

Малоинвазивные методы лечения эякуляторных расстройств

В.Н. Лесовой^{1,2}, А.В. Книгавко^{1,2}, А.В. Аркатов^{1,2}, В.И. Савенков^{1,2}, А.В. Картавец¹

¹Харьковский национальный медицинский университет

²Харьковский областной клинический центр урологии и нефрологии им. В.И. Шاپовала

В статье проведена оценка эффективности современных малоинвазивных методов лечения эякуляторных расстройств (преждевременной и ретроградной эякуляции, органической аноргазмии) по сравнению со стандартными медикаментозными методами. Выявлены улучшения показателей сексуальной жизни при использовании следующих методик: микрохирургической частичной дорсальной денервации полового члена при преждевременной эякуляции, эндоскопического введения геля гиалуроновой кислоты при ретроградной эякуляции, трансуретральной катетеризации семявыбрасывающих протоков при органической аноргазмии (дизоргазмии). Установлено, что использование данных малоинвазивных методик позволило добиться более высокой результативности лечения (87–96%) по сравнению с традиционными методами в группах пациентов с эякуляторными расстройствами различной этиологии.

Ключевые слова: синдром преждевременной эякуляции, ретроградная эякуляция, дизоргазмия, ингибиторы обратного захвата серотонина, микрохирургическая селективная нейротомия, гель гиалуроновой кислоты, трансуретральная катетеризация.

Половая жизнь всегда была значимым элементом социальной и физиологической функции человека. Элитная недвижимость, дорогие суперкары и яхты, роскошные наряды являются лишь ступеньками к успешной, по мнению многих, половой жизни. Тем не менее, расстройства эякуляции могут повлиять на счастливую половую жизнь.

Оргазм и эякуляция являются кульминацией полового акта и наиболее важными элементами половой жизни супругов. Соответственно, при постоянном несовпадении и/или ненаступлении оргазма у сексуальных партнеров могут начинаться межличностные проблемы, которые приводят к ухудшению внутрисемейного климата вплоть до развода или мешают образованию семьи в новой паре, даже при совпадении социальных взглядов. Согласно WAS (Всемирная ассоциация сексуального здоровья, 2009) расстройства эякуляции являются самой частой физиологической причиной разводов (до 50%), опережая даже эректильную дисфункцию.

Наиболее частыми вариантами эякуляторных расстройств являются синдром преждевременной эякуляции (СПЭ), ретроградная эякуляция (РЭ) и дизоргазмия – стертый, болезненный, не приносящий обычного удовольствия оргазм. Иногда психиатры и сексологи под термином «дизоргазмия» имеют в виду более широкий спектр эякуляторных расстройств, в том числе психического генеза [1], однако в данной статье под термином «дизоргазмия» мы будем иметь в виду уменьшение приятных оргазмистических ощущений с возможным появлением боли при эякуляции, причиной которой стал органический фактор.

СПЭ – стойкое наступление оргазма и эякуляции у мужчины до наступления оргазма у женщины – достаточно частое заболевание, которым, по данным разных авторов, страдают от 25% до 40% мужчин [2, 4, 6]. Согласно ряду исследований эяку-

ляция и оргазм у молодого здорового мужчины при контакте с новой партнершей, как правило, возникают через 2,5–3 мин, в то время как для достижения оргазма у женщины ей необходимо 7–10 мин [2, 3, 7]. Лишь при последующих половых контактах при привыкании друг к другу в этой паре увеличивается время до эякуляции у мужчины (так называемый эффект Кулинджа) и наступает ускорение оргазма у женщины, в результате чего совместный оргазм происходит через 5–10 мин после интроекции. Ряд ученых-биологов считают такое первичное несоответствие времени до оргазма у мужчины и женщины эволюционной платой за прямохождение [6]. У приматов и других млекопитающих ось влагалища расположена по направлению к шейке матки (сверху вниз и вглубь), поэтому, чем бы ни занималась самка после полового контакта, сперматозоиды все равно попадут на шейку матки. Если бы самка Homo erectus (Человека прямоходящего) сразу же после полового контакта встала и занялась обычной деятельностью, сперма бы вытекла из влагалища, что существенно бы снизило вероятность оплодотворения и существование самого человеческого вида. Поэтому в эволюционном соревновании преимущество получили те пары, у которых эякуляция у мужчины происходила раньше наступления оргазма у женщины, а стремление женщины к продолжению полового контакта удерживало ее в горизонтальном положении, которое было благоприятно для проникновения сперматозоидов в матку и осуществлению оплодотворения. Несмотря на эволюционную роль СПЭ, сейчас данный недуг зачастую приводит к разрушению семей.

