

не вызывает сомнения. Чем в более раннем репродуктивном возрасте установлен правильный диагноз и проведено адекватное лечение, тем больший процент (40 и 37,3% в группах больных до 25 и до 30 лет соответственно) наступления беременности, что имеет высокую коррелятивную зависимость ($r=0,94$, $p<0,05$).

Таким образом, если в течение первых 5 месяцев после окончания использования йодобромных процедур и по прошествии 7 месяцев после использования йодобромных процедур и акупунктуры не наступило беременности, следует проводить углублённое диагностическое обследование и изыскивать новые терапевтические подходы.

Выводы:

1. Йодобромные воды в 52,4% случаях обладают антиоцицептивным действием, в 52,8% случаях нормализуют менструальную, в 42,8% – сексуальную функции, в 45% – психоэмоциональное состояние, в 42,5% – вегетологическое обеспечение организма, в 37,5% – корковую нейродинамику, в 35% восстанавливают овуляторный менструальный цикл, в 35% – гипоталамо-гипофизарно-надпочечниково-яичниковую систему, в 35% – гемодинамику в маточных артериях, в 32,5% – сократительную активность маточных труб, в 37,5% – локальный иммунитет и в 22,5% – репродуктивную функцию.

2. Йодобромные воды и акупунктура в 73,9% случаях обладают антиоцицептивным действием, в 76,7% нормализуют менструальную, в 66,7% – сексуальную функции, в 70% – психоэмоциональное состояние, в 72,5% – вегетологическое обеспечение организма, в 70% – корковую нейродинамику, в 57,5% – восстанавливают овуляторный менструальный цикл, в 57,5% – гипоталамо-гипофизарно-надпочечниково-яичниковую систему, в 67,5% – гемодинамику в маточных артериях, в 62,5% – сократительную активность маточных труб, в 70% – локальный иммунитет и в 35% – репродуктивную функцию, что на 21,5%, 23,9%, 23,9%, 30%, 32,5%, 22,5%, 22,5%, 32,5%, 30%, 32,5% и 12,5% соответственно больше по сравнению с 1 группой.

Литература

1. Адамьян, Л.В. Генитальный эндометриоз. Современный взгляд на проблему / Л.В. Адамьян, С.А. Гаспарян. – Ставрополь, 2004. – 216 с.
2. Албасова, А.В. Сочетанное применение радоновых вод и акупунктуры у больных генитальным эндометриозом с синдромом альгоменореи: Автореф. дис. ... канд. мед. наук / А.В. Албасова. – Пятигорск, 2000. – 20 с.
3. Гатаова, И.Б. Комбинированная терапия йодобромными водами и синусоидальными модулированными токами больных аденомиозом: Автореф. дис. ... канд. мед. наук / И.Б. Гатаова. – Пятигорск, 2007. – 24 с.
4. Гончаренко, В.П. Значение психотерапии и лазеропунктуры в комплексном лечении и медицинской реабилитации больных генитальным эндометриозом: Автореф. дис. ... канд. мед. наук / В.П. Гончаренко. – Волгоград, 2000. – 24 с.
5. Григорян, К.В. Основные нарушения иммунитета на системном и локальном уровне в генезе бесплодия у женщин с эндометриозом: Автореф. дис. ... канд. мед. наук / К.В. Григорян. – М., 1999. – 23 с.
6. Дамиров, М.М. Аденомиоз / М.М. Дамиров. – М., 2004. – 320 с.
7. Теунова, З.Н. Йодобромные воды и гормонотерапия в лечении больных внутренним эндометриозом: Автореф. дис. ... канд. мед. наук / З.Н. Теунова. – Пятигорск, 2008. – 24 с.
8. Терёшин, А.Т. Патологические аспекты малых форм эндометриоза / А.Т. Терёшин. – М.: АВО, 2008. – 340 с.

IODOBROMIC WATERS AND ACUPUNCTURE IN THE REHABILITATION OF REPRODUCTIVE FUNCTION AT PATIENTS WITH ADENOMYOSIS

Z.A. MEZHGIKHOVA, A.T. TERYOSHIN

Pyatigorsk State Research Institute of Balneology

The article considers the combined application of iodobromic waters and acupuncture in the rehabilitation of reproductive function at patients with adenomyosis. The urgency of the article is that any data on this problem are absent in special literature.

Key words: adenomyosis, iodobromic waters, acupuncture.

УДК 616.65-002:616.69-008.3

СИНДРОМЫ РАССТРОЙСТВ ЯКУЛЯТОРНОЙ СОСТАВЛЯЮЩЕЙ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПРОСТАТИТОМ

А.Т. ТЕРЁШИН, И.Б. СОСНОВСКИЙ, В.И. БЫЛИМ*

Под наблюдением находилось 160 больных хроническим простатитом с эректильной дисфункцией, при обследовании которых у 23 (14,4%) выявлен синдром парацентральных долек, у 37 (23,1%) – синдром патогенетической титюляризации, у 119 (74,4%) – вазоконгестивные явления, у 19 (11,9%) – тардэякуляторные расстройства, у 11 (6,9%) – эякуляторная атаксия. Эректильная дисфункция как моносимптом проявляется у 28 (17,5%) больных. Полученные данные показывают, что для каждого сексопатологического синдрома у больных хроническим простатитом необходима своя дифференцированная терапевтическая тактика.

