

БИОЛОГИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ РАССТРОЙСТВ ОРГАЗМА

Г. С. Кочарян

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Представлено лечение расстройств оргазма у женщин и мужчин с использованием медикаментов, биологически активных пищевых добавок и физиотерапевтических средств.

Ключевые слова: *оргазм, расстройства, биологическая терапия, женщины, мужчины.*

В терапии расстройств оргазма используются различные биологически ориентированные методы. Следует отметить, что любые вещества (лекарства, биологически активные пищевые добавки), которые усиливают сексуальное влечение и возбуждение, могут положительно влиять на способность достигать оргазм. Это могут быть и адаптогены (**женьшень, пантокрин, аралия маньчжурская, родиола розовая [золотой корень], элеутерококк, китайский лимонник** и др.), и **трибестан (сальотриб)**, и мн. др. средства.

Для лечения расстройств оргазма используется атипичный антидепрессант **бупропион** (зибан, велбутрин, воксра, будеприон, аплензин), который применяется для лечения никотиновой зависимости. Его основным фармакологическим эффектом является селективное ингибирование обратного захвата норадреналина и дофамина. J. G. Modell и соавт. [20] изучали влияние этого препарата в дозе 150 и 300 мг/день на сексуальную сферу лиц обоего пола. Речь шла о 20 женщинах и 10 мужчинах без признаков депрессии с задержкой или торможением оргазма, которые не были физиологически детерминированы. Последовательно назначали плацебо, затем бупропион-SR в дозе 150 мг/день, а после этого бупропион в дозе 300 мг/день (каждый этап был продолжительностью в 3 недели). У женщин наблюдалось значительное улучшение по сравнению с исходным уровнем ($p < 0,01$) при использовании обеих доз бупропиона-SR во всех измеренных аспектах сексуальной функции и значительное улучшение по сравнению с плацебо ($p < 0,05$) в общей сексуальной удовлетворенности при использовании обеих доз и удовлетворенности интенсивностью оргазма при использовании бупропиона в дозе 150 мг/день. У мужчин наблюдалось значительное улучшения по сравнению с исходным

уровнем ($p < 0,01$) при применении обеих доз в общей сексуальной удовлетворенности, способности достигать эрекции и по отношению к замедлению в достижении оргазма/эякуляции. Значительное улучшение по сравнению с плацебо ($p < 0,05$) наблюдалось в общей сексуальной удовлетворенности при использовании обеих доз, способности достигать эрекции при употреблении 150 мг/день и задержке оргазма/эякуляции при приеме 150 мг/день. Семьдесят процентов пациентов при использовании бупропиона сообщили об усилении либидо, сексуального возбуждения или оргазмической функции.

А. В. Hollander и соавт. [10] провели экспериментальное исследование эффективности **каберголина**, принимаемого по 0,5 мг два раза в неделю, в лечении мужчин с отсроченным оргазмом или аноргазмией (delayed orgasm or anorgasmia). Из 131 пациентов 87 (66,4%) сообщили о субъективном улучшении оргазма (subjective improvement in orgasm), а у 44 (33,6%) такой эффект отсутствовал. Авторы пришли к заключению, что каберголин эффективен в лечении мужского оргазмического расстройства, а его эффективность, по-видимому, не зависит от возраста пациента или этиологии этого расстройства. Все же, по их мнению, необходимы проспективные рандомизированные исследования для определения истинной роли каберголина в лечении данного расстройства. (Каберголин [достинекс, агалатес, берголак] является агонистом дофаминовых рецепторов пролонгированного действия и обладает гипопролактинемическим действием. – *Примечание автора.*)

М. Akbarzadeh и соавт. [7] провели рандомизированное клиническое исследование 125 женщин в возрасте 18-40 лет с оргастическим расстройством. Они были разделены на три группы. Первая группа употребляла 4,5 г экстракта **E. angustifolia** в двух разделенных дозах в течение 35 дней, вторая – таблетки **силденафила цитрата** по 50 мг в день в течение 4 нед за один час до сексуальных отношений, а третья – плацебо. Частота оргазмического расстройства до вмешательства составляла 41,5%, 40,5% и 57,1% в первой, второй и третьей группе соответственно, а после вмешательства – 29,3%, 16,7% и 50%. Следовательно, во второй группе женщин (принимавших цитрат силденафила) отмечалось большее снижение частоты расстройств оргазма по сравнению с первой группой, в то время как в контрольной группе оно было незначимым. На основании проведенных исследований авторы пришли к выводу, что Экстракт *E. angustifolia* и силденафил цитрат эффективны в снижении частоты оргазмического расстройства у женщин.

