Е.А.ЕФРЕМОВ, к.м.н., **С.Д.ДОРОФЕЕВ**, к.м.н.,
С.М.ПАНЮШКИН, **Д.А.БЕДРЕТДИНОВА**, НИИ урологии МЗ СР РФ

Сексуальные и психосоматические нарушения

ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПРОСТАТИТЕ

Известно, что сексуальные нарушения, равно как и расстройства мочеиспускания и другие симптомы, являются характерными признаками длительно текущего хронического воспалительного процесса в предстательной железе. Однако взаимосвязь сексуальных расстройств с хроническим простатитом (ХП) неоднозначна.

Историю изучения сексуальных расстройств можно условно разделить на три этапа. Первый этап (локализационистический) характеризовался тем, что все многообразие сексуальных расстройств сводилось к одной причине — патологии семенного бугорка. Несмотря на ограниченный (в силу недостаточного развития науки) взгляд на суть сексуальных расстройств при простатите, представители этого направления (Б.А.Дробный, Н.А.Михайлов, Л.Я.Якобсон, Р.М.Фронштейн) внесли значительный вклад в развитие сексопатологии. Бытовали представления о том, что любые нарушения сексуальных отправлений у мужчин непременно связаны с дисфункцией простаты (Г.Г.Корик, 1983; Ghents, 1995).

По данным исследователей, сексуальные расстройства встречаются у 52% мужчин с простатитом.

Второй этап был связан с успехами психиатрической науки и характеризовался полным отрицанием роли местных патологических изменений (в т.ч. ХП) в генезе половых расстройств.

В рамках третьего этапа также можно выделить несколько теорий и направлений. Так, И.М.Порудоминский определял сексуальные расстройства у больных ХП как «нейрорецепторную форму импотенции». Половые расстройства, развившиеся на почве данной патологии, автор объяснял повреждением периферических рецепторов, заключенных в предстательной железе и задней уретре. В результате раздражения периферических нервных окончаний повышается возбудимость спинальных центров эрекции и эякуляции, что клинически проявляется учащением эрекции и ускорением эякуляции. При длительном воспалительном процессе, по мнению автора, наступает функциональное истощение спинальных половых центров.

Дальнейшее развитие представления о причинах сексуальных расстройств у таких больных получило в работах Н.А.Гаврилюка, И.А.Гаврилюка, П.П.Корика, П.И.Загороднего. По мнению этих ученых, повреждение нейрорецепторного аппарата предстательной железы приводит к повышению возбудимости спинальных половых центров. При длительном воспалительном процессе происходит «истощение» центра эрекции при продолжающемся возбуждении центра эякуляции. Эту диссоциацию в работе спинальных половых центров объясняют с позиции истериозиса. П.П.Корик рассматривал воспалительный процесс в предстательной железе как ирритативный очаг, который может вызвать реактивный вегетативный синдром.

Высказывается мнение (Л.П.Имшинецкая, И.И.Горпинченко) о нейроэндокринных нарушениях у больных ХП, где сексуальные расстройства являются клиническим проявлением этих нарушений. Существует мнение, что половая слабость при данном заболевании может быть объяснена исключительно нервными или психогенными факторами (И.Б.Вейнеров, А.М.Рожинский, В.В.Кришталь).

Данные о сексуальных расстройствах при простатите за последние несколько десятков лет претерпели некоторые изменения. В 70—80-е годы прошлого века было опубликовано достаточно много работ о нарушении половой функции у пациентов с простатитом (Горпинченко И.И., 1977; Юнда И.Ф., 1987; Напреенко А.К., 1983), более поздние исследования были посвящены, главным образом, эректильной дисфункции и ее сосудистым аспектам и отрицали какое-либо влияние воспаления предстательной железы на эрекцию. В последнее десятилетие на ХП и сексуальные дисфункции у пациентов с воспалением предстательной железы обратили пристальное внимание (Litwin M., et al., 1999; Nickel J.C., 2003;

Schaffer A., et al., 2003; Burger B., et al., 1999; Mehic A., et al., 2001).

