

УДК 616.69-008.1

КОРРЕКЦИЯ ПСИХОГЕННЫХ ЭРЕКТИЛЬНЫХ ДИСФУНКЦИЙ
НЕЛЕКАРСТВЕННЫМИ МЕТОДАМИ

А.С. ДАВЛАТОВ, А.А. МИХАЙЛОВА, В.В. КОШЕЛЕВ*

Распространенность и тенденция к увеличению эректильных дисфункций (ЭД) является значимой медико-психологической и семейно-социальной проблемой современности. По данным Массачусетского исследования по изучению старения (*Massachusetts Male Aging Study – MMAS*, 1994), 52% мужчин в возрасте от 40 до 70 лет страдают нарушениями эректильной сексуальной функции. В мире у более 150 млн. мужчин наблюдается ЭД. Число пациентов с ЭД возрастает со 152 млн. человек в 1995 году (данные ВОЗ) до 322 млн. к 2025 году. З. Старович [8] считает, что в нашей стране ЭД страдают 7–8 млн. мужчин. Точных эпидемиологических данных о распространенности данной проблемы в России нет, но высокий травматизм, значительное потребление алкоголя и курение низкокачественных сортов табака позволяют предполагать, что этот показатель в нашей стране выше, чем в индустриально развитых странах [4]. Несмотря на высокую распространенность ЭД, обращаемость пациентов за медицинской помощью с такой проблемой остается достаточно низкой. В США за помощью обращается только один из 10 мужчин с ЭД. Особенно редко обращаются мужчины с психогенными сексуальными проблемами невротического характера. Ряд экспертов утверждает, что до 80% мужчин с невротическими расстройствами (НР), испытывающих сексуальные затруднения, вообще не обращаются за лечением к специалистам [4]. Такие нарушения встречаются у молодых [5], поэтому проблема их терапии очень важна. Диагностика и коррекция таких НР сложны и не проработаны [8]. Это связано с применением психотропных средств для лечения НР, ведущих к ещё большему снижению полового влечения и эрекции, и с психоневрологическими особенностями больных. Психогенные ЭД, обусловленные депрессией, ситуационной сексуальной неудачей, др. стрессовыми ситуациями и тревогой встречаются в 25÷90% случаев и зависят от выраженности НР [7]. Среди психогенных факторов – сексуальные комплексы, фобии и партнерские проблемы [6]. Неспособность к полноценной половой жизни – сильная эмоциональная травма для мужчины [3] и может привести к НР, депрессии с суицидом [7]. По данным суицидологической службы г. Москвы, 26% лиц, обратившихся за помощью, составляют люди с интимно-личными и сексуальными проблемами [1].

Психологические проблемы и НР являются основной причиной ЭД, и на фоне половых расстройств возникают НР, препятствующие восстановлению семейно-сексуальной гармонии даже при эффективном лечении основной патологии [3]. Для терапии НР, кроме психотерапевтических методик, применяются психотропные препараты, усугубляющие сексуальные расстройства. Занятия с психотерапевтом не влияют на результат лечения. Поэтому нужен поиск новых подходов к коррекции НР.

Цель – изучение эффективности рефлекс- и мануальной терапии в коррекции психогенных ЭД у лиц с НР.

Материал и методы. Обследовано 47 мужчин в возрасте $34,6 \pm 1,4$ года, страдающих НР, с преобладающими жалобами на ЭД. Средняя длительность ЭД составила $1,1 \pm 0,3$ года. Наиболее характерными жалобами были отсутствие или ослабление эрекции при попытках начать половой акт, недостаточное напряжение полового члена в процессе коитуса. В группу обследуемых были включены пациенты: 1) без органической патологии половой сферы; 2) у которых преобладал психогенный механизм развития полового расстройства; 3) лица обратившихся по поводу НР, на фоне которого развивалась ЭД; 4) информированные и согласные на предложенный им нелекарственный метод коррекции пациенты. Для определения конституциональных сексуальных возможностей исследуемых использовали шкалу векторного определения половой конституции мужчин, которая основана на принципе статистических решающих функций. Она предусматривает учет семи частных показателей, определяемых независимо друг от друга. Составление шкалы проводится путем обработки методами математической статистики индивидуальных кривых половой активности, построенных по параметрам: возраст пробуждения сексуального компонента либидо, возраст первой