Однако отмечается, что эффективность **силденафила, гадалафила и варденафила** в терапии расстройств оргазма всё же пока не подтверждена, несмотря на положительные результаты некоторых исследований [15]. То же относится к **гранисетрону** – серотонергическому противорвотному средству, использование которого имело положительные результаты [17].

Хотя **тестостерон (Т)** может дать какие-то положительные результаты для женщин в период после менопаузы, его использование сопряжено с риском [15]. Для предотвращения неблагоприятного влияния Т на уровни липопротеинов рекомендуют его совместное применение с эстрогенами [21]. Т играет важную роль для женской сексуальной функции и может помочь увеличить половое возбуждение. Тем не менее он не одобрен Управлением по контролю за продуктами и лекарствами (the Food and Drug Administration) США при сексуальной дисфункции у женщин. Кроме того, Т может вызвать негативные побочные эффекты, в том числе акне, избыток волос на теле (гирсутизм) и облысение по мужскому типу. Т представляется наиболее эффективным для лечения женщин с его низким уровнем, ставшим результатом хирургического удаления яичников (овариэктомии) [9].

А. М. Свядоц [Свядоц А. М. Женская сексопатология. 5 изд., перераб. и допол. – Кишинев: Штиинца, 1991. – 184 с.] отмечает, что мужские половые гормоны (андрогены) усиливают половое влечение женщин и их способность к переживанию оргазма, что может быть обусловлено возможным их стимулирующим действием на половые центры в коре головного мозга и в подкорковых областях (лимбической системе). Эти гормоны показаны при ретардационной и конституциональной аноргазмии, а также аноргазмии, обусловленной уменьшением количества этих гормонов в крови. «Назначают их фригидным женщинам с хорошо развитыми вторичными половыми признаками, очень женственным, с нежной кожей, у которых можно предположить избыток женских и недостаток мужских половых гормонов. Некоторые авторы рекомендуют назначать тестостерон в дозе не более 70 мг в неделю и применять его не дольше 5 недель (Габелов А. А., 1972). Другие считают возможным кратковременное назначение его до 300 мг в неделю. Мы рекомендуем принимать метилтестостерон в дозе 0,005 г 2–3 раза в день под язык в течение одного цикла, начиная с первого дня после окончания месячных и до наступления следующих, или 5 раз в день в течение 4–6 дней. Можно также назначать тестостерон-пропионат по 50 мг внутримышечно через день – всего 4 раза (Sol. Testosteroni propionici oleosae 5% – 1 ml). Для повышения эротической активности клитора рекомендуется в течение 1–2 циклов втирать в эту область мазь, содержащую небольшое

количество андрогена (Sol. Testosteroni propionici ollosae 1% – 6,0 Vaseline, Lanolini aa – 15,0), и при этом стараться вызвать у себя эротическую реакцию. Мужские половые гормоны назначаются при условии достаточной насыщенности женскими. Если она недостаточна, то в первую половину цикла назначаются эстрогены и на их фоне – мужские половые гормоны. Не следует назначать андрогены свыше 300 мг на курс, даже если курс растянут на несколько менструальных циклов. Например, возможно назначение метилтестостерона по 0,005 г 2–3 раза в день под язык в течение одного цикла, либо по 0,005 мг 2 раза в день лишь во вторую половину цикла в течение 2–3 циклов, либо назначение 10%-ного тестената по 1 мл внутримышечно в первый день окончания менструации в течение трех циклов. Инъекцию можно производить и в первый день второй половины цикла. При назначении в первую половину цикла препарат несколько слабее влияет на силу полового влечения, чем при введении его во вторую, но менее вероятна возможность побочного действия. ... Мужские половые гормоны противопоказаны женщинам, имеющим малейшие признаки вирилизма (растительность на лице по мужскому типу в сочетании с мужским тембром голоса)» [5, с. 145-146].