Ключевые слова: хронический простатит, эякуляторная составляющая.

Наиболее характерной чертой расстройств эякуляторной составляющей (ЭЯС) является их универсальность: в одних случаях они могут выявляться с самого начала, в стадии дебюта, занимая стержневое положение и исчерпывая всё расстройство (что наиболее типично для синдрома парацентральных долек – СПЦД), в других могут играть роль триггерного механизма, запуская иные, более стойкие и манифестные нарушения (типичный пример – провокация невроза ожидания постабстинентным ускорением эякуляций), в третьих – осложняет другие синдромы на конечных стадиях, не приобретая, однако, роли ключевых (например, развитие сначала конгестивных, а затем и воспалительных форм хронического простатита (ХП) в результате нарушения ритма половой активности при характеропатических обусловленных и психогенно отягощённых контрфобических синдромах), в четвёртых – они могут играть роль промежуточного патогенетического звена (например, все случаи простатитов при развитии синдрома патогенетической титюляризации – СПТ) и наконец, в пятом варианте они могут существовать латентно, не отражаясь на внутренней само- и взаимной оценке супружеской пары и выявляясь большей частью лишь случайно (например, скрытые формы ХП, обнаруживаемые при диспансерных исследованиях [1,3]).

В настоящее время выявлена неоспоримая роль ХП в генезе эректильной дисфункции (ЭД) [3]. По данным ряда исследователей [1,3], сексопатологические синдромы стержневых расстройств урогенитальной сферы составляют от 11,4 до 38%.

Цель исследования – изучить клиническое течение синдромов ЭЯС при ЭД у больных ХП.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находилось 160 больных ХП в возрасте от 20 до 45 лет (средний возраст $34,5 \pm 2,5$ лет), имеющих жалобы на ЭД от 6 мес. до 7 лет (в среднем $3,9 \pm 0,8$ года). Специальными методами исследования у больных установлен абактериальный ХП.

Обследование больных проводилось по «Карте сексологического обследования мужчины» с вычислением индексов половой конституции [3]. Больные самостоятельно заполняли квантификационную шкалу сексуальной формулы мужчины (СФМ), Международный индекс эректильной функции.

Контрольную группу составили 100 здоровых мужчин в возрасте от 22 до 45 лет (средний возраст $34,3 \pm 1,4$ года) с нормальными сексуальной и фертильной функциями.

Результаты и их обсуждение. ЭД у 22 (13,7%) больных появилась ещё до возникновения ХП, но у 138 (86,3%) она появилась на фоне ХП, причем сексуальные расстройства приняли манифестную форму при продолжительности ХП свыше 3 лет.

Жалобы больных были многообразными. Так, 130 (81,3%) пациентов предъявляли жалобы на периодические боли, либо дискомфорт в промежности, паховых областях, области копчика, возникающие при переохлаждении, употреблении алкогольных напитков и половых эксцессах. У 46 (28,8%) больных боль была связана с половым актом: у 32 (20%) она возникала во время эякуляции, иррадиировала в головку полового члена, яички, у 12 (7,5%) – спустя некоторое время после эякуляции и локализовалась за лоном, иррадиировала в яички, в прямую кишку.

Парестезии (зуд, ощущение шекотания, ползание мурашек, похолодание и др.) наружных гениталий выявлены у 35 (21,9%) больных. Парестезии объясняются спазмами сосудов, гипоксией

* ФГБУ «Пятигорский ГНИИК ФМБА России», проспект Кирова, 30, г. Пятигорск, Ставропольский край

и трофическими нарушениями вследствие длительного уrogenитального венозного застоя, в связи с чем возникают расширение сосудов, переполнение их кровью, что проявляется чувством жара, ощущением наличия «горячего кома» или холода в промежности. 23 (14,4%) больных отмечали ощущение зуда в области ануса, промежности. Наличие следов расчёсов кожи промежности, бёдер отмечено у 17 (10,6%) больных. При декомпенсации венозного кровообращения нарушение иммунной системы и аллергия становятся одними из ведущих патогенетических механизмов трофических нарушений в поражённом органе, что и проявляется зудом, жжением [3,4].

У 11(6,9%) больных были жалобы на периодическую гемоспермию, которая у 7 больных не сопровождалась болевыми ощущениями и лишь у 4 отмечалась тяжесть в промежности, за ланом и в области яичек. Гемоспермия возникает при уrogenитальном венозном застое у мужчин, ведущих нерегулярную половую жизнь и, наоборот, практикующих эксцессивные сексуальные контакты [4].

160 (100%) больных предъявляли жалобы на сексуальные расстройства: снижение либидо – у 78 (48,8%), снижение и ослабление эрекции – у 160 (100%), преждевременную эякуляцию – у 113 (70,6%), ослабление оргастических ощущений – у 72 (45%), снижение воллюстических ощущений – у 68 (42,5%), трудность достижения эякуляции – у 19 (11,9%), снижение частоты половых актов – у 116 (72,5%), повышение либидо – у 19 (11,9%), которые в 124 (71%) случаях носили сочетанный характер, усугубляясь и «обострая» новой сексопатологической симптоматикой по мере длительности ХП, что носило высокий коррелятивный характер ($r=0,91$, $p<0,05$). Повышение либидо отмечалось в возрастной группе до 35 лет, что объясняется конгестивными явлениями в уrogenитальном венозном сплетении, которые вызывают неадекватные эрекции и повышение либидо [2].

