

ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ ЭЯКУЛЯТОРНЫХ РАССТРОЙСТВ У МУЖЧИН С НАРУШЕНИЯМИ ФЕРТИЛЬНОГО И СЕКСУАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ

А.В. Книгавко

Харьковский национальный медицинский университет,

Оргазм и эякуляция являются кульминацией полового акта и наиболее важными элементами половой жизни супругов. Соответственно, при постоянном несовпадении у сексуальных партнеров оргазма могут начинаться межличностные проблемы, которые приводят к ухудшению внутрисемейного климата вплоть до развода.

Наиболее частыми вариантами эякуляторных расстройств являются синдром преждевременной эякуляции (СПЭ), ретроградная эякуляция (РЭ) и дизоргамия – стертый, болезненный оргазм.

Синдром преждевременной эякуляции – стойкое наступление оргазма и эякуляции у мужчины до наступления оргазма у женщины – достаточно частое заболевание, которым по данным разных авторов страдает от 25 до 40% мужчин [1,4,6]. Согласно ряду исследований, эякуляция и оргазм у молодого здорового мужчины при контакте с новой партнершей, как правило, возникает через 2,5–3 минуты, в то время как для достижения оргазма у женщины ей необходимо 7–10 минут [2,3]. Лишь при последующих половых контактах при привыкании друг к другу в этой паре наступает удлинение времени до эякуляции у мужчины (так называемый эффект Кулинджа) и ускорение оргазма у женщины, в результате чего совместный оргазм происходит через 5–7 минут после интродукции. Ряд ученых-биологов считает такое первичное несоответствие времени до оргазма у мужчины и женщины эволюционной платой за прямохождение [5]. 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 *Номо erectus* (Человека прямоходящего) сразу же после полового

контакта побежала бы собирать корешки и жарить мамонта, 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 указанный недуг является самой частой физиологической причиной разводов (до 50%), опережая даже эректильную дисфункцию.

Различают три степени СПЭ:

– Легкая степень – эякуляция у мужчины происходит после 30-50 фрикций (как правило, более 1,5-2 минут), но до наступления оргазма у партнерши.

– Средней степени тяжести, при которой эякуляция наступает до 30 фрикций (что соответствует времени до 1-1,5 минуты).

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

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 [7].

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. Гиперэстезия этой зоны возникает при обострении хронического баланопостита, короткой и рубцово-измененной уздечке, при врожденной гиперэстезии головки, при фимозе, у людей с длинной и узкой крайней плотью.

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

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 абдоминальных болей, 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 уrogenитальных 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, одевающих на основание полового члена и затрудняющих лимфооток от головки и ствола полового члена (умеренный отек приводит к гиповестезии головки и удлинению времени до эякуляции);

– поведенческие (позы, предварительные ласки женщины, метод Мастера-Джонсона, Барбары Кислинг, старт-стоп терапия);

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

– 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. Зачастую отсутствие эффекта от проводимого лечения СПЭ вынуждает пациента бросить лечение.

Не менее сложной задачей является лечение ретроградной эякуляции (попадания спермы после эякуляции в мочевой пузырь вместо прохождения по уретре вперед). РЭ может быть функционального и органического типов. В первом случае определяется нарушение иннервации правильного сокращения мышц во время оргазма, во втором случае отмечается неполное сжимание

задних отделов простаты в силу анатомических дефектов.

Целью исследования стала оптимизация лечения эякуляторных расстройств.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЙ

На базе Харьковского областного клинического центра урологии и нефрологии им. В.И. Шаповала проведено комплексное обследование и лечение 267 пациентов, страдающих эякуляторными расстройствами. Пациентам было проведено: сбор сексуального анамнеза, оценка вегетативной функции по специальной шкале, оценка психоневрологического состояния по шкале Гамильтона, произведено УЗИ органов мочеполовой системы, выполнен анализ мочи после эякуляции на предмет наличия сперматозоидов, проведено исследование на инфекции передающиеся половым путем (ИППП), мужчины обследованы на предмет местной патологии, повышающей чувствительность головки (баланопостит, короткая уздечка).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Согласно превалирующим факторам пациенты с СПЭ и дизоргазмией были разделены на следующие группы:

1. Пациенты с инфекционно-воспалительными заболеваниями, (что проявляется СПЭ легкой и средней степени тяжести и дизоргазмией) – 58 пациентов, из них с простатитами (простатовезикулитами, уретропростатитами) инфекционной этиологии – 49 пациентов и баланопоститами – 9 человек. В этой группе проведено комплексное лечение инфекционно – воспалительных заболеваний. 8 пациентам с хроническим простатовезикулитом и обструкцией на уровне семявыбрасывающих протоков (часто сочетающейся с бесплодием и аспермией) выполнена трансуретральная катетеризация и баллонная дилатация семявыбрасывающих протоков. 2 пациентам после этого дополнительно произведено тушевание семенного холмика раствором колларгола).