эякуляции, возраст начала половой жизни, возраст начала регулярной половой жизни, максимальный экссесс, возраст вхождения в полосу условного физиологического ритма половой активности, уровня половой активности за год до начала нарушения сексуальной дисфункции, характеристика последнего экссесса и уровня половой активности к моменту обследования. Учитывая, что патогенетические механизмы развития невротических расстройств, проведена диагностика психологического статуса с использованием личностного опросника MMPI – *Minnesota Multifasic Personality Inventori* (Миннесотское многостороннее исследование личности – МИЛ) в модификации Л.Н. Собчик (2001). Для исследования лиц с проблемами эрекции коморбидных с НР, кроме шкалы векторного определения половой конституции и MMPI, применялись опросники, выявляющие характер и степень выраженности ЭД. К ним относятся: тесты МИЭФ – Международный Индекс Эректильной функции (IEF – *the international index of erectile function*), ПСО – Профиль Сексуальных Отношений (SEP – *sexual encounter profile*), опросник ВОВ – Вопрос Общего Впечатления (GAQ – *Global Assessment Question*) [5, 6]. Коррекционные методики включали рефлексотерапию и элементы мануальной терапии. С учетом парности сексуальной функции проведена психотерапевтическая работа с половыми партнершами. Лекарственная терапия не проводилась.

Клиническая характеристика	Коэффициент фенотипический	Коэффициент генотипический	Индекс половой активности
Условная норма	5,06	5,55	4,70
Больные	3,43	4,22	2,64

Результаты лечения. У всех 47 пациентов по критериям МКБ-10 выявлена недостаточность генитальных реакций (F52.2). Клинико-психологическая диагностика выявила следующие негативные факторы, участвующие в формировании ЭД: ситуационно обусловленные повторные сексуальные срывы, чрезмерная субъективная значимость интимных отношений, проблемы интерперсонального и партнерского взаимодействия. У всех обследуемых преобладали болезненные воспоминания о предшествующих сексуальных неудачах, тревожные опасения по поводу своей способности удовлетворить женщину, страх перед возможной неудачей при половой близости из-за потери эрекции либо ускоренной эякуляции, нарушения межличностной коммуникации и конфликтные отношения в паре, нарастающие негативные эмоции друг к другу и взаимное недоверие. Выявлены такие черты личности, как тревожная мнительность, заниженная самооценка, повышенная склонность к самоанализу, чрезмерная ответственность за успешное осуществление полового акта для поддержания собственного престижа, нереалистичные убеждения и установок в отношении половой жизни и собственных сексуальных возможностей (у 19 из 47 лиц). С помощью шкалы векторного определения половой конституции вычислялся исходный индекс генотипических (векторы I, II, III, IV) и фенотипических (векторы V, VI, VII) значений. Снижение коэффициента фенотипа более выражено, чем генотипа, а индекс половой активности снижен в ~2 раза. То есть конституционально моделированный индекс половой активности у обследуемых не соответствует их сексуальным ожиданиям. Эти данные говорят о приобретенных проблемах в сексуальной жизни и требуют коррекции.

У 28 обследуемых невротическая симптоматика ограничивалась сферой интимных отношений, проявляясь дезавтоматизацией генитальных реакций с ослаблением либо отсутствием эрекции при интроитусе, тревожным ожиданием новых неудач при коитусе и возможных упреков партнерши в сексуальной несостоятельности, ипохондрическими идеями и снижением самооценки. У 19 лиц было выявлено не только нарушение сексуальной функции, но и диагностировано расстройство адаптации. Поскольку имеющаяся у больных психопатологическая симптоматика была тесно связана с хроническим стрессовым фактором, который являлся дополнительным психотравмирующим моментом для обследуемых. Наблюдалась временная взаимосвязь между развитием на фоне половых нарушений симптомов расстройства адаптации (депрессивного настроения, тревоги, беспокойства, чувства неспособности справиться с ситуацией, снижения продуктивности в повседневных делах, склонности к драматическому поведению, всплеск агрессивности) и непо-

* Москва, ММА им. И.М. Сеченова, кафедра «Нелекарственные методы лечения и клиническая физиология»

