

Г. С. КОЧАРЯН

РАССТРОЙСТВА ЭЯКУЛЯЦИИ
И ИХ ЛЕЧЕНИЕ

«Апостроф»

УДК 616.69-008.14+616.89-008.442.4]-085
ББК 56.9+88.4
К 75

*Рекомендовано к изданию Ученым советом Харьковской
медицинской академии последипломного образования МЗ Украины
(протокол №2 от 17.02.2012 г.)*

К 75 Кочарян Г. С.

Расстройства эякуляции и их лечение. –

Х.: Вид-во Віровець А. П. «Апостроф», 2012. – 328 с.

ISBN 978-966-2579-65-9

В книге глубоко и всесторонне характеризуется проблема расстройств эякуляции. Приведены понятийный аппарат этих нарушений, различные определения (дефиниции) преждевременной эякуляции и ее эпидемиология, обсуждена «философия» данного диагноза с учетом его биологического и социального критериев, рассмотрены вопросы физиологии эякуляции, охарактеризованы психогенные и соматогенные причины, а также механизмы эякуляторных расстройств при различных физиологических состояниях, заболеваниях и синдромах, выделены и охарактеризованы модели формирования сексуальных расстройств при хроническом простатите, представлен феномен женской эякуляции, приведены различные рекомендации, методы и техники по устранению расстройств эякуляции у мужчин (психотерапия, фармакотерапия, физиотерапия, хирургическое лечение и т. д.). Это первая и на сегодняшний день единственная профессионально ориентированная книга по данной проблеме по меньшей мере на постсоветском пространстве.

Для врачей, психологов, физиологов; преподавателей и студентов высших учебных заведений и курсов, где проводится подготовка названных специалистов; образованных людей, интересующихся вопросами современной сексологии.

ISBN 978-966-2579-65-9

© Г. С. Кочарян (G. S. Kocharyan, M.D., Ph.D., D.Sc.), 2012

EJACULATORY DISORDERS AND THEIR TREATMENT

The book written by M.D., Ph.D., D.Sc., Professor of the Department of Sexology and Medical Psychology of Kharkiv Medical Academy of Post-Graduate Education, Academician of the Russian Academy of Natural History Garnik S. KOCHARYAN profoundly and comprehensively analyses the problem of ejaculatory disorders. The conceptual apparatus of these disorders, different definitions of premature ejaculation and its epidemiology are presented, the «philosophy» of this diagnosis with regard for its biological and social criteria is discussed, physiological aspects of ejaculation are examined, psychogenic and somatogenic causes and mechanisms of ejaculatory disorders in different physiological states, diseases and syndromes are discussed, models of formation of sexual disorders in chronic prostatitis are isolated and characterized, the phenomenon of female ejaculation is presented, different recommendations, methods and techniques for elimination of ejaculatory disorders in males (psychotherapy, pharmacotherapy, physiotherapy, surgical treatment, etc.) are presented. This is the first and by today only one professionally oriented book on the above problem at least in the postSoviet space.

For doctors, psychologists, physiologists; teachers and students of higher medical schools and courses, where the above specialists are trained; for educated people, who take an interest in problems of modern sexology.

ПРЕДИСЛОВИЕ

Несмотря на огромную значимость расстройств эрекции и большую частоту обращений за сексологической помощью в связи с этими расстройствами, современные исследования свидетельствуют о большей распространенности у мужчин нарушений эякуляции. Чаще всего речь идет о преждевременном семяизвержении. При этом за медицинской помощью обращается лишь от 1 до 12% лиц с данной патологией. Существуют значительные трудности в диагностировании преждевременной эякуляции, что связано с неоднозначными подходами к ее определению.

В 1-й главе книги приводятся различные данные о частоте преждевременной эякуляции, представлены понятийный аппарат и дефиниции (определения) разных расстройств эякуляции (преждевременная, ретардированная, астеническая, ретроградная, болезненная эякуляция, анэякуляция), а также классификации преждевременного семяизвержения и анэякуляции. Большое внимание уделено анализу понятия «преждевременная эякуляция», приводятся существующие ее дефиниции (определения), включая самые последние. В связи с неоднозначностью подходов к диагностике этой патологии, нами рассмотрен вопрос о «философии» диагноза «преждевременная эякуляция» с учетом биологического и социального его критериев. Подчеркивается тот факт, что контроль над эякуляцией, возможность которого в настоящее время постулируется в качестве одного из критериев нормы, носит не природный (биологический), а культуральный характер, связанный с большой гедонистической ролью сексуальных отношений в современном обществе и возросшими требованиями к продолжительности полового акта, что отразилось и на представлении о норме у специалистов. В характеризуемой главе также приведены результаты многих исследований по установлению продолжительности полового акта у мужчин,

базирующиеся не только на расспросах, но и на ее объективной инструментальной фиксации.

Во 2-й главе книги подробно изложены современные представления о физиологии эякуляции. Рассмотрены ее центральные (головной и спинной мозг) и периферические (половые органы, поперечнополосатая и гладкая мускулатура) механизмы. 3-я глава книги посвящена оспариваемому феномену женской эякуляции. Приведены данные о ее частоте и результаты исследований состава «женского эякулята», которые в целом отвергают его идентичность моче. Это представляется очень важным в связи с тем, что женщины, воспринимающие извержение у них жидкости в преддверии или во время оргазма как недержание мочи, стыдятся этого и подавляют наступление оргазма, что негативно сказывается на качестве их половой жизни и самооценке. Проводится анализ различных точек зрения, каждая из которых пытается по-своему объяснить происхождение женского эякулята. Женскую эякуляцию в значительной степени связывают с так называемой женской простатой, а также зоной Графенберга. Представлены исторические данные, связанные с открытием этих образований, анатомическая характеристика женской простаты, а также результаты современных инструментальных исследований (вплоть до магнито-резонансной томографии), подтверждающие ее существование. Охарактеризована динамика взглядов о влиянии женской эякуляции на состояние здоровья женщины. Подчеркивается, что если у женщины наступает оргазм, то она в равной степени сексуально здорова вне зависимости от того, происходит ли у нее выброс жидкости при половом акте или нет.

В 4-й главе подробно описываются психогенный и соматогенный (биогенный) механизмы развития различных расстройств эякуляции. Приводятся данные об эволюции взглядов на формирование преждевременной эякуляции. Большое внимание в этой главе уделяется не только психогенным факторам развития преждевременной эякуляции, но и различным

биологически детерминированным причинам ее возникновения. Это важно потому, что в настоящее время среди ряда специалистов преобладает точка зрения, согласно которой преждевременная эякуляция в подавляющем числе случаев связана с психогенными причинами, что, в частности, нашло отражение в МКБ–10 и DSM–IV. Для обеих классификаций характерно доминирующее представление о преждевременной эякуляции как о функциональном, не имеющем органической природы феномене. При этом в МКБ–10 такая возможность хотя и не отрицается, но считается маловероятной. Также высказывается мнение, что ни одна из соматических причин преждевременного семяизвержения не была безоговорочно подтверждена крупномасштабными исследованиями.

Мы придерживаемся точки зрения, что полное игнорирование возможности биологической детерминации преждевременной эякуляции или ее умаление искажает реальную действительность. В этой связи, помимо других синдромов и заболеваний, вызывающих данное расстройство, рассматривается и роль в его возникновении хронического простатита. Мы считаем, что он может влиять на развитие сексуальных расстройств и по соматическим механизмам. В данной главе, в частности, характеризуются выделенные нами различные модели формирования сексуальных расстройств у больных хроническим простатитом и приводятся результаты современных исследований, свидетельствующих о роли этого заболевания в возникновении преждевременной эякуляции. В этой главе также представлены результаты современных исследований, которые свидетельствуют о роли генетических факторов в генезе преждевременной эякуляции. Хотя подавляющее место в данном разделе уделено формированию преждевременной эякуляции, развитию других ее расстройств (ретардированной, астенической, болезненной, ретроградной эякуляции и анэякуляции) уделено внимание, соответствующее их значимости в структуре данных расстройств. В характеризуемой главе также сообщается о негативном влиянии

различных расстройств эякуляции на эмоциональное состояние мужчин, их партнерш и отношения между ними.

В 5-й главе приведены рекомендации по увеличению продолжительности полового акта, психотерапевтические методы и техники, применяемые для устранения преждевременной эякуляции, а также приемы, используемые для коррекции внутренней картины болезни у больных с преждевременной, ретардированной эякуляцией и анэякуляцией. Значительное место в данном разделе уделено фармакотерапии расстройств эякуляции. Представлены как рекомендации, которые в большей степени имеют историческое значение, так и данные по современному лечению различных эякуляторных нарушений. Большое внимание, в частности, уделяется использованию для терапии преждевременной эякуляции ингибиторов обратного захвата серотонина, которые относят к антидепрессантам. Также приводятся сведения о применении при расстройствах эякуляции других биологически ориентированных нехирургических методов лечения и сведения о хирургической коррекции преждевременной эякуляции.

В приложениях приводятся четыре сексологических опросника, три из которых используются в диагностике преждевременной эякуляции, данные об эволюции взглядов на связь этой дисфункции с заболеваниями урогенитальной сферы, физиотерапевтический способ лечения преждевременной эякуляции в русле латеральной терапии, а также материалы, касающиеся сопоставления циркумцизии и микрохирургической денервации полового члена, применяющихся для лечения данной дисфункции.

Мы надеемся, что эта книга будет полезной как профессионалам, так и образованным читателям, которые хотят обладать современными знаниями в области сексологии.

Автор

ГЛАВА 1

РАССТРОЙСТВА ЭЯКУЛЯЦИИ: РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ, ДЕФИНИЦИИ, «ФИЛОСОФИЯ» ДИАГНОЗА «ПРЕЖДЕВРЕМЕННАЯ ЭЯКУЛЯЦИЯ»

Эякуляция (новолат. *ejaculatio* – извержение, от лат. *ejaculor* – выбрасываю, извергаю) представляет собой извержение семени, секрета семенных пузырьков и предстательной железы у самцов животных и у мужчин [24]. Данное извержение происходит из мочеиспускательного канала при половом сношении или заменяющих его формах половой активности (мастурбации, петтинге, поллюциях и др.) [25].

Расстройства эякуляции подразделяются на 4 категории: преждевременная эякуляция (*premature ejaculation*; PE), задержанная эякуляция (*delayed ejaculation*), ретроградная эякуляция (*retrograde ejaculation*), когда сперма ретроградно забрасывается в мочевой пузырь, и анэякуляция (*anejaculation*) [87]. Хотя термин «*premature ejaculation*» является наиболее распространенным, существуют и другие термины-синонимы: *rapid ejaculation* (быстрая эякуляция), *rapid climax* (быстрая кульминация), *premature climax* (преждевременная кульминация), *early ejaculation* (ранняя эякуляция) [61].

В 1943 г. В. Schapiro [67] предложил выделять первичную (*primary*) или *lifelong* (пожизненную), т. е. существующую с начала половой жизни, PE и *secondary* (вторичную) или *acquired* (приобретенную) PE. Также выделяют астеническую эякуляцию, при которой семенная жидкость не извергается из мочеиспускательного канала, а свободно вытекает, и болезненную эякуляцию, когда последняя сопровождается болезненными ощущениями в промежности, уретре или области меатуса (наружного отверстия мочеиспускательного канала). Одним из сексуальных нарушений является так называемая *impotentia satisfactionis* (Matussek, 1971). В этих случаях, хотя

эякуляция и наступает, однако отсутствует психический компонент оргазма, т. е. субъективное переживание удовлетворения. Kaplan (1974) описывает «частичное угнетение эякуляторного рефлекса». Данный феномен представляет собой комбинацию астенической эякуляции и снижения психического компонента оргазма (переживание оргазма очень слабо выражено) [по 6].

Сообщается, что хотя эректильная дисфункция стала наиболее известным сексуальным расстройством у мужчин, самые распространенные сексуальные нарушения у них – эякуляторные дисфункции [87]. Для справки сообщим, что в недавнем широкомасштабном исследовании, проводившемся в США, странах Европейского сообщества, а также в Мексике и Бразилии (MALES), в котором приняли участие 27838 мужчин в возрасте от 20 до 75 лет, жалобы на наличие расстройств эрекции предъявили 16% опрошенных [65].

Отмечается, что PE – самая частая сексуальная жалоба [55] и самая распространенная сексуальная дисфункция у мужчин до 40 лет [77], а также, что она имеет место почти у каждого третьего мужчины во всем мире в возрасте между 18 и 59 годами [31]. M. Metz [53], ссылаясь на литературные данные (Lauman, Paik, Rosen, 1999), информирует, что PE затрагивает приблизительно 29% всех мужчин. Более того, отмечается, что PE имеет место чаще, чем эректильная дисфункция [60], что соответствует приведенному выше мнению.

Данные о частоте PE значительно различаются. Так, Chris G. McMahon [52], ссылаясь на ряд статей [40, 49, 54, 59, 62, 71, 72], сообщает о диапазоне от 4 до 39%. Однако в работах последнего времени цифры нижнего регистра представленного диапазона вообще не фигурируют.

Так, по данным разных авторов, частота PE составляет 20–30% [27, 42, 86], от 21 до 31% [57], до 30% [32, 46], 20–33% (данные самооценки мужчин, поэтому не ясно, были бы они квалифицированы специалистами как страдающие PE) [33],

от 27 до 34% среди мужчин всех возрастных групп [11], 35% [14, 15], 22–38% [3], 25–40% [61] и даже 30–40% [16, 69]. При этом отмечается, что при такой частоте только от 1 до 12% лиц с данной патологией обращаются за медицинской помощью [20].

G. V. Brock et al. [30] провели исследование среди канадских мужчин. На первом этапе посредством интернета было опрошено 3816 чел., а на втором посредством телефонного интервьюирования 1636 из этих 3816 чел., которые соответствовали критериям PE. Диагноз ставили на основании слабого контроля мужчин над эякуляцией или его отсутствия (независимо от продолжительности полового акта, что приводило к негативным последствиям для них или их сексуальных партнеров, либо для тех и других), или жалоб на очень быстро наступающее семяизвержение. В результате проведенного исследования выявлено, что распространенность PE, диагностированной в соответствии с DSM–III, составила от 16 до 24% в зависимости от используемого определения PE и с возрастом значительно не изменялась.

E. A. Jannini, A. Lenzi [43] в своей статье по эпидемиологии PE сообщают, что, несмотря на некоторую методологическую предвзятость, ее распространенность, превышающая 21%, кажется реалистичной. Эта цифра была получена на основании большого опроса, в ходе которого изучались различные аспекты секса и отношений среди 27500 мужчин и женщин в возрасте от 40 до 80 лет.

Среди расстройств эякуляции в МКБ–10 нашла отражение только преждевременная эякуляция. Согласно шифру F52.4, под преждевременной эякуляцией следует понимать неспособность задерживать эякуляцию на период, достаточный для удовлетворения половым актом обоих партнеров. Отмечается, что в тяжелых случаях эякуляция может наступить перед введением полового члена во влагалище или при отсутствии эрекции. Помимо этого, высказывается мнение, что органические причины преждевременной эякуляции маловероятны.

Сообщается, что она может возникать как психологическая реакция на органическое нарушение, например, при отсутствии эрекции или при болях. Также указывается, что эякуляция может представляться преждевременной, если эрекция требует пролонгированной стимуляции, что укорачивает интервал между удовлетворительной эрекцией и эякуляцией; первичная проблема в таком случае заключается в задержанной эрекции [10, с. 190].

О задержке эякуляции, а также об ее отсутствии в этой классификации косвенно речь идет в рубрике «Оргазмическая дисфункция» (F53.0): «Оргазм не возникает или заметно задерживается» [10, с. 189].

В DSM–IV (современная классификация, принятая в США) PE соответствует шифру 302.75, в соответствии с которым она характеризуется как [35, р. 236]:

А. Постоянная или периодически повторяющаяся эякуляция при минимальной сексуальной стимуляции до, во время или вскоре после пенетрации (введения пениса во влагалище), возникающая прежде, чем человек этого пожелает. Клиницист должен принимать во внимание факторы, которые затрагивают продолжительность стадии возбуждения, такие как возраст, новизну сексуального партнера или ситуации, а также частоту половой активности в последнее время.

В. Причинами расстройства являются дистресс или сложности в интерперсональных (межличностных) отношениях.

С. Преждевременная эякуляция, не связанная исключительно с приемом какого-либо вещества или прекращением его употребления (например, с устранением приема опиоидов [синтетических наркотических препаратов]).

Также как и в МКБ–10, в DSM–IV задержанная эякуляция и ее отсутствие нашли отражение в рубрике, в которой речь идет о расстройстве оргазма. Однако следует заметить, что если в МКБ–10 это расстройство у женщин и мужчин объединены под одним шифром (F53.0 – «Оргазмическая дисфункция»), то в DSM–IV они представлены двумя отдельными

шифрами (соответственно, 302.73 и 302.74).

В пункте «А» рубрики 302.74 («Male Orgasmic Disorder» [«Расстройство оргазма у мужчин»]), в частности, данное расстройство характеризуется как постоянная или периодически повторяющаяся задержка или отсутствие оргазма после стадии нормального сексуального возбуждения в течение сексуальной активности [35].

Как следует из последних международной и американской классификаций, при характеристике преждевременного семяизвержения учитываются длительность полового акта (без указаний каких-либо точных значений). Способность контролировать его продолжительность мужчиной фиксируется в МКБ–10. Помимо этого, в МКБ–10 отмечается, что при преждевременном семяизвержении удовлетворенность у обоих партнеров отсутствует. Для обеих классификаций характерно доминирующее представление о преждевременной эякуляции как о функциональном, не имеющем органической природы феномене. При этом, в МКБ–10 такая возможность хотя и не отрицается, но считается маловероятной.

По нашему мнению, исключение возможности возникновения РЕ вследствие влияния факторов биологической модальности является ошибочным. В связи с этим достаточно указать на существование такой неврологической патологии, как синдром парацентральных долек, который проявляется резко выраженным преждевременным семяизвержением с начала половой жизни [1, 22].

Среди всех расстройств эякуляции наиболее часто встречается преждевременное семяизвержение. Менее часто отмечается затянутый половой акт и болезненная эякуляция. Очень редко речь идет об отсутствии семяизвержения.

В литературе, посвященной обсуждаемой проблеме, нет единого согласованного определения преждевременной эякуляции. Так, И. А. Попов [13] на основании интервьюирования 482 практически здоровых мужчин определил, что у 92,5% из них «эякуляционная способность» была нормаль-

ной, а у 7,5% имела место преждевременная эякуляция. При этом к данной эякуляции И. А. Попов относил такую, которая наступает спустя 7–10 с и ранее или после 9–10 фрикций и менее. В противоположность этому на вопрос «Сколько же времени должен длиться половой акт?» В. И. Здравомыслов отвечает: «Мы считаем – не менее 5–10 мин» [4].

Следует отметить, что В. И. Здравомыслов в своем мнении не одинок. Аналогичная точка зрения высказывается и в публикации N. Baum [28], который сообщает, что преждевременная эякуляция является проблемой для 36 млн мужчин, у которых семяизвержение наступает в течение 5 мин.

В связи с этим Г. С. Васильченко [12] отмечает, что принятие нижней нормативной границы, предлагаемой И. А. Поповым, привело бы к отказу от лечения значительного числа мужчин, которые в нем нуждаются, страдая несомненными сексологическими расстройствами, в то время как принятие нижней нормативной границы, предлагаемой В. И. Здравомысловым, напротив, – к сексологической инвалидизации большинства мужчин, считающих себя здоровыми.

С. Кратохвил [6] отмечает, что о PE говорят тогда, когда мужчина не может осуществлять половой акт более 1 мин, а об относительно преждевременной – когда половой акты более продолжительны, но в большинстве случаев их длительность недостаточна для получения женщиной сексуального удовлетворения. Половой акт, длящийся менее 3 мин, сообщает автор, обозначают как *coitus brevis* (короткий половой акт). Если эякуляция наступает перед введением пениса, то речь идет об *ejacuiatio ante portas*, а если во время нее – об *ejacuiatio intra portas*.

Согласно данным, полученным Р. Н. Gebhard [38] при обследовании 1000 супружеских пар, средняя продолжительность полового акта составляет 4–7 мин. Автор полагает, что эякуляцию, наступающую менее чем через 4 мин после интромиссии, нужно считать преждевременной. По его данным, полученным при опросе 964 женщин, выявилось следующее.

Оказалось, что некоторые из них достигали полового удовлетворения при относительно кратковременной длительности полового акта. При продолжительности акта около 1 мин оргазма достигали 27% женщин, а 61–66% женщин – при значительно большей продолжительности коитуса (около 12 мин). Однако автор сообщает, что при длительности сношения в диапазоне от 1 до 11 мин около 50% женщин постоянно испытывали оргазм, независимо от того, длился ли он 1–2 мин или 8–11. Он объясняет это тем, что в одних случаях мужчина компенсирует короткую продолжительность полового акта более длительной подготовкой, а в других случаях, когда женщины быстро достигают оргазма, мужчина, приспособившись к такому темпу, не стремится продлить половой акт [по 6].

W. H. Masters, V. E. Johnson [50] во время лабораторных исследований установили, что при мастурбации женщина обычно достигает оргазма в течение 3 мин. При сравнении этих результатов с данными анкетных обследований оказалось, что при обычном половом акте сексуальная реактивность женщин ниже, чем при мастурбации. Это согласуется с выводами S. Schnabl (1972), что при мастурбации женщина осуществляет стимуляцию в соответствии со своими ощущениями, в то время как при половом акте она обычно должна приспособливаться к партнеру [по 6].

При анкетном опросе в ГДР, проведенном S. Schnabl в 1972 г., 50% мужчин и женщин указали, что половой акт у них длится более 5 мин, и чем дольше он продолжается, тем чаще женщины достигают оргазма. M. Hunt (1974) сообщает, что средняя длительность коитуса у супружеских пар в США составляет около 10 мин и зависит от социальных и культурных условий. J. LoPiccolo (1978) считает, что лечение показано мужчинам, у которых половой акт длится менее 4 мин [по 6].

Помимо длительности коитуса, обсуждаются и другие критерии его нормативности, связанные с эякуляцией. Так, W. H. Masters, V. E. Johnson [50] считают эякуляцию преждевремен-

ной тогда, когда примерно в 50% половых актов мужчина неспособен вызвать половое удовлетворение у партнерши. Однако этот критерий, как отмечает С. Кратохвил [6], в значительной степени зависит от сексуальной реактивности женщины, которая может значительно варьировать. Впрочем и сами авторы [9] сообщают, что отдавали себе отчет в том, что их формулировка несовершенна и прежде всего в тех случаях, когда женщина никогда не испытывает оргазм или испытывает его крайне редко. У. Мастерс, В. Джонсон, Р. Колодни [9] также информируют, что в основе прежних нормативов лежали длительность полового акта (например, «менее двух минут») или же число фрикций, произведенных до эякуляции. В настоящее время, однако, от этих критериев отказались. По их мнению, это хорошо, так как одни мужчины пытались с помощью секундомера установить, соответствует ли их поведение норме, а другие с целью увеличения количества фрикций стремились их ускорить, хотя это, напротив, обычно приближает эякуляцию, а не отдалает ее.

Позднее Н. S. Kaplan [45] заявила, что термин «преждевременная эякуляция» следует относить к тем случаям, когда мужчина неспособен контролировать наступление семяизвержения, т. е. не может произвольно контролировать эякуляторный рефлекс и переносить высокую степень полового возбуждения без возникновения эякуляции. Однако У. Мастерс, В. Джонсон, Р. Колодни [9] отмечают, что большинство сексологов считают способность полностью контролировать эякуляцию не правилом, а исключением и сообщают, что Американская ассоциация психиатров в DSM–III (1980 г.) деликатно обошла эту проблему, утверждая, что речь должна идти о «разумном контроле» наступления семяизвержения, оценка которого производится «с учетом ряда факторов, оказывающих влияние на продолжительность фазы возбуждения, таких как возраст, новый половой партнер, частота и продолжительность половых актов» [34, р. 280]. Более того, высказывается мнение, что в норме эякуляция

происходит в течение 2–3 мин активных фрикций [15].

В связи с обсуждаемым вопросом следует отметить, что в литературе приводятся разноречивые данные [52] относительно взаимоотношения между интравагинальным латентным временем эякуляции (intravaginal ejaculation latency time; IELT), которое представляет собой промежуток от начала фрикций после введения члена во влагалище до семяизвержения, и субъективным эякуляторным контролем. Так, если G. Grenier, E. S. Byers [40] сообщают, что некоторые мужчины с коротким IELT указывают как на наличие у них адекватного эякуляторного контроля, так и на его отсутствие [40], то другие авторы констатируют умеренную корреляцию между IELT и данным контролем [56, 84]. D. L. Patrick et al. [56] сообщили об «очень низком» («very poor») или «низком» («poor») контроле над эякуляцией у 72% мужчин с PE по сравнению с 5% в группе «нормального контроля».

Критически высказывается в отношении определения преждевременного семяизвержения, приведенного в DSM–IV, Алтоф (Stanley E. Althof, PhD) [33] – ученый из США, который много занимался данной проблемой. Он, в частности, заявляет, что если посмотреть на диагностические критерии преждевременной эякуляции, то мы увидим, что они чрезвычайно неопределенны. DSM–IV определяет PE как эякуляцию, которая наступает до или вскоре после введения, а также прежде, чем пожелает мужчина. Извержение, наступающее перед введением члена во влагалище, является очень редким феноменом. Использование же терминологии «вскоре после введения» или «прежде, чем пожелает мужчина», по мнению автора, ведет к замешательству. «Вы, я и 5 других врачей можем не согласиться с этими двумя утверждениями, так как мы не имеем никакого ясного определения данной дисфункции». Далее названный автор отмечает, что согласно некоторым клиническим исследованиям преждевременную эякуляцию следует определять как семяизвержение, наступающее после интроекции спустя установленный период времени.

Однако при ознакомлении со всеми исследованиями 1990-х гг. обращает на себя внимание, что в представлениях разных авторов этот период времени различный и колеблется в пределах от 1 до 7 мин. Далее автор сообщает, что FDA (Управление по контролю над продуктами и лекарствами, США) сосредотачивает свое внимание на IELT как отправной точке клинических исследований. Однако на данную проблему следует смотреть более широко, не ограничиваясь только этим временем и способностью контролировать эякуляцию. Необходимо также оценивать, какое психологическое воздействие оказывает продолжительность полового акта на мужчину и его партнершу. Следует помогать людям, увеличивая эту продолжительность, но необходимо смотреть на проблему шире и не быть генитально сфокусированным (genitally focused).

О взаимоотношении продолжительности полового акта и сексуального удовлетворения Алтоф высказался следующим образом. Он отметил, что оценивая сексуальное удовлетворение, следует учитывать многие факторы. Это чувство может быть связано с приятными физическими ощущениями, удовлетворением партнерши, которое позволяет мужчине чувствовать себя удовлетворенным, ощущением мужественности, переживанием того, что он сделал то, что должен был сделать. Мужчины, у которых имеет место преждевременная эякуляция, а также их партнерши испытывают меньшую удовлетворенность. Однако вряд ли речь идет о линейной корреляции. Когда продолжительность полового акта увеличивается, другие факторы могут сделать интимную близость более или менее удовлетворяющей. Люди очень фиксированы на времени проведения полового акта и способности контролировать его продолжительность, но субъективные аспекты также важны [33].

Интересно мнение, которое высказывали А. Kinsey, W. B. Pomeroy, С. E. Martin [48] о нормальной продолжительности полового акта. Они считали быструю эякуляцию признаком

биологической компетентности и писали: «Примерно у трех четвертых всех мужчин оргазм достигается в пределах двух минут после начала сношения, и у немалой части мужчин разрядка может наступить до истечения минуты или даже в пределах 10–20 с после интродукции. Временами же мужчина может оказаться настолько возбужденным психически или физическими ласками, что эякуляция наступает до соприкосновения гениталий... И все же представление, будто мужчина со столь быстрой эякуляторной реакцией невротичен или страдает какой-либо другой патологией, в большинстве случаев не является научно обоснованным. Некоторые клиницисты настаивают на отнесении эякуляций в разряд преждевременных во всех тех случаях, когда мужчина не способен задерживать эякуляцию до наступления оргазма у женщины. Учитывая, что многим женщинам высших слоев общества вследствие укоренения у них задерживающих условных рефлексов для наступления оргазма может потребоваться до 10–15 мин фрикционной стимуляции, а также учитывая и то, что многие женщины не испытывают оргазма никогда и ни при каких обстоятельствах в течение всей своей жизни, от мужчины, если предъявить ему требование проведения затяжного коитуса без эякуляции вплоть до наступления оргазма у женщины, ожидают «совершенно ненормальной, патологической ареактивности».

Также указанные авторы писали: «Мужчина, реагирующий быстрой сексуальной разрядкой, будучи весьма далек от какой бы то ни было патологии, совершенно нормален среди других млекопитающих и совершенно обычен среди представителей собственного вида. Странно, что термин «импотенция» мог быть использован для квалификации такого рода быстрой реакции. Трудно найти другую ситуацию, в которой индивидуум, отличающийся быстротой и интенсивностью своих реакций, не оценивался бы иначе как по высшему разряду...» [48].

Вместе с тем У. Мастерс, В. Джонсон, Р. Колодни [9] отме-

чают, что в настоящее время большинство сексологов с этим не согласны. Они предполагают, что на формирование данного представления повлияли полученные А. Кинси и его бригадой данные, согласно которым у 75% мужчин эякуляция происходила спустя 2 мин после введения члена во влагалище.

Точка зрения А. Кинси соответствует биологическому представлению о норме, которая, по-видимому, полностью приложима к животным. Действительно, находящиеся в естественных условиях самцы (джунгли и т. п.) поставлены в условия, когда с целью избежания срыва спаривания целесообразно в кратчайшие сроки ввести оплодотворяющее начало самке, а если за небольшое время будет проведен не один, а несколько коитусов, то это тем более повысит генеративные возможности вида. В этом плане заслуживают внимания следующие данные. У слонов интромиссия длится меньше минуты, у быка – около 23 с, но спаривание может быть очень частым. Ученые подсчитали, что один бык за 6 часов спаривался 77 раз, а пара львов в Дрезденском зоопарке за 8 дней спаривалась 360 раз [37].

Анализирует данную проблему и Г. С. Васильченко [12], который сообщает о наблюдениях, осуществленных рядом исследователей, свидетельствующих, что продолжительность копулятивных циклов (как завершенных, так и незавершенных, т. е. анэякуляторных) у различных приматов составляет намного менее минуты: у макак самец производит во время одной садки 2–8 фрикций; возбужденный макак резус на протяжении 10–20 мин производит 5–25 садок, каждая из которых продолжается 3–4 с и состоит из нескольких единичных фрикций (при этом часть садок носит анэякуляторный характер); самец бабуин в период одной садки, продолжающейся 10–15 с, производит 5–10 фрикций; у шимпанзе в течение одной садки производится 4–15 фрикций по одним данным и 5–15 – по другим. У низших млекопитающих, продолжает автор, продолжительность фрикционной стадии находится в таких же пределах, составляя у котов от 5 до 10 с, а у баранов в

случной сезон – около минуты по одним данным и 13–19 с – по другим.

Следует отметить, что вряд ли можно заподозрить животных в том, что с целью увеличения продолжительности полового акта для получения большего удовольствия они прибегают к какой-либо пролонгации, что нередко делают мужчины.

Если говорить о людях, которые проводят половые акты в благоприятных условиях с целью получения наслаждения, то их представления о норме могут быть иными, что, естественно может отразиться и на мнении сексологов.

Что могло повлиять на изменение представлений о норме продолжительности полового акта у людей? Причиной этого является тот факт, что у них произошел сдвиг в представлении о стоящей перед половым актом задаче. Если у животных речь в основном идет о продолжении рода, то у людей, помимо достижения этой чрезвычайно важной для сохранения вида цели, большое значение приобрела необходимость получения удовольствия при половом акте. При этом со временем его получение стало для человечества гораздо более значимым. Если в начале XX века в христианском мире считалось, что женщина не может и не должна испытывать оргазм, то в настоящее время не испытывающая его женщина считает себя либо неполноценной, либо обиженной партнером, в частности, по причине его неспособности длительно проводить половой акт. При отсутствии установки на получение женщиной оргазма требования по отношению к продолжительности коитуса могли вообще отсутствовать. Эмансипированная женщина, уравненная в социальном и материальном плане с мужчиной, претендует и на одинаковое с ним удовлетворение при интимной близости. Естественно, что с увеличением времени проведения полового акта вероятность возникновения оргазма у женщин возрастает. Это может приводить некоторых людей к мнению о необходимости достаточно продолжительного полового акта. По этой причине абсолютно здоровые в сексуальном отношении мужчины могут не считать себя

такowymi и обращаться за лечебной помощью, что может оказывать влияние на представление о норме у специалистов. Подтверждение нашей точки зрения мы нашли в публикации, в которой отмечается, что вследствие эволюции человеческой сексуальности способность контроля над временем эякуляции стала одной из наиболее важных черт сексуального здоровья пары. У животных же половой акт обычно является коротким эпизодом (Hong, 1984). Даже во время коитуса животное должно быть готово к атаке или бегству. Тем не менее, так как главной целью человеческой сексуальности стало удовольствие, мужчины учились контролю над эякуляцией по мере роста стремления к нему их и их партнерш. На основе этих представлений может быть постулировано, что контроль над эякуляцией носит не природный, а культуральный характер» [44]. По нашему мнению, было бы неверно считать получение удовольствия от секса приоритетным по отношению к воспроизводству человеческого рода. Обе эти задачи важны, и каждая из них имеет свое предназначение.

При проведении сопоставления между половым актом животных и человека интересно обратить внимание на следующее обстоятельство. В большинстве публикаций говорится о том, что если самцы животных испытывают оргазм, то самки – никогда. Часто заявляют, что оргазм женщины – качество чисто человеческое, которое приобретает в ходе эволюции; самка животных его не испытывает, а лишь получает «удовлетворение инстинкта продолжения рода». Вместе с тем отмечается, что оргазм не является врожденным качеством [21]. Также сообщается, что способность к оргазму у самок животных «имела бы катастрофические последствия для процесса выживания вида». Обосновывают это утверждение тем, что самки животных могут и должны вступать в сексуальные отношения только в определенный период, чтобы их потомство можно было выносить и вырастить. «Разумеется, проделывать эту процедуру в стужу и голод для большинства животных – смерти подобно. Поэтому если бы природа пода-

рила самкам оргазм, то они бы непременно и тотчас пустились «в загул», влекомые поисками наслаждения, сексуальных утех. Последнее бы кончилось печально для новорожденных детенышей» [17].

Помимо этого, отмечается, что когда семя оказалось во влагалище, то можно считать, что дело сделано. Об этом оргазм самца его и информирует. Поскольку же самка не выбрасывает семени, то и оргазм ей не нужен. Также фиксируют внимание на то, что в момент оргазма мышцы женских половых органов препятствуют попаданию сперматозоидов в матку, что негативно сказывается на продолжении рода. Подчеркивается, что поскольку в животном мире другой цели, кроме продолжения рода, у секса просто нет, то и оргазм самки – непозволительная роскошь [17].

Однако в ряде публикаций отмечается, что некоторые самки животных все же испытывают оргазм. Так, профессор университета Индианы (США) биолог Элизабет Ллойд сообщает, что в процессе эволюции единственными в животном мире, кто испытывает оргазм, являются самки свиней [23], а в одной из публикаций в качестве такого исключения называют хорьков и кроликов. Однако итальянский психобиолог Альберто Оливериио считает не совсем верным то, что животный мир функционирует по-другому, так как любое спаривание приводит к усилению, а затем «снятию» нервного напряжения, что определенным образом связано с удовольствием [23].

Сведения о продолжительности полового акта обычно получают путем опроса. Однако известно, что большинство мужчин специально не «засекают» эту продолжительность с помощью часов или секундомера. Также известно, что восприятие времени зависит от ряда обстоятельств. Таким образом, говорить об объективности данных, полученным таким путем, не приходится. Мы неоднократно убеждались в этом при опросе пациентов. Так, один больной заявил, что его половой акт длится 2 или 3 мин. Когда же мы попросили его сказать, сколько же фрикций он осуществляет за это время, то

он ответил, что если половой акт длится 2 мин, то 4, а если 3 мин, то 6. Трудно себе представить такую неправдоподобно малую скорость фрикций, чтобы получить данное соответствие. По нашему мнению, для некоторой объективизации продолжительности полового акта вслед за вопросом о его длительности следует спрашивать пациента о числе фрикций, совершаемых во время его проведения.

Для того чтобы объективизировать продолжительность полового акта, проводились специальные исследования, сопровождавшиеся его хронометрированием. В 1973 г. Г. С. Васильченко [2] сообщил, что отсутствие в доступной ему литературе данных о нормальной продолжительности коитуса послужило основанием для изучения этого вопроса. В связи с этим была подобрана группа мужчин, общее состояние и сексуальные проявления которых соответствовали принятым в научной сексологии представлениям о безупречном здоровье. Определение длительности полового акта (от момента интродукции до эякуляции), который совершался в обычной обстановке, производилось обследуемыми с помощью секундомера. Также ими проводился подсчет фрикций. Эти задачи выполняли как мужчина, так и женщина, а в отдельных случаях – только женщина, а мужчина не знал о проводимом исследовании. При эксцессах ориентировались только на первый половой акт. Исключались отдельные случаи истинной пролонгации полового акта. Учитывались такие сведения, как время суток, положение, в котором проводился коитус, длительность предшествующего периода абстиненции (интервал между данным и предыдущим половым актом), то, кто проводил параметрирование, был ли оргазм у женщины, на какую фазу ее менструального цикла приходился данный коитус.

Самая короткая продолжительность полового акта составила 1 мин 14 с (при 68 фрикциях), а самая длительная – 3 мин 34 с (при 270 фрикциях). Средняя продолжительность составила 2 мин 2 с. Наименьшее количество фрикций равнялось 26 при длительности копулятивной стадии 1 мин 30 с,

наибольшее – 270 при длительности копулятивной стадии 3 мин 34 с, среднее количество фрикций было равно 62. Установлена следующая закономерность: обследуемые, у которых эякуляция наступала быстро, практиковали замедление фрикций, в то время как лица с несколько затрудненным наступлением эякуляции отличались более энергичными, быстрыми фрикциями. Включение, остановка секундомера и счет фрикций у большинства мужчин вызывали статистически достоверное удлинение копулятивной стадии (в пределах 10–20%). При этом изолированная хронометрия (без счета фрикций) сказывалась в меньшей степени, чем счет фрикций или их счет, сочетающийся с оперированием секундомером. Любое вмешательство в нормальное течение полового акта (даже запуск и остановка секундомера без счета фрикций) полностью исключало наступление оргазма у женщин. Этот эффект отмечался даже у мультиоргастичных партнерш.

На основании полученных данных, автор пришел к заключению, что «для возникновения оргазма у женщины качественная сторона проведения полового акта имеет большее значение, чем количественная: в одной и той же паре оргазм у женщины отсутствовал при половом акте, который продолжался 5 мин 44 с (мужчина провел истинную пролонгацию и насчитал 213 фрикций), в другом случае у нее отмечен повторный оргазм при половом акте, продолжавшемся 3 мин (мужчина насчитал 55 фрикций). Кроме поведения мужчины и настроения женщины, значительную роль в наступлении оргазма у женщины играет отношение времени коитуса к менструальному циклу – чем ближе фаза активного кровотечения у большинства женщин, тем легче при прочих равных условиях у них наступает оргазм» [2].

Следует отметить, что M. D. Waldinger at al. [83] при проведении своих исследований к преждевременной эякуляции относили такую, которая наступала раньше, чем через 1 мин, что совпадает с мнением, высказанным Г. С. Васильченко.

Г. С. Васильченко [12] также предложил классифицировать

расстройства эякуляции по интенсивности и экстенсивности. Так, он выделил следующие формы этих расстройств:

- «1. *Относительное ускорение эякуляции (ejaculatio praesox relativa – EPR)*, когда семяизвержение наступает до появления оргазма у женщины, хотя с момента имиссии до эякуляции проходит не менее минуты и мужчина при этом производит не менее 20–25 фрикций;
1. *Абсолютное ускорение эякуляции (ejaculatio praesox absoluta – EPA)*, когда длительность копулятивной стадии составляет менее 20 фрикций;
2. *Ejaculatio ante portas (EAP)* – наступление семяизвержения в обстановке полового акта, но до введения полового члена во влагалище;
3. *Задержанная эякуляция (ejaculatio tarda – ET)*, когда половой акт носит затяжной, подчас изнурительный характер; крайней степенью ET является *функциональный асперматизм*, при котором эякуляция вообще не наступает».

Цитируемый автор отмечает, что при отсутствии своевременной помощи расстройства эякуляции осложняются присоединением других феноменов, что заставляет характеризовать каждое расстройство не только по интенсивности, но и по экстенсивности. Для этого к обозначению интенсивности нарушения добавляются римские цифры: I – при изолированном расстройстве эякуляции; II – при ее сочетании с ослаблением эрекции; III – при ее сочетании с ослаблением эрекции и снижением полового влечения (или притуплением оргазма).

Современные исследования, в которых проводилась объективная оценка продолжительности коитуса (хронометрирование), свидетельствуют о следующем. Так, С. Г. McMahon [52] отмечает, что существуют значительные отличия в IELT (от 1 до 7 мин), которое, как считают приведенные ниже авторы, характеризует мужчин с преждевременной эякуляцией [47, 68, 73, 74]. Однако указанные цифровые значения «преж-

девремени эякуляции» не базируются на нормативных данных и не подкреплены какими-либо объяснениями. В статье сообщается о более раннем исследовании автора и его коллег, когда при обследовании 1346 мужчин с РЕ среднее значение интравагинального латентного времени эякуляции составило 43,4 с. Эякуляция, наступающая еще до введения члена во влагалище (EAP), диагностировалась у 5,6% мужчин. Высказывается мнение, что для клиницистов разумно расценивать мужчин, которые эякулируют в течение 2 мин после пенетрации, как тех, которые страдают от РЕ, а EAP или эякуляция в течение 1 мин должны расцениваться как тяжелые формы РЕ.

Также отмечается [61], что согласно современным данным среднее интравагинальное латентное время эякуляции в возрасте от 18 до 30 лет равно 6,5 мин [81], а преждевременной могла бы считаться эякуляция, где IELT меньше, чем приблизительно 1,5 мин. [84]. M. Gonen et al. [39] в своих исследованиях определяли преждевременную эякуляцию как такую, где интравагинальное латентное время эякуляции меньше 2 мин с тем же самым партнером в течение по крайней мере 6 мес.

T. Symonds et al. [75] в своей статье отмечают, что в качестве операционного маркера в соответствии с DSM-IV-TR в клинических исследованиях обычно используется IELT. Авторы сообщают, что M. D. Waldinger et al. (2004), проанализировав 41 исследование по лечению больных с РЕ, выявили, что в 30 из них преждевременной эякуляцией считалась та, которая наступает через 1–2 мин, а в 8 – через 3 мин или меньше. В трех оставшихся исследованиях о преждевременной эякуляции говорили, когда продолжительность полового акта составляла 30 с, 4 мин и 5 мин, соответственно. Есть мужчины, которые считают, что эякулируют преждевременно, когда их IELT составляет 3, 4 или даже 5 мин [56]. Напротив, у некоторых мужчин, не считающих себя эякулирующими преждевременно, IELT составляет 1 или 2 мин.

M. Waldinger et al. [84], характеризуя выраженность преж-

девременного семяизвержения, сообщили об IELT меньше, чем 30 с, и меньше, чем 60 с, у 77 и 90% из 110 мужчин с PE, соответственно.

Данные, которые были получены в США путем хронометрирования продолжительности полового акта намного позже, отличаются от приведенных выше. Исследования, проведенные специалистами медицинской школы Университета Западного резервного района (Case Western Reserve University School of Medicine) в Кливленде, штат Огайо, показали, что у мужчин, страдающих преждевременным семяизвержением, эякуляция происходит в среднем до 1,8 мин от начала полового акта. Для здоровых мужчин этот показатель составил 7,3 мин. Стэнли Элтоф (Stanley Althof), один из ученых, принимавших участие в этом исследовании, подчеркивает, что преждевременная эякуляция сопровождается чувством неудовлетворенности, потери контроля и напряжением в отношениях. Для сбора материала ученые раздали секундомеры половым партнерам более полутора тысяч мужчин. По результатам исследования было установлено, что около 200 испытуемых страдали преждевременной эякуляцией, причем и сами мужчины, и их партнерши отмечали психологический дискомфорт, сопровождавший досрочное семяизвержение. Результаты данного исследования опубликованы в *Journal of Sexual Medicine*. В работе также участвовали специалисты из Вашингтонского университета в Сиэттле (University of Washington in Seattle), университета Миннесоты (University of Minnesota) и других исследовательских учреждений [19].

Фиксация IELT с помощью секундомера проводилась и в исследовании M. D. Waldinger et al. [81], в котором участвовало 500 пар из Нидерландов, Испании, Великобритании, Турции и США. Его длительность составила 4 нед. Обследованные мужчины были в возрасте 18 лет или старше, имели устойчивые регулярные гетеросексуальные отношения в течение по крайней мере 6 мес.

Медиана¹ IELT составила 5,4 мин (диапазон 0,55–44,1 мин) и достоверно уменьшалась с возрастом (с 6,5 мин в группе 18–30 лет до 4,3 мин в группе старше 51 года ($P < 0,0001$)).

Другое исследование [80] проводилось с помощью a blinded timer device, что минимизировало возможное вмешательство в естественное течение полового акта. Данное исследование проводилось также в течение 4 недель с неотобраным образцом из 474 мужчин из тех же стран. Среднее значение IELT составило 5,7 мин, а его медиана – 6,0 мин (диапазон 0,1–52,1 мин). Мужчины из Турции имели самую короткую медиану IELT (4,4 мин), а мужчины из Великобритании – самую длительную (10,0 мин). Обрезание и использование презервативов не оказывали никакого существенного воздействия на медиану IELT. Субъекты, которые были недовольны IELT, имели немного более низкую медиану IELT (5,2 мин), чем медиана в популяции.

В связи с тем, что продолжительность полового акта была меньше у турецких мужчин, следует отметить следующее. Существует мало опубликованных данных относительно влияния страны рождения, религии или культуры на распространенность PE. Так, сообщалось об «увеличенной восприимчивости» к преждевременной эякуляции у индийских мужчин [29]. Высказывание Кинси, согласно которому у азиатских мужчин эякуляция наступает быстрее, чем у кавказцев, которые, в свою очередь, эякулируют раньше, чем Afro-Caribbeans, интерпретировалось в ракурсе предположения, что некоторые расы более «сексуально ограничены», чем другие [48, 66].

В одном исследовании 2005 г., которое проводилось в Лондоне [63], было показано, что у лиц азиатского происхожде-

¹ Медиана – возможное значение признака, которое делит вариационный ряд выборки на две равные части: 50 % «нижних» единиц ряда данных будут иметь значение признака не больше, чем медиана, а «верхние» 50 % – значения признака не меньше, чем медиана.

ния и исламского вероисповедания преждевременная эякуляция встречается чаще. Авторы высказали мысль, что хотя причины этого и неясны, но можно предположить влияние психосоциальных, семейных или генетических факторов. В другом исследовании, также проводившемся в Лондоне, результаты которого были опубликованы годом спустя [64], осуществлялись полуструктурированные интервью с 10 мужчинами—добровольцами исламского вероисповедания с установленным клиническим диагнозом «преждевременная эякуляция». Интервью были записаны на магнитофон и расшифрованы. В результате выявились следующие темы: беспокоящий первый сексуальный опыт (с подтемой «опасение быть обнаруженным и желание быстро закончить»), секс до брака, секс вне брака, религия, стресс, воздействие западных стандартов, проживание в Великобритании и ощущение свободы. Авторы пришли к заключению, что им удалось идентифицировать факторы, связанные с преждевременной эякуляцией у пациентов исламского вероисповедания, у которых имеет место PE.

Следует отметить, что помимо секундомера и blinded timer device, которые используются для объективизации IELT, для этой цели изобретен прибор, который прошел апробацию. Так, сообщается [36], что было проведено специальное исследование с целью валидизировать the Sexual Assessment Monitor (SAM) – новый аппарат, разработанный для электронной регистрации IELT с целью диагностики PE и точной фиксации терапевтических результатов при клинических исследованиях. В трех исследованиях, проведенных в Великобритании, приняли участие мужчины с PE (58 чел.) и здоровые добровольцы (53 чел.) в возрасте 18–75 лет. Было выявлено, что IELT намного выше у здоровых добровольцев, чем у мужчин с PE. В результате проведенных исследований авторы пришли к заключению, что с помощью SAM можно измерять время от начала вибрации до возникновения эрекции и эякуляции, а также IELT у здоровых добровольцев и

мужчин с PE. Это свидетельствует, что SAM имеет потенциал, чтобы стать «золотым стандартом» в диагностике PE и в клинических исследованиях.

Как следует из приведенных данных, задача установления нормативных параметров продолжительности полового акта не является легкой. Данную проблему попытались прояснить эксперты международного общества сексуальной медицины (the International Society for Sexual Medicine; ISSM). В статье, посвященной этому вопросу [51], сообщается, что в медицинской литературе есть ряд определений PE. Наиболее часто упоминаемые ее определения – определение DSM–IV и др. определения – скорее базируются на авторитетах, а не на утверждениях, опирающихся на контролируемые клинические или эпидемиологические исследования. Поэтому в августе 2007 г. ISSM назначило международных экспертов по проблеме EP и объединило их в созданный с этой целью комитет для выработки определения преждевременной эякуляции (Committee for the Definition of Premature Ejaculation). Его члены встретились в Амстердаме в октябре 2007 г., чтобы оценить силу и слабость современных определений PE, доказательства, поддерживающие такие конструкты, как IELT, контроль эякуляции (ejaculatory control), сексуальное удовлетворение (sexual satisfaction), личностный/межличностный дистресс (personal/interpersonal distress) и предложить новое определение PE, базирующееся на доказательствах.

Комитет пришел к единодушному мнению, что к конструктам, которые следует считать необходимыми для определения PE, следует отнести – скорость наступления эякуляции, воспринимаемую/осознаваемую самооффективность и контроль семяизвержения, а также отрицательные личные последствия от PE. Комитет предложил определять существующую с начала половой жизни (lifelong) PE как мужскую сексуальную дисфункцию, характеризующуюся эякуляцией, которая всегда или почти всегда происходит до или в течение приблизительно одной минуты после влагалищного проник-

новения, неспособностью задерживать семяизвержение при всех или почти всех влагалищных проникновениях (vaginal penetrations) и отрицательными последствиями для личности (personal consequences), такими как дистресс, беспокойство, фрустрация и/или избегание сексуальной близости. Отмечается, что это определение касается только мужчин с РЕ, существующей с начала половой жизни, и применимо только для влагалищного (интравагинального) коитуса. Эта группа экспертов также пришла к заключению, что не существуют достаточного числа опубликованных объективных данных, которые позволили бы предложить дефиницию приобретенной РЕ, базирующуюся на доказательствах.

В ряде публикаций уточняются некоторые детали, касающиеся работы этого комитета. Так, сообщается, что в его состав вошел 21 член [42]. Это были специалисты из США, Великобритании, Германии, Франции, Нидерландов, Австралии и ряда других стран, результаты работы которых были основаны на тщательном изучении более, чем 100 научных работ. Также подчеркивается, что выработанное ими определение применимо только к пациентам с гетеросексуальной ориентацией, страдающим преждевременной эякуляцией с начала половой жизни. Сформулировать аналогичное определение для больных, у которых такая проблема появляется время от времени, либо в определенном возрасте, а также для гомосексуалов еще предстоит [18].

Полный список членов экспертного комитета следующий: Н. Porst, Германия (председатель); J. Dean, Великобритания (фасилитатор); G. Adaikan, Сингапур; S. Althof, США; E. Becher, Аргентина; G. Broderick, США; J. Buvat, Франция; K. Dabees, Египет; A. Giraldi, Дания; F. Giuliano, Франция; W. Hellstrom, США; L. Incrocci, Нидерланды; E. Lann, Нидерланды; C. McMahon, Австралия; E. Meuleman, Нидерланды; M. Perelman, США; R. Rosen, США; D. Rowland, США; R. T. Segraves, США; I. Sharlip, США; M. Waldinger, Нидерланды [76].

В нормативных документах по диагностике и лечению преждевременной эякуляции Международного общества сексуальной медицины (International Society for Sexual Medicine's Guidelines for the Diagnosis and Treatment of Premature Ejaculation) [41] отмечается, что повторно комитет по данной проблеме (the ISSM PE Guidelines Committee) собирался в сентябре 2009 г. в Лондоне в расширенном составе. На этот раз в него вошло 26 членов (22 мужчины и 4 женщины). Это были признанные международные эксперты: 10 урологов, 5 психологов, 3 психиатра, 2 эндокринолога, 2 врача по оказанию первичной помощи (primary care physicians), 1 врач-сексолог (sexual medicine physician), 1 уролог (genitourinary physician), 1 терапевт (internal medicine physician) и 1 лучевой онколог (radiation oncologist). Председателем комитета в этот раз был Стэнли Алтоф (Stanley Althof, Ph.D.). Выводы относительно критериев PE, которые были даны комитетом в 2007 г., не изменились.

Вместе с тем в этих нормативных документах сообщается о предложении Волдинджера (M. D. Waldinger) выделить два дополнительных «подтипа» эякуляции у мужчин, которые беспокоены продолжительностью коитуса, но не соответствуют критериям ISSM для PE [85]. Отмечается, что хотя выделение этих подтипов следует считать предварительным, было бы важно учитывать их существование, так как они характеризуют многих мужчин, обращающихся за помощью, которым не может быть поставлен диагноз PE. Это «естественно возникающая непостоянная» (natural variable) PE и эякуляторная дисфункция, подобная PE (premature-like ejaculatory dysfunction). Естественно возникающая непостоянная PE характеризуется ранними семяизвержениями, которые происходят периодически и сопровождаются некоторым субъективным чувством уменьшенного контроля эякуляции. Этот подтип не считают сексуальной дисфункцией или психопатологией. Он скорее является нормальным изменением в сексуальном функционировании. Эякуляторная дисфункция,

подобная преждевременной эякуляции, характеризуется: 1) субъективным восприятием своей эякуляции как стойкой или нестойкой преждевременно наступающей в течение полового акта; 2) озабоченностью предполагаемым ранним семяизвержением или недостаточным контролем эякуляции; 3) интравагинальным латентным временем эякуляции, находящимся в нормальном диапазоне или даже характеризующимся большей продолжительностью (т. е. эякуляцией, которая происходит после 5 мин); 4) ослабленной способностью контролировать эякуляцию (т. е. сдерживать семяизвержение во время его приближения); 5) озабоченностью, которая не может быть лучше объяснена другим психическим расстройством [41] .

По-видимому, в проекте DSM–V учтены некоторые изъяны, существующие в DSM–IV–TR. M. D. Waldinger [82] отмечает, что главный недостаток дефиниции PE в DSM–IV–TR – отсутствие точки отсчета ее временного критерия. Кроме того, в проекте DSM–V предложено различать четыре категории PE: пожизненную (т. е. существующую с начала половой жизни) (lifelong) PE, приобретенную PE, естественно возникающую непостоянную (natural variable) PE и эякуляторную дисфункцию, подобную преждевременной.

Различие в патофизиологии и этиологии названных вариантов PE определяет выбор лечения. При PE, существующей с начала половой жизни, требуется медикаментозное лечение, при приобретенной PE необходимо лечение патологии, лежащей в ее основе, для чего используются медикаменты или психотерапия. Воспитание/просвещение и утешение/подбадривание показано мужчинам с естественно возникающей непостоянной (natural variable) PE. Наконец, психотерапия и/или консультирование – первый выбор для лечения мужчин с эякуляторной дисфункцией, подобной преждевременной. Кроме того, отмечается [85], что согласно предложенной новой классификации (DSM–V), вероятно, только у небольшого количества мужчин PE нейробиологически

детерминирована.

Хотя в современной литературе внимание фиксируется на том, что расстройства эякуляции встречаются чаще, чем расстройства эрекции, тем не менее во многих исследованиях, которые проводились ранее, напротив, подчеркивается тот факт, что среди обращающихся за сексологической помощью чаще фиксируются расстройства эрекции. В частности, Г. С. Васильченко [1] у наблюдавшихся им 600 больных с различными сексуальными расстройствами обнаружил жалобы на эрекционные нарушения у 453 чел. ($75,7 \pm 1,8\%$), расстройства эякуляции – у 313 ($52,2 \pm 2,0$), нарушения полового влечения – у 175 ($29,2 \pm 1,9\%$). Мы в своей работе среди обращающихся за лечебной помощью пациентов также фиксируем большую частоту жалоб на расстройства эрекции по сравнению с эякуляторными нарушениями. Чем же можно объяснить такие различия в оценках частоты названных сексуальных дисфункций? Вероятно это связано с тем, что, с одной стороны, лица с расстройствами эрекции, по-видимому, обращаются за лечебной помощью чаще, так как при ее выраженных нарушениях половой акт вообще провести невозможно. С другой же стороны, в связи с сексуальным раскрепощением женщины требования к продолжительности коитуса значительно возросли как у женщин, так и у мужчин. Эти требования нашли свое отражение в установлении новых, более высоких нормативов его продолжительности. Если ранее в своей работе многие врачи ориентировались на минимальную нормальную длительность полового акта равную 1 мин, то в настоящее время говорят о других нормах и, кроме того, требуют, чтобы мужчина был способен контролировать продолжительность полового акта. Естественно, что если раньше специалист мог ориентироваться на оценивание продолжительности полового акта, проводимого без пролонгации, а в настоящее время ориентируется на его длительность с ее учетом, то эти два подхода абсолютно неоднозначны.

Следует отметить, что относительно недавно изучалось

влияние некоторых факторов гетеросексуального секса на длительность полового акта. Сообщается, что исследование молодых женатых пар (Tullberg, 1999) выявило, что IELT мужа, кажется, зависит от стадии менструального цикла жены: во время фертильной фазы (стадии) оно имеет тенденцию быть наиболее коротким. Другие исследования свидетельствуют о том, что молодые люди со старшими партнершами достигают эякуляторного порога в среднем скорее, чем с партнершами своего возраста или с теми женщинами, которые младше их [по 61].

Ретардированная эякуляция в качестве жалобы встречается крайне редко. Ее распространенность меньше 3% [58]. Одной из причин этого является, по-видимому, то обстоятельство, что обыденное представление о потентном мужчине предполагает возможность проведения им длительного полового акта. Однако в ряде случаев большая его продолжительность может восприниматься весьма негативно. Так, один наш пациент при обращении за лечебной помощью жаловался на то, что половой акт продолжается 40 мин. При его проведении он и его жена в поту с нетерпением ждут когда же, наконец, наступит семяизвержение.

Очень редко можно встретиться с жалобами на отсутствие при коитусе эякуляции. Если в одних случаях речь идет об отсутствии семяизвержения при половом акте, мастурбации, ночных эротических сновидениях, то в других – только при половом акте. При этих расстройствах пациенты обычно имеют хорошую эрекцию и способны осуществить половой акт, но эякуляция не наступает вообще, несмотря на то, что коитальная стимуляция является вполне достаточной.

В. М. Маслов [8] отмечает, что наиболее удачным и отражающим сущность патологического процесса термином, когда сперма вырабатывается, но эякуляция не наступает при различных формах сексуальной активности и/или ночных эротических сновидениях, является термин «анэякуляция», предложенный И. Я. Юнеманом [5, 26]. Он указывает, что,

несмотря на внешнее сходство клинических проявлений, анэякуляторные нарушения в соответствии с их патогенезом можно разделить на истинные и мнимые. В. М. Маслов [8] предлагает следующую классификацию анэякуляторных расстройств, определяя анэякуляцию следующим образом: «*Anejaeulatio (AE)* – отсутствие эякуляции, несмотря на длительность фрикционной стадии копулятивного цикла, которая носит затяжной, подчас изнурительный характер. После прекращения фрикций эрекции могут сохраняться еще некоторое, иногда длительное время».

Автор выделяет два клинических варианта анэякуляторных расстройств. Наиболее тяжелая форма – *абсолютное отсутствие семяизвержения (anejaeulatio absoluta; AEA)*. Она характеризуется отсутствием эякуляции при любых формах сексуальной активности (половых актах, петтинге, мастурбации, поллюциях и др.). При *относительном отсутствии семяизвержения (anejaculatio relative; AER)* эякуляции происходят либо не при каждом половом акте, либо только при определенных формах половой активности.

В. М. Маслов [8] выделяет 3 степени выраженности относительного отсутствия семяизвержения:

AER–I – почти все половые акты завершаются семяизвержением, но эпизодически наблюдается отсутствие эякуляции;

AER–II – отсутствие эякуляции выражено избирательно по отношению к одной женщине (определенному типу женщин) или только единичные половые акты завершаются семяизвержением;

AER–III – эякуляции происходят при мастурбации и (или) ночных и дневных поллюциях, но с момента заболевания никогда не наблюдаются при половых актах.