Было показано, что заместительная терапия **эстрогенами** положительно коррелирует с сексуальной активностью, наслаждением и фантазиями. Эффект влияния эстрогена на половое влечение является косвенным и связан с уменьшением урогенитальной атрофии, вазомоторных симптомов и климактерических расстройств настроения (например, депрессии). Эта связь помогает предсказать, какие пациенты могут положительно реагировать на эстроген-заместительную терапию, и может объяснить, почему некоторые исследования не выявляют эстроген-опосредованное улучшение сексуального функционирования [21]. В некоторых случаях врач может назначить комбинацию эстрогена и **прогестерона** [9].

А. М. Свядош [5] присоединяется к мнению тех, кто полагает, что женские половые гормоны могут играть роль в поддержании полового чувства у женщины. Он считает возможным их недлительное применение (до одного месяца) лишь в тех случаях, когда при «фригидности» обнаруживаются явления гипооваризма. Для лечения рекомендует 0,1%-ный раствор эстрадиол-дипропионата по 1 мл через каждые трое суток во время первой половины менструального цикла (5 инъекций). С этой же целью может быть назначен фолликулин по 1 мл 0,1%-ного раствора через день (7–8 инъекций) или синэстрол (0,1%-ный раствор или таблетки). С такой же целью возможно использование октоэстрола или стильбэстрола по 1 мг один раз в день в первую половину цикла.

А. М. Свядош [5] отмечает, что при ретардационной и конституциональной фригидности (см. ниже) могут быть применены гормональные препараты, включающие одновременно как женские, так и мужские половые гормоны: венгерский препарат амбосекс (Ambosex), содержащий в 1 мл 5 мг эстрадиола и 100 мг тестостерона (вводится 1 мл в масляном растворе внутримышечно раз в месяц; на курс 1–2 инъекции); порошок, содержащий 0,005 г метилтестостерона, 0,002 г синэстрола, 0,3 г глюконата кальция (принимают по одному порошку 3 раза в день в течение первой половины менструального цикла).

При расстройствах оргазма у женщин рекомендуют употребление **L-аргинина** [8] и пищевых добавок, которые его содержат. L-аргинин – условно незаменимая аминокислота, т. е. он может синтезироваться в организме, однако с возрастом эта способность уменьшается, а значение этого вещества для организма настолько велико, что ученые относят его к условно незаменимым. L-аргинин называют «веществом молодости», так как эта аминокислота участвует в синтезе многих гормонов у человека. Он также является строительным материалом, из которого синтезируются белки и ферменты. При недостаточности аргинина организм быстро стареет. Он способен увеличить силу и продолжительность кровенаполнения половых органов (как у мужчин, так и у женщин), продлевает время полового акта, усиливает приятные ощущения при сексе и делает оргазм более продолжительным и глубоким. L-Аргинин улучшает эрекцию, в частности за счет повышения продукции NO, и усиливает сперматогенез, что используется для лечения бесплодия у мужчин. Семенная жидкость очень богата L-аргинином. Низкое содержание аргинина в организме у мужчин может приводить к «импотенции», у женщин – снижать либидо, а у детей замедлять половое созревание [6].

Т. У. Ito и соав. [12] провели исследование, в котором участвовало 77 женщин в возрасте старше 21 года, желающих улучшить свою сексуальную функцию. Они были разделены на 2 группы. Первая группа (34 чел.) принимала **ArginMax для женщин** – пищевую добавку, которая, помимо L-аргинина, содержит экстракт женьшеня, гинкго билоба, дамиану, поливитамины и минералы. Вторая группа (контрольная), которая получала плацебо, состояла из 43 чел. Спустя 4 нед у 73,5% основной группы имело место достоверное улучшение удовлетворенности во всех аспектах их половой жизни по сравнению с 37,2% лиц контрольной группы ($p < 0,01$). Заметное улучшение было отмечено в отношении полового влечения, уменьшения вагинальной сухости, частоты половых актов и оргазма, а также чувствительности. Существенных побочных эффектов выявлено не было.

Ито Т. У. и соавт. [11] продолжили исследование эффективности этой пищевой добавки. Речь уже шла о 108 женщинах в возрасте от 22 до 73 лет. Из них 55 составили основную группу, а 53 плацебо-группу. Результаты данного исследования также свидетельствовали об активирующем влиянии ArginMax на сексуальную сферу женщин. Авторы отмечают, что поскольку пищевая добавка ArginMax для женщин не проявляет активности эстрогенов, она может быть желательной альтернативой гормональной терапии сексуальных проблем.

