

**Литература:**

1. Бабюк И.А. Психические и соматические расстройства в нарушении сексуального здоровья.-Д.:Донецчина, 2001.-216 с.
2. Бабюк И.А., Цветкова П.Д., Федотов В.П. и др. Диагностика и лечение нарушений эрекции: Метод. Рекомен.-Д.:Zyodus cadila, 2003.-40 с.
3. Бабюк И.А., Рымарь И.Б., Цыба И.В. и др. Лечение и реабилитация больных с психическими и соматическими расстройствами // Архив клинич. и эксперим. медицины.- 2003.-Т. 12.- № 2 (-прил.).-С. 44.

4. Бабюк И.А., Шамраев С.Н., Шульц О.Е. и др. Коррекция соматопсихических расстройств при заболеваниях предстательной железы // Міжнар. психіатричний, психотерапевтичний та психоаналітичний журнал.- 2008.- № 2.- С. 28-30.
5. Цветков Д., Цветкова П., Бабюк И. и др. Современные подходы к лечению больных хроническим простатитом // Міжнар. вісник медицини.- 2009.-Т.2.-№ 1-2.-С. 38-40.
6. Babiuk I., Venkov G., Shamrayev S. Epidemiology and calcification of the prostatitis // Andrologia.-2009.-Т.18.-N 1.-P. 12-14.
7. Babiuk I. Diagnostic and modern therapy of dysfunction // Andrologia.-2006.-N 4.-S.15-17.

**РОЛЬ ПСИХІЧНИХ ТА СОМАТИЧНИХ ФАКТОРІВ У РОЗВИТКУ СЕКСУАЛЬНИХ РОЗЛАДІВ У ЧОЛОВІКІВ****І.О. Бабюк, О.В. Яковленко, О.Є. Шульц, О.Г.Студзінський**

Вказано на психічні та соматичні чинники, які впливають на формування копулятивної дисфункції у чоловіків. Доведено необхідність враховувати їх співвідношення для подальшої корекції. Обґрунтовано необхідність застосування в комплексному лікуванні психокорекції.

**Ключові слова:** психічні фактори, сексуальні розлади, чоловіки

**ROLE PSYCHIC AND SOMATIC FACTORS IN MEN'S SEXUAL DISORDERS****I.A. Babiuk, A.V. Yakovlenko, O.Ye. Shultz, O.G. Studzinsky**

The fact of the psychological and somatic factors in copulative disorders men's have been detected too. The necessity of application psychocorrection (deprivox, mertastadin) and basic treatment.

**Keywords:** mental factors, sexual disorders, man

УДК 616.5+616.98-022.7

**И.А. Бабюк<sup>1</sup>, А.В. Яковленко<sup>1</sup>, П.Д. Цветкова<sup>2</sup>, С.Г. Ушенин<sup>1</sup>, С.И. Найденко<sup>1</sup>**  
**КОРРЕКЦИЯ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКОЙ И УРОЛОГИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКИ У**  
**ПАЦИЕНТОВ С КОПУЛЯТИВНОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ<sup>3</sup>**

Донецкий национальный медицинский университет им.М.Горького<sup>1</sup>

Институт экспериментальной морфологии, патологии и антропологии БАН, Болгария<sup>2</sup>

**Ключевые слова:** коррекция, психопатологическая и урологическая симптоматика, копулятивная дисфункция

Фундаментальные исследования отечественных ученых указывают на многочисленные причины возникновения копулятивной дисфункции у мужчин. В целом эти причины можно разделить на 2 большие группы – психогенные и органические. Причем в клинической практике нередко у пациентов сексуальные нарушения вследствие соматических заболеваний сопровождаются функциональными нарушениями нервной системы, как результат действия условно-рефлекторных раздражителей, а также внешнего и запредельного торможения. Длительность гонад находится под непосредственным влиянием гипоталамуса и гипофиза. Регулирующая роль нервной системы и гипоталамических центров осуществляется не только нейрогенным, но и гуморальным путем через секрецию гипофиза, гормоны которого стимулируют функцию яичек и половую функцию в целом. Нарушение этих сложных корреляций в результате патологических изменений ведет к различным сексуальным расстройствам [2;7].

