

Междисциплинарный подход к диагностике и лечению сексуальных дисфункций у больных хроническим простатитом

Interdisciplinary approach in diagnostics and treatment of sexual dysfunctions in patients with chronic prostatitis

V.A. Choldnyi

Currently, the medical help to patients with sexual dysfunctions is provided based on the rather old methodology. The message of the interdisciplinary approach is based on the important understanding, that sexual pathology can not be managed by one of the isolated clinical subdisciplines, including urology, while it needs it's own methodology, specific methods of investigations and treatment.

In this article we present the classification of sexual dysfunctions due to chronic prostatitis, which embrace two mechanisms, specific – as a part of ejaculation alteration, and non-specific – as a consequence of the pathologic dominant formation to sensory income, somathogenic mental disorders and detraining syndrome. Mostly the somathogenic mental disorders are asthenic, depressive, hypochondriac and phobic syndromes. It should be noted, that the presence of chronic prostatitis doesn't exclude other etiologic causes of sexual dysfunction: pharmacogenic, organic (somatic and mental), imaginary, sexual disharmonies. The role of the urologist in this group of patients is to estimate the necessity and the tactics of the treatment for prostatitis and other organic causes of sexual dysfunction, while further he must refer the patient to the sexologist. Drawing a conclusion, it is necessary to keep to the optimal ratio between the treatment of organic cause and specific sexology methods, especially body-oriented psychotherapy.

В. А. Холодный

Центральный клинический санаторий им. Ф. Э. Дзержинского ФСБ России.

Сексуальные расстройства при хроническом простатите встречаются в 41-78% случаев [1, 2]. Отсутствие надежных популяционных исследований об их общей распространенности не позволяет сделать вывод о причинно-следственной связи между этими патологическими состояниями. Медицинская помощь таким пациентам оказывается урологами на основе устаревших методологических позиций. В современной науке представление о том, что сексуальные расстройства являются следствием заболеваний половых органов, сформировалось в середине XIX века после работ L'Allemand C., 1836; Drysdale Ch., 1854 и др. Это отражает монодисциплинарную концепцию, прочно закрепившуюся в общественном сознании, современной практике оказания медицинской помощи и научной деятельности.

После публикации первых в СССР руководств для врачей по общей и частной сексопатологии под редакцией проф. Васильченко Г. С. в 1977 и 1983 гг. в отечественной сексопатологии получил развитие междисциплинарный подход. Сущность его в том, что понимание сексуальных расстройств не обеспечивается ни одной из смежных специальностей (урологией, гинекологией, эндокринологией, психиатрией, неврологией), а требует собственного категориального аппарата, специфических методов обследования и лечения, качественно отличающихся от таковых у других специальностей [3].

Так как, чаще всего, сексуальные дисфункции интерпретируются урологами как проявление хронического простатита, представляется важным на основе междисциплинарного подхода определить взаимоотношения между этими состояниями для выработки оптимальной тактики ведения больных.

Проанализированные нами многочисленные публикации по этому вопросу либо основаны на устаревших методологических позициях, либо содержат сложные теоретические модели без доступных практическому врачу методов их клинической верификации, а потому малоприменимы. Рассмотрим классификацию сексуальных дисфункций с позиций междисциплинарного подхода.

КЛАССИФИКАЦИЯ СЕКСУАЛЬНЫХ ДИСФУНКЦИЙ

Все сексуальные расстройства подразделяются на: 1) нарушения психосексуального развития: полового самосознания, половой роли, психосексуальной ориентации и сексуальных предпочтений; 2) сексуальные дисфункции – расстройства основных проявлений сексуальности: интенсивности полового влечения, сексуального возбуждения, оргазма и сексуальные болевые расстройства.

Нами используется классификация сексуальных дисфункций, основанная на Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем,

10 пересмотра (МКБ-10), Руководстве по диагностике и статистике психических расстройств в четвертой пересмотренной редакции (DSM-IV-TR) Американской психиатрической ассоциации, классификации сексопатологии Васильченко Г. С. [3] и классификации оргазмических дисфункций Екимова М. В. [4]. Расстройства, с которыми при хроническом простатите пациенты не обращаются, мы опустили.

I. Типологическая (феноменологическая) классификация характеризует проявление сексуальной дисфункции. Этот принцип положен в основу классификации сексуальных дисфункций в разделе F52 МКБ-10.

1. Расстройства интенсивности полового влечения.

1.1. Снижение полового влечения, связанное со снижением желания сексуальной близости.

1.2. Снижение полового влечения, связанное с отвращением к сексуальным контактам.

1.3. Утрата полового влечения, связанная с отсутствием желания сексуальной близости.

1.4. Утрата полового влечения, связанная с отвращением к сексуальным контактам.

2. Расстройства сексуального возбуждения – эректильная дисфункция.

3. Расстройства оргазма.

3.1. Преждевременная эякуляция.

Данный термин, отраженный в МКБ-10, имеет историческое происхождение. Правильно было бы формулировать расстройство как преждевременный оргазм, так как эякуляция преждевременно наступает не изолированно, а как компонент оргазма.

3.2. Брадиоргазмия – оргазм наступает редко (менее 80% от всех половых актов) или с большими усилиями.

