0,0001$), беспокойство ($P = 0,01$), снижение сексуального удовлетворения ($P < 0,004$), наличие симптомов в течение какого-то времени ($P = 0,01$), а также семейное положение ($P < 0,004$) [27].

Существует и другое исследование, направленное на оценку психологических предикторов дистресса, связанного с симптомами постоянного генитального возбуждения, а также психологических модераторов, влияющих на условия, при которых постоянное генитальное возбуждение вызывает стресс. Всего обследовано 117 женщин с данными симптомами (он-лайн опрос с использованием опросников), у которых определялись их личностные черты, сексуальные убеждения и диадическая (двухкомпонентная) установка. Также женщины давали ответы на вопросы о частоте/тяжести симптомов постоянного генитального возбуждения и о тяжести дистресса/ухудшения, обусловленного этими симптомами. Результаты данного исследования свидетельствуют, что нейротизм, низкая открытость, сексуальный консерватизм и диадическая установка были значительными предикторами дистресса, связанного с генитальными симптомами. Кроме того, был выявлен сексуальный консерватизм, который, кажется, является ключевым отличительным фактором, влияющим на психологические состояния, при которых женщины могут сообщать о более высоких уровнях дистресса, вызванного стойким генитальным возбуждением. Авторы этого исследования отмечают следующее. В связи с тем, что данные выводы относятся к дистрессу, обусловленному симптомами генитального возбуждения, а не к PGAD как клинической сущности, рассматриваемые результаты могут характеризовать или не характеризовать формально женщин, относимых к диагностической категории PGAD [17].

Отмечается, что PGAD может присутствовать на протяжении всей жизни человека (первичное PGAD) или развиться в любом возрасте (вторичное PGAD) [24].

Подчеркивается, что хотя термином, используемый многими врачами, является PSAS, однако страдающие этим расстройством утверждают, что их возбуждение далеко от сексуального и может быть очень болезненным, раздражающим и неутолимым. Таким образом, при описании данного расстройства они отвергают его сексуальную природу [34]. В связи с этим необходимо лишним раз отметить, что при распознавании PSAS/PGAD, в частности, следует четко ориентироваться на следующие приведенные выше его критерии: **симптомы возбуждения, как правило, воспринимаются как не связанные с каким-либо субъективным ощущением сексуального возбуждения или желания; симптомы воспринимаются как неуместные, навязчивые и нежелательные.**

Когда PSAS/PGAD сочетается с синдромом беспокойных ног (Restless Legs Syndrome [RLS]) и/или с синдромом гиперактивного мочевого пузыря (Overactive Bladder Syndrome [OABS]), и/или гиперчувствительностью мочеиспускательного канала (hypersensitivity of the urethra), его называют синдромом раздраженных половых органов (Restless Genital Syndrome [ReGS]) [37–41]. По мнению M.D. Waldinger, ReGS является генитальной формой RLS. Как известно, RLS – состояние, характеризующееся неприятными ощущениями в нижних конечностях, которые появляются в покое (чаще в вечернее и ночное время), вынуждают больного совершать облегчающие их движения и часто приводят к нарушению сна [3, 9, 10, 14, 23].

Основываясь на клинических наблюдениях, M.D. Waldinger постулировал мнение, что странные (причудливые) генитальные ощущения подобны ощущениям, от-

носящимся к RLS. «Для того чтобы подчеркнуть эту эквивалентность, мы решили переименовать PSAS в Restless Genital Syndrome (ReGS)» – объясняет Waldinger. Он также добавляет: «Результаты нашего исследования противоречат идее, что жалобы имеют психологическую причину», и «дальнейшие исследования могут способствовать адекватному лечению этого тяжелого, недавно ставшего известным синдрома, который может быть более распространен, чем известно в настоящее время» [33].