У 160 (100%) больных констатированы психоэмоциональные и вегетативно-сосудистые нарушения, которые проявлялись быстрой утомляемостью, расстройством сна, повышенной раздражительностью, снижением работоспособности.

Жалобы на расстройства мочеиспускания были у 78 (48,3%) больных: затруднение акта мочеиспускания (вялая струя мочи, странгурия) – у 41 (25,6%), из них затруднение в начале акта мочеиспускания (инициальная странгурия) – у 10 (6,3%), затруднение в конце акта мочеиспускания (терминальная странгурия) – у 8 (5%), затруднение в течение всего акта мочеиспускания – у 23 (14,4%), учащение позывов на мочеиспускание (поллакиурия), усиливающиеся при психоэмоциональном напряжении – у 38 (23,8%), никтурия (ночные позывы на мочеиспускание) – у 19 (11,9%), болезненное учащённое мочеиспускание – у 26 (16,3%), которое у 6 носило инициальный характер, у 12 – терминальный, у 8 – тотальный. Дизурические явления у больных объясняются гемодинамическими нарушениями за счёт венозного стаза в сосудах шейки мочевого пузыря, мочепузырного треугольника, семенного бугорка, дискорреляцией тонуса симпатической и парасимпатической нервной системы. Затруднения мочеиспускания в инициальной фазе можно объяснить спазмом наружного сфинктера мочеиспускательного канала, в терминальной фазе – снижением тонуса детрузора (порога раздражения). Выраженность микционных нарушений связана с длительностью ХП, приводящего к трофическим нарушениям в задней уретре, шейке, детрузоре мочевого пузыря. Наибольшая частота дизурических расстройств возникала у больных с длительностью ХП $5,3\pm 1,2$ года.

Международный индекс эректильной функции в норме составляет $70\pm 1,5$ баллов, у больных – $47\pm 0,3$ ($p<0,05$). Интегративные показатели «Международного индекса эректильной функции» показали, что у больных эректильная функция снижена в 1,5 ($18,1\pm 0,3$), удовлетворенность половым актом – в 1,7 ($8,3\pm 0,2$), оргазмическая функция – в 1,1 ($9\pm 0,2$), либидо – в 1,4 ($6,3\pm 0,2$) и удовлетворенность половой жизнью – в 3,3 ($2,7\pm 0,2$) раза по сравнению с нормативными данными ($26,4\pm 0,2$, $13,7\pm 0,1$, $10,0$, $8,8\pm 0,1$ и $9,0\pm 0,2$ соответственно, $p<0,05$ во всех случаях).

Изучение индексов половой конституции при различных специфических синдромах поражения ЭЯС и здоровых показало (табл. 1), что самые высокие индексы отмечаются в группе условной нормы (Кф – 5,09, Ка – 5,57, Кг – 4,72, Ка/Кг – 1,18). Нетрудно заметить, что все три индекса контрольной группы лежат в диапазоне, характеризующем сбалансированный средний уровень половой

конституции. Отмеченная «компактность», свидетельствующая о соответствии уровня половой активности конституциональным данным, находит отражение и в дополнительном индексе Ка/Кг, тесно приближающемся к единице.

Таблица 1

Индексы половой конституции при различных специфических синдромах поражения эякуляторной составляющей

Клиническая характеристика группы	Кф	Ка	Кг	Ка/Кг
Специфические синдромы поражения эякуляторной составляющей	3,67	3,38	3,68	0,92
1. Уrogenные расстройства	3,69	3,81	3,63	1,05
2. Синдром патогенетической титализации	3,27	2,78	3,19	0,87
3. Синдром парацентральных долек	3,69	2,59	3,95	0,65
Условная норма	5,09	5,57	4,72	1,18

При уrogenных заболеваниях индекс Ка/Кг равен 1,05, т. е. больные этой группы проводят половые акты в соответствии со своей половой конституцией, больные следующих двух групп (СПТ и СПЦД) «выбиваются» из индекса Ка/Кг, т. е. их сексуальная активность ниже их конституциональных возможностей, что влечёт за собой преждевременную эякуляцию.

Сопоставляя рассмотренные индексы в клинических группах уrogenных расстройств и СПТ, поскольку эти две формы динамически тесно связаны, надо отметить, что как генотипический индекс, так и индекс половой активности (Ка) при СПТ намного ниже по сравнению с соответствующими показателями группы уrogenных расстройств (Кг в первой группе – 3,63 и во второй – 3,19; Ка в первой группе – 3,81 и во второй – 2,78). Эти цифры дают основание предполагать, что ослабленная половая конституция и низкий уровень половой активности являются факторами, способствующими осуществлению механизма титализации и перехода из первой группы во вторую.