3.3. Гипооргазмия – снижение яркости оргазма.

3.4. Анооргазмия – отсутствие или утрата способности к достижению оргазма.

4. Диспареунии (сексуальные болевые расстройства) – боль в половых органах при половом акте. К этой группе относится болезненная эякуляция.

Далее обратим внимание на нарушения, связанные с копулятивным циклом, но не относящиеся к сексуальным дисфункциям. Приапизм и гемоспермия – исключительно органические расстройства. Анэякуляция

(аспермия) и олигоспермия также имеют органический генез, но могут нарушать сексуальность через гипоргазмию. Посткоитальная гениталгия бывает как органической, так и психогенной, может нарушать сексуальность или быть проявлением истинной сексуальной дисфункции, например, снижения полового влечения, связанного с отвращением к сексуальным контактам.

II. Динамическая классификация – по отношению к началу половой жизни.

1. Первичные расстройства, возникшие с начала половой жизни.

2. Вторичные расстройства, возникшие после периода нормальной половой жизни.

В англоязычной литературе первичные расстройства иногда называются врожденными, а вторичные – приобретенными [5]. Использование данной терминологии семантически ошибочно, так как сексуальность и сексуальные дисфункции формируются в онтогенезе в процессе психосексуального развития, т. е. всегда являются приобретенными.

III. По селективности.

1. Ситуационные – возникающие с определенным партнером или в определенной ситуации.

2. Генерализованные – возникающие всегда.

IV. По причинно-следственным связям. Если имеется сочетание нескольких сексуальных дисфункций, то можно либо выделить основную и осложнение основной, например, из-за семейных конфликтов может снизиться влечение (основное сексуальное расстройство – снижение полового влечения), а затем и нарушиться оргазм (осложнение основного расстройства – брадиоргазмия). Как и в соматической медицине, может быть так, что несколько дисфункций являются конкурирующими расстройствами, то есть без причинно-следственной связи между ними, либо несколько дисфункций – проявление одного органического расстройства, например, при возрастном дефиците возникают снижение либидо, эректильная дисфункция, гипоргазмия, брадиоргазмия.

V. Этиопатогенетическая классификация.

1. Мнимые сексуальные расстройства. Относятся в рубрику F52.8 МКБ-10.

2. Истинные сексуальные дисфункции – не обусловленные органическими нарушениями или болезнями (соматическими или психическими). Именно эти расстройства относятся к разделу F52 МКБ-10.

Некоторые авторы называют эту группу психогенными сексуальными дисфункциями [4, 5, 6]. Эта формулировка нам кажется не совсем удачной по следующим основаниям. Во-первых, термин «психогенный» имеет два значения: 1) обусловленный психологической травмой [7]; 2) имеющий психическое происхождение [8]. Как станет понятно ниже, не все истинные сексуальные дисфункции обусловлены психотравмами. Во-вторых, сексуальная дисфункция вследствие реактивного психоза или шизофрении по этиологии является психогенной, но, согласно этиопатогенетической классификации и по МКБ-10, будет относиться к группе симптоматических сексуальных дисфункций, так как обусловлена психиатрическим заболеванием. Таким образом, термин психогенные сексуальные дисфункции шире термина истинных сексуальных дисфункций.

3. Симптоматические сексуальные дисфункции – обусловленные органическими нарушениями или болезнями (соматическими или психическими). В этом случае сексуальные дисфункции отражаются в диагнозе после указания заболевания или расстройства, которое их вызвало, через двоеточие. По МКБ-10 учитываются не самостоятельно в разделе F52, а по заболеванию и расстройству, которое их вызвало.

4. Сексуальные дисгармонии – нарушение сексуального взаимодействия в паре, которое вызывает недовольство партнеров существующими интимными отношениями. Могут приводить либо к мнимым, либо к истинным сексуальным дисфункциям.

Возможны этиопатогенетически смешанные варианты.

Несмотря на наличие пяти компонентов сексологического диагноза по данной классификации, для формулирования четырех первых и части пятого – не требуются дополнительные методы обследования, а достаточно использование клинко-сексологического метода, который будет описан в следующем разделе. ■

МЕХАНИЗМЫ ФОРМИРОВАНИЯ СЕКСУАЛЬНЫХ ДИСФУНКЦИЙ ВСЛЕДСТВИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ПРОСТАТИТА

На первый взгляд отнесение сексуальных дисфункций вследствие хронического простатита к симптоматическим очевидно. Однако представляется важным обратить внимание на три замечания. Во-первых, механизмы развития «хронический простатит → сексуальная дисфункция» могут быть различными, а значит, будет отличаться и лечение. Во-вторых, не обязательна каузальная связь «хронический простатит → сексуальная дисфункция». По данным Ворника Б. М. [9], полученным в Киевском центре сексологии, андрологии и репродукции, у 63 % больных с органическими заболеваниями, сочетающимися с сексуальными дисфункциями, после обследования сексуальные дисфункции признаются психогенными. В-третьих, даже при наличии указанной связи не исключаются иные этиопатогенетические факторы в формировании сексуальной дисфункции. При оценке положительных результатов лечения сексуальных дисфункций урологическими методами, направленными на патологию в предстательной железе, необходимо принимать во внимание, что в подавляющем большинстве статей, описывающих эффективность такого лечения, отсутствуют данные об отдаленных результатах. Кроме того, при слепых плацебо контролируемых испытаниях новых лекарственных препаратов для лечения эректильной дисфункции положительный эффект плацебо достигается у 25-30 % больных [10].