Для облегчения достижения оргазма у женщин А. М. Свядоц [5] рекомендует физиотерапию, которая выполняет лишь вспомогательную роль и должна включаться в комплексное лечение расстройств оргазма. Целью физиотерапевтических процедур в этом случае является усиление кровообращения в генитальной области, что способствует эротизации. К ним относятся «горячие влагалищные души (температура 42–45 °С) или орошение минеральными водами, особенно нарзаном, нарзанные ванны, горячие тазовые ванны, грязелечение («трусички» + влагалищные тампоны), а также диатермия половых органов (диатермия вагинальная – 12 сеансов по 20 минут ежедневно в первые 12 дней после окончания менструации), дарсонвализация наружных половых органов – 12 сеансов через день. Гипертрофия матки – абсолютное противопоказание для тепловых процедур» [5 с. 146-147].

В подавляющем числе случаев оргазм у мужчин связан с эякуляцией. Поэтому устранение анэякуляции может привести к его появлению. В обзоре А. Kamischke, E. Nieschlag [13], который представлен нами в книге «Расстройства эякуляции и их лечение» [1], где приведены данные 36 исследований, касающихся пациентов с ретроградной эякуляцией (РЭ), и 40 исследований, в которых речь шла о больных с анэякуляцией (АЭ), медикаментозное лечение АЭ проводили следующим образом. Для пациентов, страдающих АЭ, у которых отсутствовали повреждения спинного мозга, лекарственная терапия велась почти исключительно альфа-агонистами (имипрамин, эфедрин, псевдоэфедрин). Только один автор проводил лечение одного спинального больного, причем безуспешно, при помощи альфа-агонистов (Levine&Fakouri, 1998).

По контрасту, парасимпатомиметики (антагонисты ацетилхолина), такие как физостигмин и неостигмин, почти эксклюзивно использовались у пациентов с АЭ, последовавшей после травмы спинного мозга. Только один пациент с идиопатической АЭ был пролечен физостигмином (Vanderschueren et al., 1998). Частые побочные эффекты после приема альфа-агонистов были сравнимы с таковыми при лечении РЭ. Для лечения АЭ, вызванной спинномозговой травмой, на ранних стадиях использовались

интратекальные (под оболочки спинного мозга) введения неостигмина. В стандартных дозах физостигмин имеет потенцирующий эффект для возникновения ряда вегетативных дисрефлексий у мужчин с повреждениями выше T_{VI} (Linsenmeyer&Perkash,1991), включающих тошноту, рвоту, абдоминальный дискомфорт, диарею, ортостатическую гипотензию в течение часа после эякуляции. Превентивное назначение N-бутилгиоцин бромида, ингибитора периферической парасимпатической нервной системы, метоклопрамида или атропина за 10–30 мин до лечения парасимпатомиметиками уменьшает эти неблагоприятные эффекты, благоприятствуя центральному действию физостигмина, и поэтому может быть рекомендовано (Jesionovska&Hemmings, 1991). Также сообщается (Brackett, 1999; Kamischke&Nieschlag, 1999), что физостигмин и неостигмин с равным эффектом использовались для лечения больных с АЭ, у которых имели место повреждения спинного мозга как выше, так и ниже T₁₁, вызванные его травмами. Тем не менее отмечается, что неостигмин должен выйти из употребления вследствие ряда побочных эффектов. Другие авторы (Linsenmeyer&Perkush, 1991) также сообщают, что физостигмин имеет серьезные побочные эффекты. Для их снижения перед его применением (1–2 мг) рекомендуют превентивно назначать 20–40 мг бутилгиоцина бромида и осуществлять мониторинг симптомов вегетативной дисрефлексии у пациентов с повреждениями спинного мозга [13].

При мета-анализе проведенных исследований мидодрин (гутрон) показал существенно лучшие результаты, чем имипрамин, псевдоэфедрин и эфедрин, тогда как по другим видам лечения не было существенных различий. Не было существенных различий в эффективности физостигмина и неостигмина, а также между ответом на альфа-агонисты в зависимости от диагноза. У спинальных больных, пролеченных парасимпатомиметиками, не было различий в ответе на лечение при сравнении пациентов, имеющих повреждение от T₁₁ и выше, а также ниже T₁₁ [13].