средственно предшествующих им (в сроки от 2 недель до 3 месяцев) учащением неудачных попыток коитуса и серьезных партнерских конфликтов на грани разрыва отношений. У 5 пациентов ЭД развивалась из-за травматических событий несексуального характера (потеря работы, отчисление из института, смерть близких родственников), причем даже у них наряду с тревожно-депрессивной симптоматикой была сексологическая проблема. Проведены 2 курса восстановительной терапии с использованием элементов шадающих техник мануальной терапии и иглорефлексотерапии (ИРТ). Каждый курс включал по 10–12 процедур мануальной терапии и 10–12 сеансов ИРТ с интервалом в две недели. Первый курс включал техники мануальной диагностики, постизометрической релаксации и антигравитационную аутомобилизацию. Эти техники применялись для снятия мышечно-фасциального напряжения тазовых органов, восстановления нормальной крово- и лимфодинамики, создания комфортного физического состояния. После каждой процедуры на пояснично-крестцовые, подвздошно-крестцовые и крестцово-копчиковые суставы, больные отмечали улучшение настроения, бодрость, «прилив сил» и т.д. Еще использовали ИРТ биологически активных точек. Учитывая, что ЭД относится к синдромам недостаточности меридианов сердца, печени и почек (ИНЬ-синдром), использовали правила восстановления равновесия энергии в этих меридианах. Лечение начинали с точек общего действия (Е-36, TR-5, PC-3) с последующим переходом на местные и отдаленные (R-6, R-11, RP-4, RP-6, I-1, I-2, I-4, E-42, V-62, AP-22, AP-28, AP-33, AP-34, AP-58, AP-98, F-2, F-3, MC-6, MC-7, C-7, IG-4, GI-10, VB-20, VB-43). Чередуя седативное и тонизирующее воздействие, используя по 4–5 точек ежедневно. Применялись также аурикулярные точки 26А, 22, 28, 32, 40, 55, 104, 130.

По окончании 1-го курса терапии у 32 пациентов восстановилась эректильная функция, что способствовало сексуальной гармонии супружеской пары, они отмечали усиление либидо, улучшение психологического состояния. У них появилась уверенность и адекватное отношение к сексуальной жизни, исчезло тревожное ожидание неудачи. У 6 лиц было улучшение эректильной функции, но сохранялось тревожное ожидание неудачи и недовольство сексуальным влечением. Семеро обследуемых были удовлетворены качеством либидо, но высказывали сомнения в качестве адекватных эрекции (незначительное улучшение), при этом подчеркивали, что вступают в половые отношения. Двое отрицали положительную динамику от проведенных процедур, что является статистически не значимым. Второй курс был проведен через две недели по той же схеме с добавлением техники рейола на подвздошных и бедренных артериях.

	Значит. улучшение	Улучшение	Незначит. улучшение	Без динамики
После 1-го курса	32	6	7	2
После 2-го курса	36	7	2	-
Через 6 месяцев	34	3	2	2

Все больные были приглашены на катамнестическое обследование через 6 месяцев. Шесть человек не пришли на повторное обследование. Двое из 36 больных отмечали регресс предыдущего лечебного эффекта, связанный с дополнительной психотравмой. Четверо из 7 заявили о непродолжительности улучшения эректильной функции. Двое из них сообщили об ухудшении сексуальной жизни, выражающийся в снижении либидо. Дополнительные клинико-психологические и лабораторно-диагностические исследования последних, установили, что ухудшение невротического статуса связано с семейно-сексуальными взаимоотношениями половых партнеров.

Комбинированное применение ИРТ и шадающих техник мануальной терапии в коррекции психогенных ЭД у больных с НР является терапевтически эффективным, экономически выгодным и рекомендуется к практическому применению.

Литература

1. Келли Г. Основы современной сексологии / Пер. с англ. – СПб.: Изд. «Питер», 2000. – 896 с.