Появилось значительное число сообщений о том, что простатит вызывает не только боль и нарушения мочеиспускания, но и приводит к различным сексуальным расстройствам (Alexander R., 1996; Krieger J., 1984; Krieger J., 1996; Roberts R., 1997). Beutel, et al. (2004) показали, что эректильная дисфункция у больных ХП чаще встречается в сочетании с хроническим болевым синдромом — тазовым, а также болью в спине и суставах.

По данным исследователей, сексуальные расстройства встречаются у 52% мужчин с простатитом (Keltikangas-Jarvmen, et al., 1981). Согласно результатам исследования, на периодическую или постоянную эректильную дисфункцию жаловались 43% больных, на сниженное либидо — 24% (Memk A., et al., 2001).

Berghuis, et al. (1996) сообщает о более редких половых контактах у 85% пациентов с простатитом. В этом случае трудно выяснить, что первично, т.к. сами по себе редкие сексуальные отношения могут приводить к простатиту. Показано, что у 67% больных ухудшаются или прекращаются существующие сексуальные взаимоотношения, а у 43% новые связи образуются труднее или вообще не возникают. Межличностные отношения в браке нарушаются в 17,1% случаев, с родственниками и друзьями — в 7,3% (Mehik A., et al., 2001). Отмечается повышение частоты гомосексуального поведения пациентов с простатитом, что можно объяснить снижением маскулинности и уверенности в удовлетворительной эрекции при половом акте с противоположным полом (Keltikangas-Jarvinen, et al., 1989). В.В.Кришталь и соавт. (1979, 1989); Cjrriere, et al. (1997) указывают, что наблюдающиеся у больных ХП расстройства половой функции зависят от характера их половой конституции.

Morita (1995) полагает, что патология предстательной железы приводит к нарушению чувствительности рецепторного аппарата полового члена, что, в свою очередь, влечет за собой расстройство функционирования спинальных сексуальных центров.

Итак, вызывает ли ХП сексуальные расстройства? Чтобы ответить на этот вопрос, рассмотрим природу отдельных составляющих копулятивного цикла.

И.П.Павлов (1927) отмечал, что либидо является безусловным рефлексом, существующим в скрытой форме уже при рождении и активизирующимся под действием внешней среды.

В современной литературе в либидо рассматривается два компонента: нейрогуморальный (энергетический) и (тесно с ним взаимосвязанный) корковый (условно-рефлекторный). Такая двойственная взаимосвязь позволяет регулировать конгруэнтность партнеров при половых ситуациях (Г.В.Васильченко, 1977, 1990). Г.С.Васильченко разделяет фазу возбуждения на психическую и эрекционную стадии. Именно в психической стадии возникает половая доминанта — временно господствующая в коре головного мозга система, которая притягивает к себе возбуждение из других нервных центров, одновременно подавляя их деятельность.

Считается аксиомой, что конгестия предстательной железы предрасполагает к ее воспалению. Среди причин, способствующих конгестии, называют половые нарушения и дизритмию половой жизни. Leader A.J. (1958) утверждал: «Первопричиной везикуло-простатита являются повторные сексуальные возбуждения без физиологического опорожнения секрета». По мнению М.Енфеджиева (1955), длительное половое воздержание, ведущее к задержке секрета в предстательной железе, может быть причиной ее асептического воспаления. Однако другие авторы опровергают эту точку зрения (Кориков М.Л., 1962).

Влияние повышенной половой активности (мастурбации, половых излишеств) на функцию простаты единодушно признается в качестве наиболее вероятного этиологического фактора возникновения патологических процессов в железе. В то же время ряд авторов (Г.С. Васильченко, 1990; Ransley, et al., 1992) придерживаются иной точки зрения, которую мотивируют тем, что физиологически в какой бы то ни было иннервируемой системе никогда не удалось произвести стойкого и необратимого разрушения, применяя в качестве патогенного фактора свойственную данной системе специфическую форму деятельности (Г.С.Васильченко).