Следовательно, диагностику необходимо вести по двум направлениям: отдельно применять специальные методы для диагностики хронического простатита (пальпация предстательной железы, микроскопия, бактериологическое, ИФА, ПЦР исследования секрета предстательной железы на инфекции, УЗИ, урофлоуметрия) и отдельно - специфические методы диагностики сексуальных дисфункций, среди которых клиничко-сексологический метод является основным.

Последний построен на беседе, в процессе которой субъективное ис-

следование (жалобы, анамнез заболевания и анамнез жизни) имеет сексологическую направленность. При сборе жалоб выясняется эмоциональное и рациональное отношение пациента к расстройству. При оценке психосексуального развития обращается внимание на сексуальные психотравмы, воспитательные программы, половые роли родителей, взаимоотношения родителей между собой и с пациентом, сформировавшиеся осознаваемые и неосознаваемые сексуальные сценарии, диагностируемые при анализе мастурбаторных фантазий, возбуждающих сцен в художественной литературе, фильмах, в том числе эротических, снов. Половая жизнь изучается в парном контексте: от кого исходит инициатива, мотивы, как происходит докоитальное взаимодействие, течение каждой из стадий копулятивного цикла, настроение после его завершения, удовлетворенность, проявление сексуальных абстиненций. Выявляются личностные, партнерские и ситуационные факторы, тормозящие сформированную сексуальность и приводящие к сексуальным неврозам. Оценивается половая конституция. Хорошую информацию дает оценка несексуальных брачных факторов: физического, материального, культурального, бытового, микросоциального, психологического. Как видно, объем обследования при клиничко-сексологическом методе достаточно большой. Не обязательно получать все данные при первой встрече. Главное - не ограничиться методами диагностики соматической патологии.

Для диагностики иных заболеваний и расстройств, могущих привести к сексуальным дисфункциям, могут потребоваться дополнительные обследования и консультации соответствующих врачей-специалистов. Далее рассмотрим механизмы формирования сексуальных дисфункций вследствие хронического простатита. Мы специально опускаем множество существующих сложных теоретических моделей, группируя механизмы по критерию клинической значимости, то есть в какой мере выявление определенного механизма отразится на тактике ведения пациента.

I. Специфические механизмы реализуются через нарушение одной из составляющих копулятивного цикла:

нейрогуморальной, психической, эрекции, эякуляторной. Определенная болезнь нарушает строго определенную составляющую. Вследствие хронического простатита специфически поражается только эякуляторная составляющая. В результате воспаления задней уретры или семенного бугорка возникает болезненная эякуляция. В стадии склероза хронического простатита, вследствие олигоспермии, может возникать гипооргазмия. Так как на долю секрета простаты приходится 20-35 % объема эякулята, то необходимо исключить и иные причины олигоспермии: обструкцию эякуляторного протока, эякуляторную дисфункцию [11], гипогонадизм. Других доказанных специфических механизмов при хроническом простатите нет.

II. Неспецифические механизмы. В отличие от специфических механизмов нарушение сексуальности происходит вследствие общебиологических закономерностей развития болезни. Здесь действует принцип: «Ни одно заболевание сексуальность не улучшает». Одно и то же заболевание может поражать разные составляющие копулятивного цикла. Выделяются три неспецифических механизма.

1. Через формирование патологической доминанты вследствие болевого или дизурического синдромов. Патологическая доминанта боли или дизурии подавляет сексуальность. Подкрепление доминанты происходит, если половая жизнь провоцирует усиление субъективных проявлений. В результате пациент начинает избегать половой жизни. Этот механизм действует и при посткоитальной гениталгии, которая, однако, может быть исключительно психогенной, но из-за неполной диагностики интерпретироваться пациентом и врачом как проявление простатита.

2. Через формирование соматогенных психических расстройств. Эти расстройства возникают вследствие 1) действия органических факторов заболевания, 2) психогенных переживаний по поводу факта заболевания и опасений за его исход. Психические расстройства вследствие действия органических факторов трудно отделить от психогенных переживаний по поводу соматического заболевания. Органическими факторами, кроме бо-

левого и дизурического синдромов, может быть синдром интоксикации, возникающий при обострении хронического бактериального простатита II (НИИ, 1995) или при склерозе предстательной железы с развитием инфравезикальной обструкции и хронической почечной недостаточности.

Доля органического компонента в возникновении соматогенных психических расстройств, по сравнению с неурологическими соматическими заболеваниями, невелика. Однако специфическая локализация патологического процесса и субъективных проявлений хронического простатита, социальные и научные предрасположенности, информационные ятрогении, коммерциализация медицины, агрессивная реклама потенцируют психогенные переживания и направляют острые соматогенные психические расстройства на сексуальность. По данным упомянутого доклада Ворника Б. М. [9] в 67 % случаев хронический простатит является психогенией или информационной ятрогенией. Особенно уязвимы пациенты с неблагоприятным преморбидным фоном, который будет охарактеризован при описании истинных невротических сексуальных дисфункций.