По данным различных авторов соотношение между психогенными и соматогенными копулятивными нарушениями могут составлять от 1:7 до 20:1, причем даже у тех больных, у которых при проведении комплексно-

го исследования органов и систем была выявлена большая вероятность органической природы нарушения половой функции, обнаруживалось и наличие различной степени выраженности психологического компонента [1]. Отсюда, нередко при разборе клинического случая выяснение вопроса о том, какие факторы – ситуационные, конституциональные либо органические – оказывают основное влияние на возникновение и проявление патологического симптомокомплекса, может быть предположительным. Всегда необходимо учитывать их возможную комбинацию при разработке тактики лечения больного.

Понимание удельного веса психического и соматического важно при изучении сексологических и сексopatологических проблем в связи с тем, что они включают не только клинические особенности (гормональные и сосудистые изменения, урологические аспекты, половую конституцию и т.п.), психические факторы (психосексуальное развитие, полоролевое поведение, личностные особенности человека и др.), но и социальную сферу – ментальные, социально-культурные особенности и пр. [1].

На сексуальную функцию могут оказывать неблагоприятное влияние любого рода стрессы, эмоциональ-

<sup>3</sup> Статья публикуется в авторской редакции

ные расстройства или пренебрежение физиологией и гигиеной половой жизни [2]. Нередко, боязнь неудачи, возникшая у мужчины после единичного эпизода нарушения эрекции по различным причинам, закрепляясь по механизму фиксации, может привести к длительному расстройству сексуальной функции. Дизритмия половой жизни при этом сбивает биологический ритм физиологических отправления, формированию застойных явлений в половых органах, нарушению кровообращения, обмена веществ, гормональному дисбалансу.

Сексуальная дисфункция может длиться с начала половой жизни или развиваться после периода нормального функционирования. Она может быть генерализованной или ситуационной (т.е. ограничиваться определенным партнером или определенной ситуацией), тотальной либо парциальной.

Соматогенные нарушения обусловлены либо отчетливой органической патологией, или патофизиологическим процессом. При этом на фоне эпизодов сексуальной несостоятельности у мужчин всегда наслаиваются в большей или меньшей степени психо-эмоциональные расстройства [4].

При нарушениях психосоматической этиологии играют роль специфические и неспецифические стрессы. Специфический стресс определяется как специфический личностный или бессознательный конфликт, обуславливающий нарушения процесса гомеостатического равновесия, который влияет на психосоматическое расстройство. С другой стороны, хронический неспецифический стресс с различной степенью тревожности обнаруживает физиологические нарушения у генетически предрасположенных субъектов (алекситимных).

В настоящее время считается установленным факт, что «психическое» (например, отрицательные эмоции) воздействует на «соматическое» не непосредственно, а через вегетативные и эндокринные процессы: 1) пароксизмальные вегетативные расстройства (колебания артериального давления, нарушения сердечного ритма, ощущение нехватки воздуха, одышка, нарушение деятельности желудочно-кишечного тракта, гипогидроз, расстройства терморегуляции, мочеиспускания и пр.); 2) эндокринные нарушения (тиреотоксические проявления, колебания уровня сахара и т.п.). Этот синдром А.П.Вейн (1992) предлагает обозначить как «психовегетативный», так как наряду с перечисленными проявлениями при нем обычно наблюдаются и эмоциональные нарушения (тревога, страх, снижение настроения, повышенная утомляемость, нарушения сна).

Истоки сексуальных нарушений у мужчин при невротических состояниях сводятся не только к внезапным или сильным аффектам в связи с экстремальными ситуациями, но и к повседневным эмоциональным перегрузкам. Решающим патогенетическим фактором развития копулятивной дисфункции нередко являются частые волнения и огорчения, тревоги и житейские заботы, нарушения режима работы и отдыха, хронические психотравмирующие ситуации в семье и производственной сфере обстоятельства, затрагивающие важ-

нейшие аспекты существования. При этом невротическое состояние может быть обусловлено не только сигналами, символизирующими потерю, угрозу или унижение, но и прямым, непосредственным неудовлетворением потребностей человека, что теснейшим образом связано с многочисленными оттенками эмоций, характеризующих индивидуальность.

Отличительным признаком невротических синдромов с непосредственным поражением сексуальной сферы является концентрация основной симптоматики на стыке произвольной и непроизвольной иннервации. Этиология системных расстройств множественна, и в сочетании различных предрасполагающих и пусковых факторов определенная роль принадлежит социальным и физиогенным воздействиям (например, таким как систематическое переутомление). Нередко у молодых людей решающее значение приобретает психогения, которая в ряде случаев выступает в вербализованной форме, в других – воспринимается «бессловесно» (отталкивающая подробность туалета, запахи, звуки, интонации, жесты, которые могут истолковываться как пренебрежение и т.п.). В некоторых случаях сексуальная психотравматизация приобретает хронический характер [1].