Диагноз ReGS устанавливают на основании наличия следующих 7 критериев [37]:

- 1) нежелательные и неприятные беспокоящие генитальные ощущения при отсутствии сексуального желания или сексуальных фантазий;
- 2) нежелательные неприятные спонтанные оргазмы при отсутствии сексуального желания или сексуальных фантазий;
- 3) жалобы, характерные для синдрома беспокойных ног;
- 4) жалобы, характерные для синдрома гиперактивного мочевого пузыря;
- 5) усиление нежелательных неприятных беспокоящих генитальных ощущений в положении сидя;
- 6) постоянная механическая гиперестезия генитальной области при сенсорном тестировании (пальпации);
- 7) появление нежелательных и неприятных генитальных ощущений при мануальном обследовании нижней ветви лобковой кости.

Сообщается, что существенным проявлением этого синдрома является ощущение приближения нежелательного непроизвольного оргазма у женщин, что его симптомы вызывают страдания, существуют длительное время и не проходят после одного или более оргазмов [7].

Для того чтобы установить диагноз ReGS, вовсе не обязательно наличие всех приведенных выше критериев. Например, при отсутствии жалоб, характерных для синдрома беспокойных ног, могут иметь место проявления гиперактивного мочевого пузыря, или наоборот.

Во многих публикациях сообщается о наличии при ReGS нежелательных и неприятных ощущений в половых органах [42], что и стало одним из его диагностических критериев. Большинство женщин испытывают трудности при описании генитальных ощущений, которые могут быть диагностированы как дизестезии и парестезии. (Дизестезия – извращение чувствительности. Например, холод воспринимается, как тепло, и т. п. – *примечание автора.*) Их интенсивность была наиболее тяжелой в положении сидя. Большинство женщин сообщают о предшествующих или существующих при рассматриваемой патологии проявлениях RLS и гиперактивного мочевого пузыря [38].

В одной публикации отмечается, что при данной патологии симптомы беспокойных ног появляются задолго до генитальных жалоб, а половые акты и мастурбация, как правило, не приносят облегчения этим больным. Более того, сообщается, что сексуальный контакт не только не приводит к уменьшению выраженности симптомов, но даже усиливает ее. Также подчеркивается, что женщины с ReGS постоянно находятся на грани оргазма [33].

Приведем несколько клинических примеров, являющихся яркой демонстрацией PGAD.

Дейл Декер (Dale Decker), 37-летний американец из Ту Риверс, штат Висконсин (Two Rivers, Wisconsin), в сентябре 2012 г. упал со стула, в результате чего произошло смещение межпозвоночного диска, что привело к развитию постоянного генитального возбуждения [4, 30]. После травмы он отправился в больницу и по дороге испытал сразу пять оргазмов. С тех пор постоянно страдает от неконтролируемых многократных оргазмов и просто боится выходить из дома, опасаясь испытать оргазм прямо на публике. Дейл испытывает до 100 ор-

газов в день. Он рисует отчаянную картину и говорит, что эти эпизоды изолировали его от семьи и общества из-за страха, что один из этих оргазмов произойдет на публике. О характеризуемой патологии никогда не слышал до 2012 г. Один из наиболее неприятных и болезненных моментов он пережил, когда умер его отец. Дейл говорит: «Представьте себе, что вы стоите на коленях перед гробом на похоронах вашего отца, чтобы проститься с ним, и вдруг прямо там у вас случается девять оргазмов. В это время вся ваша семья стоит позади вас. Такая картина заставляет вас пожелать того, чтобы до конца дней у вас больше не было оргазма. В этом нет ничего приятного, потому что даже при том, что вы можете чувствовать себя хорошо физически, вы испытываете полное отвращение к тому, что происходит». Он добавляет: «Если вы в общественном месте, если перед вами стоят дети, то это просто омерзительно. Это может вас реально быстро сломать... Это случилось со мной в продуктовом магазине, а когда все было закончено, прямо на меня тарашилось 150 человек. Как выходить из дома, когда может случиться нечто подобное?»