Остановимся на наиболее распространенных соматогенных психических расстройствах при хроническом простатите.

Астенический синдром. В его проявления укладываются свыше 60% жалоб в медицине. Обязательными признаками являются: 1) истощаемость (утомляемость) со снижением психической и физической выносливости, 2) психическая гиперестезия, 3) вегетативные расстройства: учащенное мочеиспускание, желудочная и кишечная диспепсия, колебания артериального давления, вплоть до обмороков, сердцебиение, потливость, «приливы» жара к верхней половине тела, головокружение, мышечная слабость. Зачастую отмечают лабильность настроения со склонностью к тоске, инверсия суточного ритма сна, кошмарные сновидения, исчезновение ощущения отдыха после сна. Из-за психической истощаемости ослабевает эмоциональное реагирование на сексуальные воздействия («Нет сил на эмоциональное реагирование»).

В развитии синдрома выделяют три формы и стадии. При гиперстени-

ческой – возникают раздражительность, гиперестезия: становятся неприятными обычные шумы (шум проезжающих машин за окном), свет (от уличного фонаря, луны ночью), разговоры окружающих, прикосновение одежды, сон становится поверхностным. Легко появляются смех и слезы. Работоспособность снижена вследствие рассеянности. Эрекция становится нестойкой. В стадии раздражительной слабости (переходной) раздражительность и гиперестезия сочетаются с утомляемостью. Утрачивается способность контролировать внешние проявления собственных эмоций. Нестойкость эрекции может сочетаться с преждевременной эякуляцией. В гипостенической стадии человек постоянно ощущает общую слабость, разбитость, усталость, утомляемость, вялость, сонливость, подавленность, снижение интереса к окружающему. Аппетит снижен. Из-за психической истощаемости снижается внимание, ослабевает память, замедляется мышление. Из-за нетерпеливости больные не переносят ожидания и нахождения в очереди. Половое влечение снижается или утрачивается.

Кроме соматических заболеваний причинами астенического синдрома могут быть длительные индивидуально непереносимые или чрезмерные физические и психические перегрузки, гипо-, авитаминозы, интоксикации (за счет повышения расхода витаминов возникает гиповитаминоз), черепно-мозговые травмы, невротические расстройства. Большинство психических болезней могут дебютировать астенией до развития психотических синдромов. Так как утомление зачастую выдвигается пациентами в качестве причины сексуальной дисфункции, представляется важным заметить, что, во-первых, если человек постоянно утомляется, то для этого имеются глубинные (неосознаваемые) причины, среди которых, согласно нашим исследованиям, – недоверие к коллегам, заниженная самооценка, уход от решения серьезной жизненной проблемы, гиперкомпенсация неудовлетворенной потребности, ограниченность духовного развития, работа «не по душе» (в этом случае утомление носит психологический характер – усталость).

Во-вторых, часто имеется не истинное влияние утомления на половую жизнь, а неосознаваемое использование соответствующих мифов (сексуальная активность требует очень больших затрат энергии) для достижения и оправдания своих целей [12]: избегание половой близости из-за утраты привлекательности партнера, сексуальной дисгармонии, страх перед неудачей в половом акте, оправдание монотонной, эмоционально обедненной или стереотипной половой жизни.

Депрессивный синдром. Типичная депрессивная триада складывается из патологически сниженного настроения, замедленной двигательной активности, замедленного мышления. Важным механизмом развития сексуальных дисфункций является, так же как и при астеническом синдроме, подавление эмоционального реагирования на сексуальные воздействия. В общественном сознании, среди врачей (во многом в результате неправильных сведений из средств массовой информации, организованной деятельности фармацевтических компаний, распространяющих антидепрессанты, а также, следуя «моде») любое снижение настроения интерпретируется как депрессия. Между тем, при депрессии снижение настроения носит стойкий характер, не зависящий от внешних условий: ничто не может обрадовать человека. При хроническом простатите депрессия имеет невротический уровень, а потому такие пациенты редко попадают в поле зрения психиатров, как это бывает при психотической депрессии. Особые трудности возникают при диагностике маскированной депрессии, когда пациент жалуется не на снижение настроения, а на соматические нарушения или психопатологические расстройства невротического регистра. Такие пациенты длительно и безнадежно обследуются и лечатся у специалистов соматического профиля, в том числе по поводу «хронического простатита», меняют лечебные учреждения, профиль врачей, однако лечение не приносит результата. При внимательном опросе можно узнать о неспособности больного испытывать радость – ангедонии, ощущении безнадежности, стремлении уйти от

общения; любимая работа, занятия, домашние заботы начинают тяготить. О депрессии могут свидетельствовать изменения аппетита, массы тела, строения сна.