Помимо этого, автор выделяет *мнимое отсутствие семяизвержения (anejaculatio spuria; AES)*, когда копулятивный цикл прерывается до наступления эякуляторной стадии в связи с резким ослаблением или полным исчезновением эрекций, что является звеном патогенеза данного расстройства.

Обсуждая термины, используемые для обозначения полового акта, который не завершается эякуляцией, В. М. Маслов [8] совершенно справедливо отмечает, что применение термина «асперматизм» в этих случаях не имеет достаточных оснований, так как данное слово в переводе (а – отрицание, spermata – семя) обозначает отсутствие семени. На самом же деле в обсуждаемых случаях выработка семени происходит, однако эякуляция не наступает. Термин аспермия следует распространять только на случаи, когда семя не вырабатывается.

Следует отметить, что с возрастом у некоторых мужчин имеет место значительное увеличение числа фрикций, предшествующих эякуляции. При некоторых половых актах, особенно когда они происходят часто, она не наступает вообще. В возрасте старше 50 лет, как отмечается в литературе, не каждый половой акт заканчивается эякуляцией.

Для клинициста большое значение имеет оценка продолжительности полового акта, которая должна проводиться с учетом следующих моментов:

1. Нельзя полагаться только на жалобы больного. Как отмечалось нами ранее, это связано с тем, что, как правило, время проведения полового акта не фиксируется с помощью часов или секундомера, а восприятие течения этого времени весьма субъективно и зависит от многих обстоятельств (как внешних, так и внутренних). Целесообразно несколько объективизировать длительность полового акта, задавая вопрос о том, сколько фрикций совершает пациент во время его проведения. Иногда с помощью такого уточнения можно убедиться, что сообщаемые больными сведения очень далеки от истины. Напомним приведенный выше пример, когда один из наших пациентов сообщил, что длительность его полового акта составляет 2 или 3 мин, в течение которых он совершает 4 или 6 фрикций, соответственно.

Иногда можно встретиться с тем, что мужчина сообщает о длительности полового акта, которая, по-сути, является

суммарной продолжительностью нескольких коитусов, совершаемых без перерыва. Так, один наш пациент жаловался на резкое уменьшение продолжительности полового акта. Если ранее она составляла 30 мин, то теперь только 1,5 мин. При активном опросе выяснилось, что за эти 30 мин он раньше совершал без перерыва 4 коитуса, которые заканчивались семяизвержением, а теперь возможность проведения повторных половых актов утратилась. На вопрос, какая же ранее была продолжительность первого полового акта, пациент ответил, что 1,5 мин. Длительность каждого последующего коитуса была больше, чем предыдущего. Следовательно, ни о каком укорочении полового акта в данном случае говорить не приходится, и речь идет о том, что рефрактерный период, который наступает у мужчин после семяизвержения, в данном случае чрезвычайно короток, почти незаметен, что нехарактерно для мужчин.

Как известно, в течение этого периода мужчина вначале вообще не способен к проведению полового акта, который заканчивается семяизвержением (абсолютная рефрактерность), а спустя некоторый промежуток времени такая способность восстанавливается, но только при использовании какой-то более сильной стимуляции (относительная рефрактерность) [12]. Это был не единственный случай в нашей практике, когда мужчина был способен к повторному проведению ряда половых актов без какого-либо перерыва.

В связи с этим целесообразно обсудить вопрос о рефрактерном периоде мужчин. Так, Р. Крукс, К. Баур [7, с. 142] сообщают:

«Одним из самых значительных различий в сексуальной реакции полов является наличие рефрактерного периода в мужском цикле реагирования. Мужчинам обычно нужен какой-то минимум времени после оргазма, прежде чем они почувствуют еще один пик. Большинство женщин не испытывают такой физиологически обусловленной «фазы остановки».

В литературе есть много дискуссий о том, почему только у мужчин есть рефрактерный период. Кажется правдоподобным существование какого-то кратковременного неврологического сдерживающего механизма, который приводится в действие в результате эякуляции. Трое британских ученых провели интересное исследование, которое показало правильность такого мнения (Barfield et al., 1975). Эти исследования доказывают, что некоторые последовательности химических реакций между средней частью мозга и гипоталамусом, участвующие, как было выявлено ранее, в регуляции сна, связаны и с тормозящим эффектом после оргазма у мужчин. Чтобы проверить эту гипотезу, ученые провели опыты на крысах и уничтожили у них участок вентральной медиальной петли (ventral medial lemniscus) в их химической цепи. Для сравнения ученые хирургически удалили три другие области в гипоталамусе и в средней части мозга у разных крыс. Последующие наблюдения за сексуальным поведением испытуемых крыс показали, что удаление вентральной медиальной петли оказывает очень сильное влияние на рефрактерный период, сокращая его продолжительность в два раза.

Еще одно исследование на крысах предоставило более детальные данные о том, что мозг участвует в формировании рефрактерного периода у мужчин. В двух исследованиях у крыс были уничтожены большие области под гипоталамусом, что привело к учащению эякуляций у испытуемых животных (Heimer & Larsson, 1964; Lisk, 1966). Еще одно исследование показало, что электрическая стимуляция задней части гипоталамуса может резко уменьшить у крыс интервалы между копуляциями (Caggiula, 1970).

Некоторые специалисты полагают, что ответ на загадку рефрактерного периода кроется в потере семенной жидкости во время оргазма. Но большинство исследователей скептически отнеслись к этой идее, потому что неизвестно, какая субстанция в выделяемом семени может

свидетельствовать об утечке энергии или заметном снижении гормонального уровня либо каких-либо других биохимических сдвигах, которые могли бы объяснить эту загадку.

Еще одно исследование предполагает, что рефрактерный период у мужчин объясняется эволюцией и ее целями, поскольку конечная цель выживания видов наиболее эффективно достигается, если мужчины испытывают «остановку» после оргазма, а женщины нет. В соответствии с этой теорией женщины получают преимущество и могут продолжать совокупляться ни с одним мужчиной. Такая практика увеличивает количество спермы в репродуктивном тракте женщины, и вероятность беременности повышается. Дополнительное количество спермы также ведет к тому, что активно происходит естественный отбор наиболее приспособленных особей (наиболее быстрых пловцов, долгожителей и т. д.). Доказательства в пользу этой теории слабы, однако сам тезис, тем не менее, провокационный. Какие бы ни были причины, рефрактерный период распространен не только у людей, но и у самцов буквально всех видов, о которых у нас имеются данные, в том числе у крыс, собак и шимпанзе».

В связи с тем, что в литературе доминирует представление об отсутствии рефрактерного периода у женщин в отличие от мужчин, небезынтересно привести мнение J. Singer, I. Singer [70], которые описали три типа женского оргазма: вульварный, маточный и смешанный. Эти исследователи полагают, что если за первым типом оргазма обычно не следует рефрактерный период, то за вторым он, как правило, наступает.

О том, что в диагностике не следует полагаться всецело только на жалобы больного, свидетельствует следующий случай из клинической практики. Нам позвонила мать больного, которая сказала, что у ее сына проблема с эрекцией. На расстройство эрекции указывал и ее сын. Оказалось, что речь идет о быстром исчезновении перед половым актом хорошо

выраженной эрекции. На вопрос о времени исчезновения эрекции (до или после семяизвержения) пациент ответил, что вначале происходит семяизвержение (еще до введения полового члена во влагалище), а затем сразу же пропадает напряжение полового члена. Таким образом, речь шла об ЕАР, а не о нарушении эрекции. Выяснилось, что пациент выпивает в день много чашек крепкого кофе, а также употребляет в пищу большое количество специй, что, естественно, может способствовать преждевременному семяизвержению. Если бы мы пошли на поводу у пациента и назначили какие-либо стимуляторы (например, настойку женьшеня или что-то подобное), а не объективизировали его жалобы специализированным опросом, то, возможно, эякуляция бы начала происходить у него не в предварительном периоде, а при его общении со своей сексуальной партнершей по телефону.

2. Необходимо оценивать продолжительность коитуса с учетом его порядкового номера. Известно, что первый половой акт обычно менее продолжителен, чем повторные. С каждым последующим актом, проведенным в тот же день, его длительность, как правило, нарастает. Исключением является синдром парацентральных долек в тех случаях, когда он не сочетается со слабой половой конституцией (синдромом конституциональной сексуальной дефицитарности).

3. Необходимо учитывать интенсивность половой жизни и периоды сексуальной абстиненции, так как более редкая сексуальная активность, а тем более ее отсутствие в течение определенного промежутка времени уменьшают продолжительность полового акта. Сюда должны быть отнесены и случаи, когда речь идет о первом в жизни половом акте, который может быть коротким.

4. Следует выяснять, используется ли пациентом пролонгация, так как существуют ее различные приемы и способы, направленные на увеличение продолжительности полового акта:

А. Замедление фрикций или их периодическая остановка.

Б. Использование различных способов отвлечения внимания: счет чисел, их сложение, умножение и др. операции с ними.

В. Намеренное «оживление» неприятных, нейтральных или приятных воспоминаний неэротического содержания, прогнозирование неприятных или приятных событий, сопровождающееся соответствующими образными представлениями. Так, один наш пациент, у которого продолжительность полового акта без пролонгации составляла 15–20 с, увеличивал его до 2 мин, умножая друг на друга двухзначные цифры, намеренно вспоминая или прогнозируя конфликты с преподавателями, а также получение плохих оценок. Детально различные приемы психофизиологической пролонгации представлены в главе, посвященной устранению расстройств эякуляции.

Г. Использование презервативов.

Д. Применение анестезирующих мазей и спреев (воздействие осуществляется на головку полового члена и его уздечку).

Ж. Прием алкоголя. Известно, что употребление алкоголя может приводить к увеличению продолжительности полового акта, а если его доза будет велика, то из-за своей продолжительности он может носить изнурительный характер. В ряде случаев семяизвержение может и вовсе не наступить. У одного из наших пациентов невозможно было сделать вывод о том, какая же на самом деле у него «естественная» длительность коитусов, так как он никогда в жизни не совершал их в трезвом состоянии.

5. Необходимо узнать у больного, не принимает ли он транквилизаторы, нейролептики, антидепрессанты, барбитураты и др. фармакологические препараты, которые могут увеличить продолжительность полового акта.

6. Следует учитывать партнерский фактор. Так, при проведении полового акта с одной женщиной его продолжительность может быть больше, чем при его проведении с другой. На это может влиять как установка мужчины (например, сле-

дует «закончить» как можно быстрее, так как половой акт сопровождается болью в половых органах жены), так и то, что одна партнерша оказывает на мужчину иное по интенсивности сексуально возбуждающее воздействие, чем другая.

7. Сексуальная позиция также может влиять на продолжительность коитуса. Можно встретиться со сведениями, что в том случае, когда мужчина находится внизу, он может проводить половой акт дольше. У некоторых мужчин, однако, все может быть совсем по-другому. При учете влияния позы на продолжительность полового акта следует учитывать плотность охвата полового члена влагалищем, что определяет интенсивность воздействия на его рецепторный аппарат, и возможность контролировать эякуляцию в том или ином случае.

8. Продолжительность полового акта необходимо оценивать в динамическом ключе. Так, пациент может жаловаться на короткую, по его мнению, продолжительность полового акта, которая составляет, например, 2 мин. В том случае, если ранее эта продолжительность составляла, например, 3,5 мин, то это одно, а если такая продолжительность была всегда, то размышлять в направлении диагностики возможной патологии не представляется возможным.

В настоящее время для диагностики преждевременной эякуляции существует два анкетных опросника, которые основаны на обширных базах данных, соответствуют большинству критериев для разрабатываемых тестов и являются валидизированными: Индекс преждевременной эякуляции (the Index of Premature Ejaculation; IPE) (приложение 1) и Профиль преждевременной эякуляции (The Premature Ejaculation Profile; PEP) (приложение 2). Также был предложен третий краткий диагностический тест – Диагностический инструмент преждевременной эякуляции (Premature Ejaculation Diagnostic Tool; PEDT) (приложение 3), который имеет скромную базу данных и доступен для клинического использования. Помимо этого, существуют два других опросника для оценки преждевременной эякуляции: Арабский и Китайский (Arabic, Chinese

PE Questionnaires), которые минимально валидизированы или базируются на минимальных доступных данных клинических исследований. Эти два теста не рекомендуются Международным обществом сексуальной медицины (International Society for Sexual Medicine) для клинического использования [41]. В связи с частым упоминанием, в книге также приведен опросник «Международный индекс эректильной функции» (International Index of Erectile Function; IIEF) (приложение 4).

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Васильченко Г. С. О некоторых системных неврозах системных неврозах и их патогенетическом лечении. – М.: Медицина, 1969. – 184 с.
2. Васильченко Г. С. О нормальной продолжительности фрикционной (копулятивной) стадии полового акта // Проблемы сексопатологии и бесплодия (Материалы II республиканской конференции сексопатологов. Ворошиловград, 7–8 декабря 1972). К.: Здоров'я, 1973. – С. 28–32
3. Зайцев В. И., Ситенко А. М., Гафси Махер. Возможности использования биологической обратной связи у мужчин с преждевременной эякуляцией <http://www.bsmu.edu.ua/files/KEP/KEP-2009-08-02/KEP-2009-08-02-029.pdf>
4. Здравомыслов В. И. Функциональные сексологические расстройства у женщин, их классификация и терапия // Проблемы современной сексопатологии. – М., 1972. – С. 409–425.
5. Коган О. Г., Васильченко Г. С., Юнеман И. Я. Классификация и лечение половых расстройств при травмах и заболеваниях спинного мозга. Методич. пособие для врачей-курсантов. Новокузнецк, 1975. – 27 с.
6. Кратохвил С. Психотерапия семейно-сексуальных дисгармоний / Пер. с чешск. – М.: Медицина, 1991. – 336 с.
7. Крукс Р., Баур К. Сексуальность / Пер. с англ. – СПб.: Прайм-Еврознак, 2005. – 480 с.

8. Маслов В. М. Клинические варианты анэякуляторных расстройств // Диагностика, лечение и профилактика половых расстройств (Сборник трудов) // Труды Московского научно-исследовательского института психиатрии МЗ РСФСР. – М., 1978. – Т. 81. – С. 50–54.
9. Мастерс У., Джонсон В., Колодни Р. Основы сексологии / Пер. с англ. – М.: Мир, 1998. – х. + 692 с.
10. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике. – СПб.: «АДИС», 1994. – 304 с.
11. Новое лекарство увеличивает продолжительность секса // <http://wap.smolforest.ru/sex.php?page=21>
12. Общая сексопатология. Руководство для врачей / Под ред. Г. С. Васильченко. – М.: Медицина, 1977. – 488 с.
13. Попов И. А. Материалы к психогигиене половой жизни мужчины. Дис. канд. мед наук. – М., 1969. – 239 с.
14. Преждевременное семяизвержение // http://diagnos.ru/diseases/masculina/quick_eaculatio
15. Расстройства эякуляции. Медицинский справочник // <http://medoboz.ru/content/view/938/85/>
16. Синдром ранней эякуляции. Микрохирургическая денервация полового члена // <http://www.androclub.ru/publications/patents/denervation.shtml>
17. ТАЙНА ОРГАЗМА (или почему «любовь зла») // <http://amourville.ru/articles/news-106.html?left=6>
18. Ученые выработали определение преждевременной эякуляции // <http://pfmed.ru/faktyi/265/>
19. Ученые измерили преждевременную эякуляцию // <http://www.sexology.kiev.ua/news.htm>
20. Ученые измерили преждевременную эякуляцию. Сексопатология. 04.06.2005 // <http://www.health.am/rus/site/more/1889/>
21. Ученые: Оргазм женщины – качество чисто человеческое, самка животных его не испытывает // <http://itsnow.ru/prt/news:104891>

22. Частная сексопатология (Руководство для врачей) / Под ред. Г. С. Васильченко. – Т. 2. – М.: Медицина, 1983. – 352 с.
23. Эксперт: женский оргазм – ловушка эволюции и бесполезный артефакт // http://atlanta.russianamerica.com/common/arc/story.php?id_cat=24&id=194824
24. Эякуляция // <http://slovari.yandex.ru/~книги/БСЭ/Эякуляция/>
25. Эякуляция // <http://www.medpulse.ru/encyclopedia/692.html>
26. Юнеман И. Я. Клиника половых расстройств и сексуальная реабилитация мужчин при поражениях спинного мозга: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 1997. – 20 с.
27. Basal S., Goktas S., Ergin A., Yildirim I., Atim A., Tahmaz L., Dayanc M. A Novel Treatment Modality in Patients with Premature Ejaculation Resistant to Conventional Methods: The Neuro-modulation of Dorsal Penile Nerves by Pulsed Radiofrequency // *J Androl.* – 2010. – 31 (2). – P. 126–130.
28. Baum N. Premature Ejaculation // http://www.neilbaum.com/articles/ed_pre_ejaculation.html
29. Bhatia M. S., Malik S. C. Dhat syndrome-a useful diagnostic entity in Indian culture // *Br J Psychiatry.* – 1991. – 159. – P. 691–695.
30. Brock G. B., Bunard F., Casey R., Elliott S. L., Gajewski J. B., Lee J. C. Canadian male sexual health council survey to assess prevalence and treatment of premature ejaculation in Canada // *J Sex Med.* – 2009. – 6 (8). – P. 2115–2123.
31. Broderick G. A. Premature ejaculation: on defining and quantifying a common male sexual dysfunction // *J Sex Med.* – 2006. – 3, Suppl. 4. – P. 295–302.
32. Chen Juza, Щеплев П. А., Гвасалия Б. Р., Гарин Н. Н., Захарченко А. В. Консервативная терапия ускоренной эякуляции // *Андрология и генитальная хирургия.* – 2005 – №3. – С. 6–12.
33. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd ed. (DSM–III).* – Washington, DC: American Psychiatric Association, 1980, p. 280.

34. Diagnosing and Treating Premature Ejaculation: An Expert Interview With Stanley E. Althof, PhD. Authors and Disclosures. Published: 11/01/2004 // <http://cme.medscape.com/viewarticle/492243>
35. DIAGNOSTIC CRITERIA From DSM-IVTM. Fifth printing. – Washington: American Psychiatric Association, 1996. – ix + 358 p.
36. Dinsmore W. W., Ralph D. J., Kell P., Wylie K. R., Dean J. P., Novak C., Wyllie J. S., Wyllie M. G. Evaluation of the Sexual Assessment Monitor, a diagnostic device used to electronically quantify ejaculatory latency time: findings from three studies // *BJU Int.* – 2006. – 98 (3). – P. 613–618.
37. Eysenck H. J., Wilson G. D. The psychology of sex. – London: J.M.Dent & Sons Ltd, 1979. – 208 p.
38. Gebhard P. H. Factors in marital orgasm // *J Soc Issues.* – 1966. – 22. – P. 88–95.
39. Gonen M., Kalkan M., Cenker A., Ozkardes H. Prevalence of premature ejaculation in Turkish men with chronic pelvic pain syndrome // *J Androl.* – 2005. – 26 (5). – P. 601–603.
40. Grenier G., Byers E. S. The relationships among ejaculatory control, ejaculatory latency and attempts to prolong heterosexual intercourse // *Arch Sex Behav.* – 1997. – 26 (1). – P. 27–47.
41. International Society for Sexual Medicine's Guidelines for the Diagnosis and Treatment of Premature Ejaculation. Stanley E. Althof, Ph.D., Carmita H. N. Abdo, M.D., Ph.D., John Dean, M.D., Geoff Hackett, M.D., Marita McCabe, Ph.D., Chris G. McMahon, M.D., Raymond C. Rosen, Ph.D., Richard Sadovsky, M.D., Marcel D. Waldinger, M.D., Ph.D., Edgardo Becher, M.D., Gregory A. Broderick, M.D., Jacques Buvat, M.D., Irwin Goldstein, M.D., Amr I. El-Meliegy, M.D., Francois Giuliano, M.D., Ph.D. Wayne J.G. Hellstrom, M.D., Luca Incrocci, M.D., Emmanuelle Jannini, M.D., Kwangsung Park, M.D., Sharon Parish, M.D., Hartmut Porst, M.D., David Rowland, Ph.D., Robert Segraves, M.D., Ph.D., Ira Sharlip, M.D., Chiara Simonelli, Ph.D., Hui Meng Tan, M.D. // <http://www.issm.info/v4/data/education/reference/PE%20Guidelines.pdf>

42. Int'l. Society for Sexual Medicine (ISSM) Details New Definition of Premature Ejaculation // <http://www.seekwellness.com/mensexuality/news.htm>
43. Jannini E. A., Lenzi A. Epidemiology of premature ejaculation // *Curr Opin Urol.* – 2005. – 15 (6). – P. 399–403.
44. Kamischke A., Nieschlag E. Update on medical treatment of ejaculatory disorders // *International Journal of Andrology.* – 2002. – 25 (6). – P. 333–344.
45. Kaplan H. S. *The new sex therapy.* – New York: Brunner/Mazel, 1974. – 544 p.
46. Kendirci M., Salem E., Hellstrom W. J. Dapoxetine, a novel selective serotonin transport inhibitor for the treatment of premature ejaculation // *Ther Clin Risk Manag.* – 2007. – 3 (2). – 277–289.
47. Kilmann P. R., Auerbach R. Treatments of premature ejaculation and psychogenic impotence: A critical review of the literature // *Arch Sex Behav.* – 1979. – 8 (1). – P. 81–100.
48. Kinsey A. C., Pomeroy W. B., Martin C. E. *Sexual behavior in the human male.* – Philadelphia: Saunders, 1948. – 804 p.
49. Laumann E. O., Paik A., Rosen R. C. Sexual dysfunction in the United States: Prevalence and predictors // *JAMA.* – 1999. – 281 (6). – P. 537–544.
50. Masters W. H., Johnson V. E. *Human sexual inadequacy.* – Boston: Little, Brown and Co, 1970. – 467 p.
51. McMahon C. G., Althof S. E., Waldinger M. D., Porst H., Dean J., Sharlip I. D., Adaikan P. G., Becher E., Broderick G. A., Buvat J., Dabees K., Giraldi A., Giuliano F., Hellstrom W. J., Incrocci L., Laan E., Meuleman E., Perelman M. A., Rosen R. C., Rowland D. L., Segraves R. An evidence-based definition of lifelong premature ejaculation: report of the International Society for Sexual Medicine (ISSM) ad hoc committee for the definition of premature ejaculation // *J Sex Med.* – 2008. – 5 (7). – P. 1590–1606.
52. McMahon Chris G. Premature ejaculation // *Indian Journal of Urology.* – 2007. – 23 (2). – P. 97–108.

53. Metz M. Premature Ejaculation: What is its Etiology? An Integrative, Biopsychosocial, Multidimensional Approach // <http://abstracts.co.allenpress.com/pweb/sexo2005/document/?ID=47350>
54. Nathan S. G. The epidemiology of the DSM–III psychosexual dysfunctions // *J Sex Marital Ther.* – 1986. – 12 (4). – P. 267–281.
55. Palmer N. R., Stuckey B. G. Premature ejaculation: a clinical update // *Med J Aust.* – 2008. – 188 (11). – P. 662–666.
56. Patrick D. L., Althof S. E., Pryor J. L., Rosen R., Rowland D. L., Ho K. F., McNulty P., Rothman M., Jamieson C. Premature ejaculation: An observational study of men and their partners // *J Sex Med.* – 2005. – 2 (3). – 358–367.
57. Payne R. E., Sadovsky R. Identifying and treating premature ejaculation: importance of the sexual history // *Cleve Clin J Med.* – 2007. – 74, Suppl. 3. – P. 47–53.
58. Perelman M. A., Rowland D. L. Retarded ejaculation // *World J Urol.* – 2006 – 24 (6). – P. 645–652.
59. Porst H., Montorsi F., Rosen R. C., Gaynor L., Grupe S., Alexander J. The Premature Ejaculation Prevalence and Attitudes (PEPA) survey: Prevalence, comorbidities, and professional help-seeking // *Eur Urol.* – 2007. – 51 (3). – P. 816–824.
60. Powell J. A., Wyllie M. G. “Up and coming” treatments for premature ejaculation: progress towards an approved therapy // *Int J Impot Res.* – 2009. – 21 (2). – P. 107–115.
61. Premature ejaculation // http://psychology.wikia.com/wiki/Premature_ejaculation
62. Reading A., Wiest W. An analysis of self-reported sexual behavior in a sample of normal males // *Arch Sex Behav.* – 1984. – 13 (1). – P. 69–83. Richardson D., Goldmeier D. Premature ejaculation – Does country of origin tell us anything about etiology? // *J Sex Med.* – 2005. – 2 (4). – P. 508–512.
63. Richardson D., Goldmeier D. Premature ejaculation – Does country of origin tell us anything about etiology? // *J Sex Med.* – 2005. – 2 (4). – P. 508–512.

64. Richardson D., Wood K., Goldmeier D. A qualitative pilot study of Islamic men with lifelong premature (rapid) ejaculation // *J Sex Med.* – 2006. – 3 (2). – P. 337–343.
65. Rosen R. C., Fisher W. A., Eardley I., Niederberger C., Nadel A., Sand M. The multinational Men's Attitudes to Life Events and Sexuality (MALES) study: I. Prevalence of erectile dysfunction and related health concerns in the general population // *Curr Med Res Opin.* – 2004. – 20 (5). – P. 607–617.
66. Rushton J. P., Bogaert A. F. Race versus social class differences in sexual behaviour: A follow up test of the r/K dimension // *J Res Person.* – 1998. – 22. – P. 259–272.
67. Schapiro B. Premature ejaculation, a review of 1130 cases // *J Urol.* – 1943. – 50. – P. 374–379.
68. Schover L., Friedman J., Weiler S., Heiman J., LoPiccolo J. Multiaxial problem-oriented system for sexual dysfunctions: an alternative to DSM-III // *Arch Gen Psychiat.* – 1982. – 39 (5). – P. 614–619.
69. Shamloul R., el-Nashaar A. Chronic prostatitis in premature ejaculation: a cohort study in 153 men // *J Sex Med.* – 2006. – 3 (1). – P. 150–154.
70. Singer J. Singer I. Types of female orgasms // *Jornal of Sex Research.* – 1972. – 8 (4). – P. 255–267.
71. Spector I. P., Carey M. P. Incidence and prevalence of the sexual dysfunctions: A critical review of the empirical literature // *Arch Sex Behav.* – 1990. – 19 (4). – P. 389–408.
72. Spector K. R., Boyle M. The prevalence and perceived aetiology of male sexual problems in a non-clinical sample // *Br J Med Psychol.* – 1986. – 59 (Pt 4). – P. 351–358.
73. Spiess W. F., Geer J. H., O'Donohue W. T. Premature ejaculation: Investigation of factors in ejaculatory latency // *J Abnorm Psychol.* – 1984. – 93 (2). – P. 242–245.
74. Strassberg D. S., Kelly M. P., Carroll C., Kircher J. C. The psychophysiological nature of premature ejaculation // *Arch Sex Behav.* – 1987. – 16 (4). – P. 327–336.

75. Symonds T., Perelman M. A., Althof S., Giuliano F., Martin M., May K., Abraham L., Crossland A., Morris M. Development and validation of a premature ejaculation diagnostic tool // *Eur Urol.* – 2007. – 52 (2). – P. 565–573.
76. The ISSM Definition of Premature Ejaculation // <http://www.aaa2009.org/program/issmdefPE.pdf>
77. Vardi Y., McMahon C. G., Waldinger M. D., Rubio-Aurioles E., Rabinowitz D. Are premature ejaculation symptoms curable? // *J Sex Med.* – 2008. – 5 (7). – P. 1546–1551.
78. Verma K. K., Khaitan B. K., Singh O. P. The frequency of sexual dysfunctions in patients attending a sex therapy clinic in north India // *Arch Sex Behav.* – 1998. – 27 (3). – P. 309–314.
79. Waldinger M. D., Zwinderman A. H., Olivier B., Schweitzer D. H. Proposal for a definition of lifelong premature ejaculation based on epidemiological stopwatch data // *The journal of sexual medicine.* – 2005. – 2 (4). – P. 498–507.
80. Waldinger M. D., McIntosh J., Schweitzer D. H. A Five-nation Survey to Assess the Distribution of the Intravaginal Ejaculatory Latency Time among the General Male Population // *J Sex Med.* – 2009. – 6 (10). – P. 2888–2895.
81. Waldinger M. D., Quinn P., Dilleen M., Mundayat R., Schweitzer D. H., Boolell M. A. Multinational population survey of intravaginal ejaculation latency time // *J Sex Med.* – 2005. – 2 (4). – P. 492–497.
82. Waldinger M. D. Recent advances in the classification, neurobiology and treatment of premature ejaculation // *Adv Psychosom Med.* – 2008. – 29. – P. 50–69.
83. Waldinger M. D., Zwinderman A. H., Olivier B., Schweitzer D. H. Proposal for a definition of lifelong premature ejaculation based on epidemiological stopwatch data // *The journal of sexual medicine.* – 2005. – 2 (4). – P. 498–507.
84. Waldinger M., Hengeveld M., Zwinderman A., Olivier B. An empirical operationalization of DSM–IV diagnostic criteria for premature ejaculation // *Int J Psychiatry Clin Pract.* – 1998. – 2. – P. 287–293.

85. Waldinger M. D. Premature ejaculation: different pathophysiology and etiologies determine its treatment // *J Sex Marital Ther.* – 2008. – 34 (1). – P. 1–13.
86. Wisard M., Audette N. [Premature ejaculation: pills or sexology?] [Article in French] // *Rev Med Suisse.* – 2008. – 4 (150). – P. 780–784.
87. Wolters J. P., Hellstrom W. J. Current concepts in ejaculatory dysfunction // *Rev Urol.* – 2006. – 8, Suppl 4. – P. 18–25.

ГЛАВА 2

ФИЗИОЛОГИЯ ЭЯКУЛЯЦИИ

Эякуляция представляет собой рефлекторный акт, в который вовлечены сенсорные рецепторы и области, афферентные пути, мозговые сенсорные области, мозговые двигательные центры, спинальные двигательные центры и эфферентные пути [15]. Эякуляция начинается с активного мышечного сокращения семявыносящих протоков и разделяется на 2 фазы – эмиссию и изгнание. Она в подавляющем числе случаев сопряжена с фазой оргазма (см. рис.).

В фазе эмиссии семявыносящие протоки, простата и семенные пузырьки начинают сокращаться, и семенная жидкость поступает в простатическую (заднюю) часть уретры (*pars prostatica urethrae*).

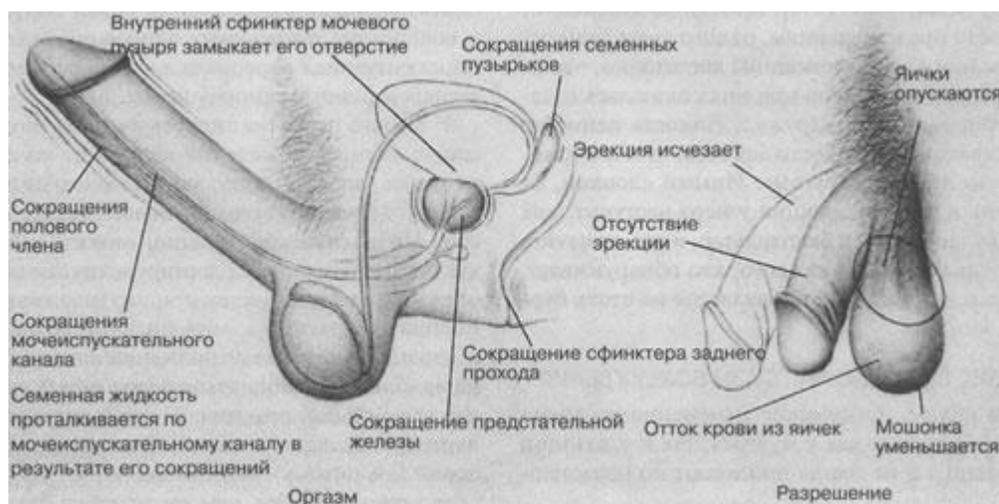


Рис. Внешние и внутренние изменения, сопровождающие цикл сексуальной реакции у мужчины [по 1].

Поступление эякулята в эту часть уретры, действуя как стимулятор парасимпатической и соматической иннервации, вызывает вторую фазу – фазу изгнания (выбрасывания, извержения). Эмиссия – результат спинномозгового рефлекса, инициированного генитальными и/или церебральными эротическими стимулами. Значительный начальный волевой

контроль эмиссии прогрессивно уменьшается по мере достижения эякуляторной неизбежности [27]. Фаза эмиссии осуществляется при посредничестве адренергической системы и реализуется благодаря норэпинефрину и другим местным нейротрансмиттерам – окситоцину (Maggi et al., 1987), эндотелину (Peri et al., 1997) и аденозин-5-трифосфату (АТФ) (Mulryan et al., 2000) [по 2].

Изгнание семени из уретры происходит в результате серии ритмичных сокращений (продолжительностью 0,8 с) ишиокавернозной, бульбоспонгиозной мышц в содружестве с другими мышцами промежности. После первых 3–4 сокращений промежутки между ними увеличиваются, а их интенсивность уменьшается [1]. В этой стадии также отмечается неустойчивое расслабление внешнего сфинктера уретры [19].

Во время выброса спермы шейка мочевого пузыря плотно закрыта, благодаря чему исключается ретроградная эякуляция (заброс спермы в мочевой пузырь).

Анатомо-функциональным центром, запускающим эякуляторный рефлекс, является совокупность вегетативных нейронов боковых рогов и моторных нейронов передних рогов спинного мозга, объединенных одной функциональной задачей и называемых спинальным центром эякуляции.

Симпатические нейроны контролируют фазу эмиссии эякуляторного рефлекса, а фаза изгнания осуществляется соматическими и вегетативными (парасимпатическими) моторными нейронами.

Первая фаза эякуляции совершается непроизвольно под действием симпатических импульсов, следующих из сегментов Th_{12–L4} [17, 21, 23]. Вторая фаза эякуляции совершается более энергично, так как в ней к действию парасимпатических импульсов, следующих из сегментов S_{2–S4} и воздействующих на гладкую мускулатуру семенных пузырьков и предстательной железы, присоединяются импульсы, приводящие к мощным сокращениям поперечнополосатой мускулатуры, начинающимся с m. constrictor urethrae, mm. bulbocavernosi и

mm. ischiocavernosi, в которые вовлекается вся произвольная и непроизвольная мускулатура тазового дна. По данным R. Kafemann (1914), действие аппарата эякуляции у отдельных лиц достигает такой силы, что семенная жидкость извергается на расстояние более метра [3].

Эякуляторный рефлекс преимущественно контролируется сложным взаимодействием между центральными серотонергическими и допаминергическими нейронами с вторичным вовлечением холинергических (cholinergic), адренергических (adrenergic), нитрергических (nitrenergic), окситоцинергических (oxytocinergic), галанергических (galanergic) и габаергических (GABAergic¹) нейронов. Мозговые процессы, которые происходят во время эякуляции, и отклонения у мужчин с РЕ не были «ясно определены» с помощью позитронно-эмиссионной томографии (positron emission tomography; PET) и магниторезонансной томографии (functional magnetic resonance imaging; fMRI) [15].

Эмиссия спермы и ее изгнание объединены в сложный паттерн несколькими структурами переднего мозга, включая среднюю предоптическую область (the medial preoptic area; MPOA) и парагигантоклеточное ядро (the nucleus paragigantocellularis; nPGi) [20, 28].

Нисходящие серотонергические пути от nPGi к люмбосакральным моторным ядрам тонически задерживают/подавляют эякуляцию [28]. Дезингибирующее влияние на nPGi, которое оказывает MPOA, облегчает наступление семяизвержения. У крыс-самцов была идентифицирована популяция поясничных спиноталамических нейронов (lumbar spinothalamic neurons; LSt cells), которые участвуют в генерировании эякуляции. Эти клетки посылают сигналы автономным ядрам и мотонейронам, вовлеченным в эмиссию и изгнание, и получают сенсорные сигналы из

¹ GABA – аббревиатура, составленная из начальных букв слов γ -aminobutyric acid (γ -аминомасляная кислота).

области таза [24]. Изучение источников литературы, которое было проведено в последнее время, подтвердило роль LSt cells в регуляции эякуляции [29].

Несколько мозговых областей активируются после эякуляции восходящими волокнами из спинного мозга и могут играть роль в насыщении и наступлении постэякуляторного рефрактерного периода [15].

Основываясь на клинических наблюдениях, Уайтло и Смисуик предлагают следующую схему иннервационного обеспечения эякуляции, которая приведена ниже [по 3].

ЭЯКУЛЯЦИЯ

Прямое тактильное раздражение
полового члена

1

Срамной нерв

Психическое возбуждение
высших отделов мозга

1

Межуточный мозг

1

Спинной мозг

1

Суммация тактильных и психических возбуждений, порождающих так
называемый оргазм

1

Поясничный

1

Симпатическая реакция

1

Сокращение гладких мышц
простаты, семенных пузырьков
и семявыносящих протоков.
Замыкание внутреннего сфинктера
мочевого пузыря

1

Фаза выведения

центр

1

Парасимпатическая реакция

1

Сокращение поперечно-
полосатых, седалищно-
пещеристых, луковично-
пещеристых мышц
и m. constrictor urethrae

1

Фаза выбрасывания

В фазе эмиссии оргазма как такового еще нет, за 2–4 с до выброса эякулята из пениса возникает лишь ощущение его (выброса) неотвратимости. Психосенсорным эквивалентом фазы изгнания является острое переживание оргазма, которое происходит синхронно с энергичными мышечными спазмами поперечнополосатых мышц [14].

Несмотря на приведенные выше данные об участии спинного мозга в обеспечении семяизвержения, наиболее распространено мнение, что спинномозговой центр эякуляции расположен в L_{1–L3}. Помимо этого, считается, что он, по-видимому, не имеет такой же четкой локализации в спинном мозге, как центр эрекции.

J. P. Wolters, W. J. Hellstrom [26] в своей статье, ссылаясь на результаты исследований различных авторов, обсуждают проблему регуляции эякуляции. Они отмечают, что специализированными супраспинальными церебральными структурами, ингибирующими эякуляцию, являются posteromedial bed nucleus полоски мозгового вещества (stria terminalis), posterodorsal medial amygdaloid nucleus, posterodorsal preoptic nucleus и мелкоклеточная часть субпарафасцикулярного таламуса (the parvicellular part of the subparafascicular thalamus) [16].

В регуляцию эякуляторного рефлекса вовлекаются различные медиаторные (нейротрансмиттерные) системы спинальной и супраспинальной локализации. Наиболее важную роль, по-видимому, играют центральные серотонергические и допаминергические нейроны [13]. Ацетилхолин, адреналин, нейропептиды, окситоцин, γ -аминомасляная кислота и окись азота играют второстепенную/вспомогательную роль [6]. Многофакторная и сложная природа эякуляторного рефлекса, однако, делает определение точной роли каждого отдельного нейротрансмиттера/медиатора чрезвычайно трудным.

Уровни допамина в средней предоптической области гипоталамуса прогрессивно увеличиваются в течение возбуждения во время полового акта. Таким образом, допамин вовлечен в физиологию сексуального возбуждения и оргазма [13].

Было показано, что у животных антагонисты рецепторов γ -аминомасляной кислоты оказывают ингибирующий эффект на сексуальное поведение, а мышечные сокращения во время эякуляции, по-видимому, опосредуются окситоцином [6].

Наиболее изученный медиатор (нейротрансмиттер), участвующий в регуляции эякуляции, – серотонин (5-hydroxytryptamine; 5-НТ) [6, 25]. Если ранее сообщалось, что идентифицировано 14 разных подтипов рецепторов 5-НТ, каждый из которых имеет различную нейроанатомическую локализацию и функцию [18], то позже появились данные, что в настоящее время известно около 15 видов серотониновых рецепторов, однако далеко не все их виды и подвиды встречаются в головном мозге человека [4].

5-НТ нейроны содержат соматодендритные ауторецепторы¹ (5-НТ1а), предсинаптические ауторецепторы (5-НТ1b, 5-НТ1d), сигнализирующие рецепторы (5-НТ2с) и транспортеры обратного захвата (reuptake transporters). Каждый из названных рецепторов опосредует различные аспекты клеточной активации 5-НТ системы и передачи ею сигналов [9].

Соматодендритные ауторецепторы 5-НТ1а, которые присутствуют в ядрах среднего мозга и мозгового шва (mesencephalic и medullary raphe nuclei), являются ответственными как за уменьшение высвобождения серотонина в синапс через отрицательный механизм обратной связи, что приводит к уменьшению его уровня в синаптической щели, так и за уменьшение латентного периода эякуляции (ejaculatory latency) [7, 10].

5-НТ2а-рецепторы обнаружены и в центральной нервной системе человека. Их большая плотность отмечается в пирамидальных нейронах в большинстве регионов коры головного

¹ Ауторецептор – рецепторная молекула нейрона, которая реагирует на нейротрансмиттер, вырабатываемый самим нейроном.

мозга, скорлупе, базальных ганглиях, а меньшая – в гиппокампе и хвостатом ядре. Считается, что данный вид рецепторов участвуют в формировании полового поведения человека [4].

Рецепторы 5-НТ1b и 5-НТ2с, в отличие от пресинаптических 5-НТ1а ауторецепторов, присутствуют в постсинаптической мембране. И те и другие увеличивают латентное время эякуляции. Мнение о том, что стимуляция 5-НТ2с рецепторов неселективными агонистами задерживает эякуляцию у крыс-самцов, тогда как возбуждение постсинаптических рецепторов 5-НТ1а приводит к более короткому латентному периоду эякуляции, высказывалось и ранее на основании экспериментов с самцами крысы [5]. У крысы 5-НТ2с-рецепторы обнаружены в наибольшем количестве в хориоидальном сплетении, гиппокампе, полосатом теле, черной субстанции [4].

Зависимость между концентрацией серотонина в синаптической щели и латентным периодом эякуляции подтверждается доказанной эффективностью ингибиторов обратного захвата серотонина в лечении преждевременной эякуляции, которые увеличивают уровень серотонина в синапсе [19].

Учитывая отношения между серотонергическими рецепторами и их ингибирующими и стимулирующими эффектами, вероятно, что патофизиологический механизм эякуляторных расстройств связан с изменением количества или измененной чувствительностью 5-НТ рецепторов в регулирующих эякуляторных центрах центральной нервной системы [7]. Отмечается, что хотя эта гипотеза нуждается в дальнейшем изучении, неустойчивость синаптической концентрации 5-НТ и измененная чувствительность рецепторов могут обеспечить патофизиологический базис многих расстройств эякуляции [26].

Многие исследования выявили центральное посредничество агониста¹ 8-hydroxy-2-di-npropylamino-tetralin (8-OH-DPAT) в воздействии на 5-HT_{1a} рецепторы. Этот агонист вызывает PE у самцов крысы [11, 12, 22].

P. Clément et al. [8], которые создавали состояния, подобные преждевременной эякуляции (PE-like conditions), у животных, установили, что 8-OH-DPAT оказывает дозозависимый проэякуляторный эффект на бульбоспонгиозную мышцу (m. bulbospongiosus), который усиливает ее сократимость и изгнание спермы. В их экспериментах к мозговым желудочкам крыс стереотаксически были подведены канюли для центрального дозирования препарата. Применение 5-HT_{1a} антагониста WAY100635, который вводился таким же образом, не смогло полностью противодействовать влиянию 8-OH-DPAT. Кстати, введение антогонистов допаминовых D₂-рецепторов (raclopride и spiperone) значительно уменьшало сокращения бульбоспонгиозных мышц и, таким образом, пролонгировало латентное время эякуляции. Было показано, что quinlorane – агонист рецепторов, подобных D₂-рецепторам (D₂-like receptors), вызывает ритмичные сокращения бульбоспонгиозных мышц. Полученные результаты, отмечают авторы, – верный признак, что рецепторы, подобные D₂-рецепторам, играют в ЦНС интегральную роль в эякуляторном ответе. Исследователи пришли к заключению, что эти рецепторы также важны для опосредования эякуляции, как и 5-HT_{1a} рецепторы, если не более. Поэтому, по их мнению, в будущем фармакологические манипуляции относительно эякуляторного рефлекса должны будут больше сосредоточиться на рецепторах, подобных D₂-рецепторам.

¹ Агонист – эндогенное вещество или лекарство, которое может взаимодействовать с рецепторами и инициировать физиологические или фармакологические характеристики отклика рецептора.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Мастерс У., Джонсон В., Колодни Р. Основы сексологии / Пер. с англ. – М.: Мир, 1998. – х. + 692 с.
2. Нарушение эякуляции // <http://norm-urolog.narod.ru/nar.html>.
3. Общая сексопатология. Руководство для врачей / Под ред. Г. С. Васильченко. – М.: Медицина, 1977. – 488 с.
4. Серотонинергическая система // http://psychiatry.narod.ru/art_2.html
5. Ahlenius S., Larsson K., Svensson L., Hjorth S., Carlsson A., Lindberg P., Wikström H., Sanchez D., Arvidsson L. E., Hacksell U., Nilsson J. L. // Effects of a new type of 5-HT receptor agonist on male rat sexual behaviour // *Pharmacol Biochem Behav.* – 1981. – 15 (5). – P. 785–792.
6. Bitran D., Hull E. M. Pharmacological analysis of male rat sexual behavior // *Neurosci Biobehav Rev.* – 1987. – 11 (4). – P. 365–389.
7. Cantor J. M., Binik Y. M., Pfaus J. G. Chronic fluoxetine inhibits sexual behavior in the male rat: reversal with oxytocin. *Psychopharmacology (Berl)* // 1999. – 144. – P. 355–362.
8. Clément P., Bernabé J., Kia H. K., Alexandre L., Giuliano F. D2-like receptors mediate the expulsion phase of ejaculation elicited by 8-hydroxy-2-(di-N-propylamino) tetralin in rats // *J Pharmacol Exp Ther.* – 2006. – 316 (2). – P. 830–834.
9. Frank J. L., Hendricks S. E., Olson G. H. Multiple ejaculations and chronic fluoxetine: effects on male rat copulatory behavior // *Pharmacol Biochem Behav.* – 2000. – 66 (2). – P. 337–342.
10. Giuliano F., Clement P. Serotonin and premature ejaculation: from physiology to patient management // *Euro Urol.* – 2006. – 50. – P. 454–466.
11. Haensel S. M., Mos J., Olivier B., Slob A. K. Sex behavior of male and female Wistar rats affected by the serotonin agonist 8-OH-DPAT // *Pharmacol Biochem Behav.* – 1991. – 40. – P. 221–228.

12. Hillegaart V., Ahlenius S. Facilitation and inhibition of male rat ejaculatory behaviour by the respective 5-HT_{1A} and 5-HT_{1B} receptor agonists 8-OH-DPAT and anpirtoline, as evidenced by use of the corresponding new and selective receptor antagonists NAD-299 and NAS-181 // *Br J Pharmacol.* – 1998. – 125 (8). – P. 1733–1743.
13. Hull E. M., Du J., Lorrain D. S., Matuszewich L. Extracellular dopamine in the medial preoptic area: implications for sexual motivation and hormonal control of copulation // *J Neurosci.* – 1995. – 15 (11). – P. 7465–7471.
14. Masters W. H., Johnson V. E. *Human sexual response.*— Boston: Little, Brown and Co., 1970. – 467 p.
15. McMahon C. G. Premature ejaculation // *Indian Journal of Urology.* – 2007. – Volume 23, Issue 2. – P. 97–108.
16. Meisel R. L., Sachs B. D. The physiology of male sexual behavior // Knobil E., Neill J. D (Eds.). *The Physiology of Reproduction.* – 3rd ed. – New York: Raven Press, 2005. – P. 3–105.
17. Munro D., Horne H. W. Jr., Paull D. P. The effect of injury to the spinal cord and cauda equina on the sexual potency of men // *New Eng. J. Med.*. – 1948. – Vol. 239. – P. 903–911.
18. Pandey S. C., Davis J. M., Pandey G. N. Phosphoinositide system-linked serotonin receptor subtypes and their pharmacologic properties and clinical correlates // *J Psychiatry Neurosci.* – 1995. – 20. – P. 247–250.
19. Premature ejaculation // http://psychology.wikia.com/wiki/Premature_ejaculation
20. Robinson B. W., Mishkin M. Ejaculation evoked by stimulation of the preoptic area in monkeys // *Physiol Behav.* – 1966. – 1. – P. 269–272.
21. Rose T. F. Sudeck's post-traumatic osteodystrophy of limbs // *Med. J. Aust.* – 1953. – N 1. – P. 185–188.
22. Schnur S. L., Smith E. R., Lee R. L., Mas M., Davidson J. M. A component analysis of the effects of DPAT on male rat sexual behavior // *Physiol Behav.* – 1989. – 45 (5). – P. 897–901.

23. Semans J. H., Langwortliy O. R. Observations on neurophysiology of sexual function in male cat // *J. Urol.* – 1938. – Vol. 40. – P. 836–840.
24. Truitt W. A., Coolen L. M. Identification of a potential ejaculation generator in the spinal cord // *Science.* – 2002. – 297 (5586). – P. 1566–1569.
25. Waldinger M. D., Berendsen H., Blok B. F. et al. // Premature ejaculation and serotonergic antidepressants-induced delayed ejaculation: the involvement of the serotonergic system // *Behav Brain Res.* – 1995. – 92. – P. 111–118.
26. Wolters J. P., Hellstrom W. J. Current concepts in ejaculatory dysfunction // *Rev Urol.* – 2006. – 8, Suppl. 4. – P. 18–25.
27. Yeates W. K. Chp.10-Ejaculatory disturbances // Pryor J. P., Lipschultz L. (Eds.). *Andrology.* – London: Butterworths, 1987. – P. 183–216.
28. Yells D. P., Hendricks S. E., Prendergast M. A. Lesions of the nucleus paragigantocellularis: effects on mating behavior in male rats // *Brain Res* 1992. – 596 (1–2). – P. 73–79.
29. Young B., Coolen L., McKenna K. Neural regulation of ejaculation // *J Sex Med.* – 2009. – 6, Suppl. 3. – P. 229–233.

ГЛАВА 3

ФЕНОМЕН ЖЕНСКОЙ ЭЯКУЛЯЦИИ

Женская эякуляция (сквиртинг) представляет собой выброс жидкости у женщины перед самым оргазмом или во время него. По данным различных авторов, количество упомянутой жидкости значительно варьирует. Так, Belzer (1983) сообщает о 10 мл, Goldberg (1983) – о 3–15, Bullough (1984) – о 12, Zaviavic (1987) – о 16, а Heat (1984) о 30–50 [по 12]. Карл Ф. Штифтер [7] инструктировал пациентку, которая ранее сообщала о своих частых и обильных «оргастических выделениях», чтобы она мастурбировала свой клитор в течение периода, установленного ею самой. В течение почти двух часов она испытала ряд оргазмов. Периодически делала длительные перерывы, во время которых читала эротическую литературу. Общий объем извергнутой ею жидкости составил 114 мл.

В литературе жидкость, о которой идет речь, называется женским эякулятом, а сам процесс ее извержения эякуляцией. Существуют и другие названия этой жидкости: чистая доля, третья вода, сок сладострастия, вода сладострастия, амрита и др. Сам процесс извержения упомянутой жидкости называется ложной эякуляцией в противовес мужской эякуляции (истинной), которая сопряжена с выделением сперматозоидов, а также «потоклом любви» и «рекой радости». К. Ф. Штифтер [6] считает целесообразным сохранить название «женская эякуляция», несмотря на отсутствие в извергаемой жидкости сперматозоидов, «даже если на первый взгляд оно кажется ошеломляющим, как если бы клитор называли женским пеном, а большие половые губы – мошонкой женщины».

В литературе приводятся разные данные о частоте женской эякуляции. Так, отмечается, что, настаивая на обязательности этого явления у всех представительниц слабого пола, ученые говорят о вероятности его возникновения у 95% женщин [1]. Однако S. Kratochvil [28] сообщает о 6% таких

женщин. Приводятся и другие данные. Согласно результатам исследований американских сексологов, 54% женщин, которые проходили тестирование, пережили эякуляцию [11], тогда как по данным канадских ученых, которые провели исследование среди 1230 женщин, 40% признали, что во время оргазма у них наступает эякуляция [14]. С некоторыми женщинами это происходило редко, тогда как другие почти всегда эякулировали во время полового акта. Как правило, это происходило незадолго до достижения ими оргазма. Более того, эякуляция наступала независимо от того, каким образом он был достигнут (во время петтинга, мастурбации или полового акта).

Приведем два примера женской эякуляции, о которых сообщает К. Ф. Штифтер [6, с. 6–8].

Случай 1 (Рената, 40 лет, замужем, имеет две взрослые дочери):

«Впервые это случилось примерно 2 года назад. Мне долго не забыть этого. Это случилось во время полового акта с моим другом. Я лежала на нем, и вдруг он почувствовал, что что-то горячее потекло по его животу. Я знаю только, что меня разозлило то, что он тянул со своей эякуляцией, т. к. хотел, чтобы мой «выброс» совпал с его. При этом я несколько присела. Было темно, и он подумал, что это менструация. Этого было необычайно много. Кровать была насквозь мокрая. Когда мы включили свет, то установили, что это было нечто иное. И не моча, скорее как вода. Не смейтесь, это пахло как после кошки, но запах не был неприятен. В глаза бросилось то, как радостно и виляя хвостом меня встречал пес, когда я возвращалась после любовных утех домой, выдавая тем самым меня перед мужем. Этот запах преследовал меня часами, хотя я вымылась.

Между тем мой друг отлично знает о том, что я скоро «дойду». Может быть, он чувствует, как все набухает. «Давай же», – требовал он от меня. Видно, что это ему нравится – видеть, как хорошо он все сделал. При половом сношении выброс

происходит, как правило, не столь сильный, как при куннилин-гусе. Это происходит даже при анальном контакте. Иногда я вспоминаю, мне было достаточно лежать рядом с ним, чтобы это произошло без его усилий.

В 90% всех случаев я эякулирую. Но все должно находиться в гармонии, и если мы спорим, этого не происходит. С мужем я никогда не эякулирую. Кроме как с моим другом, я вообще не испытывала подобного выброса. Я редко занимаюсь мастурбацией. При этом выброса не происходит, а если бывает, то небольшой. Самое большое количество наблюдается в период овуляции. Тогда у меня большой сексуальный аппетит.

Мой выброс не имеет ничего общего с оргазмом. Он, скорее, наряду с клиторальным и вагинальным оргазмом, – третий вид сексуального удовольствия. Оба первых, вызванные мастурбацией и половым сношением, мне нужны только один раз, после них я больше не хочу и не могу ничего. А когда я эякулирую без достижения оргазма, не возникает чувство насыщения. Собственно говоря, я думаю, что могла бы, если бы мой друг выдержал, вечно и практически без паузы производить выбросы. Мы не желаем больше отказывать себе в этом, иначе нам будет чего-то не хватать».

Случай 2 (Шарлота, 44 года, замужем второй раз, имеет взрослую дочь):

«Первые «мокрые» оргазмы произошли у меня после нескольких лет замужества. Тогда мне было 25 лет. У меня было чувство, как будто разрушилась дамба. С тех пор у меня это происходит примерно во время каждого второго полового сношения и почти при каждой мастурбации. Выброс через короткие промежутки всегда сопровождается оргазмом. Иногда это может повторяться подряд до 10 раз. В целом это 1/4 литра. В таких случаях матрас промокает до основания. В первый раз мой первый муж, сделав удивленные глаза, смущенно сказал, что в будущем лучше надеть водолазный костюм. Где источник жидкости, я не могу точно сказать, т. к.,

если быть более точной, это не правильная струя, скорее хаотичная и с шумом. Моча выглядит иначе. При длительном воздержании я с нетерпением жду выброса, больше чем оргазма. Когда выброса долго не бывает, я чувствую, что становлюсь истеричной и грубой. Со временем «нормальные» оргазмы, как таковые, не могли меня удовлетворить. Впрочем, нельзя предсказать или повлиять на то, чтобы оргазм был сухим или фонтанообразным. Я не думаю, чтобы жидкость где-то скапливалась, т. к. после длительного сексуального воздержания, когда происходит выброс, количество жидкости невелико».

Интенсивность выброса может быть чрезвычайно велика. Об этом свидетельствует нижеприведенное наблюдение индийского гинеколога доктора Верекара [6, с. 10–11].

«С первым случаем женской эякуляции я столкнулся в 1976 г. Это произошло в Готи, маленькой деревушке в районе Назика. Тамшний доктор позвонил мне, чтобы попросить быть ассистентом на приеме женщины, у которой на 15 дней задерживалась менструация. В то время он был привлекательным 30-летним мужчиной спортивного телосложения. Женщина была женой бедного крестьянина. Перед процедурой ее попросили помочиться. Здесь я должен отметить, что моча женщин этого народа дурно пахнет, т. к. она очень густая. Это связано с их питанием, а также с тем, что они очень мало пьют. Она устроилась на гинекологическом кресле, опустили лампу, и коллега начал протирать ее вульву тампоном, смоченным в антисептическом растворе. Неожиданно пациентка возбудилась. Чистота, белые подстилки, присутствие двух молодых врачей, которые смотрят на ее гениталии, манипулируют ее губами и проникают глубже, всего этого было более чем достаточно для нее: когда ей ввели в вагину зеркало (расширитель), она затрепетала, сегодня я это обозначаю как оргазм. Из мочеиспускательного канала произошел выброс сильной струи, которая попала на лампочку и та взорвалась. Большая часть этой жидкости находилась на рубаш-

ке у коллеги. Он обругал женщину, т. к. думал, что она ранее не помочилась. А та клялась, что полностью опорожнилась перед осмотром.

Мне запомнились в этой истории две вещи. Во-первых, рубашка коллеги не была окрашена в желтый цвет, во-вторых, что особенно бросалось в глаза, жидкость была без запаха. Если бы это была моча, то во всей амбулатории пахло бы, как из открытого писсуара».

Хотя о существовании женской эякуляции знали давно, однако новый всплеск интереса к данному феномену связывают с именем Эрнста Графенберга. До настоящего времени нет единого мнения о возможности существования данного феномена, который является предметом споров. С одной стороны, заявления тех, кто считает, что любая жидкость, испускаемая в течение оргазма, ничто иное, как следствие недержания мочи (Kinsey, 1953; Masters, Johnson, 1988; Bohlen, 1982; Kaplan, 1983; Golberg et al. 1983; Alzate, 1985; и др.). С другой, мнение авторов, пытающихся доказать, что женщины испускают некую жидкость, которая отличается от вагинального лубриката, продуцируемого при сексуальном возбуждении (Grafenberg, 1950; Sevely, Bennet; 1978; Belzer et al., 1981; Perry, Whipple, 1981; Addiego et al., 1981; Sensabaugh, Kahane, 1982; Belzer et al., 1984; Zaviavic et al., 1984; Stifter, 1987; и др.) [по 12].

В настоящее время существует четыре точки зрения относительно состава жидкости, выбрасываемой перед самым оргазмом или во время него, и места ее продукции:

1. Эта жидкость – моча, а ее выброс является следствием ее недержания;
2. Эта жидкость – вагинальный лубрикат, продуцируемый при сексуальном возбуждении;
3. Эта жидкость – отдельный субстрат, вырабатываемый женской простатой;

4. Эта жидкость продуцируется не только женской простатой и представляет собой смесь секретов, вырабатываемых различными железами.

Рассмотрим правомочность каждой из представленных точек зрения.

Первая точка зрения. Эмпирические данные и специальные исследования не подтверждают ее. Наблюдения свидетельствуют о том, что эта жидкость совершенно не похожа на мочу по цвету, запаху и консистенции. Ее характеризуют чаще всего как бесцветную, которая может быть и белесой, более плотную по сравнению с мочой, не имеющую запаха и вкуса [1]. Сообщается, что запах и вкус этой жидкости изменяются 4 раза в месяц (сначала вкус острый, потом кисловато-терпкий, затем очень сладкий – примерно 3 дня перед месячными) [3]. Противоречит обсуждаемой точке зрения и сообщение Эдвина Бельцера из университета г. Далхузи (округ Галифакс, Канада), чья пациентка (замужняя 40-летняя женщина, имеющая двух дочерей) рассказала, что, начиная с 35-летнего возраста, она регулярно эякулирует. Ее семейный врач считал это следствием недержания мочи, но она не была в этом уверена, так как ее собственная проверка этой жидкости на вкус и запах свидетельствовала о другом. Поэтому она решила провести следующий эксперимент, суть которого заключалась в приеме таблеток, которые окрашивают мочу в синий цвет. После того, как в течение нескольких оргазмов у нее имели место выделения, она осмотрела пятна, которые появились на простыне. Оказалось, что некоторые из них были совершенно бесцветными, в то время как другие имели очень слабый синий оттенок. Для сравнения она нанесла несколько капель мочи на простыню, и полученные пятна оказались темно-синего цвета. На основании этого эксперимента пациентка пришла к выводу, что жидкость, которую она извергает во время оргазма, не может быть мочой [9].