Дейл женат, у него двое сыновей. В то время как он страдает от 100 оргазмов в день, это никак не связано с его женой Эйприл (April), 33 лет, которая пытается его поддерживать. Однако она признается, что ей очень тяжело. Она говорит: «Сейчас, когда он не может работать и кормить семью, мы действительно боремся изо всех сил, и я чувствую себя так, словно все легло на мои плечи. Это реально огорчает. Мы не делаем того, что должны делать муж и жена, и мы уже спорим о тех вещах, которые и не должны бы нас беспокоить. Из-за того, что временами «вспышки» у Декера случаются по ночам, мы приняли решение спать в разных кроватях». Эйприл продолжает: «Я очень скучаю по старому Дейлу. В нашей жизни по обыкновению было много радости, и я надеюсь, что в один прекрасный момент он вернется ко мне. Может быть, доктора найдут лекарство от этого. Я не знаю... Я просто очень надеюсь, что они сделают это». Однако пока Дейл может рассчитывать только на медитацию, упражнения для мышц тазового дна и обезболивающие препараты. Супруги откровенно признались, что практически перестали заниматься сексом. Теперь Декер также не способен быть прежним и для своих сыновей. Он старается быть хорошим отцом, но не может вместе с ними потренироваться, поиграть в мяч, и они, скорее всего, не понимают почему.

Дена Харрис (Dena Harris), гинеколог из Нью-Йорка, которая больше работала с женщинами, пострадавшими от постоянного генитального возбуждения, говорит: «Это же очевидно, что Дейл мучается, и я уверена, что найдутся такие люди, которые скажут, что все это просто у него в голове. Но это не так. Это серьезное заболевание, и я очень надеюсь, что он получит помощь, в которой так отчаянно нуждается. Пребывать в половом возбуждении – это замечательно, но здесь речь о другом, не о сексуальном возбуждении. Это ужасающие спазмы, и это может быть очень болезненно. Все выглядит так, что Дейл страдает не только эмоционально, но и физически». По ее мнению, если Декер в ближайшем будущем не получит помощь, то это грозит большим риском, так как когда человек страдает от такого состояния, то начинает думать о самоубийстве, потому что чувствует, что у него нет иного выхода, чтобы разрешить ситуацию [4].

Существуют данные о том, что количество испытываемых спонтанных оргазмов может достигать 500 оргазмов в день. Речь идет о 30-летней домработнице, британке Заре Ричардсон из графства Хэмпшир, у которой имеет место PGAD. Этот диагноз впервые был поставлен ей в 2010 г. [2, 13].

Существующее в течение длительного времени PGAD может привести к суициду. Внимания заслуживает следующее сообщение [5]. В американском городе Спринг-Хилл (штат Флорида) совершила самоубийство 39-летняя Гретхен

Моланнен, страдавшая постоянным генитальным возбуждением. Нервное напряжение, в котором женщина находилась по этой причине на протяжении последних 16 лет, заставило ее в итоге свести счеты с жизнью – тело американки было найдено в ее доме. Как именно женщина совершила суицид, неизвестно. Всего две недели назад в свой профиль в Facebook Гретхен выложила пугающий снимок, где изображена женщина в голубой футболке, голова которой плотно закрыта брезентом, а сверху на ткань надет противогаз, ее руки заведены за спину. Гретхен Моланнен страдала от изнурительного генитального возбуждения, снять которое можно было только многочасовой мастурбацией. Облегчение длилось всего несколько минут, потом неуправляемое возбуждение снова стремительно нарастало. Она жаловалась, что получает подряд по 50 неконтролируемых оргазмов. Такая физическая и нервная нагрузка тяжело отражалась на здоровье и психологическом состоянии женщины.