Ипохондрический синдром – необоснованное, чрезмерное беспокойство о собственном здоровье, убежденность в несуществующем заболевании, фиксация внимания на физических ощущениях. Включает триаду: неприятные, болезненные ощущения и расстройства, нарушения мышления, эмоциональные нарушения в виде сниженного настроения, в том числе страхи, тревоги. Нарушения мышления проявляются в форме патологических, т. е. лишенных реального основания и не соответствующих тяжести заболевания сомнений или сверхценных идей. При последнем варианте пациенты прилагают невероятные усилия для «выздоровления», настаивают на разнообразных обследованиях, нередко хорошо осведомлены о проявлениях, методах диагностики и лечения своих недугов, вырабатывают собственные системы оздоровления, отстаивают свою правоту, не принимают иную, отличную от собственной, интерпретацию своего состояния, зачастую обращаются с жалобами на врачей, «плохо» их лечащих. Описаны ипохондрические идеи у больных хроническим простатитом: мужская неполноценность, неизлечимость недуга, неизбежность распада семьи, потеря социальной значимости, утрата жизненного смысла, бесперспективность своего существования. «Ипохондрическая готовность» с фиксацией на малейших ощущениях в половых органах – распространенная преморбидная особенность личности этих пациентов [13].

Фобический синдром. К сексуальным дисфункциям ведут эротофобия и коитофобия. Наиболее распространенные фабулы этих страхов: 1) страх нарушения сексуальности вследствие хронического простатита: любое физиологическое изменение сексуальности интерпретируется как последствие хронического простатита; 2) страх ухудшения течения хронического простатита (появления боли, усиления дизурических нарушений) вследствие половой жизни - так бывает при наличии в анамнезе болезненной эякуляции или постко-

итальной гениталгии. Сексуальные дисфункции при фобическом синдроме формируются посредством следующих механизмов: 1) через избегающее секса поведение - отсутствие конфронтации с источником страха, то есть сексуальной активностью, закрепляет расстройство; 2) через формирование синдрома тревожного ожидания неудачи, при котором вегетативные реакции и ранее автоматизированные (неосознаваемые) нормальные сексуальные явления и поведение попадают под избыточный контроль сознания. Появляются неуверенность, тревога, сверхценные идеи о возможной неудаче, человек начинает следить за собой, прилагать усилия, стараться, что дезорганизует налаженную работу функциональной системы, обеспечивающей сексуальность. Однажды возникшие срыв, неудача, обычно сопровождающиеся растерянностью, чувством стыда, закрепляют расстройство [12]. Затем присоединяется первый механизм – избегающее поведение.

Таким образом, если у пациента с хроническим простатитом нет болевого, дизурического синдромов или интоксикации, то можно констатировать, что сексуальная дисфункция является либо психогенной, либо ее причиной является другое заболевание или синдром.

Вместе с тем, при анализе анамнезов заболеваний Ворником Б. М. [9] установлено, что у 77 % мужчин с жалобами на слабость эрекции лечение урологами начиналось с антибактериальной терапии (?).

Все описанные психопатологические синдромы не являются специфическими, а могут быть проявлением неврозов, психозов, психопатий, поражений головного мозга в результате инфекционных, травматических, сосудистых, интоксикационных воздействий, онкологических заболеваний.

3. Синдром детренированности – нарушение сексуальной функции после перерыва в половой жизни вследствие стационарного лечения или запретов врача. Отсутствие функции ведет к реактивной перестройке систем регуляции организма. В научной литературе отсутствуют исследования, подтверждающие патогенез феномена Белова (1912 г.) (предполагалось, что при отсутствии половой

жизни накапливающийся секрет простаты всасывается в кровь и тормозит эндокринную функцию яичек) [3]. В пожилом возрасте на фоне других соматических заболеваний, нарушающих сексуальность, половое влечение может исчезнуть. Данный синдром может возникнуть не только как симптоматическая сексуальная дисфункция, но и вследствие иных причин: длительная командировка, разлука, беременность, болезнь супруги.

ЭТАПЫ ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ СЕКСУАЛЬНЫХ ДИСФУНКЦИЙ

1. Мнимые сексуальные дисфункции. Развиваются вследствие искаженной информации, полученной от сексуального партнера, родственников, социального окружения, врача, из средств массовой информации. К не критической оценке могут предрасполагать преморбидные особенности личности: интеллектуальное снижение акцентуации, психастеническая психопатия, тревожная мнительность, сниженная самооценка. Варианты расстройства: 1) с неадекватной личностной реакцией на естественные физиологические колебания сексуальных проявлений, 2) с преобладанием неправильного поведения одного или обоих партнеров или сексуальных дефектов женщины, 3) с преобладанием чрезмерных требований к себе, 4) с отнесением к себе воображаемых изъянов [3]. Хотя расстройства мнимые, но вызывают реальные страдания пациента, нарушают его психологическое равновесие. Лечение их бывает сложным. Могут перейти в истинные расстройства.

После того, как врачу стало понятно, что расстройство не является мнимым, можно исключить несколько простых для диагностики симптоматических сексуальных дисфункций.

2. Симптоматические фармакогенные сексуальные дисфункции. По справедливому утверждению специалистов, занимающихся изучением экологии человека, необоснованное и бесконтрольное применение лекарств является самой крупной экологической катастрофой в человеческой популяции. Перечень

препаратов, вызывающих сексуальные дисфункции, приводится в таблице [5, 14, 15].