Карл Ф. Штіфтер [7] сообщает, что на конференции Американской ассоциации специалистов по половому воспитанию, консультантов и врачей–сексологов в Вашингтоне Эдвин Бельцер использовал этот и подобные факты для своего доклада под названием «Женская эякуляция: миф или реальность?». В аудитории, которая единодушно отнеслась к докладу с насмешкой и недоверием, находился и Мартин Вайсберг – профессор гинекологии и психиатрии из Филадельфии, который назвал изложенные в докладе Бельцера данные ерундой [46]

Затем Вайсберг и несколько его коллег встретились с женщиной, о которой речь шла в докладе, чтобы проверить истинность ее заявлений и лично осмотреть ее: «Вульва и влагалище были в норме и без патологических изменений или каких-либо пятен. Уретра была в норме. Все было нормально. Затем ее партнер начал возбуждать ее, вставив два пальца во влагалище и поглаживая ими стенку вдоль уретры... Через несколько секунд пациентка... напряглась, как при дефекации, а еще через несколько секунд из уретры струей изверглись несколько кубических сантиметров жидкости молочно-белого цвета. Это была явно не моча». Профессор признался: «Я был очень этим озадачен. Я стал консультироваться с несколькими анатомами, и все они решили, что я спятил... А ведь пройдет еще несколько лет, и преподаватели в мединститутах начнут шутить над тем, что только в 1980 году медицинское сообщество, наконец, признало факт женской эякуляции» [46, p. 90].

Свидетелями вышеописанной процедуры были трое коллег Вайсберга: терапевт Франк Аддиго, психиатр Джон Перри и женщина-сексолог Беверли Виппл. Они были настолько впечатлены увиденным, что немедленно создали совместно с Бельцером исследовательскую группу. Вскоре эта группа подготовила документальный фильм, где был запечатлен процесс эякуляции женщины, и в 1981 г. опубликовала результаты первых химических исследований женского

эякулята, выделенного из уретры. Отличия в химическом составе эякулята и мочи подтвердили вывод, ранее установленный находчивой канадской женщиной путем окрашивания мочи в синий цвет, согласно которому женская эякуляция не имеет ничего общего с произвольным мочеиспусканием, и поэтому ее нельзя путать с недержанием мочи [7].

Вместе с тем следует отметить, что в ряде случаев выбрасываемая во время оргазма жидкость может быть и мочой. Колумбийский сексолог Алзейт в 1985 г. исследовал женщину, из мочеиспускательного канала которой жидкость выбрасывалась при стимуляции как клитора, так и влагалища. Анализ пробы показал, что жидкость объемом примерно 2 мл не только выглядела как моча, но и не отличалось от нее значительно по химическому составу. Обследование одной из испытуемых, которое провели Уви, Хоч и др. в 1986 г. в Израиле, также не выявило значительных различий между мочой и жидкостью, выбрасываемой ею во время оргазма. Состав собранной жидкости также значительно отличался от мужской спермы по 6 параметрам [по 6].

В связи с этим следует привести данные следующего исследования. R. Cartwright et al. [13] рекрутировали шесть женщин, которые считали, что у них возникает эякуляция, и шесть женщин, составивших контрольную группу. Обследуемые заполнили 3-дневный дневник, характеризующий деятельность мочевого пузыря, и приняли участие в двух анкетных опросах, характеризующих его функционирование (the Urgency Perception Scale [UPS] и the Incontinence Impact Questionnaire [IIQ]). Каждая женщина подверглась коротким провокационным амбулаторным уродинамическим воздействиям, модифицированной форме уродинамических воздействий, высокочувствительной к гиперактивности детрузора. В результате проведенных исследований было выявлено, что ни у одной из женщин в двух сравниваемых группах не было выявлено гиперактивности детрузора. Анализ дневников и

данных анкетных опросов не выявил каких-либо отклонений от нормы у всех обследованных женщин. Авторы пришли к выводу, что эякулирующие женщины, которых они обследовали, имели нормальные образцы экскрементов, у них отсутствовали симптомы недержания мочи и гиперактивность детрузора.

Вторая точка зрения (эта жидкость – вагинальный смазочный секрет, продуцируемый при сексуальном возбуждении) также не выдерживает критики, так как известно, что слизистая оболочка влагалища начинает вырабатывать данную жидкость сразу после появления сексуального возбуждения, а не в конце полового акта. Она служит для смазки влагалища и вульвы. Смазочный секрет прежде всего выделяется слизистой оболочкой влагалища и двумя бартолиновыми железами размером с горошину, которые расположены по обе стороны вульвы. При этом вестибулярные железы, расположенные вокруг уретрального отверстия, никакого вклада в смазку влагалища практически не вносят, из-за своего микроскопического размера [7].

Третья точка зрения (эта жидкость – отдельный субстрат) обосновывается различными исследованиями, которые свидетельствуют об особом составе жидкости, выбрасываемой перед или во время оргазма, которая по своим свойствам напоминает состав секрета предстательной железы. Так, исследования, которые были проведены Santamaria F. Cabello [12], выявили следующее. Автор обследовала 24 женщины в возрасте между 24 и 48 годами. Из них шесть сдали на анализ «эякулят» и мочу, а остальные только мочу. Было проведено иммунологическое исследование, направленное на обнаружение простатического специфического антигена (prostate specific antigen; PSA) как в «эякуляте», так и в моче, получение которой не было связано с оргазмом («предоргазменная» моча), а также в моче, полученной непосредственно после оргазма («посторгазменная» моча). Полученные данные были сопоставлены. Оргазм достигался ручным самовозбуждением

без какого-либо контакта с мужскими гениталиями. Предварительно гениталии мыли. При этом после последних сексуальных отношений должно было пройти минимум два дня. Важность выбора PSA как важного параметра была обусловлена тем, что его находят только в простатической ткани. Как известно, PSA представляет собой гликопротеин с молекулярным весом от 33.000 до 34.000 дальтонов (дальтон – внесистемная атомная единица массы), в молекуле которого содержится 7% углеводов. Его обнаруживают у мужчин в эпителиальных ячейках простатических протоков и простатическом секрете. У женщин PSA отсутствует как в моче, так и в сыворотке.

В результате данных исследований были получены следующие результаты. Среднее значение PSA в посторгазменной моче было 0,09 нг/мл, в то время как теоретически этот антиген у них должен отсутствовать. PSA был обнаружен у всех шести женщин, которые сдали «эякулят». Среднее его значение в нем было 6,06 нг/мл, при этом у одной из женщин значение PSA составило 32 нг/мл, что, как считает автор, могло быть обусловлено какой-то онкологической патологией или, возможно, загрязнением образца мужской спермой (анализ был повторен пять раз, чтобы подтвердить его результаты). Такое большое значение PSA в одном образце привело к большому среднему его значению для всех шести женщин, которые сдали «эякулят». После исключения этого образца среднее значение PSA для 5 оставшихся образцов «эякулята» составило 0,82 нг/мл.

В 75% посторгазменных образцов мочи обнаружили PSA. В посторгазменной моче подгруппы женщин, которые «эякулировали», уровни PSA были выше (среднее значение = 0,31 нг/мл после исключения вышеупомянутого образца с очень высоким значением PSA), чем в остальной части образцов посторгазменной мочи. При этом у тех женщин, которые «эякулировали», и тех, у которых не отмечалось выброса

жидкости перед или во время оргазма, PSA в предоргазменной моче не определялся.

Тот факт, что по крайней мере у большинства женщин (75% данного образца) в посторгазменной моче обнаруживается некоторое количество PSA, который может поступить только из уретральных и парауретральных желез (женская простата), по мнению автора, свидетельствует о том, что наличие или отсутствие выброса связано с количеством выделяемой жидкости и направлением ее извержения. При малом ее количестве и ретроградном направлении ее движения (к мочевому пузырю) этого выброса во вне может и не быть. Однако в любом случае эта жидкость обнаруживается в посторгазменной моче. Совершенно естественно, что женщины, которые чувствуют «эякуляцию» (у них выделяется большое количество эякулята), имеют более высокие уровни PSA в посторгазменной моче, чем те, которые ее не чувствуют.

Большой объем «эякулята», который наблюдается в ряде случаев, Santamaria F. Cabello [12] считает возможным объяснить наличием кисты протока Скина (N. H. Lee, S.Y. Kim обнаружили ее у 7 из 14500 новорожденных [30]) или уретральными дивертикулами. Также отмечается, что когда женщины достигают оргазма после длительного периода сексуального воздержания, извергаемое количество жидкости огромно, и оно уменьшается с каждым оргазмом вплоть до исчезновения. Автором обсуждается вопрос о возможном переименовании термина «женская эякуляция», так как он вызывает возражение со стороны некоторых феминисток, утверждающих, что его использование приводит к уподоблению женщин мужчинам. Отмечается, что в дальнейшем следует провести исследования с вовлечением большего числа женщин, используя иммунорадиометрический метод, который более точен, чем использовавшийся иммуноферментный анализ на микрочастицах.

Согласно представленной точке зрения, выброс жидкости во время оргазма связывают с функционированием так назы-

ваемой женской простаты (female prostate), которая представляет собой парауретральные железы (железы Скина) с их протоками, окружающими женскую уретру. Термин «женская простата» принадлежит Герофилу, который выявил это железистое образование в III столетии до нашей эры. О существовании данной железы знали все великие врачи средневековья [2]. Вместе с тем в литературе применительно к более позднему времени отмечается [36], что первое сообщение о «женской простате» появилось в 1672 г., когда Рейнье де Граф (Reinier de Graaf) использовал этот термин, чтобы описать набор желез, расположенных вокруг уретры, который, согласно его представлениям, имел значительное сходство с мужской простатой [15]. Спустя два столетия Александр Скин (Alexander Skene) описал женскую простату как орган, сформированный двумя парауретральными трубочками, которые открываются в отверстия с обеих сторон уретры и имеют ограниченную секреторную функцию [42]. С тех пор этот комплекс желез называют парауретральными железами Скина (Skene's paraurethral glands).

В течение долгого времени эта железа считалась остаточным органом, не имеющим какой-либо существенной значимости для организма женщины [55]. В 1947 г. гинекологу Дж. В. Хаффману на совещании американских гинекологов удалось представить модель этих желез. Проводя аутопсию женских половых органов, он заполнял их уретру горячим воском, что позволило ему создать трехмерные восковые модели парауретральных желез. Его исследования [23, 24] основывались на результатах вскрытий одиннадцати женщин, что позволило установить размеры, количество и виды парауретральных протоков. Как выяснилось, эти образования располагаются преимущественно около наружного или внутреннего уретрального отверстия, а не равномерно по всей длине уретры. Дж. В. Хаффман сравнивает структуру женской простаты с деревом. Уретра является его стволом, а протоки, которые выходят из него, представляют собой мешковидные

или ветвистые образования. Восковые модели Дж. В. Хаффмана также свидетельствуют, что предстательные железы женщин могут существенно отличаться по размерам, форме и расположению вокруг уретры.

Директор Института экспериментальной патологии г. Братиславы М. Завьячич (M. Zaviačič) обнаружил, что в 66% случаев аутопсии женских половых органов упомянутые железы были главным образом расположены вокруг внешнего отверстия уретры (M. Zaviačič, R. J. Ablin, 2002). В 1985 г. в своей диссертации он доказал, что женская простата не атрофированное образование, а скорее орган с очень сложными функциями, которые связаны как с внутренней, так и с внешней секрецией [по 7].

Хотя во многих работах женскую простату идентифицируют с парауретральными железами, секрет которых выбрасывается при оргазме, К. Штифтер отмечает, что источниками женского эякулята считаются не только парауретральные, но и периуретральные железы. Но и этим не исчерпываются его источники (см. ниже) [6].

В новое время женскую простату тесно связывают с так называемым пятном Графенберга. Статья Эрнста Графенберга, датированная 1950 г., послужила первым отчетом о наличии очень чувствительного участка (пятна) на передней стенке влагалища. Этот немецкий гинеколог родился 26 сентября 1881 года в г. Аделебсене близ Геттингена (Германия). В 1940 г. он эмигрировал в Америку, где и умер в 1957 г. В 1950 г. в международном сексологическом журнале (The International Journal of Sexology) им была опубликована статья объемом в четыре страницы о роли уретры в женском оргазме. Для развития современной сексологии опубликование этой работы имело весьма неожиданные последствия. Так как этот журнал издавался только в Бомбее, доступ к данной публикации оказался весьма ограниченным, и о ее существовании научный мир не подозревал еще тридцать лет. С оригиналом статьи ознакомились лишь немногие. Это привело к

фатальному недоразумению, которое заключается в следующем. Графенберг писал: *«Эротическую зону всегда можно было обнаружить на передней стенке влагалища вдоль уретры... Женщины, тестируемые таким способом, всегда определяли момент, когда палец соскальзывал с уретры, по снижению своего полового возбуждения. Во время оргазма эта область выпячивалась навстречу пальцу подобно маленькой грыже мочевого пузыря, высовывающейся во влагалищный канал»* [22]

Следовательно, Графенберг описывает как высокоэрогенную зону весь участок передней стенки влагалища, вдоль которого расположена уретра длиной 3 см. Далее он сообщает: *«Особо возбудимая часть находится в области задней уретры, где последняя выходит из шейки мочевого пузыря»*. Именно эту часть влагалища Джон Перри и Беверли Виппл впоследствии в честь автора назвали точкой Графенберга. Они издали книгу, которая стала международным бестселлером. Ключевой частью ее названия была G-точка [29].

Хотя такая формулировка была продиктована добрыми намерениями, она оказалась ошибочной, так как сузила эрогенную область со всего участка стенки влагалища, граничащего с уретрой, до точки или «пятна». Поиск этого пятна, описанного как *«кнопка удовольствия размером с горошину»* или с использованием других подобных выражений, миллионами пар часто оказывался безрезультатным. Причина этого в следующем. Авторы названного труда утверждали, что G-точка расположена на расстоянии 2 дюймов (5 сантиметров) от входа во влагалище [29], однако это противоречит данным Графенберга, так как длина уретры составляет лишь примерно 4 см и располагается она от шейки мочевого пузыря до выходного отверстия. Таким образом, с точки зрения анатомии искомое *«пятно»* может быть расположено во влагалище в том же диапазоне глубины. Согласно же указаниям,

приведенным в данной книге, G-точка находится за пределами проекции предстательной железы женщин.

Необходимо помнить о том, что G-зона – это не анатомический орган в истинном смысле этого слова, а область передней стенки влагалища, за которой вдоль уретры расположена предстательная железа. При надавливании она разбухает, а при умелом поглаживании становится источником сексуального возбуждения. Следует отметить, что средний вес женской простаты взрослой женщины равен приблизительно 5 г, что составляет от одной пятой до одной четвертой веса простаты взрослого мужчины. Средние размеры женской простаты таковы: длина – 3 см, ширина – 2 см, высота – 1 см [7].

Проводились исследования, направленные на обнаружение женской простаты с помощью современных методов. Так, F. Wimpissinger et al. [49] обследовали двух предклимактерических женщин 44 и 45 лет, которые сообщили об изгнании жидкости (эякуляции) в течение оргазма. В результате была идентифицирована структура, представленная железистой тканью, окружающая женскую уретру по всей ее длине. Помимо этого, проведенные биохимические исследования показали, что жидкость, выделяемая этими женщинами в течение оргазма, обладает всеми параметрами секрета предстательной железы мужчин и по своим показателям отличается от мочи. На основании полученных данных, авторы пришли к заключению о правомочности концепции существования женской простаты и как самого органа, и как источника женской эякуляции. F. Wimpissinger et al. [50] обследовали (магнитно-резонансная томография [МРТ], уретроскопия) семь женщин в возрасте от 17 до 62 лет (средний возраст 40 лет). На МРТ парауретральные железы визуализировали у шести из них.

Высказывания о том, что у женщин есть простата, вызвало негодование феминисток, так как они посчитали это оскорблением. Демонстрацией этого может служить следующее высказывание Катарины Штайн в февральском номере немец-

кого издания журнала «Космополитен» 1984 г., которое явилось реакцией на исследования К. Ф. Штифтера: «А нужна ли она нам вообще эта простата?... Может быть, автор просто хотел помочь нам, слабым угнетаемым женщинам, у которых нет пениса – а до этого момента не было ни простаты, ни эякуляции? Чтобы нашим упрятанным внутрь гениталиям и крошечному клитору было не так страшно противостоять свирепому торчащему мужскому члену с его обильной эякуляцией... Помимо того, что эта теория накладывает на нас новое бремя ответственности, в виде бесплатного приложения к ней нам дают понять, что женщину можно считать равной мужчине только в том случае, если она тоже имеет простату и эякулирует подобно мужчине. Если мы позволим судить о себе с этой точки зрения, то это будет означать, что мы не осознали чудесных возможностей своего тела и свойственных женщинам сексуальности и чувственности, а вернулись в то далекое время, когда нас удалось убедить в том, что мы являемся всего лишь недоразвитыми, атрофированными и уменьшенными копиями мужчин..., пока мы позволяем относиться к себе свысока и оцениваться мужчинами, не имеющими ни малейшего понятия о том, в чем состоит истинное сексуальное удовлетворение женщины, пока мы не научимся любить себя и доверять себе настолько, что начнем отстаивать наши собственные сексуальные желания, – до тех пор будет расти список потерь на сексуальном фронте» (German Cosmopolitan, 1984, No. 2, S. 25 [по 7]).

К. Ф. Штифтер [7] парировал эти высказывания следующим образом. Он заявил, что вопрос о том, хотят ли люди иметь простату или нет, просто абсурден, так как медицинские факты нельзя подчинить чьим-либо пожеланиям.

С 1950-х гг. обсуждались данные новых исследований о роли этой железы [36] (главным образом биологической) для женского организма [23, 24, 33, 45, 47, 53, 55, 56, 57, 58, 59]. Отмечается [36], что одной из главных работ о структурном и функциональном аспектах женской простаты, так же как и ее

сексологическом значении, является исследование, осуществленное Zaviacis и его коллегами, которое нашло отражение в его книге [52]. Этот орган они характеризуют как набор многочисленных парауретральных желез и трубочек, которые вставлены в фибромускулярную основу (строму) [56].

Сообщается [36], что до сих пор биологическая роль простаты для женского организма не была ясна. Биохимические исследования продемонстрировали, что простатическая жидкость, выделяемая во время женской эякуляции, имеет такой же химический состав, как и мужская простатическая жидкость. Она содержит PSA, PSAP (Prostate Specific Acid Phosphatase), цинк и фруктозу [52, 53]. Считается, что фруктоза – главный источник энергии для сперматозоидов, а женская простатическая жидкость также вносит вклад в успех оплодотворения. Недавние исследования обнаружили PSA не только в моче, но и в сыворотке крови женщин [38, 54]. Согласно этим работам, простата главный производитель PSA у женщин, хотя в организме есть и другие ее источники [16, 21, 27, 37, 51].

Отмечается [36], что другое направление исследований возможных функций женской простаты – ее важность в повышении сексуальной чувствительности (sexual sensitization) женщин [53]. В некоторых сообщениях женскую простату, о чем сообщалось нами ранее, связывали с пятном Графенберга, подчеркивая целесообразность стимулировать его с целью возникновения эякуляции у женщин [40]. Тем не менее Alicia M. Prater [35] отмечает, что в соответствии с мнением некоторых исследователей только 10% женщин имеют простатическую ткань в зоне Графенберга. Помимо этого, у некоторых женщин эти железы вообще не были обнаружены, что, вероятно, было обусловлено их малой величиной, а не отсутствием. Таким образом, размер и местоположение простаты у женщин могут различаться.

Интересно сообщение американского антрополога Фила Килбрайда, которое свидетельствует о том, какое значение

придавалось женской эякуляции, способность к которой расценивалась как индикатор зрелости женщины. Он информировал, что в африканском племени торо (или баторо), проживающем на южном берегу озера Альберт в Уганде, существует традиция, известная под названием «*качапати*» (*kachapati*), что в переводе означает «орошать стену». Она состоит в своеобразном испытании женщины на ее пригодность к браку. В этом племени женщинам не позволяют выходить замуж, пока они не научатся эякулировать [по 7].

В дополнение к упомянутым выше биологическому и поведенческому значениям женской простаты, интерес к ней обусловлен и тем, что в этой железе могут развиваться патологические изменения, связанные со старением. Так, сообщается о злокачественных новообразованиях уретры, источником которых является женская простата [8, 18, 19, 25, 26, 32, 41, 43]. Помимо этого, существует доказательство, что у женщин, так же как и у мужчин, может развиваться простатит и доброкачественная гиперплазия простаты [52].

Как известно, острый цистит – самое распространенное инфекционное воспалительное заболевание женской мочевой системы, к которому, в частности, может приводить воспаление простаты. Более того, воспалительный процесс с простаты может распространиться на всю мочевыделительную систему, что приводит к уретропростатоциститу [52].

Четвертая точка зрения (жидкость, выбрасываемая во время оргазма, продуцируется не только женской простатой, а представляет собой смесь секретов, вырабатываемых различными железами) базируется на том основании, что ее количество может быть достаточно велико, и она не может быть продуктом только парауретральных желез (женской простаты).

В связи с этим следует привести данные о количестве спермы, которое выбрасывается мужчинами при эякуляции, и той части, которую занимает в ней секрет предстательной железы. Карл Ф. Штіфтер [7] в связи с этим, ссылаясь на

литературные данные, отмечает, что количество секрета в целом зависит от величины желез и их аккумулярующей способности [10]. Объем 95% мужских эякулятов варьирует от 0,2 до 6,6 мл. До сих пор его известная максимальная величина составляет 13 мл [31]. Источником 13–33% общего объема эякулята является простата, 46–80% – семенные пузырьки, 10% – придатки яичка. Объем женской простаты, как отмечалось нами ранее, составляет от одной пятой до одной четвертой веса простаты взрослого мужчины. Путем простых вычислений можно установить, что в жидкости женщин, которая выбрасывается во время одного оргазма, максимально могло бы содержаться 1,07 мл секрета предстательной железы. Если оргастических разрядок много, то совершенно естественно, что при каждом последующем оргазме объем выбрасываемой жидкости будет меньше. Даже если представить, что было 10 таких выбросов при неумещающемся их объеме, то суммарный объем этой жидкости составил бы 10,7 мл. Как же можно объяснить тот факт, что некоторые авторы указывают на 50, 100 мл, а другие называют объем женского эякулята до 500 мл или даже более 1л?

В связи с этим следует привести высказывание J. G. Bohlen [10, P. 361], который считает неправдоподобным тот факт, что количество женского эякулята, выделенного простатой, может превышать 5 мл. Интересно и мнение по этому поводу Джона Перри (J. D. Perry), согласно последним исследованиям которого количество жидкости, выбрасываемой во время оргазма у женщин, в большинстве случаев не превосходит количество мужского семени, выбрасываемого при эякуляции. Следовательно, считает автор, все остальное сверх этого количества является мочой [5]. S. Kratochvíl [28] в связи с этим отмечает, что анализ жидкости, выбрасываемой во время оргазма у женщин, показал, что она представляет собой мочу, секрет желез Скина (Skene's glands) или смесь того и другого.

Карл Ф. Штифтер [6] отмечает, что указанные в древних текстах объемы изливающейся женской генитальной жидко-

сти многократно превышают ее объемы, приводимые в современных работах. Однако его опыт свидетельствует о том, что даже при больших объемах женского эякулята он не содержит мочи, что подтверждается и при лабораторных исследованиях. Он также заявляет, что выделение генитальной жидкости, которая не имеет ничего общего с мочой, возможно в количествах, которые упоминаются в старых источниках. Совместно с Ханс-Джерг Кляйн из венской медицинской лаборатории, в 1983 г. автором была осуществлена серия экспериментов, в ходе которых проводился анализ данных, полученных у 20 мужчин и 20 женщин (Stifter, 1987). Он сообщает следующее:

«Среди тестируемых субъектов было пять женщин, которые, согласно их утверждениям, часто эякулировали при занятиях сексом. Им была дана инструкция воздерживаться от какой-либо сексуальной активности в течение по крайней мере 48 часов до испытаний (согласно рекомендациям Schumann et al., 1976 г.). Непосредственно перед мастурбацией, которой они занимались у себя дома, женщины опорожнили мочевые пузыри, а мочу перелили в мензурки. При этом три женщины стимулировали только клитор, а двум другим для эякуляции потребовалась также вагинальная стимуляция. Возраст тестируемых женщин составлял от 31 до 39 лет, четверо из них имели детей. Так как в большинстве случаев имело место извержение жидкости, часть этой жидкости отбиралась в пробирку при помощи стерильной трубки. Только в одном случае потребовалось сначала подождать, пока жидкость стечет на пластиковую пленку, а затем с помощью пипетки собрать ее в стеклянный сосуд. Во всех случаях жидкая половая секреция была полупрозрачной и имела молочно-белый цвет. Результаты анализа оказались недвусмысленными. Секрет, выделенный из уретры, существенно отличался по своим параметрам от мочи соответствующих субъектов, а также от среднепараметрических показателей всех 20

мужчин и 20 женщин, участвовавших в эксперименте. Для уточнения этих результатов мы решили определить и дополнительные параметры. После проведения вышеописанных предварительных испытаний мы взяли образцы эякулята у двух женщин, утверждавших, что объем выделяемой ими жидкости иногда достигает четверти литра, и подвергли эти образцы еще более 60 видам химического анализа. На основании нашей интерпретации наиболее значимых результатов мы пришли к заключению, что выделяемая при оргазме жидкость однозначно состоит из железистых секретов (Stifter, 1988 г.)» [7, с. 149–150].

По мнению Карла Ф. Штифтера [6], женскую простату не следует рассматривать как единственный источник женского эякулята, так как трудно представить, что она способна продуцировать такое количество жидкости, особенно если учесть ее размеры в соответствии с моделью Хаффмана. Поэтому, считает автор, было бы важно раз и навсегда выяснить роль матки, желез слизистой преддверия и вагинального трансудата, а также понять механизмы выброса.

В связи с этим следует упомянуть исследования японского профессора Ацуши Ошикане [по 7], который исследовал феномен женской эякуляции еще во времена Графенберга в 1950-е гг. Он разработал приспособление, которое можно было наложить на шейку матки подобно присоске. Ошикане предполагал, что источником эякуляции являются железы, расположенные вокруг шейки [34]. Такого же мнения придерживался американский акушер-гинеколог R. L. Dickinson (Роберт Латоу Дикенсон) [17]. Однако при исследованиях, проведенных К. Ф. Штифтером совместно с гинекологом Хайнцем в условиях, схожих с таковыми при исследованиях А. Ошикане, не удалось повторить полученных им результатов: даже после осуществления нескольких серий испытаний каких-либо выделений из шейки матки отмечено не было [44].

Интересно мнение о роли женского эякулята для здоровья мужчин, которое излагается в древних текстах, где женский

эякулят известен под названием «амрита» или божественный нектар. В Древней Индии мужчины, возвращавшиеся после битвы, направлялись в храмы, чтобы исцелиться от душевных ран с помощью высших жриц любви, – священных проституток дакини, которые практиковали лечение амритой. Древние даосские мудрецы различали три типа вод или жидкостей, связанных с женским оргазмом. «Первая вода» – смазка, которая выделяется при сексуальном возбуждении. Жидкость, выделяемую при обычном оргазме, они называли «второй водой», а жидкость, которая выделяется при эякуляции, – «третьей водой». Все три жидкости содержат энергию шакти, которую можно обрести, занимаясь любовью. Физическое усвоение шакти происходит благодаря естественной поглощающей способности головки лингама (полового члена), введенной в йони (влагалище), независимо от того имеет ли место эрекция [4].

Как сообщает К. Ф. Штіфтер [7], до предшествующего столетия для китайцев и японцев было довольно общепринятым глотать женские секреторные выделения из половых органов в качестве стимулятора половой сферы или как омолаживающего тонизирующего средства.

Интересно мнение о влиянии эякуляции женщин на состояние их здоровья. В какой-то период времени считалось, что оргастическое извержение «секрета сладострастия» является одним из основных видов лечения истерии и других болезней. С этой целью стимуляцию проводили врачи и акушерки. В некоторых случаях женщины мастурбировали. Постепенно все большее распространение получила теория, согласно которой застоявшаяся семенная жидкость со временем претерпевает патологические изменения, что описывалось такими терминами как «порча», «гниение». В связи с этим также говорили и об отравлении, ядовитых испарениях или ядовитых газах [20].

Еще в древности существовало убеждение, что отравленная жидкость обязательно смешается со всеми другими

телесными жидкостями, а если исходить из версии о накоплении вредных газов, то вполне естественно, что их распространение по всему телу казалось еще более вероятным. Для того чтобы жидкость не накапливалась, использовались вышеперечисленные меры. Помимо терапевтической процедуры эякуляции, с целью предотвратить болезнетворное влияние накапливающейся и претерпевающей патологическое перерождение жидкости давались диетические рекомендации по уменьшению выработки жидкости, извергаемой во время оргазма. Для уменьшения продукции этой жидкости также накладывался строгий запрет на плотские мысли, которые могли возникать при разговорах с мужчинами, чтении книг и рассматривании картин на любовные темы [7].

В начале XIX столетия гипотеза, согласно которой причиной женской истерии является накопление семенной жидкости и его отрицательные последствия, начала терять своих сторонников. Привычные представления об очистительном и оздоровительном эффекте полового акта сменились на противоположные. Если ранее частые половые сношения и связанная с ними женская эякуляция считались необходимыми для поддержания здоровья, то теперь, напротив, выделение генитальных секретов начали считать чуть ли причиной болезней. Это распространилось и на отношение к мастурбации. Более того, в начале XIX века утвердилось представление о том, что женская мастурбация приводит к истерической нимфомании. Чтобы защитить женщину от этого «порока», в частности, во Франции и Германии проводили клиторэктомию (хирургическую ампутацию клитора) [7].

Следует отметить, что большинство женщин, у которых происходит эякуляция, предпочитает испытывать оргазм с выделением жидкости, так как они субъективно получают от этого большее удовлетворение, чем от оргазма без эякуляции [39, 48]. Также выявлены следующие нижеперечисленные зависимости [по 6]. Так, Перри и Уипл считали подтвержденной

гипотезу, в соответствии с которой женщины, которые эякулируют, имеют более сильную мышцу Кегеля (лобково-копчиковую мышцу), чем неэякулирующие. У них также отмечаются гораздо более сильные активные сокращения мышц матки. Завьячич обнаружил, что различные способы стимуляции (клиторальный, вагинальный), которые приводят к эякуляции у женщин, по-разному влияют на содержание в женском эякуляте простатоспецифического антигена (ПСА). Если эякулят получают путем массажа уретры через переднюю стенку влагалища, то ПСА в женском эякуляте может достигать более высокого уровня – от 7,0 до 33,0 мг/мл. В 1994 г. немецкий сексолог Сабина Ниден опубликовала данные о том, что феномен женской эякуляции встречается чаще у лесбиянок (42,3%) по сравнению с гетеросексуальными женщинами (28,9%), однако это не обязательно свидетельствует о том, что лесбиянки в принципе больше эякулируют. Скорее это говорит о том, что в данных случаях это легче выявить.

Знание о женской эякуляции исключительно важно для тех женщин, у которых она имеет место. Дело в том, что сами они могут принимать ее за недержание мочи и подавлять при половом акте, что приводит к торможению оргазма. Это знание также важно для мужей и сексуальных партнеров таких женщин. Одно дело иметь дело с женщиной, которая мочится на мужчину во время полового акта, и совсем другое – совершать половой акт с женщиной, которая хорошо возбуждается и эякулирует. Следовательно, это знание необходимо для гармонизации взаимоотношений супругов/сексуальных партнеров. Также небезынтересно, что многие врачи (даже гинекологи) ничего не знают о женской эякуляции.

С момента появления сведений о женской эякуляции некоторые женщины начали считать, что если у них ее нет, то они чего-то недополучают. Поэтому они всячески стремятся ее достигнуть. Однако не следует забывать о широте диапазона нормы, а также о том, что отсутствие выброса жидкости при эякуляции не равнозначно тому, что его вообще нет, так как

этой жидкости может выделяться мало, и, кроме того, она может забрасываться в мочевой пузырь. Если у женщины наступает оргазм, то она в равной степени сексуально здорова вне зависимости от того, эякулирует она или нет.

В завершение мы хотели бы сообщить о следующем. В беседе с одной сексуально здоровой женщиной мы узнали, что у нее при половом акте наступает эякуляция. Она любезно согласилась ответить на вопросы специально составленного нами опросника.

ОПРОСНИК

Возраст – 41 г.

Семейное положение – «гражданский брак» (совместное проживание), имеет сына 15 лет от этого «гражданского мужа».

Образование – высшее.

Когда впервые возникла эякуляция, с кем и при каких обстоятельствах?

В 23 года с моим молодым человеком. На тот момент я ничего не знала о женской эякуляции, поэтому не поняла, что это было, думала, что это непроизвольное мочеиспускание.

Эякуляция наступает с каждым партнером или нет?

Нет, не с каждым.

Эякуляция наступает каждый раз при оргазме или же бывают сухие оргазмы?

Нет, не каждый раз, бывают сухие оргазмы, все зависит от моего настроения и сосредоточенности на самом процессе. Для возникновения эякуляции необходимо мое сильное желание, старание партнера и стимуляция эрогенных зон влагалища.

Большее удовлетворение наступает при оргазме с эякуляцией или без нее?

В случае возникновения эякуляции удовлетворение больше, возникает состояние легкости.

Сколько оргазмов наступает во время одного полового акта?

Может наступить один, а иногда сбиваешься со счета. Однажды досчитала до 12 и сбилась.

Эякуляция возникает перед оргазмом или во время него?

Иногда непосредственно перед оргазмом, но чаще всего во время оргазма, ближе к его концу.

Какое количество эякулята выбрасывается за 1 оргазм?

Каждый раз разное – от 1 мл до лужи (50–70 мл).

Какое количество эякулята суммарно выбрасывается при всех оргазмах?

Каждый раз по-разному.

Какой цвет эякулята?

Это зависит от дня цикла (от прозрачного до слегка желтого).

Какая консистенция эякулята?

Жидкая, слегка липкая.

Какой запах эякулята?

Без запаха, но иногда с легким запахом мочи.

Зависит ли запах эякулята от фазы менструального цикла? (описать различия).

Перед менструацией он не имеет запаха и прозрачный.

Получаете большее удовлетворение от оргазма с эякуляцией или без нее?

Конечно, с эякуляцией, при этом испытываю эмоциональный подъем.

Какие ощущения испытываете при оргазме с эякуляцией?

Ощущение освобождения от напряжения как «прыжок-полет».

Какие ощущения испытываете при оргазме без эякуляции?

«Прыжок–приземление».

Какие реакции сексуальных партнеров на эякуляцию?

Сначала они удивляются, а потом каждый раз стремятся довести меня до «фонтанирующего» оргазма.

Эта женщина пишет стихи, два из которых она посвятила наступающей у нее эякуляции.

Чьи-то следы на снегу,
а мои – на твоём полу.
Чьи-то черточки, кружочки,
я же оставляю страсти точки.
Лужица блестит, сияет,
что это – никто не знает.
Кроме нас двоих, уставших,
счастье и полет познавших!

* * *

Оставь наш мир без перемен –
там только ты и я!
Без глупых ссор и без измен,
ненужного вранья.

Ценю безоблачность небес
у нас над головой.
Наш Мир, еще он не исчез,
он нужен нам с тобой!

Постель из роз и аромат духов,
следы от страсти на полу...
Ты огради от чужаков
полеты наши наяву!

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Биатова Наталья. Все для детей // <http://www.play-baby.ru/pages3/10460.php>
2. Женская простата // <http://www.kasanova.su/index.php/orgazm/74-jenskaya-prostata-i-jenskaya-eyakulyaciya>
3. Женский оргазм. Что такое женская эякуляция // <http://ussaka.ru/somewhat/12-2008-10-18-18-00-47/286-gorgazm.html?start=5> Dpzn
4. О женской эякуляции // <http://www.utriruem.ru/relations/methods/energy08.php>
5. О женской эякуляции. По материалам работы К. Рэйли «Секреты тантры для мужчин» // <http://www.utriruem.ru/relations/methods/energy08.php>
6. Штифтер К. Третий аспект удовольствия: Тайна женской эякуляции / Пер. с нем. – М.: Профессиональная психотерапевтическая лига, 2000. – 160 с.
7. Штифтер Карл Ф. Сексологія вагінального оргазму або що потрібно знати жінці, щоб розширити діапазон своїх відчуттів / Пер. з англ. – К.: Агенція «Стандарт», 2006. – 200 с.
8. Ali S. Z., Smilari T. F., Gal D., Lovecchio J. L., Teichberg S. Primary adenoid cystic carcinoma of Skene's glands // *Gynecol Oncol.* – 1995. – 57. – P. 257–261.
9. Belzer E. G. Orgasmic Expulsion of Women: A Review and Heuristic Inquiry // *Journal of Sex Research.* – 1981. – 17 (1). – P. 1–12.
10. Bohlen J. G. Female ejaculation and urinary stress incontinence // *J. of Sex Research.* – 1982. – Vol. 18, Nr. 4. – P. 360–368.
11. Bullough B., David M., Whipple B., Dixon J., Allgeier E. R., Drury K. C. Subjective Reports of Female Orgasmic Expulsion of Fluid // *The Nurse Practitioner.* – 1984 – 9 (3) – P. 55–59.
12. Cabello Santamaria F. Female Ejaculation, Myth And Reality // <http://www.doctorg.com/pdf/FemEjacMythReality.pdf>
13. Cartwright R., Elvy S., Cardozo L. Do women with female ejaculation have detrusor overactivity? // *J Sex Med.* – 2007. – 4 (6). – P. 1655–1658.

14. Darling C. A., Davidson J. K., Conway-Welch C. Female Ejaculation: Perceived Origins, the Grafenberg Spot/Area, and Sexual Responsiveness // *Archives of Sexual Behavior*. – 1990. – 19 (1). – P. 29–47.
15. de Graaf R. *De mulierum organis generationi inservientibus. Tractatus novus demonstrans tani homines et animália caetera omnia, quac vivípara dicuntur, haud minus quam vivípara ab ovo originem ducere* [no ed.]. – Leyden, 1672. – 66 p.
16. Diamandis E. P., Yu H. Nonprostatic sources of prostate-specific antigen // *Urol Clin North Am*. – 1997. – 24. – P. 275–282.
17. Dickinson R. L. *Human Sex Anatomy*. – Huntington (NY): Krieger, 1949.
18. Dodson M. K., Club W. A., Keeney G. L., Peterson M. F., Podratz K. C. Skene's gland adenocarcinoma with increased serum level of prostate-specific antigen // *Gynecol Oncol*. – 1994. – 55. – P. 304–307.
19. Ebisuno S., Miyai M., Nagareda T. Clear cell adenocarcinoma of the female urethra showing positive staining with antibodies to prostate-specific antigen and prostatic acid phosphatase // *Urology*. – 1995. – 45. – P. 682–685.
20. Elsässer G. *Ausfall des Coitus als Krankheitsursache in der Medizin des Mittelalters*. – Berlin: Ebering, 1934.
21. Galadari I., Al-Mazroei M., Alkaabi J. Prostaticspecific antigen and idiopathic hirsutism in females // *Int J Dermatol*. – 2004. – 43. – P. 275–277.
22. Grafenberg E. The Role of Urethra in Female Orgasm // *The Int. J. of Sexology*. – 1950. – Vol. III, Nr. 3. – P. 145–148.
23. Huffman J. W. Clinical significance of the paraurethral ducts and glands // *Arch Surg*. – 1951. – 62. – P. 615–625.
24. Huffman J. W. The detailed anatomy of the paraurethral ducts in the adult human female // *Am J Obstetr Gynecol*. – 1948. – 55. – P. 86–101.
25. Islam A. H., Kato H., Hayama M., Kobayashi S., Ota H., Nishizawa O. Adenocarcinoma of female paraurethral duct showing neuroendocrine differentiation // *Urology*. – 2001. – 58 (6). – P. 1058.

26. Kato H., Kobayashi S., Islam A. M., Nishizawa O. Female paraurethral adenocarcinoma: histological and immunohistochemical study // *Int J Urol.* – 2005. – 12. – P. 117–119.
27. Kocak M. Serum levels of prostate-specific antigen and androgens after nasal administration of gonadotropin releasing hormone-agonist in hirsute women // *Gynecol Endocrinol.* – 2004. – 18. – 179–185.
28. Kratochvíl S. [Orgasmic expulsions in women] [Article in Czech] // *Cesk Psychiatr.* – 1994. – 90 (2). – P. 71–77.
29. Ladas A. K., Whipple B., Perry J. D. *The G-Spot and Other Recent Discoveries about Human Sexuality.* – New York: Henry Holt & Company, 1982.
30. Lee N. H., Kim S. Y. Skene's duct cysts in female newborns // *J. Pediatr Surg.* – 1992. – 27 (1). – P. 15–17.
31. Macleod J. Semen quality in one thousand men of known fertility and in eight hundred cases of infertile marriage // *Fertility and Sterility.* – 1950. – 2. – P. 115–138.
32. McCluggage W. G., Ganesan R., Hirschowitz L., Miller K., Rollason T. P. Ectopic prostatic tissue in the uterine cervix and vagina: report of a series with a detailed immunohistochemical analysis // *Am J Surg Pathol.* – 2006. – 30. – P. 209–215.
33. McCrea L. E. Malignancy of the female urethra // *Urol Surv.* – 1952. – 2. – P. 85–149.
34. Oshikane A. *Ishi no seikagaku.* – Tokio: Gakkenshoin, 1977.
35. Prater Alicia M. Structure and function of the female prostate // <http://www.helium.com/items/1937989-skenes-gland-female-prostate>
36. Santos F. C. A., Taboga S. R. Female prostate: a review about the biological repercussions of this gland in humans and rodents // *Anim. Reprod.* – 2006. – Vol. 3, No.1. – P. 3–18.
37. Sauter E. R., Klein G., Wagner-Mann C., Diamandis E. P. Prostate-specific antigen expression in nipple aspirate fluid is associated with advanced breast cancer // *Cancer Detect Prev.* – 2004. – 28. – P. 27–31.

38. Schmidt S., Franke M., Lehmann J., Loch T., Stöckle M., Weichert-Jacobsen K. Prostate-specific antigen in female urine: a prospective study involving 217 women // *Urology*. – 2001. – 57. – P. 717–720.
39. Schubach G. The G-“Crest” and Female Ejaculation. 1997 // <http://doctorg.com/3historical.htm>
40. Schubach G. The G-spot is the female prostate // *Am J Obstet Gynecol*. – 2002. – 186. – P. 850.
41. Sharifi-Aghdas F., Ghaderian N. Female paraurethral cysts: experience of 25 cases // *BJU Int*. – 2004. – 93. – P. 353–356.
42. Skene A. J. C. The anatomy and pathology of two important glands of the female urethra // *Am J Obstetr Diss Women Child*. – 1880. – 13. – P. 265–270.
43. Sloboda J., Zaviacic M., Jakubovský J., Hammar E., Johnsen J. Metastasizing adenocarcinoma of the female prostate (Skene’s paraurethral glands). Histological and immunohistochemical prostate markers studies and first ultrastructural observation // *Pathol Res Pract*. – 1998. – 194. – P. 129–136.
44. Stifter Karl F., Kittl Heinz. Female Ejaculation. New Aspects and Results. Paper presented at the 2nd Congresso Nacional de Sexologia Portuguesa, November 26–28, 1987, Coimbra; Resumos 2.
45. Tepper S. L., Jagirdar J., Heath D., Geller S. A. Homology between the female paraurethral (Skenes’s) glands and the prostate // *Arch Pathol Lab Med*. – 1984. – 108 (5). – P. 423–425.
46. Weisberg M. A Note on Female Ejaculation // *Journal of Sex Research*. – 1981. – 17 (1). – P. 90–91.
47. Wernet N., Albrecht M., Sesterhenn I., Goebbels R., Bonkhoff H., Seitz G., Inniger R., Remberger K. The «female prostate»: localion, morphology, immunohistochemical characteristics and significance // *Eur Urol*. – 1992. – 22. – P. 64–69.
48. Whipple B. G-spot and Female Pleasure // *Human sexuality: An encyclopedia*. Bullough V. I., Bullough B. (eds.). – New York: Garland Publishing Inc., 1994.

49. Wimpissinger F., Stifter K., Grin W., Stackl W. The female prostate revisited: perineal ultrasound and biochemical studies of female ejaculate // *J Sex Med.* – 2007. – 4 (5). – P. 1388–1393.
50. Wimpissinger F., Tscherney R., Stackl W. Magnetic resonance imaging of female prostate pathology // *J Sex Med.* – 2009. – 6 (6). – P. 1704–1711.
51. Yu H., Berkel H. Prostate-specific antigen (PSA) in women // *J La State Med Soc.* – 1999. – 151 (14). – P. 209–213.
52. Zaviacic M. The female prostate: from vestigial Skene's paraurethral glands and ducts to woman's functional prostate. – Bratislava: Slovak Academic Press, 1999. – 171 p.
53. Zaviacic M. Update on the female prostate and the phenomenon of female ejaculation // *J Sex Res.* – 1993. – 30. – P. 148–151.
54. Zaviacic M., Ablin R. J. The female prostate and prostate-specific antigen. Immunohistochemical localization, implications of this prostate marker in women and reasons for using the term «prostate» in human female // *Histol Histopathol.* – 2000. – 15. – P. 131–142.
55. Zaviacic M., Danihel L., Ružicková M., Blažeková J., Itoh Y., Okutani R., Kaway T. Immunohistochemical localization of human protein 1 in the female prostate (Skene's Gland) and the male prostate // *Histochem J.* – 1997. – 29. – P. 219–227.
56. Zaviacic M., Jakubovská V., Belošovic J., Breza J. Ultrastructure of the normal adult human female prostate gland (Skene's gland) // *Anat Embriol (Berl).* – 2000. – 201. – P. 51–61.
57. Zaviacic M., Ružicková M., Blažeková J., Zaviacic T., Itoh Y., Okutani R., Kawai T. Immunohistochemical distribution of rabbit polyclonal antiurinary protein 1 antibody in the female (Skene's gland) and male prostate: new marker for neuroendocrine cells? // *Acta Histochem.* – 1997. – 99. – P. 267–275.
58. Zaviacic M., Sidlo J., Borovský M. Prostate specific antigen and prostate specific acid phosphatase in adenocarcinoma of Skene's paraurethral glands and ducts // *Virchows Archiv A Pathol Anat.* – 1993. – 423. – P. 503–505.

59. Zaviacic M., Zajícková M., Blazeková J., Donárová L., Svetoslav S., Miroslav M., Zaviacic T., Holomán K., Breza J. Weight, size, macroanatomy, and histology of the normal prostate in the adult human female: a minireview // J Histotechnol. – 2000. – 23. – P. 61–69.

ГЛАВА 4

ФОРМИРОВАНИЕ РАССТРОЙСТВ ЭЯКУЛЯЦИИ; ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ, ЗАБОЛЕВАНИЯ И СИНДРОМЫ, СОПРОВОЖДАЮЩИЕСЯ ЭТИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

4.1. Общие положения

В настоящее время исследователи отказались от точки зрения, что преждевременная эякуляция обуславливается влиянием сугубо психологических факторов, т. е. имеет только психогенное происхождение. Так, в настоящее время известно, что РЕ может быть и психогенной, и биогенной, и смешанной (когда в ее генезе участвуют факторы как психогенной, так и биогенной модальности). Помимо этого, следует отметить, что преждевременная эякуляция может быть врожденной или приобретенной, вызванной партнерским фактором и неселективной, сочетаться и не сочетаться с другими сексуальными дисфункциями.

Высказывается мнение, что хотя и биологические и психологические факторы, вероятно, играют роль в большинстве случаев преждевременной эякуляции, эксперты полагают, что биологическая основа более вероятна, если речь идет о проблеме, существующей с начала половой жизни (первичная преждевременная эякуляция) [74].

В одной работе авторы выявили определяющие тенденции и фокус исследований РЕ за последние 25 лет. С этой целью был проведен анализ публикаций, представленных в двух главных базах данных (PsychINFO и MEDLINE) за период с 1979 г. по 2006 г. Чтобы идентифицировать все публикации, связанные с РЕ, использовали несколько ключевых слов. Данный анализ выявил, что в MEDLINE за прошлое десятилетие число публикаций о РЕ увеличилось, чего не было отмечено в PsychINFO. Хотя число публикаций о РЕ увеличилось только в MEDLINE, 25-летняя тенденция показала снижение в

пропорции психологических поведенческих статей в обеих базах данных и увеличение статей биологической и фармакологической ориентации. На основании полученных результатов авторы, в частности, выражают беспокойство, что исследователи пропускают возможность изучать важные биоповеденческие взаимодействия, лежащие в основе эякуляторного ответа и РЕ [81].

Отмечается, что запуск процесса эякуляции обеспечивается сложной многоуровневой системой нервной регуляции, которая включает в себя, как минимум, четыре уровня: рецепторные зоны, спинальные центры, гипоталамо-лимбико-ретикулярную систему, кору головного мозга. На любом из уровней нервной регуляции эякуляции возможны как органические, так и функциональные нарушения. Нервная система функционирует как единое целое, и поэтому нарушение хотя бы в одном из уровней регуляции всегда вызывает определенные изменения и во всех остальных, т. е. во всей системе в целом. Преждевременная эякуляция – это патологическое состояние гиперреактивности всей или части системы нервной регуляции, имеющее различную этиологию [43].

В медицинской и психологической научной литературе (Metz et al., 1997) возможные причины РЕ объединяют в 9 групп. Так, выделяют 4 биогенных или физиологических типа РЕ (обусловленный поражением нервной системы, соматической болезнью, физическим повреждением или вызванный побочным действием лекарств) и 4 психогенных или психологических типа (обусловленный врожденными психологическими особенностями, острым психологическим дистрессом, дистрессом, обусловленным межличностными отношениями и дефицитом психосексуальных навыков сексуального возбуждения). Девятый тип РЕ характеризуется сочетанием с другой сексуальной дисфункцией, такой как эрекция. Эти физические, психологические, связанные с межличностными отношениями факторы, а также факторы, связанные с психосексуальными навыками, взаимодействуют между собой.

Также отмечается, что приобретенная РЕ может быть обусловлена патологией простаты [70]. В связи с этим высказывается точка зрения, согласно которой использование интегрального биопсихосоциального многомерного подхода для оценки и лечения РЕ обеспечивает лучшую стратегию для того, чтобы помочь сексуально функционировать как мужчинам, так и парам, и обогатить эмоциональное и сексуальное удовлетворение (Metz & McCarthy, 2003).

Согласно проекту новой американской классификации DSM-V, вероятно, что только у небольшого числа мужчин с жалобами на РЕ она имеет нейробиологическую детерминацию [93]. Вместе с тем, как сообщалось ранее, высказывается мнение, что первичная (существующая на протяжении всей жизни; lifelong) РЕ имеет физиологический базис [72].

Juza Chen, П. А. Щеплев, Б. Р. Гвасалия и соавт. [51] сообщают, что М. D. Waldinger [94] выделял четыре периода в эволюции взглядов на РЕ.

Первый период: 1887–1917 гг. В 1887 г. впервые Gross детально описал случай РЕ [55]. Второе сообщение последовало от Krafft-Ebing в 1901 г. [62]. РЕ рассматривалась как органическое расстройство, которое не связано с психологическими нарушениями.

Второй период: 1917–1950 гг. РЕ рассматривалась прежде всего как психосоматическое расстройство и следствие невроза. В 1917 г. Абрахам при описании РЕ отметил, что она была вызвана неврозом и, следовательно, для лечения должен применяться психоанализ [47].

С другой стороны, некоторые специалисты считали РЕ следствием неправильного анатомического развития органов мочеполовой системы. В 1943 г. Scharigo выдвинул комбинированную теорию развития РЕ, считая ее следствием сочетания психологических расстройств и неправильного анатомического развития [85].

Третий период: 1950–1990 гг. При изучении РЕ доминирует поведенческая концепция. По мнению W. Masters и

V. Johnson, причиной PE являются первые половые контакты, сопровождавшиеся спешкой. Исследователи отмечали высокий успех лечения PE при использовании поведенческой терапии в форме «техники сжатия» и адаптированной техники «стоп-старт», описанной Semans в 1956 г. [65, 87].

Четвертый период: 1990 г. – начало XXI века. В данный период стало очевидно, что хотя поведенческая терапия для лечения PE была преобладающей до этого времени, очень немногие исследования доказали ее эффективность. В то же время появлялось все больше публикаций о применении для лечения PE селективных ингибиторов обратного захвата серотонина, трициклических антидепрессантов и местных анестезирующих мазей. Возник новый нейробиологический подход к объяснению патогенеза PE, согласно которому она связана с нарушением метаболизма серотонина в определенных областях ЦНС и возможной генетической предрасположенностью [95].

Juza Chen, П. А. Щеплев, Б. Р. Гвасалия и соавт. [51] также характеризуют современный взгляд на этиологию PE, согласно которому выделяют психологические, органические (включая генетическую предрасположенность) и фармакологические ее причины.

4.2. Физиологические, психологические факторы и преждевременная эякуляция

Среди психологических причин PE часто называют страхи, половые сношения в подростковом возрасте, осуществлявшиеся в спешке в состоянии нервного напряжения из-за страха быть застигнутым кем-то, неудовлетворенность семейной жизнью, неудачи в разрешении межличностных конфликтов, отсутствие доверия партнера, боязнь интимных и романтических отношений, сексуальные ролевые конфликты [44].

Среди психологических факторов, которые могут привести к преждевременной эякуляции, также называют временную депрессию, стресс, связанный с финансовыми проблемами,

нереалистические ожидания «сексуального выполнения», сексуальное подавление или полный недостаток веры. Интерперсональная динамика также вносит вклад в сексуальное функционирование – преждевременное семяизвержение может быть вызвано «недостатком связи» между партнерами, «чувством вреда» или нерешенными конфликтами, которые «сталкиваются со способностью достигнуть эмоциональной близости» [73].

Chris G. McMahon [68] сообщает, что психологические теории формирования РЕ включают эффект раннего опыта и сексуального обусловливания, тревогу и психодинамические факторы. Он отмечает, что некоторые авторы высказали предположение об активизации тревогой симпатической нервной системы и уменьшении ею эякуляторного порога. Предположение, что РЕ является психосоматическим расстройством, обусловленным «психологически встревоженной индивидуальностью», высказывалось В. Schapiro в 1943 г. [85]. Вместе с тем отмечается, что причинная связь между тревогой и РЕ является умозрительной и противоречит эмпирическим доказательствам некоторых исследователей [89].

Тем не менее сообщается о существовании корреляционного доказательства, позволяющего предположить, что мужчины с РЕ имеют высокие уровни сексуальной тревоги и измененной чувствительности центральных 5-hydroxytryptamine рецепторов [66]. Проведенные нами исследования совершенно четко свидетельствуют о том, что тревожное опасение возможности преждевременной эякуляции, безусловно, может приводить к более быстрому семяизвержению [25, 26].

Исследования, которые были проведены во Франции [91], выявили четкую положительную связь между преждевременной эякуляцией и социальной фобией. Субъектов с указанной сексуальной дисфункцией (85 чел.) сравнивали с группой контроля (93 чел. без какого-либо сексуального расстройства), набранной среди больных хирургического стационара. Диагноз социальной фобии устанавливался с использованием

the Composite International Diagnostic Interview. Диагноз PE верифицировался в соответствии с критериями DSM–IV. У сорока (47%) мужчин с PE по сравнению с 8 (9%) лицами контрольной группы была диагностирована социальная фобия ($P=0,001$). Математический анализ показал, что эта фобия и PE были сильно взаимосвязаны. Данное исследование, как утверждают авторы, первое, которое показывает четкую связь между социальной фобией и PE. Полученные данные, заявляют они, свидетельствуют о том, что для лечения социальной фобии и PE можно использовать то же самое лечение – селективные ингибиторы обратного захвата серотонина.

Возможная роль в генезе PE принадлежит алекситимии, которая представляет собой затруднение в определении и описании (вербализации) собственных эмоций и эмоций других людей, что, как предполагается, играет важную роль при психосоматических расстройствах. Влияние алекситимических особенностей на сексуальность все еще недостаточно изучено. Было проведено специальное исследование, целью которого являлось сопоставление алекситимичности у пациентов с существующей на протяжении всей половой жизни (lifelong) PE с алекситимичностью в контрольной группе и установление соотношения между уровнем алекситимии и тяжестью PE. Обследовано 100 амбулаторных больных (возрастной диапазон 20–60 лет). Группа контроля включала 100 волонтеров. Эти две группы были сопоставимы по возрасту, семейному положению и социально-экономическим характеристикам. При исследовании для оценки алекситимии использовалась The Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) (Торонтская шкала алекситимии). The premature ejaculation severity index (Индекс тяжести преждевременной эякуляции), который определялся на основе опроса пациентов, применялся для определения выраженности PE. На основании полученных результатов авторы констатировали значительно более высокий уровень алекситимии у пациентов с PE, чем в группе контроля ($P<0,001$), и положительную корреляцию между

уровнем алекситимии и тяжестью PE ($P < 0,002$). Что касается подфакторов TAS-20, то внешне ориентируемый познавательный стиль показал самую высокую корреляцию с тяжестью PE ($P < 0,001$) и наиболее существенные различия при сравнении группы лиц с PE и группы контроля ($P < 0,001$). Исследователи пришли к заключению, что алекситимические особенности и, в частности, внешне ориентируемый познавательный стиль могут рассматриваться как возможный риск и/или поддерживающие факторы для PE, а также вносить вклад в более тяжелое проявление этого состояния. Алекситимия, по их мнению, может представлять важную переменную для интегрированного диагноза и лечения PE с соматопсихической и холистической точек зрения [71].

Также отмечается, что садистическое и нарциссическое поведение определены в классических теориях психоанализа в качестве главных причин PE (Ellis, 1936). Быстро эякулируя, мужчина символически и физически как бы «крадет» оргазм у своего партнера (Kaplan, 1989). Тем не менее и другие психосоциальные факторы участвуют в формировании PE. Это и недостаток сексуальной техники, и иррациональные предубеждения, и культурные и религиозные влияния, и сексуальная ориентация, и, часто, «исполнительская тревожность» (Strassberg et al., 1987) [по 35].

Поведенческий подход к PE фактически базируется на предположении, что «недостаток осознания ощущения» перед эякуляцией может приводить к данному феномену [35]. Этот подход, в частности, нашел отражение в книге Х. С. Каплан по секс-терапии [21], которая предложила гипотезу, согласно которой причина неумения сдерживать эякуляцию заключается в отсутствии осознания тех ощущений, которые предваряют наступление оргазма. Она предполагает, что в данный момент мужчина переживает некое отвлекающее его волнение. Однако именно перцептивное осознание ощущений, сопровождающих тот или иной рефлекс (например, при мочеиспускании или дефекации), по

ее мнению, является важным условием приобретения и развития произвольного контроля.

К. Имелинский [17] отмечает, что в процессе развития невротически обусловленного преждевременного семяизвержения можно выделить две фазы.

Первая фаза может быть обусловлена:

- 1) повышенной сексуальной возбудимостью, которая отмечается в молодом возрасте;
- 2) длительной сексуальной абстиненцией;
- 3) очень интенсивным возбуждающим эротическим влиянием партнерши;
- 4) высокими сексуальными потребностями при редких возможностях их удовлетворения.

Вторая фаза связана с возникновением невротической реакции на фоне проблем, существующих в первой фазе. Эмоциональная напряженность, обусловленная опасением сексуальной неудачи и боязнью компрометации, еще больше ускоряет наступление эякуляции. В этой фазе также отмечается чрезмерная концентрация внимания на половых органах и их функционировании. Это, в свою очередь, способствует ускорению эякуляции, так как известно, что отвлечение внимания от полового акта задерживает наступление эякуляции.

Автор отмечает, что в рамках невротического сексуального расстройства семяизвержение наступает тем быстрее, чем слабее эрекция в начале полового акта, в то время как в нормальных условиях наблюдается обратное явление – семяизвержение возникает тем быстрее, чем она сильнее в начале коитуса.

Преждевременному семяизвержению способствуют:

- 1) атмосфера сопутствующих половому акту спешки и нервозности;
- 2) необходимость быстрого выведения полового члена из влагалища при прерванном половом акте;

3) необходимость быстро закончить половой акт при опасности внешних помех, в том числе появления посторонних людей.

К. Имелинский [17] сообщает, что, по мнению некоторых авторов, преждевременное семяизвержение обусловлено не столько высокой сексуальной возбудимостью, отсутствием «тренировки» и невротическими механизмами, сколько нарушениями межличностных связей и эгоцентризмом, проявляющимся в сексуальной сфере. В этой трактовке преждевременное семяизвержение – прежде всего проявление недостатка стремления к ласке партнерши, отсутствия внимания к ее переживаниям, а также отсутствия желания доставить ей удовлетворение при одновременной установке на снятие собственного сексуального напряжения. Редукция его в этом случае достигается на уровне сексуальности, ориентированной на генитальные ощущения.