Проблемы с сексуальным возбуждением начались у Моланнен в возрасте 23 лет. Первые десять лет она не понимала, что с ней происходит, не знала, к кому обратиться за помощью, и страдала молча. Гретхен пыталась работать переводчиком, но ей сложно было сосредоточиться на выполняемой работе из-за своего нарушения. После 1999 г. она жила в Спринг-Хилле и постоянной работы не имела. У нее был бойфренд, но за год они занимались с ним сексом всего четыре раза, потому что расплатой за соитие для Гретхен были последующие многочасовые мучения. Около пяти лет назад Моланнен увидела по телевизору женщину, которая рассказала о похожих ощущениях. Только тогда она обратилась к врачам. Ей прописали антидепрессанты, которые лишь частично снижали сексуальное возбуждение. Дважды она предпринимала попытки получить инвалидность, но ей отказывали. Состояние женщины было настолько тяжелым, что в прошлом году она пыталась покончить с собой по крайней мере трижды [5].

Недавно она решила рассказать журналистам свою печальную историю. Американка объяснила им, что хочет рассказать о своем расстройстве, чтобы люди поняли, что это серьезное отклонение от нормы, требующее врачебного вмешательства, а страдающие им женщины имели мужество обратиться за помощью. Гретхен подробно рассказывала о своих страданиях на протяжении 10 ч. На следующий день после появления в Сети статьи она покончила с собой [5].

Следует отметить, что степень выраженности PGAD может быть различной, и потому это расстройство по-разному переживается пациентами. В этом плане интерес представляет следующее наблюдение [31]. Одна британская девушка из Манчестера по имени Аманда Флауэрс, работница в сфере общественного питания, занимаясь у себя дома на Wii Fit, упала на пол и повредила нерв, отвечающий за передачу сексуальных ощущений. С тех пор любой намек на секс, вплоть до вибрации телефона или работы кухонного комбайна, возбуждает ее так, что ей каждый раз приходится тратить немало времени и сил, чтобы успокоиться. Однако 24-летняя Аманда не расстраивается по этому поводу, резонно замечая, что ей еще повезло, поскольку другие люди, падая с Wii Fit, ломают себе руки и ноги, а она получает по десять оргазмов в день. Аманда также выражает надежду, что однажды она встретит такого парня, который смог бы удовлетворять ее внезапно возросшие сексуальные потребности так часто, как это будет нужно.

Приведем также фрагменты 2 историй болезни, приведенных M.D. Waldinger и соавторами [42], где был поставлен диагноз ReGS. Обследование 2 пациентов мужского пола с таким диагнозом выявило следующее. Одному мужчине (пациент А), которому на момент обращения было 74 года, в 73 года была проведена радикальная простатэктомия в связи с карциномой предстательной железы. После операции воздержание стало нормой, проблем с мочеиспусканием не было, эякуляция исчез-