При СПЦД индекс половой активности (Ка) не соответствует генотипическому индексу (Кг) в связи со снижением возбудимости центров эякуляции, в результате чего эякуляция наступает легче и быстрее. Это в свою очередь приводит к тому, что раньше начинаются ночные поллюции, а в ряде случаев имеют место даже дневные поллюции, и это может провоцировать начало мастурбации (в то время как без снижения порогов при такой степени задержки пубертатного развития эякуляции и оргазм при мастурбаторных попытках могут не возникнуть). Но если возраст первой эякуляции меняется значительно, то мало вероятно, чтобы остальные показатели остались интактными. Практика показывает, что в большинстве случаев первая эякуляция служит толчком для пробуждения сексуального либидо. И если при раннем глубоком поражении нейрогуморальной составляющей (НГС) никакое влияние микросоциальной среды не может спровоцировать пробуждение либидо, то при сочетании со снижением порога эякуляторной возбудимости даже безразличная подражательная мастурбация, заканчиваясь семяизвержением и оргазмом, ведёт к пробуждению сексуального либидо. Если же первая эякуляция произошла раньше, чем свойственно данной половой конституции, то и пробуждение сексуального либидо оказывается более ранним, в результате чего I показатель шкалы сдвигается вправо, в сторону акселерации.

Иногда при СПЦД оказываются выше также и V, VI и VII показатели шкалы (индексы половой активности: максимальный эксцесс и возраст вхождения в УФР), что выступает особенно чётко по контрасту с более низкими III и IV показателями. Так, если при слабой половой конституции возможность наступления эякуляции при повторном половом акте бывает исключена даже в молодом возрасте, то при сочетании с СПЦД эксцесс становится возможным (показатель V). При нормальной же половой конституции из-за понижения порогов эякуляторной возбудимости становится возможным большее количество эксцессов и реализации их в более позднем возрасте, что нередко происходит по инициативе жён, не успевающих испытать оргазм при однократном половом акте, который оказывается тем короче, чем сильнее половая конституция. При СПЦД в подобных обстоятельствах естественно и более позднее вхождение в полосу УФР (условно-физиологический ритм – 2-3 сношения в неделю), т. е. сдвиг вправо по VI и VII показателям шкалы.

Наряду с этим нами наблюдались и такие больные, у которых при раннем очень глубоком нарушении НГС (с задержкой пубертатного развития вследствие поражения глубоких структур мозга) в сочетании с СПЦД при полном или почти полном отсут-

ствии сексуального либидо и адекватных эрекции в то же время за счёт снижения порогов происходят не только ночные поллюции (не сопровождающиеся эротическими сновидениями), но даже неадекватные дневные поллюции при вибрации и стрессовых ситуациях. У этих больных удавалось получить эякулят при помощи виброякулятора. Фертильная функция у них, как правило, была нарушена.

Следовательно, определяя половую конституцию мужчины при СПЦД, следует учитывать, что сдвиг векторов шкалы (прежде всего – II, а также V, VI и VII) вправо может замаскировать ретардацию пубертатного развития. В этих случаях получение в результате механического подсчёта нормальных или даже высоких коэффициентов К_г и К_а может ввести в заблуждение. В подобных случаях при оценке половой конституции следует ориентироваться на наиболее стабильные III и IV показатели.

СПЦД, выявленный у 23 (14,4%) больных, диагностировался на основании ранних проявлений сексопатологической симптоматики (первые эякуляции наступают на несколько лет раньше, чем следует по конституциональным параметрам, и с самого начала половой жизни обнаруживается преждевременная эякуляция без существенного удлинения фрикционной стадии даже при повторных половых актах с короткими интервалами) и неврологической симптоматике, свидетельствующей о вовлечении в патологический процесс парацентральных долек (признаки избирательного вовлечения пирамидной иннервации дистальных отделов ног в форме инверсий рефлексогенных зон ахилловых рефлексов, клонусов стоп, симптомов Бабинского и Россолимо и их аналогов, избирательного снижения подошвенных рефлексов, анизиокопия, симптомы орального автоматизма и др.). Косвенным подтверждением СПЦД является энурез. Сочетание энуреза и преждевременного семяизвержения определяется общностью эмбриогенеза полового и мочевого аппарата и совместной локализацией их коркового представительства в пределах парацентральных долек. Однако, отсутствие энуреза не исключает СПЦД, потому что корковые ареолы, обеспечивающие мочевого пузырь, лишь соседствуют с ней [2].

Объективная симптоматика, обусловленная избирательным вовлечением в патологический процесс участков пирамидной иннервации, топически локализованных в самых верхних отделах парацентральных долек, принадлежит к разряду симптомов «по соседству», так как нижняя, урогенитальная часть парацентральных долек, поражение которой и составляет специфическое содержание СПЦД, никакими объективными симптомами не проявляется. Этой особенностью топики синдрома прежде всего определяется акцентуация рефлекторной симптоматики на дистальных отделах ног при полной интактности или значительно меньшем вовлечении иннервации не только рук (сухожильные рефлексы) и туловища (брюшные рефлексы), но даже проксимальных отделов ног. Наблюдающиеся в практике бесспорные (по клиническому течению и исходу) случаи энуреза и СПЦД, при которых не выявляются неврологические признаки поражения верхних участков парацентральных долек, по-видимому, объясняются либо всё тем же пространственным несовпадением ареолов обеспечения урогенитальных функций и моторики дистальных отделов ног, либо существованием субкортикального клинического варианта рассматриваемого синдрома [3].