2. Пациенты с легкими формами СПЭ преимущественно психической природы или местной гиперэстезии – 42 человека. В этой группе применялись местно анестезирующие презервативы, а также поведенческие мероприятия (предварительные ласки женщины, позы с широко

разведенными ногами женщины, метод сжатия Мастерса–Джонсона, старт–стоп техника), использование латексных колец. 9 молодым пациентам этой группы со СПЭ психической этиологии был назначен ИФДЭ – тадалафил 10 мг. После первого полового контакта с ранней эякуляцией последующие контакты были нормальной продолжительности.

3. Пациенты с патологической импульсацией подкорковых структур и психическими формами СПЭ средней степени тяжести – 44 человека. Диагностика таких пациентов включала подробный сексуальный анамнез, а также использование шкалы вегетативной дисфункции и шкалы Гамильтона для оценки депрессивных состояний. Если суммарная оценка вегетативной шкалы была более 50, а шкалы Гамильтона более 30 баллов, пациенту назначались соответствующие неврологические препараты – ИОЗС (наиболее часто сертралин и пароксетин) на срок 6–8 месяцев. Несмотря на то, что положительный эффект развивался на 6–18 сутки (у двух пациентов существенное удлинение времени до эякуляции произошло на 3-и сутки приема ИОЗС), срок приема препаратов составлял не менее 6 месяцев, чтобы убрать условно-рефлекторную связь в головном мозге и не вызвать синдром 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.

4. Пациенты со среднетяжелыми и тяжелыми формами СПЭ, повышенной гиперэстезией головки без признаков вегетативной и психоневрологической дисфункции – 87 человек. Этим пациентам выполнялось хирургическое пособие.

– 12 пациентам с короткой или рубцово-измененной уздечкой выполнена френукулотомия.

– 8 пациентам с фимозом, хроническим баланопоститом, избыточно длинной крайней плотью – циркумцизио.

– 7 пациентам без местных аномалий выполнена селективная нейротомия – по латеральным сторонам полового члена рассечены нервы, идущие под фасцией Бака к уздечке полового члена (Рис. 1).

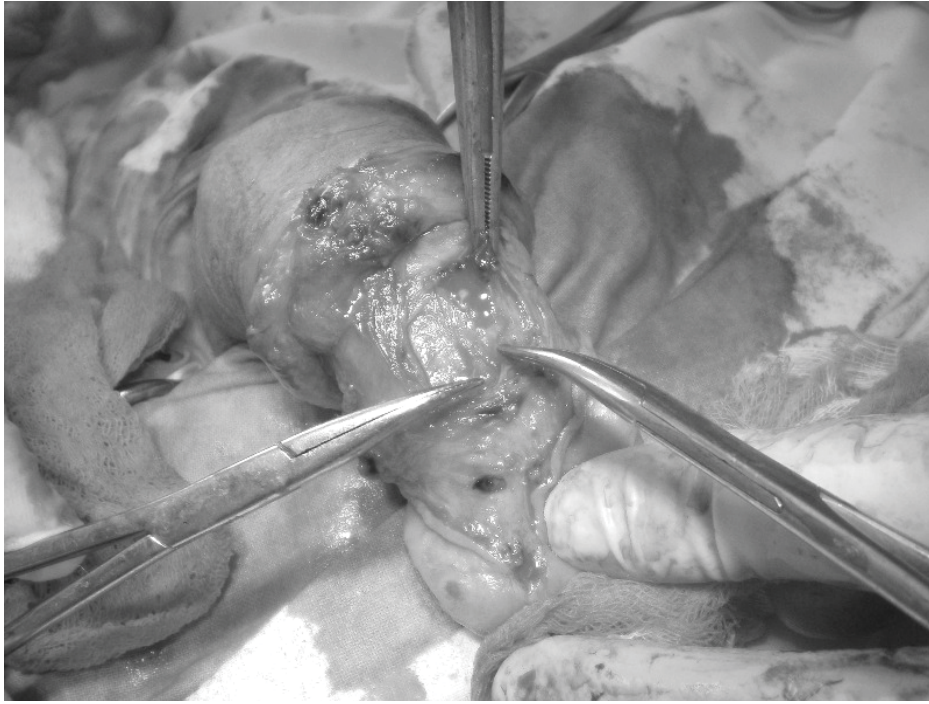


Рис. 1. Селективная нейротомия

– 9 пациентам с тяжелой формой СПЭ и крайне повышенной чувствительностью головки полового члена выполнена частичная дорсальная нейротомия (Рис. 2).