Психопатологическая отягощенность выявляется примерно у 75% пациентов (Камалов А.А., Ковалев В.А., Королева С.В., Ефремов Е.А., 2001), страдающих ХП. При этом у 60,2% больных психопатологическая отягощенность предшествует сексуальному расстройству, а у 17,8% пациентов психоневрологическая симптоматика возникает при длительном и неэффективном лечении основного заболевания и вносит определенную специфику в клинику сексуальных расстройств. Полученные данные убеждают в необходимости более активно выявлять и оценивать изменения психического статуса у больных ХП. Своевременная и направленная коррекция психических расстройств при этом заболевании предупреждает развитие более грубых нарушений психики и позволяет успешнее лечить соматическое страдание. В основе подобных нарушений лежат страх и тревога по поводу своего состояния, боязнь возможных последствий. Создается порочный круг — страх больного за определенный орган отражается на функции последнего, а нарастающие функциональные нарушения еще более усиливают страх.

Эректильная функция представляется в общественном сознании главным элементом полового цикла. Эта ситуация становится опасной у лиц тревожно-мнительного склада. Малейшие отклонения от скорости возникновения эрекции, степени напряжения, ее длительности и т.д. воспринимаются преувеличенно, как серьезное заболевание. Возникает повышенное внимание к эрекции, фиксация на ней, формируется «синдром тревожного ожидания неудачи» (А.М.Свядощ). У лиц ипохондрического типа, помимо фиксации, может наступить ипохондрическое развитие личности с расширением страха и на другие функции организма. Эректильные нарушения, отмечаемые при ХП, должны рассматриваться в структуре астенического, тревожно-ипохондрического, астено-ипохондрического, астено-депрессивного синдромов и чисто ипохондрического и депрессивного состояний. Как правило, данные состояния не требуют специальной коррекции психотропными препаратами. Бывает достаточно провести разъяснительную беседу, назначить биогенные стимуляторы, адаптогены, провести курс терапии с использованием современных ингибиторов фосфодиэстеразы 5 типа (силденафила, тадалафила, варденафила), а также импазы. Хороший клинический эффект отмечен при использовании иглорефлексотерапии.

К особенностям пациентов с длительно текущим ХП относится ипохондрическая готовность и фиксация малейших ощущений в половых органах. О наличии у больных тревожной депрессии свидетельствуют навязчивые (т.е. доминирующие в сознании и не поддающиеся контролю) мысли тревожного содержания о своей мужской, а значит, и человеческой неполноценности, о неизлечимости недуга и бесперспективности лечения, о неминуемой потере семейного благополучия. Тревога и страх за свое состояние определяют поступки больных, поведение которых классифицируют как «уход в болезнь с отрывом от действительности». Для данной категории пациентов характерна тенденция к самодиагностике и самолечению. В клиническую картину тревожной депрессии входят типичные для этих больных расстройства сна и аппетита, отмечаются вегетативные симптомы: повышенное потоотделение, лабильность пульса. По нашим наблюдениям, такие половые расстройства, как урежение частоты и силы спонтанных эрекций, ослабление адекватных эрекций, снижение либидо, являются неизбежным проявлением аффективных нарушений и наблюдаются у 15, 30 и 40% больных.

Маскированная депрессия с преобладанием сексуальных расстройств сопровождается жалобами на ускоренную или замедленную эякуляцию в сочетании с ослаблением эрекции, реже на снижение полового влечения и выраженности оргастических ощущений. Половые расстройства, как отмечают больные, весьма осложняют внутрисемейные взаимоотношения, нередко становясь причиной ссор и даже разводов. При проведении обследования наряду с соматовегетативными расстройствами, характерными для депрессивной фазы, выявляются признаки конгестии в предстательной железе. Сексуальные расстройства при маскированной депрессии также возникают периодически (часто сезонно), имеют суточные колебания интенсивности, тесно связаны с соматовегетативными нарушениями, относительно резистентны к психостимуляторам, терапии мужскими половыми гормонами, психотерапии, и наоборот, прослеживается отчетливая положительная реакция на терапию антидепрессантами. Нередко расстройства исчезают спонтанно.

Тема сексуальной патологии нередко звучит в высказываниях больных с неврозоподобной формой депрессии, косвенно обусловленной различными хроническими формами простатопатий.