3. Симптоматические сексуальные дисфункции, обусловленные бытовыми, производственными интоксикациями, радиоактивным излучением. К бытовым интоксикациям относятся прием алкоголя, наркотиков, табакокурение. Так, разовый прием алкоголя повышает половое влечение, но снижает эрекцию. Производственные интоксикации могут быть обусловлены воздействием тетраэтилсвинца и другими соединениями свинца, соединениями ртути [3].

4. Сексуальные дисгармонии. У каждого из партнеров сексопатология отсутствует. Данное расстройство всегда ситуационное, то есть с другими партнерами проявлений сексуальных дисфункций не будет. Подразделяются на социально-психологические (неодинаковое отношение к сексу, сценарные предпочтения), физиологические (разные половые конституции), технические (разные позиции, вызывающие адекватную эрогенную стимуляцию) [12].

На следующем этапе диагностируются истинные сексуальные дисфункции.

5. Истинные сексуальные дисфункции подразделяются на две группы.

5.1. Дизонтогенетические дисфункции - нарушения психосексуального развития, не соответствующие нормативному партнерскому сексу. Дизонтогенез включает:

- краевые (пограничные) нарушения психологического компонента психосексуального развития: полового самосознания, половой роли, психосексуальной ориентации и сексуальных предпочтений. В отличие от ядерных нарушений пациент не осознает или недооценивает факт отклонений, а потому и жалуется не на девиации психосексуального развития, а на сексуальные дисфункции [4]. Так, осознавая свой морфологический пол, на уровне фантазий мужчина может предпочитать противоположное по лороловое поведение, в том числе в сексе. Именно пассивная роль при активности женщины будет возбуждать такого мужчину. Данный вид нарушений обладает высокой резистентностью к лечению;

- нарушения телесного компонента

Таблица 1. Лекарственные препараты, вызывающие сексуальные дисфункции

Транквилизаторы
Нейролептики
Антидепрессанты
Антиандрогены
Кортикостероиды
Холинолитики
β-адреноблокаторы
Фентоламин
Симпатолитики
Верапамил
Гипотиазид
Спиронолактон
Дигоксин
Индометацин
Теofilлин
Метоклопрамид
H2-блокаторы
Кетоконазол
Флуконазол
Антиконвульсанты
Фибраты

психосексуального развития, проявляющиеся неадекватностью эрогенных зон (выделена Екимовым М. В. [4]). Например, преждевременная эякуляция вследствие сформировавшейся в процессе психосексуального развития привычки (стереотипа) быстрого достижения оргазма.

5.2. Невротические дисфункции (сексуальные неврозы, неврозы с первичным, непосредственным поражением сексуальной сферы) - психогенное искажение сексуальных реакций. Для формирования невроза необходимы два условия.

1. Сексуальная психотравма, лично значимая для больного. Диапазон психотравмирующих воздействий чрезвычайно широк: страх неудачи, излишний контроль полового акта, обиды, измены. Психотравмирующее воздействие могут оказывать глубинные (неосознаваемые) конфликты: брак по расчету, экзистенциальные различия, отчуждение в отношениях, непризнание мужчины в статусе хозяина семьи, соответствующего «мужской роли».

2. Преморбидный фон:

- отягощенный сексологический анамнез: гипогонадизм, слабая половая конституция, половое воспитание, искажающее сексуальное развитие, негативный сексуальный опыт;
- личностные особенности: акцентуации характера;
- психопатологическая отягощенность (до 78% больных хроническим простатитом) [2, 13];
- черепно-мозговая травма в анамнезе;
- функциональное состояние организма: пубертатный период, утомление, недостаток сна, психологическое напряжение несексуального характера, гиповитаминоз, тяжелые соматические заболевания, интоксикации, алкоголизм, наркомания.

Сексуальные дисфункции могут сформироваться от несексуальных неврозов с вторичным вовлечением сексуальной сферы: неврастении, истерии, невроза навязчивых состояний. В этом случае, хотя сексуальная дисфункция также является психогенной, но относится уже к симптоматическим сексуальным дисфункциям вследствие невроза. Соответственно, психотравма будет носить несексуальный характер.

5. Симптоматические сексуальные дисфункции. Перечень заболеваний этой группы огромен. В 80% причинами симптоматических эректильных дисфункций являются сахарный диабет, артериальная гипертензия, приводящие к микроангиопатии, табакокурение, приводящее к пенильному ангиоспазму, и атеросклероз внутренних подвздошных и пенильных артерий [15]. В пожилом возрасте частая причина – приобретенный андрогенный дефицит. Уже после 30 лет клинически выраженный приобретенный андрогенный дефицит встречается с частотой 7-30% [14]. Практически у всех больных с депрессивным синдромом, описанным выше, отмечаются сексуальные дисфункции.

С позиций междисциплинарного подхода к оценке выявленных органических расстройств или заболеваний (соматических или психических), могущих нарушать сексуальную функцию, необходимо обратить внимание на следующие положения. Во-первых, так как обнаружение органических расстройств или заболеваний не

исключает их сочетание с истинной сексуальной дисфункцией, то описанный алгоритм диагностики необходимо выполнять полностью, а не останавливаться на констатации симптоматической дисфункции. Во-вторых, причиной клинических проявлений, которые укладываются в критерии хронического простатита ИШВ / невоспалительного синдрома хронической тазовой боли (NIH, 1995), могут быть недиагностированные заболевания и расстройства, которые одновременно вызывают и сексуальную дисфункцию [16, 17]. Например, истерический невроз (конверсионное расстройство), маскированная депрессия и др.