Среди наиболее общих патогенетических механизмов (парабиоз при астеноневротических синдромах и формирование комплексов травмированного сознания со стойкой фиксацией переживаний на сексуальной сфере при тревожно-фобических синдромах) выделяются характерные черты:

1) нарушения естественного соответствия между навязываемым половой сфере уровнем функционирования и свойственным ей индивидуальным ритмом, определяемым возрастными конституциональными характеристиками, а также условиями жизни;

2) функциональная блокировка непроизвольных механизмов вегетативной иннервации, провоцируемая вмешательством существующих стереотипов.

О вторичном вовлечении сексуальной сферы в картину невротических расстройств говорит формирование половых нарушений на фоне недостаточной сексуальной адаптации супружеской пары, вызванных непосредственно развитием невротического состояния. При этом важными предрасполагающими патогенетическими факторами являются:

- а) слабая половая конституция;
- б) заболевания, ослабляющие нейрогуморальную составляющую копулятивного цикла;
- в) динамическая фаза сексуальной эволюции индивида;
- г) личностные особенности, а именно акцентуации характера, субъективная значимость нормальных колебаний сексуальности, объем информации об основных сексуальных проявлениях;
- д) особенности патогенной ситуации в сфере и вне сферы семейных отношений, дисгармония межличностных и сексуальных отношений в браке.

Многочисленные исследования указывают, что инфекция в мочеполовых органах не является этиологическим фактором, вызывающим сексуальные рас-

стройства, а косвенно влияет на половую функцию в результате сопутствующих заболеванию осложнений (колликулиты, простатиты, орхоэпидидимиты, репродуктивные нарушения) [5]. На это указывает достаточно большой процент урологических больных молодого и среднего возраста с различными сексуальными расстройствами. Причем, последние нельзя рассматривать как следствие только локальных изменений в половых органах; необходимо учитывать состояние других органов и нервно-психической сферы больного (преморбидных особенностей личности и индивидуальной реакции на имеющееся заболевание) [4].

В последние десятилетия в развитых странах мира отмечается рост бесплодных браков. При изучении влияния инфертильности мужчин (нередко как следствие хронических воспалительных процессов органов мочеполовой сферы) на поведение и отношение супругов, в связи с дисстрессом и развитием проблемного брака, чувства дискомфорта, безысходности часто ассоциируются с психическими и сексуальными проблемами бесплодных супружеских пар [5;6]. При этом влияние на психику подобных пациентов носит комплексный характер и находится в зависимости от многочисленных факторов.

В зарубежных публикациях (А.Бонев, 1995 и др.) психоневротические расстройства у пациентов, страдающих негонококковыми уретритами, могут встречаться у 4/5 пациентов. В то же время, И.И.Ильин (1991) у мужчин с неспецифическим уретритом невротические реакции (реактивный неврастенический синдром с явлениями депрессии, истерия, психастения) выявлялись лишь у 6% из них. Следует отметить, что по данным отечественных авторов частота психо-эмоциональных расстройств у больных воспалительными заболеваниями мочеполовых органов заметно ниже, возможно потому, что венерологи и урологи уделяют этой проблеме недостаточное внимание. Тогда, как В.Д.Тополянский и др. (1986) подчеркивает, что депрессивно-ипохондрические расстройства и ипохондрическое развитие личности с реальным, а подчас и воображаемым венерическим и андрологическим заболеванием в анамнезе (с патологической фиксацией на определенной области), с жалобами на неприятные и тягостные ощущения в различных участках тела, прежде всего в половых органах, пользуются печальной известностью в психиатрии [1].

По нашим наблюдениям из числа пациентов в возрасте от 28 до 45 лет, страдающих уретропростатитами различной этиологии продолжительностью от 2 до 7 лет у 37,6% имелись те или иные расстройства от невротического уровня до субпсихотического. При этом из 136 больных с сексуальными нарушениями преобладающий соматоформный фактор был выявлен у 19,4%, психосоматический – у 30,6%.

По данным Тополянского В.Д. и др. (1986), не менее чем у 25% лиц с соматическими проблемами значительную роль в клинической картине играют невротические черты, но более 30% больных, обра-

щающихся с соматическими жалобами к врачу, составляют практически здоровые лица, нуждающиеся лишь в известной коррекции эмоционального состояния [1]. Отсутствие выраженных морфологических изменений внутренних органов обрекает значительное количество людей, страдания которых обусловлено исключительно или преимущественно эмоциональными перегрузками, на бесконечные скитания по больницам с мнимыми заболеваниями.