Первоначально сексуальные расстройства при неосложненном простатите проявляются относительным ускорением эякуляции и стертостью, болезненностью оргастических ощущений. Что касается изменений остальных фаз копулятивного цикла, то их нарушения могут быть объяснены сопутствующей патологией. Так, снижение либидо может иметь двоякое происхождение. Во-первых, длительный и с болями протекающий воспалительный процесс, сопровождающийся ускорением эякуляции и сглаженностью оргазма, может приводить к чисто психогенному снижению либидо. Во-вторых, у многих больных ХП приводит к снижению андрогенной насыщенности, что клинически может проявляться снижением либидо. Этими же механизмами может быть объяснено и снижение эрекций. Изменение оргастических ощущений связано с тем, что примерно у 1/3 больных ХП сочетается с задним уретритом и колликулитом, а зоны семенного бугорка являются тем местом, где зарождается ощущение оргазма при выбросе семени через узкие семяизвергающие устья. Хронический вялотекущий процесс в уретропростатической зоне приводит к постоянному раздражению семенного бугорка с афферентной импульсацией в спинальные половые центры. Клинически это проявляется длительными, неадекватными ночными эрекциями, а затем их ослаблением за счет функционального истощения эрекционного центра (И.Ф.Юнда, 1981; Г.С.Васильченко, 1990).

Генез эректильных расстройств при обострениях данного заболевания с преобладанием болевого синдрома, помимо психогенного ингибитора — боли, включает в себя и рефлексогенные механизмы. Определенное депотенцирующее влияние оказывает и свойственный простатопатии/простатиту бо-

лезненный оргазм с более или менее длительными посторгастическими болевыми ощущениями.

Нарушение половой функции также сопровождается дисфункцией вегетативной нервной системы. В связи с дисбалансом симпатической и парасимпатической нервной системы и угнетением спинальных центров эрекции некоторые больные отмечают ослабление и даже исчезновение спонтанной (утренней) эрекции. У части больных наблюдается изменение окраски оргазма, от тусклого или болезненного до аноргазмии. ХП может выступать в роли предрасполагающего, провоцирующего («запускающего») и усугубляющего (вторичного по отношению к сексуальному нарушению) фактора в развитии сексуальных расстройств.

Боль во время эякуляции при простатите определяется значительно чаще, чем у пациентов с доброкачественной гиперплазией предстательной железы или эректильной дисфункцией.

В работах ряда авторов (Л.П.Имшинецкой, И.И.Горпинченко, 1980; И.Ф.Юнды, 1984; Г.С.Васильченко и др., 1990) было установлено, что патогенез изменений в простате у больных с половыми расстройствами определяется сложным взаимодействием эндогенных и экзогенных факторов, ведущую роль среди которых играют нейроэндокринные нарушения.

В настоящее время по поводу патогенеза половых расстройств при простатитах существует мнение, согласно которому формирование эректильной дисфункции у лиц, страдающих заболеваниями простаты, обусловлено нарушениями андрогенной функции и другими эндокринными сдвигами, влекущими за собой расстройство нейрогуморальной регуляции половой сферы. Угасание половой функции сопровождается постепенным ослаблением условно-рефлекторных механизмов половой деятельности, что способствует еще большему расстройству копулятивного цикла (Д.Л.Буртянский, В.В.Кришталь, 1973, 1978, 1985; Л.А.Бондаренко, I977).

Функциональное состояние предстательной железы, как показывают работы последних десятилетий (В.А.Самсонов, 1981; Chelsky, 1992), определяется сложным гормональным контролем, в котором значительная роль принадлежит диэнцефало-гипофизарно-гонадным связям. Простата обладает высокой степенью чувствительности к разнообразным гормональным воздействиям как эндогенного характера, так и вводимых извне. Наряду с гормональной регуляцией сексуальной функции, в последние годы выявлено наличие нейрональной регуляции, осуществляемой на церебральном уровне соединениями, получившими название нейротрансмиттеров. Они регулируют и модулируют влияние половых гормонов на все звенья мужской и женской сексуальности. Механизмы действия ряда нейротрансмиттеров в настоящее время до конца не изучены.

Таким образом, такое чисто соматическое и объективно регистрируемое заболевание, как простатит, в данном случае возникло как результат соматических изменений, характерных для хронического (незавершающегося) психоэмоционального стресса, т.е. по психосоматическим механизмам. Описанный психосоматический вариант простатита не единственный. Бесспорно, существуют чисто инфекционные, травматические и другие клинические формы простатитов, так же как существуют не психосоматические варианты формирования гипертонической болезни, язвы желудка, колита и других патологий. Упрощенное представление (простатит как результат инфекции) приводит к тому, что его лечение не ориентировано на работу с психосоматическими патогенетическими механизмами.