Характеризуя далее лечение больных с АЭ, А. Kamischke, Е. Nieschlag [13] сообщают, что оно отличается в зависимости от вызывающих ее причин. У пациентов без повреждений спинного мозга альфа-агонисты могут использоваться в качестве средств первого выбора, так как только они могут быть предложены как шанс для получения эякулята естественным путем. Имипрамин не является препаратом выбора для устранения АЭ, так как значительно уступает мидодрину. Поэтому мидодрин следует считать препаратом первого выбора у пациентов с АЭ без спинальных повреждений. Хотя в целом результаты лечения являются удовлетворительными, пропорция пациентов с антеградной (нормальной) эякуляцией после применения мидодрина остается низкой (18%). Если нет

антеградной или ретроградной эякуляции после лечения мидодрином у пациентов без повреждений спинного мозга, эякуляция может быть достигнута массажем простаты, EVS (электровибростимуляцией) и EE (электроэякуляцией). В качестве последнего средства может быть предложено хирургическое вмешательство.

В последние годы массаж простаты предлагался как интересная альтернатива таким уже упрочившимся методам, как EVS и EE. Хотя общие результаты остаются ниже, чем при EVS или EE (Brackett, 1999; Kamischke&Nieschlag, 1999), простота метода, низкий уровень побочных эффектов и низкая стоимость оправдывают эти терапевтические попытки [13].

Вследствие возможных побочных эффектов медикаментозное лечение АЭ у спинальных больных не может быть рекомендовано как терапия первого выбора. Сообщается, что хотя массаж простаты и предлагался как альтернатива EVS и EE, от него отказались, так как пока только один спинальный больной был пролечен этим методом (Marina et al., 1999). Более того, массаж простаты может вызвать симптомы дисрефлексии, требующие медикаментозного прикрытия у пациентов с повреждением спинного мозга выше T_{VI}. Поэтому в настоящее время пенильную EVS следует использовать в качестве первого выбора для лечения АЭ у спинальных больных. Вместе с тем отмечается, что при применении EE качество спермы лучше, а побочные эффекты меньше (Brackett, 1999; Kamischke&Nieschlag, 1999). Однако наступление беременности при использовании вспомогательных репродуктивных технологий чаще наблюдается у пациентов при использовании EVS, а не EE (Kamischke&Nieschlag, 1999). Так как EE более результативна для получения эякулята, то она может быть использована в тех случаях, когда пенильная EVS оказывается безуспешной (Lochner-Ernst et al., 1997; Souksen et al., 1997; Kamischke&Nieschlag, 1999). Если эти и другие методы получения спермы оказываются неэффективными, следует прибегнуть к хирургическому ее получению вместе с инъекцией сперматозоида в яйцеклетку (ИКСИ) (Novata&von Smitten, 1983; Lochner-Ernst et al., 1997; Kamischke&Nieschlag, 1999) [13].

В рекомендациях Европейской ассоциации урологов [3] отмечается, что медикаментозное лечение и психотерапия АЭ, вызванной нейропатией или предшествующим оперативным вмешательством (лимфаденэктомия), не всегда эффективны. В этих случаях, а также у пациентов с повреждением спинного мозга, методом выбора является вибрационная стимуляция полового члена. В случае АЭ вибрационная стимуляция полового члена активирует эякуляторный рефлекс. Для проведения вибрационной стимуляции обязательным условием является отсутствие

повреждения на уровне люмбосакрального участка спинного мозга. Если повреждение локализовано выше сегмента T₁₀, шансы на успех достаточно высокие. Следует отметить, что при тотальной АЭ Н. J. Vogt (1978) с успехом использовал вибратор. По его данным, из 43 мужчин, у которых эякуляция отсутствовала, при первой стимуляции вибратором она восстановилась примерно у половины пациентов, а у остальных – через несколько сеансов. Стимуляция сначала продолжается 10–15 мин (максимально 30), в дальнейшем ее сокращают до 5 мин [по 2].

Снижение или отсутствие болевой и температурной чувствительности кожи полового члена и мошонки при сохраненных сухожильных и бульбокавернозных рефlekсах позволяет надеяться на получение эффекта от вибростимуляции. Неблагоприятен прогноз при повреждении ниже T₁₀ в сочетании с периферическими параличами. Пациентам с признаками вегетативной дисфункции необходимо проводить премедикацию 10–20 мг нифедипина сублингвально. Мочевой пузырь должен быть опорожнен перед манипуляцией. Вибратор располагается вокруг головки полового члена, вибрация проводится с амплитудой 1–3 мм и частотой 80–100 Гц. Эякуляция обычно происходит на 10 мин и сопровождается спастическими сокращениями мышц ног и передней брюшной стенки. Процедура проста и безопасна, и после обучения пациент может продолжать лечение на дому. В дальнейшем сперма может использоваться для внутриматочной инсеминации или ИКСИ [3].

