

УСКОРЕННАЯ ЭЯКУЛЯЦИЯ И ЕЁ ЛЕЧЕНИЕ

**А.Н. Бушученко, М.В. Векслер, А.С. Слотвинский,
В.В. Соколовский, С.Н. Касьянов, С.М. Эксузян**

*Луганская областная клиническая больница
Перевальская областная психоневрологическая больница
Бирюковская областная психиатрическая больница
Станично-Луганская районная больница*

Вступление

Преждевременное семяизвержение - одно из наиболее распространенных нарушений сексуальной (копулятивной) функции и по частоте сравнимо с эректильной дисфункцией. В основе определения преждевременного семяизвержения считают длительность полового акта по времени его или числа фрикций, произведенных до эякуляции. Соответствие норме с помощью секундомера или ускорение фрикций для увеличения их числа только приближает эякуляцию, потому такое определение несостоятельно. В настоящее время стандартного определения преждевременного семяизвержения не существует. Это ведет к расхождению мнений не только о методах лечения и их эффективности, но и о самом диагнозе. Однако, ускорение семяизвержения, не предоставляющее возможность оргазма у партнерши, следует расценивать как ненормативный половой контакт, причинами которого рассматривают изменения в центральных и периферических нервных структурах, регулирующих копулятивную функцию. Среди многообразия причинных факторов преждевременной эякуляции существенное значение имеют: кортикальные (связанные с процессами в коре головного мозга). Когда превалируют психогенные и межличностные факторы: подростковые страхи быть застигнутым при половом акте, неудовлетворенность от семейной жизни, межличностные конфликты, отсутствие доверия партнера, боязнь интимных отношений, сексуальные ро-

левые конфликты. При этом, можно выделить в качестве преморбидных состояний следующие: неудачи и другие проблемы, связанные с началом половой жизни (дебют); редкая и нерегулярная половая жизнь; зависимость длительности полового акта от партнерши; невозможность совершения второго полового акта из-за отсутствия эрекции; сочетание преждевременной эякуляции с нарушением эрекции. Синдром парацентальных долек как поражение высших корковых центров регуляции урогенитальных автоматизмов и снижение порогов возбудимости нервных структур, обеспечивающих эякуляцию и оргазм вследствие патогенных факторов в антенатальном периоде или родовой травмы, реже травмы у взрослых. Подкорковые и спинальные нарушения. Повышенная чувствительность головки полового члена, которая имеет характерные признаки, в частности: длительность полового акта варьирует мало; преждевременная эякуляция наблюдается в течение всей половой жизни; повторные половые акты не намного длиннее первого; половой акт с презервативом и искусственной смазкой более продолжителен; семяизвержение не наступает до имиссии полового члена при половом контакте; приём алкоголя удлиняет половой акт.

То есть, достаточно важным представляется необходимость выяснения причин синдрома преждевременной эякуляции с наличием или отсутствием, при этом, слабости эрекции. Прежде всего, ускоренная эякуляция требует выяснения существования хронического воспалительного процесса в органах мочеполовой сферы, чаще всего - простатита. Но, как известно, преждевременная эякуляция такого генеза является сугубо приобретенной. Так как существуют многочисленные случаи страдания нарушением сексуального здоровья всей семьи в виде ускоренной эякуляции у партнера, начиная с самого начала им половой жизни, следует определиться с теми или иными факторами патогенеза синдрома преждевременной эякуляции. Имея ввиду возможность существования синдрома парацентральной дольки [6] или генуинной ускоренной эякуляции врожденного характера за счёт конституционально-генетической

слабости определённых структур, отвечающих за качество полового акта в виде его нужной продолжительности или преобладающее значение именно психологических факторов или невротического характера доминант при реализации долгожданного полового контакта со столь быстрым излиянием семени при этом. Даже недостаточная осведомлённость в вопросах психогигиены половой жизни у молодых и не очень молодых партнёров может вести к нарушению сексуального здоровья, в том числе и к ускоренной эякуляции или просто гигиены половых органов. Или психотравмы детского и подросткового возраста, личностные особенности того или иного индивидуума, особенности его поведения, нарушение межличностных отношений в семье и только в 10-20% случаев - те или иные органические причины, как считает профессор В.В.Кришталь.

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

Всё вышесказанное свидетельствует о том, что патофизиология синдрома преждевременной эякуляции до конца не изу-

чена, но понятно, что в манифестации феномена принимают участие как органические, так и антропоизометрические, психогенные и психосексуальные факторы.