Продолжая характеризовать понимание различными авторами природы преждевременного семяизвержения, К. Имелинский [17] отмечает, что Schnabl (1974) ссылается на определение, предложенное Schwarz, согласно которому данный феномен имеет мало общего с сексуальным возбуждением, а зависит исключительно от страстного желания контакта и полной отдачи партнерше. При этом Schwarz ссылается на наблюдения, свидетельствующие о том, что чем в большей мере возбужден мужчина, тем длительнее половой акт. Таким образом, преждевременное семяизвержение нельзя рассматривать как прямое следствие высокого уровня сексуального возбуждения, а следует считать результатом недостаточной способности к контакту с другим человеком. Однако такое объяснение нельзя распространять на все случаи, так как причиной раннего семяизвержения, в частности, могут быть и многие другие факторы, связанные с влиянием женщины на мужчину. Это могут быть:

1) слишком большая двигательная активность женщины, которая производит быстрые и неожиданные для мужчины

движения тазом и всем телом, что является источником сильной механической стимуляции;

2) психологические факторы, связанные с влиянием партнерши (женщина может вызывать у мужчины сильное эмоциональное напряжение [сексуальное и несексуальное], беспокойство и т. п., которые повышают риск появления преждевременного семяизвержения) [17].

С. Кратохвил [29] к неорганическим причинам преждевременной эякуляции относит:

а) высокий уровень сексуального возбуждения при первых половых актах у молодых мужчин;

б) низкую частоту половых актов и длительное воздержание, приводящие к чрезмерному сексуальному «заряду» и повышению сексуальной возбудимости;

в) тревогу и страх во время полового акта, связанные либо с внешними факторами, либо с опасением неудовлетворить женщину и проблемами, обусловленными взаимоотношениями с нею;

г) привычку к быстрому наступлению эякуляции, чаще возникающую у молодых мужчин при неблагоприятных условиях для проведения полового акта, а также формирующуюся при длительных сексуальных отношениях с фригидной женой, которая хочет быстрее прекратить половой акт.

В одном нашем клиническом наблюдении речь шла о том, что мужчина, обратившийся за помощью, жаловался на преждевременную эякуляцию, которая сформировалась у него в связи со следующими обстоятельствами. В течение нескольких лет он вынужден был проводить половой акт очень быстро, так как у его жены были выраженные боли при половых актах, обусловленные воспалительной гинекологической патологией. В связи с этими болями половые акты имели место только тогда, когда он уже был не в состоянии более переносить высокий уровень сексуального напряжения, требующего своей разрядки. Затем жена вылечилась, а его закрепившийся стереотип быстро заканчивать половой акт прочно зафик-

сировался, что и послужило причиной обращения к сексопатологу. Другой наш пациент связывал свою преждевременную эякуляцию с тем, что при мастурбации, которой он занимался в подростковом возрасте, всякий раз стремился быстро достигнуть оргазма.

Специалисты Mayo Clinic (США), обобщая мнения разных врачей, сообщают, что ранние сексуальные опыты могут сформировать образец, который позже трудно изменить. Это может быть обусловлено ситуациями, в которых имела место спешка в достижении кульминационного момента, чтобы избежать обнаружения; чувством вины, усиливающим тенденцию быстро завершить половой акт. Другими факторами, которые могут играть роль в происхождении преждевременной эякуляции, являются: эректильная дисфункция (у мужчин, которые беспокоятся о поддержании своей эрекции при половых актах, может сформироваться паттерн стремительного движения к эякуляции, который трудно изменить); беспокойство (у многих мужчин с преждевременной эякуляцией также имеет место тревога, обусловленная сексуальным выполнением или другими проблемами); интерперсональные проблемы между партнерами [74].

Несколько повторяясь, в другой публикации специалисты Mayo Clinic [75] среди возможных психогенных факторов риска возникновения преждевременной эякуляции называют:

1. *Эректильную дисфункцию* (опасение относительно потери эрекции может заставить мужчину подсознательно стремиться к быстро протекающему половому акту).
2. *Проблемы со здоровьем.* Какое-либо заболевание, которое обуславливает беспокойство при половых актах, например, кардиальная патология, также может заставить мужчину подсознательно стремиться быстро эякулировать.
3. *Эмоциональное или умственное напряжение* может играть роль в возникновении преждевременного

семяизвержения, часто ограничивая способность к расслаблению и сосредоточению при сексуальных контактах.

Отмечается, что расстройства эрекции могут влиять на возникновение РЕ и в связи с тем, что некоторые индивидуумы с указанными расстройствами опускают свои обычные стратегии задержки наступления оргазма, а другие стремятся к тому, чтобы продолжительное некоитальное возбуждение привело к развитию эрекции, достаточной для интромиссии. Поэтому у таких индивидуумов уже при интроекции сексуальное возбуждение может быть настолько сильным, что эякуляция происходит немедленно [73].

Возможен и следующий механизм развития преждевременного семяизвержения. Оно, так же как и расстройства эрекции, само по себе может быть условно приятным. В. Д. Кочетков [28] приводит примеры таких случаев из собственной практики и сообщает, что Ferenczi (1912) диагностировал преждевременные эякуляции у мужчин, для которых половые акты нежелательны по той или иной причине. Поэтому они заинтересованы в их быстром завершении. Автор также отмечает, что подобные наблюдения приводят Л. Я. Якобзон (1918) и Н. В. Иванов (1961). Он заявляет, что проведенный им клинико-патогенетический анализ сексуальных расстройств позволил выявить возможности их развития по механизму условной приятности/желательности.

Сексуальные расстройства у мужчин, которые развиваются по этому механизму, диагностируются очень редко. Это связано с высокой престижностью нормальной сексуальной потенции в обиходных представлениях и с тем, что механизм условной приятности болезни в большинстве случаев не затрагивает безусловно приятные сексуальные отношения. Вместе с тем половые расстройства, возникающие по указанному механизму, могут иметь место при нежелании мужчины жить половой жизнью со своей супругой (партнершей), например, вследствие нарушений в их взаимоотношениях.

Напомним, что механизм условной приятности/желательности, лежащий в основе развития симптомов, характерен для истерических (диссоциативных/конверсионных по МКБ–10) невротических расстройств, которые гораздо чаще имеют место у лиц с истероидными чертами характера. Со значительной долей вероятности можно предположить, что сексуальные дисфункции, развивающиеся по упомянутому механизму, существуют чаще, чем диагностируются. Это связано с определенными трудностями в их выявлении.

Г. И. Каплан, Б. Дж. Сэдок [20] отмечают, что преждевременная эякуляция в настоящее время чаще имеет место среди мужчин с высшим образованием, чем у менее образованных, и, как полагают, связана с озабоченностью тем, чтобы удовлетворить своих партнерш. Затруднения в контроле над эякуляцией могут быть вызваны тревогой перед сексуальной активностью или страхом перед влагалищем. Данная дисфункция также может быть результатом негативного культурологического обусловливания. Мужчины, у которых большинство ранних сексуальных контактов было с проститутками, требующими быстрого совершения полового акта, или в ситуациях, в которых нежелательно было их обнаружение другими (например, когда половые акты проводились на заднем сидении машины или в родительском доме), привыкают к быстрому достижению оргазма. При длительно существующих отношениях, сообщают авторы, к преждевременной эякуляции может привести сильное влияние партнерши на мужчину. Обостряет это расстройство женитьба, связанная со стрессами.

4.3. Биологические факторы, обуславливающие преждевременную эякуляцию

4.3.1. Общие сведения

Также существует большое число *факторов биологической детерминации* преждевременной эякуляции. Специалисты известной Mayo Clinic (США), в частности, называют следующие возможные причины данного расстройства. Это могут быть гормональные сдвиги, медиаторные нарушения в головном мозге, анормальная рефлекторная активность эякуляторной системы, проблемы со щитовидной железой, воспаления простаты и уретры. Отмечается, что редко РЕ обуславливается поражением нервной системы в результате операций или травм, а также прекращением употребления некоторых медикаментов, используемых для лечения психических расстройств [74].

Несмотря на очевидность возможной роли влияния факторов биологической модальности на развитие преждевременной эякуляции, все еще высказываются сомнения, свидетельствующие об отсутствии уверенности в этом. Так, отмечается [56], что за прошлые два десятилетия в ряде исследований было сделано предположение, что существующая с начала половой жизни и приобретенная преждевременная эякуляция могут быть вызваны соматитическими и/или нейробиологическими расстройствами, хотя ранее считалось, что они прежде всего обусловлены влиянием психологических факторов или факторов, связанных с межличностными отношениями. Среди патогенных биологических факторов называют гиперчувствительность головки полового члена (*glans penis*), большее представительство срамного нерва (*puddental nerve*) в коре головного мозга, расстройства центральной серотонергической нейротрансмиссии, трудности с эрекцией, простатит, детоксикацию от назначенных лекарств (например, *gaboxetine*) или психоактивных веществ, используемых в рекреационных

целях¹ (recreational drugs), синдром хронической тазовой боли и заболевания щитовидной железы. Однако подчеркивается, что ни одна из этих причин не была безоговорочно подтверждена крупномасштабными исследованиями.

4.3.2. Гиперестезия головки и уздечки полового члена, увеличение дорсальных нервов пениса

Основной рецепторной зоной для возникновения эякуляторного феномена в области наружных половых органов является головка полового члена. Нервные волокна от ее рецепторного аппарата в составе полового нерва несут афферентные импульсы в спинномозговые центры. Затем эти импульсы в составе спиноталамического пути достигают вышестоящих отделов ЦНС. Гиперестезия головки, обусловленная воспалительной патологией, или та, которая носит врожденный характер, вызывая раздражение спинномозговых нейронов и нервных структур головного мозга, способствует наступлению преждевременной эякуляции [43]. Причиной преждевременной эякуляции может стать и гиперестезия уздечки крайней плоти. Среди причин гиперестезии головки полового члена и крайней плоти, в частности, называют хронический баланопостит. В ряде исследований у лиц с преждевременной эякуляцией выявили гиперчувствительность головки члена и уздечки крайней плоти, что было расценено как наличие врожденной гиперестезии, которая явилась основой для развития первичной преждевременной эякуляции [39].

Также высказывается мнение, согласно которому в патогенезе первичной преждевременной эякуляции может играть

¹ Чаще всего в рекреационных целях используют кофеин, табак, алкоголь, опиаты и кокаин. Реже применяются другие психостимуляторы, психоделики и галлюциногены, а также седативные, снотворные и транквилизирующие препараты. Известны случаи употребления в рекреационных целях и других веществ.

роль аномальное (отклоняющееся от нормы) увеличение дорсальных нервов пениса [98].

4.3.3. Тазовые мышцы и мышцы, окружающие половой член

В начале 1990-х в the International Society for Impotence Research (Международное общество изучения импотенции) была представлена информация, которая указывала, что тазовые мышцы, в особенности мышцы, которые окружают член, находятся у мужчин с преждевременным семяизвержением в гиперактивном состоянии. Кроме того, известно, что в процессе семяизвержения при РЕ мышцы, которые участвуют в ее генерировании, находятся в гиперактивном состоянии [49].

В связи с вышеприведенными данными следует отметить, что было проведено следующее исследование. Опросили 10 мужчин с РЕ и 10 без таковой. Сравнили способ их сексуального возбуждения при самовозбуждении и при проведении полового акта (методы стимуляции, движения, ритм, давление, мышечное напряжение). Гипотеза ученых заключалась в том, что мужчины с РЕ двигаются по-другому и напрягают мышцы, которые являются важными при сексуальном возбуждении, не так, как мужчины без РЕ. Эта гипотеза была подтверждена их наблюдениями. Кроме того, пунктуальный скрининг также выявил, что мужчины, эякулирующие в течение 30 с после пенетрации (а иногда и до пенетрации), функционируют не так как мужчины, которые эякулируют после 1–2 мин. У первых, кажется, имеют место рефлексивные гипертонические сокращения промежностных мышц, как только они собираются провести интродекцию или когда они ее осуществляют. Эти мужчины лишь едва нуждаются в контакте пениса с влагалищем, чтобы эякулировать. Вторые же гораздо больше сфокусированы на ощущениях, вызванных в члене прямым прикосновением и трением во влагалище, и не сообщают о ранних сокращениях промежностных мышц. По сравнению с

мужчинами, которые не страдают РЕ (группа контроля), у пациентов с РЕ имело место более часто нарастающее мышечное напряжение тазовых мышц, параллельное увеличению сексуального возбуждения. Группа контроля была способна контролировать уровень сексуального возбуждения, модулируя амплитуду тазовых движений, ритм этих движений и напряжение тазовой мускулатуры [76].

4.3.4. Хронический простатит

4.3.4.1. Общие сведения

В последние годы в клинической сексологии происходит изменение отношения к роли простатита в генезе сексуальных дисфункций. В связи с обсуждаемым вопросом небезынтересно отметить, что раньше в СССР никто не сомневался в том, что простатит сам по себе (без всякой психогении) может играть роль в возникновении сексуальных нарушений. Иногда даже называлась неправдоподобно большая частота данных нарушений (вплоть до 100%). Однако в настоящее время некоторые авторы сводят возможную роль простатита в генезе сексуальных дисфункций практически к нулю. По нашему мнению, простатит может приводить к сексуальным дисфункциям не только в связи с осложняющими его психическими расстройствами невротического уровня, однако частота этих дисфункций и механизмы их возникновения у больных с данной патологией должны стать предметом анализа и обсуждения, плодотворность которого может быть обусловлена междисциплинарным системным подходом.

Прежде чем мы начнем анализировать возможную роль простатита в генезе сексуальных дисфункций, целесообразно привести классификацию простатита Национального института здоровья (National Institutes of Health; NIH) США 1995 г. [по 45].

В соответствии с этой классификацией выделяют 4 категории простатита (табл. 1).

Категория I (острый бактериальный простатит) – острое инфекционное воспаление предстательной железы.

Категория II (хронический бактериальный простатит) устанавливается при обнаружении патогенных бактерий при микробиологическом исследовании секрета простаты, 3-й порции мочи после массажа простаты или эякулята. Данная категория характеризуется рецидивирующей инфекцией мочевых путей, вызванной теми же микроорганизмами, которые обнаруживаются в предстательной железе.

Таблица 1

Классификация простатита (НИН, 1995)

Категория I	Острый бактериальный простатит
Категория II	Хронический бактериальный простатит
Категория III	Хронический простатит/синдром хронической тазовой боли
Категория IIIA	Воспалительный
Категория IIIB	Невоспалительный
Категория IV	Асимптоматический воспалительный простатит

Категория III (синдром хронической тазовой боли) получила такое название, так как основным клиническим критерием заболевания является болевой синдром продолжительностью более 3 мес. К ней относят пациентов с отсутствием патогенных бактерий в эксприматах предстательной железы (секрет простаты, моча, полученная после массажа простаты, эякулят). Эта категория далее подразделена на воспалительный синдром хронической тазовой боли (IIIA) и невоспалительный синдром хронической тазовой боли (IIIB), отношение к которым определяется по количеству лейкоцитов в эксприматах предстательной железы. Более 95% больных хроническим простатитом относятся к этой категории.

IV категория (асимптоматический воспалительный простатит). Для данной формы простатита характерно отсутствие клинических проявлений. Заболевание выявляется при клиническом обследовании, предпринятом по различным показаниям (повышенный уровень ПСА, бесплодие, лейкоцитурия и т. п.), или гистологическом исследовании ткани предстательной железы.

В специальной литературе также выделялся так называемый **молчаливый простато-везикулитизм**. Этот диагноз (предстательная железа при пальпации без отклонений, в ее секрете также отклонений нет) устанавливался на основании: 1) характерных жалоб; 2) наличия в анамнезе патогенных факторов, обуславливающих развитие молчаливого простато-везикулитизма (фрустрации, петтинг, прерванный половой акт, истинная пролонгация и др.); 3) положительного терапевтического эффекта от пробного урологического лечения (главным образом массажа) [7].

Возвращаясь к анализу возможного влияния простатита на сексуальную сферу, следует отметить, что некоторые специалисты начали отрицать какую-либо его соматогенную роль в возникновении сексуальных дисфункций. Тенденция исключения хронического простатита из числа факторов, способных вызывать данные дисфункции, четко прослеживается в публикации Л. П. Ефимова [12]. Обследовав 110 мужчин-ликвидаторов последствий аварии на Чернобыльской АЭС в возрасте от 35 до 60 лет, обратившихся с жалобами на сексуальные расстройства, автор выявил простатит у 94 чел. (85,5%). У 63 чел. (57,3%) имели место сопутствующие соматические заболевания. Он выделил 8 причинных факторов сексуальных дисфункций: конституциональный (слабая половая конституция), сосудистый, медикаментозный, интоксикационный, эндокринный, психогенный, болезни половых органов (последствия оперативного лечения стриктур уретры, болезнь Пейрони), воздействие ионизирующего излучения.

Далее делается вывод, что не всегда причинным фактором сексуальных дисфункций является хронический простатит и необходимо всестороннее обследование, а также лечение половых расстройств с участием разных специалистов. Таким образом, ни у одного из 94 чел., у которых было диагностировано данное заболевание, автор не увидел связи между ним и сексуальным расстройством.

4.3.4.2. Модели формирования сексуальных расстройств у больных хроническим простатитом

Психосоматическая модель. Частое сочетание хронического простатита и сексуальных расстройств пытались объяснить тем, что хронический простатит и сексуальные дисфункции существуют параллельно, представляя собой проявление единого психосоматического расстройства. Так, М. В. Екимов, А. И. Федорова [11] отмечают, что хронический простатит можно проанализировать с позиций психосоматической медицины. Хотя к возникновению этого заболевания могут приводить инфекционные факторы, застой секрета простаты и застой крови в органах малого таза (гемодинамические нарушения), иммунодефицит, инфекционно-аллергические и аутоиммунные процессы, нарушения нейровегетативной регуляции и др., многое позволяет понять анализ развития хронических простатитов с позиций психосоматической медицины, которая интегрирует соматические (гормоны, иммунитет, сосуды и т. д.) и психические (особенности личностного реагирования на стресс) факторы в единый патогенез.

Наиболее тесно психическое и соматическое «переплетаются в эмоциях», каждая из которых имеет соматовегетативное сопровождение. Возникающим при стрессе эмоциям соответствует ряд соматических изменений: симпатикотония, выброс адреналина, повышение тонуса гладкой и поперечнополосатой мускулатуры, а также увеличение уровня надпочечниковых гормонов и снижение уровня половых гормонов и т. д.

В отношении хронических простатитов, продолжают авторы, все перечисленные патогенетические механизмы работают в полной мере. «Во-первых, простата – это гладкомышечный орган и соответственно является органом-мишенью для адреналина. Во-вторых, ее функции (секреторная и барьерная) регулируются половыми гормонами, конкурирующими с надпочечниковыми. За счет возникающего в простате спастического состояния (симпатикотония и гиперадреналинемия), снижения ее функции и защитных сил (снижение уровня тестостерона и блокирование рецепторов к тестостерону при избытке надпочечниковых гормонов), а также при общем снижении иммунитета возникает риск инфекционного поражения простаты (простатита). Таким образом, такое чисто соматическое и объективно регистрируемое заболевание, как простатит, возникает в данном случае как результат характерных для хронического (незавершающегося) психоэмоционального стресса соматических изменений, то есть по психосоматическим механизмам» [11, с. 347–348].

Далее авторы сообщают, что «большинство характерных для простатитов и простатопатий жалоб, симптомов и нарушений имеют психосоматическую трактовку. Учащенное мочеиспускание возникает не только из-за «раздраженной железы», но и из-за симпатикотонии с соответствующим спастическим состоянием мочевого пузыря (подобно симпатикотонической реакции на эмоциональный стресс, волнение, холод и пр.). Затрудненное мочеиспускание возникает не только из-за «отека железы», но из-за симпатикотонической спастики самой простаты. Спастическое состояние простаты может сопровождаться жалобами на боли и дискомфорт в области железы. Предрасполагающие к простатиту запоры, которые обычно рекомендуют устранять при лечении простатитов, – проявление спастики, в данном случае кишечника (спастический колит – это тоже психосоматическое заболевание). Спастическое состояние простаты проявляет себя при пальпаторном исследовании железы через ее плотность,

болезненность, сглаженность ее междолевой бороздки. К снижению функции простаты приводит не столько само воспаление, сколько дефицит влияния тестостерона в результате избытка надпочечниковых гормонов с соответствующей блокадой тканевых андрогенных рецепторов в простате. Да и сам уровень тестостерона снижается при затяжных стрессах. Эти же механизмы объясняют и характерные для простатитов нарушения в виде патоспермии. Склероз простаты возникает не только в результате инфекции, к нему также ведут нарушения в ней обмена веществ за счет ее спастики, нарушений кровотока и указанных дисгормональных нарушений» [11, с. 348–349].

Объясняя взаимосвязь между хроническим простатитом, простатопатиями и сексуальными дисфункциями, авторы подчеркивают, что линейная схема (половые нарушения как результат простатита) кажется недостаточной, на что указывает нередко встречающееся сохранение сексуального расстройства после санации простаты. Ученые высказывают свою точку зрения, что ***и простатит, и сексуальные нарушения являются двумя самостоятельными параллельными следствиями единого психосоматического расстройства.*** «Чем выше уровень симпатотонии, тем быстрее наступит семяизвержение, так как 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 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» [11, с. 349].

Мишень поражения (*locus minoris resistentia*) у пациентов сексуальными нарушениями и психосоматическими простатитами авторы объясняют наличием у них слабой половой конституции, низкой тканевой чувствительностью к тестостерону, ослабленным неврологическим обеспечением половой функции, низкими резервами сосудистого обеспечения сексуальных реакций и т. д. (соматический компонент). К психологическим факторам относят повышенную фиксацию внимания на половой системе, сексуальные страхи и неуверенность в своих сексуальных возможностях, которые обусловлены внутриличностными проблемами. Мышечное напряжение при психосоматических вариантах простатита (спастика простаты) отражает и символизирует психологические страхи и носит защитный характер (В. Райх) [11].

Н. J. Verberich, M. Ludwig M. [50] также обращают внимание на роль психосоматических факторов в генезе хронического простатита/синдрома хронической тазовой боли. Авторы отмечают, что кроме редких случаев бактериальных простатитов, многочисленные соматические модели были не в состоянии полностью объяснить патогенные взаимосвязи, а терапевтические попытки часто давали неудовлетворительные результаты. Более того, психосоматическими факторами часто пренебрегали. На основе анкетного опроса исследователями выявлено, что множество факторов играют важную роль в развитии хронического простатита/синдрома хронической тазовой боли, а именно соматизация и депрессия, а также тревога, ипохондрия и слабая мужская идентичность. Отмечается, что эти предварительные результаты нуждаются в дальнейшей оценке.

Однако объяснение связи хронического простатита и сексуальных дисфункций не исчерпывается приведенной моделью, названной нами психосоматической.

Нейрорецепторная модель. Также существует модель возникновения сексуальных дисфункций у больных хроническим простатитом, которую можно назвать нейрорецепторной. В формировании РЕ может участвовать простатовезикулярный комплекс. Отмечается, что основной рецепторной зоной, участвующей в возникновении эякуляторного феномена в области внутренних половых органов, является семенной бугорок, где сконцентрирован мощный рецепторный комплекс. В этой области начинается и часть восходящей дуги эякуляторного рефлекса и восходящая дуга «рефлекса оргазма». Воспаление в области семенного бугорка и простатовезикулярного комплекса повышает чувствительность нейрорецепторного аппарата и ведет к гиперрефлексии, что часто обуславливает преждевременную эякуляцию. При анестезии семенного бугорка с помощью лидокаина, его травматическом поражении и атрофическом колликулите, напротив, возникает затрудненная эякуляция и даже анэякуляторный феномен [43].

В этой модели получают объяснение и другие сексуальные дисфункции. Данная модель нашла отражение в ряде трудов [8, 16, 23, 38], в которых сообщается, что раздражение нейрорецепторного аппарата предстательной железы приводит к повышению возбудимости спинальных половых центров, что проявляется преждевременным семяизвержением и частым возникновением эрекции. Хронический вялотекущий процесс в уретропростатической зоне приводит к постоянному раздражению семенного бугорка, афферентная импульсация от которого поступает в спинальные половые центры. Клинически это проявляется длительными неадекватными ночными эрекциями. При длительном воспалительном процессе происходит функциональное «истощение» центра эрекции при продолжающемся возбуждении центра эякуляции, что выражается ослаблением эрекции и преждевременным се-

мяизвержением, которое сменяется задержанной эякуляцией на этапе наступающего функционального «истощения» центра эякуляции.

Изменение оргастических ощущений, согласно этой модели, связано с тем, что примерно у 1/3 больных хронический простатит сочетается с задним уретритом и колликулитом, а зона семенного бугорка является тем местом, где зарождается ощущение оргазма при выбросе семени через узкие семяизвергающие устья [9].

В литературе можно встретить мнение, согласно которому функциональное истощение спинальных центров практически невозможно, учитывая что спинной мозг является филогенетически древней и поэтому устойчивой по отношению к воздействию патогенных факторов структурой. Для того чтобы смягчить дискуссию по этому поводу, можно использовать термин «торможение» центра (эрекции, эякуляции), которое выполняет охранительную функцию, защищая соответствующие центры от нейрорецепторных атак.

Модель психопатологической детерминации. Также можно выделить модель, отрицающую биогенное влияние простатита на возникновении сексуальных дисфункций. Связь между ним и данными дисфункциями рассматривается в аспекте неблагоприятного воздействия отягощающих простатит психических расстройств невротического уровня. Данная модель может быть названа моделью психопатологической детерминации. Так, Е. А. Ефремов и соавт. [13] отмечают, что сексуальные расстройства встречаются у 46–78% больных хроническим простатитом, и причинно-следственная связь между хроническим простатитом и сексуальной дисфункцией является предметом пристального внимания урологов. Однако общепринятой точки зрения на эту проблему до настоящего времени нет. При обследовании 317 пациентов с диагнозом «хронический простатит» в возрасте от 20 до 54 лет и продолжительностью заболевания от 6 мес до 20 лет у 268 больных авторы выявили нарушения половой функции

различной степени выраженности. Пациенты с сопутствующей васкулогенной патологией исключались из дальнейшего исследования.

В ходе проведенного исследования были выявлены две группы. В первой группе (179 чел.) у пациентов имело место изолированное поражение эякуляторной составляющей, проявляющееся ускоренным семяизвержением (47%), болезненной эякуляцией (52%), а также изменением эмоциональной окраски оргазма (20%). Вторую группу (89 чел.) составили пациенты с нарушениями либидо (40%), адекватных (30%) и спонтанных (до 15%) эрекций. Исследователи обратили внимание на большую частоту психических расстройств среди больных с сексуальными дисфункциями и хроническим простатитом (примерно 75%). При этом у 60,2% пациентов психопатологическая отягощенность предшествовала сексуальному расстройству, а у 17,8% – появилась при длительном и неэффективном лечении основного заболевания, внося определенную специфику в клинику сексуальных расстройств. На основании этого авторы делают вывод, что сексуальная дисфункция, выявляемая при хроническом простатите, должна рассматриваться как проявление астенического, тревожно-ипохондрического, астеноипохондрического и астенодепрессивного синдромов, а также других психопатологических состояний. Поэтому необходима оценка у этой категории больных изменений психического статуса, а своевременная коррекция психических расстройств при хроническом простатите предупреждает развитие более грубых нарушений психики и позволяет успешнее лечить соматическое страдание, а также корригировать сексуальные нарушения. В связи с этим авторы считают, что активное участие в комплексном лечении хронического простатита должны принимать психоневрологи.

О наличии различных психических расстройств у больных с данным заболеванием сообщают и другие авторы. Так, по данным А. К. Напреенко [34], выявленные симптомы, обусловленные психическими нарушениями у больных простати-

том, по мере убывания располагаются в следующем порядке: раздражительность, эмоциональная слабость, неустойчивость настроения, повышенная психическая и физическая утомляемость, нарушение сна, вегетососудистые дистонические проявления, слабодушие (неспособность сдерживать эмоции), коитофобия (боязнь полового акта), ослабление способности к сосредоточению внимания, ухудшение памяти, страхи, не связанные с половой функцией, психалгии (боли, обусловленные не болезненным процессом во внутренних органах, а психическим заболеванием – расстройством восприятия) и др.

В динамике развития подобных нарушений автор выделяет два этапа. На первом для больных наиболее типичны повышенная раздражительность, сниженное настроение с оттенком тревожной ажитации (двигательным возбуждением, страхами), быстрая физическая утомляемость и психическая истощаемость, нарушение сна, головная боль, коитофобия. На втором этапе пациенты отмечают подавленное настроение, общую слабость, безынициативность, склонность к ипохондрическим переживаниям, страхи, в том числе не относящиеся по своему содержанию к сфере интимных отношений. Сообщается, что второй этап психических расстройств отмечается в основном при затяжном, часто рецидивирующем характере воспалительных заболеваний органов половой системы.

В исследовании A. Mehik et al. [69], в котором участвовало 1832 чел., было выявлено, что пациенты с простатитом испытывают значительный стресс. Психологические проблемы (тревожность, депрессия, эмоциональная лабильность, слабая мужская идентификация, сексуальные жалобы), по данным психологических тестов (MMPI) и консультаций, выявлены у 80% пациентов с хроническим простатитом, а высокая степень их выраженности обнаружена у 20–50%. Другие авторы (K. J. Egan, J. N. Krieger, 1994, 1997; R. B. Alexander, D. Trissel, 1996; B. Burger, W. Weidner, J. E. Altwein, 1999;

А. Mehiik et al., 2000) также констатировали наличие у данного контингента больных повышенной тревожности, депрессии, истероидных реакций, а иногда даже «повышение суицидальных настроений» [по 2].

Интересно отметить, что L. Keltikangas-Järvinen et al. [61] отмечают повышение частоты гомосексуального поведения у пациентов, страдающих хроническим простатитом, что можно объяснить снижением маскулинности и уверенности в удовлетворительной эрекции при половом акте с противоположным полом.

А. А. Камалов и соавт. [19], характеризуя пациентов с длительно текущим хроническим простатитом, отмечают, что для них характерна ипохондрическая готовность и фиксация на малейших ощущениях в половых органах. О наличии у них тревожной депрессии свидетельствуют навязчивые мысли тревожного содержания об их мужской неполноценности, о неизлечимости недуга, бесперспективности лечения, неминуемой потере семейного благополучия. Они «уходят в болезнь», склонны к самодиагностике и самолечению. Состояние тревожной депрессии, в котором они находятся, также характеризуется расстройствами сна и аппетита. У них отмечаются и симптомы вегетативной дисфункции (повышенное потоотделение, лабильность пульса). По наблюдениям авторов, половые расстройства, имеющие место у этих больных (снижение либидо – у 40%, урежение частоты и силы спонтанных эрекций – у 15%, ослабление адекватных эрекций – у 30%), являются неизбежным проявлением аффективных нарушений.

Маскированная депрессия с преобладанием сексуальных расстройств, сообщают цитируемые авторы, сопровождается жалобами на ускоренную или замедленную эякуляцию в сочетании с ослаблением эрекции, реже на снижение полового влечения и выраженность оргастических ощущений. При обследовании таких больных выявляются признаки конгестии в предстательной железе. Сексуальные расстройства при мас-

кированной депрессии «возникают периодически (часто сезонно), имеют суточные колебания интенсивности, тесно связаны с соматовегетативными нарушениями, относительно резистентны к психостимуляторам, терапии мужскими половыми гормонами, психотерапии. Наоборот, прослеживается отчетливая положительная реакция на терапию антидепрессантами. Отмечается, что нередко расстройства исчезают спонтанно [19].

L. Keltikangas-Järvinen et al. [60] провели психологическое тестирование, направленное на исследование личности (BDI, MMPI, RO, TAT), которое было осуществлено у 42 пациентов с клиническими признаками хронического простатита. В результате исследования было выявлено, что пациенты характеризовались длительным существованием симптомов и слабым ответом на терапию. Некоторая степень «психической несогласованности/трудности» (psychic difficulty) была выявлена у 80% пациентов, а признаки тяжелого психического расстройства у 20–50%. Среди выделяющихся психических симптомов были беспокойство, депрессия, аффективная лабильность, слабая мужская идентичность, другие сексуальные расстройства и даже «психотические черты». Этот паттерн психических расстройств, отмечают авторы, соответствует описанному для пограничной личности. Частое возникновение специфических психических и сексуальных расстройств позволило им сделать предположение, что психические факторы могут играть причинную роль для хронического простатита.

Алгическая модель. Также может быть выделена алгическая модель формирования сексуальных дисфункций у больных хроническим простатитом. Обсуждая возможность влияния данной патологии на сексуальные функции, С. Розенталь [42] отмечает, что в редких случаях хронический простатит может вызвать одно специфическое затруднение, возникающее исключительно при этом заболевании. Оно заключается в том, что во время оргазма в гладкой му-

скулатуре простаты возникают мучительные болевые спазмы. У мужчин, которые пережили такую болезненную эякуляцию несколько раз, нередко возникают трудности с эрекцией или эякуляцией, представляющие собой условно-рефлекторную защиту от боли. Помимо этого, длительный, протекающий с болями воспалительный процесс, сопровождающийся преждевременной эякуляцией и сглаженностью оргазма, может приводить к психогенному снижению либидо [19].

R. Bartoletti et al. (итальянская группа по изучению простатита) [48] с января по июнь 2006 г. обследовали амбулаторных урологических пациентов из 28 итальянских урологических центров в возрасте между 25 и 50 годами. Контрольную группу составили 152 чел. такого же возраста, расы и «области происхождения», которые входили в число обследованных инфертильных пар, но были здоровы в иных отношениях. Были изучены истории болезни всех субъектов. Они подверглись различным исследованиям, в том числе и микробиологическим. Из 5540 урологических амбулаторных больных у 764 был установлен диагноз хронического простатита/синдрома хронической тазовой боли. Таким образом, распространенность названного синдрома составила 13,8%. Выявили, что данный синдром оказывал отрицательное влияние на сексуальное желание, эрекцию и продолжительность полового акта, уменьшая ее ($p < 0,001$).

M. Gonen et al. [54] отмечают, что синдром хронической тазовой боли – распространенная и тяжелая проблема здоровья, затрагивающая качество жизни у мужчин. Существуют относительно ограниченные исследования отношения этого состояния к преждевременной эякуляции. Авторы оценили распространенность преждевременной эякуляции у 66 турецких мужчин с синдромом хронической тазовой боли и сравнили их с контролем (30 здоровых мужчин без «мочевых симптомов»). Использовался анкетный опрос, состоящий из 2 частей (установление демографических данных и определение индекса симптомов хронического простатита по турецкой

версии the National Institutes of Health Chronic Prostatitis Symptom Index). Преждевременной эякуляцией считали тогда, когда интравагинальное латентное время эякуляции было меньше 2 мин с тем же самым партнером в течение по крайней мере 6 мес. Все пациенты были оценены с помощью объективных и обычных лабораторных методов исследования. Если имела место эректильная дисфункция, то также проводилась пенильная доплеровская ультрасонография. Для статистических сопоставлений использовали тест χ^2 . Из 66 пациентов с хроническим тазовым болевым синдромом у 51 имела место преждевременная эякуляция (77,3%), которая у 10 пациентов (15,2%) сочеталась с эректильной дисфункцией. Пенильная доплеровская ультрасонография не выявила никакой сосудистой патологии у этих 10 мужчин. Частота преждевременной эякуляции была достоверно выше у пациентов основной группы по сравнению с контрольной ($P < 0,05$). Было отмечено, что у турецких мужчин с синдромом хронической тазовой боли процент психогенных сексуальных проблем был выше, чем в контроле.

Дисгормональная модель. Также может быть выделена дисгормональная модель формирования сексуальных расстройств у больных хроническим простатитом. Приводятся данные, которые могут объяснить снижение либидо при этой патологии. Его причиной может стать гипоандрогения, которая свойственна пациентам с затяжным простатитом [4,18]. Высказывается известное мнение, что предстательная железа и яичко находятся в положительной коррелятивной зависимости. При нарушении функционирования одного из названных органов страдает другой, в данном случае – яичко, что приводит к уменьшению его андрогенной продукции. Кроме того, предстательная железа отвечает за метаболизм половых гормонов. Поэтому при ее воспалении этот метаболизм может нарушаться [по 3]. Снижением андрогенной насыщенности может быть объяснено и ослабление эрекций [19].

Вегетодисфункциональная модель. Сексуальные нарушения при хроническом простатите можно было бы объяснить и вегетативным дисбалансом, так как указанные нарушения при названной патологии сопровождаются дисфункцией вегетативной нервной системы. В связи с дисбалансом симпатической и парасимпатической нервной системы, а также угнетением спинальных центров эрекции, некоторые больные отмечают ослабление и даже исчезновение спонтанной (утренней) эрекции. Поэтому можно было бы говорить и о вегетодисфункциональной модели сексуальных расстройств у больных хроническим простатитом.

Смешанная модель (микст-модель). Формирование различных сексуальных дисфункций или их сочетаний при разных вариантах хронического простатита может объяснить модель, которая названа нами смешанной моделью или микст-моделью. Эта модель позволяет учесть все представленные выше возможные механизмы формирования данных дисфункций при названной патологии.

Интегративная (холистическая, системная) модель. Профессиональный подход к диагностике сексуальных дисфункций у больных хроническим простатитом позволяет установить, каким образом они связаны с этим заболеванием. По данным И. И. Горпинченко [10] различные нарушения копулятивного цикла (сексуальные дисфункции) имеют место у 41% больных с названной патологией. При обследовании 119 мужчин с хроническим простатитом, у которых отмечались сексуальные дисфункции, автор выявил, что у 73 (61,3%) из них хронический простатит был основной причиной этих дисфункций (1-я группа), а у 46 (38,7%) – не был таковой (2-я группа – больные, у которых нарушение сексуальной функции предшествовало появлению простатита). В 1-й группе изолированное поражение эякуляторной составляющей, вызванное простатитом, было установлено лишь у 7 (9,5%) пациентов; расстройство двух составляющих копулятивного цикла имело место у 40 (54,9%) больных, а у 26 (35,6%) отме-

чалось сочетанное нарушение эякуляторной, психической и нейрогуморальной составляющих. Во 2-й группе поражение двух составляющих копулятивного цикла имело место у 32,6% больных, а трех – у 67,4%. Выявлено, что у 60,9% больных этой группы присоединение хронического простатита усугубляло тяжесть сексуального расстройства, а у 39,1% – не оказывало существенного влияния на сформировавшееся сексуальное расстройство. Установлено, что в формировании сексуальных нарушений при простатите весомое место занимает конституциональный фактор (слабость половой конституции предрасполагает к развитию сексуальных расстройств у больных хроническим простатитом).

Автор также отмечает, что даже при расстройстве половой функции у больных, которое имеет соматическую основу (хронический простатит), существенное значение имеют психические изменения, оказывающие влияние на клинику сексуального расстройства. У больных 1-й группы нарушения в психоэмоциональной сфере выявлены в 78% случаев, а среди больных 2-й группы – у 93,5%. Изучая роль психоэмоциональных факторов в развитии сексуальных нарушений, И. И. Горпинченко установил, что у 60,2% больных 1-й группы имела место врожденная «психопатологическая отягощенность», а у 17,8% больных этой группы и 26,5% больных 2-й группы психические расстройства были вызваны основным заболеванием.

Далее автор отмечает, что в формировании стойкого нарушения половой функции у больных простатитом играют роль не только невротические расстройства, связанные с основным заболеванием, но и неблагоприятные отношения между супругами. Так, лишь супруги 18,5% пациентов с пониманием отнеслись к временному снижению половой активности, связанному с воспалительным заболеванием уrogenитальной сферы, и вели себя тактично. Подавляющее же большинство жен (81,5%) обследованных мужчин с расстройством половой функции своим неправильным поведением

способствовали дополнительной психотравматизации пациентов. Из этого следует, заключает автор, что как при обследовании, так и при лечении больных с сексуальными нарушениями следует уделять внимание анализу семейно-брачных отношений и проведению разъяснительной психопедагогической работы с женами пациентов.

Характеризуя сексуальные дисфункции у больных хроническим простатитом и их динамику, цитируемый автор сообщает, что половые расстройства при хроническом простатите развиваются стадийно. Вначале появляется ускорение эякуляции, затем, при определенных условиях (поражение психической и нейрогуморальной составляющих), присоединяется снижение эрекции, а при более значительных нарушениях регулирующих систем – изменяется либидо. Также автор делает заключение, что в развитии сексуальных нарушений у больных хроническим простатитом существенное значение имеет предрасположенность к сексуальному расстройству, обусловленная поражением психической составляющей копулятивного цикла (78%) и нарушением нейрогуморальной ее составляющей (55,4%).

Позже И. И. Горпинченко [9] охарактеризовал сексуальные дисфункции у больных хроническим простатитом, их динамику и механизмы формирования следующим образом. Он отметил, что первоначально сексуальные расстройства при неосложненном простатите проявляются относительным ускорением эякуляции, а также стертостью и болезненностью оргастических ощущений. Нарушения же других фаз копулятивного цикла могут быть объяснены сопутствующей патологией. Так, снижение либидо у данной категории больных может быть как психогенно обусловлено длительным, сопровождающимся болями воспалительным процессом, так и вызвано снижением андрогенной насыщенности. Этими же механизмами может быть объяснено и ослабление эрекции. Изменение оргастических ощущений автор, в частности, объясняет тем, что примерно у 1/3 больных хронический проста-

тит сочетается с задним уретритом и колликулитом, а семенной бугорок, как известно, является тем местом, где зарождается ощущение оргазма при выбросе семени через узкие семяизвергающие устья. Точно такое же объяснение механизмов формирования сексуальных дисфункций при данной патологии приводят А. А. Камалов и соавт. [19].

И. А. Ланцберг, О. З. Лившиц [32] для выяснения значения воспаления предстательной железы в формировании половых расстройств методом структурного анализа изучили две группы больных. Первая группа состояла из 50 чел., обратившихся за урологической помощью «с жалобами, характерными для заболеваний урогенитальной сферы». У всех этих пациентов был диагностирован хронический простатит. Во вторую группу вошло 102 больных с жалобами на половое расстройство (что и стало причиной их обращения за медицинской помощью), у которых также имел место простатит, который рассматривался как ведущий фактор, обусловивший развитие сексуальных нарушений. В первой группе при активном опросе сексуальные расстройства удалось выявить у 9 (18%) из 50 больных.

Объективное исследование (выраженность пальпаторных изменений) и данные микроскопии секрета позволили условно разделить поражения предстательной железы на четыре стадии. Полученные данные свидетельствовали об относительно равном распределении больных в обеих группах в зависимости от стадии поражения предстательной железы. Однако сексологические расстройства в первой группе имели место в 18% наблюдений, а во второй – в 100%. Объяснение этому исследователи попытались найти, оценивая не только состояние предстательной железы, патология которой свидетельствовала о поражении эякуляторной составляющей копулятивного цикла, но и степень вовлечения других составляющих данного цикла.

У всех больных первой группы, у которых имели место сексуальные нарушения (9 чел.), была выявлена выраженная

нейрогуморальная стигматизация. Вместе с тем зависимости между степенью поражения предстательной железы, а также наличием и характером полового расстройства выявить не удалось. Это позволило авторам сделать предположение, что хронический простатит, возникший на фоне преморбидно ослабленной нейрогуморальной составляющей, по-видимому, явился разрешающим фактором, который привел к возникновению полового расстройства. Подтверждение этого предположения исследователи выявили при анализе 102 клинических наблюдений, составивших вторую группу, где поражение одной составляющей имело место у 15 чел. (14,7%), двух – у 47 (46%), трех – у 40 (39,3%). Авторы сообщают следующее:

«При изолированном поражении одной эякуляторной составляющей, несмотря на грубые изменения предстательной железы, в подавляющем большинстве случаев сексуальные нарушения проявлялись в относительно легкой форме. Изучение группы больных с сочетанным поражением двух составляющих позволило установить отсутствие параллелизма между степенью нарастания тяжести половых нарушений и характером (выраженностью) деструктивных изменений предстательной железы. Тяжелым синдромологическим расстройствам половой функции (у 33 чел. из 47, т. е. в 71% случаев) соответствовали преимущественно легкие формы поражения предстательной железы) (у 27 чел. из 47, т. е. в 58% случаев).

Таким образом, независимо от стадии поражения предстательной железы, при сочетанном поражении двух составляющих выраженность сексуальных расстройств нарастает. Еще более иллюстративно это прослеживается в группе больных при сочетанном поражении трех составляющих: из 40 наблюдений в 36 имелись тяжелые синдромологические нарушения половой функции. При этом в противоположность предыдущей группе с сочетанным поражением двух составляющих, в данной группе преобладали тяжелые поражения предстательной железы.

На основании анализа всего материала в целом авторы следующим образом представили патогенез половых расстройств при простатитах. Благодаря взаимному влиянию всех составляющих полового акта, дефект, создаваемый поражением одной из них, но при сохранности других, может полностью или частично компенсироваться. Подобное положение имеет место также и при изолированном, но грубом поражении только одной, в частности, эякуляторной составляющей. При глубоком поражении одной эякуляторной и особенно двух и более составляющих снижается надежность функционирования всей системы в целом и возрастает чувствительность ее к различного рода патогенным влияниям [32].

В результате проведенных исследований авторами были сделаны следующие выводы:

1. Хронический простатит влечет за собой развитие половых нарушений лишь при грубых деструктивных изменениях в предстательной железе.

2. Хронический простатит, который свидетельствует о поражении эякуляторной составляющей, в сочетании с поражением другой или нескольких других составляющих копулятивного цикла может явиться разрешающим фактором в формировании нарушений половой функции.

3. Выраженность сексуальных расстройств зависит как от числа вовлеченных составляющих копулятивного цикла, так и от степени поражения предстательной железы.

В. В. Кришталь, С. Р. Григорян [30], обобщая литературные данные о взаимоотношении между хроническим простатитом и половыми расстройствами, отмечают, что при хроническом простатите сексуальная дисфункция возникает не у всех больных. В ее генезе имеют значение длительность заболевания, распространенность и интенсивность воспалительного процесса в железе, половая конституция, нервно-психическое и физическое состояние больного. Отмечается, что при хорошем нейроэндокринном обеспечении сексуальной функции,

сильной половой конституции и высоком уровне межличностной адаптации супругов даже при поражении простаты сексуальные расстройства могут не возникать.

Модель развития сексуальных расстройств у больных хроническим простатитом, учитывающую влияние на их формирование и развитие поражения различных составляющих купулятивного цикла, а также воздействие нарушений межличностных отношений, в том числе обусловленных сексуальной патологией, мы предлагаем называть интегративной, холистической или системной моделью. Отличие этой модели от микст-модели заключается в том, что последняя, определяя влияние различных факторов в генезе сексуального расстройства, не учитывает их взаимодействия, т. е. не рассматривает данное расстройство как систему с качествами, которые присущи только ей и не сводятся к простому суммированию результатов различных неблагоприятных воздействий. Она в полной мере учитывает также влияние predisposing и усугубляющих факторов. Такая модель базируется на системном подходе, в полной мере учитывающем сложность обеспечения сексуальной функции.

4.3.4.3. Диагноз и установка

Предпринимаемые в настоящее время попытки отрицать возможное негативное влияние простатита на сексуальные функции по соматическим механизмам целесообразно рассматривать как очередной «виток» пересмотра представлений по этой проблеме, что демонстрируют рассуждения, приводимые Г. С. Васильченко [7] (приложение 5). Однако существуют данные, которые свидетельствуют о том, что отрицание роли простатита в развитии сексуальных дисфункций по названным механизмам не является на нынешнем «витке» представлений всецело доминирующим. Так, Juza Chen, П. А. Щеплев, Б. Р. Гвасалия и соавт. [51], характеризуя современный взгляд на этиологию преждевременной эякуляции, среди других факторов называют заболевания простаты. На сайте известной клиники США (Mayo Clinic) воспаление и ин-

фекция простаты или уретры, как отмечалось нами ранее, также рассматриваются как биологические причины названной дисфункции [74]. А. А. Камалов и соавт. [19] утверждают, что хронический простатит может выступать в роли предрасполагающего, провоцирующего («запускающего») и усугубляющего (вторичного по отношению к сексуальному нарушению) фактора в развитии сексуальных расстройств.

По нашему мнению, простатит может приводить к возникновению сексуальных нарушений по соматическим механизмам. Эти нарушения могут усиливаться под влиянием психических расстройств невротического уровня, развивающихся на фоне простатита. Помимо этого, эти усугубляющие простатит невротические расстройства (реакция на заболевание) сами по себе способны вызвать сексуальные нарушения. В развитии этих расстройств и, в частности, «невроза ожидания неудачи» определенную роль может играть установка на то, что простатит неминуемо ведет к развитию сексуального расстройства (вспомним телевизионную рекламу, популяризирующую некоторые фармакологические препараты). Негативное влияние на сексуальную сферу у больных хроническим простатитом могут оказывать плохие межличностные отношения в супружеской/сексуальной паре, которые могут предшествовать возникновению сексуального расстройства или развиваться в связи с его возникновением.

Следует подчеркнуть, что кардинальное изменение во взглядах на роль того или иного заболевания в генезе сексуальных дисфункций должностораживать. Если несколько лет назад специалист абсолютно не сомневался в том, что какая-то патология соматогенным путем может приводить к их развитию, а в настоящее время абсолютно уверенно утверждает обратное, то это, скорее всего, говорит об изменении его установки, а не об отсутствии названной детерминации (или внезапном ее исчезновении).

4.3.4.4. Современные исследования, свидетельствующие о роли хронического простатита в генезе преждевременной эякуляции

Попытка полного отрицания возможного непосредственного влияния простатита на сексуальную сферу может быть оспорена на основании результатов специальных исследований. Так, в одной из работ [53] сообщается об исследовании, в котором участвовало 145 мужчин с вторичной преждевременной эякуляцией (secondary premature ejaculation; SPE). У 94 чел. (64,8%) из них был диагностирован хронический бактериальный простатит. Из названных 94 пациентов с SPE и хроническим бактериальным простатитом 20 пациентов не получали лечение и составили контрольную группу. Остальные 74 пациента с PE и хроническим простатитом лечились в течение 1 мес антибиотиками с учетом чувствительности к ним микрофлоры. После лечения у всех этих пациентов была достигнута бактериальная санация. У 62 пациентов (83,9%) из этих 74 увеличилось интравагинальное латентное время эякуляции. Они также сообщили о хорошем контроле над эякуляцией и были оценены как хорошо реагирующие на лечение. Ни у одного из пациентов контрольной группы не было отмечено никакого улучшения ни в плане уменьшения инфицирования простаты, ни в отношении увеличения продолжительности полового акта. Сделано заключение, что санация пациентов с PE и хроническим простатитом может вести к увеличению интравагинального латентного времени эякуляции и улучшению контроля над ней.

В другой статье сообщается, что было обследовано 210 гетеросексуальных мужчин с PE и воспалением простаты. У 155 мужчин PE была приобретенной, а у 55 существовала с начала половой жизни (lifelong). Всех участников исследования попросили заполнить the National Institutes of Health-Chronic Prostatitis Symptom Index (NIH-CPSI). Проводилось микробиологическое исследование. Антибиотики употреблялись 184 мужчинами в течение 4 нед с учетом чувствительности к ним

миклофлоры. Двадцать шесть пациентов не получали антибактериальную терапию или отказались от нее (группа сравнения, нелеченная группа). Повторная клиническая оценка проводилась спустя 28 дней. Были получены следующие результаты. Только у двух из этих 26 мужчин (7,7%) из нелеченной группы увеличилось интравагинальное латентное время эякуляции по сравнению с 109 из 184 мужчин (59,0%), которые получали антибактериальную терапию ($P=0,0001$). После проведенного лечения 90 из 155 мужчин (58,0%) с приобретенной PE сообщили, что их IELT > 2 мин; такие же результаты были достигнуты лишь у 21 из 55 мужчин (38,2%), у которых PE имела место с начала половой жизни ($P=0,012$). Сделан вывод, что антибактериальная терапия полезна в лечении PE, связанной с воспалением простаты, а лечение наиболее эффективно у мужчин с приобретенной (acquired) преждевременной эякуляцией [99].

Косвенным подтверждением роли простатита в генезе PE могут служить следующие данные. Было обследовано 153 гетеросексуальных мужчины в возрасте от 29 до 53 лет с преждевременной эякуляцией и 100 здоровых мужчин. Проводились микробиологические исследования. Никаких существенных различий между пациентами и контролем по возрасту, образованию и частоте половых актов выявлено не было. Воспаление простаты было диагностировано у 64%, а хронический бактериальный простатит у 52% пациентов с преждевременной эякуляцией, что достоверно превышало частоту этих патологий в контроле ($P<0,05$). Сделан вывод о высокой распространенности хронического простатита у пациентов с преждевременной эякуляцией, что диктует необходимость исследования состояния простаты у пациентов с данной сексуальной дисфункцией [88].

О высокой распространенности сексуальных расстройств у больных хроническим простатитом свидетельствует и следующее исследование. Анкетный опрос 2000 субъектов, которым на основании клинического обследования и

исследования секрета предстательной железы был установлен данный диагноз, выявил, что распространенность копулятивных нарушений у них составила 49,0%. У 26,2% субъектов имела место преждевременная эякуляция, у 15,0% – эректильная дисфункция, а у 7,7% больных эти два симптома существовали одновременно [63, 64].

Интересно мнение итальянских исследователей по анализируемой проблеме. Так, E. Screponi et al. [86] сообщают, что ими были оценены анализы мочи до и после массажа простаты и анализы секретов предстательной железы у 46 пациентов с преждевременной эякуляцией и у 30 лиц контрольной группы (с использованием бактериологических исследований). Определяли процент преждевременной эякуляции у лиц с выявленным хроническим простатитом. Воспаление простаты было диагностировано у 56,5%, а хронический бактериальный простатит выявлен у 47,8% субъектов с преждевременной эякуляцией. Различия с контрольной группой оказались статистически достоверными ($P < 0,05$). На основании полученных данных авторы высказывают предположение о роли хронического воспаления простаты в патогенезе некоторых случаев преждевременной эякуляции и подчеркивают важность тщательного изучения состояния простаты перед любой фармакологической или психосексуальной терапией, используемой при РЕ. Предположительный характер высказываний о возможной роли воспаления простаты в генезе сексуальных расстройств обусловлен тем, что данная публикация относится к 2001 г. Во вводной части статьи ученые отмечают: «Этиологию преждевременной эякуляции в настоящее время считают психологической по своей природе. Однако должна быть рассмотрена возможность, что урологические, гормональные или неврологические факторы могут внести вклад в это состояние». С тех пор многое изменилось даже в представлениях западных ученых.

В 2003 г. было проведено специальное исследование, направленное на выявление распространенности хроническо-

го простатита у мужчин с преждевременной эякуляцией. Проводились анализы мочи (до и после массажа простаты) и секрета простаты у 106 пациентов с преждевременной эякуляцией, а также у 38 чел. контрольной группы. Осуществлялись и бактериологические исследования. Была определена частота преждевременной эякуляции у 120 пациентов с хроническим простатитом. Воспаление простаты было найдено у 46,2%, а хронический бактериальный простатит у 34,7% субъектов с преждевременной эякуляцией. По сравнению с контролем результаты были статистически достоверны ($P < 0,05$). Распространенность преждевременной эякуляции у пациентов с хроническим простатитом составила 47,5%. Авторы пришли к выводу, что хроническое воспаление простаты может играть роль в патогенезе некоторых случаев преждевременной эякуляции, и важно проводить тщательное исследование состояния этого органа перед началом терапии преждевременной эякуляции [96].

4.3.5. Урогенитальные сексологические расстройства, осложнившиеся стойким нарушением механизмов нервной регуляции

В качестве причины преждевременной эякуляции Г. С. Васильченко [5] называет и урогенитальные сексологические расстройства, осложнившиеся стойким нарушением механизмов нервной регуляции (вторичная патогенетическая форма преждевременной эякуляции). Основным их этиологическим фактором являются запущенные локальные урогенитальные расстройства, а патогенез определяется способностью сложных нервных формирований долго удерживать состояние повышенной или сниженной активности. Если в одних случаях эти стойкие ирритативные или тормозные очаги не выходят за пределы приорганых вегетативных узлов или сплетений, то в других возникают изменения межцентральных нервных

отношений различных уровней вплоть до высших кортикальных центров регуляции уrogenитальных автоматизмов.

В руководстве по общей сексопатологии формирование характеризуемого синдрома описано более подробно [37, с. 441–442]. Так, сообщается следующее: «В ряде случаев, однако, ни нормализация ритма половой активности (позволяющая отдифференцировать абстинентную форму), ни урологическое лечение (позволяющее отдифференцировать наличие урологического расстройства) уже не дают положительных 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 определенной интенсивности и длительности в силу пластичности, свойственной высшим уровням нервной системы, 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 центральной нервной системе, и обозначается как синдром вторичной патогенетической титуляризации. 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 отдаленными иннерваторными сег-

ментами, порожденные в разгаре патологического процесса, могут персистировать».

Важнейшим дифференциально-диагностическим признаком, отличающим характеризующую патологию от чисто урологической, является персистирование функциональных сексологических проявлений (главным образом ускорения эякуляций, реже сочетанного ослабления спонтанных и адекватных эрекций), несмотря на явные признаки санации предстательной железы, которые выявляются при ректальном пальпаторном исследовании и лабораторными методами. Рассматриваемую патологию следует также дифференцировать с невротической фиксацией, когда персистирование сексуальных дисфункций определяется развитием невроза ожидания неудачи [5] .

4.3.6. Поражения спинного мозга

И. Я. Юнеман [46] изучал состояние сексуальных функций у 229 мужчин с различными поражениями спинного мозга (травмы, инфекционные заболевания, опухоли) и выявил, что половые расстройства, наряду с другими нарушениями функций тазовых органов, встречаются у них в 97,8% случаев. Совместно с О. Г. Коганом им была разработана клинико-функциональная классификация половых расстройств, являющаяся частью общей патогенетической классификации Г. С. Васильченко [22, 37]. В частности, были выделены два синдрома – проводниковый и сегментарный. О сегментарном синдроме речь идет при поражении сегментов спинного мозга, в которых расположены соответствующие центры эрекции и эякуляции, а также при поражении конского хвоста. Проводниковый тип возникает при поражении проводящих путей, связывающих половые спинальные центры с вышележащими отделами ЦНС – подкорковыми структурами и корой головного мозга. Среди выделенных клинических вариантов расстройств эякуляции у спинальных больных, прекоксэякуляторный вариант диагностировался довольно редко (в 3,6%

случаев) и только при частичном поражении спинного мозга. Его частота была идентичной при обоих синдромах. Основной клинической особенностью данного варианта является очень быстро наступающее семяизвержение при более или менее удовлетворительной степени напряжения члена и сохранности других компонентов копулятивного цикла. Механизм развития преждевременной эякуляции в данном случае объясняют патологически повышенной ирритативной возбудимостью эякуляторного центра.

4.3.7. Нарушения на уровне гипоталамо-лимбико-ретикулярного комплекса

Преждевременная эякуляция, связанная с нарушениями на уровне гипоталамо-лимбико-ретикулярного комплекса, характеризуется тем, что при этом всегда присутствуют сопутствующие эмоциональные и вегетативные нарушения. Также характерно сочетание расстройств эякуляции с расстройствами эрекции и снижением либидо. Нарушения, связанные с данным уровнем регуляции, могут быть функциональными и органическими [43].

Вследствие регулирующей функции, которую оказывает гипоталамус на гипофиз, у больных могут иметь место те или иные эндокринные нарушения. А. П. Журавель [14] сообщает, что приблизительно у половины больных с нарушением половых функций, обусловленным патологией гипоталамуса, изменялась продолжительность полового акта, что выражалось преждевременным или задержанным семяизвержением. Автор отмечает, что это расстройство, как правило, возникало на фоне ослабления полового влечения и эрекции и чаще не становилось ведущим в клинической картине половых нарушений.

4.3.8. Синдром парацентральных долек

Преждевременная эякуляция может быть обусловлена органическим поражением коры головного мозга. Г. С. Васильченко [6, 7] описал синдром парацентральных долек (СПД), который в наиболее частом клиническом варианте обусловлен первичным поражением высших корковых центров регуляции уrogenитальных автоматизмов (опорожнение мочевого пузыря и прямой кишки, семяизвержение). Хотя его этиология в большинстве случаев остается невыясненной, предполагается действие патогенных факторов в антенатальном периоде или родовая травма. Реже синдром возникает вследствие травм соответствующей локализации у взрослых. В основе его патогенеза лежит высвобождение соответствующих спинальных автоматических функций (в частности, эякуляции и выведения мочи) из-под контроля высших регуляторных центров коры головного мозга.

В отдельных случаях с помощью ЭЭГ удавалось выявить в качестве патогенетического механизма непровольную стимуляцию эпилептогенного очага в парацентральных долях. При опросе таких больных выясняется, что преждевременное семяизвержение имеет у них место с начала половой жизни. Исключения составляют редкие случаи органического поражения парацентральных долек после периода нормальной половой жизни. Также больные жалуются на учащенные императивные позывы к мочеиспусканию (поллакиурия), а при активном опросе удается установить, что в анамнезе у них энурез отмечался за пределами нормативных возрастных границ его прекращения (т. е. после 4–5 лет). У некоторых пациентов он имеет место и на момент обращения за сексологической помощью.