Если вибростимуляция оказывается неэффективной, то методом выбора является электростимуляция эякуляции. Под электростимуляцией эякуляции подразумевается раздражение электрическим током перипростатических нервов посредством зонда, введенного через прямую кишку. Для проведения этой манипуляции требуется достаточная подготовка специалиста. Осложнениями использования данной методики могут быть вегетативная гиперрефлексия и проктиты. Требуется проведение анестезии, за исключением случаев полного пересечения спинного мозга. Во время процедуры пациенту постоянно измеряют давление, мочевой пузырь опорожняется через катетер, а его стенки обрабатываются раствором Нам-10. Предварительно проводится аноскопия для оценки состояния слизистой оболочки прямой кишки. Вводится зонд и располагается непосредственно над предстательной железой. Зонд должен находиться в постоянном контакте с термодатчиком и металлическими электродами. Стимуляция продолжается 5–7 минут и в 90% случаев завершается эякуляцией, которая бывает ретроградной у трети пациентов. Если электростимуляция эякуляции оказывается неэффективной или не может быть произведена, применяется аспирация спермы из семявыносящих протоков, смыв из

семявыносящего тракта. В случае эпидидимальной обструкции или секреторного бесплодия методом выбора является проведение TESE (testicular sperm extraction; извлечение сперматозоидов из яичка) [3].

Следует подчеркнуть, что при кортикальной дисфункции с торможением эякуляторного центра рекомендуют галантамин, а при торможении спинального центра эякуляции – диатермию поясничной области [4].

В тех случаях, когда анэякуляция или ослабление оргазма у мужчин обусловлены гипогонадизмом (недостаточной выработкой тестостерона), возникает необходимость в назначении андрогенов.

Необходимо отметить, что в настоящее время существует опыт использования ряда фармакологических средств для терапии заторможенного оргазма, обусловленного приемом антидепрессантов, относящихся к селективным ингибиторам обратного захвата серотонина (СИОЗС). Однако в подавляющем большинстве контролируемых исследований положительные эффекты не превышали таковые в контрольных группах. Так, D. Michelson и соавт. [18] оценили эффективность **буспирона** и **амантадина** в лечении сексуальной дисфункции (нарушение оргазма или сексуального возбуждения), связанной с назначением флуоксетина. Женщины, которые успешно лечились флуоксетином в течение по крайней мере 8 нед, сообщили об ухудшении сексуальной функции. После оценки их состояния в течение 4 нед, они были случайным образом распределены в 3 группы, где в течение 8 нед им соответственно назначали буспирон (N = 19), амантадин (N = 18) или плацебо (N = 20). Суточная доза буспирона составила 20 мг, а амантадина 50 мг. Результаты оценивались с использованием ежедневно заполняемого испытуемыми дневника и структурированного интервью, проводимого клиницистом. В то время как женщины, получавшие амантадин, сообщали о значительном улучшении «уровней энергии» («energy levels») по сравнению с женщинами в группе плацебо, во всех группах отмечалось улучшение сексуальной функции как в целом, так и в большинстве ее отдельных критериев. Статистически значимых различий между тремя группами выявлено не было. Таким образом, буспирон и амантадин не были более эффективны, чем плацебо, в уменьшении сексуальной дисфункции, связанной с приемом антидепрессанта. Во время лечения все группы испытывали заметное неспецифическое улучшение, что, по мнению авторов, свидетельствует о важности плацебо-контролируемых исследований. Однако при использовании буспирона в более высоких дозах отмечалось минимально значимое по сравнению с плацебо ослабление сексуальных

побочных эффектов у женщин, принимающих антидепрессанты циталопрам или пароксетин, которые относятся к группе СИОЗС [22].