Сейчас уже есть прямые доказательства того, что специфические антропоизометрические характеристики той или иной личности связаны с характерными психологическими чертами (высокий уровень тревожности, невротизация и прочее) и, как оказалось, преждевременной эякуляцией. То есть, органические факторы, которые определяют качественную характеристику полового акта в виде ускоренной эякуляции, могут быть следующими: 1. Особенности антропоизометрии головного мозга, ведущие к гиперчувствительности регуляции серотонина (5-НТ); 2. Наличие неврологической симптоматики (инверсия рефлексогенной зоны Ахиллова рефлекса - низкий порог рецепторов, расположенных на головке и теле полового члена- гиперчувствительный эякуляторный рефлекс).

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

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

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

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

Известно, что пациентам с преждевременной эякуляцией, чаще всего диагностируют обостранно или не совсем хронический простатит. "Структура копулятивных расстройств, ассоциированных с хроническим простатитом, полиморфна, так как в разной степени изменяются все составляющие половой функции мужчины" [5]. Значимую роль в развитии нарушений копулятивной функции при наличии хронического простатита принадлежит психогенным факторам [1, 15, 19]. Естественно, в основе терапии лежит традиционное лечение по поводу этого заболевания [18]. Отмечено, что чаще всего такая терапия,

а также применение антидепрессантов эффективны на период только лечения. В таких случаях, как ни печально, имеют место рецидивы ускорения эякуляции по окончании лечения. Учитывая то, что преждевременная эякуляция может формироваться на основе указанных органических, антропометрических, физиологических и психологических векторов, необходим интегративный подход к лечению этого синдрома.

Связь работы с научными программами, планами, темами. Работа является фрагментом темы НДР "Сравнительная оценка клинических психологических, антропометрических особенностей сексуальных нарушений у мужчин" (№ госрегистрации 0104U001726).

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

Материалы и методы исследования

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

Определение половой конституции проводилось по векторной шкале половой конституции [6]. Состояние вегетативной нервной системы оценивали по исходному общему вегетативному тону. Эмоционально - личностные особенности изучались с использованием теста рисуночной ассоциации Розенцвейга в модификации Н.В.Тарабриной (1974), шкалы самооценки Ч.Д.Спилбергера - Ю.Л.Ханина. Исследование латерально-

го фенотипа осуществлялось с использованием "карты" латеральных признаков [17].

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

Для лечения преждевременной эякуляции использовался интегративный подход, предполагающий:

1. Лечение органической патологии в виде хронических простатитов, простато - везикулитов и колликулитов, обращая особое внимание на санацию задней уретры (колликулиты);

2. Коррекцию антропометрических особенностей с использованием латеральной физиотерапии (авторское свидетельство № 1362483 от 01.09.1987 г. "Способ лечения половых расстройств");

3. Коррекцию специального лечения титрованием дозы антидепрессантов. В отличие от имеющейся информации о стабильной их дозе в течение определённого курса терапии, предлагается повышение дозировок антидепрессантов, начиная с малых доз с возрастанием их. Например: стимулотон - 25 мг, 50 мг, 100 мг, 150 мг, 200 мг до появления возможности фиксировать продромальные ощущения, предшествующие эякуляции. После определения необходимой дозы, фиксированная доза остаётся для дальнейшего курса лечения до 30 дней. В случае появления на больших дозах антидепрессантов ослабления эрекции, последнее купируется назначением силденафилов или варданофилов, доза которых определяется индивидуально;

4. Ректальную электростимуляцию простаты (при необходимости проводится с помощью диадинамических токов);

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

Результаты исследования и их обсуждение

Использование в терапии преждевременной эякуляции комплексного подхода с подбором индивидуальной дозы антидепрессанта; лечением имеющихся проявлений простатита, с обязательной санацией задней уретры; купирования психологической симптоматики с использованием технологий нейролингвистического программирования с формированием на этом фоне стойкой биологической обратной связи (БОС), даёт положительный эффект без рецидивов и усиливает роль личности больного в контроле над своей копулятивной функцией. В результате чего получены устойчивые позитивные результаты в виде восстановления длительности полового акта у всех 70 пациентов. Катамнез до шести лет.

Выводы

1. Для эффективного лечения больных с преждевременным семяизвержением необходим интегративный подход.

2. Обязательно применение психотерапевтических, урологических и антропометрических методов лечения.