Наличие в анамнезе таких патогенных факторов, как сексуальные фрустрации, петтинг, coitus interruptus и т. д., даёт основание даже при отсутствии объективных данных, получаемых при ректальном или лабораторном исследовании, предполагать наличие начинающегося урогенитального расстройства (в форме застойного простатита). В этих случаях требуется незамедлительное и настойчивое урологическое лечение. Это диктуется необходимостью предупредить утяжеление синдрома с переходом его в СПТ. Сексуальная абстиненция, порождающая мнимую форму ускоренной эякуляции, если периоды абстиненции затягиваются, может утратить свой невинный характер, и в подобных случаях с установлением регулярных половых отношений, соответствующих индивидуальной потребности пациента, полная нормализация может и не наступить: длительная абстиненция, порождающая irritations frustratae, способствует развитию «молчаливого простатовезикулизма», застойной простаты и ХП. В ряде случаев, однако, ни нормализация ритма половой активности (позволяющая дифференцировать абстинентную форму), ни урологическое лечение (позволяющее дифференцировать наличие урологического расстройства) уже не дают положитель-

ных терапевтических результатов. В таких случаях приходится предполагать, что благодаря наличию обширных нервных связей простаты и plexus prostaticus с сегментарными нервными механизмами, раздражения, вызываемые в простате и прилежащих образованиях самыми незначительными механическими, воспалительными или даже сосудистыми (например, застойными) изменениями, могут иррадиировать на церебральные центры, принимающие участие в регуляции половых функций. Рассматриваемая патологическая импульсация со стороны ирритативных очагов в простате при определённой интенсивности и длительности в силу пластичности, свойственной высшим уровням ЦНС, может стойко фиксироваться, воздействуя на пороги возбудимости эрекции и эякуляции. Подобная фиксация симптомов, вызванная на первых этапах патологическими изменениями в соматических образованиях, а затем приводящая к выработке стойких энграмм, матричных «отпечатков» этих первично соматогенных ирритаций в ЦНС, и обозначается как СПТ. После формирования этого синдрома ликвидация очага на периферии, в соматическом органе, уже не приводит к снятию патологической симптоматики; в рассматриваемом частном случае простата как таковая может быть соматически приведена к исходному состоянию, однако нарушения баланса между непосредственно с ней связанными и более отдалёнными иннерваторными сегментами, порождённые в разгаре патологического процесса, могут персистировать.

СПТ, выявленный у 37 (23,1%) больных, диагностировался на основании преждевременного семяизвержения и длительном течении ХП, при предварительном лечении которого не наступило нормального по времени фрикционного периода. Патогенез патогенетической титуляризации определяется способностью сложных нервных формирований долго удерживать состояние повышенной или сниженной активности. В одних случаях эти стойкие ирритативные или тормозные очаги не выходят за пределы приорганов вегетативных узлов или сплетений, в других оказываются изменёнными межцентральные нервные отношения различных уровней вплоть до высших кортикальных центров регуляции урогенитальных автоматизмов.

Вазоконгестивные явления при сексуальной абстиненции, которая была выявлена у 119 (74,4%) больных, очень часто сопровождаются неопределёнными, трудно поддающимся описанию тягостными, неприятными ощущениями в промежности и тазу, утешёнными позывами к мочеиспусканию, порождающими или усиливающими нарушение баланса основных нервных процессов и создающими чувство психо-эмоционального и вегетативного дискомфорта. С другой стороны первично-невротические феномены, обостряя интероцептивные восприятия выводят целый ряд естественных аффективных сигналов со стороны урогенитальной сферы за нормальные пороги, привлекает к ним внимание и способствуют болезненной фиксации, которая в свою очередь может интенсифицировать выраженность и темп нарастания вазоконгестивных проявлений.

Широкая «иррадиация» обусловленной ХП патологии от урогенитальных (органоспецифических) расстройств до функциональных нарушений ЦНС вызывает ряд дисциркуляторных, вегетативных и нейрогуморальных расстройств [2]. ХП в «чистом» виде (без СПЦД, СПТ) вызывает ускорение эякуляции и ЭД у 53 (33,1%) больных, обусловленные чаще всего причинами, не относящимися к предстательной железе – реперкуссией, снижением сенсорного подкрепления или психореактивными механизмами.

В клинической андрологии хорошо известны законы силовых отношений (то есть обратнопропорциональное влияние длительности половой абстиненции на продолжительность коитуса) и прямо противоположное влияние на быстроту наступления эякуляции стержневых поражений НГС и ЭЯС. Если у сексуально здорового мужчины при половых эксцессах, совершаемых с минимальными интервалами (в пределах 10-15 минут) продолжительность фрикционной стадии каждого последующего копулятивного цикла возрастает более или менее линейно, повышаясь от 20-30 фрикций в течение примерно минуты до нескольких сотен, занимающих 4-5 минут, то наличие патологических синдромов вносит свойственные им коррективы. Так, для большинства синдромов поражения НГС характерна тенденция к эякуляторной ретардации, проявляющаяся в замедленном, а подчас и затруднённом наступлении эякуляции, следующих даже за длительными периодами полового воздержания, что у отдельных больных проявляется отсутствием эксцессов (вследствие невозможности получить эякуляцию при повторном половом акте). В

противоположность этому при большинстве синдромов ЭЯС наблюдается инициальное ускорение эякуляций. Если график, характеризующий силовые отношения больного с поражением НГС, отличается крутизной и очень скоро переходит в асимптоту, параллельную ординате, то у больного с расстройством ЭЯС весь ряд семяизвержений отличается пологостью и представляет серию предельно быстрых эякуляций, в которых закон силовых отношений оказывается лишь едва намеченным (например, у ряда наших больных при четвёртой эякуляции количество фрикций не превышало 6-8).