Вышеизложенное говорит о сложности этиопатогенетических процессов развития сексуальной дисфункции у мужчин, важной роли патогенных психических и соматических факторов (которые в одних случаях являются этиологическими, в других – патогенетическими), формирующих порочный круг и усугубляющих течение заболевания. Это дает основание о дифференцированном подходе к комплексному лечению сексуальных расстройств у мужчин с включением психотропных препаратов – селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС). Степень их селективности по влиянию на систему обратного захвата серотонина и мощность данного эффекта существенно различаются, что определяет различия в клиническом спектре. Одним из наиболее безопасных и наиболее селективных лекарственных средств СИОЗС, со своеобразным клинико-фармакологическим спектром является Депривокс (флувоксамин).

Отличия депривокса от других препаратов данной группы проявляются в его исключительно высокой селективности, мощности ингибирующего эффекта в отношении обратного захвата серотонина, выраженности анксиолитического действия в связи со способностью устранять гиперчувствительность постсинаптических серотониновых рецепторов – 5-НТ<sub>2с</sub>-типа, т.е. влиять непосредственно на одни из основных нейрохимических механизмов развития тревожных и депрессивных состояний. Особо следует подчеркнуть благоприятное влияние депривокса на процессы нейропластичности и нейрогенез в гиппокампе и медиодоральной зоне коры головного мозга. Депривокс (флувоксамин) назначается по 50 мг однократно в вечернее время. При недостаточном эффекте и при отсутствии явлений индосинкразии через 7 дней можно повысить до 100 мг. Длительность приема до 2 месяцев.

Наши наблюдения при оценке динамики скорости наступления клинического эффекта показали достоверный положительный ответ ( $p < 0,05$ ) уже на 7 день применения препарата. Наиболее высокий темп редукции симптоматики отмечался с 1 по 3 неделю терапии.

При этом нивелировались элементы депрессии, отчетливо уменьшалась выраженность не только ситуационно провоцированных тревожных опасений и сомнений, но и генерализованной тревоги во всех её проявлениях, наиболее отчетливо в субъективно дискомфортном для больных когнитивном компоненте. Сочетание соматорегулирующего и мягкого активирующего действия способствовало терапевтическому эффекту в отношении вегетативной лабильности и соматоформной симптома-

тики, що проявилось уже на 2-3 тижні терапії в формі відсутності скарг на соматичне неблагополуччя (поганий сон, серцебиття, гіпергідроз, подразливу слабкість, недостатню ерекцію, швидку еякуляцію і др.). Наблюдение за пацієнтами в період півроку показало високу ефективність препарату депривокс (флувоксамін) і стабільність покращення стану пацієнтів при амбулаторному лікуванні.

При затяжних формах інсомнії і виражених тривожно-депресивних порушеннях ми використовували антидепресант мirtаcтадин (мirtазапін), впливаючий на різні рецепторні структури ЦНС. Препарат вибірково блокує альфа-2-ауто- і гетероадренорецептори, а також серотонінові 5-HT-2 і 5-HT-3-рецептори, що забезпечує механізм реалізації тимоаналітичного і анксиолітичного ефектів, найбільш значимих з точки зору фармакотерапії депресій.

Клінічні спостереження вказують на високу терапевтичну ефективність даного норадренергічного і селективного серотонінергічного антидепресанта при корекції порушень сну, фобических і тривожно-депресивних розладів, при клінічних формах, резистентних до традиційної терапії.

Мirtаcтадин, на відміну від препаратів інших груп, позбавлений кардіотоксичності, рідко викликає шлунково-кишкові розлади, запобігає розвитку сексуальної дисфункції у чоловіків (зниження лібідо, аноргазмія, прискорену еякуляцію), що часто є причиною відмови пацієнта від продовження прийому інших антидепресантів. Препарат призначають перед сном в дозі 15 мг, з наступним його титруванням.

При соматоформних розладах для прискорення зменшення психоемоційних порушень на фоні ускладнених форм простатиту (супутуючих копулятивних і репродуктивних дисфункцій) місечно призначають ректальні суппозиториї Вітапрост і Вітапрост-форте (Нижфарм-STADA). Основним діючим речовиною препарату є сампрост, який має органотропний вплив на відношенні до простатичної залози і представляє комплекс поліпептидних фракцій, виділених з простати дорослого великого скоту. По своїх характеристиках Вітапрост ефективно впливає на основні ланки в патогенезі хронічного простатиту: має імунomodulatory властивості, покращує мікроциркуляцію і процес диференціювання

клеток передстатальної залози, нормалізує її секреторну функцію, сприяє зниженню і елімінації мікроорганізмів з сектору, зменшує інфільтрацію інтерстиціальної тканини, являє тромбоз, нормалізує співвідношення лейкоцитів і ліпоїдних телець в секреті ацинусів залози.