3. Особо важен подбор индивидуальной дозы антидепрессанта, дающий возможность начать контролировать ощущения, предшествующие семяизвержению и использование на этом фоне технологий тантрического секса, позволяющих произвести интервенцию в симптом преждевременного семяизвержения с образованием стойкой БОС.

4. Наличие стойкой биологической связи даёт пациентам в будущем возможность контролировать свою сексуальную копулятивную функцию, предотвращая рецидивы.

Литература

1. Аляев Ю.Г. Применение растительного антидепрессанта "Геларум - Гиперикум" при лечении копулятивных расстройств, ассоциированных с хроническим простатитом / Ю.Г.Аляев, В.А. Григорян, А.В. Амосов // *Здоровье мужчины*. - 2004. - № 3. - С. 22-24.

2. Білобривка Р.І., Особливості патоморфозу афективних порушень у чоловіків з копулятивними розладами та

методи їх корекції / Р.І.Білобровка, Л.В.Рахман, Ю.С.Кобилецький // Архів психіатрії. - 2004. - № 1. - С. 67-69.

3. Бушученко А.Н. Сравнительная оценка клинических, психологических, антропометрических особенностей сексуальных нарушений у мужчин : автореферат дисс. на соискание ученой степени канд. мед. наук. : спец. 14.00.40. "Урология" / А.Н.Бушученко. - Киев, 1989. - 22 с.

4. А.с. 1362483 СССР Способ лечения половых расстройств (СССР) / Бушученко А.Н., Чуприков А.П. ; заявл. 10.07.1986, опубл. 01.09.1987, Бюл. № 12.

5. Васильченко Г.С. Патогенетические механизмы импотенции / Патогенетические механизмы импотенции / Г.С. Васильченко. - М.: институт психиатрии МЗ РСФСР, 1956. - 198 с.

6. Васильченко Г.С. О некоторых системных неврозах и их патогенетическом лечении / Г.С. Васильченко. - М., 1969. - 156 с.

7. Васильченко Г.С. О латерализации инверсии рефлексогенных зон ахилового рефлекса в клинике сексуальных расстройств / Г.С.Васильченко, Ю.А.Решетняк. - М., 1976 - С. 213 - 215.

8. Горпинченко И.И. Характеристика сексуальных расстройств у больных хроническим простатитом: автореферат дисс.на соиск. научной степени канд. мед. наук : спец. 14.00.40 "Урология" / Горпинченко И.И. - Киев, 1977. - 21 с.

9. Горпинченко И.И. Медикаментозное лечение мужчин, страдающих сексуальными расстройствами / Горпинченко И.И. - Киев : Абрис, 1997. - 434 с.

10. Эректильная дисфункция при хроническом простатите / А.А.Камалов, С.В.Королёва, В.А.Ковалёв, Е.А.Ефремов // Эректильная дисфункция при хроническом простатите : материалы 1 Конгресса профессиональной ассоциации андрологов России. - Кисловодск; Домбай, 2007- С. 127.

11. Краснов В.Н. Терапия сексуальных расстройств при различных формах психической патологии : пособие для врачей / В.Н.Краснов, Н.Д.Кибрик, Ю.А.Решетняк. - М., 1999. - 126 с.

12. Кукурекин Ю.В. Особенности диагностики, клиники и лечения копулятивных нарушений при воспалительных заболеваниях мужских половых органов автореферат дисс. на соискание ученой степени канд. мед. наук : спец. 14.00.40 "Урология" / Ю.В. Кукурекин. - Киев, 1984. - 21 с.

13. Лихтерман Л.Б. О большеберцово-стопном рефлексе / Л.Б.Лихтерман // Журнал Невропатологии и психиатрии им. Корсакова - 1985. - Т. 85, № 7 - С. 1059 - 1061.

14.Мизрухин И.А. Половые расстройства при неврозах / И.А. Мизрухин // Актуальные вопросы сексопатологии. - М., 1967.- С.263-269.

15.Мунгалов А.Н. Психотерапия рецидивирующего хронического простатита, осложнённого нарушениями потенции / И.А. Мизрухин // Материалы 1 Конгресса профессиональной ассоциации андрологов России. - Кисловодск; Домбай, 2001. - С. 127.

16.Соколова М.Н. Антидепрессанты в сексологической практике. Терапия пароксетином / М.Н Соколова // Здоровье мужчины. - 2006. - № 1.- С. 35-39.