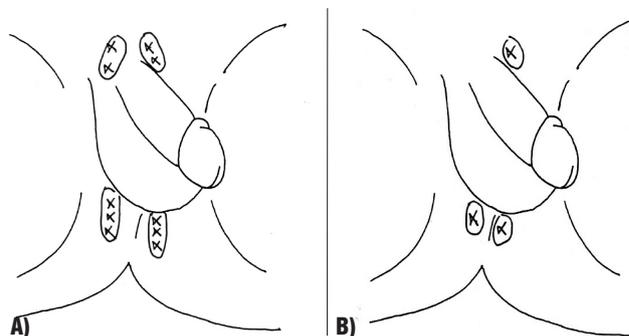
ла, но оргастические ощущения остались. Ранее существовавшие у него проблемы с эрекцией усугубились (речь идет об ее отсутствии). Через семь месяцев после операции пациент начал ощущать все увеличивающееся и неприятное половое побуждение (как если бы он находился на грани получения оргазма) при отсутствии осознанного желания или фантазий о сексе. Такие ощущения воспринимаются как вид беспокойства в области половых органов. Эти ощущения вызывали тревогу и отчаяние, были нежелательными и сделали пациента беспокойным и раздражительным. Хотя пациент и его жена смирились с утратой эрекции и воздерживались от сексуальной активности, после простатэктомии он попытался заниматься мастурбацией, чтобы избавиться от генитальных ощущений. Однако после этих попыток данные нежелательные ощущения возобновлялись в течение 15 мин против его желания. Они усиливались в положении сидя и уменьшались при ходьбе и в положении лежа. С начала возникновения неприятных генитальных ощущений пациент зафиксировал у себя увеличенную безотлагательность к мочеиспусканию, но только в небольшом количестве. Он не сообщал о проявлениях синдрома беспокойных ног. После простатэктомии, как отмечалось ранее, у него имеет место полное отсутствие эрекции и анэякуляция. До простатэктомии частота половых актов составляла 1 раз в неделю, а продолжительность полового акта была приблизительно 10 мин. После возникновения неприятных генитальных ощущений оргазм возникает у него через 20–60 с после начала мастурбации. Причудливые ощущения описывают как покалывание и локализуются выше лобковой кости, а также в половом члене и яичках. Они вызываются при соприкосновении головки полового члена с одеждой (аллодиния), при сидении, а также после дефекации. (Аллодиния – боль вследствие воздействия раздражителей, обычно ее не вызывающих, – *примечание автора*) В анамнезе больного не было выявлено в прошлом принуждения его к сексуальным отношениям, сексуального насилия, расстройства настроения, тревожного расстройства, обсессивно-компульсивного расстройства, травматического сексуального опыта. Он не жаловался на ощущение тяжести, тянущую или ноющую боль в мошонке. Исследование состояния щитовидной железы, гормональные исследования, ЭЭГ и МРТ головного мозга не обнаружили никаких отклонений. УЗИ и МРТ органов малого таза выявили варикоцеле в паховом канале с двух сторон, главным образом слева, и вокруг семенных канатиков. Пальпация генитальной области обнаружила значительное число точек гиперестезии с двух сторон от лобковой кости и выше полового члена в срамном дерматоме (perineal dermatome) (рисунок, пациент А). Пальпация нижней ветви лобковой кости и, в частности, по ходу дорсального нерва полового члена, вызвала ощущение неизбежности эякуляции и раздражение в ранее упомянутых триггерных точках.

Второй больной с данной патологией (пациент В) – 38-летний женатый мужчина, который имеет 2 детей. Кроме стерилизации в возрасте 36 лет, история его болезни ничем не примечательна. Он сообщил о спонтанной эякуляции, которая случилась, когда ему было 34 года. Эти спонтанные эякуляции

**Розлад у формі постійного генітального збудження, синдром подразнених статевих органів: поширеність, діагностичні критерії, клінічні прояви (частина I)
Г.С. Кочарян**

Наведено дані щодо частоти розладу у формі постійного генітального збудження, діагностичні критерії даного розладу та синдрому подразнених статевих органів, описані клінічні прояви цих патологічних станів.

Ключові слова: розлад у формі постійного генітального збудження, синдром подразнених статевих органів, частота, діагностичні критерії, клінічні прояви.



Точки гиперестезии в срамном дерматоме и триггерные точки нежелательных генитальных ощущений вдоль нижней ветви лобковой кости у пациента А и пациента В [42]

происходили, когда он сидел за своим письменным столом на работе, вел машину или занимался спортом при отсутствии сексуального возбуждения или эрекции. С того времени как у него стали происходить эти спонтанные эякуляции, он чувствовал усилившиеся безотлагательные позывы к мочеиспусканию, но только малым количеством мочи. Спонтанные эякуляции происходят от 1 до 3 раз в день и сопровождаются неприятными беспокоящими генитальными ощущениями. Они возникают в положении сидя, при дефекации, мочеиспускании и при охлаждении. Следует отметить, что спонтанные эякуляции не сопровождаются эрекцией и/или оргазмом. После эякуляции чувство неизбежности эякуляции возобновляется через 1–1,5 ч. Пациент не сообщает о боли и чувстве онемения в генитальной области, а также об ощущениях, свойственных синдрому раздраженных ног. При сексуальной активности он не испытывает трудности с эрекцией и сексуальным желанием и эякуляцией. В его истории болезни отсутствуют указания на предшествующие имеющему у него место расстройству сексуальные приставания и сексуальное насилие, расстройство настроения и тревожное расстройство, обсессивно-компульсивное расстройство, травматический сексуальный опыт. Цистоскопия и исследование предстательной железы и спермы патологии не выявили. Также не было обнаружено отклонений при исследовании щитовидной железы и гормональных исследованиях. Эхография яичек, ЭЭГ и МРТ головного мозга и органов малого таза не выявили каких-либо патологических отклонений. Определение чувствительности генитальной области обнаружило несколько точек гиперестезии на левой и правой стороне лобковой кости и слева над половым членом в срамном дерматоме (рисунок, пациент В). Пальпация нижней ветви лобковой кости и, в частности, по ходу дорсального нерва полового члена выявила возникновение ощущения неизбежности семяизвержения [42].