Благодаря своим уникальным свойствам, курсовое назначение препарата (по 1 свече ректально на ночь) в течение 1-2 мес. улучшает качество эякулята (увеличение объема, снижение вязкости, увеличение лецитиновых зёрен) и существенно влияет на подвижность сперматозоидов, что важно для стабилизации репродуктивной функции. Этому также способствует повышение потенции у мужчин (интенсивность либидо, качество эрекции, эякуляции и оргазма). Суппозитории «Витапрост форте» выпускаются с двойной дозировкой действующего вещества, что усиливает и пролонгирует лечебный эффект.

Таким образом, комбинированное действие антидепрессантов органотропных полипептидных фракций нормализует функцию предстательной железы и психический статус пациентов, благоприятствует исчезновению урологической симптоматики, восстановлению репродуктивной и копулятивной функций у мужчин, повышает качество жизни пациента, гармонические отношения в семье и с окружающими. Назначение антидепрессантов (депривокс, мirtаcтадин) целесообразно во всех случаях сексуальных расстройств психогенного и соматогенного происхождения.

#### Литература:

1. Бабюк И.А. Психические и соматические расстройства в нарушении сексуального здоровья.-Д.:Донецчина, 2001.-216 с.
2. Бабюк И.А., Цветкова П.Д., Федотов В.П. и др. Диагностика и лечение нарушений эрекции: Метод. Рекомен.-Д.:Zydus cadila, 2003.- 40 с.
3. Бабюк И.А., Рымарь И.Б., Цыба И.В. и др. Лечение и реабилитация больных с психотическими и соматопсихическими расстройствами // Архив клинич. и експерим. медицини.- 2003.-Т. 12.- № 2 (-прил.).-С. 44.
4. Бабюк И.А., Шамраев С.Н., Шульц О.Е. и др. Коррекция соматопсихических расстройств при заболеваниях предстательной железы // Міжнар. психіатричний, психотерапевтичний та психоаналітичний журнал.- 2008.- № 2.- С. 28-30.
5. Цветков Д., Цветкова П., Бабюк И. и др. Современные подходы к лечению больных хроническим простатитом // Міжнар. вісник медицини.- 2009.-Т.2.-№ 1-2.-С. 38-40.
6. Babiuk I., Venkov G., Shamrayev S. Epidemiology and calcification of the prostatitis // Andrologia.-2009.-Т.18.-N 1.-P. 12-14.
7. Babiuk I. Diagnostic and modern therapy of dysfunction // Andrologia.-2006.-N 4.-S.15-17.

#### КОРЕКЦІЯ ПСИХОПАТОЛОГІЧНОЇ ТА УРОЛОГІЧНОЇ СИМПТОМАТИКИ У ПАЦІЄНТІВ З КОПУЛЯТИВНОЮ ДИСФУНКЦІЄЮ

I.O. Бабюк, O.B. Яковченко, П.Д. Цветкова, С.Г. Ушенин, С.І. Найденко

Вказано на психічні та соматичні чинники, які впливають на формування копулятивної дисфункції у чоловіків. Доведено необхідність враховувати їх співвідношення для подальшої корекції. Обґрунтовано необхідність застосування антидепресантів (депривокс, мirtаcтадин) та локальної терапії (вітапрост, вітапрост форте) для корекції копулятивних розладів психічного та соматичного генезу у чоловіків.

**Ключові слова:** корекція, психопатологічна і урологічна симптоматика, копулятивна дисфункція

#### CORRECTION OF COPULATIVE DYSFUNCTIONS MEN'S WITH PSYCHOPATHOLOGICAL AND UROLOGICAL SYMPTOMS

I.A. Babiuk, A.V. Yakovchenko, P.D. Tzvetkova, S.G. Ushenin, S.I. Naydenko

The fact of the psychological and somatic factors in copulative disorders men's have been detected too. The necessity of application antidepressant drugs (deprivox, vitaprost forte) of the patient with psychic and somatic copulative disfunctions.

**Keywords:** correction, psychopathology and urological symptomatology, copulative disfunction