В рандомизированном двойном слепом параллельном плацебо-контролируемом исследовании **миртазапина** (15 мг/день), **йохимбина** (5,4 мг/день), **оланзапина** (0,25 мг/день) или плацебо при флуоксетин-индуцированной сексуальной дисфункции D. Michelson и соавт. [19] не обнаружили значительного улучшения в оргастической способности от применяемых лекарств по сравнению с плацебо у 107 женщин с нарушением оргазма или вагинальной смазки. Kang и соавт. [14] не выявили статистически значимого отличия в воздействии в группе, получавшей **Gingko biloba** (N = 19), по сравнению с плацебо-группой (N = 18) у женщин с СИОЗС-индуцированной сексуальной дисфункцией. Положительные эффекты, которые наблюдались в отношении сексуальной функции в обеих группах, свидетельствовали о важности плацебо-эффекта.

C. M. Meston [16] провел исследование, цель которого состояла в том, чтобы определить, действительно ли **эфедрин** – агонист альфа- и бета-адреноблокаторов, который, как ранее было выявлено, демонстрировал усиление генитального кровотока у женщин, оказывает благотворное влияние на сексуальные дисфункции, вызванные приемом антидепрессантов. Девятнадцать сексуально дисфункциональных женщин, получавших флуоксетин, сертралин или пароксетин, участвовали в восьминедельном двойном слепом плацебо-контролируемом перекрестном исследовании влияния эфедрина (50 мг) на восстановление сексуального желания, возбуждения, оргазма и сексуального удовлетворения. Хотя значительное улучшение сексуального желания и интенсивности оргазма/удовольствия отмечалось при приеме 50 мг эфедрина за 1 ч до сексуальной активности по сравнению с исходным уровнем, значительное улучшение этих показателей, а также сексуального возбуждения и оргазмической способности имело место и в плацебо-группе. В связи с этим автор подчеркивают важность проведения плацебо-контролируемых исследований.

Следует подчеркнуть, что в ряде случаев даже при высокой квалификации врача и адекватном лечении около 5% женщин с первичной аноргазмией не могут быть вылечены, так как у некоторых из них, вероятно, имеет место конституционально обусловленная неспособность к переживанию оргазма [23].

Необходимо отметить, что на постсоветском пространстве широко распространена классификация расстройств женского оргазма, предложенная А. М. Святощом [5], который выделяет ретардационную (обусловленную задержкой сексуального развития), психогенную (детерминированную влиянием неблагоприятных психогенных факторов),

симптоматическую (являющуюся одним из проявлений существующих других патологий) и конституциональную (врожденная недостаточность психосексуальных функций) аноргазмию («фигидность»). Естественно, что лечение при этих формах будет различаться. Вместе с тем необходимо учитывать возможность существования различных смешанных вариантов расстройств оргазма, что диктует необходимость адекватно составленной в каждом отдельном случае терапевтической программы.

В заключение следует отметить, что для лечения расстройств оргазма и преодоления трудностей в его достижении используются различные техники, психотерапевтические методы и биологические средства, которые позволяют при правильно выбранной стратегии и тактике в значительном числе случаев достигнуть положительных результатов.

Біологічна терапія розладів оргазму

Г. С. Кочарян

Представлено лікування розладів оргазму у жінок і чоловіків з використанням медикаментів, біологічно активних харчових добавок і фізіотерапевтичних засобів.

***Ключові слова:** оргазм, розлади, біологічна терапія, жінки, чоловіки.*

Biological therapy of orgasm disorders

G. S. Kocharyan

The treatment of orgasm disorders in women and men with the use of medicines, biologically active nutritional supplements and physiotherapy is submitted.

***Key words:** orgasm, disorders, biological therapy, women, men.*

Сведения об авторе

Кочарян Гарник Суменович – Харьковская медицинская академия последипломного образования, 61176, г. Харьков, ул. Амосова, 58.