Характерным является то, что продолжительность полового акта при данной патологии существенно не увеличивается даже при повторных сношениях с короткими интервалами. Исключения составляют случаи, когда названный синдром сочетается со слабой половой конституцией, обусловленной

задержкой или дисгармонией пубертата, что ведет к значительному увеличению длительности повторных половых актов.

Для больных с СПД характерно наступление первых поллюций в более ранние сроки, чем следовало бы ожидать, исходя из их половой конституции. В случаях сочетания этого синдрома со слабой половой конституцией возраст первой эякуляции может не выходить за среднестатистические рамки. Кроме того, ночные поллюции у мужчин с СПД более частые, они могут возникать повторно в течение ночи, а максимальный эксцесс у этих мужчин (максимальное количество завершенных половых актов, когда-либо совершенных в течение суток) не соответствует их половой конституции, превышая ожидаемые показатели. Помимо ночных поллюций, у этих больных могут также иметь место поллюции дневные (адекватные и неадекватные). В ряде случаев частота поллюций может маскироваться мастурбацией, к которой прибегают даже лица со значительно ослабленной половой конституцией. Неврологическая симптоматика свидетельствует о топической локализации в парацентральных долях. Так, имеют место признаки избирательного нарушения пирамидной иннервации дистальных отделов ног в форме инверсий рефлексогенных зон ахилловых рефлексов (ахиллов рефлекс вызывается с передней поверхности ноги), клонусов стоп, симптомов Бабинского, Россолимо и их аналогов, избирательного снижения подошвенных рефлексов, а также анизокория, симптомы орального автоматизма и др.

Г. С. Васильченко [7, с. 8–9] выделил 6 степеней выраженности инверсии рефлексогенной зоны ахиллова рефлекса.

ИРЗ-1 (итеративная) – рефлекс вызывается только с самого дистального отдела голени и только при суммированном раздражении путем нанесения молоточком серии ударов, следующих с короткими (несколько короче секунды) интервалами (рис. 1, А).

ИРЗ-2 (легкая) – рефлекс также вызывается только с самого дистального отдела голени, но без итерации, при одиночном ударе молоточком (рис. 1, Б).

ИРЗ-3 (умеренно выраженная) – рефлекс вызывается одиночным ударом в пределах дистальной трети голени. Здесь, как и при последующих степенях выраженности ИРЗ, во избежание итерации интервалы между отдельными ударами выдерживаются в пределах 3–4 с (рис. 1, В).

ИРЗ-4 (значительная) – рефлекс вызывается в пределах дистальной половины голени (рис. 1, Г).

ИРЗ-5 (тотальная) – рефлекс вызывается в пределах всей передней поверхности голени (рис. 1, Д).

ИРЗ-6 (резко выраженная) – рефлекс вызывается с любой точки голени и с дистальных отделов бедра (рис. 1, Е).

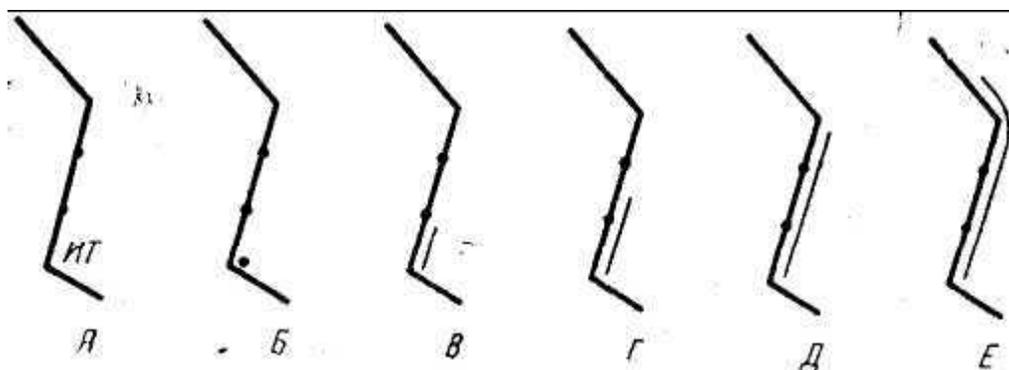


Рис. 1. Степени выраженности инверсии рефлексогенной зоны ахиллова рефлекса [7].

В практике встречаются случаи, когда изначально мужчина не считает, что у него имеет место сексуальное нарушение, и только при получении информации или в результате ухудшившихся отношений с женой начинает задумываться и приходит к выводу о его наличии. При фиксации внимания на преждевременной эякуляции может постепенно развиваться синдром тревожного ожидания сексуальной неудачи, который способен привести к еще большему ускорению ее наступления, а также к расстройствам эрекции, обусловленным неспецифическим влиянием тревожного опасения, не связанным с

его содержанием (больной опасается именно наступления преждевременного семяизвержения, но это приводит не только к уменьшению продолжительности полового акта, но и к ослаблению или даже исчезновению эрекции при интимной близости). Реакция на сексуальные проблемы также может ослабить половое влечение [26].

Следует отметить, что указанная типичная для СПД сексологическая симптоматика может не сопровождаться указанными выше урологическими нарушениями или объективными неврологическими знаками, так как корковые ареалы, контролирующие мочевой пузырь, лишь соседствуют с зоной контроля эякуляции, но не совпадают с ней, а объективная симптоматика, обусловленная избирательным вовлечением участков пирамидной иннервации, топически локализованных в самых верхних отделах парацентральных долек, также принадлежит к разряду симптомов «по соседству». Поражение же нижней уrogenитальной части парацентральных долек, которое обуславливает специфику клинических проявлений СПД, никакими объективными неврологическими симптомами не проявляется (рис. 2).

Дифференцировать данный синдром следует, в частности, от простатита/простатовезикулита с сексуальными дисфункциями, уrogenитальных сексологических расстройств, осложнившихся стойким нарушением механизмов нервной регуляции (вторичная патогенетическая форма преждевременной эякуляции), эндогенных процессуальных развитий, имитирующих его сексологическую феноменологию. В связи с последними исследованиями, свидетельствующими о возможности существования с начала половой жизни преждевременной эякуляции, в генезе которой принимают участие генетические факторы, объем дифференциальной диагностики СПД увеличивается.

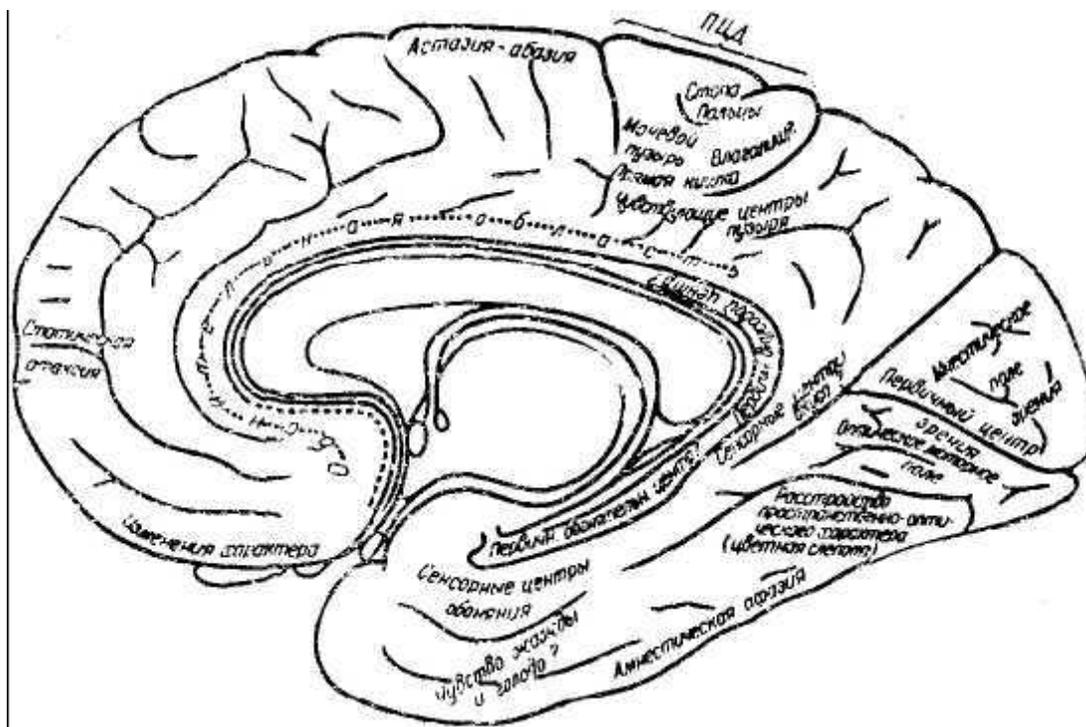


Рис. 2. Карта локализации корковых функций (по Экономо и Коскинас).
[по 7, с. 54]. Примечание: ПЦД – парацентральная долька.

4.3.9. Гипертиреоз

Изучалась связь между гипертиреозом и преждевременным семяизвержением. А. Cihan at al. [52] определяли распространенность преждевременного семяизвержения у пациентов с указанной патологией и внутривлагалищное латентное время эякуляции до и после лечения гипертиреоза. Были обследованы пациенты с гиперфункцией щитовидной железы, которые не лечились в связи с названной патологией. С помощью секундомера пациент или его партнера оценивали внутривлагалищное латентное время эякуляции. Также определялась тревожность пациента. Изменения фиксировались спустя 8 нед лечения гипертиреоза после достижения эутиреоидного состояния. Из 43 пациентов, средний возраст которых был $48,0 \pm 8,8$ лет, преждевременное семяизвержение имело место у 31 (72,1%). У пациентов с гипертиреозом, у которых диагностировалась данная сексуальная дисфункция,

выраженность тревоги была выше. Отмечена корреляция между концентрацией тиреоидстимулирующего гормона в сыворотке крови и IELT. У 24 пациентов, которые пролечились, выявилось статистически существенное увеличение IELT после достижения эутиреоидного состояния. На основании полученных результатов авторы пришли к заключению, что избыток тиреоидного гормона и преждевременное семяизвержение – клинически взаимосвязанные феномены, а гипертиреоз следует рассматривать как новый этиологический фактор риска возникновения преждевременного семяизвержения.

4.3.10. Генетические факторы

В своей статье В. Schapiro (Бернхард Шапиро) отметил, что некоторые мужчины – члены семьи мужчин с PE также имеют PE [85]. Много лет спустя М. D. Waldinger et al. (1998) выдвинул гипотезу, что и IELT и существующая на протяжении всей половой жизни (lifelong) PE у некоторых мужчин – генетически детерминированы [по 56]. Эта гипотеза была поддержана сообщением М. D. Waldinger et al. [95] о высокой распространенности lifelong PE среди мужчин-родственников первой линии голландских мужчин с lifelong PE.

В последнее время были получены данные, которые также свидетельствуют о роли генетического фактора в генезе преждевременной эякуляции. Так, в Финляндии были осуществлены близнецовые исследования, в которых участвовало 3946 близнецов и их родных братьев (возраст от 18 до 48 лет; среднее значение = 29,9 г). Существенный умеренный генетический эффект (28%) был обнаружен для PE, чего не отмечалось в отношении ретардированной эякуляции. Значимая связь была обнаружена между эякуляторной функцией и возрастом, но влияние последнего было очень слабым [57]. Такой же генетический эффект (28%) был выявлен в исследовании финских авторов на меньшей выборке, результаты которого были опубликованы двумя годами ранее [58].

Также проводились исследования на генетическом уровне [83], в которых участвовало 82 мужчины с преждевременной эякуляцией, существующей с начала половой жизни, и 82 здоровых мужчины контрольной группы. Полученные результаты свидетельствовали о том, что нарушение генетического контроля системы серотониновой регуляции предрасполагает к возникновению указанной сексуальной дисфункции. В другой работе отмечается, что существует лимитированное корреляционное доказательство, свидетельствующее о том, что у мужчин с РЕ имеет место унаследованная измененная чувствительность центральных рецепторов серотонина [67].

Waldinger et al. [94] выдвинули гипотезу, что существующую на протяжении всей половой жизни (lifelong) РЕ у мужчин можно объяснить или гипосенситивностью 5-НТ2С¹ и/или гиперчувствительностью 5-НТ1А рецепторов. Они выдвинули гипотезу, что мужчины с низкой нейротрансмиссией серотонина и вероятной гипосенситивностью 5-НТ2С рецепторов могут иметь более низкий генетически детерминированный эякуляторный порог и эякулировать при минимальной стимуляции. M. Waldinger, D. H. Schweitzer (2008) отмечают, что серотониновая дисрегуляция как этиологическая гипотеза существования РЕ объясняет только маленький процент (2–5 %) жалоб на преждевременную эякуляцию в общей популяции [по 56].

В работах последних лет вообще в качестве причины преждевременной эякуляции часто фигурирует нарушение серотонинергической регуляции. Так, отмечается, что РЕ – частая сексуальная дисфункция, которая опосредуется главным образом нарушениями серотонинергической нейротрансмиссии и определенными серотониновыми рецепторами и в меньшей степени окситоцинергической нейротрансмиссией в ЦНС [92].

¹ 5-НТ (5-гидрокситриптамин, серотонин)

Первое изучение влияния ДНК на РЕ было выполнено P. Janssen, S. Bakker, J. Rethelyi, A. Zwinderman, D. Touw, B. Olivier et al. (2009) среди 89 голландских мужчин с lifelong PE, у которых IELT было определено с помощью stopwatch [по 56]. Полученные данные были сопоставлены с результатами обследования физически и психически здоровых голландских кавказских мужчин (речь идет о европеоидной расе). Это сопоставление продемонстрировало ассоциацию между полиморфизмом 5-HTLPR гена и продолжительностью IELT. Мужчины с lifelong PE с LL генотипом, у которых IELT был менее 1 мин, эякулировали быстрее, чем мужчины с lifelong PE с SL и SS генотипом. Однако исследование выявило, что не было никакого различия в распространенности LL, SL и SS генотипов среди мужчин с lifelong PE по сравнению с их частотой у здоровых мужчин. Полученные результаты поддерживают модель генетической предрасположенности lifelong PE, а не представление, согласно которому в основе lifelong PE у всех мужчин лежат генетические влияния.

Недавнее открытие шведских и финских ученых также свидетельствует о возможном участии генетического фактора в развитии преждевременной эякуляции. Исследовали 1290 мужчин в возрасте от 18 до 45 лет, которые сдавали на анализ слюну. В ходе исследования было установлено, что преждевременная эякуляция обусловлена дефектом гена, который контролирует выброс допамина (анализ ДНК). Речь идет о гене-переносчике допамина (the dopamine transporter gene; DAT1). Результаты анализов показали, что у мужчин, имеющих немного иную форму гена, чаще имеет место преждевременная эякуляция [84]. Специалисты надеются, что лекарства, вызывающие «всплеск» допамина в мозге, могли бы использоваться для лечения больных с РЕ.

4.4. Влияние преждевременной эякуляции на психозэмоциональное состояние мужчин, их партнерш, отношения между ними

Проводились исследования, результаты которых свидетельствуют о влиянии РЕ на психозэмоциональное состояние самих пациентов, их партнерш, а также отношения между ними. Т. Symonds et al. [90] осуществили интервью с 28 мужчинами, которые считали, что у них имеет место РЕ. Эти мужчины сосредоточились на двух главных темах: воздействие на уверенность в себе, а также текущие и будущие отношения. Результаты этого интервью свидетельствуют о том, что РЕ оказывает качественное влияние на индивидуума.

D. Rowland et al. [80] провели четырехнедельное мультицентровое исследование, в котором участвовали субъекты с РЕ (n=207) и без нее (n=1380). Диагностика проводилась согласно критериям DSM-IV-TR. Использовались опросники, в которых личностный дистресс оценивался по пятипунктовой шкале (0 [отсутствует вообще] – 4 [экстремальный]). По такой же шкале оценивались и трудности в межличностных отношениях (0 [очень плохие] – 4 [очень хорошие]). Помимо этого, применялись 2 субшкалы опросника самооценки и взаимоотношений (Self-Esteem and Relationship [SEAR] questionnaire) (сексуальные отношения [пункты 1–8] и доверие [пункты 9–14]; шкала от 0 до 100). Чтобы сравнить ответы субъектов с РЕ и без РЕ, использовали два варианта t-теста. Среди больных с РЕ 88,4% указали, что они находятся в состоянии умеренного или сильного дистресса, обусловленного продолжительностью их полового акта, по сравнению с 15,3% мужчин без РЕ (среднее значение 2,7 против 0,7; $P < 0,0001$). 86,1% мужчин с РЕ сообщили, что длительность коитуса вызвала трудности в их отношениях с партнершей по сравнению с 6,0% мужчин без РЕ (среднее значение 1,8 против 0,3; $P < 0,0001$). Только 30,8% мужчин с РЕ сообщили об удовлетворенности половыми сношениями, находящейся в диапазоне от хорошей до очень хорошей, по сравнению с 90,0%

мужчин без РЕ (среднее значение 1,98 против 3,32; $P < 0,0001$). Более низкая самооценка и менее качественные взаимоотношения имели место у мужчин с РЕ по сравнению с теми, у которых РЕ не было: сексуальные отношения (среднее значение 54,6 против 82,3; $P < 0,0001$), доверие (среднее значение 69,3 против 90,3; $P < 0,0001$). Такая же закономерность отмечалась и в целом (по пунктам 1–14 SEAR) – среднее значение 60,9 против 85,7; $P < 0,0001$).

В результате этих исследований авторы пришли к заключению, что РЕ оказывает на мужчин существенное отрицательное психосоциальное воздействие, так как у пациентов с данной дисфункцией отмечается личностный дистресс и трудности во взаимоотношениях с партнерами, а также меньшее удовлетворение половыми сношениями.

С целью исследования эмоционального воздействия преждевременной эякуляции мексиканскими учеными были отобраны субъекты из базы данных AMSSAC Клиники сексуального здоровья (Sexual Health Clinic). Субъекты, которым предложили участвовать в исследовании, согласились на его проведение после получения полной информации о нем. Критериями включения в это исследование были: преждевременное семяизвержение, диагностированное в соответствии с DSM–IV–TR, возраст 20–55 лет, гетеросексуальность, наличие активной сексуальной жизни (согласно их субъективным утверждениям) с одним партнером в последние 6 мес, преждевременное семяизвержение (должно было произойти по крайней мере два раза в месяц), образование по меньшей мере на уровне средней школы (high school education). Критерием исключения было лечение, оказывающее неблагоприятное воздействие на сексуальную функцию. Проводилась двухчасовая сессия фокус–группы, которая записывалась как в звуковом, так и в видео формате. Затем полученные данные были проанализированы. Определялось воздействие преждевременной эякуляции на пациента, его партнершу, семью, сексуальную сферу, коморбидность, осо-

бенно на злоупотребление алкоголем, а также фиксировались некоторые положительные влияния. Выявилось, что наибольшим было воздействие на идентичность пациента (самоуважение и маскулинность), его аффективные состояния (фрустрационные и депрессивные чувства), сексуальное функционирование (избегание сексуального контакта), взаимодействие с партнером и социальные навыки (способность вступать в контакт с новым потенциальным партнером). Авторы пришли к заключению, что РЕ в этой группе оказывало выраженное влияние на самого пациента, его партнершу, а иногда и на семью [82].

Партнерши мужчин с РЕ сообщают об относительно высокой частоте своей сексуальной дисфункции [77, 97]. Наблюдения, свидетельствующие о том, что РЕ часто предшествует возникновению сексуальных нарушений у женщин, наводит на мысль, что данная дисфункция может быть фактором риска возникновения этих нарушений [77].

D. Rowland et al. [79] провели четырехнедельное мультицентровое исследование, в которое были вовлечены 207 пациентов с РЕ, 1380 лиц контрольной группы, а также их сексуальные партнерши. Диагноз РЕ устанавливался клиницистами в соответствии с критериями DSM-IV-TR. На второй и четвертой неделе исследования партнерши заполняли опросник, который оценивал восприятие женщинами субъективного контроля эякуляции мужчинами. Использовалась пятипунктовая шкала (от 0 [очень плохой] до 4 [очень хороший]). Также оценивались удовлетворение половыми сношениями (пятипунктовая шкала; от 0 [очень плохое] до 4 [очень хорошее]), личностный дистресс (пятипунктовая шкала; от 0 [нет вообще] до 4 [очень сильный]) и сложности в межличностных отношениях партнеров (пятипунктовая шкала; от 0 [нет вообще] до 4 [очень большие]). Ответы были сравнены между партнершами мужчин с РЕ и без нее (использовались 2 варианта t-теста).

В результате проведенного исследования было выявлено, что по сравнению с партнершами мужчин без РЕ партнерши мужчин с РЕ значительно более низко оценивали удовлетворенность половыми сношениями (среднее значение 3,36 против 2,10, соответственно; $P < 0,0001$). Кроме того, партнерши мужчин с РЕ по сравнению с партнершами мужчин без РЕ имели значительно более высокие уровни личностного дистресса (среднее значение 2,19 против 0,41, соответственно; $P < 0,0001$) и межличностных трудностей (среднее значение 1,52 против 0,22, соответственно; $P < 0,0001$). Таким образом, это исследование свидетельствует о психосоциальном воздействии на партнерш, обусловленном преждевременным семьяизвержением у мужчин. Партнерши мужчин, у которых имела место РЕ, сообщили о более низком удовлетворении половыми сношениями, большем личностном дистрессе и больших сложностях в интерперсональных отношениях по сравнению с партнершами мужчин без РЕ.

4.5. Физиологические и психологические факторы, вызывающие анэякуляцию и ретардированную эякуляцию

В специальной литературе представлены этиопатогенетические механизмы формирования ретардированной эякуляции и анэякуляции. В основе этих расстройств могут находиться физиологические, психогенные и органические факторы.

Следует отметить, что ретардированная эякуляция и анэякуляция могут иметь место у сексуально здоровых мужчин из-за недостаточно полного охвата полового члена во влагалище при коитусе (например, после родов жены), а также у мужчин с ослабленной эрекцией, что приводит к недостаточной стимуляции рецепторов полового члена.

Психологические причины могут быть следствием строгого религиозного воспитания (к сексу относятся как к греху), недостаточной привлекательности партнерши, психологически травмирующих ситуаций (таких, как боязнь быть обнаружен-

ным во время мастурбации или «запретного» секса), необычных, непереносимых условий секса, например, неприемлемости атипичных форм мастурбации. Возможной причиной этих расстройств также называют сверхконтроль над эякуляцией у личности, стремящейся к тотальному контролю над всеми областями жизни [по 31].

Г. И. Каплан, Б. Дж. Сэдок [20] сообщают, что мужчина с данной патологией часто воспитывался в жестких пуританских условиях и воспринимает секс как нечто греховное, а все, что связано с половыми органами, как грязь. У него также могут иметь место сознательные или бессознательные желания к кровосмешению и чувство вины. У таких мужчин отмечаются трудности в установлении близких отношений за пределами сексуальной сферы. Если отношения уже сложились, то вторичное торможение эякуляции часто отражает трудности в межличностных отношениях и может явиться способом, которым мужчина справляется с реальными или выдуманными изменениями во взаимоотношениях. Эти изменения могут включать планы относительно беременности, в целесообразности которой мужчина не уверен, потерю сексуальной привлекательности партнерши или ее требования о большей сексуальной активности. У некоторых мужчин неспособность к эякуляции может быть отражением враждебности по отношению к женщине. У мужчин с обсессивно-компульсивными нарушениями это расстройство встречается чаще, чем у других.

Х. С. Каплан [21] также приводит некоторые психологические факторы, которые могут лежать в основе этих расстройств. Она сообщает, что непосредственной их причиной может стать навязчивое самонаблюдение, которое мешает человеку переживать удовольствие и нарушает его рефлекторную реакцию на сексуальное возбуждение. В результате на оргазм «налагается запрет». Отмечается, что в патогенезе задержанной эякуляции лежат процессы, аналогичные тем, которые имеют место при запорах, истерических нарушениях

глотания и трудностях мочеиспускания. Дефекация, глотание, уринация и эякуляция являются автономными рефлексам, которые в норме контролируются. Если человек находится в состоянии аффекта или доминирующее влияние на него оказывает психологический конфликт, то возникает непроизвольная защитная реакция, подавляющая тот или иной рефлекс. Сильная защитная реакция приводит к сверхконтролю, результатом чего является невозможность ослабить торможение рефлекса на подкорковом уровне. По всей видимости, продолжает автор, источник неосознанного конфликта и/или источники эмоциональной интенсификации не являются специфическими. Невозможно выделить специфическую психодинамическую связь, которая бы в одном случае была характерна для анэякуляции, а в другом – для расстройства эрекции. Те же самые бессознательные страхи кастрации и тревоги, а также страхи выполнения обязательств в отношении партнера могут в одном случае привести к расстройствам эрекции, а в другом – к задержке эякуляции. При анэякуляции имеет место неосознанное торможение, связанное с чрезмерным контролем, который позволяет мужчине избежать переживания тревоги.

Следует отметить, что анэякуляция может быть обусловлена патологическим сексуальным стереотипом, сформировавшимся в результате мастурбации [24, 27] или прерванных половых актов, не завершившихся внегенитальным семяизвержением, что имело место у одного нашего пациента.

4.6. Биогенная детерминация анэякуляции и ретардированной эякуляции

Вызывать рассматриваемые сексуальные нарушения могут также биогенные факторы, такие, как лекарственная терапия (Wein&Van Arsdale, 1988), инфекционно-воспалительные процессы в простате и примыкающих половых железах [по 31]. Также называют такие факторы, как повреждение нервов полового члена, а в качестве фармакологических препаратов,

приводящих к данным сексуальным расстройствам, – психотропные средства (например, нейролептики и антидепрессанты) и антигипертензивные лекарства. Антигипертензивное средство октадин (guanethidine monosulfate), метилдопа и фенотиазины играют роль в задержке эякуляции [20].

Соматическими причинами истинной анэякуляции, согласно Рекомендациям Европейской ассоциации урологов [40], могут быть (табл. 2) нарушения в центральной нервной системе или токсическое влияние лекарственных препаратов и алкоголя. Среди причин, приводящих к нейрогенной анэякуляции, называют повреждение спинного мозга и конского хвоста, ретроперитонеальную лимфаденэктомию, оперативные вмешательства на подвздошных артериях и толстом кишечнике, рассеянный склероз, болезнь Паркинсона, вегетативную нейропатию, сахарный диабет. Медикаментозная анэякуляция, как отмечалось нами ранее, может обуславливаться приемом антигипертензивных и антипсихотических средств, а также антидепрессантов.

Таблица 2

Этиология соматогенной анэякуляции

Нейрогенная анэякуляция	Медикаментозная анэякуляция
Повреждение спинного мозга и конского хвоста	Антигипертензивные средства
Ретроперитонеальная лимфаденэктомия	Антипсихотические средства
Оперативные вмешательства на подвздошных артериях и толстом кишечнике	Антидепрессанты
Рассеянный склероз	Алкоголь
Болезнь Паркинсона	
Вегетативная нейропатия	
Сахарный диабет	

А. П. Журавель [15] отмечает, что при исследовании больных с поражением спинного мозга, помимо прекоксэякуляторного варианта, также диагностировали анэякуляторный и реже тардэякуляторный варианты расстройств эякуляции. Первый из названных вариантов выявляли реже двух остальных [22, 46]. У 72% больных, у которых имел место проводниковый синдром, эякуляция отсутствовала. При полном нарушении проводимости спинного мозга в основном наблюдался анэякуляторный вариант, а при частичном нарастали тардэякуляторные расстройства. Последние чаще выявлялись при поражении передних отделов спинного мозга [46].

4.7. Влияние анэякуляции и ретардированной эякуляции на психоэмоциональное состояние мужчин, их партнерш, отношения между ними

В одном исследовании авторы попытались идентифицировать факторы, которые отличают мужчин с ингибированной или ретардированной эякуляцией (retarded or inhibited ejaculation [IE]) от контроля и от мужчин с другими сексуальными дисфункциями. Каждый пациент подвергся психофизиологической оценке и структурированному клиническому интервью, основанному на стандартизированном анкетном опросе, который включал демографическую информацию, психосексуальный анамнез и историю болезни, оценку эрекционной и эякуляторной функций, а также качество взаимоотношений. В результате данного исследования авторы пришли к выводу, что мужчины с IE напоминают мужчин с другими дисфункциями, но отличаются от контроля более низким уровнем удовлетворенности отношениями, большим уровнем дистресса и более высокой озабоченностью проблемами, связанными со здоровьем. По данным самооценки, мужчины с IE также характеризовались более низким уровнем сексуального возбуждения, несмотря на сильный пенильный ответ в течение психофизиологического тестирования и качественные эрекции в различных ситуациях. Однако

также было много факторов, по которым мужчины с ИЕ не отличались от контроля [78].

Партнерша мужчины с задержанной эякуляцией или анэякуляцией может чувствовать себя непривлекательной, несексуальной и сексуально неадекватной, что может приводить к семейным конфликтам, сексуальной неудовлетворенности, подавлению сексуальных желаний, избеганию сексуальных контактов [40].

4.8. Причины астенической, ретроградной и болезненной эякуляции

Причинами астенической эякуляции, которая, как отмечалась нами ранее, проявляется тем, что семенная жидкость не извергается из мочеиспускательного канала, а свободно вытекает, могут быть нейрогенные факторы и нарушения проходимости уретры.

Ретроградная эякуляция (RE) характеризуется полным отсутствием антеградной эякуляции. Она обусловливается обратным забросом спермы через шейку мочевого пузыря в его полость. Пациенты отмечают нормальный или ослабленный оргазм. Исключение составляют случаи параплегии. Частичную антеградную эякуляцию следует дифференцировать от выделения секрета бульбо-уретральных желез. Наиболее распространенными причинами RE у пациентов с infertility являются ретроперитонеальная лимфаденэктомия в анамнезе, сахарный диабет (диабетическая нейропатия), хирургические вмешательства в области шейки мочевого пузыря, трансуретральная резекция простаты (ТУРП). В их число входит и идиопатическая (неидентифицированная) RE. Вместе это составляет более 80% всех случаев RE (Kamischke&Nieschlag, 1999) [по 59].

В качестве причин RE также называют нарушение симпатической иннервации шейки мочевого пузыря и двухстороннюю симпатэктомию, использование альфа-адреноблокаторов (омник, кардура), симпатолитиков (например, гу-

анетидина). Отмена данных препаратов приводит к нормализации состояния [36, 41].

Помимо этого, упоминают такие этиологические факторы RE, как рассеянный склероз, травмы спинного мозга, другие операции на простате (кроме указанной выше), а также лечение антидепрессантами. Отмечается, что часто причины ретроградной эякуляции остаются неизвестными. Диагноз ставится на основе истории болезни и лабораторных микроскопических исследований постэякуляторной мочи. Частичную ретроградную эякуляцию можно заподозрить в случае, если объем эякулята очень мал [33].

Мужчинам, страдающим аденомой предстательной железы и желающим сохранить нормальную эякуляцию, необходимо обсудить это с урологом для выбора соответствующего подхода к лечению аденомы. Вместо ТУРП в ряде случаев при аденоме простаты лучше прибегнуть к ее трансуретральной этанол-абляции [41]. Часто причины ретроградной эякуляции остаются неизвестными. Диагноз ставится на основе истории болезни и лабораторных микроскопических исследований постэякуляторной мочи.

Болезненная эякуляция часто бывает приобретенной. Болевые ощущения в промежности, уретре или области меатуса (отверстия мочеиспускательного канала) могут обуславливаться обструкцией эякуляторного тракта, простатитом или уретритом, вегетативными расстройствами или психологическими причинами [40].

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бабель А. И. Микрохирургическая денервация полового члена в комплексной терапии преждевременной эякуляции у мужчин: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2009 // <http://www.dissercat.com/content/mikrokhirurgicheskaya-denervatsiya-polovogo-chlena-v-kompleksnoi-terapii-prezhdevremennoi-ey>
2. Бойко Н. И. Особенности личности пациента с хроническим простатитом // Простатит / Под ред. П. А. Щеплева. – М.: МЕДпресс-информ, 2007. – С. 114–119.
3. Бойко Н. И. Простатит и сексуальные расстройства // Простатит / Под ред. П. А. Щеплева. – М.: МЕДпресс-информ, 2007. – С. 130–135.
4. Вакина Т. Н., Шутов А. М., Шалина С. В., Зиновьева Е. Г., Киселев И. П. Дегидротестостерон и сексуальная функция у мужчин с хроническим простатитом // Урология, 2003. – №1. – С. 49–52.
5. Васильченко Г. С. 5.2.1.1. Урогенитальные сексологические расстройства, осложнившиеся стойким нарушением механизмов нервной регуляции (вторичная патогенетическая форма преждевременной эякуляции) // Частная сексопатология (Руководство для врачей) / Под ред. Г. С. Васильченко. – Т. 2. – М.: Медицина, 1983. – С. 267–272.
6. Васильченко Г. С. 5.2.2. Синдром парацентральных долек (первичная патогенетическая дезинтеграция эякуляторной составляющей) // Частная сексопатология (Руководство для врачей) / Под ред. Г. С. Васильченко. – Т. 2. – М.: Медицина, 1983. – С. 272–278.
7. Васильченко Г. С. О некоторых системных неврозах и их патогенетическом лечении. – М.: Медицина, 1969. – 184 с.
8. Гаврилюк Н. А. Гаврилюк И. А. Лечение спинальной импотенции. – К.: Здоров'я, 1973. – 130 с.
9. Горпинченко И. И. Воспалительные заболевания // Сексология и андрология / Под ред. А. Ф. Возианова, И. И. Горпинченко. – К.: Абрис. – С. 545–588.

10. Горпинченко И. И. Характеристика сексуальных расстройств у больных хроническим простатитом: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Киев, 1977. – 19 с.
11. Екимов М. В., Федорова А. И. Актуальные вопросы частной сексологии // Руководство по сексологии / Под ред. С. С. Либиха. – СПб.: Питер, 2001. – С. 341–351.
12. Ефимов Л. П. Роль хронического простатита в развитии половых расстройств // Всероссийская конференция «Мужское здоровье» (19–21 ноября 2003 г., Москва). Материалы конференции. – М., 2003. – С. 56.
13. Ефремов Е. А., Ковалев В. А., Королева С. В., Дорофеев С. Д., Пеньков П. Л. Хронический простатит и сексуальная дисфункция // Всероссийская конференция «Мужское здоровье» (19–21 ноября 2003 г., Москва). Материалы конференции. – М., 2003. – С. 64–65.
14. Журавель А. П. 2.5.2.1. Нарушение половых функций у мужчин при патологии мозгового звена нейрогуморальной составляющей // Частная сексопатология (Руководство для врачей) / Под ред. Г. С. Васильченко. – Т. 1. – М.: Медицина, 1983. – С. 177–189.
15. Журавель А. П. 5.2.3. Поражение эякуляторной составляющей при патологии спинного мозга // Частная сексопатология (Руководство для врачей) / Под ред. Г. С. Васильченко. – Т. 2. – М.: Медицина, 1983. – С. 278–280.
16. Загородный П. И. Физиология и патология половой функции. – Л.: Медицина, 1975. – 263 с.
17. Имелинский К. Сексология и сексопатология / Пер. с польск. – М.: Медицина, 1986. – 424 с.
18. Имшинецкая Л. П. Роль гормональных изменений в патогенезе половых расстройств и бесплодия при хроническом неспецифическом простатите: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. – Киев, 1983. – 43 с.

19. Камалов А. А., Ефремов Е. А., Дорофеев С. Д., Панюшкин С. М., Бедретдинова Д. А. Сексуальные нарушения при хроническом простатите // <http://au-health.ru/listview.php?part=46&nid=389>
20. Каплан Г. И., Сэдок Б. Дж. Клиническая психиатрия. В 2 т. Т. 1. / Пер. с англ. – М.: Медицина, 1994. – 672 с.
21. Каплан Х. С. Сексуальная терапия. Иллюстрированное руководство / Пер. с англ. – М.: Независимая фирма «Класс», 1994. – 160 с.
22. Коган О. Г., Васильченко Г. С., Юнеман И. Я. Классификация и лечение половых расстройств при травмах и заболеваниях спинного мозга. Методические рекомендации для врачей-курсантов. – Новокузнецк, 1975. – 27 с.
23. Корик Г. Г. Половые расстройства у мужчин. – Л.: Медицина, 1973. – 230 с.
24. Кочарян Г. С. Гипносуггестивная терапия // Кочарян Г. С., Кочарян А. С. Психотерапия сексуальных расстройств и супружеских конфликтов. – М.: Медицина, 1994. – С. 47–66.
25. Кочарян Г. С. Синдром тревожного ожидания сексуальной неудачи у мужчин (формирование, патогенетические механизмы, клинические проявления, психотерапия): Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 1992. – 46 с.
26. Кочарян Г. С. Синдром тревожного ожидания сексуальной неудачи у мужчин и его лечение. – Харьков: Основа, 1995. – 279 с.
27. Кочарян Г. С. Современная сексология. – Киев: Ника-Центр, 2007. – 400 с.
28. Кочетков В. Д. Неврологические аспекты импотенции. – М.: Медицина, 1968. – 280 с.
29. Кратохвил С. Психотерапия семейно-сексуальных дисгармоний / Пер. с чешск. – М.: Медицина, 1991. – 336 с.
30. Кришталь В. В., Григорян С. Р. Сексология: Учеб. пособие. – М.: ПЕР СЭ, 2002. – 879 с.
31. Лазарев И. Л. Нарушение эякуляции // <http://norm-urolog.narod.ru/nar.html>

32. Ланцберг И. А., Лившиц О. З. Хронические простатиты в структуре сексуальных нарушений // Вопросы сексопатологии (материалы научно-практической конференции). – М.: Труды Московского НИИ психиатрии МЗ РСФСР, 1969. – С. 96–99.
33. Методические рекомендации Европейской ассоциации урологов по диагностике и лечению мужского бесплодия // <http://www.adenoma.ru/articles/euro-uro-ster.html>
34. Напреенко А. К. Интерорецептивно-психогенная копулятивная дисфункция (клиника, диагностика, лечение): Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – К., 1983. – 24 с.
35. Нарушение эякуляции // <http://norm-urolog.narod.ru/nar.html>
36. Нарушения половой функции у неврологических больных // <http://www.ganimed.com.ua/sex4.html>
37. Общая сексопатология / Под ред. Г. С. Васильченко. – М.: Медицина, 1977. – С. 441–442.
38. Порудоминский И. М. Половые расстройства у мужчин. – М.: Медицина, 1968. – 455 с.
39. Принципы консервативного лечения различных форм преждевременной эякуляции (ускоренного семяизвержения) // <http://www.androsite.ru/forum/topic.php?forum=5&topic=11>
40. Расстройства эякуляции. Рекомендации Европейской ассоциации урологов (2001 год) // <http://norm-urolog.narod.ru/nar.html>
41. Ретроградная эякуляция // <http://www.impotentov.net/delayed-ejaculation/retrograde-ejaculation.html>
42. Розенталь С. Секс после сорока / Пер. с англ. – М.: Изд-во Института психотерапии, 2002. – 256 с.
43. Сексуальные расстройства. Расстройства эякуляции. Физиология эякуляторной функции // <http://www.androhealth.ru/re.html>
44. Синдром ранней эякуляции. Микрохирургическая денервация полового члена // <http://www.androclub.ru/publications/patents/denervation.shtml>
45. Щеплев П. А. Классификация простатита // Простатит / Под ред. П. А. Щеплева. – М.: МЕДпресс-информ, 2007. – С. 55–65.

46. Юнеман И. А. Клиника половых расстройств и сексуальная реабилитация мужчин при поражениях спинного мозга. – Автореф. ... канд. мед. наук. – М., 1977. – 20 с.
47. Abraham K. Ueber Ejaculatio Praecox // Z Fur Aertzliche Psychoanalyse. – 1917. – 4. – S.171.
48. Bartoletti R., Cai T., Mondaini N., Dinelli N., Pinzi N., Pavone C., Gontero P., Gavazzi A., Giubilei G., Prezioso D., Mazzoli S., Boddi V., Naber K. G. Prevalence, incidence estimation, risk factors and characterization of chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome in urological hospital outpatients in Italy: results of a multicenter case-control observational study // J Urol. 2007. – 178 (6) – P. 2411–2415.
49. Baum N. Premature Ejaculation. Reprinted with permission from Dialogue Medical, 1-800-482-7963 // http://www.neilbaum.com/articles/ed_pre_ejaculation.html
50. Berberich H. J., Ludwig M. Psychosomatische Aspekte des chronischen Beckenschmerzes // Urologe A. – 2004. – 43 (3). – S. 254–260.
51. Chen Juza, Щеплев П. А., Гвасалия Б. Р., Гарин Н. Н., Захарченко А. В. Консервативная терапия ускоренной эякуляции // Андрология и генитальная хирургия. – 2005. – №3. – С. 6–12.
52. Cihan A., Demir O., Demir T., Aslan G., Comlekci A., Esen A. The relationship between premature ejaculation and hyperthyroidism // J Urol. – 2009. – 181 (3). – P 1273–1280.
53. El-Nashaar A., Shamloul R. Antibiotic treatment can delay ejaculation in patients with premature ejaculation and chronic bacterial prostatitis // J Sex Med. – 2007. – 4 (2). – P. 491–496.
54. Gonen M., Kalkan M., Cenker A., Ozkardes H. Prevalence of premature ejaculation in Turkish men with chronic pelvic pain syndrome // J Androl. – 2005. – 26 (5). – P. 601–603.
55. Gross S. Practical Treatise on Impotence and Sterility. Edinburgh: YJ Pentland, 1887.

56. International Society for Sexual Medicine's Guidelines for the Diagnosis and Treatment of Premature Ejaculation. Stanley E. Alt-hof, Ph.D., Carmita H. N. Abdo, M.D., Ph.D., John Dean, M.D., Geoff Hackett, M.D., Marita McCabe, Ph.D., Chris G. McMahon, M.D., Raymond C. Rosen, Ph.D., Richard Sadovsky, M.D., Marcel D. Waldinger, M.D., Ph.D., Edgardo Becher, M.D., Gregory A. Broderick, M.D., Jacques Buvat, M.D., Irwin Goldstein, M.D., Amr I. El-Meliegy, M.D., Francois Giuliano, M.D., Ph.D. Wayne J.G. Hellstrom, M.D., Luca Incrocci, M.D., Emmanuelle Jannini, M.D., Kwangsung Park, M.D., Sharon Parish, M.D., Hartmut Porst, M.D., David Rowland, Ph.D., Robert Segraves, M.D., Ph.D., Ira Sharlip, M.D., Chiara Simonelli, Ph.D., Hui Meng Tan, M.D. // <http://www.issm.info/v4/data/education/reference/PE%20Guidelines.pdf>
57. Jern P., Santtila P., Johansson A., Varjonen M., Witting K., von der Pahlen B., Sandnabba N. K. Evidence for a genetic etiology to ejaculatory dysfunction // *Int J Impot Res.* – 2009. – 21 (1). – P. 62–67.
58. Jern P., Santtila P., Witting K., Alanko K., Harlaar N., Johansson A., von der Pahlen B., Varjonen M., Vikstrum N., Algars M., Sandnabba K. Premature and delayed ejaculation: genetic and environmental effects in a population-based sample of Finnish twins // *J Sex Med.* – 2007. – 4 (6). – P. 1739–1749.
59. Kamischke A., Nieschlag E. Update on medical treatment of ejaculatory disorders // *International Journal of Andrology.* – 2002. – 25 (6). – P. 333–344.
60. Keltikangas-Järvinen L, Järvinen H, Lehtonen T. Psychic disturbances in patients with chronic prostatitis // *Ann Clin Res.* – 1981. – 13 (1) – P. 45–49.
61. Keltikangas-Järvinen L., Mueller K., Lehtonen T. Illness behavior and personality changes in patients with chronic prostatitis during a two-year follow-up period // *Eur Urol.* – 1989. – 16 (3). – P. 181–184.
62. Krafft-Ebing R. F. *Psychopathia Sexualis*. 11th edn. // Stuttgart: Publishing Hause Enke, 1901.

63. Liang C. Z., Zhang X. J., Hao Z. Y., Shi H. Q., Wang K. X. Prevalence of sexual dysfunction in Chinese men with chronic prostatitis // *BJU Int.* – 2004. – 93 (4). – P. 568–570.
64. Liang C., Zhang X., Hao Z., Shi H., Wang K. [Investigation and analysis of chronic prostatitis and sexual dysfunction] [Article in Chinese] // *Zhonghua Nan Ke Xue.* – 2004. – 10 (6). – P. 434–436.
65. Masters W. H., Johnson V. E. Premature ejaculation // Masters W. H., Johnson VE (eds.). *Human Sexual Inadequacy.* – Boston MA: Little, Brown and Co, 1970.
66. McMahon C. G. The etiology and management of premature ejaculation // *Nat Clin Pract Urol.* – 2005. – 2 (9). – P. 426–433.
67. McMahon C. G., McMahon C. N., Leow L. J. New agents in the treatment of premature ejaculation // *Neuropsychiatr Dis Treat.* – 2006. – 2 (4). – P. 489–503.
68. McMahon Chris G. Premature ejaculation // *Indian Journal of Urology.* – 2007. – Volume 23, Issue 2. – P. 97–108.
69. Mehik A., Hellström P., Sarpola A., Lukkarinen O., Järvelin M. R. Fears, sexual disturbances and personality features in men with prostatitis: a population-based cross-sectional study in Finland // *BJU Int.* – 2001. – 88 (1). – P. 35–38.
70. Metz M. Premature Ejaculation: What is its Etiology? An Integrative, Biopsychosocial, Multidimensional Approach // <http://abstracts.co.allenpress.com/pweb/sexo2005/document/?ID=47350>
71. Michetti P. M., Rossi R., Bonanno D., De Dominicis C., Iori F., Simonelli C. Dysregulation of emotions and premature ejaculation (PE): alexithymia in 100 outpatients // *J Sex Med.* – 2007. – 4 (5). – P. 1462–1467.
72. Palmer N. R., Stuckey B. G. Premature ejaculation: a clinical update // *Med J Aust.* – 2008 – 188 (11) – P. 662–666.
73. Premature ejaculation // http://psychology.wikia.com/wiki/Premature_ejaculation
74. Premature ejaculation. Causes. By Mayo Clinic staff // <http://www.mayoclinic.com/health/premature-ejaculation/DS00578/DSECTION=causes>

75. Premature ejaculation. Risk factors. By Mayo Clinic staff // <http://www.mayoclinic.com/health/premature-ejaculation/DS00578/DSECTION=risk%2Dfactors>
76. Premature ejaculation: a new comprehension based on a body-mind sexological evaluation model // <http://abstracts.co.allenpress.com/pweb/sexo2005/document/?ID=50180>
77. Riley A., Riley E. Premature ejaculation: Presentation and associations. An audit of patients attending a sexual problems clinic // *Int J Clin Pract.* – 2005. – 59 (12) – P. 1482–1487.
78. Rowland D., van Diest S., Incrocci L., Slob A. K. Psychosexual factors that differentiate men with inhibited ejaculation from men with no dysfunction or another sexual dysfunction // *J Sex Med.* – 2005. – 2 (3). – P. 383–389.
79. Rowland D., Althof S., Patrick D., Jamieson C., Rothman M. Premature Ejaculation: Impact on the Female Partner // <http://abstracts.co.allenpress.com/pweb/sexo2005/document/52031>
80. Rowland D., Althof S., Sharlip I., Rothman M., Feng W., Jamieson C., McNulty P. The Psychosocial Impact of Premature Ejaculation on Men // <http://abstracts.co.allenpress.com/pweb/sexo2005/document/52032>
81. Rowland D., Burek M. Trends in research on premature ejaculation over the past 25 years. – *J Sex Med.* – 2007. – 4 (5). – P. 1454–1461.
82. Rubio Auriolles E., Arango de Montis I., Terrein Roccatti N. Emotional impact of premature ejaculation in patients: a qualitative exploration // <http://abstracts.co.allenpress.com/pweb/sexo2005/document/55159>
83. Safarinejad M. R. Polymorphisms of the serotonin transporter gene and their relation to premature ejaculation in individuals from Iran // *J Urol.* 2009. – 181 (6). – P. 2656–2661.
84. Santtila P., Jern P., Westberg L., Walum H., Pedersen C. T., Eriksson E., Sandnabba N. K. The dopamine transporter gene (DAT1) polymorphism is associated with premature ejaculation // *J Sex Med.* – 2010. – Vol. 7, Issue 4pt1. – P. 1538–1546.

85. Schapiro B. Premature ejaculation. A review of 1130 cases // *J Urol.* – 1943. – 50. – P. 374–379.
86. Screponi E., Carosa E., Di Stasi S. M., Pepe M., Carruba G., Janini E. A. Prevalence of chronic prostatitis in men with premature ejaculation // *Urology.* – 2001. 58 (2). – P. 198–202.
87. Semans J. H. Premature ejaculation: a new approach // *South Med J.* – 1956. – 49. – P. 353–357.
88. Shamloul R., el-Nashaar A. Chronic prostatitis in premature ejaculation: a cohort study in 153 men // *J Sex Med.* – 2006. – 3 (1). – P. 150–154.
89. Strassberg D. S., Mahoney J. M., Schaugaard M., Hale V. E. The role of anxiety in premature ejaculation: A psychophysiological model // *Arch Sex Behav.* – 1990. – 19. – P. 251–257.
90. Symonds T., Roblin D., Hart K., Althof S. How does premature ejaculation impact a man's life? // *J Sex Marital Ther.* – 2003. – 29 (5). – P. 361–370.
91. Tignol J., Martin-Guehl C., Aouizerate B., Grabot D., Auriacombe M. Social phobia and premature ejaculation: a case-control study // *Depress Anxiety.* – 2006. – 23 (3). – 153–157.
92. Waldinger M. D. Premature ejaculation: definition and drug treatment // *Drugs.* – 2007. – 67 (4). – P. 547–568.
93. Waldinger M. D. Premature ejaculation: different pathophysiologies and etiologies determine its treatment // *J Sex Marital Ther.* – 2008. – 34 (1). – P. 1–13.
94. Waldinger M. D. The neurobiological approach to premature ejaculation // *J Urol.* – 2002. – 168 (6). – P. 2359–2367.
95. Waldinger M. D., Rietschel M., Nothen M. M., Hengeveld M. W., Olivier B. Familial occurrence of primary premature ejaculation // *Psychiatric Genet.* – 1998. – 8. – P. 37–40.
96. Xing J. P., Fan J. H., Wang M. Z., Chen X. F., Yang Z. S. [Survey of the prevalence of chronic prostatitis in men with premature ejaculation] [Article in Chinese] // *Zhonghua Nan Ke Xue.* – 2003. – 9 (6). – P. 451–453.

97. Yanez D., Castelo-Branco C., Hidalgo L. A., Chedraui P. A. Sexual dysfunction and related risk factors in a cohort of middle-aged Ecuadorian women // *J Obstet Gynaecol.* – 2006. – 26 (7). – P. 682–686.
98. Zhang C. Y., Li X. H., Yuan T., Zhang H. F., Liu J. H., Ye Z. Q. [Regional anatomy of the dorsal penile nerve and its clinical significance] [Article in Chinese] // *Zhonghua Nan Ke Xue.* – 2009. – 15 (2). – P. 130–133.
99. Zohdy W. Clinical Parameters that Predict Successful Outcome in Men with Premature Ejaculation and Inflammatory Prostatitis // *J Sex Med.* – 2009. – 6 (11). – P. 3139–3146.

ГЛАВА 5

ЛЕЧЕНИЕ РАССТРОЙСТВ ЭЯКУЛЯЦИИ

Существуют различные подходы, методы и техники устранения преждевременной эякуляции, которые будут представлены в данной главе.

5.1. Рекомендации по увеличению продолжительности полового акта

Для увеличения продолжительности полового акта рекомендуют:

- проводить половой акт в позе, когда мужчина находится внизу, что способствует контролю над эякуляцией [122];
- использовать боковую позицию (W. H. Masters, V. E. Johnson) [по 103];
- не проводить фрикции сразу после интродукции до полного исчезновения сладострастных (воллюстических) ощущений;
- замедлять ритм фрикций при максимальном мышечном расслаблении;
- делать периодические остановки фрикций при половом акте;
- временно останавливать фрикции не доходя до стадии эякуляторной неизбежности;
- использовать презервативы, что уменьшает стимулирующее воздействие на рецепторы полового члена;
- за некоторое время до полового акта мастурбировать с целью уменьшения сексуальной возбудимости;
- причинять боль мужчине (щипки тела, конечностей) во время коитуса в период, предшествующий стадии эякуляторной неизбежности;
- во время коитуса переключать свое внимание на несексуальные мысли, образы, сюжеты, предметы.

Для увеличения продолжительности полового акта обследованные нами больные с сексуальными дисфункциями по собственной инициативе до обращения за лечебной помощью прибегали к следующему. Они переключали внимание, используя стимулы текущего опыта, в том числе и искусственно создаваемые, включая различные вспомогательные средства, что осуществлялось с помощью разнообразных приемов. Так, один из обследованных нами больных считал про себя, другой говорил о чем-то с партнершей, третий смотрел в сторону на какую-то точку или на голову жены, а четвертый отворачивал лицо при ласках, чтобы смотреть на телевизор или наблюдать какой-либо яркий предмет, или сосредоточивался на слышимой музыке (сам специально радиоаппаратуру с этой целью не включал). Также для переключения внимания применялся счет ударов часов, представление, как член движется во влагалище, действия, направленные на то, чтобы не видеть партнершу, перенос акцента на мысли об испытываемых женщиной ощущениях и о том, как доставить ей удовольствие. Один пациент для того, чтобы несколько отвлечься от ощущений, испытываемых при сексуальных контактах, осуществлял их в сопровождении тихой, медленной, мелодичной музыки, а иногда включал телевизор [17, 18].

Переключение внимания осуществлялось и с помощью планирования. Мужчины составляли программу действий, которые следует осуществить на производстве и (или) дома по хозяйству на следующий день или в ближайшее время, думали о том, что нужно купить, как следует одеться. Так, например, один из наших пациентов, работавший машинистом на железнодорожном транспорте, во время полового акта все время вспоминал о множестве инструкций и приказов, которые ему необходимо выучить. Следует отметить, что переключение внимания с помощью планирования применяется как с привлечением визуальных сюжетов, так и без их привлечения [17, 18].

Для увеличения длительности коитуса один, обследованный нами, мужчина во время интимной близости представлял себя игроком харьковской футбольной команды «Металлист» (нападающим) и почти в одно и то же время болельщиком. Это ему хорошо удавалось и приводило к выраженному увеличению продолжительности полового акта. С целью ее увеличения пациенты подчас могут конструировать пейзажи и состояния, обладающие негативным эмоциональным воздействием. Так, один из больных, преследуя указанную цель, во время интимной близости представлял размытую грязью дорогу, ненастную холодную погоду [17, 18].

Выявлялись и воображаемые сюжеты, связанные с бытом. Так, один из наших пациентов для увеличения длительности коитуса при его проведении думал о текущих трудностях, связанных с жилищными условиями: живет с семьей в тесноте в маленькой комнате. Другой больной с такой же целью представлял, как что-то мастерит. Переключение внимания, связанное с привлечением производственных сюжетов, могло быть сопряжено с их различным эмоциональным подтекстом: приятным, нейтральным, неприятным. Так, один из обследованных нами мужчин с целью увеличения продолжительности полового акта представлял, что на работе переносит тяжелые листы металла, и это, наряду с обращением к другим визуальным сюжетам, давало хороший эффект. Помимо названных вариантов переключения внимания, для увеличения продолжительности полового акта больные использовали самовнушения, направленные на уменьшение интенсивности восприятия эротических стимулов («Мне не так приятно») [17, 18].

5.2. Тренировка мышц промежности (упражнения Кегеля)

В конце 1940-х американский гинеколог по имени Арнольд Кегель разработал программу упражнений по укреплению мышц промежности, предназначенную для лечения женщин с недержанием мочи. Он проводил свои исследования в Институте исследования тазового дна в UCLA (университет в Лос-Анджелесе, США). Однако затем оказалось, что эти упражнения эффективны и при аноргазмии у женщин. В наше время упражнения Кегеля с хорошим эффектом используют и мужчины. Они обеспечивают следующее:

- 1) позволяют натренировать и поддерживать в тонусе мышцы, вовлеченные в эякуляцию;
- 2) предотвращают развитие недержания мочи и кала, что ассоциируется с процессами старения в организме;
- 3) продлевают половой акт и усиливают ощущения при достижении оргазма;
- 4) способствуют более сильной эрекции у мужчин.

Мужчина может идентифицировать мышцы, которые необходимо тренировать, следующим образом. Следует остановить струю мочи при мочеиспускании. Мышцы, которые участвуют в данном процессе, и есть искомые мышцы. При этом также возникает напряжение вокруг заднего прохода (ануса). Эти мышцы напрягаются и тогда, когда мужчина тужится при попытках расстаться с последними каплями мочи. Также идентифицировать данные мышцы можно следующим образом. После достижения эрекции мужчина должен заставить пенис напрячься еще больше. Мышцы, которые будут производить это действие, и есть те самые мышцы.

Существует несколько вариантов выполнения упражнений Кегеля [36].

Вариант 1.

Шаг 1. В течение 10 с быстро сжимают и разжимают мышцы, а затем отдыхают в течение 10 сек. Выполняют 3 таких цикла, а затем отдыхают в течение 30 сек.

Шаг 2. Сжимают и разжимают мышцы в течение 5 сек, а затем отдыхают 5 сек. Выполняют 10 таких циклов.

Шаг 3. Сжимают мышцы, сокращение удерживается в течение 30 сек, а затем их расслабляют и в течение 30 с удерживают в таком состоянии. Выполняют 3 таких цикла. Затем еще раз повторяют шаг номер 1.

Вариант 2.

Шаг 1. Сжимают мышцы и удерживают их в таком состоянии в течение 5 сек, затем их расслабляют (повторяют 10 раз).

Шаг 2. Быстро сжимают и разжимают мышцы 10 раз (повторяют 3 раза). Сжимают мышцы и удерживают их сжатыми как можно дольше (максимум 120 сек). Затем отдыхают в течение 2 мин и повторяют упражнение снова.

Вариант 3.

Шаг 1. Сжимают и разжимают мышцы 30 раз. Постепенно количество сжатий в первом шаге должно достигнуть 100 раз.

Шаг 2. Максимально сильно сжимают мышцы и удерживают их в таком состоянии в течение 20 сек. Затем расслабляют их на 30 сек. Повторяют 5 раз.

Вариант 4. Сжимают и расслабляют мышцы в течение 2 мин, постепенно увеличивая время до 20 мин. Данное упражнение выполняется минимум 3 раза в день.

Необходимо фиксировать внимание пациента на том, что если он хочет добиться хороших результатов, то ему следует выполнять эти упражнения регулярно, и чем чаще, тем лучше.

Существуют и другие рекомендации по выполнению упражнений Кегеля [38]. Так, отмечается, что упражнения Кегеля состоят из трех частей:

Медленные сжатия

- Напрягают мышцы как для остановки мочеиспускания.
- Медленно считают до трех.
- Расслабляют эти мышцы.

Сокращения

Напрягают и расслабляют эти мышцы как можно быстрее.

Выталкивания

Тужатся как при мочеиспускании или дефекации (опорожнении кишечника). Это упражнение, кроме напряжения промежностных мышц, вызывает напряжение и некоторых брюшных. При его выполнении также ощущается напряжение и расслабление мышц, окружающих анус.

Начинают тренинг с десяти медленных сжатий, десяти сокращений и десяти выталкиваний, которые выполняют по пять раз в день.

Затем с интервалом в одну неделю каждое упражнение продолжают увеличивать еще на 5 выполнений за 1 раз, пока их не станет по тридцать, продолжая осуществлять тренинг 5 раз в день.

Эти упражнения могут выполняться практически где угодно. Следует отметить, что сокращения мышц, о которых идет речь, хорошо ощущается в положении сидя.

Если мышцы устали в середине тренинга, рекомендуется отдохнуть в течение нескольких секунд, а затем продолжить.

А. Кегель обычно советовал пациенткам выполнять упражнения с введенным в вагину «промежностнометром» ежедневно в течение часа. Нигде не упоминалось о продолжительности самих сокращений (сжатий) мышц, лишь отмечалось, что пациентка должна заниматься три раза в день по 20 мин или проделывать в общей сложности по 300 сжатий ежедневно [37].

5.3. Контроль над эякуляцией в системе Дао

Изучая литературу по даосизму, приходишь к заключению о прочно укрепившемся в данной системе представлении, что чем реже эякулирует мужчина, тем лучше. При этом речь идет не только о чисто энергетических тратах. Так, например, Сунь Сы Мяо заявляет по этому поводу, что мужчина может сохранить здоровье и достичь долголетия, если он допускает эякуляцию два раза в месяц или 24 раза в год. Если же при этом он уделяет должное внимание диете и физическим упражнениям, то проживет долгую и здоровую жизнь [по 43]. Доктор Сунь – адепт династии Тань, следуя тому, что проповедовал, прожил 101 год, пережив трех императоров.