Те же самые психосоматические механизмы имеют место и при той патологии простаты, которая обозначается как простатопатия или простатодиния (простатоз, застойный простатит, синдром хронической тазовой боли и др.). При этом возникают описанные психосоматические изменения в простате (спастика, нарушение функции), но инфекция не манифестирует и клинических проявлений воспаления нет.

Что касается приписываемых простатитам и простатопатиям сексуальных нарушений, то линейная схема (половые нарушения как результат простатита) кажется недостаточной. Тем более что в практике нередко встречается сохранение полового нарушения после санации простаты. Мы считаем, что и простатит, и сексуальные нарушения являются двумя самостоятельными параллельными следствиями единого психосоматического расстройства. Чем выше уровень симпатотонии, тем быстрее наступит семяизвержение, т.к. первая фаза эякуляции (пусковая фаза) — это симпатическая фаза. Оргазм (по У.Мастерсу и В.Джонсон) служит разрядкой от нарастающей в процессе возбуждения общей и локальной миотонии. Чем выше изначальная миотония (спастика), тем быстрее наступит семяизвержение. То есть эти механизмы объясняют причины ускоренного семяизвержения, но не как результат простатита, а как параллельное следствие их общих психосоматических причин. К нарушению либидо и эрекции приводит не само воспаление простаты, а возникающий при стрессе дефицит тестостерона и блокада его тканевых рецепторов (в простате, во всем теле и в глубоких отделах мозга) избытком

надпочечниковых гормонов. А это уже не инфекционные, а эндокринные механизмы. Спастическое состояние сосудов полового члена будет ухудшать эрекцию по сосудистым механизмам. Комплекс отрицательных эмоций при хроническом стрессе будет снижать сексуальность по психическим механизмам.

У пациентов с психосоматическими простатитами и сексуальными нарушениями слабым соматическим звеном является половая система (слабая половая конституция, низкая тканевая чувствительность к тестостерону, ослабленное неврологическое обеспечение половой функции, низкие резервы сосудистого обеспечения половых реакций и т.д.). К психологическим факторам относят повышенную фиксацию внимания на половой системе, сексуальные страхи, неуверенность в потенции, обусловленные внутриличностными проблемами. Однако описанное психосоматическое расстройство (с психосоматическим вариантом простатита и с половыми нарушениями) требует более полной и сознательной работы с перечисленными патогенетическими механизмами. Мы считаем, что именно психосоматическая модель позволяет глубже понять механизмы формирования простатитов, половых нарушений и их взаимосвязь, позволяет более эффективно устранять и то, и другое, воздействуя на общие, приводящие к ним причины. Не следует пренебрегать также лечебными средствами, выбирая препараты с минимальным количеством побочных эфектов, например простатилен.

Основываясь на убеждении, что эректильные расстройства являются следствием ХП, не вникая в природу эректильных нарушений и не учитывая психологических особенностей личности, врач подвергает пациента значительному количеству исследований, проводит длительные курсы лечения, что в большинстве случаев не приводит к решению проблемы в сексуальной сфере. Отсутствие эффекта от лечения в значительной степени усугубляет течение эректильной дисфункции за счет отрицательного психогенного влияния, усиливающегося при негативном результате лечения или при неадекватной оценке как пациентом, так и врачом соотношения между задачами терапии и ожидаемыми от ее проведения результатами.

С другой стороны, при детальном функциональном и неврологическом обследовании пациентов с хроническим абактериальным простатитом/синдромом хронической тазовой боли, особенно категории NIH-IIIB, часто выявляют наличие неврологически обусловленных нарушений функции мышц тазового дна и нижних мочевых путей. Поэтому, по нашему мнению, у пациентов с эректильной дисфункцией, сопутствующей хроническому абактериальному простатиту, необходимо учитывать возможность присутствия скрытых неврологических заболеваний центральной или периферической нервной системы, способных привести к развитию симптомов нарушения функции нижних мочевых путей, тазовой боли и эректильной дисфункции. Также мы считаем, что пациентам с синдромом хронической тазовой боли невоспалительного генеза (хроническим абактериальным простатитом IIIB) следует проводить детальное обследование с привлечением методов функциональной диагностики, в т.ч. комбинированного уродинамического исследования с определением состояния тазового дна и электромиографией, а также фармакологических тестов для регистрации ответа гладкомышечных структур, ответственных за возникновение и поддержание эрекции.