Моб. тел.: +38 (095) 259-65-23, +38 (098) 521-61-46. E-mail: kochargs@rambler.ru

ЛИТЕРАТУРА

1. Кочарян Г. С. Расстройства эякуляции и их лечение. – Х.: Вид-во Віровець А. П. «Апостроф», 2012. – 328 с.
2. Кратохвил С. (Kratochvíl S.) Психотерапия семейно-сексуальных дисгармоний / Пер. с чешск. – М.: Медицина, 1991. – 336 с.
3. Нарушение эякуляции. – URL: <http://norm-urolog.narod.ru/nar.html> (дата обращения: 10.08.2017).
4. Преждевременное семяизвержение. – URL: http://diagnos.ru/diseases/masculina/quick_eaculatio (дата обращения: 11.03.2011).
5. Свядош А. М. Женская сексопатология. 5 изд., перераб. и допол. – Кишинев: Штиинца, 1991. – 184 с.
6. Функциональное действие L-Аргинина. – URL: <https://goodhealth.kiev.ua/l-arginine-500-mg-100/> (дата обращения: 08.08.2017).
7. Akbarzadeh M., Zeinalzadeh S., Zolghadri J., Mohagheghzadeh A., Faridi P., Sayadi M. Comparison of *Elaeagnus angustifolia* Extract and Sildenafil Citrate on Female Orgasmic Disorders: A Randomized Clinical Trial // *J Reprod Infertil.* – 2014. – 15 (4). – P. 190–198.
8. Anorgasmia in women Alternative medicine By Mayo Clinic Staff. – URL: <http://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/anorgasmia/basics/alternative-medicine/con-20033544> (date of the reference: 08.05.2015).
9. Anorgasmia in women Treatments and drugs By Mayo Clinic Staff. – URL: <http://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/anorgasmia/basics/treatment/con-20033544> (date of the reference: 08.05.2015).
10. Hollander A. B., Pastuszak A. W., Hsieh T. C., Johnson W. G., Scovell J. M., Mai C. K., Lipshultz L. I. Cabergoline in the Treatment of Male Orgasmic Disorder – A Retrospective Pilot Analysis // *Sex Med.* – 2016. – 4 (1). – P. 28–33.
11. Ito T. Y., Polan M. L., Whipple B., Trant A. S. The enhancement of female sexual function with ArginMax, a nutritional supplement, among women differing in menopausal status // *J Sex Marital Ther.* – 2006. – 32 (5). – P. 369–378.
12. Ito T. Y., Trant A. S., Polan M. L. A double-blind placebo-controlled study of ArginMax, a nutritional supplement for enhancement of female sexual function // *J Sex Marital Ther.* – 2001. – 27 (5). – P. 541–549.
13. Kamischke A., Nieschlag E. Update on medical treatment of ejaculatory disorders // *International Journal of Andrology.* – 2002. – 25 (6). – P. 333–344.
14. Kang B. J., Lee S. J., Kim M. D., Cho M. J. A placebo-controlled, double-blind trial of *Ginkgo biloba* for antidepressant-induced sexual dysfunction // 2002. – 17 (6). – P. 279–284.
15. Meana M. Sexual dysfunction in women. – Cambridge, MA: Hogrefe, 2012.
16. Meston C. M. A randomized, placebo-controlled, crossover study of ephedrine for SSRI-induced female sexual dysfunction // *J Sex Marital Ther.* – 2004. – 30 (2). – P. 57–68.
17. Meston C. M., Hull E., Levin R. J., Sipski M. Disorders of orgasm in women // *J Sex Med.* – 2004 – 1 (1). – P. 66–68.

18. Michelson D., Bancroft J., Targum S., Kim Y., Tepner R. Female sexual dysfunction associated with antidepressant administration: a randomized, placebo-controlled study of pharmacologic intervention // *Am J Psychiatry*. – 2000. – 157 (2). – P. 239–243.
19. Michelson D., Kociban K., Tamura R., Morrison M. F. Mirtazapine, yohimbine or olanzapine augmentation therapy for serotonin reuptake-associated female sexual dysfunction: a randomized, placebo controlled trial // *J Psychiatr Res*. – 2002. – 36 (3). – P. 147–152.
20. Modell J. G., May R. S., Katholi C. R. Effect of bupropion-SR on orgasmic dysfunction in nondepressed subjects: a pilot study // *J Sex Marital Ther*. – 2000. – 26 (3). – P. 231–240.
21. Phillips N. A. Female Sexual Dysfunction: Evaluation and Treatment // *Am Fam Physician*. – 2000. – 62 (1). – P. 127–136.
22. Treatment of female orgasmic disorder. – URL: <http://fx.damasgate.com/treatment-of-female-orgasmic-disorder/> (date of the reference: 09.05.2015).
23. Williams N., Leiblum S. *Glob. libr. Women's med.*, (ISSN: 1756-2228) 2008; DOI 10.3843/GLOWM.10432

Библиографические данные о статье: Кочарян Г. С. Биологическая терапия расстройств оргазма // *Здоровье мужчины*. – 2017. – №3 (62). – С. 61–65.

Общие сведения об авторе, его статьи и книги (в свободном доступе) представлены на его персональном веб-сайте gskochar.narod.ru