6. Синдром дезактуализации сексуального поведения может быть отнесен к разным этиопатогенетическим группам сексуальных дисфункций. Возникает в результате 1) инвалидизирующих или опасных для здоровья заболеваний: потеря зрения, конечности, орхэктомия, эпицистостомия, онкологическое заболевание; 2) занятости решением важной задачи: подготовка к операции, уход за тяжело больным, судебное разбирательство, воплощение творческого замысла, защита диссертации; 3) изменения системы ценностей. Каждая из причин придает синдрому специфику патогенеза и проявлений. Так, потеря зрения приводит к утрате важного визуального канала сексуального возбуждения. При подозрении или обнаружении онкологического заболевания (у больных хроническим простатитом частая ситуация - при повышении простатспецифического антигена крови) сознание человека занято этим недугом, обследованием, лечением, предстоящей операцией, перспективами дальнейшей жизни, что может стать более важным для него, чем половая жизнь.

Очевидно, что правильный и точно сформулированный диагноз – залог успешного лечения.

ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ СЕКСУАЛЬНЫХ ДИСФУНКЦИЙ

Междисциплинарный подход состоит в выборе оптимального соотношения между методами лечения имеющегося органического наруше-

ния или болезни (соматической или психической) и специфических сексологических методов. Не вызывает сомнения, что при симптоматических сексуальных дисфункциях купирование субъективных проявлений заболевания (боли, дизурии) приводит к устранению сенсорного психотравмирующего компонента, что создает благоприятный фон для лечения сексуальных дисфункций.

Классификация методов лечения сексуальных дисфункций.

I. По воздействию на уровень организации живого.

1. Биологические: операции, медикаменты, физические тренировки, физиопроцедуры.

2. Психологические.

2.1. Патогенетическая психотерапия: разъяснительная, аналитическая, глубинная.

2.2. Тренинговая (обучающая, бихевиоральная) психотерапия.

3. Телесные (секс-терапия): десенсибилизирующая, сценарно-ориентированная, реконструктивная (тренинговая, обучающая), поведенческая, реактивирующая, компенсаторная, адаптирующая, заместительная секстерапия [4, 18-20].

II. По уровню воздействия на расстройство: этиологические, патогенетические и симптоматические.

Такое разделение носит условный характер, так как в реальном лечебном процессе различные методы лечения взаимопроникают. Так, все упражнения секстерапии не делимы от обсуждения психосексуальных затруднений, осмысления их причин, понимания партнерских факторов и т.д. С другой стороны, и вербальная психотерапия без вовлечения телесного компонента сексуальной дисфункции мало эффективна. Именно поэтому в настоящее время широко используется понятие, объединяющее психологические и телесные методы лечения, – телесно-ориентированная психотерапия. При невозможности вылечить, устранить расстройство применяются компенсаторные, адаптирующие, заместительные методы реабилитации. При сексуальных дисгармониях эффективна супружеская [21] или парная психотерапия.

Очевидно, что при симптоматических сексуальных дисфункциях

вследствие хронического простатита специфическое сексологическое лечение будет зависеть от механизма развития дисфункций. При олигоспермии, сопровождающейся гипоргазмой, применяется реабилитация, направленная на усиление сексуальной стимуляции, развитие красочности сексуальных переживаний. При формировании патологической доминанты – десенсибилизирующая, отвлекающая терапия. При соматогенных психических расстройствах лечение будет определяться типом расстройства. При синдроме детренированности необходима реактивирующая телесно-ориентированная психотерапия.

Арсенал симптоматических медикаментозных методов лечения исчерпывается ингибиторами фосфодиэтилэстеразы 5 типа, антидепрессантами, ингибирующими обратный захват серотонина, и местными анестетиками. Ненаркотические анальгетики могут быть отнесены к данной группе лишь с формальных позиций, так как практически при анализируемой патологии неприменимы.

Урология – это не только специальность соматической медицины, но это еще и хирургическая специальность. Специфика мышления уролога ставит неорганические расстройства на последнее место по значимости в нарушении здоровья. Применительно к сексуальным дисфункциям ситуация обратная: чем меньше органических причин сексопатологии удастся обнаружить, тем более тонкие психологические инструменты необходимы для диагностики, лечения и реабилитации.

Если уролог не владеет специфическими сексологическими методами диагностики и лечения, то при наличии сексуальной дисфункции у больного хроническим простатитом он должен оценить необходимость и тактику лечения хронического простатита, других органических причин сексуальной дисфункции, при необходимости (а не на всякий случай) назначить лечение органической патологии, а для ведения сексуальной дисфункции направить пациента к врачу-сексологу. Так как психотерапия сексуальных дисфункций должна быть телесно ориенти-

рованной, то помощь психотерапевта в лечении сексуальной дисфункции будет мало эффективной.