Для того чтобы подчеркнуть ущерб, который может нанести семяизвержение, Мантэк Чиа, В. Ю. Вэй [по 43] приводят сопоставление потери семени со сдачей крови, после которой человек ощущает слабость и усталость на протяжении суток, а то и двух, пока не восполнится потерянная кровь. Поэтому чтобы избежать чувства хронической усталости, снижения иммунитета и чрезмерной перегрузки сердечно-сосудистой системы, донорам рекомендуют сдавать кровь только несколько раз в году. Авторы подчеркивают, что, согласно китайской медицине, тот же подход применим к семени, однако отмечают, что его потерю восстановить еще труднее, чем потерю крови. Более того, авторы утверждают, что мужчины, у которых эякуляция имеет место один-два раза в день, могут, в конце концов, «утратить свой ум», так как «частая эякуляция приводит к хронической потере жизненно важной жидкости, столь необходимой для надлежащего функционирования головного и спинного мозга. Возникающий в результате этого недостаток крайне необходимой жидкости может стать причиной таких состояний, как преждевременная дряхлость, неспособность к концентрации, утрата сексуального влечения, а также других соответствующих симптомов... Эти факты, похоже, подтверждают «старую женскую сказку» о том, что чрезмерная мастурбация портит ум мужчины, ослабляет

позвоночник и ведет к слепоте». Для подтверждения своих мыслей цитируемые авторы приводят слова Сунь Сы Мяо, который говорил, что «если мужчина безрассудно тратит свое семя, он скоро умрет. Это самое главное, что должен помнить мужчина о сексе».

Конечно же, эти высказывания нужно воспринимать критически с учетом современных представлений о половой конституции, а также с учетом критики потерпевших фиаско представлений о чрезмерном вреде сексуальной активности (мастурбационной, страшными последствиями которой раньше пугали людей, а также коитальной, способной привести к «спинальной импотенции», которую следует лечить, в частности, половым покоем). Тем не менее определенная доля истины в высказываниях о последствиях сексуальной активности есть. Действительно, здоровый мужчина после семяизвержения чувствует приятную усталость, в то время как больные с поражением диэнцефальной области (так называемая диэнцефальная импотенция) могут чувствовать себя даже разбитыми. Поэтому приемы, которые применяют даосы, заслуживают внимания. С их помощью можно как отдалять наступление семяизвержения, так и полностью исключать его и эякулировать не при каждом половом акте или вообще редко, что действительно позволит сохранить значительное количество энергии и расходовать ее на другие цели. Однако следует помнить, что анэякуляция при половом акте хороша в системе Дао. Если же речь идет об обычном мужчине, который не прошел специальный тренинг, а просто исключает возможность эякуляции путем остановки фрикций на высоте сексуального возбуждения, то это может нанести вред. Обусловить его может неотреагированное возбуждение (энергетический аспект проблемы), а также возникновение застойных явлений, например, в предстательной железе и семенных пузырьках, что, в свою очередь, может способствовать инициации инфекционного процесса. Кроме того, последствием такой практики может стать формирование

патологического сексуального стереотипа, когда мужчина не будет способен эякулировать даже тогда, когда он к этому стремится. Даосы же в состоянии направлять потоки энергии туда, куда хотят, а также владеют обратной перистальтикой. Подтверждением этого является тот факт, что опустив член в стакан с жидкостью, они могут его опустошить.

В даосизме существует ряд рекомендаций о допустимой частоте эякуляций в зависимости от возраста и состояния здоровья [43, с. 78–79]:

«Желтый Император обратился со своими сомнениями к Простой Девушке и получил следующий ответ: есть сильные мужчины, есть слабые, есть старые и есть мужчины в расцвете сил. Каждый из них должен жить, учитывая собственные жизненные силы, и не пытаться через силу получать удовольствие от секса. Удовольствие, получаемое через силу, наносит вред.

1. Здоровый 20-летний мужчина может эякулировать дважды в день, но истощенный должен делать это не чаще одного раза в день.

2. 30-летний мужчина может эякулировать раз в день, ослабленный – раз в два дня.

3. Цветущий 40-летний мужчина может извергать семя раз в три дня, но если он слаб – не чаще одного раза в четыре дня.

4. Здоровый 50-летний мужчина может эякулировать каждые пять дней, но не чаще одного раза в десять дней, если он слаб.

5. Здоровый 60-летний мужчина может извергать семя раз в десять дней, и не чаще одного раза в 20 дней, если его здоровье ослаблено.

6. В 70 лет здоровый мужчина эякулирует раз в месяц, но если он слаб, он вообще больше не должен допускать эякуляции».

Регулировать частоту эякуляции в соответствии с возрастом советует и Сунь Сы Мяо [по 43, с. 80–81], но его рекомендации значительно отличаются от приведенных выше:

«1. К 30 годам мужчина начинает терять жизненные силы и должен перестать безрассудно тратить свою семенную жидкость. Пора отказаться от привычки мастурбировать и познакомиться с Дао Инь и Ян.

2. К 40 годам мужчина достигает критического момента в своей жизни. Если он не хочет быстро оказаться в могиле, куда ведет беспорядочная половая жизнь в этом возрасте, он должен начать контролировать эякуляцию, пока это не станет привычкой.

3. К 50 годам частота эякуляций не должна превышать одного раза в 20 дней.

4. К 60 годам большинство мужчин должны полностью отказаться от эякуляции (но не от половой жизни). Однако исключительно здоровые мужчины с сильным либидо могут продолжать извергать семя примерно раз в месяц или, еще лучше, один раз на каждые 100 соитий.

5. К 70 годам, если мужчина все еще крепок и здоров, он может продолжать следовать идеальной норме доктора Суня – одна эякуляция на каждые 100 соитий».

С целью управления эякуляцией в системе Дао предлагают прибегать к следующему:

«1. Когда чувство приближения оргазма усиливается, сожмите ЛК-мышцу¹ как можно туже, глубоко дыша через рот.

2. Визуализируйте, как семя втягивается обратно в тело по мере того как вы все сильнее и сильнее сжимаете ЛК-мышцу. Повторите то же самое еще раз, массируя себя до тех пор, пока вы не почувствуете, что эякуляция неизбежна.

3. Когда вы будете уверены, что приближаетесь к кульминационному моменту, сожмите ЛК-мышцу как можно туже, при

¹ Лобково-копчиковая мышца (m. pubo-coccygeus).

этом глубоко дышите ртом. Продолжайте сжимать и сжимать ЛК-мышцу, чтобы удержаться от эякуляции.

4. Визуализируйте, как семя, которого стало слишком много, сжимается и втягивается в головной мозг, пока желание эякулировать не утихнет. Продолжайте сжимать ЛК-мышцу, пока оно полностью не исчезнет. Повторите это упражнение по управлению эякуляцией 10 раз, следя за тем, чтобы эякуляции не было.

5. Если же она все-таки произойдет, вам следует заняться развитием ЛК-мышцы.

6. Если 10–20-кратное повторение упражнения по управлению эякуляцией не даст результатов, выполняйте его до полной тренированности ЛК-мышцы. Достигнув эрекции, несколько раз сожмите ЛК-мышцу, массируя ее, чтобы убедиться, что она совсем твердая.

7. Когда пенис будет твердым, слегка сожмите его ствол под самой головкой. Теперь напрягите, насколько можете, ЛК-мышцу, пока не почувствуете в ней дрожь, затем расслабьте ее. Напрягая ЛК-мышцу, вы должны чувствовать пульсации в пенисе.

8. Продолжайте делать это снова и снова, пока пенис не станет мягким. Достигнув следующей эрекции, повторите все сначала» [43, с. 85–86]».

Помимо контроля над эякуляцией, данное упражнение позволяет усилить эрекцию полового члена.

Для того чтобы с большим пониманием относиться к выполнению этого комплекса упражнений, целесообразно привести следующий текст [42]:

«Лобково-копчиковая мышца, или ЛК-мышца... представляет собой мышечный канат, натянутый между лобковой костью спереди и копчиком сзади... Многие мужчины чувствуют свою ЛК-мышцу в промежности между яичками и анусом. Это та самая мышца, которую вы используете, когда сдерживаете мочеиспускание при невозможности воспользоваться туалетом. ЛК-мышца отвечает за ритмиче-

ские сокращения в тазу и анусе во время оргазма. В книге «Зона G» описывается значение ЛК-мышцы: «Если мужчина увеличит силу своей ЛК-мышцы», он сможет понять, как приобрести способность к множественному оргазму и как разделить оргазм и семяизвержение».

Оргазм зависит от деятельности простаты, поэтому крайне необходимо обучение технике сжатия простаты мышцами таза. В дополнение к тому, что улучшаются и удлиняются оргазмы, периодическое сжатие простаты предохраняет от застоя, простатита и возникновения опухолей. ЛК-мышца, охватывающая простату, служит клапаном для гениталий. Нужно научиться открывать и закрывать этот клапан. Работу ЛК-мышцы можно почувствовать, пытаясь удалить последние капли мочи из организма... ЛК-мышца у животных управляет движением хвоста. Странно, но само слово penis (мужской член) означает «хвост» на латыни. Так что с помощью данного упражнения вы научитесь «махать хвостом», усиливать эрекцию, интенсифицировать оргазм и отдалять семяизвержение...

Самый простой способ найти свою ЛК-мышцу заключается в остановке мочеиспускания при сжатии мышц таза во время посещения туалета. Задержка мочевыделения является первым актом обучения контролю над своим телом. Способность управлять мочеиспусканием может помочь достигнуть контроля над семяизвержением, ибо и мочевые протоки, и семенные протоки, и протоки семенных пузырьков проходят через простату. (Вот почему при увеличении простаты у мужчин возникают проблемы с мочеиспусканием и семяизвержением.)».

5.4. Когнитивные приемы

Эти приемы базируются на объяснении причин возникновения расстройств эякуляции и изменении отношения к ним пациентов. Далеко не всегда изменения длительности полового акта являются проявлением патологии. Так, например, преждевременное семяизвержение часто может быть следствием длительных перерывов в половой жизни. В этих случаях целесообразно объяснить пациенту связь между длительностью полового акта и частотой сексуальных контактов. Мы обычно проводим аналогию между существующей ситуацией и ситуацией с проголодавшимся человеком: просим мужчину ответить на вопрос, быстро ли он будет есть, если в течение нескольких дней его не будут кормить. Этот прием весьма эффективен. При быстро протекающем половом акте также следует осуществлять работу по усилению самоуважения пациента, проводя аналогию с другими поведенческими актами, быстрое выполнение которых свидетельствует о высокой компетентности и хороших способностях человека. Так, если поставленную на работе руководством задачу человек решает быстро, то это положительно свидетельствует о нем. В этом же ключе можно проводить сопоставление с быстрым решением математических задач. Также самооценку мужчины можно повысить, рассказывая о том, что гипогонадизм (лица, у которых по разным причинам снижена продукция мужского полового гормона) характеризуются низкой сексуальной реактивностью, в основе которой лежит резкое ослабление полового влечения, что, в частности, может выражаться в очень длительных, подчас не завершающихся семяизвержением, половых актах. Могут приводиться и примеры с людьми пожилого возраста, у которых в силу влияния факторов, обусловленных старением, не каждый половой акт завершается эякуляцией.

У лиц с увеличением продолжительности полового акта меры, направленные на повышение их самооценки, имеют свои особенности. Обратившийся к нам за лечебной

помощью мужчина жаловался на то, что у него очень большая длительность полового акта, который он, более того, может завершить только интенсифицировав фрикции и настроившись на его окончание. Мы сообщили этому пациенту, что очень часто за лечебной помощью обращаются люди с преждевременным семяизвержением, и он – человек способный длительно проводить половой акт и заканчивать его по собственному желанию – должен гордиться этим. В процессе такой работы самооценка пациента значительно улучшилась. Это, однако, не исключало необходимость медикаментозной терапии, направленной на уменьшение продолжительности коитуса. В случаях анэякуляции при сохранной эрекции можно указать мужчине на существующий позитив. Так, например, одному нашему пациенту с данной патологией, который заявил, что он «не может кончить», мы сказали, что это гораздо лучше, чем если бы он «не мог начать» (имелось в виду расстройство эрекции), и намного лучше преждевременной эякуляции, так как он способен удовлетворить любую женщину. Беседа, проведенная в таком ключе, оказала на него выраженное позитивное воздействие, что вовсе не отменяло потребность в биологически ориентированной терапии.

В связи с вышеизложенным необходимо напомнить, что одно и то же явление можно воспринимать по-разному. Много зависит именно от точки зрения. В этом плане интересен следующий анекдот. Речь идет о человеке, который лечился у психолога в связи с ночным недержанием мочи и остался этим очень доволен. Когда его спросили, избавился ли он от этого расстройства, то последовал отрицательный ответ. Однако он заявил, что стал уважать себя за его наличие.

Приведенные выше когнитивные приемы, конечно же, не отменяют необходимости устранения расстройств эякуляции, тем более что они, когда речь идет о патологии, искажают или приукрашивают действительное положение вещей. В данном случае, однако, эти приемы выполняют позитивную психопроективную функцию.

5.5. Гипносуггестивная терапия

Этот метод также применяется для устранения расстройств эякуляции. В том случае, когда речь идет об ускоренном семяизвержении, обусловленном синдромом тревожного ожидания сексуальной неудачи, после гипнотизации может быть использована следующая, предлагаемая нами, рецептура:

«Проведенное нами исследование выявило сохранность всех органов и систем, участвующих в обеспечении сексуальной функции... Ваше расстройство является функциональным, обусловлено психологическим фактором, а именно, наличием тревожного опасения сексуальной неудачи... Сейчас я буду считать от одного до пяти, и с каждым счетом вы все больше и больше будете освобождаться от этого опасения, а когда я произнесу цифру пять, вы освободитесь от него в наиболее полной, возможной на сегодняшний день степени... Один... Тревожное опасение сексуальной неудачи начало покидать вашу психику, вашу нервную систему... Два... Процесс освобождения вашего организма от тревожного опасения становится все более выраженным, все более интенсивным... Три... Все быстрее и быстрее освобождаетесь от тревожного опасения сексуальной неудачи... Четыре... Внутренний психический дворник заходит в самые отдаленные участки вашего сознания и подсознания, выметает оттуда остатки тревожного опасения сексуальной неудачи, собирает их вместе и выбрасывает из вашего организма... Пять... В наиболее полной, возможной на сегодняшний день степени ваша психика, ваша нервная система, весь ваш организм освободились от тревожного опасения сексуальной неудачи... А сейчас я буду считать от одного до пяти, и с каждым последующим счетом ваш организм все больше и больше будет наполняться уверенностью в ваших сексуальных возможностях... Один... Уверенность наполняет каждую клеточку вашего тела... Два... Уверенность заполняет каждую вашу нервную кле-

точку...Три... Уверенность наполняет всю вашу нервную систему... Четыре... Уверенность заполняет каждую единицу вашего психического пространства, ваше сознание и подсознание, и из подсознания уверенность будет уверенно влиять на вашу половую функцию, обеспечивая хорошее качество полового акта... Пять... В наиболее полной возможной на сегодняшний день степени ваша психика, ваша нервная система заполнились уверенностью в ваших сексуальных возможностях. Поэтому отныне в преддверии и во время интимной близости вы полностью уверены в себе, уверены в своих сексуальных возможностях... Половой акт будет успешным и длительным...».

В том случае, когда причиной ускоренного семяизвержения являются другие факторы, можно использовать внушения, которые гипотетически могут способствовать уменьшению чувствительности нервных окончаний головки полового члена, приобретению способности контролировать уровень сексуального возбуждения, снижая его путем переключения внимания с помощью мыслей и представлений, не имеющих никакого отношения к интимной близости, из прошлого, настоящего и планируемого будущего, а также с помощью внушений, направленных на возможность переносить высокий уровень сексуального возбуждения. Мы обычно используем следующую суггестию:

«Уменьшается чувствительность нервных окончаний головки полового члена... Поэтому во время движений члена во влагалище испытываете приятные, но несколько притупленные ощущения... По этой причине половое возбуждение нарастает медленно, постепенно, медленно, постепенно, и потребуются гораздо больше времени для того, чтобы наступило семяизвержение... Отныне половое возбуждение при фрикциях не является чем-то неминуемо ведущим к сексуальной разрядке... Теперь не половое возбуждение управляет вами, а вы приобретаете способность управлять им... При необходимости увеличить продолжи-

тельность полового акта, вы по собственному желанию сможете очень легко переходить в другую психическую реальность, переключаясь на мысли и представления из прошлого, настоящего и планируемого будущего, которые не имеют никакого отношения к интимной близости... При этом половое возбуждение будет либо оставаться на достигнутом уровне, либо снижаться, но при этом будет сохраняться полное и устойчивое напряжение полового члена... В этой иной реальности вы сможете находиться столько, сколько захотите... Когда в определенный момент вы примите решение о необходимости интенсификации уровня сексуального возбуждения, вы вновь вернетесь в психическую реальность интимной близости... При желании опять остановить нарастание уровня сексуального возбуждения, вы снова совершенно легко и свободно выйдете в другую психическую реальность, не относящуюся к интимной близости... Такие переключения вы сможете совершать столько раз, сколько захотите, что позволит вам контролировать уровень сексуального возбуждения... Отныне вы также приобретаете способность выдерживать высокий уровень полового возбуждения без возникновения эякуляции... Итак, теперь благодаря уменьшению чувствительности нервных окончаний головки полового члена, приобретению способности контролировать уровень сексуального возбуждения путем переключения внимания, а также благодаря способности переносить высокий уровень сексуального возбуждения без эякуляции, половой акт будет длиться долго, очень долго, так долго, как вы сами этого захотите...».

Помимо директивного гипносуггестивного воздействия, для терапии лиц с преждевременным семяизвержением также может применяться недирективное. С этой целью используются терапевтические метафоры (специально придуманные истории, а также притчи, сказки, стихи, анекдоты), которые обеспечивают бессознательное и сознательное обучение че-

ловека. Они иносказательно представляют проблему пациента и показывают путь к ее решению. Для того чтобы быть эффективной, терапевтическая метафора конструируется по определенным правилам. Во-первых, она должна быть изоморфной (эквивалентной) проблемному содержанию, т. е. обладать той же или подобной структурой. При этом «изоморфизм» в данном контексте следует понимать как метафорическое сохранение взаимоотношений, которые имеют место в актуальной проблемной ситуации. Во-вторых, терапевтическая метафора должна предлагать замещающий опыт и таким образом давать доступ к ранее не замечавшимся возможностям выбора. Помимо этого, и это является третьим необходимым условием, метафора обязана предлагать разрешение или ряд разрешений проблемы в ситуациях, обладающих одинаковой структурой, и таким образом вести пациентов к соответствующим выборам.

В литературе по нейролингвистическому программированию (НЛП) и эриксоновскому гипнозу можно найти рекомендации о необходимости использования метафор в обход сознания с целью избежать контроля с его стороны за подаваемой информацией. Это позволяет скрыть намерение терапевта. Следовательно, метафоры играют роль психологических субстратов, оказывающих воздействие на бессознательное пациента, которому преподносят необходимые идеи, пробуждающие его ресурсы, что и определяет возникновение ожидаемых терапевтических изменений.

Приведем пример использования терапевтической метафоры, которая с успехом была использована Л. Кэмерон-Бэндлер [22, с. 249–252] для устранения преждевременного семяизвержения:

«Несколько лет назад на одном семинаре юноша по имени Аллен просил помочь ему в личной проблеме. Хотя я сказала ему, что семинар – это не место для личных консультаций, его настойчивая просьба заставила меня уделить ему несколько минут. Его проблема состояла в преждевремен-

ной эякуляции. Он страдал от этого в течение нескольких лет и за помощью раньше не обращался. Но теперь он по-настоящему полюбил, и ему было очень важно быть хорошим любовником для этой женщины. Благодаря тому, что я успела увидеть сознательное и бессознательное поведение Аллена на семинаре, и в связи с тем, что темой семинара была терапевтическая метафора, я решила использовать этот прием для скрытого вмешательства в его случай.

Что касается его сознания, я просто постаралась утешить его, сказав, что мало что можно сделать с преждевременной эякуляцией. Я предложила переформировать поведение по отношению к этой новой в его жизни женщине, говоря ему, что она, по-видимому, была настолько возбуждающей для него, что он просто не мог управлять собой, что его преждевременная эякуляция была лишь реакцией на ее сексуальные достоинства. Аллен был ошеломлен этим предложением, но вежливо принял его и даже начал представлять себе, как он будет формулировать свои замечания после коитуса.

В течение занятия я вызвала у Аллена состояние легкого транса и рассказала ему несколько историй, которые все были сконструированы так, чтобы вызвать специфическую реакцию. Я приведу одну из них, которая может служить примером. Я уверена, что реакция, на которую я рассчитывала, будет очевидной для читателя, хотя она была не вполне понятной для слушателей семинара. Большинство сочло ее индукцией транса, направленной на достижение глубокого состояния.

«Есть много путей, ведущих во многие места. У человека, который тяжело работал целый год, есть всего лишь двухнедельный отпуск. Короткие две недели, в которые он должен вместить все удовольствия за год. Что за расстройство, впихивать удовольствия за целый год в две недели! Часто он находил места, в которые можно было поехать, чтобы провести там отпуск. Он находил их на

карте и выбирал самый короткий путь, которым можно было добраться туда, искал всякие сокращения дороги, так ему хотелось поскорее туда добраться. И все это было бы прекрасно. Но так он провел всю свою жизнь – в решениях, куда он собирается, выбирая самый короткий путь туда... Что сказать о непредвиденных приключениях и возможных удовольствиях, которых он не замечал, постоянно стремясь к назначенной цели? А сам он, выбрав путь назначения, год за годом пользовался одним и тем же, самым коротким путем. И так длилось до некоторых пор.

На этот раз его приятель собирался в то же место, Большой каньон. Туда они и направились вместе. Но машину вел его друг. И он спешил туда добраться. У него даже не было дорожной карты, но тем не менее он был вполне уверен, что попадет туда, куда ему хочется, и потратит на это столько времени, сколько ему понадобится. Сначала наш герой проявлял нетерпение. Но затем он стал весьма заинтригованным, что же может предложить этот странный способ путешествия. Потому что они делали то, что привлекало их в данный момент. Они отклонялись в сторону, когда их что-то удивляло или интересовало, и получали удовольствие от того, что они находили.

И чем ближе они подъезжали к Большому каньону, тем становилось менее важным, куда они направляются. Иногда дорога в сторону казалась нашему герою настолько привлекательной, что он не хотел с нее уходить. Его приятель побуждал его к продолжению путешествия, лишь напоминая ему: «Ты сможешь вернуться в любимые места вновь и вновь. И ты можешь уехать, зная, что ты сможешь вернуться, когда тебе захочется». Лишь тогда наш герой соглашался ехать дальше. Оба были так поглощены каждым моментом своего путешествия, что их приезд к цели стал неожиданным новым удовольствием.

Его приятель нарисовал на мягкой земле дорогу, по которой они приехали: «Ты можешь приехать по этой дороге,

а можешь по той. Доехать сюда можно столькими путями, сколько можно получить удовольствий. Все они приведут тебя сюда. Одни быстрее, другие медленнее. Это не важно. Важно только быть там, где ты есть, когда ты там, а не там, куда ты направляешься, прежде чем ты там оказался. Когда ты там, где ты есть, ничто не будет упущено».

И с тех пор, год за годом, наш герой со своим другом путешествовали в места известные и неизвестные, и они делали это легко и с большим удовольствием.

Метафора оказалась эффективной в изменении сексуального поведения Аллена. Потом он рассказал, что у него в последующие несколько недель не было трудностей с преждевременной эякуляцией. Благодаря этой метафоре изменилась также его манера учиться, так что вместо использования методов, которые были ему хорошо знакомы, он начал исследовать различные аспекты процесса, над которым мы работали на семинаре. По мере того, как он это делал, возрастало его удовлетворение и творческое отношение к делу.

Аллен никогда не узнал сознательно, что подвергся терапии. Когда мы встретились в следующий раз, он самодовольно сказал, что нет нужды беспокоиться, он нашел другие способы справиться с проблемой. Я ответила, что вполне ему верю. Он остановился, поглядел на меня уголком глаза, начал говорить что-то, потом остановил себя, пожал плечами, сказав: «Кажется, что вы это хорошо знаете».

Ускоренное семяизвержение может быть одним из проявлений астенического синдрома при неврастении и др. расстройствах. В этих случаях у больных часто наблюдаются раздражительность, вспыльчивость, общая слабость, повышенная утомляемость, расстройства сна. Полезными для коррекции этих симптомов могут быть, соответственно, следующие, предлагаемые нами, лечебные внушения:

«Отныне вы спокойны и уравновешены... Спокойны и уравновешены всегда и везде... На работе, в семейном кругу, на отдыхе вы всегда спокойны и уравновешены... Спокойствие и уравновешенность следуют за вами повсюду... Спокойствие и уравновешенность становятся неотъемлемыми чертами вашего характера...».

«Укрепляется каждая ваша нервная клеточка, укрепляется вся ваша нервная система, укрепляется весь ваш организм... Каждая клеточка вашего тела во время лечебного сеанса накапливает энергию, запасается энергией... Энергия поступает в ваш организм, наполняет его, переполняет его... Поэтому теперь вы всегда бодры, свежи, энергичны...».

«Улучшается ваш ночной сон, углубляется ваш ночной сон, нормализуется ваш ночной сон... Теперь один вид постели, прикосновение головы к подушке в вечернее время перед засыпанием вызывают у вас дремотное состояние, чувство непреодолимой сонливости... Отныне засыпаете легко и быстро... Ваш ночной сон продолжительный и глубокий... Спите до самого утра, а утром после пробуждения чувствуете себя свежим, бодрым, хорошо отдохнувшим, у вас хорошее, приподнятое настроение, которое сохраняется в течение всего дня...».

Для уменьшения продолжительности полового акта, обусловленной снижением воллюстических ощущений (сладострастных ощущений, возникающих при фрикциях) и малой сексуальной реактивностью, целесообразна следующая, предлагаемая нами, суггестия:

«Каждое движение члена во влагалище сопровождается очень приятными ощущениями, которые доставляют большое наслаждение и сопровождаются усиливающимся сексуальным возбуждением».

5.6. Аутогенная тренировка

Аутогенная тренировка (АТ) – психотерапевтический метод, позволяющий с помощью специальных упражнений научиться управлять рядом вегетативных и психических функций. Классическая система АТ Шульца состоит из двух ступеней: низшей и высшей. Низшая ступень включает 6 упражнений («тяжесть в конечностях», «тепло в конечностях», «овладение ритмом сердечной деятельности», «регуляция ритма дыхания», «ощущение тепла в эпигастральной области», «ощущение прохлады в области лба»).

Высшая ступень носит название аутогенной медитации и состоит из 7 упражнений. Если задачей низшей ступени АТ является овладение способностью контролировать свои вегетативные функции, то задачей ее высшей ступени – функции психические. Обычно с лечебной целью используется низшая ступень АТ, однако иногда применяются и элементы ее высшей ступени.

АТ занимает особое место среди психотерапевтических методов лечения сексуальных расстройств, так как, в отличие от многих других средств из психотерапевтического арсенала, требует активного участия самого больного в лечебном процессе, а следовательно, предъявляет определенные требования к его личностным и другим качествам. Считается, что пациент, занимающийся АТ, должен обладать «волей к здоровью», определенным интеллектуальным минимумом и желанием сотрудничать с врачом (D. Müller-Hegemann, 1959).

АТ при лечении сексуальных расстройств, как правило, является лишь одним из структурных компонентов комплекса терапевтических мероприятий. Врач обычно проводит занятия АТ с группой пациентов. Иногда это осуществляется и индивидуально.

Для коррекции сексуальных нарушений используют возможности низшей и высшей ступени АТ, а также программирование и моделирование. С целью ускорения освоения АТ применяется гипносуггестия, а для более быстрого достижения конечного результата из программы обучения ино-

гда исключаются некоторые упражнения АТ.

По нашему мнению, включение АТ в систему лечения сексуальных расстройств предполагает: 1) возможность психотерапевтического воздействия на эмоциональное состояние в преддверии и во время интимной близости; 2) возможность психотерапевтической коррекции отдельных сексопатологических симптомов или их сочетаний, а также сопутствующих сексуальному расстройству нарушений и вызывающих его причин; 3) постепенное приобретение пациентом психотерапевтической автономии; 4) переход на качественно новый режим саморегуляции, когда нежелательный до этого самоконтроль в результате тренинга включается в механизм совладания или компенсации и, следовательно, приобретает новый, конструктивный характер.

Можно выделить два, отличающихся между собой, подхода к применению АТ для лечения сексуальных расстройств. *Первый* из них предусматривает использование «длинных» схем, которые при их освоении охватывают значительный временной интервал (до 3-х месяцев). В этом случае вначале осваиваются упражнения низшей ступени АТ (шесть или пять в зависимости от модификации), которые в данном контексте называются общими (общий курс). Затем приступают к освоению специальных упражнений, направленных на коррекцию сексуальных нарушений (специальный курс). Ускорение в освоении упражнений общего курса иногда достигается за счет обучения всем упражнениям низшей ступени под гипнозом.

Второй подход предполагает построение схемы лечения, ориентированной на вариант, известный в литературе под названием «направленная тренировка органов» [10]. Это более короткий путь, так как в этом случае больные с различной патологией вовсе не должны осваивать все упражнения АТ. При обучении этому варианту АТ после объяснения техники проведения аутогенной тренировки (позиции, упражнения), а также действия ее упражнений на организм (первый класс),

больные с различными заболеваниями в общей группе на одних и тех же занятиях обучаются начальным двум упражнениям («тяжесть» и «тепло» в конечностях) низшей ступени АТ (второй класс). Освоения этих упражнений считается достаточным для ликвидации общей вегетативной и невротической симптоматики. Те же больные, у которых на первый план выступают нарушения функционирования определенных органов и систем, переводятся в третий класс, предусматривающий деление пациентов на следующие 6 групп: «голова», «сердце», «живот», «сосуды», «легкие», «покой». В случае использования этой короткой схемы для лечения половых расстройств в 3-м классе может быть выделена специальная группа «сексуальная сфера».

Нами разработан ускоренный вариант АТ для лечения сексуальных расстройств у мужчин [16, 19, 20]. Эффект ускорения в предлагаемой модификации АТ достигается за счет следующих факторов: включения в осваиваемый комплекс только тех упражнений, которые необходимы для достижения поставленной цели (АТ строится по типу направленной системной тренировки); значительного использования компонента гетеросуггестии при проведении занятий с врачом вследствие применения подтекста с произнесением слов вполголоса; стимуляции пациентов к запоминанию возникающих у них при выполнении упражнений ощущений, так как использование приемов сенсорной репродукции ускоряет период обучения; применения при гетеро- и аутосуггестии стереотипных, легко запоминающихся формул. Данная модификация состоит из трех упражнений («расслабление», «тепло в области солнечного сплетения, струящееся в низ живота [к лобку и корню члена]», «тепло в половом члене»).

В случае расстройств эякуляции следует осваивать только первое упражнение, а затем наслаивать специальные самовнушения. При освоении первого упражнения при гетеротренинге используется следующая рецептура:

Я чувствую, как начали расслабляться мышцы лица...

Повторите про себя сказанные мною слова...
Действительно ощущаете, как начали расслабляться мышцы лица... Начали расслабляться мышцы лба, глаз, щек, жевательные мышцы... Хорошо запомните возникшие ощущения... Теперь одно воспоминание об этих ощущениях будет приводить к их появлению...

Расслабление в мышцах лица нарастает, увеличивается...

Повторите про себя сказанные мною слова...
Действительно ощущаете, как расслабление в мышцах лица нарастает, увеличивается... Расслабление нарастает, увеличивается в мышцах лба, глаз, щек, жевательных мышцах... Хорошо запомните возникшие ощущения... Теперь одно воспоминание об этих ощущениях будет приводить к их появлению...

Мышцы лица расслабились полностью...

Повторите про себя сказанные мною слова...
Действительно ощущаете, что мышцы лица расслабились полностью... Полностью расслабились мышцы лба, глаз, щек, жевательные мышцы... Хорошо запомните возникшие ощущения... Теперь одно воспоминание об этих ощущениях будет приводить к их появлению...

Я чувствую, как начали расслабляться мышцы рук...

Повторите про себя сказанные мною слова...
Действительно ощущаете, как начали расслабляться мышцы рук... Начали расслабляться мышцы плеч, предплечий, кистей... Хорошо запомните возникшие ощущения... Теперь одно воспоминание об этих ощущениях будет приводить к их появлению...

Расслабление в мышцах рук нарастает, увеличивается...

Повторите про себя сказанные мною слова...

Действительно ощущаете, как расслабление в мышцах рук нарастает, увеличивается... Расслабление нарастает, увеличивается в мышцах плеч, предплечий, кистей...

Хорошо запомните возникшие ощущения...

Теперь одно воспоминание об этих ощущениях будет приводить к их появлению...

Мышцы рук расслабились полностью...

Повторите про себя сказанные мною слова...

Действительно ощущаете, что мышцы рук расслабились полностью... Полностью расслабились мышцы плеч, предплечий, кистей... Хорошо запомните возникшие ощущения...

Теперь одно воспоминание об этих ощущениях будет приводить к их появлению...

Я чувствую, как расслабляются мышцы ног...

Повторите про себя сказанные мною слова...

Действительно ощущаете, как расслабляются мышцы ног... Расслабляются мышцы бедер, голеней, стоп... Расслабление в мышцах бедер, голеней, стоп нарастает, увеличивается... Мышцы бедер, голеней, стоп расслабились полностью... Хорошо запомните возникшие ощущения... Теперь одно воспоминание об этих ощущениях будет приводить к их появлению...

Я чувствую, как расслабляются мышцы грудной клетки, спины, живота...

Повторите про себя сказанные мною слова...

Действительно ощущаете, как расслабляются мышцы грудной клетки, спины, живота... Расслабление в мышцах грудной клетки, спины, живота нарастает, увеличивается... Мышцы грудной клетки, спины, живота расслабились полностью... Хорошо запомните возникшие ощущения... Теперь одно воспоминание об этих ощущениях будет приводить к их появлению...

Перед выведением из состояния аутогенного погружения на сеансах гетеротренинга мы используем следующую формулу: «Программа лечебного занятия завершена... Теперь, когда вы будете выполнять упражнения самостоятельно, реализация самовнушений будет происходить легко и быстро, так как в это время вы будете вспоминать мой голос, мои слова, мои внушения, которые помогут вам в реализации самовнушений».

Данная формула оказывает суггестивное воздействие на пациента и тем самым облегчает и ускоряет обучение упражнениям АТ.

Занятия АТ с врачом целесообразно проводить не менее трех раз в неделю. Во время гетеротренинга больной самостоятельно предварительно выполняет ранее освоенные упражнения, что, естественно, уменьшает продолжительность лечебного занятия. Это обусловлено тем, что освоенное упражнение выполняется гораздо быстрее, чем врач успевает проговорить все предусмотренные текстом формулы. Обучение с терапевтом новому упражнению начинается с того момента, как пациент по предварительной договоренности поднимает указательный палец правой руки.

При самостоятельном выполнении АТ на начальных этапах освоения ее упражнений рецептура аутосуггестии включает в себя и формулы подтекста, которые произносятся внутренним голосом от первого лица. Естественно, что фраза «Повторите про себя сказанные мною слова» редуцируется изначально. С течением времени рецептура подтекста, а впоследствии и основная формула становятся более краткими, что находится в прямой зависимости от степени освоения каждого из упражнений.

Больным дается стандартная рекомендация самостоятельно заниматься АТ два-три раза в день: утром (после пробуждения), вечером (перед засыпанием), а при возможности – и в дневное время. Предпочтительно выполнять упражнения

в положении лежа на спине. Упражнение осваивается в течение 5–7 дней.

После выполнения описанного упражнения, *при ускоренном семяизвержении* следует использовать формулы самовнушения, включающие настрой на спокойствие и уверенность в себе во время интимной близости, медленное, постепенное нарастание полового возбуждения, уменьшение чувствительности головки полового члена при фрикциях, приобретение способности регулировать уровень возбуждения при половом акте. Используемая нами рецептура имеет примерно следующий вид:

«Во время интимной близости я спокоен... Возбуждение при фрикциях нарастает медленно... Уменьшается чувствительность головки полового члена... Отныне при половом сближении испытываю в ней приятные, но несколько притупленные ощущения... Возбуждение нарастает медленно... Приобретаю способность контролировать уровень полового возбуждения..., отныне я могу его регулировать... Половой акт будет протекать долго, очень долго, так долго, как я сам этого захочу...».

При ретардированной эякуляции необходима аутосуггестия, направленная на повышение интенсивности воллюстических ощущений (сладострастных ощущений, возникающих при фрикциях) и «растворение» в них. В указанных целях мы предлагаем использовать следующую формулу: «Каждое движение члена во влагалище сопровождается очень приятными ощущениями, которые доставляют большое наслаждение...». Также следует использовать лечебные самовнушения, программирующие неуклонный и быстрый рост интенсивности полового возбуждения при фрикциях вплоть до наступления разрядки (оргазма), доставляющей чувство глубокого удовлетворения.

5.7. Поведенчески ориентированные методы

5.7.1. Секс-терапия (сексуальная терапия; *sex therapy*)

«Метод сжатия» (*squeeze technique*) в 1956 г. предложил J. H. Semans (Джеймс Сэманс) [115]. Он был модифицирован У. Мастерс, В. Джонсон (рис. 1 и 2) [26]. Этот метод помогает восстановить эякуляторный рефлекс. Названные авторы описывают его следующим образом:

«Когда начинаются прикосновения к гениталиям, женщина периодически сжимает половой член. При этом, как показано на рисунке, женщина кладет большой палец на уздечку полового члена, а указательный и средний пальцы – на венечную борозду и под нее на противоположной стороне члена. В течение примерно 4 с она сильно сжимает член, а затем резко отпускает его. Сжатие всегда следует производить спереди назад, а не от одной стороны к другой. Женщина должна делать это подушечками пальцев, чтобы не ущипнуть или не поцарапать половой член ногтями. По непонятным причинам метод сжатия снижает настоятельность эякуляции (кроме того, это воздействие может привести к временному частичному ослаблению эрекции). Его не следует использовать, однако, в момент, когда эякуляция становится неизбежной, а надо начинать на ранних стадиях игры с гениталиями и продолжать с перерывами в несколько минут. Сжатие можно производить независимо от того, находится ли половой член в эрегированном или вялом состоянии, но сила давления должна соответствовать уровню эрекции. В начале полового акта женщину просят 3–6 раз применить метод сжатия, прежде чем попытаться ввести половой член. После того как половой член полностью находится во влагалище, она должна просто бездействовать в течение 15–30 с, причем ни один из партнеров не должен в это время производить фрикции; затем женщина должна удалить половой член из влагалища, вновь произвести сжатие и снова ввести его; после этого пара может начать производить медленные фрикции. Когда мужчина

научится лучше контролировать эякуляцию, обоим партнерам обучают другому варианту метода сжатия, при котором половой член сжимают у основания, так что не приходится прерывать половой акт для повторных сжатий.

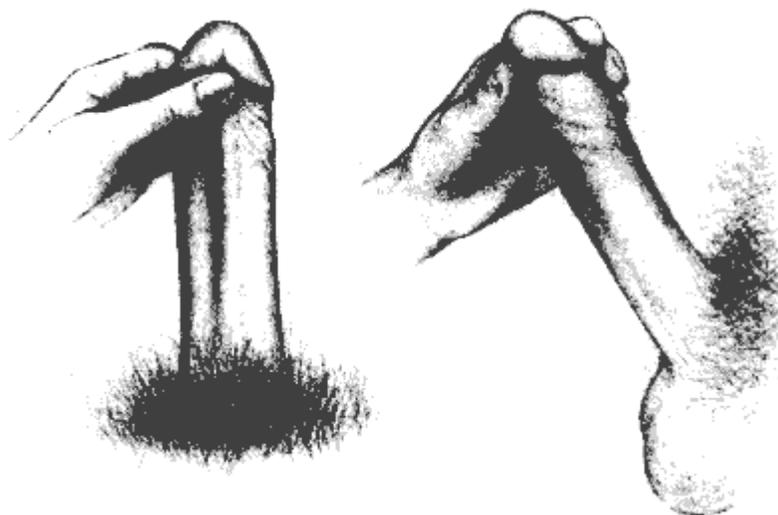


Рис. 1. Техника сжатия (первый вариант) [26].

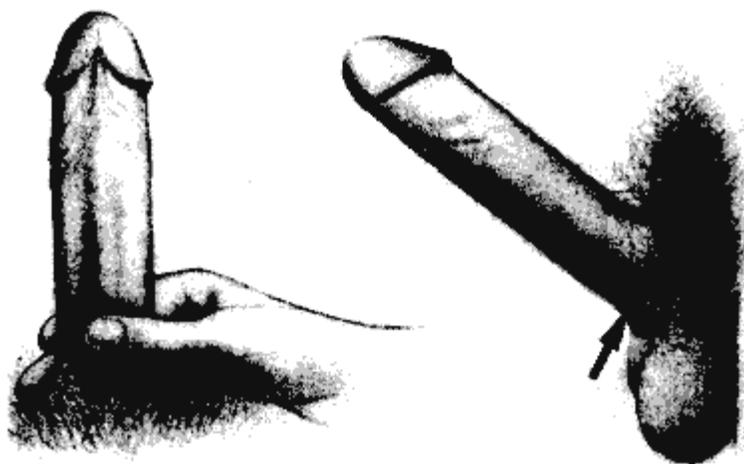


Рис. 2. Техника сжатия (второй вариант) [26].

Сжатие полового члена у основания следует применять только во время полового акта. Начинать его должен мужчина, так как после полного введения полового члена ему по чисто анатомическим причинам легче добраться до

основания члена и ему же, несомненно, гораздо легче судить об уровне своего полового возбуждения, чем женщине. На первые шесть месяцев после начала применения метода сжатия мужчине рекомендуют отказаться от всяких рискованных экспериментов, т. е. попыток выяснить, насколько он может приблизиться к состоянию неизбежности эякуляции до начала сжатия. Метод сжатия гораздо более эффективен, если начать применять его до того, как цикл половой реакции достигнет стадии плато» [26, с.543–544].

Прием «стоп-старт» (stop-start exercise) был также разработан в 1956 г. Джеймсом Сэмансом и адаптирован для практического использования в клинике Корнелла. Он состоит в следующем. Супруги осуществляют предварительные ласки до момента возникновения у мужа устойчивой эрекции. Затем он ложится на спину, закрывает глаза, а жена стимулирует половой член. При этом мужчина должен фокусировать внимание на своих эротических ощущениях. Почувствовав, что приближается оргазм, он просит жену прекратить стимуляцию. Последняя возобновляется через несколько секунд, когда позыв к эякуляции ослабнет. При повторном появлении предоргастических ощущений стимуляция пениса женой по просьбе супруга вновь прекращается. Процедуру повторяют четыре раза. На четвертый раз мужу разрешают эякулировать. При осуществлении данной техники мужчине дается установка сосредоточиться на своих ощущениях и не позволять себе отвлекаться. В отличие от случаев расстройств эрекции и замедленной эякуляции, когда отвлечение с помощью фантазий специально поощряется, при преждевременной эякуляции пациенту, наоборот, рекомендуют воздерживаться от любых отвлекающих моментов. Он должен научиться распознавать признаки наступающего оргазма.

После двух успешных попыток вся процедура повторяется, но на этот раз используются вазелин, смазки и т. п. После трех-четырех успешных попыток с их применением

супруги готовы к проведению полового акта, который также осуществляется в режиме «стоп-старт». При его проведении женщина занимает положение сверху. После введения пениса во влагалище мужчина кладет свои руки ей на бедра и направляет ее движения вверх-вниз. Затем он останавливает ее. Через несколько секунд после ослабления позыва к эякуляции все возобновляется. Первоначально пациент не совершает никаких движений. Когда оргазм приблизится в четвертый раз, ему разрешают эякулировать. Х. С. Каплан [9] считает важным, чтобы мужчина сосредоточил свое внимание на переживаемых ощущениях. После трех-четырех упражнений с интромиссией и фрикциями, когда женщина занимает положение сверху, и по мере успешного овладения самоконтролем, супружеской паре рекомендуют переходить к выполнению тех же действий в позе лежа на боку. Позу «мужчина сверху», которая считается более сложной при проведении данного тренинга, рекомендуют принимать в последнюю очередь. Х. С. Каплан [9] отмечает, что, как правило, мужчина добивается хорошего контроля над эякуляцией за период от 2 до 10 нед, однако устойчивый контроль обычно достигается через более продолжительное время. Речь идет о нескольких месяцах с момента прекращения систематического тренинга, в течение которых супругам рекомендуется делать одно упражнение «стоп-старт» в неделю.

Сообщается, что данные о долговременном эффекте метода «стоп–старт» отсутствуют [95].

Терапевтическая мастурбация также используется в поведенческом подходе при расстройствах эякуляции. В книге Е. Lux [87] можно встретить следующие рекомендации по увеличению продолжительности полового акта. Пациент с помощью мануальной стимуляции пениса должен удерживать член в эрегированном состоянии, всякий раз прерывая ее перед приближением эякуляции. При этом применением описанного приема искусственной пролонгации добиваются

того, чтобы семяизвержение происходило не ранее, чем через 5 мин с момента начала стимуляции.

Для устранения анэякуляции при половом акте в системе секс-терапии применяются определенные технические приемы, чему предшествует тщательный и глубокий анализ лежащих в ее основе психологических причин. Упражнения выполняются в следующей последовательности:

1) эякуляция вызывается в одиночестве посредством мастурбации;

2) эякуляция вызывается мастурбацией в присутствии партнерши;

3) эякуляция вызывается мануальной стимуляцией партнерши;

4) энергичная стимуляция полового члена проводится партнершей до состояния эякуляторной неизбежности, а затем осуществляется быстрое введение члена во влагалище.

Если мужчина эякулировал во влагалище один или два раза, в большинстве случаев анэякуляция и связанный с ней страх невозможности эякулировать совершенно исчезают. В некоторых случаях, когда представленная выше последовательность технических приемов не дала эффект, результативной может оказаться вызванная мануальной стимуляцией эякуляция на вульву женщины. Привыкнув к виду своей спермы на вульве партнерши, мужчина гораздо легче может совершить интравагинальную эякуляцию [26].

Х. С. Каплан [9] рекомендует следующий подход при лечении задержанной эякуляции. Основной целью при кратком секс-терапевтическом вмешательстве является отвлечь мужчину от контроля над эякуляцией для высвобождения заторможенных рефлекторных проявлений. Если речь идет о пациентах, которые могут добиться нормальной эякуляции при определенных условиях, то основная терапевтическая стратегия состоит в адаптации эякуляторного рефлекса к условиям коитуса. Например, пациент способен к эякуляции при мастурбации, когда использует определенные фантазии,

а при половом акте – нет, хотя при этом у него имеет место хорошая эрекция полового члена, и он получает удовольствие и удовлетворяет жену. После открытого обсуждения данной ситуации с партнерами, им рекомендуют соблюдать следующую стадию лечебного процесса:

- 1) мужчина мастурбирует один за закрытыми дверями, переживая привычные для него фантазии, а жена находится в самой удаленной комнате;
- 2) если мужчина добивается оргазма, то через несколько дней процедура повторяется, однако на этот раз жена уже находится в соседней комнате;
- 3) затем все повторяется снова, но жена при этом находится с мужем в одной комнате;
- 4) супруги совершают половой акт, а затем муж отправляется в ванную комнату, чтобы мастурбировать до наступления оргазма; такая последовательность событий позволяет установить связь между гетеросексуальным актом и оргазмом;
- 5) жена пациента мануально (рекомендуется использовать вазелин) возбуждает мужа до наступления у него оргазма; ему предлагается переживать в этот момент привычные для него фантазии; их можно не открывать жене или, напротив, открыто обсуждать их с ней во время сексуальных действий (использование фантазий позволяет больному отвлечься от навязчивого контроля и самонаблюдения во время стимуляции);
- 6) если мужчина испытал оргазм от стимуляции пениса женой, дальнейшая мастурбация в одиночку запрещается; теперь он может эякулировать только в присутствии жены или при ее участии;
- 7) следующим этапом терапии является достижение эякуляции во влагалище; после того как мужчина достигает устойчивого оргазма в результате мануальной стимуляции пениса женой, переходят к использованию приема «мужской мост»: женщина, используя вазелин,

стимулирует пенис мужа мануально до момента, когда у него вот-вот наступит оргазм, затем мужчина вводит половой член во влагалище и совершает копулятивные движения, а женщина при этом стимулирует его пенис рукой; во время коитуса супруг обязательно сообщает о моменте приближения оргазма, чтобы жена могла убрать руку, а он сделать несколько движений, приводящих к оргазму; поза женщины во время полового акта, когда она держит ноги плотно сжатыми, усиливает стимуляцию пениса при фрикциях, что может оказаться полезным на данном этапе лечения.

Во время генитальной стимуляции для «растормаживания» эякуляторного рефлекса пациентам рекомендуется читать эротическую литературу или рассматривать эротические картины. В связи с этим приводится пример, когда одна женщина впервые испытала оргазм под влиянием эротического романа. При этом для стимуляции она использовала вибратор.

5.7.2. Биологическая обратная связь (БОС)

По механизму своего терапевтического действия относится к поведенческой терапии. В ее основе лежит оперантное научение. Применение БОС позволяет приобрести контроль над произвольными функциями организма (частота сердечных сокращений, артериальное давление, мышечное напряжение, сексуальные функции и т. п.). Этот метод основан на допущении, что если людям дают четкую информацию (обратную связь) о внутренних физиологических процессах, то они могут научиться сознательно контролировать их [40].

Многие годы считалось, что оперантное научение эффективно только для изменения произвольных реакций, однако в конце 1960-х гг. было обнаружено [82, 97, 98], что люди могут научиться контролировать и внутренние процессы с помощью методик оперантного научения.

Лечение преждевременного семяизвержения с использованием БОС является эффективным, хотя многие пациенты отказываются от его использования [122].

В начале 1990-х в the International Society for Impotence Research (Международное общество по изучению импотенции) была представлена информация, которая указывала, что тазовые мускулы, в особенности мускулы, которые окружают член, находятся у мужчин с преждевременным семяизвержением в гиперактивном состоянии. Кроме того, известно, что в течение семяизвержения у мужчин с преждевременной эякуляцией мышцы, которые принимают участие в генерировании семяизвержения, находятся в гиперактивном состоянии [55].

В. И. Зайцев, А. М. Ситенко, Гафси Махер [8] использовали БОС для лечения 42 пациентов с РЕ. При помощи датчика анального давления пациенты по специальной программе обучались контролировать тонус мышц тазового дна. Тренинг мышц тазового дна проводился на аппарате Миомед 932 (Энраф Нониус, Нидерланды). Пациенту, который находился в положении лежа на спине, в прямую кишку вводили ректальный датчик давления. На экране аппарата перед пациентом демонстрировались шаблоны заданных кривых, которые изначально были в памяти аппарата. Пациент должен был повторить предложенную кривую, которая записывалась в режиме реального времени во время сокращения и расслабления мышц тазового дна. Пациент изменял траекторию кривой путем сокращения и расслабления мышц тазового дна. Продолжительность процедуры была 30 минут. Курс лечения состоял из 10 сеансов, которые проводились 2 раза в неделю. После такого лечения большинству пациентов удавалось восстановить оптимальную биоэлектрическую активность мышц тазового дна и улучшить контроль над процессом эякуляции, что указывает на перспективность использования данного метода в лечении преждевременной эякуляции. На основании проведенных исследований были сделаны следующие выводы:

1. Для пациентов с преждевременной эякуляцией характерны неполные сокращения и релаксация, а также недостаточная координация активности мышц тазового дна.

2. Достигаемое при использовании биологической обратной связи произвольное максимальное расслабление мышц тазового дна при возникновении предвестников эякуляции, нормализует электрическую активность этих мышц и увеличивает продолжительность предэякуляторного периода.

5.8. Когнитивно-поведенческая терапия

Для устранения преждевременной эякуляции, обусловленной тревожным опасением ее наступления, может применяться **техника остановки мыслей**, которую относят к арсеналу когнитивно-поведенческой терапии [18]. Напомним, что когнитивно-поведенческое направление возникло вследствие осознания того, что воздействие только на внешнее поведение пациента, которое осуществляется в рамках поведенческой (бихевиоральной) терапии, является недостаточным. Это направление ориентировано на прямое воздействие на когнитивные процессы (мысли, ожидания, установки) (А. П. Федоров, 2002). Данная техника относится к числу простых техник когнитивно-поведенческой терапии. Она была описана Дж. Бэйном (J. A. Bain, 1966) и введена в арсенал поведенческих техник Дж. Вольпе (J. Wolpe, 1958). Мишенью воздействия при характеризуемой патологии является тревожное опасение сексуальной неудачи, которое относят к навязчивостям в когнитивной сфере. Поскольку в результате тренинга, первоначально проводимого с психотерапевтом, пациент обучается самостоятельно воздействовать на свои мысли, то рассматриваемая техника относится к техникам самоконтроля. В начале ее освоения, чтобы обучить пациента процедуре остановки мыслей, психотерапевт предлагает ему сконцентрироваться на нежелательных мыслях. Для облегчения концентрации лучше, чтобы глаза больного были

закрываются. Он получает инструкцию просигнализировать терапевту о моменте, когда негативные мысли будут четко представлены в его сознании. Это следует делать невербально, например, подняв указательный палец. При поступлении такого сигнала терапевт громко командует: «Стоп!». Вслед за этим клиента просят описать, что произошло. Как правило, он сообщает, что в результате такой команды мысли исчезли. Описанная процедура повторяется несколько раз. При положительном результате (остановка мысли происходила) пациента инструктируют применять технику самостоятельно. При этом вначале команда «Стоп!» произносится громко. Если она достигает своей цели, то переходят на энергичное произнесение команды внутренним голосом. Если это приводит к ожидаемому результату, то первая задача (не думать о неприятных мыслях) решена. Задача второго этапа состоит в заполнении пустоты, возникающей после остановки дезадаптивных мыслей. Их следует заменять на позитивные мысли («Я совершенно спокоен, уверен в себе, уверен в своих сексуальных возможностях» и т.п.). В тех случаях, когда второй этап опускается, нежелательные мысли могут возобновиться. Если вначале пациент останавливает произвольно вызываемые нежелательные мысли, то затем команда «Стоп!» адресуется произвольно возникающим опасениям. Это осуществляется непосредственно в обстановке, предполагающей интимную близость, а также и вне таковой, так как в выраженных случаях характеризуемой патологии и в указанный период времени беспокоящие мысли могут появляться весьма часто (функциональный тренинг «in vivo»). При этом не следует забывать о необходимости замены дезадаптивных мыслей на мысли позитивные, предполагающие успешное проведение интимной близости [18].

5.9. Нейролингвистическое программирование

Для терапии лиц с преждевременной эякуляцией могут быть использованы техники нового поколения, которые относят к нейролингвистическому программированию. Нами для лечения больных с синдромом тревожного ожидания сексуальной неудачи, при котором, в частности, может иметь место боязнь преждевременного семяизвержения, способная вызвать данную дисфункцию, был разработан **способ коррекции поведенческих программ (СКПП)** [14, 15]. Он обладает высокой эффективностью. К его достоинствам, помимо хорошей результативности, следует отнести:

- 1) быстрый лечебный эффект;
- 2) малую продолжительность сеанса (процедура занимает по времени от 5 до 10 минут, а собственно терапевтический ее компонент исчисляется 3–5 мин);
- 3) отсутствие необходимости в создании каких-либо специальных условий (например, сенсорной депривации);
- 4) возможность оценивать тяжесть состояния больного и прогнозировать эффективность применяемых психотерапевтических воздействий;
- 5) отсутствие каких-либо осложнений.

Он реализуется в два этапа. *Целью первого этапа* является диагностика устойчивости патологических программ и определение способности к формированию нормальных поведенческих сексуальных стереотипов (в основном речь идет о прекоитальном периоде и самом коитусе). Одновременно проводится работа по разрушению существующего и формированию нового стереотипа. *На втором этапе* оценивается интенсивность положительных сдвигов, наступивших в результате проведения процедуры, что дает возможность прогнозировать скорость появления лечебных результатов.

Технология процедуры (как на первом, так и на втором этапах больной и терапевт сидят или стоят напротив друг друга) следующая.

Первый этап. Врач охватывает кистью левой руки запястье правой руки больного и просит его как можно более четко представить себе неудачный половой акт. После наступления визуализации делается внушение, что сейчас образ неудачного полового акта потеряет свою яркость, потом начнет мелькать, а затем и вовсе исчезнет. При этом врач просит пациента, чтобы он не был пассивен, а всеми силами старался удержать образ. Одновременно внушается, что чем больше пациент будет стремиться удержать его, тем меньше это будет ему удаваться, так как его организму (памяти, психике, нервной системе) не нужна данная патологическая программа, и он будет избавляться от нее. Поэтому, заключает врач, образ некачественного или неудавшегося полового акта полностью сотрется.

Такой порядок ожидаемых изменений образа (снижение яркости – мелькание – исчезновение) предполагается на том основании, что именно он чаще всего возникал при осуществлении описанных воздействий. Следует подчеркнуть, что во избежание потери доверия больного к врачу в том случае, если реализация суггестии не наступит, что бывает редко, или будет частичной, рекомендуется включать в формулу внушения фразу «и может так случиться, что...». После этого называют желательные изменения. Такого принципа построения внушений целесообразно придерживаться на протяжении всего лечебного сеанса.

При произнесении внушений смысловое ударение надо делать именно на словах, следующих за указанной вводной фразой. Как правило, в результате описанной выше суггестии наступают обещанные больному изменения, которым он пытался противостоять, удерживая образ некачественного или даже неудавшегося полового акта. Лишь изредка конечным результатом является мелькание поблекшего образа или его тусклость.

После того как удалось произвести уничтожение образа, мы даем больному инструкцию по его восстановлению. Больной

трижды пытается воспроизвести стертый образ. Перед каждой такой попыткой проводится внушение, что чем настойчивее он будет пытаться сделать это, тем меньше это будет ему удаваться, и может так случиться, что образ вообще больше не появится, поскольку патологическая программа не нужна его организму. Обычно так и происходит. Реже образ возникает в значительно потускневшем виде либо отмечается мелькание данного поблекшего представления. Исключительно редко происходит полное восстановление его яркости.

Затем врач охватывает своей правой кистью запястье левой руки пациента и просит его представить последний нормально протекавший половой акт с женщиной. При этом речь может идти как о половом акте с нынешней партнершей, так и с другой, если с нынешней партнершей полноценного коитуса никогда не было. Если яркость возникшего образа недостаточна, ее следует суггестивно усилить (точно так же мы поступаем и при недостаточной яркости визуального воспроизведения некачественного или неудавшегося полового акта).

При достижении хорошей яркости визуального представления делаются внушения следующего содержания. Отмечается, что сейчас больной будет пытаться избавиться от данного образа, и чем больше он будет стремиться к этому, тем меньше это будет ему удаваться, так как его организму (памяти, психике, нервной системе) нужна нормальная («здоровая») программа. Суггестируется, что образ будет устойчивым, непоколебимым и, вопреки стараниям пациента, может случиться так, что он не исчезнет. Попытка уничтожения образа производится трижды. Как правило, образ действительно не исчезает, а его яркость либо остается прежней, либо, что встречается реже, несколько уменьшается.

В том случае, когда полноценные половые акты наблюдались лишь с предыдущими партнершами, а с нынешней таковых не было, прежде чем начать воздействовать на образ, пытаясь его ликвидировать, следует в воображении произвести замену прежней партнерши на нынешнюю, с которой

нормального полового акта никогда не было. Желательно, чтобы ликвидации этого нового образа предшествовало несколько сеансов по укреплению новой программы («программа, подобно дереву, пускает глубокие корни, укрепляется, становится прочной» и т. д.). Описанный вариант психотерапии технически несколько труднее предыдущего и требует большего количества лечебных сеансов.

Еще большую трудность представляют случаи, когда пациент вообще никогда в течение жизни не совершил полноценного полового акта или, более того, в его сексуальной практике наблюдались только истинные или даже мнимые попытки. Тогда мы просим больного конструировать визуальный образ полноценного полового акта с той женщиной, с которой он встречается. Как и в предыдущем варианте, нецелесообразно сразу идти на уничтожение образа нормально протекающего полового акта. Эту хрупкую формирующуюся программу следует предварительно суггестивно укрепить в течение нескольких сеансов, а затем уже попытаться ликвидировать образ.