Различают три степени СПЭ:

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

– средняя степень тяжести, при которой эякуляция наступает до 30 фрикций (что соответствует времени до 1 мин);

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

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

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

также нарушений в надсегментарном уровне регуляции (невроза), это состояние проходит [8].

Истинный СПЭ имеет психологические и нейрофизиологические причины.

К первым относятся различные формы неврозов, повышенная тревожность, мнительность, высокая возбудимость центральной нервной системы.

К нейрофизиологическим относятся следующие причины:

1. Повышенная возбудимость спинномозговых центров регуляции эякуляции у лиц с сильной половой конституцией, а также на фоне некоторых заболеваний периферической нервной системы.

2. Патологическая импульсация со стороны рефлекторных зон половых органов:

А. Головки полового члена. Гиперестезия этой зоны возникает при обострении хронического баланопостита, короткой и рубцовоизмененной уздечке, при врожденной гиперестезии головки, при фимозе, у людей с длинной и узкой крайней плотью.

Б. Зона семенного бугорка (простатовезикулярный комплекс). Гиперестезия этой зоны возникает при хронических простатитах, везикулитах, уретритах, коликулитах.

3. Патологическая импульсация из подкорковых половых центров. При нарушениях на этом уровне помимо ранней эякуляции обязательно присутствует характерная сопутствующая симптоматика:

- эмоциональные нарушения (астения, невроз, депрессия, истерия);

- вегетативные нарушения (нейроциркуляторная дистония, кардиалгия, синдром абдоминальной боли, сенестопатии и парестезии в области половых органов, чувство жара, потливость и другие вегетативные дисфункции);

- сочетание расстройств эякуляции с расстройствами эрекции, половой астенией, снижением либидо.

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

Существуют несколько методов лечения СПЭ:

- местноанестезирующие препараты и презервативы;

- использование латексных колец, которые надевают на основание полового члена и затрудняют лимфооток от головки и ствола полового члена (умеренный отек приводит к гипостезии головки и удлинению времени до эякуляции);

- поведенческие (позы с широко разведенными ногами женщины, предварительные ласки женщины, метод Мастерса–Джонсона, Барбары Кислинг, старт-стоп-терапия);

- использование ингибиторов фосфодиэстеразы (ИФДЭ) – при повторных контактах время до эякуляции существенно увеличивается;

- применение неврологических препаратов (преимущественно ингибиторов обратного захвата серотонина (ИОЗС));

- лечение инфекций простатовезикулярного комплекса;

- хирургическая коррекция (френикулотомия, циркумцизио, селективная нейротомия, введение геля гиалуроновой кислоты под уздечку).

Тем не менее, выбор метода лечения достаточно сложен, обычно доктора двигаются от простого к сложному: местноанестезирующие препараты – ИОЗС – хирургическая коррекция. В то же время, европейские протоколы лечения ПЭ (разработанные преимущественно психиатрами-сексопатологами) не предусматривают хирургическую коррекцию, ввиду чего ведение пациентов с пожизненной ПЭ является большой проблемой для доктора, вынужденного использовать только запатентованные гайдлайнами методики

[9]. Зачастую отсутствие эффекта от проводимого лечения СПЭ вынуждает пациента бросить лечение.

Не мене сложной задачей является лечение РЭ (попадания спермы после эякуляции в мочевого пузырь вместо прохождения по мочеиспускательному каналу вперед). РЭ может быть функционального, органического и смешанного типа. В первом случае определяется нарушение иннервации правильного сокращения мышц во время оргазма, во втором случае отмечается неполное сжимание задних отделов предстательной железы (ПЖ) в силу анатомических дефектов. Соответственно для лечения РЭ традиционно используют альфа-адреномиметики (мидодрин, бутанектол), уменьшение дозы альфа-адреноблокаторов и контроль уровня глюкозы при сахарном диабете, который очень часто является причиной РЭ. Эти мероприятия имеют ограниченный положительный эффект при функциональной РЭ, однако малоэффективны при РЭ органического и смешанного типов.