Сексуальные дисфункции при хроническом простатите развиваются по специфическому механизму вследствие поражения эякуляторной составляющей, по неспецифическим механизмам вследствие формирования патологической доминанты на сенсогенные воздействия, сомато-

генных психических расстройств и синдрома детренированности. Верификация диагноза хронического простатита не исключает иные этиопатогенетические формы сексуальных дисфункций: фармакогенные, вследствие других органических нарушений и болезней (соматических и психических), мнимые, истинные сексуальные дисфункции, сексуальные дисгармонии. Понимание сексопатологии не обеспечивается ни одной из смежных специальностей

(урологией, гинекологией, эндокринологией, психиатрией, неврологией), а требует собственного категориального аппарата. Междисциплинарный подход к ведению сексуальных дисфункций состоит в сочетании специальных методов обследования и лечения органических нарушений и болезней (соматических и психических), клиникосексологического метода обследования и специфических сексологических методов лечения. ■

Ключевые слова: сексуальные дисфункции, хронический простатит, междисциплинарный подход, секс-терапия, телесно-ориентированная психотерапия.

Key words: sexual dysfunction, chronic prostatitis, interdisciplinary approach, sex-therapy, body-oriented psychotherapy.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ефремов Е. А., Ковалев В. А., Королева С. В. и др. Хронический простатит и сексуальная дисфункция // *Материалы Всероссийской конф. «Мужское здоровье»* – М., 2003. С. 64-65.
2. Ткачук В. Н. Хронический простатит. – М.: Медицина для всех, 2006. 112 с.
3. Сексопатология: справочник / Под ред. Г. С. Васильченко. М.: Медицина, 1990. 576 с.
4. Екимов М. В.оргазмические дисфункции у женщин: пособие для врачей. СПб.: ИД СПбМАПО, 2011. 302 с.
5. Каплан Г. И., Сэдок Б. Дж. Клиническая психиатрия: пер. с англ.: в 2 т. Т. 1. М.: Медицина, 1998. 672 с.
6. Руководство по сексологии / Под ред. С. С. Либиха. СПб.: Питер, 2001. 480 с.
7. Энциклопедический словарь медицинских терминов: в 3 т. Т. 2. М.: Советская энциклопедия, 1983. 448 с.
8. Большой толковый медицинский словарь (Oxford): пер. с англ.: в 2 т. Т. 1. М.: Вече, АСТ, 1998. С. 200-201.
9. Солодова А. А. Андрология – взгляд в будущее. VII Международный Конгресс Профессиональной ассоциации андрологов России (ПААР) // *Урология сегодня*. 2012. № 3 (19). С. 10-12.
10. Paick JS, Kim SW, Yang DY, Kim JJ, Lee SW, Ahn TY, Choi HK, Suh JK, Kim SC. The efficacy and safety of Udenafil, a new selective phosphodiesterase type 5 inhibitor, in patient with erectile dysfunction // *J Sex Med*. 2008. Vol. 5, N 4. P. 946-953.
11. Андрология: клинические рекомендации / Под ред. П. А. Щеплева. М.: ИД «Медпрактика-М», 2012. 156 с.
12. Сочетание нарушений половой функции у мужчин и женщин // *Руководство по андрологии* / Под ред. О. Л. Тиктинского. Ленинград: Медицина, 1990. 222-233.
13. Камалов А. А., Ковалев В. А., Ефремов Е. А. Хронический простатит и половая функция // «Современные аспекты диагностики и лечения хронического простатита»: сб. трудов Всероссийской науч.-прак. конф. Курск: Маэстро-Принт, 2000. С. 71-74.
14. Дедов И. И., Калинин С. Ю. Возрастной андрогенный дефицит у мужчин. М.: Практическая медицина, 2006. 240 с.
15. Кротовский Г. С. Медикаментозное лечение эректильных дисфункций. М.: БИНОМ, 1998. 128 с.
16. Ефремов Е. А., Дорофеев С. Д., Панюшкин С. М., Бедретдинова Д. А. Сексуальные нарушения при хроническом простатите // *Лечащий врач*. 2005. № 10. С. 50-55.
17. Кочарян Г. С. Сексуальные дисфункции у больных хроническим простатитом: модели формирования // *Здоровье мужчины*. 2012. Т. 41, № 2. С. 114-122.
18. Вагнер Р., Грин Р. Импотенция: физиология, психология, хирургия, диагностика и лечение: пер. с англ. – М.: Медицина, 1985. – 240 с.
19. Кемпер И. Практика сексуальной психотерапии: пер. с нем.: в 2 т. М.: Изд. группа «Прогресс – «Культура», изд-во агентства «Яхтсмен», 1994 Т. 1: 288 с, Т. 2: 192 с.
20. Кочарян Г. С., Кочарян А. С. Психотерапия сексуальных расстройств и супружеских конфликтов. М.: Медицина, 1994. с. 224
21. Крагохвил С. Психотерапия семейно-сексуальных дисгармоний: пер. с чешского. М.: Медицина, 1991. 336 с.
22. Аляев Ю. Г., Винаров А. З., Ахвледиани Н. Д. Хронический простатит и копулятивные нарушения // *Врачебное сословие*. 2004. № 5-6. С. 6-8.