Завершается первый этап работы в каждом из указанных вариантов суггестией, что в преддверии и во время интимной близости пациент будет совершенно спокоен и уверен в себе. Далее проводятся внушения, направленные на программирование нормально протекающего полового акта. Больному внушается, что половые акты будут протекать так же, как и воображаемые. Это делается следующим образом. Врач говорит пациенту, что отныне перед интимной близостью и во время нее он будет совершенно спокоен и уверен в своих сексуальных возможностях, так же, как и сейчас, в своем зрительном представлении. Точно таким же образом обыгрываются отдельные функциональные характеристики копулятивного цикла и возникающие при половом акте ощущения.

На втором этапе, целью которого является определение эффективности лечебной процедуры, что важно для прогнозирования улучшения, выздоровления и их сроков, мы

прибегаем к использованию кинестетических якорей, сочетаясь с просьбой увидеть возникающий при этом образ полового акта.

Вначале врач охватывает левой кистью запястье правой руки пациента и спрашивает его, образ какого полового акта он видит. Обычно при хорошей реакции на лечебные воздействия возникает образ полноценного полового акта. Затем врач одновременно охватывает правое и левое запястье больного своими кистями и вновь спрашивает, образ какого полового акта при этом возникает. Очень часто пациент опять видит хороший половой акт. В заключение врач охватывает левое запястье пациента правой кистью и в очередной раз повторяет свой вопрос. Больной, как правило, снова отвечает, что возник образ полноценного интимного сближения. На этом лечебный сеанс заканчивается.

Следует подчеркнуть, что об особой прогностической благоприятности можно говорить в тех случаях, когда отмечается полная или выраженная реализация суггестивных воздействий.

При отборе пациентов для проведения данного способа лечения необходимо исключать лиц, которые в силу различных причин испытывают трудности направленной визуализации образов и сюжетов. Это определяется уже в самом начале использования СКПП. Характеризуемый способ лечения не должен применяться также у больных со снижением интеллекта, которые не способны понять, и, следовательно, реализовать инструкции врача при проведении описанных психотерапевтических воздействий.

В заключение следует отметить, что СКПП содержит в себе большие возможности при его творческом применении и может быть использован для лечения различных заболеваний, где требуется создание или восстановление нормальных программ каких-либо поведенческих актов.

Очень мощной техникой нейролингвистического программирования является метод «взрыва навязчивости», который

был адаптирован и апробирован нами для лечения больных с синдромом тревожного ожидания сексуальной неудачи [13, 18]. Существуют и многие другие психотерапевтические техники, направленные на ликвидацию данного синдрома [18].

5.10. Техника десенсибилизации и переработки движениями глаз

Преждевременная эякуляция, обусловленная тревожным опасением сексуальной неудачи, может быть устранена с помощью относительно нового метода, который получил название техники десенсибилизации и переработки движениями глаз (ДПДГ) [45]. Временем рождения этой техники следует считать май 1987 г. Ее открытие произошло совершенно случайно. Однажды, прогуливаясь по парку, Френсис Шапиро заметила, что некоторые мысли, беспокоившие ее, внезапно исчезли. Она также отметила, что если повторно вызвать в уме эти мысли, то они уже не оказывают такого негативного действия, как прежде.

Ее опыт подсказывал, что беспокоящие мысли обычно вновь возвращаются через некоторое время, и это происходит не один раз до тех пор, пока не предпринимается сознательное усилие по их остановке или изменению их характера. Однако в этот день Френсис отметила, что беспокоившие ее мысли исчезли и изменили свой характер без каких-либо сознательных усилий с ее стороны. Пораженная случившимся, она стала уделять всему происходящему с ней пристальное внимание. Тогда ей удалось установить, что при возникновении беспокоящих мыслей ее глаза спонтанно начинали быстро двигаться из стороны в сторону и вверх–вниз по диагонали. В результате эти мысли исчезали. Когда же она намеренно пыталась вспомнить их, то оказывалось, что их негативный эмоциональный потенциал был значительно ослабленным. Тогда она начала производить движения глазами намеренно, концентрируя внимание на различных

неприятных мыслях и воспоминаниях. Результатом было то, что они исчезли и утратили свою отрицательную эмоциональную окрашенность. Поняв потенциальную пользу произошедшего, Френсис пришла в сильное волнение. С этого все и началось.

ДПДГ-терапия включает 8 стадий. Количество сеансов, проводимых на каждой стадии, и количество стадий, включенных в каждый сеанс ДПДГ, в значительной степени зависят от особенностей конкретного пациента. **Первая стадия** – анализ истории болезни и создание плана лечения. **Вторая стадия** – подготовка, во время которой психотерапевт вводит клиента в контекст процедуры, объясняет ему теорию ДПДГ, определяет ожидания в отношении эффекта лечения и готовит его к возможности появления беспокоящих переживаний между сеансами. На этой стадии пациенту, в частности, сообщают, что после психотравмы она оказывается «заблокированной» в нервной системе совместно с картиной первоначального травматического события, а также имевшими место в тот момент звуками, мыслями и чувствами. Как отмечает Ф. Шапиро, беспокоящая психотравмирующая информация запечатлена в той же форме, в какой она была изначально воспринята. Первоначально испытанные переживания, а также связанные с ними образы могут длительно сохраняться изолированными в занимаемой травматической информацией части «нейросети» в своей первоначальной форме. При этом нейросеть, в которой хранится травматическая информация, изолирована от других нервных сетей. Это ведет к тому, что психотерапевтическая информация не может ассоциативно связываться с изолированной информацией о травматическом событии. Движения же глаз, которые используются при ДПДГ, приводят к разблокированию, что позволяет мозгу перерабатывать травматический опыт.

Третья стадия – определение цели воздействия («мишени») и основных возможных реакций клиента с использованием шкалы субъективного беспокойства (ШСБ) и шкалы

соответствия представлений (ШСП). По ШСБ тревога ранжируется от 0 баллов (полное ее отсутствие) до 10 (наиболее сильная тревога, которую человек может себе представить). С помощью ШСП устанавливают, насколько истинным на уровне чувств и интуиции кажется пациенту как отрицательное, так и положительное представление о себе сейчас. Степень соответствия представлений определяется по 7-балльной шкале, где 1 балл – полное несоответствие, а 7 баллов – полное соответствие (истинное убеждение). После идентификации травматического воспоминания клиенту предлагается избрать образ, который бы в наибольшей степени соответствовал этому воспоминанию. Затем идентифицируют убеждения, выражающие негативную самооценку, связанную с его участием в травматическом событии. При оценке отрицательного самопредставления следует спросить пациента о том, какие слова более всего соответствуют картине события и выражают его представление о себе. При этом ему рекомендуют высказывать свои мысли в настоящем времени, используя местоимение «Я». Это должно быть существующее в настоящий момент отрицательное убеждение в отношении самого себя (например, «Я не уверен в успехе интимной близости», «Я опять потерплю неудачу», «Я никуда не гожусь как мужчина» и т. п.). Следует оценивать уровень тревоги, возникающей при воспоминании о травмирующем событии и связанных с ним утверждениях (вербализациях) по ШСТ. Затем пациент определяет свои положительные самопредставления, которые потом будут использованы для замены отрицательных.

Оценка положительного самопредставления производится следующим образом. У больного спрашивают, какие бы представления о себе хотелось бы ему иметь, когда он вызывает картину травматического события. При этом ему следует выразить положительное самопредставление, желательное для него в настоящий момент. Положительные самоутверждения рекомендуется использовать также с использованием слова

«Я», с которого и начинается самоутверждение («Я уверен в своих сексуальных возможностях», «Я сильный мужчина», «Я способен длительно проводить половой акт», «Я могу удовлетворить женщину» и т. п.). Степень соответствия положительного самопредставления оценивается следующим образом. Пациента спрашивают, насколько истинным ему кажется положительное самопредставление, когда он думает об этой картине. Ранжирование производится им по ШСП. В конце характеризуемой стадии пациент идентифицирует место, в котором сосредоточены физические ощущения, усиливающиеся при концентрации на воспоминании о травматическом событии.

Четвертая стадия – десенсибилизация. Она сосредоточена на негативных эмоциях пациента, отраженных в оценке по ШСБ. Во время десенсибилизации психотерапевт побуждает пациента повторять серии движений глаз до тех пор, пока уровень его беспокойства не снижается до 0 или 1 балла по ШСБ. Это указывает на то, что первичная дисфункциональность, включающая в себя травматическое событие, переработана. Однако переработка при этом завершена не полностью и к травматической информации придется обращаться на следующих стадиях.

Процесс переработки может быть выражен следующей метафорой. Первоначально информация начинает проявляться в дисфункциональной форме. Процесс движения к выздоровлению подобен движению поезда. Во время движений глаз поезд как бы преодолевает еще один перегон. На каждом «плато» или остановке происходит избавление от части дисфункциональной информации, в то время как адаптивная (или по крайней мере менее проблематичная) информация, напротив, прибавляется. Это подобно тому, как на каждой остановке одни пассажиры выходят, а другие заходят. В конце ДПДГ-психотерапии негативная информация полностью перерабатывается и таким образом пациент достигает адап-

тивного разрешения. Говоря метафорически, поезд прибывает на конечный пункт своего маршрута [45].

Во время этой стадии психотерапевт вызывает полные двусторонние движения глаз пациента с максимально возможной скоростью от одного края его визуального поля до другого, избегая при этом появления дискомфорта. В качестве точек фокусировки взгляда пациента можно использовать два или больше пальцев рук терапевта. Один указательный палец с этой целью не применяют, чтобы избежать отрицательных ассоциаций с воспоминаниями о том, как в детстве пациент получал выговор от взрослых. Также точками фокусировки могут быть карандаш, линейка и др. объекты.

Обычно психотерапевт держит два пальца вертикально на расстоянии 30–35 см от лица больного, а его ладонь обращена к клиенту. Однако параметры расположения руки (расстояние до лица) и положение пальцев могут меняться до достижения чувства комфорта. Затем психотерапевт показывает направление движений глаз, медленно двигая пальцы горизонтально от правого края визуального поля клиента до левого (или же наоборот) на расстоянии не менее 30 см. При этом необходимо оценить способность больного следить за движениями пальцев, которые вначале происходят медленно, а затем все быстрее и быстрее до достижения той скорости, которая воспринимается как максимально комфортная. Хотя большинство клиентов предпочитают достаточно большую скорость, однако для некоторых более эффективными являются именно медленные движения. Можно прибегать и к другим вариантам движений глаз: вверх-вниз, по кругу или в форме восьмерки.

Продолжительность серий движений глаз определяется эффективностью, обнаруживаемой с помощью обратной связи. Сначала (тестовый режим) используется серия из 24 движений (перемещение справа налево, а затем в первоначальное положение представляет собой одно движение). Это позволяет оценить степень комфортности для пациента, в

том числе используемой скорости, а также способность продолжать движения глаз. Затем обычно для переработки психотравмирующего воздействия, которое имело место, также применяется серия из 24 движений, которая достаточна среднестатистическому пациенту для переработки когнитивного материала и достижения нового уровня адаптации. Некоторые больные для переработки нуждаются в сериях из 36 движений или более. Следует отметить, что, помимо движений глаз, возможно применение иных стимулов, способных активизировать информационно-перерабатывающую систему. Это может быть постукивание клиента по ладони или повторяющиеся звуковые раздражители, «намекающие на травматическую ситуацию», которые также могут быть весьма действенными. Отмечается, что в настоящее время еще не совсем ясно, являются ли такие раздражители столь же эффективными, как движения глаз, однако возможность их использования не стоит исключать.

Пятая стадия называется стадией инсталляции. Ее целью является установка положительного самопредставления, определенного пациентом, а также его усиление, чтобы оно могло заменить собой отрицательное самопредставление. Это стадия начинается тогда, когда уровень отрицательных эмоций пациента, связанных с психотравмирующим переживанием, опускается до 0 или 1 балла по ШСБ. Тогда по предложению психотерапевта он сосредоточивается на наиболее приемлемом для себя положительном представлении одновременно с избранным в качестве цели травматическим воспоминанием. Затем производятся серии движения глаз. Это осуществляется до тех пор, пока уровень положительного представления пациента не достигнет 6 или 7 баллов по ШСП. При этом пациент должен оценивать уровень положительного представления, основываясь на том, что он интуитивно «ощущает нутром».

Шестая стадия – сканирование тела. После того как произошла инсталляция, пациенту предлагают удерживать в со-

знании как избранное им травматическое событие, так и положительное самопредставление, и при этом сканировать сверху вниз все свое тело. Ему предлагают фиксировать и идентифицировать любое остаточное напряжение, которое проявляется в теле в форме ощущений. Такие ощущения избираются затем в качестве цели для последовательных движений глаз. Во многих случаях после их совершения напряжение просто исчезает, но иногда может быть вскрыта дополнительная дисфункциональная информация, которая должна стать мишенью переработки. Данная стадия очень важна, так как может вскрывать те области напряжения или сопротивления, которые ранее были скрыты.

Седьмая стадия – завершение. По мнению Ф. Шапиро, обычно 90-минутного сеанса вполне достаточно для успешной переработки травматического материала, связанного с отдельным воспоминанием. Однако так бывает не всегда. Поэтому психотерапевт должен оставлять время для действий, которые позволят ему покинуть кабинет в комфортном состоянии.

Восьмая стадия носит название переоценки. Последняя должна проводиться перед началом каждого нового сеанса. Психотерапевт обеспечивает повторное обращение клиента к ранее переработанному травматическому материалу, который являлся целью такой переработки. При этом он оценивает возникающую у пациента реакцию, чтобы определить сохранился ли эффект от проведенного лечения. Такая оценка производится как путем опроса о чувствах, испытываемых в отношении материала, избравшегося ранее в качестве предмета воздействия, так и путем изучения записей в дневнике пациента. После этого решают, следует ли продолжить работу с предыдущей целью или же необходимо избрать новую. К последнему нужно переходить только после того, как произойдет полная интеграция травм, подвергавшихся лечению ранее. Результатом завершения переработки травм могут стать новые формы поведения человека, что потребует от

психотерапевта обращения к проблемам, которые могут возникнуть в связи с этим в семье клиента или в его социальном окружении.

Ф. Шапиро [45] отмечает, что обычно рекомендуется недельный перерыв между сеансами. Это дает возможность пациенту интегрировать проявившийся материал, а также идентифицировать новые цели. Однако в ряде случаев возникает необходимость в более частых встречах.

5.11. Медикаментозная терапия преждевременной эякуляции

5.11.1. Седативные средства, транквилизаторы, новокаин, сернокислая магнезия, препараты спорыньи, средства, прерывающие передачу нервных импульсов в парасимпатических ганглиях, нейролептики

Для медикаментозного лечения больных с преждевременной эякуляцией используются различные средства. В том случае, если ее причиной является повышенная раздражительность и вспыльчивость (повышенная возбудимость нервной системы), рекомендовали использовать седативные средства (валериана, пустырник, бромистый натрий, калия бромид и др.), транквилизаторы (мепротан, андексин, мепробамат, элениум, триоксазин, диазепам, GABA [гамма-аминомасляная кислота – природный транквилизатор], ксанакс и мн. др.), а также нейролептики. Седативные средства, транквилизаторы и нейролептики используются и в тех случаях, когда преждевременная эякуляция обусловлена наличием тревожного ожидания сексуальной неудачи

Седативные средства могли сочетаться с люминалом (фенобарбиталом), миналом (барбиталом-натрия), кодеином, дионином (этилморфина гидрохлоридом).

И. М. Порудоминский [29, с. 209–210) приводит следующие рецепты:

Rp. Inf. rad. Valerianae ex 8,0:200,0
(Inf. Herbae Leonuri ex 12,0:200,0)
Natrii bromati 4,0–6,0 (1,0–2,0 при слабой нервной системе)
Codeini phosphorici 0,15
MDS. По 1 столовой ложке 3 раза в день

Rp. T-rae Valerianae
T-rae Convallariae majalis aa 10,0
Natrii bromati 3,0
Dionini 0,2
MDS. По 20–25 капель 3 раза в день

Rp. Inf. rad. Valerianae ex 8,0:200,0
Kalii bromati
Natrii bromati aa 3,0
Dionini 0,1–0,2
MDS. По 1 столовой ложке 3 раза в день

Rp. Sol. Natrii bromati ex 4,0–6,0:200,0
T-rae Valerianae 7,0
Calcii glycerophosphorici 6,0
Codeini puri 0,1
MDS. По 1 столовой ложке 3 раза в день

Rp. Inf. Herbae Leonuri ex 12,0:200,0 .
Natrii bromati 4,0–6,0
Medinal 1,0–2,0
Codeini phosphorici (Dionini) 0,15–0,2
MDS. По 1 столовой ложке 2–3 раза в день (при бессоннице)

Rp. Inf. rad. Valerianae ex 10,0:200,0
T-rae Leonuri 6,0
Dionini 0,15
Medinali 1,0–2,0
MDS. По 1 столовой ложке 3 раза в день

С целью терапии преждевременной эякуляции раньше применялись сернокислая магнезия, новокаин, препараты спорыньи и другие лекарственные средства. Сернокислая

магнeзия снижает возбудимость ЦНС. Обычно ее назначали в виде внутримышечных и внутривенных инъекций. При РЕ и частых поллюциях использовали 25% раствор сернокислой магнeзии, который в количестве 5–10 мл ежедневно или через день вводили в толщу ягодичных мышц. Курс составлял 15–20 инъекций.

Rp. Sol. Magnesiі sulfurici 25% 10,0

D. t. d. N. 10 in amp.

S. По 5–10 мл внутримышечно ежедневно или через день

Парентеральное применение сернокислой магнeзии противопоказано при выраженной сосудистой недостаточности, гипотонии, болезнях почек, значительном снижении уровня кальция в крови. Среди побочных эффектов, которые встречаются редко, могут быть тошнота, рвота, затрудненное дыхание, урежение частоты сердечных сокращений. При этих осложнениях рекомендуется немедленное внутривенное введение 5–10 мл 10% раствора хлористого кальция, так как между действием ионов магния и кальция существует антагонизм.

И. М. Порудоминский [29] сообщает, что Е. Н. Панченко (1956) получил хорошие результаты у больных с РЕ при внутривенных вливаниях 0,5% раствора новокаина по 10 мл ежедневно в течение 10–15 дней. Из 27 больных, у которых отсутствовали патологические изменения в мочеполовых органах и органические поражения со стороны центральной нервной системы, выздоровление наступило у 16, а улучшение – у 5. Л. Я. Мильман (1965) с успехом применял при данной сексуальной дисфункции внутримышечные инъекции 2% раствора новокаина по 2–3–5 мл через день (на курс 15–20 инъекций) [по 29]. По данным В. В. Закусова, основанным на исследованиях Кавериной (цит. по Е. Н. Панченко, 1956), «новокаин при введении в организм в относительно малых дозах оказывает тормозящее влияние на передачу возбуждения в центральных синапсах рефлекторных дуг, в особенности расположенных в спинном мозгу. Это может привести к блокаде и

разрыву патологических нервных связей и тем самым облегчить восстановление нормальных соотношений в системе условных и безусловных рефлексов, принимающих участие в нормальном половом акте» [по 29, с. 213].

И. М. Порудоминский [29] применял 2% раствор новокаина для усиления терапевтического действия сернокислой магнезии у больных с преждевременным семяизвержением и «патологическими поллюциями». Он рекомендовал вводить внутримышечно 7–8 мл 25% раствора сернокислой магнезии в 2% растворе новокаина (2–3 мл). Инъекции делали 2 дня подряд, а затем следовал день перерыва. Всего курс составлял 20 инъекций.

Препараты спорыньи, которые, как отмечалось нами выше, ранее использовались для устранения РЕ, усиливают тонус гладкой мускулатуры, блокируют симпатические нервные импульсы и способствуют понижению возбудимости эякуляторного центра. У больных, страдающих преждевременным семяизвержением, благоприятным называют их сочетание с люминалом. В малых дозах (0,02–0,03 г) люминал является регулятором вегетативных процессов, а в обычных (0,05–0,15 г) применяется как снотворное и противосудорожное средство. Препараты спорыньи также показаны при учащенных поллюциях, спермато- и простаторее. При спермато- и простаторее, которые связаны с нарушением тонуса гладкой мускулатуры, окружающей выводные протоки предстательной железы и устья семявыбрасывающих протоков, может быть с успехом использован пахикарпин. Он обладает свойством усиливать сокращение гладких мышц. В этих случаях не рекомендуют назначать препараты брома и в особенности корня валерианы, обладающего свойством понижать тонус гладкой мускулатуры. Приводятся следующие рецепты [29, с. 210–211].

Rp. Ac. arsenicosi 0,03–0,05

Ferri reducti

Extr. Secalis cornuti spissum aa 5,0

Luminali 1,0

Extr. Valerianae q. s. ut f. pil. N. 50

DS. По 1 пилюле 3 раза в день через ½ часа–1 час
после еды

Rp. Calcii glycerophosphorici 10,0

Camphorae monobromatae

(Natrii bromati)

Extr. Secalis cornuti spissum aa 5,0

Luminali 1,0

Pulvis et succi liquiritiae q. s.
ut f. pil. N. 50

DS. По 1 пилюле 3 раза в день

Rp. Calcii glycerophosphorici 10,0

Ferri lactici

Extr. Secalis cornuti spissum aa 5,0

Luminali 1,0

Extr. Valerianae q. s. ut f. pil. N. 50

DS. По 1 пилюле 3 раза в день

Rp. Extr. Secalis cornuti fluidum 20,0

DS. По 20–25 капель 3 раза в день

Rp. Sol. Ergotali 0,05% 1,0

D. t. d. N. 10 in amp.

S. По 0,5–1 мл под кожу 1 раз в день

Rp. Tabul. Ergotali N. 20

DS. По 1 таблетке 2 раза в день

Rp. Sol. Pachycarpini hydrojodici 3% 5,0

D. t. d. N. 12 in amp.

S. По 3–5 мл в мышцу или под кожу ежедневно

Rp. Pachycarpini hydrojodici 0,1

Sacchari albi 0,2

M. f. pulv. D. t. d. N. 20

S. По 1 порошку 2–3 раза в день

В литературе можно встретиться с рекомендациями по использованию при преждевременной эякуляции спазмолитина, тифена, папаверина, дипрофена, так как они прерывают передачу нервных импульсов в парасимпатических ганглиях [33]. Спазмолитин можно вводить в организм и при помощи ионофореза, применяя для этого гальванический воротник или пояс. Курс включает 10–15 сеансов, проводимых через день. Также при РЕ рекомендовали применять апрофен, который обладает выраженным периферическим холинолитическим действием, более сильным, чем тифен, папаверин и спазмолитин [4]. Следует отметить, что если указанные препараты и применяются при названной патологии, то чрезвычайно редко.

Ранее для терапии преждевременной эякуляции часто применялся нейролептик тиоридазин (сонапакс, меллерил), который назначался в различных дозировках в зависимости от клинического эффекта. Он выпускается в таблетках по 0,1 и 0,25 мг. Прием 25–75 мг тиоридазина перорально за 2–3 ч до полового акта может увеличить его продолжительность. Длительное его использование способно вызвать анэякуляцию. В настоящее время этот препарат применяется гораздо реже.

Juza Chen, П. А. Щеплев, Б. Р. Гвасалия и соавт. [61] сообщают, что в 1960-х гг. стали появляться первые клинические исследования, доказывающие возможность лечения нейролептиками РЕ посредством блокады центральных рецепторов допамина [70]. Меллерил был одним из первых препаратов, у которого случайно был выявлен такой побочный эффект, как задержка эякуляции [73]. Для устранения РЕ также применялись нейролептики галоперидол и сульпирид, которые, как и тиоридазин, относятся к допаминовым антагонистам. Клинически сульпирид характеризуется как препарат с «регулирующим» влиянием на ЦНС, у которого умеренная нейролептическая активность сочетается с некоторыми антидепрессивными и стимулирующими свойствами. По нашему мнению, использование галоперидола с целью устранения РЕ не

оправдано, так как он является чрезвычайно мощным антипсихотическим средством, обладающим крайне неблагоприятным профилем безопасности. Даже в психиатрии в настоящее время этот препарат рекомендуют использовать только при оказании неотложной помощи, хотя из этого сегмента его начинают вытеснять атипичные нейролептики.

5.11.2. Антидепрессанты

Из психотропных средств, способных увеличить продолжительность полового акта, большую популярность в последнее время приобрели антидепрессанты, в основном относящиеся к группе ингибиторов обратного захвата серотонина. Это обусловлено тем, что в патогенезе преждевременной эякуляции подтверждается роль центральных серотонергических механизмов регуляции. К ингибиторам обратного захвата серотонина, которые используются для лечения преждевременной эякуляции, относятся сертралин (золофт), пароксетин, кломипрамин (торговые наименования «анафранил», «клофранил»), флуоксетин (прозак), циталопрам, флувоксамин, эсциталопрам, буспирон, дапоксетин.

Обсуждая механизм действия ингибиторов обратного захвата серотонина, Chris G McMahon [95] отмечает, что латентное время эякуляции, вероятно, биологическая переменная, которая генетически определена и может отличаться у народов и культур, что обуславливает ранжирование от чрезвычайно быстрой эякуляции через среднюю ее длительность к эякуляции, наступающей спустя длительное время. Гипосенситивность 5-НТ2С и/или гиперчувствительность 5-НТ1А рецепторов были названы как причины, объясняющие существование РЕ, которая имеет место с начала половой жизни [125, 126]. Мужчины с низкой 5-НТ нейротрансмиссией и вероятной гипосенситивностью 5-НТ2С рецепторов могут иметь генетически детерминированный более низкий порог и быстро эякулировать после минимальной стимуляции. С другой стороны, мужчины с более высоким порогом могут выдерживать

более длительную и более интенсивную сексуальную стимуляцию, а также в большей степени контролировать эякуляцию. У мужчин с очень высоким эякуляторным порогом может иметь место отсроченная эякуляция или ее отсутствие, несмотря на достижение полной эрекции и пролонгированную сексуальную стимуляцию. Лечение ингибиторами обратного захвата серотонина активизирует 5-HT_{2C} рецепторы, повышает эякуляторный порог и задерживает эякуляцию. Степень увеличения продолжительности полового акта может варьировать в широких пределах у различных мужчин в соответствии с дозировкой и частотой назначения препаратов данной группы, а также генетически детерминированным эякуляторным порогом.

Почти все перечисленные антидепрессанты принимаются ежедневно на регулярной основе (on a daily basis). Исключение составляет дапоксетин, который применяется по требованию за несколько часов до полового акта (on-demand basis). M. D. Waldinger [124] отмечает, что пароксетин (paroxetine hemihydrate) оказывает самый сильный эффект на семяизвержение. Назначение кломипрамина (clomipramine), пароксетина (paroxetine), сертралина (sertraline), флуоксетина (fluoxetine) за 4–6 ч до полового акта эффективно и хорошо переносится, но вызывает меньшую задержку эякуляции, чем при ежедневном лечении [126]. Использование ингибиторов обратного захвата серотонина рекомендуется у молодых людей с пожизненной (lifelong) PE и при приобретенной PE, когда этиологические факторы устранены, но PE все еще существует [131]. Некоторые авторы утверждают, что эффективность ингибиторов обратного захвата серотонина в увеличении продолжительности полового акта, объединенная с их низким профилем побочных эффектов, ставит их в первую линию средств терапии преждевременного семяизвержения как при ежедневном приеме, так и при употреблении «по требованию» [94, 127].

Однако значимость препаратов данной группы,

по-видимому, не следует преувеличивать, так как прекращение их применения у мужчин с пожизненной (lifelong) PE приводит к восстановлению существовавшего до лечения эякуляторного порога в течение 5–7 дней [95]. Также отмечается, что нет никакого ясного согласованного мнения относительно того, могут ли ингибиторы обратного захвата серотонина излечить от PE или требуется их пожизненное назначение [133]. Помимо этого, называют еще два негативных момента. Один из них связан с реакцией пациентов на необходимость ежедневного приема ингибиторов обратного захвата серотонина. Зачем, думают они, ежедневно принимать лекарства, если половые акты проводятся, например, 2 или даже 1 раз в неделю? Второй негативный момент связан с необходимостью приема препаратов, которые используются для лечения больных с психической патологией [67].

Тем не менее не все обстоит столь однозначно. В специально проведенном исследовании изучалось, предпочитают ли мужчины с пожизненной PE лекарственное лечение ингибиторами обратного захвата серотонина по требованию, чтобы увеличить продолжительность полового акта, ежедневному их приему. Обследовано 88 мужчин в возрасте от 18 до 64 лет. Их средний возраст составил 37 лет. Ни одного из этих мужчин ранее не лечили от PE, а 21% из них получал медикаментозное лечение, не влияющее на сексуальные функции. Из этих 88 чел. 71 (81%) предпочли ежедневное использование препарата, 14 (16%) – прием препарата по требованию, а 3 – использование местноанестезирующего крема. Те мужчины, которые первоначально предпочли ежедневное лечение, не изменили свой взгляд после стандартной информации об его эффективности и возможных побочных эффектах, в то время как половина мужчин, которые первоначально предпочли лечение препаратом по требованию, изменили свое предпочтение к ежедневному пероральному использованию лекарства. Аргументом, который часто выдвигается в пользу ежедневного медикаментозного лечения, является

возможность спонтанного секса, не привязанного к приему препарата за определенное время до сексуального контакта [129].

Проводилось изучение отношения пациентов к приему пароксетина, а также устанавливались причины, по которым они отказывались от его применения изначально или в процессе лечения. В исследовании приняли участие 93 пациента, у которых преждевременное семяизвержение имело место с начала половой жизни. Их средний возраст составил 37,6 г. Больные получили предписание принимать пароксетин (10 мг ежедневно в течение 21 дня, а затем по требованию 20 мг) в течение первых 3 мес. После этого, они могли или продолжить такой же прием по требованию или принимать 10 мг пароксетина ежедневно в течение 3 мес. Ситуация оценивалась спустя 3 и 6 мес. Пациентов просили заполнить опросник, в котором назывался ряд причин возможного прекращения терапии. Результаты исследования свидетельствовали о том, что 28 пациентов (30,1%) изначально решили не принимать пароксетин, при этом 42,9% из них главной причиной назвали опасение использования «препарата–антидепрессанта». 20 пациентов (30,8%), которые начали терапию, в конечном счете, прекратили лечиться. Главной причиной отказа от лечения было то, что лечебный эффект был ниже ожидаемого (в 75% случаев) в течение первых 3 мес. Это сопровождалось временной потерей интереса к сексу из-за проблем в отношениях (15%) и побочных эффектов (10%). Из пациентов, которые продолжали лечение, 77,8% предпочли ежедневный прием пароксетина, в то время как 22,2% продолжили принимать его по требованию [114].

Задержка эякуляции при использовании ингибиторов обратного захвата серотонина обычно происходит в течение 5–10 дней, но может произойти и раньше. Неблагоприятные эффекты обычно незначительны. Возникая на первой неделе лечения, они постепенно исчезают в течение 2–3 недель. Эти побочные эффекты включают усталость, зевоту, умеренную

тошноту, частый жидкий стул или повышенную потливость. Об уменьшении либидо или ослаблении эрекции сообщают нечасто. Выраженное беспокойство отмечает небольшое количество пациентов. Использование препаратов характеризуемой группы следует избегать мужчинам с биполярными аффективными расстройствами в анамнезе [95].

Проводилось сравнительное изучение эффективности таких селективных ингибиторов обратного захвата серотонина, как пароксетин, флуоксетин и эсциталопрам. Речь идет о большом проспективном (prospective) одинарном слепом (single-blinded) рандомизированном сравнительном клиническом испытании этих препаратов при преждевременной эякуляции. Использовался валидизированный анкетный опросник. Пациенты были распределены в 3 группы. 1 группа включала 33 мужчины, которые ежедневно получали 20 мг флуоксетина, 2 группа – 37 мужчин, которые ежедневно получали 10 мг эсциталопрама (aescitalopram). 3 группа состояла из 30 мужчин, которые ежедневно получали 20 мг пароксетина. Все препараты в указанных дозах принимались рано утром. Длительность их приема составляла 4 недели. Положительные результаты были достигнуты у всех 100 (100%) пациентов. Существенных различий между группами в полученных результатах отмечено не было. Все 3 лекарства хорошо переносились [48].

Также проводилось исследование, направленное на оценку эффективности циталопрама (citalopram) и сертралина (sertraline) в лечении преждевременной эякуляции (PE) [47]. Из 101 женатого мужчины с PE было отобрано 80, которые соответствовали критериям включения и согласились участвовать в этом рандомизированном контролируемом исследовании. Из него исключались мужчины с эректильной дисфункцией и те, кто принимал медикаменты для лечения PE. Оценка проводилась с помощью индекса преждевременной эякуляции, определяемого при использовании опросника «The Index of Premature Ejaculation» (IPE). Пациенты были случайным

образом распределены в 2 группы. Первую группу составили мужчины, которые применяли сертралин, а вторую те, кто получал циталопрам. Средний возраст пациентов в первой группе был $38,4 \pm 7,7$ г, а во второй – $37,5 \pm 6,9$ ($P=0,60$). После 8-недельного лечения IPE определялся повторно.

Значения IPE до лечения и после него сравнивали как в пределах групп, так и между обследованными группами. Среднее значение IPE до начала лечения было, соответственно, $21,4 \pm 1,8$ и $20,9 \pm 1,3$ у пациентов первой и второй группы ($P=0,23$). После 8 недель лечения в первой и второй группах было замечено существенное улучшение по IPE ($39,8 \pm 1,4$; $P < 0,001$ и $39,5 \pm 2,9$; $P < 0,001$, соответственно). Однако различий в терапевтическом эффекте между группами не отмечалось ($P=0,50$). Никаких серьезных неблагоприятных эффектов не было обнаружено ни у одного из пациентов, оба лекарства хорошо переносились. На основании проведенного исследования авторы пришли к заключению, что циталопрам и сертралин безопасны и эффективны у пациентов с PE.

Проводилось изучение эффективности в увеличении продолжительности полового акта у больных с PE эсциталопрама (escitalopram). Было обследовано 276 женатых мужчин (средний возраст = 34,4 года), у которых имела место преждевременная эякуляция. Им случайным образом (рандомизированно) назначали 10 мг эсциталопрама ($n=138$; 1-я группа) или плацебо ($n=138$; 2-я группа) в течение 12 нед. Выявлено, что пероральный прием эсциталопрама эффективен при лечении данной патологии, а положительный эффект долго сохраняется после прекращения использования этого препарата. Вместе с тем авторы отмечают, что необходимы дальнейшие исследования, чтобы сделать заключительные выводы о его эффективности при PE [109].

Сообщается о большом проспективном плацебо-контролируемом исследовании сертралина при преждевременной эякуляции с использованием Арабского индекса

преждевременной эякуляции (Arabic Index of Premature Ejaculation; AIPE). Сто сорок семь мужчин, страдающих от PE, были зарегистрированы в рандомизированном одинарном слепом перекрестном исследовании (a randomized single-blinded crossover study) воздействия сертралина гидрохлорида и плацебо. Пациенты рандомизировались в группу 1 (n=77) и группу 2 (n=70). Обе группы получали сертралин и плацебо попеременно в течение 4 нед. В целом 127 (86,4%) из 147 субъектов ощутили существенное увеличение продолжительности полового акта, определенное с помощью AIPE после лечения сертралином. У 66 (66%) из 100 пациентов, за которыми удалось пронаблюдать в дальнейшем, наступил рецидив PE. На основании полученных результатов авторы отмечают хорошую переносимость и эффективность сертралина [49].

В таблице 1 приводятся названия антидепрессантов, используемых при преждевременной эякуляции, и их дозировки [61]. Приводятся и другие рекомендации по приему антидепрессантов, относимых к селективным ингибиторам обратного захвата серотонина (СИОЗС). Отмечается, что пароксетин (20–40 мг), кломипрамин (10–50 мг), сертралин (50–100 мг) и флуоксетин (20–40 мг) могут использоваться для ежедневного приема. Сообщается, что из названных препаратов пароксетин, кажется, больше всего задерживает эякуляцию [130].

Также существуют данные, согласно которым дневная доза пароксетина при курсовом лечении преждевременной эякуляции на ежедневной основе составляла 10–40 мг, кломипрамина – 12,5–50 мг, сертралина – 50–200 мг, флуоксетина – 20–40 мг, циталопрама – 20–40 мг. Также пароксетин ежедневно принимали в дозе 10–40 мг в течение 30 дней, а затем по необходимости, пароксетин по необходимости в дозе 10–40 мг, кломипрамин по необходимости в дозе 12,5–50 мг.

В последние годы большую известность в лечении преждевременной эякуляции получил дапоксетин (dapoxetine), который используется по требованию (за несколько часов до

полового акта). Руководил работой по созданию этого препарата профессор Хармут Порст из частного института урологии в Гамбурге. «Это будет настоящей революцией, более серьезной, чем Виагра», – заявил профессор, который уже испытал этот препарат на 1000 мужчин в Германии. По его утверждению, мужчины, страдающие преждевременной эякуляцией, могут принимать таблетку за час до полового акта, чтобы в четыре раза увеличить его продолжительность [35].

Таблица 1

Антидепрессанты в лечении преждевременной эякуляции

Группа	Международное непатентованное название	Торговое название	Дозировка
Неселективные ингибиторы обратного захвата серотонина	кломипрамин	анафранил	20–25 мг/день или 25 мг за 4–24 ч до коитуса
	флюоксетин	прозак, сарафем	5–20 мг/день
Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина	пароксетин	паксил	10, 20, 40 мг/день или 20 мг за 3–4 ч до коитуса
	сертралин	золофт	25–200 мг/день или 50 мг за 4–8 ч до коитуса
	буспирон	буспар (Buspar)	10–50 мг за 4–6 ч до коитуса
	флювоксамин	фаверин, флоксифрал, лювокс	10–50 мг за 4–6 ч до коитуса

Дапоксетин является селективным ингибитором обратного захвата серотонина с коротким периодом полураспада, который специально разработан для лечения преждевременной

эякуляции. Его отличие от других препаратов, относимых к СИОЗС (флуоксетина, сертралина, пароксетина), состоит в том, что хотя последние и увеличивают латентный период эякуляции, однако не достигают своей пиковой плазменной концентрации в течение нескольких часов. Дапоксетин же достигает максимальной концентрации в течение 1 часа, а через 24 часа его содержание в плазме составляет менее 5% от максимальной концентрации.

Chris G McMahon [95] сообщает, что дапоксетин структурно подобен флуоксетину [121]. Исследования демонстрирует, что он связывается с транспортерами обратного захвата серотонина (5-НТ), норэпинефрина (norepinephrine; NE) и допамина (dopamine; DA) и ингибирует захват в следующем ранговом порядке: NE<5-НТ>DA [75].

Позитронно-эмиссионная томография головного мозга выявила существенное связывание меченого радиоактивным изотопом дапоксетина в мозговой коре и подкорковом сером веществе [86]. Он подвергается быстрой абсорбции и элиминации, приводящей к минимальному накоплению, и имеет дозозависимую фармакокинетику. Фармакокинетический профиль дапоксетина свидетельствует о том, что его следует рассматривать в качестве кандидата для лечения РЕ по требованию. В отличие от приведенных выше данных отмечается, что время от момента его приема до достижения максимальной концентрации в плазме составляет 1,4–2,0 часа после перорального приема (M. J. Dresser, K. Lindert, D. Lin, 2004) [по 95]. Период полураспада дапоксетина после единичной дозы составляет 0,5–0,8 ч. Пища не оказывает существенного эффекта на его фармакокинетику (M. Dresser et al., 2005) [по 95].

Совместное назначение дапоксетина и этанола (этилового спирта) не вызывает существенных изменений в фармакокинетики дапоксетина и его метаболитов (N. B. Modi et al., 2005) [по 95].

Существуют данные, согласно которым дапоксетин, назна-

ченный за 1–2 часа до запланированного полового акта, эффективен и хорошо переносим, превосходит плацебо и дозозависимо увеличивает IELT (Hellstrom W. J., Gittelman M., Althof S., 2004) [по 95].

F. Giuliano [77] изучал эффективность этого препарата. В двойном плацебо-контролируемом исследовании, включавшем более 2600 пациентов с преждевременной эякуляцией, дапоксетин назначался в дозе 30 мг или 60 мг за 1–3 часа до полового контакта. Средний возраст участников составлял 40 лет. О постоянной преждевременной эякуляции с начала половой жизни сообщило более 65% субъектов, а у 35% мужчин имела место преждевременная эякуляция после периода нормальных сексуальных отношений. В начале исследования с помощью секундомера во время полового акта было определено латентное время эякуляции в трех выделенных группах (контрольная, прием 30 мг препарата, прием 60 мг препарата), которое повторно определили в этих группах при проведении полового акта после применения плацебо и дапоксетина в названных дозах.

Анализ результатов показал статистически значимое дозозависимое увеличение среднего IELT: 0,9 – 1,75 мин, 0,92 – 2,78 мин и 0,91 мин – 3,32 мин для плацебо-группы, мужчин, принимавших 30 и 60 мг дапоксетина, соответственно. Этот эффект был одинаков как при первом использовании дапоксетина, так и при последующих его применениях, при этом улучшение сохранялось в течение 12-недельного периода исследования. Следует отметить, что дапоксетин хорошо переносился его участниками. Побочные эффекты выражались тошнотой и головной болью. В группе лиц, которые принимали дапоксетин в дозе 30 мг, о тошноте сообщили 3,7% чел., а о головной боли – 5,9%. В группе лиц, принимающих дапоксетин в дозе 60 мг, о тошноте сообщили 20,1% чел., а о головной боли – 6,8%. Из-за побочных эффектов в плацебо-группе прекратили лечение 0,9% пациентов, а среди тех, кто принимал дапоксетин в дозе 30 и 60 мг – 4% и 10%,

соответственно.

Для определения эффективности дапоксетина также было осуществлено два 12-недельных рандомизированных двойных слепых плацебо-контролируемых исследования. Мужчины с различной степенью выраженности РЕ, состоящие в устойчивых гетеросексуальных отношениях, принимали плацебо (n=870), 30 мг дапоксетина (n=874) или 60 мг (n=870) по требованию (при необходимости) за 1–3 часа перед ожидаемой сексуальной активностью. IELT определялся секундомером. До конца исследования 672, 676 и 610 пациентов принимали плацебо, 30 мг дапоксетина или 60 мг, соответственно. В результате данных исследований было выявлено, что дапоксетин значительно увеличил IELT ($p < 0,0001$; обе дозы по сравнению с плацебо). Среднее значение IELT до начала приема ингредиентов было 0,90 (SD 0,47) мин, 0,92 (0,50) мин и 0,91 (0,48) мин, а в конце исследования (12 неделя или заключительное посещение) – 1,75 (2,21) мин для плацебо, 2,78 (3,48) мин для 30 мг дапоксетина и 3,32 (3,68) мин для 60 мг дапоксетина. Обе дозы дапоксетина оказали эффект при первом приеме. Распространенными побочными эффектами (прием 30 или 60 мг дапоксетина, соответственно) были тошнота (8,7%, 20,1%), диарея (3,9%, 6,8%), головная боль (5,9%, 6,8%) и головокружение (3,0%, 6,2%). В результате исследования авторы пришли к выводу, что прием дапоксетина по требованию – эффективное и хорошо переносимое лечение для мужчин с любой степенью выраженности преждевременного семяизвержения [104].

В другом исследовании также подтвердилась эффективность дапоксетина при лечении больных с преждевременной эякуляцией. Его действие изучалось в пяти центрах. При этом речь шла о рандомизированном двойном слепом плацебо-контролируемом исследовании, в котором участвовало более 6000 мужчин с РЕ. В четырех исследованиях, в которых определяли IELT (N=4843), прием дапоксетина в дозе 30 и 60 мг привел к статистически значимому увеличению IELT по

сравнению с плацебо-группой. В результате приема этого препарата также выявилось статистически значимое улучшение контроля над эякуляцией во всех пяти центрах. Отмечается, что он хорошо переносится и для него характерен низкий процент синдрома отмены, сексуальной дисфункции и симптомов расстройств настроения. Наиболее частые осложнения, которые были связаны с приемом дапоксетина, включали тошноту, диарею, головную боль, головокружение и сонливость [78].

В статье J. Buvat et al. [58] отмечается, что дапоксетин был разработан для лечения преждевременной эякуляции по требованию, и предшествующие клинические испытания продемонстрировали его безопасность и эффективность. Чтобы оценить долговременную эффективность и безопасность дапоксетина у мужчин с РЕ, было проведено рандомизированное двойное слепое плацебо-контролируемое 3-х фазное исследование в параллельных группах, осуществленное в 22 странах. В нем участвовало 1162 мужчины в возрасте 18 лет и старше, которые соответствовали критериям пересмотренного DSM–IV (the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth edition, text revision criteria) для преждевременной эякуляции, которая имела место в течение 6 мес или больше, с интравагинальным латентным временем эякуляции (IELT) равным 2 мин или менее в 75% половых актов или более до начала исследования. Пациенты принимали по требованию за 1–3 часа до полового акта 30 или 60 мг дапоксетина, или плацебо в течение 24 недель. IELT определялся с помощью прибора «Stopwatch» (Stopwatch-measured IELT). Также определялись профиль преждевременной эякуляции (Premature Ejaculation Profile; PEP), клиническая глобальная импрессия (впечатление) возникших изменений (Clinical Global Impression [CGI] of change) и побочные эффекты. Данные исследования были проведены среди 618 мужчин. Среднее значение IELT в результате применения субстанций увеличилось с 0,9 мин (таким оно было во всех группах до их

применения) до 1,9 мин, 3,2 мин и 3,5 мин в плацебо-группе, среди мужчин, принимающих 30 или 60 мг дапоксетина, соответственно, в конце исследования. Среднее геометрическое значение IELT в указанных группах увеличилось с 0,7 мин в начале исследования до 1,1 мин, 1,8 мин и 2,3 мин, соответственно, в конце исследования. Профили преждевременной эякуляции и IELT значительно улучшились при приеме дапоксетина в сравнении с плацебо-группой к 12 и 24 неделе ($p < 0,001$). Наиболее частыми побочными эффектами были тошнота, головокружение, понос и головная боль. Побочные действия привели к прекращению лечения у 1,3%, 3,9%, и 8,2% субъектов в плацебо-группе, среди мужчин, принимающих 30 или 60 мг дапоксетина, соответственно. Из обследования исключались мужчины, которые не состояли в долгосрочных моногамных отношениях. Проведенное исследование свидетельствовало об эффективности дапоксетина и в основном его хорошей переносимости в этой обширной популяции.

Проводились и другие исследования эффективности дапоксетина. В одном рандомизированном двойном слепом плацебо-контролируемом исследовании участвовало 1238 мужчин в возрасте 18 лет и старше из США и Канады, которым в соответствии с DSM–IV был поставлен диагноз PE [83]. Они принимали плацебо или 60 мг дапоксетина (за некоторое время перед половым актом или один раз в день) в течение 9 нед. Пациенты заполняли «Профиль преждевременной эякуляции» (the Premature Ejaculation Profile; PEP) в первый день (прежде, чем начали лечиться), а также на 28 и 63 (в конце исследования), что позволяет определять контроль над эякуляцией, удовлетворенность половыми сношениями, личностный дистресс и сложности в межличностных отношениях, связанные с эякуляцией.

Об общем впечатлении относительно изменения продолжительности полового акта пациенты сообщали на 63 день (при завершении исследования). До начала лечения

приблизительно 5% пациентов в любой из групп сообщили об отсутствии личностного дистресса или его малой выраженности, связанной с РЕ. Это число увеличилось к 54,3% среди тех, кто принимал дапоксетин, и к 35,3% среди тех, кто получал плацебо ($P < 0,001$). Перед началом приема ингредиентов 43,0% мужчин, которые попали в плацебо-группу, и 40,9% из тех, кто должен был затем принимать дапоксетин, сообщили об отсутствии сложностей в межличностных отношениях или их малой выраженности, связанной с длительностью полового акта. Их число увеличилось к 76,8% и 64,2% среди тех, кто получал дапоксетин и плацебо, соответственно ($P < 0,001$). На основании проведенного исследования его авторы пришли к выводу, что дапоксетин уменьшает личностный дистресс и трудности в межличностных отношениях, связанные с РЕ, приводит к улучшению состояния пациентов и увеличению их контроля над эякуляцией.

В одном исследовании оценивалась эффективность дапоксетина в увеличении контроля над эякуляцией в 2-х 12-недельных двойных слепых рандомизированных плацебо-контролируемых испытаниях. В общей сложности было обследовано 2614 пациентов, которые соответствовали критериям РЕ, приведенным в четвертом ревизированном варианте DSM-IV (the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth edition, text revision). IELT, определенное с помощью секундомера с остановом (stopwatch-measured), составило 2 мин или меньше в 75% случаев или больше в течение 2-недельного периода, предшествовавшего исследованию (baseline period). Обследованные сообщили об умеренной или тяжелой РЕ. Мужчины получали плацебо или дапоксетин в дозе 30 или 60 мг за 1–3 часа до полового акта. Исследование завершило 2341 чел. Данное исследование показало, что дапоксетин усиливает контроль над эякуляцией и увеличивает продолжительность полового акта [118].

Эффективность дапоксетина в увеличении продолжительности полового акта и его безопасность оценивались у

пациентов с РЕ. 212 мужчин без расстройств эрекции, у которых имела место РЕ, были рандомизированы в две группы. В 1-й группе (N=106) перорально назначался прием 30 мг дапоксетина дважды в день, а во 2-й (N=106) – плацебо в таком же режиме. Длительность приема каждого из ингредиентов составила 12 нед. Оценка состояния больных перед началом приема субстанций включала изучение анамнеза, объективное исследование, определение среднего геометрического IELT и Международного индекса эректильной функции (International Index of Erectile Function; IIEF). Эффективность двух этих ингредиентов оценивали каждые 2 нед во время их приема, в конце исследования, а также в течение 3-х мес после прекращения их употребления. В результате данного исследования сделаны выводы, что прием дапоксетина приводит к умеренно лучшим результатам по данным оценки IELT и удовлетворенности половым актом (intercourse satisfaction) по сравнению с плацебо, но без долгосрочной выгоды для пациентов после прекращения его приема [108].

В США было проведено исследование, в котором было показано, что дапоксетин не имеет электрокардиографических эффектов в дозах 60, 120 и 240 мг [100].

В статье 2006 г. сообщается о препарате UK-390,957, подобном дапоксетину, который, также как и последний, используется по требованию и существенно увеличивает IELT, эякуляторный контроль, сексуальную удовлетворенность и вызывает минимальные побочные эффекты [91].

Проводилось исследование, направленное на сравнение эффективности дапоксетина, пароксетина и плацебо при их ежедневном применении в течение 12 нед у лиц с преждевременной эякуляцией. Триста сорок мужчин без расстройств эрекции были рандомизированы в три группы: прием 60 мг дапоксетина (группа 1, n=115), прием 20 мг пароксетина (группа 2, n=113), прием плацебо (группа 3, n=112). Эффективность этого лечения оценивалась каждые 2 нед в течение лечения и в конце исследования. С этой

целью использовались Международный индекс эректильной функции (International Index of Erectile Function; IIEF), оценивались IELT и сексуальная удовлетворенность, определялось число коитусов в неделю и устанавливались побочные эффекты препарата. В конце 12-недельного приема дапоксетина, пароксетина и плацебо средний IELT был увеличен с 38, 31 и 34 с до 179, 370 и 55 с, соответственно ($P=0,01$ в группе 1 и $P=0,001$ в группе 2). Значение сексуальной удовлетворенности по Международному индексу эректильной функции с 10, 11 и 11 достигло 14, 17 и 12 в конце 12-й недели лечения в группах 1, 2 и 3, соответственно ($P=0,03$ в группах 1 и 2). Среднее число половых актов увеличились с 1,4, 1,3 и 1,3 до 2,2, 2,5 и 1,4 для дапоксетина, пароксетина и плацебо, соответственно ($P=0,04$ в группах 1 и 2). Процент побочных эффектов при употреблении дапоксетина и пароксетина был значительно выше ($P=0,04$ в группах 1 и 2) по сравнению с таковым в группе плацебо. Авторы исследования пришли к выводам, что пароксетин, кажется, обеспечивает значительно лучшие результаты (при оценке IELT и удовлетворенности коитусом) по сравнению с дапоксетином, и каждое из этих лекарств хорошо переносится [107].

Juza Chen, П. А. Щеплев, Б. Р. Гвасалия и соавт. [61] в своей статье, опубликованной в 2005 г., сообщают, что еще в прошлом десятилетии начали проводиться клинические испытания кломипрамина и некоторых селективных ингибиторов обратного захвата серотонина, которые неоднократно доказали эффективность этих препаратов в лечении РЕ. По мере того, как с каждым годом число подобных исследований увеличивалось, возникало все больше разногласий в оценке эффективности того или иного медикаментозного средства. В 2004 г. большинство этих научных работ подверглось критической оценке Американской ассоциации урологов при создании руководства по фармакологическому лечению РЕ. При оценке результатов различных исследований возникали ограничения, связанные с тремя основными позициями:

1. Отсутствие определенного стандарта в изучении РЕ. Для оценки результатов в клинических испытаниях использовались разные определения, физиологические нормы и психометрические показатели.
2. Отсутствие стандарта в оценке испытанного пациентом возбуждения. Время эякуляции зависит от многих факторов, среди которых не последнее место занимают степень и характер испытанного возбуждения. Какой-то стимул может быть чрезмерен для одного мужчины, но не вызвать достаточного возбуждения у другого.
3. Недостаток последовательности и точности в измерениях времени эякуляции; методологические различия, которые могут помешать сделать исследования объективными; отсутствие оценки общих параметров, касающихся удовлетворения пациента и его партнерши.

По мнению Американской ассоциации урологов, отмечают цитируемые авторы, основной целью лечения РЕ должно стать удовлетворение пациента и его полового партнера. Поскольку РЕ не опасно для жизни, первостепенное значение должно уделяться безопасности лечения.

Для устранения преждевременной эякуляции также использовались трициклические антидепрессанты кломипрамин и amitриптилин. Характеризуя возможность их применения при данной сексуальной дисфункции, сообщают, что хотя они и обладают быстрым явным и дозозависимым эффектом, а также довольно часто, особенно кломипрамин, используются для терапии преждевременной эякуляции, однако указанные препараты менее «чистые», менее селективны в их воздействиях на специфические серотонинергические синапсы, а также вызывают больше побочных эффектов [33]. Amitриптилин, как известно, является ингибитором обратного нейронального захвата медиаторных моноаминов, включая норадреналин, дофамин, серотонин и др.

Отмечается, что использование селективных ингибиторов обратного захвата серотонина, таких как флуоксетин (прозак),

сертралин (золофт), пароксетин (паксил) и трициклических антидепрессантов, таких как кломирпрамин (анафранил), может в небольшом проценте случаев приводить к расстройствам эрекции. Поэтому их не следует назначать мужчинам с расстройствами эрекции [122].

Антидепрессант фенелзин, который относится к группе ингибиторов моноаминооксидазы, вызывает торможение эякуляции у 10–50% пациентов. Однако, учитывая его слабое действие и большое количество побочных эффектов, при терапии преждевременной эякуляции он практически не применяется [76].

Для устранения преждевременной эякуляции на «хронической основе» (ежедневное назначение) также используется дулоксетин – антидепрессант из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина и адреналина (СИОЗ-СиН), который также слабо подавляет захват дофамина. В одном исследовании изучалась эффективность дулоксетина в лечении РЕ. В нем участвовало 20 женатых пациентов с РЕ, которые случайным образом были распределены в две группы. Больные 1-й группы получали дулоксетин, а 2-й – плацебо. Каждая из этих групп состояла из 10 пациентов. Воздействие на эякуляторную функцию оценивались посредством определения интравагинального латентного времени эякуляции. Увеличение этого времени в 1-й группе было статистически существенно по сравнению со 2-й группой. Из 1-й группы пациентов 4 (40%) расценивали полученный результат как «очень большое улучшение» («very much improved»), а 4 (40%) – как «большое улучшение» («much improved»). Только один из пациентов 2-й группы (10%) отметил «большое улучшение». Оценивая результаты данного исследования, авторы пришли к заключению, что дулоксетин при его ежедневном применении у пациентов с преждевременной эякуляцией, кажется, превосходит плацебо [51].

Венлафаксин (venlafaxine) – антидепрессант, действие которого обусловлено его ингибирующим влиянием на

обратный захват норадреналина и серотонина. Двести двадцать два женатых мужчины (средний возраст 34 г) с преждевременным семяизвержением были случайным образом распределены в две группы. В течение 12 нед мужчины 1-й группы (n=112) получали 75 мг венлафаксина пролонгированного действия, а 2-й (n=110) – плацебо. Перед исследованием проводилось изучение анамнеза, объективное обследование, определение IELT и Международного индекса эректильной функции (International Index of Erectile Function; IIEF). Эффективность применения субстанций оценивалась каждые 2 нед в течение их применения, а также в конце исследования (ответы на опросник IIEF, оценка IELT и др. параметров). Улучшение было отмечено в обеих группах, однако использование венлафаксина не имело преимуществ по сравнению с плацебо [110].

5.11.3. Ингибиторы фосфодиэстеразы 5 типа и интракавернозные инъекции вазоактивных препаратов

Juza Chen, П. А. Щеплев, Б. Р. Гвасалия и соавт. [61] сообщают, что предпринимались попытки использования ингибиторов фосфодиэстеразы 5 типа (ФДЭ-5), которые применяются для устранения расстройств эрекции, для лечения лиц с РЕ как самостоятельно, так и в сочетании с ингибиторами обратного захвата серотонина. Ингибиторы ФДЭ-5 применялись в лечении преждевременной эякуляции у пациентов без эректильной дисфункции. В нескольких исследованиях доказывалась эффективность в увеличении продолжительности полового акта инъекций вазоактивного препарата альпростадилла, используемого в терапии расстройств эрекции [46, 72].

Основой для применения препаратов, используемых для устранения расстройств эрекции, у больных с РЕ послужили следующие факты [61]:

- 1 Центральный эффект силденафила через NO уменьшает

- симпатический тонус.
- 2 Уменьшение тонуса и расслабление гладких мышц семявыносящих протоков и семенных пузырьков.
 - 3 Интравагинальное латентное время эякуляции зависит от качества эрекции.
 - 4 «Гиперэрекция» уменьшает чувствительность головки и ингибирует эякуляцию.

Обследование 80 мужчин без сопутствующих нарушений эрекции выявило, что назначение комбинации силденафила и пароксетина ситуационно (по мере необходимости) было более эффективным по сравнению с монотерапией пароксетином, хотя это сопровождалось увеличением частоты побочных эффектов: головной боли и приливов [113].

Было проведено исследование, цель которого состояла в сравнении эффективности флуоксетина и его сочетанного использования с силденафилом у пациентов, жалующихся на РЕ [79]. В данном исследовании участвовал девяносто один женатый мужчина без расстройств эрекции в возрасте от 21 года до 43 лет с преждевременным семяизвержением, в генезе которого не усматривалась какая-либо органическая причина. Исследование включало изучение анамнеза, объективное обследование и самостоятельное заполнение опросника «Международный индекс эректильной функции (the International Index of Erectile Function questionnaire). Пациенты были случайным образом распределены в две группы: группу А (n=48), где мужчины получали 20 мг флуоксетина ежедневно в течение 4 нед, а затем по 20 мг при необходимости за 2–3 часа до сексуальной активности в течение 4 мес, и группу В (n=43), в которой больные получали то же, что и в группе А (дозировка, режим приема) плюс 50 мг силденафила за 1 час до полового акта в течение 4 мес. В результате было выявлено, что интравагинальное латентное время эякуляции и сексуальная удовлетворенность половым актом (intercourse satisfaction) существенно лучше в группе В по сравнению с группой А ($p < 0,05$). Было сделано заключение, что

флуоксетин в сочетании с силденафилом значительно больше увеличивает интравагинальное латентное время эякуляции и удовлетворенность половым актом по сравнению с флуоксетином у пациентов с преждевременной эякуляцией.

Целью другого исследования было оценить, может ли совместный прием тадалафила (сиалиса) и флуоксетина увеличить интравагинальное латентное время эякуляции у мужчин с пожизненным (lifelong) преждевременным семяизвержением. Шестьдесят пациентов с пожизненным (lifelong) преждевременным семяизвержением без эректильной дисфункции с IELT меньше, чем 90 сек, были рандомизированы в 4 группы, где использовались следующие комбинации ингредиентов: 20 мг тадалафила плюс 90 мг флуоксетина (1-я группа), 90 мг флуоксетина плюс плацебо (2-я группа), 20 мг тадалафила плюс плацебо (3-я группа), две различных капсулы плацебо (4-я группа – контроль). Перед началом лечения и во время него каждый мужчина определял у себя IELT с помощью секундомера. Исследование проводилось в течение 12 нед. Его результаты показали, что прием флуоксетина в сочетании с тадалафилом значительно больше увеличивал IELT у мужчин с пожизненной (lifelong) преждевременной эякуляцией по сравнению с теми, кто принимал только плацебо, тадалафил или флуоксетин [90].