В заключение следует отметить, что, по нашему мнению, приведенные в данной статье сведения будут полезны врачам различных специальностей, так как повысят их диагностические возможности.

**Persistent genital arousal disorder, restless genital syndrome: prevalence, diagnostic criteria, clinical manifestations (part I)
G.S. Kocharyan**

Data on the frequency of persistent genital arousal disorder, diagnostic criteria for this disorder and restless genital syndrome, clinical manifestations of these pathological conditions are presented.

Key words: persistent genital arousal disorder, restless genital syndrome, frequency, diagnostic criteria, clinical manifestations.

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. «Тихая эпидемия» или синдром постоянного сексуального возбуждения. Что говорят ученые? – URL: <http://nmm.me/blogs/prikol200/tihaya-epidemiya-ili-sindrom-postoyannogo-seksualnogo-vozbuzhdeniya-cto-govoryat-uchenyeh/> (дата обращения: 22.12.2014).
2. 30-летняя британка испытывает по 500 оргазмов в день (ФОТО). – URL: <http://mediadrom.info/socium/2071-30-letnyaya-britanka-zara-richardson-isytyvaet-500-orgazmov-v-den> (дата обращения: 09.03.2015).
3. Аверьянов Ю.Н., Подчуфарова Е.В. Синдром беспокойных ног // Неврологический журнал. – 1997. – № 3. – С. 12–16.
4. Булатов А. 100 оргазмов каждый день. Сайт: «Знаменитости». – URL: <http://www.peoples.ru/state/citizen/dale-decker/> (дата обращения: 21.12.2014).
5. В США покончила с собой женщина, доведенная до отчаяния неутолимым сексуальным возбуждением. 5 декабря 2012 г. – URL: <http://www.newsru.com/world/05dec2012/molannen.html> (дата обращения: 14.12.2014).
6. Васильева Т. Синдром постоянного сексуального возбуждения – это трагедия. – URL: <http://www.medicus.ru/sexopatology/specialist/sindrom-postoyannogo-seksualnogo-vozbuzhdeniya-eto-tragediya-33501.phtml> (дата обращения: 22.12.2014).
7. Гузов И.И. Синдром беспокойных гениталий – выяснена причина загадочного диагноза. – URL: <http://www.cironline.ru/board/index.php?action=viewmessage&id=83305> (дата обращения: 22.12.2014).
8. Загадочное женское заболевание – синдром постоянного сексуального возбуждения. – URL: <http://www.euro-lab.ua/sexual-health/2527/2530/19009/> (дата обращения: 22.12.2014).
9. Левин О.С. Синдром беспокойных ног // Диагностика и лечение экстрапирамидных расстройств / под ред. В.Н. Штока. – М., 2000. – С. 124–138.
10. Синдром беспокойных ног. Материал из Википедии – свободной энциклопедии. – URL: https://ru.wikipedia.org/wiki/%D1%E8%ED%E4%F0%EЕ%EC_%E1%E5%F1%EF%EE%EA%EE%E9%ED%FВ%F5%ED%EE%EЗ (дата обращения: 01.02.2015).
11. Синдром постоянного сексуального возбуждения портит женщинам жизнь. – URL: <http://globalscience.ru/article/read/117/> (дата обращения: 22.12.2014).
12. Синдром постоянного сексуального возбуждения у женщин. Posted by admin on July 7, 2012. – URL: <http://healthyjournal.ru/zdorovie-i-krasota/sindrom-postoyannogo-seksualnogo-vozbuzhdeniya-u-zhenshhin/> (дата обращения: 22.12.2014).
13. Состояние перманентного оргазма – 500 раз в день. – URL: <http://www.yaplakal.com/forum7/topic491013.html> (дата обращения: 09.03.2015).