Третьей задачей нашего исследования стала оптимизация лечения органической дизоргазии. Оргазм у мужчины возникает при прохождении эякулята через отверстия семявыбрасывающих протоков. При хроническом простатовезикулите часто наблюдается непроходимость этих протоков, а соответственно стертый и болезненный оргазм. Одним из ценных диагностических методов исследования при этом является трансректальное исследование ПЖ и семенных пузырьков до и после эякуляции. Признаком обструкции протоков является фиброз центральной части ПЖ и отсутствие сокращения семенных пузырьков после эякуляции. При полной обструкции протоков наблюдается азооспермия. Традиционно для лечения хронического простатовезикулита с обструкцией семявыбрасывающих протоков используют антибактериальные и ферментные препараты, физиотерапию и массажи ПЖ. Эффективность лечения весьма низка, ввиду фиброза ПЖ и стенок протоков, застоя секрета семенных пузырьков.

Цель исследования: оптимизация лечения эякуляторных расстройств с помощью малоинвазивных методик.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

На базе Харьковского областного клинического центра урологии и нефрологии им. В.И. Шаповала проведено комплексное обследование и лечение 343 пациентов, страдающих эякуляторными расстройствами. Пациентам были проведены: сбор сексуального анамнеза, оценка вегетативной функции по специальной шкале, оценка психоневрологического состояния по шкале Гамильтона, трансректальное УЗИ ПЖ и семенных пузырьков до и после эякуляции, анализ мочи после эякуляции на предмет наличия сперматозоидов, исследование на инфекции, передающиеся половым путем (ИППП), мужчинам проведен лидокаиновый тест.

Первую группу пациентов составили мужчины с пожизненной ПЭ тяжелой степени (ИВЛТ до 30 с). В зависимости от предполагаемого лечения мы разделили их на 3 подгруппы:

1-ю подгруппу составили 38 пациентов, которым назначали сертралин в дозе 50 мг ежедневно на протяжении 6–8 мес. Несмотря на то что положительный эффект развивался на 6–18-е сутки (у двух пациентов существенное увеличение времени до эякуляции произошло на 3-и сутки приема ИОЗС), срок приема препаратов составлял не менее 6 мес, чтобы убрать условно-рефлекторную связь в головном мозге и не вызвать синдрома отмены. Следует отметить, что не все пациенты смогли принять весь курс терапии, ввиду развития побочных явлений: умеренной дезориентации, тошноты, спутанности мелких движений, – что в некоторых случаях приводило к отмене препарата.

2-ю подгруппу составили 34 пациента, принимающие 60 мг дапоксетина «по требованию» за 2 ч до полового контакта.

Таблица 1

Показатели эффективности лечения пациентов с СПЗ

Подгруппа	Метод лечения	Количество пациентов	Эффективность лечения, n (%)
1-я	Сертралин 50 мг длительно	38	31 (81,5)
2-я	Дапоксетин 60 мг «по требованию»	34	29 (85,2)
3-я	Микрохирургическая денервация	124	122 (98,4)

Таблица 2

Показатели эффективности лечения пациентов с РЯ

Подгруппа	Метод лечения	Количество пациентов	Эффективность лечения, n (%)
1-я	Отмена симпатолитиков, альфа-миметики	32	26 (81,3)
2-я	Введение геля в простатическую часть мочеиспускательного канала	21	20 (95,2)

Таблица 3

Показатели эффективности лечения пациентов с дизоргазмией

Подгруппа	Метод лечения	Количество пациентов	Эффективность лечения, n (%)
1-я	Консервативное лечение	57	31 (54,3)
2-я	Трансуретральная катетеризация и баллонная дилатация семявыбрасывающих протоков	37	35 (94,6)

3-ю подгруппу составили 124 пациента, которым выполнена микрохирургическая денервация полового члена по следующей методике.

Для коррекции пожизненной (присутствующей с самого начала половой жизни) тяжелой степени ПЭ и при положительном лидокаиновом тесте нами разработана модификация селективной нейротомии, при которой пересекаются большая часть нервов, идущих по дорсальной поверхности в фасции Бакха. Так, например, при тяжелой ПЭ с ИВЛТ менее 30 с и желании пациента иметь ИВЛТ 10–15 мин мы пересекаем 4 из 5 идущих в дорсальном пучке фасции Бакха нервов и надсекаем пятый. Такую операцию мы производим под операционным микроскопом с 8-кратным увеличением (рис. 1).