Одним из первых симптомов сексуальных расстройств при простатите является преждевременная эякуляция (Горпинченко И.И., 1977; Epperly T.D., Moore K.E., 2000), болезненный оргазм (Ku J.H., et al., 2002; Krieger J.N., 1996). Screponi E. (2003) выявил наличие воспаления предстательной железы у 56,5% пациентов с преждевременной эякуляцией. Боль во время эякуляции при простатите определяется значительно чаще, чем у пациентов с доброкачественной гиперплазией предстательной железы или эректильной дисфункцией (Krieger J.N., 1996). Нарушения оргазма и эякуляции являются одними из основных симптомов интерорецептивной формы копулятивной дисфункции (Горпинченко И.И., 1997). Расстройства эякуляции можно объяснить повышенной чувствительностью интерорецепторов и высоким тонусом α-1-адренорецепторов (Barbalias G.A., et al., 1983), т.к. за феномен эякуляции отвечает преимущественно симпатическая нервная система. Преждевременная эякуляция может быть вызвана и невротическим состоянием пациентов с клинической картиной гиперстенической неврастении.

Слишком напряженная подготовка к половому акту с предварительными эротическими представлениями может обусловливать своего рода «психическое совокупление», предшествующее действительному; первого же прикосновения к женщине оказывается при этом достаточно для срабатывания соответствующего рефлекса. Всевозможные страхи, вызывающие в конечном счете коитофобию, способствуют ускоренному течению рефлекторных процессов эрекции и эякуляции. Нарастающая от неудачи к неудаче фиксация на ускоренной эякуляции (по типу невроза ожидания со все большим снижением настроения в ожидании очередного «провала») доводит этих больных до того, что иногда стоит им только подумать в начале полового акта о возможности преждевременного семяизвержения, как оно сразу же наступает (Wenniger K., et al., 1996).

Болезненность или стертость оргазма обусловлена воспалением семенного бугорка, который является мощной рецептивной зоной и отвечает за яркость оргастических ощущений, хотя и не всегда диагностируется отдельно от воспаления предстательной железы.

Что касается либидо, то его ослабление может произойти на психогенной основе в связи с депрессией и повышенной тревожностью пациента, нарушением оргазма и вторичным ослаблением эрекции. Пациент, опасаясь фиаско, сознательно и подсознательно избегает половой близости. Кроме того, этот феномен можно объяснить гипоандрогенией, присущей пациентам с затяжным простатитом, согласно некоторым данным (Имшинецкая Л.П., 1982; Вакина Т.Н. и др., 2003). По мнению исследователей, предстательная железа и яичко находятся в положительной коррелятивной зависимости, и при нарушении работы одного из органов

страдает другой. В данном случае яичко продуцирует меньшее количество андрогенов. С другой стороны — предстательная железа является органом, отвечающим за метаболизм половых гормонов, который может нарушаться при заболевании железы.

Половые расстройства у больных ХП могут развиваться стадийно, по определенной схеме. Сначала появляется преждевременная эякуляция, затем присоединяется недостаточная адекватная эрекция, а потом может появляться и изменение либидо. В ряде случаев отмечается усиление ночных эрекций за счет повышенной гиперемии предстательной железы (Ткачук В.Н. и др., 1989). Хотя такая стадийность наблюдается не всегда и проследить ее у одного и того же больного чаще всего не удается.

Сексуальное здоровье, учитывая многомерность его обеспечения, является психосоматическим феноменом и может служить своеобразной моделью психосоматических соотношений. Роль пускового механизма в нарушении сексуального здоровья играют психогенные соматогенные или социогенные факторы, в данном случае симптомы простатита/синдрома хронической тазовой боли, жалобы, касающиеся половой функции. Важным является и существующее в обществе мнение (часто поддерживаемое врачами) о неизбежности развития «импотенции».