14. Allen R.P. Contraversies and challenges in defining etiology and pathophysiology of restless legs syndrome // Am J Med. – 2007. – 120 (1 Suppl 1). – P. 13–21.
15. Basson R., Leiblum S., Brotto L., Derogatis L., Fourcroy J., Fugl-Meyer K., Graziottin A., Heiman J.R., Laan E., Meston C., Schover L., van Lankveld J., Schultz W. Revised definitions of women’s sexual dysfunction // J Sex Med. – 2004. – 1 (1). – P. 40–48.
16. Carvalho J., Verhssimo A., Nobre P.J. Cognitive and emotional determinants characterizing women with persistent genital arousal disorder // J Sex Med. – 2013. – 10 (6). – P. 1549–1558.
17. Carvalho J., Verhssimo A., Nobre P.J. Psychological factors predicting the distress to female persistent genital arousal symptoms // Journal of sex & marital therapy – 2015. – 41 (1). – P. 11–24.
18. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition. – United States: American Psychiatric Association, 2013. – 947 p.
19. Giraldi A., Rellini A.H., Pfaus J., Laan E. Female Sexual Arousal Disorders. – URL: <http://www.issm.info/news/research-highlights/research-summaries/female-sexual-arousal-disorders> (дата обращения: 26.04.2015).
20. Goldmeier D., Mears A., Hiller J., Crowley T.; BASHN Special Interest Group for Sexual Dysfunction. Persistent genital arousal disorder: a review of the literature and recommendations for management // Int J STD AIDS. – 2009. – 20 (6). – P. 373–377.
21. Goldmeier D., Leiblum S. Interaction of organic and psychological factors in persistent genital arousal disorder in women: a report of six cases // Int J AIDS STD. – 2008. – 19 (7). – P. 488–490.
22. Goldmeier D., Leiblum S.R. Persistent genital arousal in women – a new syndrome entity // Int J STD AIDS. – 2006. – 17. – P. 215–216.
23. Happe S., Klösch G., Saletu B., Zeithofer J. Treatment of idiopathic restless legs syndrome (RLS) with gabapentin // Neurology. – 2001. – 57 (9). – P. 1717–1719.
24. Kamatchi R., Ashley-Smith A. Persistent genital arousal disorder in a male: a case report and analysis of the cause // BJMP. – 2013. – 6 (1): a605. – P. 30–31.
25. Leiblum S.R., Goldmeier D. Persistent genital arousal disorder in women: case reports of association with antidepressant usage and withdrawal // J Sex Marital Ther. – 2008. – 34 (2). – P. 150–159.
26. Leiblum S.R., Nathan S.G. Persistent sexual arousal syndrome: A newly discovered pattern of female sexuality // J Sex Marital Ther. – 2001. – 27 (4). – P. 365–380.
27. Leiblum S., Brown C., Wan J., Rawlinson L. Persistent sexual arousal syndrome: a descriptive study // J Sex Med. – 2005. – 2 (3). – P. 331–337.
28. Leiblum S., Seehuus M., Brown C. Persistent genital arousal: disordered or normative aspect of female sexual response? // J Sex Med. – 2007. – 4 (3). – P. 680–687.
29. Leiblum S., Seehuus M., Goldmeier D., Brown C. Psychological, medical and pharmacological correlates of persistent genital arousal disorder // J Sex Med. – 2007. – 4 (5). – P. 1358–1366.
30. Man has 100 orgasms a day, the consequences are devastating. – URL: <http://www.inquisitr.com/1494044/man-has-100-orgasms-a-day-the-consequences-are-devastating/> (дата обращения: 21.12.2014).