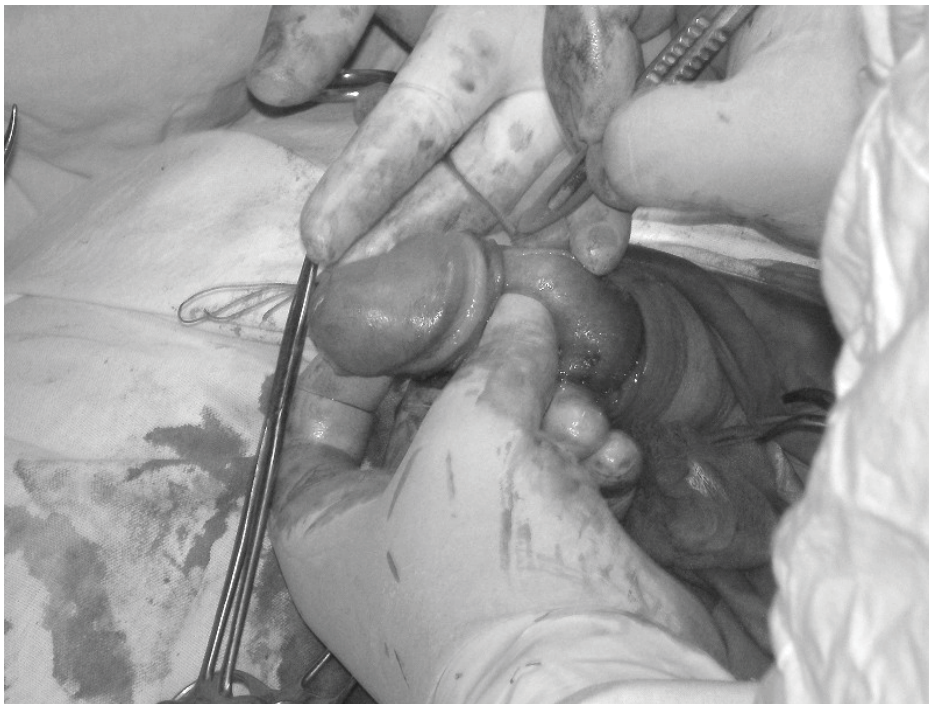


Рис. 2. Дорсальная нейротомия

– 11 пациентам со СПЭ средней тяжести под уздечку введен гель гиалуроновой кислоты (Рис. 3) со сроком рассасывания до 12 месяцев.

В четвертой группе лишь один пациент жаловался на почти полное отсутствие чувстви-

тельности головки, и один – на недостаточное удлинение времени полового контакта, остальные 46 пациентов отметили существенное удлинение времени до эякуляции и улучшение половой функции.



Рис. 3. Введение геля гиалуроновой кислоты

Результаты лечения в группах представлены в таблице 1.

Пациенты с ретроградной эякуляцией были разделены на 2 группы:

1. Пациенты с ретроградной эякуляцией функционального генеза – 29 человек. Пациентам, принимающим альфа-адреноблокаторы (тамсулозин) отменили их, некоторым назначили симпатомиметики или циклический антидепрессант имипрамин.

2. Пациенты с ретроградной эякуляцией органического генеза – 18 человек. Для коррекции РЭ в задние отделы подслизистого слоя простатической части уретры им введен нерассасывающийся или медленно рассасывающийся гель, что привело к антеградной эякуляции и нормализации сексуальной жизни.

Результаты приведены в таблице 2.