Эти хорошо известные тенденции могут, однако, подвергнуться процессу взаимной нивелировки. Так, у больного, сочетающего синдром задержки пубертатного развития с СПЦД, выраженность синдрома в случае изолированного расстройства проявлялась бы четырёхкратным удлинением фрикционной стадии (при изолированной ретардации пубертата) или, наоборот, четырёхкратным ускорением (при изолированном СПЦД), привычная для него продолжительность полового акта может лежать в пределах 2-3 минут. В подобных случаях, попадающих к андрологу большей частью случайно и диагностируемых главным образом по объективной симптоматике (задержка пубертатного развития – по данным сексологической антропометрии, в том числе – недоразвитию вторичных половых признаков, и СПЦД), сексуальные расстройства могут оставаться скрытыми как для врача, так и для самого больного и его жены. В ряде случаев, однако, межсиндромные силовые отношения складываются таким образом, что влияние недостаточности парацентральных долек оказывается более выраженным, чем «сдерживающее» влияние ретардированного пубертата, и больные обращаются за сексологической помощью с жалобами на укорочение длительности половых актов. Именно у таких больных нами и был констатирован феномен эякуляторной атаксии, который наблюдался у 11 (6,9%) больных. Сущность этого феномена заключается в том, что эякуляция у такого рода больных выходит далеко за рамки нормативных параметров, причём – в обе стороны: при первом половом акте имеет место или абсолютное ускорение эякуляции (когда эякуляция наступает после единичных фрикций), или даже *ejaculatio ante portas* (до введения полового члена во влагалище); при проведении же повторного полового акта он принимает затяжной, изнурительный характер, продолжаясь до 10-15, а иногда и до 30-40 минут. Эякуляторные расстройства выявлены у 19 (11,9%) больных. По классификации В.М. Маслова [2], 12 больных имели мнимые тардэякуляторные расстройства (половые акты возобновлялись по нескольку раз в связи с резким ослаблением или полным исчезновением эрекции), а 7 – относительные тардэякуляторные расстройства I степени (при длительном, изнурительном половом акте эпизодически эякуляция откладывалась на повторный половой акт).

Типовые формулы СФМ при расстройствах эякуляторной составляющей у больных хроническим простатитом

	Частотные показатели										Триады			Общий суммарный показатель
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	1	2	3	
Специфические расстройства эякуляций (обобщенная формула)	2,83	1,87	2,16	2,11	2,36	1,13	2,21	1,61	1,19	0,64	6,86	5,6	5,01	18,11
1. Расстройства эякуляций при урологических заболеваниях:	2,84	1,87	2,13	2,07	2,31	1,15	2,15	1,56	1,19	0,82	6,84	5,53	4,9	18,09
1.1. Колликулит в сочетании с ХП	2,81	1,86	2,14	2,09	2,29	1,13	2,15	1,54	1,17	0,79	6,81	5,51	4,86	17,97
1.2. Колликулит в сочетании с уретропростатитом	2,82	1,85	2,13	2,11	2,31	1,14	2,17	1,54	1,19	0,81	6,8	5,56	4,9	18,07
1.3. ХП	2,87	1,89	2,13	2,08	2,32	1,15	2,13	1,58	1,21	0,84	6,89	5,55	4,92	18,2
1.4. Хронический уретропростатит	2,89	1,88	2,12	2,09	2,33	1,17	2,15	1,58	1,19	0,81	6,89	5,59	4,92	18,21
2. СПГ	2,79	2,01	2,23	2,14	2,43	1,12	2,32	1,87	1,07	0,87	7,03	5,69	5,26	18,85
3. СПЦД	2,84	2,02	2,26	2,17	2,42	1,07	2,35	1,67	1,27	0,45	7,12	5,66	4,02	17,25
Условная норма	3,24	3,47	3,28	3,26	3,52	3,54	3,26	3,52	3,45	3,47	9,99	10,32	10,23	34,01

При уретроскопии колликулит в сочетании с простатитом обнаружен у 23 (14,4%), колликулит в сочетании с уретропростатитом – у 9 (5,6%), хронический уретропростатит – у 19 (11,9%) больных. Таким образом, при уретроскопии у 51 (31,9%) больных

выявлена сопутствующая урологическая патология, что показывает необходимость использования уретроскопической диагностики у больных ХП.

Характерным типом СФМ для всей группы расстройств ЭЯС является тип с ускоренной эякуляцией (экзальтационный), что показано в табл. 2. Минимальные значения показателя VI встречаются при СПЦД, затем – при СПТ и колликулите в сочетании с простатитом и уретропростатитом.