Установлено, что психоэмоциональные проблемы (тревога, депрессия, эмоциональная лабильность, слабая маскулинная идентификация) определялась у 80% пациентов, а симптомы выраженной степени расстройств — у 20—50% больных (Keltikangas-Jarvinen L., et al., 1981, 1982, 1989; de la Rosette J., 1992, 1993; Berghuis J.P., et al., 1996). Все это способствует развитию соматической патологии (боли, дизурии, снижение эрекции, расстройство эякуляции). Эти нарушения поддерживают дистресс и сами по себе становятся психотравмой, замыкая, таким образом, порочный круг.

Характер и изменения психосоматических соотношений при данном варианте зависят, прежде всего, от особенностей личности больного. В результате личностной переработки ситуации больной либо преодолевает стресс, что способствует успеху лечения, реабилитации и восстановлению сексуальной гармонии между супругами, либо болезнь усугубляется и нередко развиваются какие-либо осложнения, что, как и в предыдущем случае, приводит к образованию порочного круга (Кришталь В.В., Маркова М.В., 2002).

ВЫВОДЫ

- Причиной сексуальных расстройств при простатите являются, прежде всего, психосоматические нарушения, депрессия, тревожно-мнительные личностные черты характера. Они же иногда являются либо причиной, либо поддерживают наличие жалоб, характерных для синдрома хронической тазовой боли/простатодинии.
- Зачастую редкие половые контакты приводят к застойным явлениям и предрасположенности к простатиту.
- Одними из проявлений синдрома хронической тазовой боли можно считать преждевременную эякуляцию и болезнен-

ный оргазм, негативно влияющие на эректильную функцию.

■ Непосредственной коррелятивной взаимосвязи между ХП и расстройствами эрекции не выявлено. Повреждение эректильной составляющей копулятивного цикла при ХП не более, а в некоторых случаях даже менее выражено, чем при хронических соматических заболеваниях другой локализации. Вместе с тем локализация патологического процесса и его клинические проявления детерминируют ряд нарушений половой сферы преимущественно по психосоматическому принципу.

■ При лечении сексуальных расстройств на фоне ХП следует помнить, что исчезновение жалоб по поводу простатита приводит к снижению силы психотравмы на организм и создает предпосылки для коррекции эректильной дисфункции. Однако нарушенные функции не всегда восстанавливаются самостоятельно и, помимо медикаментозного, часто необходимо психотерапевтическое воздействие.

■ Необходимо учитывать, что сексуальные нарушения и причины их возникновения могут существовать сами по себе и ХП только усугубляет состояние больного. В этом случае диагностику и лечение сексуального расстройства необходимо производить параллельно с лечением синдрома хронической тазовой боли.

■ Ускоренная эякуляция и болезненные оргастические ощущения часто исчезают по мере излечения ХП. При необходимости стандартное лечение можно подкрепить специальными методами (анестезирующим гелем, тушированием семенного бугорка, секс-терапией и др.).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, подход к лечению сексуальных нарушений при ХП должен носить комплексный характер. Несомненно, патогенетической основой служит медикаментозная терапия (антибактериальная, противовоспалительная, улучшающая микроциркуляцию, симптоматическая и др.), методы физического воздействия (магнито-лазерная терапия, гипертермия, фонофорез, массаж предстательной железы и др.) и рефлексотерапия для лечения основного заболевания. Мы считаем, что вышеперечисленные методы лечения можно с успехом сочетать с терапией, направленной на улучшение сексуальной функции, которую можно разделить на три группы:

1) коррекция нарушений эрекции (современные ингибиторы фосфодиэстеразы 5 типа, препараты сверхмалых доз (импаза, биогенные стимуляторы);

2) психотропные средства (анксиолитики, транквилизаторы и антидепрессанты) и методы психотерапевтического воздействия;

3) коррекция гормональных нарушений (синтетические аналоги тестостерона, антиэстрогены, препараты, снижающие уровень пролактина в плазме крови).