2. Кибрик Н. Д. Возрастные особенности развития сексуальных дисфункций у мужчин: Дис... д. м. н. – М., 1999. – 55 с.
3. Кочарян Г., Кочарян А. Психотерапия сексуальных расстройств и супружеских конфликтов. – М.: Медицина, 1994. – 224 с.
4. Кротовский Г. С. Лечение сосудистой импотенции. – М.: СПб., 1998. – 160 с.
5. Мазо Е., Гамидов С. Эректильная дисфункция. – М.: Вече, 2004.
6. Мак-Вари К. Эректильная дисфункция: Диагностика и лечение. – М.: Практика, 2004. – С. 46–60.
7. Руководство по урологии / Под ред. Н.А. Лопаткина. – Т. 3. – М.: Медицина, 1998.
8. Старович З. Судебная сексология. – М., 1991. – С. 35–74.

УДК 616.69-008.1:577.175.14

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ПРО- И ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ ПРИ ВАСКУЛОГЕННОЙ ФОРМЕ ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ

А.А. ЕРКОВИЧ*, Ц.С. МАТХЕЕВ#, И.Н. ПЕЧУРИНА*,
Д.Д. ЦЫРЕНДОРЖИЕВ**, И.Е. ШЕЛЯКИН*

Эректильная дисфункция (ЭД) – чрезвычайно распространенное, хроническое и многофакторное нарушение репродуктивной функции мужчин, которая приобрело важное медико-социальное значение во всем мире, поскольку ухудшает качество жизни не только лиц пожилого возраста, но наиболее социально активных и трудоспособных мужчин. Современные исследования, прояснившие истинные причины и механизмы возникновения эрекции показали, что ЭД примерно в 80% случаев является следствием соматических заболеваний. При этом почти во всех эпидемиологических исследованиях, посвященных ЭД, выявлена связь ее возникновения с артериальной гипертензией (АГ), сахарным диабетом, ишемической болезнью сердца (ИБС), атеросклерозом и др. [13]. Среди причин развития ЭД многие авторы особо выделяют хронические воспалительные заболевания мочеполовой системы (уретриты, простатиты и т.д.), вызываемыми инфекциями, в том числе передающимися половым путем [5].

Установлены центральные и периферические механизмы эрекции, что явилось прорывом в понимании сути заболевания. Не ясны вопросы, касающиеся нарушений механизмов эрекции, связанных с системными и местными изменениями реактивных свойств сосудов и гладкомышечной ткани, процессами фиброгенеза и др. Неисследованной областью этиологии и патогенеза ЭД остается нарушение компетентности иммунной системы организма [4], мало изучена роль регуляторных посредников иммунитета – цитокинов. При физиологическом состоянии спектр цитокинов узок, но при стрессе, воспалении, повреждении, опухолеобразовании и др. расширяется их состав, обладающий местной и дистантной (гормональной) активностью [14]. Цитокины продуцируются эндотелиоцитами, кератиноцитами, фибробластами, макрофагами, нейтрофилами, лимфоцитами, тромбоцитами, стромальными и др. [8]. Действие их идет по сетевому принципу, т.е. передаваемая клеткой информация содержится не в индивидуальном пептиде, а в наборе регуляторных цитокинов [9].

В мировой литературе представлены материалы, свидетельствующие об участии цитокинов в регуляции тонуса сосудов при АГ, ИБС и атеросклерозе, при воспалительных и пролиферативных процессах мочеполовой системы мужчин, т.е. при тех заболеваниях, следствием которых является ЭД. Появились результаты исследования по выявлению роли цитокинов в патогенезе ЭД. Особое внимание уделяется противовоспалительному и/или профиброзному цитокину ТФР-β1, т.к. он является одним из ключевых медиаторов, регулирующих фиброгенез [11, 12]. Исследование коммуникативных медиаторов иммунной системы цитокинов установит их роль в механизмах развития ЭД и будет способствовать правильному выбору тактики лечения больных.

Материал и методы. Всего обследовано 76 стационарных больных с васкулогенными формами ЭД, лечившихся в отделении реконструктивно-пластической урологии и андрологии НКБ

* г. Новосибирск, клиническая больница ФГУ «СОМЦ Росздрава»

** г. Новосибирск, ул. ак. Тимакова, 2, 630117, ГУ НЦ клинической и экспериментальной медицины СО РАМН, don@soram.ru

г. Новосибирск, Красный проспект, 52, 630091, ГОУ ВПО Новосибирский ГМУ РЗ, tsyren@aport.ru