При СПТ показатель VI не является наименьшим, уступая первое место показателю IX. Феномен титуляризации не является функцией одного единственного аргумента – времени, а развивается лишь в определенных условиях и на определенной почве. Если бы СПТ развивался только как следствие давности заболевания, общий профиль СФМ формы 1, являющейся облигатной начальной формой для развития формы 2, был бы как по частотным, так и по суммарным показателям выше. В действительности же демонстрируются явления, с этой точки зрения парадоксальные: при форме 2, являющейся конечной по отношению к форме 1, наблюдаются более высокие значения как по общему суммарному, так и большинству парциальных показателей (6 из 9!). Объяснить это кажущееся противоречие можно только при допущении, что развитию СПТ подвергается лишь определенная часть случаев первичного поражения урогенитального аппарата, а именно те случаи, в которых ЦНС имеет исходные характеристики, благоприятствующие развитию дискоординаторных нейродинамозов и их фиксации [3].

Таблица 3

Системная феноменология эректильной дисфункции у больных хроническим простатитом

	I	II	III
EPA	0	6 (3,8%)	17 (10,6%)
EPR	0	44 (27,5%)	46 (38,3%)
ET	0	4 (2,5%)	15 (9,4%)

При отсутствии своевременной помощи расстройству эякуляции осложняются присоединением других феноменов, что заставляет характеризовать каждое расстройство не только по интенсивности, но и по экстенсивности, добавляя к обозначению интенсивности нарушения римские цифры: I – при изолированном расстройстве эякуляции; II – при сочетании с ослаблением эрекции; III – при сочетании с ослаблением эрекции и снижением полового влечения (или притуплением оргазма). При абсолютном ускорении эякуляции (*ejaculatio praecox absoluta* – EPA), когда длительность фрикционного периода составляет менее 20 фрикций, EPA II выявлена у 3,6%, EPA III – у 10,6% больных. При относительном ускорении эякуляции (*ejaculatio praecox relative* – EPR), когда семяизвержение наступает до появления оргазма у

Таблица 2

женщины, хотя с момента интродукции до эякуляции проходит не менее минуты и мужчина при этом совершает не менее 20-25 фрикций, EPR II выявлена у 27,5%, EPR III – у 38,3% больных. При задержанной эякуляции (*ejaculatio tarda* – ET), когда половой акт носит затяжной, подчас изнурительный характер, ET II выявлена у 2,5%, ET III – у 9,4% больных (табл. 3). ЭД как моносимптом проявляется у 28 (17,5%) больных ХП. Таким образом, для каждого сексопатологического синдрома у больных ХП необходима своя (дифференцированная) терапевтическая тактика.

Полученные данные доказывают непререкаемый закон клинический андрологии: если у больных, не получающих своевременной помощи квалифицированного андролога, наблюдается так называемый «феномен чернильного пятна»: с чего бы ни

начиналось сексологическое расстройство (инфекция, травма, в том числе психическая, и т. д.), первоначальное нарушение, неуклонно прогрессируя, вовлекает одну составляющую за другой, «обрастает» новыми синдромами и на конечных этапах представляет сочетание ряда парциальных расстройств, затрагивающих несколько иерархических уровней, обеспечивающих в норме системную организацию половой функции.

Литература

1. Ботнева, И.Л. О необходимости внесения поправок к индексам половой конституции при синдроме парацентральных долек / И.Л. Ботнева // Диагностика, лечение и профилактика половых расстройств: Сб. трудов. – М., 1978. – С. 41–46.
2. Маслов, В.М. Клиническая феноменология анэкуляторных расстройств / В.М. Маслов // Там же. – С. 50–54.
3. Сексопатология: Справочник / Под ред. Г.С.Васильченко. – М.: Медицина. – 541 с.

SYNDROMES OF DISORDERS OF THE EJACULATION COMPONENT AT PATIENTS WITH THE CHRONIC PROSTATITIS

A.T. TERYOSHIN, I.B. SOSNOVSKY, V.I. BYLIM

Pyatigorsk State Research Institute of Balneology

160 patients with chronic prostatitis and erectile dysfunction under observation, the syndrome of paracentral lobes was revealed at 23 (14,4%), the syndrome of the pathogenetic tabularization – at 37 (23,1%), vasocongestive phenomena – at 119 (74,4%), tardejaculation disorders – at 19 (11,9%), ejaculation ataxy – at 11 (6,9%). Erectile dysfunction as a monosymptom is displayed at 28 (17,5%) patients. The obtained data show that every sexopathological syndrome of a patient with chronic prostatitis demands its own differentiated therapeutic tactics.

Key words: chronic prostatitis, ejaculation component.

УДК: 616-005.1-08-089.5

КОРРЕКЦИЯ НАРУШЕНИЙ ГЕМОСТАЗА ПРИ ТРАНСУРЕТРАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Г.А. КОНСТАНТИНОВА*

В работе с помощью информативных лабораторных показателей исследованы нарушения в системе гемостаза при трансуретральной резекции предстательной железы у пациентов с распространенным раком. Предложена методика коррекции гиперфибринолиза с использованием транексамовой кислоты.

Ключевые слова: гемостаз, трансуретральная резекция предстательной железы, транексамовая кислота.