Пациенты **второй** группы с РЭ были разделены на 2 подгруппы:

1-я подгруппа – пациенты с РЭ функционального генеза (32 человека). Пациентам, принимающим альфа-адреноблокаторы (тамсулозин), отменили или сократили дозу, 18 пациентам назначили симпатомиметик мидодрин (Гутрон) 2,5 мг по 2 раза в день.

2-я подгруппа – пациенты с РЭ органического генеза (21 человек). Для коррекции РЭ в задние отделы подслизистого слоя простатической части мочеиспускательного канала им введен медленно рассасывающийся гель Juviderm (рис. 2), что привело к антеградной эякуляции, нормализации сексуальной жизни, наступлению беременности в ранее бесплодных семьях.

Пациентам с органической дизоргазмией – **третья** груп-



Рис. 1. Частичная дорсальная нейротомия. Пинцеты и москиты наложены на проксимальных и дорсальных концах нервов в фасции Бакха

па (диагностированный фиброз центральных частей ПЖ с ухудшением (отсутствием) сокращения семенных пузырьков) – 94 человека – было проведено антибактериальное, противовоспалительное и ферментативное лечение. Часть пациентов (37 человек) 2-й подгруппы дополнительно под-

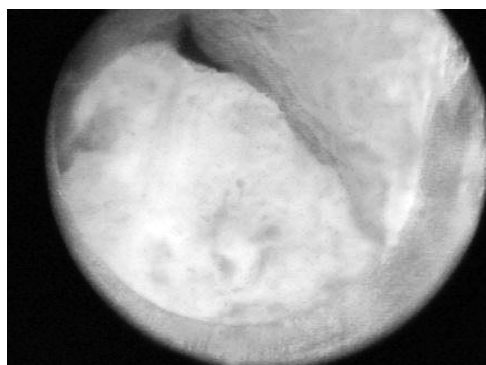


Рис. 2. Задние отделы ПЖ после эндоскопического введения геля



Рис. 3. Катетеризация устья семявыбрасывающего протока

верглась малоинвазивному лечению. Для восстановления проходимости семявыбрасывающих протоков при органической дизоргамии мы использовали эндоскопическую трансуретральную катетеризацию и баллонную дилатацию семявыбрасывающих протоков, с последующими инстилляциями в мочеиспускательный канал растворов лидазы, кортико-стероидов и антибактериальных препаратов (рис. 3).

Эффективность лечения оценивали как по субъективным критериям (удовлетворенность половой жизнью и оргазмом), так и объективным критериям (удлинение ИВЛТ, появление (увеличение) объема спермы, увеличение сокращения семенных пузырьков при ТРУЗИ после эякуляции).

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Результаты лечения в первой группе представлены в табл. 1.

Результаты лечения во второй группе приведены в табл. 2.

Малоинвазивні методи лікування еякуляторних порушень

В.М. Лісовий, О.В. Книгавко, А.В. Аркатов, В.І. Савенков, О.В. Картавцев

У статті проведено оцінювання ефективності сучасних малоінвазивних методів лікування різних форм еякуляторних порушень (синдрому передчасної еякуляції, ретроградної еякуляції, дизоргамії). Виявлені покращання показників статевого життя при застосуванні наступних методик: мікрохірургічної часткової дорсальної денервації статевого члена при передчасній еякуляції, ендоскопічного введення геля гіалуронової кислоти при ретроградній еякуляції, трансуретральної катетеризації сім'явикідних проток при органічній аноргазмії (дизоргамії). Установлено, що використання зазначених методик дозволяє досягати більш високої результативності (87–98%) в групах пацієнтів з еякуляторними порушеннями.

Ключові слова: синдром передчасної еякуляції, ретроградна еякуляція, дизоргамія, анестетики, інгібітори зворотного захоплення серотоніну, мікрохірургічна селективна нейротомія, гель гіалуронової кислоти, трансуретральна катетеризація.

Результаты лечения в третьей группе представлены в табл. 3.

ВЫВОДЫ

Использование малоинвазивных методик позволяет добиваться высоких результатов лечения (87–98%) эякуляторных расстройств:

1. При тяжелой степени синдрома преждевременной эякуляции без неврологических факторов и вегетативной дисфункции рекомендовано раннее хирургическое лечение (селективная или частичная дорсальная нейротомия).