31. Nintendo Wii может сделать вас секс-маньяком (или маньячкой). – URL: <http://www.upweek.ru/nintendo-wii-mozhet-sdelat-vas-seks-manyakom-ili-manyachkoj.html> (дата обращения: 11.05.2015).
32. Persistent genital arousal disorder. From Wikipedia, the free encyclopedia. – URL: http://en.wikipedia.org/wiki/Persistent_genital_arousal_disorder (дата обращения: 22.12.2014).
33. Persistent imminent orgasms in women are associated with restless legs. December 17, 2008. – URL: <http://www.sciencedaily.com/releases/2008/12/081216115010.htm> (дата обращения: 21.12.2014).
34. PGAD: Revisited with newer studies. Friday, August 9, 2013 – Steps to Authentic Happiness via Positive Psychology by Paul Mountjoy. – URL: <http://communities.washingtontimes.com/neighborhood/steps-authentic-happiness-positive-psychology/2013/aug/9/pgad-revisited-newer-atudues/> (дата обращения: 30.12.2014).
35. Riley A. Premenstrual hypersexuality // Sex Marital Ther. – 1994. – 9 (1). – P. 87–93.
36. Thorne C., Stuckey B. Pelvic congestion syndrome presenting as persistent genital arousal: a case report // J Sex Med. – 2008. – 5 (2). – P. 504–508.
37. Waldinger M.D., de Lint G.J., Venema P.L., van Gils A.P., Schweitzer D.H. Successful transcutaneous electrical nerve stimulation in two women with restless genital syndrome: The role of A-delta and C-nerve fibers // J Sex Med. – 2010. – 7 (3). – P. 1190–1199.
38. Waldinger M.D., Schweitzer D.H. Persistent genital arousal disorder in 18 Dutch women: Part II. A syndrome clustered with restless legs and overactive bladder // J Sex Med. – 2009. – 6 (2). – P. 482–497.
39. Waldinger M.D., van Gils A.P.G., Ottenvanger H.P., Vandenbroucke W.V.A., Tavy D.L.J. Persistent genital arousal disorder in 18 Dutch women: Part I. MRI, EEG and transvaginal ultrasonography investigations // J Sex Med. – 2009. – 6. – P. 474–481.
40. Waldinger M.D., Venema P.L., van Gils A.P.G., Schutter E.M.J., Schweitzer D.H. Restless genital syndrome before and after clitoridectomy for spontaneous orgasms: A case report // J Sex Med. – 2010. – 7 (2 Pt 2). – P. 1029–1034.
41. Waldinger M.D., Venema P.L., van Gils A.P.G., Schweitzer D.H. New insights into restless genital syndrome: Static mechanical hyperesthesia and neuropathy of the nervus dorsalis clitoridis // J Sex Med. – 2009. – 6 (10). – P. 2778–2787.
42. Waldinger M.D., Venema P.L., van Gils A.P.G., de Lint G.J., Schweitzer D.H. Stronger evidence for small fiber sensory neuropathy in restless genital syndrome: two case reports in males // J Sex Med. – 2011. – 8 (1). – P. 325–330.
43. Wylie K., Levin R., Hallam-Jones R., Goddard A. Sleep exacerbation of persistent sexual arousal syndrome in a postmenopausal woman // J Sex Med. – 2006. – 3 (2). – P. 296–302.
44. Yero S.A., McKinney T., Petrides G., Goldstein I., Kellner C.H. Successful use of electroconvulsive therapy in 2 cases of persistent sexual arousal syndrome and bipolar disorder // J ECT. – 2006. – 22 (4). – P. 274–275.

Статья поступила в редакцию 14.05.2015