Оценка активации системы гемостаза позволяет определить риск развития тромботических и геморрагических осложнений, составить план профилактики, мониторировать действие назначаемых препаратов. В произведенных ранее исследованиях (в том числе и многоцентровых рандомизированных) оценивалось в основном коагуляционное звено системы гемостаза: была определена активация свертывающей системы, выявлена более высокая частота тромботических осложнений, по сравнению со здоровыми пациентами, была доказана необходимость проведения антикоагулянтной терапии в пред- и постоперационном периодах [8,11,15]. Созданные многочисленные рекомендации по проведению антикоагулянтной терапии в периоперационном периоде основываются на отнесении пациента к той или иной группе риска [4,9,10,12]. Это подразделение основывается на следующих признаках: тип операции (большой или малый), возраст (<40 лет, от 40 до 60 лет, >60 лет), наличие дополнительных факторов риска (качественное новообразование или тромбоз в анамнезе). Таким образом, к одной группе могут быть отнесены операции на печени, кишечнике, органах мочевыводящей системы, т.е. совершенно не учитывается, что различные органы и ткани могут выделять вещества, способные по-разному влиять на гемостаз. В проведенных ранее исследованиях было показано, что органы мочевыделительной системы могут оказывать прямое влияние и на фибринолитическую систему вследствие выделения урокиназного активатора плазминогена [2]. Следствием развития гипер-

фибринолиза могут явиться геморрагические осложнения [6,13].

В настоящее время существенной проблемой является информативность тестов, характеризующих свертывающую и фибринолитическую систему. Рутинно используемые в каждодневной практике так называемые «скрининговые» тесты направлены на диагностику гипокоагуляции, в то время как к активации свертывания и усилению образования тромбина они не чувствительны [1]. Одним из наиболее современных методов для оценки активации системы гемостаза *in vivo* является определение пептидов, отделяющихся от основных белков свертывающей и фибринолитической систем крови при их активации, а также количественное определение белков свертывающей системы и их комплексов [7].

Цель исследования – изучение интраоперационных сдвигов в системе гемостаза при трансуретральной резекции предстательной железы и составление схем коррекции возникших нарушений.

Материалы и методы исследования. В проспективное исследование было включено 60 мужчин с верифицированным раком предстательной железы и признаками отдаленного метастазирования, не имевших тромботических осложнений в анамнезе, *трансуретральная резекция* (ТУР) предстательной железы которым выполнялась как паллиативная операция для восстановления оттока мочи. Операция проводилась в условиях спинномозговой анестезии бупивакаином 15-20 мг без седации пациента.

Общими критериями включения в исследование явились следующие признаки: отсутствие локализованного и системного воспалительного процесса, сахарного диабета, отсутствие приема препаратов, влияющих на свертывающую систему крови.

Контрольную группу составили 20 человек. На основании результатов, полученных в этой группе, производилась оценка показателей системы гемостаза в периоперационном периоде, определялись возможные пути коррекции выявленных нарушений. В исследуемую группу были включены 40 пациентов, которым в ходе оперативного вмешательства производилась коррекция гемостаза.

Таблица 1

Характеристика больных, включенных в исследование (медиана, 25 и 75 процентиля) Me (P₂₅-P₇₅)

Критерий	Контрольная группа (n=20)	Исследуемая группа (n=40)
Возраст, годы ¹	73 (68,75-78,25)	71,5 (64-79)
Продолжительность операции, мин ²	75 (58,75-106,25)	82,5 (60-110)
Сопутствующая патология ³		
Ишемическая болезнь сердца	7 (35%)	25 (62,5%)
Артериальная гипертензия	12 (60%)	19 (47,5%)
Варикозная болезнь нижних конечностей	6 (20%)	13 (32,5%)
Хроническая обструктивная болезнь легких	5 (15%)	8 (20%)
Почечная недостаточность	9 (45%)	23 (57,5%)

Примечание: ¹ – критерий U Манна-Уитни U_{мнр.}=358, U_{крит.}=251, p<0,01, различия достоверны; ² – критерий U Манна-Уитни U_{мнр.}=359,5, U_{крит.}=251, p<0,01, различия достоверны; ³ – критерий χ^2 = 2,567; число степеней свободы v=4; при p=0,001 $\chi^2_{крит.}$ =18,467, различия достоверны

Общая характеристика пациентов, включенных в исследование, представлена в табл. 1. Из-за небольшого числа участников исследования добиться сопоставимости групп не удалось. Тем не менее, статистически значимых различий по возрасту, продолжительности вмешательства, сопутствующим заболеваниям между группами не было.

Забор материала производился непосредственно перед разрезом кожи (I этап), в момент хирургического воздействия на ткань предстательной железы (II этап) и сразу после ушивания раны кожи (III этап). Кровь набиралась из локтевой вены без жгута с использованием одноразовых вакуумных пробирок Vacuette с натрием цитратом 3,2%, соотношение крови и антикоагулянта 1:9.

Скрининговые показатели: *активированное парциальное тромбиновое время* (АПТВ), *протромбиновое время* (ПВ), уровень фибриногена по Clauss определялись на автоматическом анализаторе гемостаза ACL 7000, Instrumentation Laboratory, USA.

Образцы крови для исследования *методом иммуноферментного анализа* (ИФА) центрифугировались на бакетном роторе с охлаждением со скоростью 3000 оборотов в мин в течение 30 мин. Плазма отделялась, разливалась по пробиркам Ерpendorf и замораживалась в течение 30 мин после забора крови. Хранение образцов производилось при температуре -45⁰C.

Методом ИФА определяли содержание комплексов *тромбин-антитромбин* (TAT) (набор реактивов AssayMaxHuman

* Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Ростовский государственный медицинский университет», пер. Нахичеванский, 29, г. Ростов-на-Дону, 344022