2. При ретроградной эякуляции органического или смешанного генеза показано введение рассасывающегося геля в задние отделы простатической части мочеиспускательного канала.

3. При наличии хронического простатовезикулита с фиброзом центральных частей предстательной железы (что проявляется стертым и болезненным оргазмом) – комплексное лечение данных инфекций с трансуретральной катетеризацией и баллонной дилатацией семявыбрасывающих протоков.

Smallinvasive methods of treatment ejaculatory disorders

V. Lesovoy, A. Knigavko, A. Arkatov, V. Savenkov, A. Kartavtsev

There are different forms of ejaculatory disorders (syndrome of premature ejaculation (SPE), retrograde ejaculation, disorgasmia) considered in the article. On the basis of estimation of degree of SPE, collection of sexual anamnesis, and also use of scale of vegetative disfunction and scale of Hamilton is done of supposition on the most credible reason of SPE and lechebno-diagnostic tactic is accordingly mine-out. The use of this algorithm allowed achieving high effectiveness of treatment (87-98%) in the groups of patients with ejaculatory disorders of different etiology.

Key words: syndrome of premature ejaculation, retrograde ejaculation, disorgasmia, anesthetics, sexual function, early orgasm, selective serotonin reuptake inhibitors (SSRI), selective neurotomy, hyaluronic acid.

Сведения об авторах

Лесовой Владимир Николаевич – Харьковский национальный медицинский университет, Харьковский областной клинический центр урологии и нефрологии им. В.И. Шаповала, 61000, г. Харьков, пр. Московский, 195; тел.: (057) 738-71-00

Книгавко Александр Владимирович – Харьковский национальный медицинский университет, Харьковский областной клинический центр урологии и нефрологии им. В.И. Шаповала, 61000, г. Харьков, пр. Московский, 195; тел.: (057) 738-71-00

Аркатов Андрей Валентинович – Харьковский национальный медицинский университет, Харьковский областной клинический центр урологии и нефрологии им. В.И. Шаповала, 61000, г. Харьков, пр. Московский, 195; тел.: (057) 738-71-00

Савенков Владимир Ильич – Харьковский национальный медицинский университет, Харьковский областной клинический центр урологии и нефрологии им. В.И. Шаповала, 61000, г. Харьков, пр. Московский, 195; тел.: (057) 738-71-00

Картавцев Александр Васильевич – Харьковский национальный медицинский университет, 61022, г. Харьков, просп. Ленина, 4

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Сексопатология: підручник / Є.В. Кришталь, Б.М. Ворник. – К.: Медицина, 2014. – 544 с.
2. Горпинченко И.И., Сытенко А.М., Нуриманов К.Р., Зайцев В.И., Махер Гафси Обоснование анкеты «Профиль преждевременной эякуляции» в качестве инструмента для оценки симптомов преждевременной эякуляции // Здоровье мужчины. – 2009. – № 1. – С. 110–114.
3. Сексопатология: Справочник / Васильченко Г.С., Агаркова Т.Е., Агарков С.Т. и др.; Под ред. Г.С. Васильченко. – М.: Медицина, 1990. – С. 520–539.
4. Андрология. Мужское здоровье и дисфункция репродуктивной системы: Пер. с англ./ Под ред. Э. Нишлага, Г.М. Бере. – М.: ООО «МИА», 2005. – С. 228.
5. Горпинченко И.И., Воробець Д.З. Ефективність інгібіторів зворотного захоплення серотоніну в лікуванні чоловіків з передчасною еякуляцією //

Здоровье мужчины. – 2009. – № 4. – С. 90–95.
6. Sadeghi Nejaad H., Watson R. Premature ejaculation: Current medical treatment and new directions // Journal of Sexual Medicine. – 2008. – № 5. – P. 1037–1050.
7. Waldiger M.C. et al. A multinational population survey on intravaginal ejaculation latency time // Journ. Sex. Med. – 2005. – № 2. – P. 492–497.
8. Кочарян Г.С. Расстройства эякуля-

ции и их лечение. – Харьков: «Апостроф», 2012. – 328 с.
9. Knigavko O., Lesovoy V., Arkatov A., Improvement in sexual function and fertility in patients with ejaculatory disorders // 16th Annual Congress of the European Society for Sexual Medicine and the 12th Congress of the European sexology Federation, Istanbul, Turkey, January 29-february 1, 2014. – J. Sexual Medicine. – January 2014;11(supl 1): 67.