ЛИТЕРАТУРА

1. Аляев Ю.Г., Винаров А.З., Ахведиани Н.Д. Хронический простатит и копулятивные нарушения. //Врачебное сословие. — 2004. — №5—6. — С. 6—8.
2. Арнольди Э.К. Хронический простатит: проблемы, опыт, перспективы. — Ростов н/Д: «Феникс», 1999. — С. 320
3. Гориловский Л. М., Зингеренко М. Б. Хронический простатит //Лечащий врач. –2003. — №7.
4. Имшинецкая Л.П. Роль гормональных изменений в патогенезе половых расстройств и бесплодия при хроническом неспецифическом простатите. Автореф. дисс.... докт. мед. наук. — Киев, 1983. — С. 43.
5. Камалов А.А., Дорофеев С.Д. Современные взгляды на проблему хронического простатита. //РМЖ. — 2003. — Том 11. — №4.
6. Камалов А.А., Ковалев В.А., Ефремов Е.А. Хронический простатит и половая функция. //Сборник научных трудов Всероссийской научно-практической конференции «Современные аспекты диагностики и лечения хронического простатита». //Курск, 26—27 апреля 2000 года. — Курск: «Маэстро-Принт», 2000. — С. 71—74.
7. Камалов А.А., Королева С.В., Ковалев В.А., Ефремов Е.А. Эректильная дисфункция при хроническом простатите. //Материалы I Конгресса профессиональной ассоциации андрологов России. //Кисловодск-Домбай, 22—26 апреля 2001 года. — М.: Приложение к журналу «Андрология и генитальная хирургия». — С. 127.
8. Крупин В.Н., Шутов В.В. Значение вегетативной иннервации тазовых органов в клинике хронического простатита. //Материалы X Российского съезда урологов. Москва, 1—3 октября 2002 года. — М.: «Информполиграф», 2002. — С. 287—288.
9. Либих С.С. Руководство по сексологии. — «Питер», 2001.
10. Лопаткин Н.А. (ред.) Руководство по урологии: в 3 томах. Том 1. — М.: «Медицина», 1998. — С. 47.
11. Лоран О.Б., Сегал А.С. Хронический простатит. //Материалы X Российского съезда урологов. Москва, 1—3 октября 2002 года. — М.: Информполиграф, 2002. — С. 209—222.
12. Мазо Е.Б., Степенский А.Б., Гамидов С.И., Григорьев М.Э., Кривобородов Г.Г., Белковская М.Н. Фармакотерапия хронических простатитов. //РМЖ. — 2001. — Том 9. — №23.
13. Тиктинский О.Л., Михайличенко В.В. Андрология. — 1999. — С. 109—223.
14. Шустер П.И. Половые расстройства и бесплодие при хроническом простатите. //Материалы X Российского съезда урологов. Москва, 1—3 октября 2002 года. М.: «Информполиграф». — 2002 — С. 341—342.
15. Юнда И.Ф. Состояние и перспективы изучения половых расстройств урогенитального генезиса. //Проблемы сексопатологии и бесплодия. — Здоровье, 1973. — С. 3—16.
16. Blacklock N.J. Anatomical factors in prostatitis. // Br J Urol. — 1974; 46: 47.
17. Deinhart M. Krankheitsverlauf bei der chronischen Prostatitis. — Eine 5-Jahres Katamnese. — 1993. — Dissertation, Gieben.
18. Feldman H.A., Goldstein I., Hatzichristou D.G., Krane R.J., McKjnIay J.B. Impotence and its medical and psychosocial correlates: results of the Massachusetts Male Aging Study. //J Urol. — 1994; 151: 54—61.
19. Junk-Overbeck M., et al. Emprische Untersuchungen zur Psycosomatik der chronischen Prostatitis //Partnerschaft, Sexualitat und Fruchtbarkeit /Eds. E. Brahler, A. Meyer. — Sprenger, Berlin, Heidelberg, New York, 1988. — S. 217—234.
20. Lue T.F. Erectile dysfunction: problems and challenges. //J Urol. — 1993; 149: 1256—1257.
21. Nickel JC. Clinical Evaluation of the Patient Presenting with Prostatitis //Eur Urol Suppl. — 2003; №2.: 11—4.
22. Richard G, Batstone D, Doble A. Chronic prostatitis. //Curr. Opin. Urol. — 2003; №13. — P. 23—9.