Таблица 1

Показатели эффективности лечения в группах пациентов со СПЭ и дизоргазмией

| Группа | Метод лечения | Количество пациентов, чел | Эффективность лечения, чел(%) |
|--------|--|---------------------------|-------------------------------|
| 1 | Антибактериальная, противовоспалительная терапия | 58 | 53 (91,3%) |
| 2 | Местно-анестезирующая, поведенческая терапия | 48 | 44 (91,6%) |
| 3 | ИОЗС | 44 | 38 (86,3%) |
| 4 | Хирургическое лечение | 87 | 83 (95,4%) |

Показатели эффективности лечения в группах пациентов с ретроградной эякуляцией

| Группа | Метод лечения | Количество пациентов, чел | Эффективность лечения, чел(%) |
|--------|--|---------------------------|-------------------------------|
| 1 | Отмена симпатолитиков, альфа-миметики, циклические антидепрессанты | 29 | 26 (89,6%) |
| 2 | Введение геля в простатическую часть уретры | 18 | 17 (94,4%) |

ВЫВОДЫ

Использование указанного диагностического алгоритма позволяет добиваться высоких результатов лечения (87–96%) лечения ЭР:

1. При наличии инфекционно-воспалительных процессов головки и простатовезикулярного комплекса (что проявляется СПЭ средней степени тяжести и дизоргазмией) – комплексное лечение данных инфекций, при обструкции семявыбрасывающих протоков применяется трансуретральная катетеризация и баллонная дилатация семявыбрасывающих протоков.

2. При легкой степени СПЭ без инфекций и неврологических проблем – местно-анестезирующая и поведенческая терапия.

3. При наличии СПЭ вегетативной и/или пси-

хоневрологической дисфункции – использование ИОЗС на срок 6–8 месяцев.

4. При средней и тяжелой степенях СПЭ без неврологических факторов и вегетативной дисфункции рекомендовано раннее хирургическое лечение (селективная или частичная дорсальная нейротомия, введение геля гиалуроновой кислоты под уздечку, френикулотомия).

5. При наличии ретроградной эякуляции функционального генеза рекомендуется отмена симпатолитиков или назначение симпатомиметиков, а также антидепрессанты (имипрамин).

6. При ретроградной эякуляции анатомического генеза показано введение геля в задние отделы простатической части уретры.

Список литературы

1. 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.
2. Сексopatология: Справочник / Васильченко Г.С., Агаркова Т.Е., Агарков С.Т. и др.; Под ред. Г.С. Васильченко. – М.: Медицина, 1990. – С. 520–539
3. Андрология. Мужское здоровье и дисфункция репродуктивной системы: Пер. с англ./ Под ред. Э. Нишлага, Г.М. Бере. – М.: ООО «МИА», 2005. – С. 228.
4. Горпинченко И.И., Воробець Д.З. Ефективність інгібіторів зворотного захоплення серотоніну в лікуванні чоловіків з передчасною еякуляцією // *Здоровье мужчины*. – 2009. – №4. – С. 90–95.
5. Sadeghi Nejaad H., Watson R. Premature ejaculation: Current medical treatment and new directions // *Journal of Sexual Medicine*. – 2008. – №5. – P.1037–1050.
6. Waldiger M.C. et al. A multinational population survey on intravaginal ejaculation latency time // *Journ. Sex. Med.* – 2005. – №2. – P. 492–497.
7. Кочарян Г.С. Расстройства эякуляции и их лечение. – Х.: «Апостроф», 2012. – 328 с.

Реферат

ОПТИМІЗАЦІЯ ЛІКУВАННЯ ЕЯКУЛЯТОРНИХ РОЗЛАДІВ У ЧОЛОВІКІВ З ПОРУШЕННЯМИ ФЕРТИЛЬНОГО ТА СЕКСУАЛЬНОГО ЗДОРОВ'Я

О.В. Книгавко

У статті розглянуто різні форми еякуляторних порушень (синдрому передчасної еякуляції (СПЕ), ретроградної еякуляції, дизоргазмії. На підставі оцінки ступеня важкості дизоргазмії, збору сексуального анамнезу, а також використання шкали вегетативної дисфункції і шкали Гамільтона дані припущення з найбільш вірогідної причини еякуляторних порушень і відповідно вироблена лікувально-діагностична тактика. Використання даного алгоритму дозволило добитися високої результативності лікування (87–96%) у групі пацієнтів із еякуляторними порушеннями різної етіології.

Ключові слова: синдром передчасної еякуляції, ретроградна еякуляція, дизоргазмія анестетика, статеві функція, ранній оргазм, шкала Гамільтона, інгібітори зворотнього захоплення серотоніну (ІЗЗС), селективна нейротомія, гелі гіалуронової кислоти.

Summary

THE OPTIMISATION OF TREATMENT EJACULATORY DISORDERS IN MEN WITH PROBLEM OF FERTIL AND SEXUAL HEALTH

A.V. Knigavko

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 dysfunction 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 (87-96%) 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, scale of Hamilton, selective serotonin reuptake inhibitors (SSRI), selective neurotomy, hyaluronic acid.