17.Чуприков А.П. Латеральная терапия / А.П.Чуприков, А.Н.Линёв, И.А. Марцинковский. - Киев, 1994 -176 с.

18.Юнда И.Ф. Хронический простатит и половые расстройства / И.Ф. Юнда // Урология и нефрология. - 1974. - № 3. - С. 37.

19.Кратохвил С. Психотерапия семейно-сексуальных дисгармоний / С.Кратохвил ; пер. с чешского. - М, 1991. - 168 с.

20.Сертралин в лечении преждевременной эякуляции: двойное слепое плацебо - контролируемое исследование / Biri H., Isen K., Sinik Z., Onaran M., Kupeli B., Bozkirli I. //Urol. Nephrol.- 1998 .

Резюме

Бушученко А.Н., Векслер М.В., Слотвинский А.С., Соколовский В.В., Касьянов С.Н., Эксузян С.М. Ускоренная эякуляция и её лечение.

Изучены особенности клинических сексопатологических проявлений, в частности синдрома преждевременной эякуляции в зависимости

от психологических характеристик личности и особенностей функциональной асимметрии мозга. Определена интегративная лечебная тактика в зависимости от указанных факторов. Определены возможности самоконтроля своей сексуальной функции.

Ключевые слова: преждевременная эякуляция, антропоизометрические характеристики, структурно-функциональная асимметрия мозга, синдром парацентральных долек, антидепрессанты; хронический простатит.

Резюме

Бушученко А.М., Векслер М.В., Слотвинский А.С., Соколовский В.В., Касьянов С.М., Эксузян С.М. *Прискорення еякуляції та її лікування.*

Досліжені особливості клінічних сексопатологічних проявів, зокрема синдрому передчасної еякуляції в залежності від психологічних характеристик та особливостей функціональної асиметрії мозку. Виявлена інтегративні лікувальні дії в залежності від вказаних факторів. Виявлені можливості самоконтроля своєї статевої функції.

Ключові слова: передчасна еякуляція, антропоізометричні характеристики, структурно-функціональна асиметрія мозку, синдром парацентральных часточок, антидепресанти; хронічний простатит.

Summary

Bushuchenko A.N., Vexler M.V., Slotvinsky A.S., Sokolovsky V.V., Kasyanov S.N., Eksuzjan S.M. *Accelerated ejaculation and its treatment.*

The peculiarities of the clinical sexopathological demonstrations have been examined, particularly the syndrome of the premature ejaculation in dependence of the psychological characteristics of of personality and peculiarities of the functional cerebral asymmetry. The integrative treatment's tactics has been defined in dependence of mentioned facts. The abilities of selfcontrol of the own sexual function have been determined.

Key words: premature ejaculation, anthropoisometric characteristics, structurally functional asymmetric a brain, a syndrome of the paracentral segments, energizers; a chronic prostatitis.

Рецензент: д.мед.н., проф. Г.С. Рачкаускас

УДК 612.85:616-059.001.57

МОДЕЛЬ УПРАВЛЕНИЯ ПРОЦЕССОМ СЛУХОВОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

Л.А. Карамзина

*ГУ "Украинский институт стратегических исследований"
МЗ Украины (Киев)*

Введение

Как известно, возобновление утраченных функций возможно путем протезирования выполняющих эти функции органов хирургическим либо консервативным путями. Наиболее сложным считается протезирование анализаторов органов чувств, сенсорных систем, так как требуется создание имитатора ощущений, адекватных естественным.

В частности, при нарушении слуха в настоящее время существуют два способа его реабилитации (или слухопротезирования):

- электроакустический (с помощью слухового аппарата);
- электродное протезирование (с помощью кохлеарной имплантации).

Если до середины XX века в мирное время люди глохли от так называемых "шумных" производств, то сейчас, по выражению Президента House Ear Institute Джона Хауса, "один источник звука сменил другой": недостаток децибелов компенсируется современной музыкально-шумовой технологией как индивидуального (плеера, мобильные телефоны), так и коллективного (различные шоу) пользования. На современном рок-концерте уровень звукового давления (УЗД) в первых рядах слушателей достигает 140 дБ, что соответствует нахождению рядом с работающим двигателем реактивного самолета, а УЗД в 150 дБ вызывает разрыв барабанных перепонки. При прослушивании музыки через наушники плеера в замкнутом пространстве наружного слухового прохода возникают стоячие волны с УЗД 110 дБ. Такой процесс можно назвать доб-