Также проводились исследования, где определялась эффективность ингибиторов фосфодиэстеразы 5 типа при их самостоятельном применении в лечении преждевременной эякуляции у пациентов без эректильной дисфункции. Изучались безопасность и эффективность варденафила (левитры) и сертралина для лечения PE. Семьдесят два мужчины градуировали свою первичную PE в диапазоне 0–8 (0 = почти никогда, 8 = почти всегда). Определялось интравагинальное латентное время эякуляции. В исследование включались пациенты, которые оценивали свою PE как соответствующую 4 или больше, а их IELT было меньше, чем 1,30 мин. После 6 нед поведенческой психосексуальной терапии 49 пациентов

все еще имели PE = 4 или больше и IELT меньше, чем 1,30 мин, а 23 мужчины были удовлетворены данным лечением. 49 пациентов, у которых лечение не было эффективным, в течение 6 нед получали варденафил (10 мг) или сертралин (50 мг). Было сделано заключение, что варденафил и сертралин – полезные агенты в фармакологическом лечении PE [88].

В исследовании китайских ученых были получены парадоксальные результаты [132]. Отмечается, что недавно была показана эффективность силденафила в лечении PE. Однако эти исследования игнорировали влияние «женского фактора» и не могли исключить вероятность взаимодействия данного препарата с пароксетином. Поэтому цель этого исследования состояла в том, чтобы оценить эффективность и безопасность силденафила при самостоятельном его применении у мужчин с первичной (primary) PE, учитывая влияние «женского фактора». Сто восемьдесят potentных мужчин с первичной PE были случайным образом распределены в три группы и наблюдались в течение 6 мес. Группа А принимала 50 мг силденафила «по требованию», группа В – 20 мг пароксетина ежедневно, а группа С ежедневно использовала технику сжатия. Интравагинальное латентное время эякуляции, степень PE, выраженность удовлетворенности половым актом (intercourse satisfactory score; ISS) и частота половых актов были зарегистрированы перед лечением, а также спустя 3 и 6 мес после его начала. Устанавливалась частота побочных эффектов. Авторы пришли к заключению, что силденафил очень эффективен и безопасен для лечения PE и имеет намного более высокую эффективность, чем техника сжатия и применение пароксетина.

Однако другое проведенное исследование, напротив, свидетельствует о том, что силденафил по влиянию на преждевременную эякуляцию даже не превосходит плацебо [50]. Его цель состояла в том, чтобы сравнить эффективность силденафила (виагры), принимаемого самостоятельно, и

силденафила в сочетании с местным анестезирующим кремом EMLA, а также этого крема при применении его совместно с плацебо в лечении преждевременной эякуляции. В проекте участвовало 84 пациента. Продолжительность преждевременной эякуляции у пациентов составляла от 9 до 60 мес (средняя = $32,5 \pm 14,6$). Пациенты были рандомизированы в четыре группы. Группа 1 состояла из 20 пациентов, которые принимали плацебо в течение 2 мес. Группы 2 и 3 состояли из 20 и 22 пациентов, соответственно, которые получали 50 мг силденафила за 45 мин до полового акта в течение 2 мес. Кроме того, пациенты 3-й группы наносили местно крем EMLA на головку пениса за 15 мин до соития. 22 пациента 4-й группы использовали только крем EMLA. Результаты были оценены пациентами субъективно после восьми сексуальных попыток. Эффективным считалось такое лечение, после которого наступало улучшение или излечение. В группе 1 эффективность составила 40%, в группе 2 – 55%, в группе 3 и 4 – 86,4% и 77,3%, соответственно. Никаких существенных различий между группами 1 и 2 найдено не было ($P=0,26$). Эффективность была больше в группах 3 и 4. Различие между группами 3 и 4 было несущественно (Pearson χ^2 -квadrat = 0,42). В результате данного исследования сделано заключение, что когда силденафил использовался самостоятельно, то он не превосходил плацебо или комбинированное лечение. Применение только крема EMLA было равно по эффективности использованию силденафила в сочетании с EMLA. Авторы также пришли к выводу, что использование только крема EMLA эффективно в лечении преждевременного семяизвержения.

В одном исследовании было показано, что хотя интравагинальное латентное время эякуляции и вибротактильное стимуляционное эякуляторное латентное время (vibrotactile stimulation ejaculatory latency time; VTS-ELT) не были значительно улучшены при приеме силденафила, однако он увеличил уверенность, ощущение эякуляторного контроля и в

целом сексуального удовлетворения и уменьшил рефрактерный период, что позволяло быстрее достигнуть второй эрекции после семяизвержения [93].

Chris G. McMahon [95], характеризуя эффективность ингибиторов фосфодиэстеразы 5 типа в лечении больных с преждевременной эякуляцией, в 2007 г. отмечал, что небольшое количество публикаций и недостаток данных делают невозможным любой мета-анализ полученных результатов. Помимо этого, экспертиза методологии этих исследований на строгое соблюдение ее соответствия современному консенсусу идеального клинического исследовательского проекта не в состоянии обеспечить «какое-либо здоровое эмпирическое доказательство» эффективности этих препаратов в лечении РЕ, за исключением случаев, когда РЕ сочетается с эректильной дисфункцией. Из 14 рассмотренных исследований только одно соответствовало критериям такого консенсуса, и это исследование было не в состоянии подтвердить какой-либо существенный эффект ингибиторов ФДЭ-5 в плане их влияния на IELT [93].

Chris G. McMahon [95] называет преимущества назначения данной группы препаратов как в качестве монотерапии, так и в комбинации с селективными ингибиторами обратного захвата серотонина в лечении приобретенной РЕ у мужчин с коморбидной эрекционной дисфункцией. Эти преимущества включают: 1) способность поддерживать эрекцию после эякуляции; 2) сокращение рефрактерного периода эрекции [52, 93, 101] и уверенность относительно второй или более контролируемой эякуляции при последующих половых актах; 3) редукцию страха выполнения из-за лучших эрекций или понижающей регуляции (downregulation) эрекционного порога, что требует увеличенных уровней возбуждения для достижения порога эякуляции.

Chris G McMahon [95] также сообщает о 14 исследованиях, касающихся роли ингибиторов фосфодиэстеразы 5 типа в лечении РЕ. [92] Эти исследования в сумме включали 1102

пациента, страдающих от РЕ, которые принимали силденафил ([46, 50, 85, 93, 123], A. F. Lozano, 2003), тадалафил [89] или варденафил (F. Sommer, T. Klotz, M. J. Mathers, 2005) в качестве монотерапии или в комбинации с селективными ингибиторами обратного захвата серотонина ([46, 63, 64, 89, 113, 137,], J. Erenpreiss, J. Zalkalns, 2002), кломипрамином [46] или местными анестетиками ([50], J. Erenpreiss, J. Zalkalns, 2002).

Большинство этих исследований поддерживает положительную роль ингибиторов фосфодиэстеразы 5 типа в лечении РЕ, а их авторы размышляют о механизмах, определяющих их эффективность, часть из которых была упомянута нами ранее. Называются следующие механизмы: 1) центральный эффект, включающий увеличение NO и уменьшение симпатического тонуса; 2) расслабление гладких мышц семявыносящего протока (*vas deferens*) и семенных пузырьков; 3) уменьшение проявлений тревоги.

Отмечается, что расширение гладких мышц семявыносящего протока и семенных пузырьков может препятствовать симпатической вазоконстрикции и задерживать эякуляцию. Понижающая регуляция эрекцияльного порога к более низкому уровню возбуждения ведет к необходимости увеличения уровня возбуждения, чтобы достичь порога эякуляции, что в конечном счете приводит к уменьшению тревоги/страха выполнения.

С целью оценить пригодность ингибиторов фосфодиэстеразы 5-типа в лечении РЕ и описать возможные механизмы, объясняющие их эффекты при преждевременной эякуляции, группой авторов были оценены результаты исследований, изложенные в 5 статьях, помещенных в MedLine [60]. В трех исследованиях силденафил использовали в качестве монотерапии, а в двух – в комбинации с селективными ингибиторами обратного захвата серотонина (SSRI). Три исследования выявили эффективность силденафила в лечении РЕ по результатам измерения внутривлагалищного латентного времени

эякуляции (IELT) и различных анкетных опросов, оценивающих субъективное чувство контроля пациентов над эякуляцией, сексуальное удовлетворение и тревогу. Одно исследование показало превосходство силденафила по сравнению с другими методами терапии. Два исследования свидетельствовали о том, что терапия комбинацией пароксетина и силденафила оказалась более действенной, чем самостоятельное применение пароксетина. Одно исследование не продемонстрировало положительного эффекта силденафила в плане увеличения IELT, но выявило, что он улучшил восприятие пациентами контроля над эякуляцией. Другое исследование показало, что местные анестезирующие средства были эффективнее силденафила в лечении PE, но при его проведении не определялся IELT или не использовался валидизированный анкетный опросник для выявления эффективности лечения. Эффективность ингибиторов диэстеразы 5-типа для лечения PE могли объяснить следующие возможные механизмы: центральный (через воздействие на the nitric oxide/cyclic guanosine monophosphate) и периферический (посредством расслабления гладких мышц семявыносящего протока, семенных пузырьков, простаты, уретры и ингибиции [торможения] адренергической трансмиссии [передачи], а также индукции периферического обезболивания). Другой возможностью могло бы быть увеличение продолжительности эрекции.

В литературе обсуждается вопрос о механизмах терапевтического действия при преждевременной эякуляции интракавернозных инъекций вазоактивных препаратов [33]. Помимо снижения чувствительности нервных структур полового члена за счет их сдавления приобретающими адекватную ригидность кавернозными телами, также называют уверенность мужчины в успешном осуществлении коитуса после интракавернозной инъекции [5, 11, 12, 72]. Однако решающим считают то обстоятельство, что при фармакологической эрекции последняя сохраняется и после эякуляции, а это позволяет пациенту продлить половой акт [23, 24].

5.11.4. Альфа- и бета-адреноблокаторы

Так как в регуляции эякуляции принимает участие симпатическая нервная система, то в лечении РЕ предлагалось использовать фармакологическую адренергическую блокаду. В одном исследовании действительно была выявлена небольшая эффективность альфа-адреноблокаторов альфузозина и теразозина [59]. Другое исследование также показало эффективность теразозина при рассматриваемой патологии [54]. Целью данного исследования была оценка эффективности этого препарата у пациентов с РЕ и симптомами нижнего мочевого тракта (lower urinary tract symptoms; LUTS). В целом в исследовании приняли участие 90 пациентов с РЕ и LUTS. В него не включались лица с другими сексуальными дисфункциями, простатитом и аденомой предстательной железы. Пациенты были разделены на две группы. 60 пациентов (1-я группа) получали теразозин по 5 мг ежедневно в течение месяца. Результаты лечения классифицировались как выздоровление, улучшение или отсутствие эффективности. Если лечение привело только к улучшению или оказалось неэффективным, то в течение следующего месяца больные этой группы ежедневно получали по 10 мг данного препарата. 2-я группа состояла из 30 пациентов, которые принимали плацебо в течение месяца. В конце этого периода пациентам названной группы, у которых не наступило никакого улучшения, начинали давать по 10 мг теразозина ежедневно. Получены следующие результаты. В 1-й группе в течение первого месяца у 21 пациента (35%) наступило выздоровление, а у 20 (33,3%) отмечалось улучшение. У 19 (31,7%) мужчин этой группы лечение оказалось неэффективным. Во 2-й группе в течение первого месяца у 9 (30%) пациентов наступило улучшение, а у других оно отсутствовало. Таким образом, между двумя группами были получены статистически значимые различия (Pearson χ^2 test=0,000). Затем, как отмечалось ранее (второй месяц), теразозин в дозе 10 мг принимали пациенты 2-й группы и те пациенты 1-й группы, у которых отмечалось

улучшение или его отсутствие при приеме 5 мг этого лекарства. При приеме теразозина в дозе 10 мг у 10 (14,5%) пациентов наступило выздоровление, а у 29 (42,2%) – улучшение. В конечном счете лечение теразозином оказалось эффективным у 60 (66,7%) мужчин, принявших участие в исследовании. В результате авторы пришли к заключению, что альфа-блокаторы могут использоваться в лечении больных с преждевременным семяизвержением, так как эякуляция находится под контролем симпатической нервной системы. Кроме того, эти средства эффективны при LUTS.

В публикации, помещенной в интернете, нашла отражение следующая точка зрения, отражающая необходимость назначения альфа-адреноблокаторов альфузозина и теразозина при патогенном влиянии колликулита, хронического заднего уретрита, простатита и везикулита, которые могут быть причиной преждевременной эякуляции. По данным многочисленных уродинамических и миографических исследований при данной патологии регистрируется гиперрефлексия и повышенный тонус шейки мочевого пузыря, мышц тазового дна и передней брюшной стенки. Отмечается, что в этих случаях причиной преждевременной эякуляции являются гиперестезия рецепторов и связанная с ней спинальная гиперрефлексия. Доминирующим адренергическим типом рецепторов этой анатомической области, запускающим эякуляцию, являются альфа 1А-рецепторы. Поэтому применение альфа-блокаторов для снижения гиперестезии и гиперрефлексии является патогенетически обоснованным при лечении преждевременной эякуляции [32].

Влияние альфа-адреноблокатора феноксибензамина и бета-адреноблокатора пропранолола также изучалось в этом плане, но доказательств их эффективности при РЕ было недостаточно, чтобы рекомендовать их использование с данной целью [56, 65, 120] [по 61].

Однако в одной публикации [33] приводятся следующие данные о влиянии феноксибензамина на продолжительность

полового акта. Отмечается, что эякуляция в определенной степени тормозится альфа-адренергическими блокаторами путем тормозящего воздействия на симпатическое звено эякуляторного рефлекса. Возможно, этот механизм обусловлен блокадой альфа-1 адренорецепторов. Феноксibenзамин тормозит поступление спермы в заднюю уретру и задерживает эякуляцию, хотя оргазм обычно сохраняется [56, 59, 80]. Сообщается, что препарат не нашел широкого распространения в клинической практике для терапии РЕ из-за частого возникновения ретроградной эякуляции. Различные исследования показали способность феноксibenзамина тормозить эякуляцию вплоть до ее блокирования в 4,5–100% случаев при его приеме в дозе 5–70 мг в сутки [56, 59, 80].

Несмотря на наибольшую эффективность пароксетина при систематическом (ежедневном) его приеме у пациентов с РЕ по сравнению с другими ингибиторами обратного захвата серотонина, вполне естественно, что он не может быть действенным у всех пациентов. В связи с этим целесообразно упомянуть об исследовании, в котором оценивалась безопасность и эффективность бета-адреноблокатора пиндолола (pindolol) в дозе 7,5 мг в день у больных, толерантных к применению пароксетина. В нем участвовало 86 женатых мужчин (средний возраст 33 г) с преждевременной эякуляцией, у которых отсутствовал терапевтический эффект при приеме пароксетина в дозе 20 мг в день в течение 2 мес или больше. В результате данного исследования сделано заключение, что однократный прием большой дозы пиндолола (7,5 мг) – эффективная стратегия увеличения продолжительности полового акта у пациентов, невосприимчивых к приему пароксетина [111]. Как известно, пиндолол является некардиоселективным б-адреноблокатором, который оказывает антиангинальное, антиаритмическое и гипотензивное действие.

5.11.5. Другие медикаментозные средства и пищевые добавки

В Китае для устранения преждевременной эякуляции применяется Xuanju – капсула сложного состава [136] и таблетки Sailete [62].

В ряде публикаций сообщается об эффективности трамадола для лечения пациентов, у которых имеет место преждевременная эякуляция. Отмечается, что он мог бы быть столь же активным агентом, как и селективные ингибиторы обратного захвата серотонина, но с меньшим риском возникновения побочных эффектов [105]. Приведем данные нескольких исследований, проведенных в данном направлении.

Так, в одном простом слепом плацебо-контролируемом перекрестном проекте, где длительность полового акта регистрировалась с помощью секундомера, участвовало 60 чел. с преждевременной эякуляцией, которая имела место с начала половой жизни. IELT у обследуемых было <2 мин в 80% половых актов. О результатах измерения IELT сообщали мужчины или их партнерши. На первом этапе 30 пациентов первой группы принимали 25 мг трамадола гидрохлорида перед половым актом в течение 8 недель, а 30 пациентов второй группы в течение такого же времени получали плацебо. Испытуемые агенты принимались за 1–2 часа до коитуса. После недельного перерыва в их приеме следовал второй 8-недельный этап. Были получены следующие результаты. У тех пациентов, которые принимали трамадол, IELT вырос с $1,17 \pm 0,39$ мин до $7,37 \pm 2,53$ мин, а в плацебо-группе в конце исследования составил лишь $2,01 \pm 0,71$ мин. Помимо этого, пациенты первой группы сообщили, что удовлетворены контролем над эякуляцией [112].

В другом исследовании эффективности трамадола при преждевременной эякуляции приняли участие 64 мужчины, у которых не было расстройств эрекции. Их случайным образом распределили в две группы. Испытуемые 1-й группы (32 чел.) принимали 50 мг трамадола, а второй (32 чел.) – плацебо

приблизительно за 2 часа до запланированной сексуальной активности в течение 8 нед. Оценка, которая проводилась до начала лечения, включала изучение анамнеза, объективное обследование, определение IELT, использование Международного индекса эректильной функции (International Index of Erectile Function) и Meares-Stamey test. Эффективность ингредиентов в обеих группах оценивалась с использованием тех же тестов. Были получены следующие результаты. 57 чел. (89%) завершили полный курс приема испытываемых ингредиентов. Среднее IELT после приема трамадола и плацебо увеличилось с 19 и 21 с приблизительно до 243 и 34 с, соответственно ($P < 0,001$). Также достоверно увеличилась сексуальная удовлетворенность, что было определено с помощью Международного индекса эректильной функции ($P < 0,05$). Хотя исследование не было прекращено из-за побочных эффектов принимаемых ингредиентов, большой процент этих эффектов был связан с приемом трамадола ($P < 0,05$). На основании приведенных данных авторы пришли к заключению об эффективности трамадола при преждевременной эякуляции [106].

Для хотя бы частичного обоснования эффективности трамадола при преждевременной эякуляции можно сослаться на исследование, в котором сообщалось о серотониновом синдроме как неблагоприятном эффекте трамадола [74, 99].

Следует отметить, что хотя исследования и свидетельствуют об эффективности трамадола при РЕ, однако не следует забывать, что этот препарат относится к наркотическим средствам и, к тому же, не лишен ряда побочных эффектов.

В связи с этим небезынтересно сообщить, что в древней Индии в качестве общего возбуждающего средства, а также для увеличения продолжительности полового акта широко использовалось курение такого наркотического средства, как гашиш. Утверждается, что сегодня это один из успешных (и в настоящее время нелегальных) методов лечения РЕ [103].

Выдвинута гипотеза о возможной эффективности для увеличения продолжительности полового акта ботулотоксина. Отмечается, что эякуляция – рефлекс спинного мозга, где бульбоспонгиозные и ишиокавернозные мышцы (*bulbospongiosus* и *ischiocavernosus* muscles) играют главную роль в его реализации. Поскольку существуют данные, согласно которым в основе РЕ может быть «нейробиологическая патофизиология», автор гипотезы предполагает, что ингибированием стереотипных ритмичных сокращений этих мышц посредством инъекции ботулотоксина типа А (*botulinum toxin type A*) можно получить полезный эффект в лечении преждевременной эякуляции, которая существует в течение всей половой жизни [117].

Для устранения преждевременной эякуляции также используются пищевые добавки, повышающие уровень серотонина в сыворотке крови. Высказывается мнение, что они должны содержать 5-НТР, который является предшественником серотонина. Весьма уважаемый физиолог и автор многочисленных медицинских учебников по физиологии доктор Уильям Ганонг (*Dr. William Ganong*) отметил, что уровни серотонина сыворотки могли быть увеличены посредством диетических средств. 5-НТР идентифицирован доктором Ганонгом как дополнительный источник, который может увеличить уровень серотонина в сыворотке, таким образом помогая ингибировать эякуляторный рефлекс [103]. Эту естественную витаминную добавку рекомендуют принимать в течение 90 дней [71].

5.11.6. Местные анестетики

Для увеличения продолжительности полового акта местно используются анестетики. Их терапевтический эффект обусловлен тем, что они снижают чувствительность полового члена, воздействуя на его рецепторы. Применяются они в виде мазей, кремов и аэрозолей. Для этой цели используют 5–10% дикаиновую мазь [31], 5–10% тетракаиновую мазь [30],

лидокаиновую мазь [96], 10% аэрозоль лидокаина, спрей PSD502 [69], аэрозоль TEMPE [102], крем EMLA, содержащий лидокаин (ксикаин) и прилокаин [32, 50, 57], препарат Climax Control, содержащий Aloe Vera gel [122], SS-cream, который приготовлен на основе 9 восточных трав [116]. Очень редко с этой целью применяют ранее более востребованную новокаиновую и анестезиновую мазь или мазь, содержащую сочетание этих медикаментов [7]. В настоящее время уже не используют ранее популярную совкаиновую мазь, так как совкаин был снят с производства.

Rp.: Novocaini 1,0
Anaesthesini 2,0
Lanolini
Vaselini aa 10,0
M.f. Ung.
D.S. Наружное

Местноанестезирующие медикаменты наносят на головку и уздечку полового члена, реже дополнительно к этому – на его ствол. В последнем случае целесообразно нанесение их на нижнюю его часть в ее середине (в области проекции мочеиспускательного канала), так как эта часть является наиболее чувствительной. Время нанесения медикаментов до полового акта зависит от их фармакокинетики. Доза препарата подбирается с учетом возможности исчезновения эрекции при его передозировке, которая приводит к выраженному снижению чувствительности рецепторов полового члена. Помимо этого, местноанестезирующее средство может распространяться на влагалище и приводить к снижению его чувствительности. Исходя из этого, лучше использовать спреи. С целью исключить распространение местноанестезирующего вещества на влагалище целесообразно (после того, как наступил анестезирующий эффект) смыть его с полового члена или использовать презерватив, что само по себе будет способствовать уменьшению воздействия на рецепторы пениса. Противопоказанием к применению того или иного местноанестезиру-

щего средства является его непереносимость, вызывающая аллергические реакции у мужчины или/и его партнерши. Мы не рекомендуем пациентам рассказывать своим сексуальным партнерам, что они применяют эти средства, так как это может приводить к девальвации в глазах последних сексуальных возможностей мужчины.

Все плацебо-контролируемые исследования местного применения анестетиков показали, что оно приводит к существенному увеличению интравагинального латентного времени эякуляции [102]. Приведем некоторые из них.

В двойном слепом рандомизированном плацебо-контролируемом изучении эффективности и переносимости спрея PSD502 (каждая его доза содержит 7,5 мг лидокаина и 2,5 мг прилокаина) приняло участие 300 мужчин с существующей с начала половой жизни (lifelong) PE (IELT был < или =1 мин) в возрасте старше 18 лет из 31 центра в Европе, которые состояли в устойчивых гетеросексуальных моногамных отношениях. Для оценки продолжительности полового акта, помимо IELT, применяли индекс преждевременной эякуляции (the Index of Premature Ejaculation; IPE). Местно за 5 мин до полового акта в течение 3 мес на половой член наносились 3 дозы PSD502 или плацебо. Этому предшествовал 4-х недельный предваряющий период (4-week baseline period), в течение которого определялось соответствие больных дизайну данного исследования по продолжительности IELT. В результате проведенного исследования было сделано заключение, что PSD502 увеличивает IELT, значительно улучшает эякуляторный контроль и повышает сексуальное удовлетворение. Он хорошо переносится обоими партнерами, соматические побочные эффекты при его употреблении не наблюдаются, а местные неблагоприятные эффекты возникают редко. Его действие хорошо оценивается большинством пользователей [69].

Данное исследование, которым руководил профессор Уоллес Динсмур (Dinsmore W. W.) (Великобритания), в по-

пулярном изложении выглядит следующим образом. Пациентов с преждевременной эякуляцией разделили на две группы. В первой группе (100 чел.) мужчины использовали плацебо, а во второй (остальные 200) – аэрозоль PSD502. В течение трех мес мужчинам предписывалось наносить препарат на пенис за 5 мин до полового акта. После этого мужчины и их партнерши должны были засечь время с момента начала полового сношения до эякуляции. У мужчин второй группы, которые использовали аэрозоль, продолжительность коитуса составила в среднем 3,8 мин вместо обычных 0,6. Пациенты из первой группы, которые использовали плацебо, смогли улучшить свой результат лишь до 1 мин. Таким образом, PSD502 помог мужчинам проводить половой акт в 6,3 раза дольше, чем обычно.

Проводилось и изучение эффективности аэрозоля TEMPE в лечении больных с РЕ, который, как отмечалось нами ранее, содержит лидокаин (ксикаин) и прилокаин. 54 мужчины с РЕ (в соответствии с критериями DSM–IV) в возрасте 18–75 лет приняли участие в рандомизированном двойном слепом плацебо-контролируемом исследовании. Эффективность данного препарата определялась по среднему изменению IELT по сравнению с периодом до начала лечения, пропорции пациентов, которые достигли IELT > или = 4, > или = 3, > или = 2 мин, влиянию TEMPE на индекс контроля над эякуляцией (the index of ejaculatory control; IEC) и качество сексуальной жизни (sexual quality-of-life; SQoL) пациентов и их партнерш. Также учитывались побочные эффекты данного аэрозоля. Были получены следующие результаты. Наблюдаемое среднее изменение IELT при завершении лечения по сравнению с периодом до его начала составило 3,8 мин в группе, где использовали TEMPE (1-я группа), и 0,7 мин в группе плацебо (2-я группа). IELT, регистрируемое в конце исследования, по сравнению с IELT, которое имело место до начала лечения и в его середине, в 1-й группе оказалось в 2,4 раза больше, чем во 2-й ($P < 0,01$). Соотношение мужчин, у которых IELT было

> или = 2, > или = 3, > или = 4 мин составило после окончания приема названных ингредиентов 55%, 40% и 20% в 1-й группе и 35%, 13% и 13% – во 2-й, хотя эти различия не были статистически достоверны.

Улучшение IEC и SQoL также выявили тенденцию большей эффективности TEMPE по сравнению с плацебо. В целом 83% пациентов считали аэрозоль удобным в использовании. Местная нечувствительность от легкой до умеренной наблюдалась у трех (12%) из тех пациентов, которые применяли TEMPE, что не привело к прекращению использования спрея. В результате авторами сделаны следующие выводы: использование TEMPE приводит к статистически и клинически существенному увеличению IELT по сравнению с плацебо, а также к позитивным тенденциям как в контроле над эякуляцией, так и в SqoL; этот препарат можно считать удобным для использования и хорошо переносимым [68].

Специальное исследование было посвящено изучению эффективности SS-cream, в состав которого, как отмечалось нами выше, входит 9 восточных трав [134]. Определялся соматосенсорный вызванный потенциал (the somatosensory evoked potential; SEP) у пациентов с PE (16 случаев) и влияние SS-cream на SEP. Временной интервал между стимулом и реакцией на него и амплитуда вызванных ответов были измерены в двух различных локусах с использованием стимулов, один из которых воздействовал на ствол полового члена (использовался кольцевой электрод), а другой – на его головку (использовался поверхностный электрод). Время ожидания SEP при стимуляции головки члена после применения SS-cream было значительно более продолжительным, чем перед его применением ($p < 0,05$), и находилось вблизи уровня, свойственного сексуально здоровым мужчинам. Вместе с тем при стимуляции тела полового члена это время существенно не различалось до и после применения SS-cream ($P > 0,05$). Амплитуды вызванных ответов при стимуляции головки члена были значительно выше, чем при стимуляции

его тела ($p < 0,05$). После применения SS-cream как те, так и другие амплитуды значительно уменьшились ($p < 0,05$). В соответствии с полученными результатами авторы пришли к заключению, что обследованные ими пациенты с PE имели повышенную возбудимость головки полового члена, а это обосновывает возможность участия органического базиса в возникновении PE. Также они высказали убеждение в том, что определение SEP, возникающего при стимуляции головки полового члена, может быть очень полезным в оценке PE, наряду с определением SEP, вызванного стимуляцией тела полового члена. На основании полученных данных авторы сделали вывод, что SS-cream замедляет сенсорную проводимость и уменьшает повышенную возбудимость полового члена пациентов с PE.

Также проводились исследования, направленные на сравнение эффективности местноанестезирующих средств и их совместного применения с другими медикаментами. В одном исследовании оценивать эффективность флуоксетина и его сочетания с лидокаиновой мазью в той же самой группе пациентов с преждевременной эякуляцией. 78 пациентов с PE получали 20 мг флуоксетина за 4 ч до запланированной сексуальной активности в течение 3 мес. Затем в течение следующих 3 мес к лечению добавляли мазь лидокаина (ксикаина) за 30 мин перед сексуальной активностью в большинстве сексуальных контактов. Больных просили обращать внимание на выраженность PE и фиксировать интравагинальное латентное время эякуляции, которое устанавливалось с помощью секундомера. Затем был проведен статистический анализ полученных результатов. 46 пациентов участвовали в исследовании до его завершения. Авторы пришли к заключению, что использование флуоксетина в сочетании с лидокаиновой мазью имеет преимущества как терапия по необходимости (an as-needed treatment) при PE и сопровождается минимальными побочными эффектами [96].

В другом исследовании, которое было представлено нами

ранее [50], сделан вывод, что крем EMLA эффективен в лечении мужчин с преждевременным семяизвержением [50].

В секс-шопах продаются различные местноанестезирующие средства, которые наносят на половой член с целью увеличения продолжительности полового акта. Среди них интим-спрей (масло) для мужчин «Гармония» (AST13) (действие наступает спустя 2–3 мин), крем «LONG PLAY» (AST5) (действие наступает спустя 7–10 мин), крем «МЕН СТОП-СТОП» (INV204) (не снижая остроты ощущений, уменьшает чувствительность головки, тем самым продлевая половой акт; за полчаса до акта втирают около 2 см крема в головку пениса), крем «Orgasmus – Stopper» (MIL26) (перед началом полового акта отводят крайнюю плоть и аккуратно наносят крем), крем «COR rige» (MIL36) (действует немедленно), аэрозоль на лидокаиновой основе «STUD 100» (одна дозировка предполагает 2–3 нажатия), Крем «М 1» с «охлаждающим» эффектом (действие наступает через 5–7 минут) и др.

Использование местных анестетиков перед половым актом, помимо возможных аллергических реакций, не вызывает общих побочных эффектов. При длительном и систематическом их применении, особенно в тех случаях, когда речь идет о приобретенной форме преждевременной эякуляции, можно надеяться на постепенное формирование программы нормальной продолжительности полового акта, что через некоторое время может исключить необходимость использования этих средств. Их применение следует относить к лечению первой линии (a first-line treatment).

С целью уменьшения чувствительности головки полового члена в определенные его зоны делают инъекции гиалуроновой кислоты. Этот способ не требует помещения в стационар. Процедура выполняется в день обращения под местной анестезией с использованием современных анестетиков и занимает от 15 до 50 мин. Отмечается, что в 95% случаев возникает контроль над семяизвержением. Через неделю после операции больной может возобновить половую жизнь [2].

Для ослабления воздействия при фрикциях на нервные окончания полового члена советуют применять презерватив. Существуют рекомендации об использовании с этой целью более чем одного презерватива, а также покрывающего член негибкого латекса [103].

5.11.7. Новокаиновые блокады

Для лечения больных с преждевременной эякуляцией С. А. Торосян [34] рекомендовал вводить 2% раствор новокаина по способу инфильтрационной анестезии в четыре точки на вершинах ромба и в его центр через день в количестве 5–6 см³. Обычно речь шла о 5–7 блокадах. Автор отмечает, что эффективность этих блокад выше, чем хлорэтиловых, что противоречит мнению, высказанному Г. С. Васильченко.

П. И. Загородный [6] применял для увеличения продолжительности полового акта новокаиновые симпатические блокады. Паравертебрально с обеих сторон на глубину 4–6 см (в зависимости от толщины мышечного слоя) между поперечными отростками позвонков D_{XII}–L_I и L_I–L_{II} попеременно вводился 0,5% раствор новокаина в количестве 30–40 мл. Общее количество блокад составляло 6, проводили их два раза в неделю. Сразу после блокады некоторые больные отмечали кратковременное ослабление в сгибателях бедер и чувство легкого «опьянения». После второй–четвертой блокады отмечалось значительное увеличение длительности полового акта. Для получения более пролонгированного действия с новокаином вводились платифиллин и пахикарпин.

Rp.: Novocaini 0,5%–100,0

Platiphyllini 0,01

Pachicarpini 0,2

M.D.S. Sterilisetur

S. По 50 мл на одну блокаду

До проведения блокад и одновременно с ними больные принимали лекарственные смеси, которые понижали ре-

флукторную возбудимость вегетативной нервной системы. Лучший эффект, отмечает автор, достигался при одновременном применении амизила, который обладает выраженным успокаивающим и вегетолитическим действием (на симпатическую и преимущественно на парасимпатическую регуляцию), и девинкана, оказывающего легкое успокаивающее действие на центральную нервную систему и снижающего «рефлекторную возбудимость симпатической регуляции».

Rp.: Amizyli 0,001
Devincani 0,01
Sacchari albi 0,3
M.f.p. D.t.d. N. 20
S. По 1 порошку 3 раза в день

П. И. Загородный [6] провел новокаиновые блокады 22 больным. Из них полное выздоровление имело место у 17 чел., значительное улучшение – у 4, кратковременное улучшение – у 1. В последнем случае в анамнезе больного была травма поясничного отдела позвоночника. Лучший результат (полное излечение) при применении новокаиновых блокад достигался в тех случаях, где в патогенезе заболевания участвовали расстройства высшей и спинальной регуляции сексуальной функции. А. В. Вишневский (1940) указывает, что лечебный эффект новокаиновых блокад обусловлен исключением большого количества связей между центром и периферией, а также их общим регулирующим влиянием на нервную систему.

5.12. Хлорэтиловые блокады для устранения преждевременной эякуляции

Хлорэтиловые блокады были предложены для лечения преждевременной эякуляции Г. С. Васильченко. «Техника блокад заключается в опрыскивании хлористым этилом участка кожи (рис. 3) в виде ромба площадью 60–80 см², расположенного по обе стороны (вверх и вниз) от линии,

соединяющей обе *cristae iliacaе*. Опрыскивание производится с постоянным перемещением струи жидкости по всей зоне до появления белой корочки. Для первой блокады нужно в среднем 10–20 мл хлористого этила; в дальнейшем корочка обычно образуется быстрее. Тотчас после ее образования следует прогреть замороженный участок ладонью. Меняя руки, прогревание следует продолжать до тех пор, пока побледнение, четко выступающее сразу же после оттаивания ледяной корочки и обусловленное спазмом кожных сосудов, не сменится покраснением, вызванным реактивной гиперемией. В противном случае возможны отморожения в виде множественных пузырьков. Такая реакция возможна у некоторых больных и при достаточно строгом соблюдении всех технических правил проведения блокады. В подобных случаях замораживание при последующих сеансах производится в одной из расположенных рядом дополнительных зон (рис. 4). Процедуру повторяют через 1–2 дня от 3 до 10 раз. Если один курс эффекта не дает или результаты оказываются нестойкими, то показан повторный курс через 1–2 мес» [41, с. 269–270].



Рис. 3. Зона хлорэтиловой блокады при синдромах, обусловленных высвобождением эякуляторных автоматизмов из-под контроля церебральных центров [41, с. 270].

Рис. 4. Основная зона хлорэтиловой блокады (1) и две дополнительные зоны (2) [41, с. 270].

Следует отметить, что хлорэтиловые блокады эффективны при синдроме парацентральных долек. Положительное

действие при этой патологии имеет место в 77% случаев, из них в 36% наблюдений наступает полное выздоровление. Еще большей эффективностью эти блокады обладают при вторичной патогенетической титуляризации (изменении межцентральных нервных отношений, персистирующем после санации урологического очага). При этой патологии они оказывают положительное действие у 95% больных, из них у 42% достигается полное выздоровление. В последнем случае, как отмечалось нами ранее, речь идет о терапии преждевременной эякуляции, первоначально обусловленной простатитом или простатовезикулитом, которая сохранилась и после их успешного лечения [41, с. 269–270].

К сожалению (использование хлорэтиловых блокад на самом деле эффективно), хлорэтил, который ранее в основном применялся для обезболивания при травмах, в настоящее время не производится.

5.13. Другие методы биологического нехирургического лечения преждевременной эякуляции

При преждевременной эякуляции также применяются другие методы лечения: физиотерапия, рефлексотерапия, йога-терапия и др., которые описываются в соответствующей специальной литературе. Физиотерапия преждевременной эякуляции предполагает использование общего и сегментарного седативного эффекта с целью уменьшения реактивности и замедления рефлекторного эякуляторного ответа, а в случае, когда в генезе этой дисфункции участвует воспалительная простатовезикулярная патология, – использование физиотерапевтических методов для ее лечения, что должно сочетаться с первым из указанных направлений терапии.

Для увеличения продолжительности полового акта используется латеральная терапия. Подробную характеристику этого вида лечения в целом можно найти в книге А. П. Чуприкова, А. Н. Линева, И. А. Марценковского «Латеральная терапия» [44]. Использование же этого вида лечения

при преждевременном семяизвержении, обусловленном синдромом парацентальных долек, было предложено А. Н. Бушученко, А. П. Чуприковым и отражено в описании их изобретения как нового способа терапии данной патологии [1] (приложение 6).

В лечении больных с преждевременной эякуляцией используют методы физиотерапии, которые ранее не применялись для лечения данной патологии. Так, с этой целью была апробирована пульсирующая радиочастотная (высокочастотная) нейромодуляция (pulsed radiofrequency neuromodulation; PRF), которая является эффективной для широкого круга болевых расстройств. В данном случае она была использована с целью уменьшения чувствительности дорсальных пенильных нервов (dorsal penile nerves) у пациентов, устойчивых к обычному лечению. У пятнадцати пациентов с РЕ, которая имела место на протяжении всей половой жизни, IELT было <1 мин в более чем 90% половых актов. Речь шла о пациентах, патология которых оказалась резистентной по отношению к обычному лечению. Пациенты с расстройствами эрекции в данном исследовании не участвовали. Средний возраст пациентов составлял 39+/-9 лет. Лечение проводилось в течение 3 нед. Во всех случаях IELT значительно увеличилось ($p < 0,05$). Какие-либо побочные эффекты отсутствовали [53].

Для терапии лиц с преждевременной эякуляцией использовался вибрационный массаж промежности, в том числе промежностной части уретры в течение 4–6 мин. Сразу после него больные отмечали чувство легкого онемения, а после третьего-четвертого сеанса у многих пациентов постепенно увеличивалась продолжительность полового акта. Предполагается, что, помимо снижения чувствительности уретры, сильное вибрационное воздействие повышает порог возбуждения спинального эякуляторного центра. Этот массаж проводился аппаратом ЭВМ, который дает 3000 колебаний в минуту [6].

В одном исследовании китайские авторы сравнили

эффективность иглорефлексотерапии с таблетками Sailete и выявили достоверно большую эффективность первого из указанных видов лечения при первичном простом преждевременном семяизвержении. В этом исследовании приняло участие 111 пациентов, которые были рандомизированы в две группы. Первая группа (56 чел.) получала иглорефлексотерапию, а вторая (55 чел.) таблетки Sailete [62]. Индийские авторы, ориентируясь на интравагинальное латентное время эякуляции, выявили, что занятие по системе йогов эффективно при PE [66].

5.14. Хирургическое лечение преждевременной эякуляции

Для увеличения продолжительности полового акта проводится и хирургическое лечение, целью которого является снижение чувствительности полового члена при сексуальной стимуляции. Для этого осуществляют циркумцизию (обрезание), а также операции по денервации полового члена. Френулотомия (пластика уздечки полового члена) является профилактикой преждевременной эякуляции, которая может возникнуть в результате разрыва чрезмерно короткой уздечки полового члена. Отмечается [39], что у мужчин с такой уздечкой при половом акте и мастурбации может возникать боль. Кроме того, возможны и более неприятные последствия. Во время интенсивного секса уздечка достаточно сильно растягивается, что может привести к ее разрыву, сопровождаемому сильным кровотечением. Остановить его не так легко, так как уздечка очень хорошо кровоснабжается. При обращении за медицинской помощью кровотечение останавливают, и рана постепенно заживает. Однако возникает другая, не менее серьезная проблема – преждевременная эякуляция, что обусловливается образованием на месте разрыва рубца. В последний также вовлекаются окончания кожных нервов, которые формируют зону патологической импульсации, что ведет к значительному уменьшению продолжительности полового акта. Мужчинам с короткой уздечкой крайней плоти

следует оперироваться как можно раньше, поскольку после выполненной пластики уздечки образуется нежный рубец, не вызывающий развитие преждевременной эякуляции. Пластика уздечки выполняется в амбулаторных условиях. Практически сразу после операции, которую проводят под местной анестезией, пациент может идти домой. Суть операции состоит в том, что выполняется рассечение уздечки в горизонтальном направлении и сшивание ее в вертикальном. Через 8–10 дней после операции швы снимают. Особые ограничения после снятия швов отсутствуют.

5.14.1. Циркумцизия (обрезание)

В литературе приводятся данные, которые свидетельствуют о том, что обрезание вызывает утолщение кожи головки пениса и, соответственно, снижает ее чувствительность, а это, в свою очередь, значительно увеличивает продолжительность полового акта. Доктор Гершон Бен-Даниэль, специалист в области урологии и детской хирургии, сообщает следующее: «Мой двадцатилетний опыт показывает, что операция удаления крайней плоти существенно улучшает сексуальную жизнь человека. Проблемой многих семей, отравляющей их совместную жизнь, является преждевременное семяизвержение. Современная медицина предлагает целый ряд мазей и желе, основой действия которых является притупление чувствительности мужчины. Это позволяет увеличить продолжительность полового акта и тем самым дать большее удовлетворение женщине. Действие всех этих препаратов кратковременно. Операция удаления крайней плоти, брит-мила, оказывает то же действие, но не на короткое время, а постоянно» [28]. Вместе с тем можно встретить исследования, которые не подтверждают положительного влияния обрезания, а кроме того, использования презервативов при патологии, о которой идет речь [128].

Циркумцизия (обрезание) выполняется следующим образом. При обрезании по медицинским показаниям крайняя

плоть пениса отсекается по всей окружности (circumcisio). Операцию обычно проводят с использованием местной анестезии (иногда под общим наркозом). В США, странах Европы и Юго-Восточной Азии круговое обрезание чаще всего выполняют с использованием разнообразных зажимов. Последние подбираются соответственно размеру пениса и также используются как защитный экран, который предохраняет головку пениса от случайных порезов. Для лучшего заживления иногда накладываются швы. Иногда вместо этого применяют зажимы. Их оставляют на пенисе на несколько дней до заживления раны. В современной России при обрезании чаще всего используется так называемая «ручная техника»: хирург просто отрезает листки крайней плоти и сшивает края раны рассасывающимся шовным материалом (кетгут, викрил и т. п.) [28].

5.14.2. Селективная нейроэктомия дорсального нерва пениса

В одной статье отмечается, что аномальное (отклоняющееся от нормы) увеличение дорсальных нервов пениса, возможно, определяет патогенез первичной преждевременной эякуляции. Авторы утверждают, что селективная нейроэктомия дорсального нерва пениса безопасна и эффективна для лечения первичной преждевременной эякуляции [135]. Несколько авторов сообщили об использовании селективной нейротомии дорсального нерва или увеличении головки полового члена с помощью геля гиалуроновой кислоты (hyaluronic acid gel) для лечения РЕ, существующей с начала половой жизни, которая оказалась резистентной по отношению к поведенческому и/или фармакологическому лечению. Терапевтический эффект достигался посредством вызываемой ими пенильной гипестезии [84].

Было проведено специальное исследование, целью которого являлась оценка безопасности и эффекта селективной резекции ветвей двух дорсальных пенильных нервов

(the two dorsal penile nerves) в лечении первичной преждевременной эякуляции (primary premature ejaculation; PPE). Авторы пришли к заключению, что такая операция уменьшает чувствительность члена и является безопасным и эффективным хирургическим выбором для лечения PPE [119].

5.14.3. Микрохирургическая денервация полового члена.

Сообщается [33], что в последние годы появляются данные об использовании денервирующих (нейротомия) оперативных вмешательств на половом члене с целью увеличить продолжительность коитуса. Однако отношение к этим операциям с учетом возможных их осложнений (необратимая потеря чувствительности головки и кожи полового члена, возможность образования невринома на основе концов пересеченных нервов) и недостаточной избирательности влияния окончательно не сформировано. Поэтому была поставлена цель разработать простой и эффективный метод хирургического лечения преждевременной эякуляции, который был бы лишен недостатков описанных в литературе методов хирургической коррекции. Сообщается, что таковой был разработан, и при его использовании денервация головки полового члена носит временный характер. Более того, через определенный промежуток времени, который достаточен для формирования нормального эякуляторного рефлекса, чувствительность головки и кожи полового члена восстанавливается.

Суть данного метода состоит в следующем. Пациенты перед операцией проводят лидокаиновый тест и осуществляют несколько половых актов с использованием презерватива. Если в результате этого эрекция не подавляется, а продолжительность полового акта увеличивается, но эякуляция наступает, то делается вывод, что эрекционная и эякуляторная функция сохранятся у пациентов в послеоперационном периоде до восстановления чувствительности. Техника операции следующая. «Околоренечным доступом проводится

скелетирование полового члена. На расстоянии 2–3 см от края разреза выделяются основные нервные стволы (4–5) по дорсальной поверхности полового члена, иннервирующие головку. Затем нервы рассекаются. После этого с помощью микрохирургического инструментария они восстанавливаются путем наложения интрафасцикулярного шва проленовой нитью 10-0 конец в конец. В дальнейшем в течение 2–3 мес наблюдается полная анестезия головки полового члена, затем чувствительность частично восстанавливается, что зависит от темпа роста какого-либо из нервных стволов («мозаичная» чувствительность). Постепенно по мере восстановления чувствительности пациент привыкает к новым ощущениям, но у него уже сформировался нормальный эякуляторный рефлекс, и в дальнейшем он может контролировать продолжительность полового акта. Через 6–8 мес чувствительность головки и кожи полового члена обычно полностью восстанавливается» [33].

Сообщается, что в клинике наблюдалось 23 пациента с преждевременной эякуляцией, которым была выполнена данная операция. В ее результате у всех пациентов продолжительность полового акта возросла до нормальных величин (2–15 мин), а чувствительность кожи и головки полового члена полностью восстановилась через 5–8 мес [33].

Приводится следующий клинический пример, демонстрирующий эффективность представленного метода.

Пациент С., 28 лет, поступил в клинику в феврале 2001 г. с жалобами на преждевременную эякуляцию с начала половой жизни. Продолжительность полового акта составляет 10–30 сек. Ранее не лечился. Больному было предложено выполнить лидокаиновый тест, который не нарушил эрекцию, но увеличил продолжительность полового акта до 5 мин. В клинике выполнена микрохирургическая денервация полового члена с одновременным восстановлением нервных стволов. Послеоперационный период протекал без особенностей. Пациент сообщал о достаточной продолжительности полового

акта (5–20 мин) с нормальной эякуляцией. Через 3 мес чувствительность головки и кожи полового члена восстановилась частично («мозаичный» ее тип), а через 7 мес – полностью. К этому времени продолжительность полового акта пациента составляла 2–5 мин, что было вполне приемлемо для него и его партнерши [33].

Приводится таблица, в которой по ряду позиций сравниваются циркумцизия и микрохирургическая денервация полового члена [33] (приложение 7).

Несмотря на противопоставление представленных в приведенной выше таблице методов, А. И. Бабель [3] считает, что для повышения эффективности и уменьшения послеоперационных осложнений микрохирургическую денервацию головки и покровных тканей полового члена необходимо сочетать с обрезанием. Помимо этого, представленные им данные о восстановлении чувствительности полового члена отличаются от сведений, приведенных выше. Так, автор отмечает, что отдаленные результаты исследования свидетельствуют о следующем. Через 1 мес после операции чувствительность головки полового члена резко снижается и составляет 10–15% от изначальной, через 3 мес – 30–40%, через 6 мес – около 60%, а через 1 год приближается к 80% от изначальной. Из этого следует, что чувствительность головки полового члена, по-видимому, полностью не восстанавливается, что и может быть одним из значимых факторов, объясняющих увеличение продолжительности полового акта. По данным цитируемого автора, характеризуемый метод лечения преждевременной эякуляции эффективен в 84% случаев.

5.15. Медикаментозное лечение и другие методы биологической терапии пациентов с анэякуляцией, способы получения спермы при этой патологии

В обзоре, где приведены данные 36 исследований, касающихся пациентов с ретроградной эякуляцией (RE), и 40 исследований, в которых речь шла о больных с анэякуляцией (AE), медикаментозное лечение AE проводили следующим образом [81]. Для пациентов, страдающих AE, но без повреждений 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 анэякуляцией, последовавшей после травмы спинного мозга. Только один пациент с идиопатической AE был пролечен физостигмином (Vanderschueren et al., 1998). Частые побочные эффекты после приема альфа-агонистов были сравнимы с таковыми при лечении RE. Для лечения AE, вызванной спинномозговой травмой, на ранних стадиях использовались интратекальные (под оболочки спинного мозга) введения неостигмина. Вследствие некоторых побочных эффектов (включая смерть одного из пациентов), а также из-за того, что физостигмин может проникать через гематоэнцефалический барьер и назначаться подкожно, от использования неостигмина отказались. Тем не менее в стандартных дозах физостигмин также 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). При мета-анализе проведенных исследований мидодрин (гутрон) показал 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 пациентов, пролеченных парасимпатомиметиками, не было различий в ответе на лечение при сравнении пациентов, имеющих повреждение от T₁₁ и выше, а также ниже T₁₁.

Характеризуя далее лечение больных с анэякуляцией, A. Kamischke, E. Nieschlag [81] 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 АЕ, так как значительно уступает мидодрину. Поэтому мидодрин следует считать препаратом первого выбора у пациентов с АЕ без спинальных повреждений. Хотя в целом результаты лечения являются удовлетворительными, пропорция пациентов с антеградной эякуляцией после применения мидодрина остается низкой (18%). Если нет антеградной или ретроградной эякуляции после лечения мидодрином у пациентов без повреждения 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.

Для лечения больных с АЕ, у которых имели место повреждения спинного мозга как выше, так и ниже T_{11} (Brackett, 1999; Kamischke&Nieschlag, 1999), вызванные его травмами, с равным эффектом использовались такие парасимпатомиметики, как физостигмин и неостигмин. (Brackett, 1999; Kamischke&Nieschlag, 1999). Тем не менее неостигмин должен выйти из употребления вследствие ряда побочных эффектов. Физостигмин также имеет серьезные побочные эффекты. Для их снижения перед его применением (1–2 мг) следует превентивно назначать 20–40 мг бутилгиоцина бромида и осуществлять мониторинг симптомов вегетативной дисрефлексии у пациентов с повреждениями спинного мозга (Linsenmeyer&Perkush, 1991).

Вследствие возможных побочных эффектов медикаментозное лечение АЕ 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 АЕ 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 (BPT) 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 (ИКЦИ) (Hovata&von Smitten, 1983; Lochner-Ernst et al., 1997; Kamischke&Nieschlag, 1999).

В рекомендациях Европейской ассоциации урологов [27] отмечается, что медикаментозное лечение и психотерапия анэякуляции, 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 анэякуляции 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 анэякуляции 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 21].

Снижение или отсутствие болевой и температурной чувствительности кожи полового члена и мошонки при сохраненных сухожильных и бульбокавернозных рефлексах 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.

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, мочевого пузырь опорожняется через катетер, а его стенки обрабатываются раствором Нат-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) [27].

Завершая данный раздел, следует отметить, что при кортикальной дисфункции с торможением эякуляторного центра рекомендуют галантамин, а при торможении спинального центра эякуляции – диатермию поясничной области [30].

5.16. Медикаментозное лечение ретроградной эякуляции, способы получения спермы при данной патологии

Лекарствами, используемыми для медикаментозного лечения ретроградной эякуляции (RE), являются альфа-агонисты или антихолинергические и антигистаминные препараты, которые увеличивают симпатический или уменьшают парасимпатический тонус мочевого пузыря. Наиболее часто используемыми препаратами являются: имипрамин (тофранил, мелипрамин), мидодрин (гутрон), хлорфенирамин + фенилпропаноламин (орнад) или бромфенирамин (димотан). Частыми побочными эффектами этих препаратов при применяемых дозах являются головокружение, нарушение сна, слабость, усталость, сухость во рту, тошнота и рвота [81].

По сравнению с электростимуляцией и получением спермы из мочи медикаментозное лечение RE наименее инвазивный метод. К тому же, оно дает пациенту возможность получить сперму естественным путем. Поэтому его следует считать терапией первого выбора. По данным литературы, 264 пациента были пролечены альфа-агонистами, антихолинергическими и антигистаминными препаратами. У 133 (50%) из них лечение способствовало достижению антеградной эякуляции. Наиболее часто используемым препаратом был имипрамин. Так как при его применении было достигнуто до 94% спонтанных беременностей, то этот препарат в дозе 25–75 мг/сут должен назначаться пациентам с RE в первую очередь. Орнад (хлорфенирамин + фенилпропаноламин) (79% успешных результатов среди 14 пациентов) и гутрон (53% положительных результатов среди 40 больных) являются средствами второго выбора. Напротив, эфедрин, который широко используется, не является препаратом выбора, из-за

относительно низкого терапевтического эффекта (20%), который существенно ниже, чем у имипрамина и орнада. Тем не менее для подтверждения этих данных нужны доказательные дополнительные сравнительные контролируемые исследования.

Если медикаментозное лечение RE терпит неудачу, то можно прибегнуть к EVS, получению спермы из посткоитальной мочи методом EE и хирургическому получению спермы. В случаях, когда в результате лечения получают эякулят низкого качества, процедуру ИКСИ следует определить как метод выбора BPT, так как она наиболее показана в большинстве случаев мужской инфертильности [81].

Согласно рекомендациям Европейской ассоциации урологов (2001) [27], при отсутствии спинальной патологии, деформаций и аномалий уретры, а также медикаментозно обусловленной ретроградной эякуляции, терапия должна быть направлена на стимуляцию антеградной эякуляции. С этой целью назначают эфедрин сульфат (10–15 мг 4 раза в день), мидодрин (5 мг 3 раза в день), бромфенрамина малеат (8 мг 2 раза в день), имипрамин (25–75 мг 3 раза в день), десипрамин (50 мг каждый второй день).

Альтернативным способом добиться антеградной эякуляции может быть занятие сексом с переполненным мочевым пузырем, когда шейка мочевого пузыря закрыта в достаточной мере.

Так как при ретроградной эякуляции может возникнуть вопрос об оплодотворении, то важны следующие рекомендации Европейской ассоциации урологов (2001) [27] о возможном получении спермы и ее использовании с данной целью. Получение семени из посткоитальной мочи осуществляется при:

- непереносимости или неэффективности медикаментозной терапии;
- спинальной патологии у пациента;

- невозможности отменить лекарственную терапию, вызвавшую ретроградную эякуляцию.

Забор спермы из посткоитальной мочи должен совпадать с началом овуляции у партнерши. Мочу необходимо защелачивать, назначая 1–3 г натрия бикарбоната 3 раза в день. Ее рН (водородный показатель) должен быть в пределах 7,2–7,8 до эякуляции, его необходимо проверять после каждого мочеиспускания. Вследствие того что осмолярность мочи ухудшает подвижность сперматозоидов, пациенту необходимо выпивать 2 литра воды до предлагаемой эякуляции. После приема жидкости пациента просят помочиться. Эта процедура позволяет контролировать осмолярность мочи. Если она низкая, проводится еще одно исследование через 15–20 мин, если высокая – пациенту предлагается выпить еще 200 мл воды. Когда достигаются оптимальные показатели осмолярности (200–300 mOsm/кг), пациент совершает половой акт или мастурбирует. В течение 10 мин после эякуляции моча должна быть собрана и центрифугирована. К центрифугату затем добавляется 0,5 мл раствора Tyrode или Ham F-10, и он немедленно используется для оплодотворения. При применении внутриматочной инсеминации качество спермы должно быть высоким. Если показатели спермограммы не позволяют надеяться на получении эффекта от внутриматочной инсеминации, полученная сперма используется для ИКСИ.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. А. с. 1362483. СССР. Способ лечения половых расстройств / А. Н. Бушученко, А. П. Чуприков (СССР). – Заявка №4035975; приоритет изобретения 11.03.86; зарегистрировано в Государственном реестре изобретений СССР 1.09.87.
2. Акимов О. В. Преждевременное семяизвержение. Лечение, консультации, диагностика в Волгограде // <http://www.doctorakimov.ru/illness/prejdevrsem/>
3. Бабель А. И. Микрохирургическая денервация полового члена в комплексной терапии преждевременной эякуляции у мужчин: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2009. – 26 с.
4. Глава 7. Лечение импотенции-10: медикаментозное лечение импотенции. 24.10.2009 // <http://doctorseks.ru/taxonomy/term/242>
5. Горилловский Л. М. Интракавернозное введение «Эдекса» (простагландин Е1) в лечении эректильной импотенции у лиц старшей возрастной группы // Урол. и нефрол., 1996. – № 6. – С. 31–32.
6. Загородный П. И. Нарушения половой функции при неврозах и реактивных состояниях у мужчин. – Л.: Медицина, 1970. – 184 с.
7. Загородный П. И. Физиология и патология половой функции. – Л.: Медицина. – 1975. – 264 с.
8. Зайцев В. И., Ситенко А. М., Махер Гафси. Возможности использования биологической обратной связи у мужчин с преждевременной эякуляцией // Клінічна та експериментальна патологія. – 2009. – Т. 8, №2. – Р. 29–31.
9. Каплан Х. С. Сексуальная терапия. Иллюстрированное руководство / Пер. с англ. – М.: Независимая фирма «Класс», 1994. – 160 с.
10. Клейнзорге Х., Клюббиес Г. (Kleinsorge H., Klumbies G.) Техника релаксации / Пер. с нем. – М.: Медицина, 1965. – 80 с.
11. Ковалев В. А., Королева С. В. Опыт применения простагландин Е1 для диагностики и лечения эректильной дисфункции // Урол. и нефрол. – 1997. – № 2. – С. 41–44.

12. Ковалев В. А., Королева С. В., Камалов А. А. Фармакотерапия эректильной дисфункции // Урология, 2000. – № 1. – С. 33–38.
13. Кочарян Г. С. Метод «взрыва навязчивости» в устранении тревожного опасения/страха сексуальной неудачи у мужчин // Здоровье мужчины. – 2006. – 1(16). – С. 61–65.
14. Кочарян Г. С. Новые психотерапевтические приемы и методики в сексологической практике (Методические рекомендации). – М.: Упр. спец. мед. помощи МЗ СССР, 1991. – 20 с.
15. Кочарян Г. С. Новый психотерапевтический способ в лечении синдрома тревожного ожидания сексуальной неудачи // Сексология и андрология. – К., 1994. – Вып. 2. – С. 88–93.
16. Кочарян Г. С. Применение аутогенной тренировки в терапии расстройств мужской потенции // Актуальные вопросы неврологии, психиатрии и нейрохирургии: Тез обл. науч.-практ. конференции. – Харьков, 1987. – С. 170–171.
17. Кочарян Г. С. Синдром тревожного ожидания сексуальной неудачи у мужчин и его лечение. – Харьков: Основа, 1995. – 279 с.
18. Кочарян Г. С. Современная сексология. – Киев: Ника-Центр, 2007. – 400 с.
19. Кочарян Г. С. Ускоренный вариант аутогенной тренировки для лечения и профилактики сексуальных расстройств у мужчин // Респ. конф. «Профилактика сексуальной патологии и супружеских дисгармоний»: Тез. докладов. – К.; Ворошиловград, 1988. – С. 55–57.
20. Кочарян Г. С. Ускоренный вариант аутогенной тренировки для лечения сексуальных расстройств (Метод. рекомендации). – М.: Упр. спец. мед. помощи МЗ СССР, 1991. – 19 с.
21. Кратохвил С. Психотерапия семейно-сексуальных дисгармоний / Пер. с чешск. – М.: Медицина, 1991. – 336 с.
22. Кэмерон-Бэндлер Л. (Cameron-Bandler L.) С тех пор они жили счастливо: простая и эффективная психотерапия сексуальных проблем и трудностей во взаимоотношениях: Пер. с англ. – Воронеж: НПО «МОДЭК», 1993. – 256 с.

23. Лоран О. Б., Сегал А. С., Щеплев П. А. Простогландин E1 в динамике и терапии нарушений эрекции // Урол. и нефрол. – 1995. – № 4. – С. 35–37.
24. Мазо Е. Б., Дмитриев Д. Г. Лечебно-диагностические возможности интракавернозного применения альпростадилла (эдекса) у больных с эректильной дисфункцией // Тер. арх. – 1995. – № 10. – С. 45–48.
25. Мантэк Чиа, Вэй В. Ю. Сексуальная рефлексология: Дао Любви и Секса / Пер. с англ. – М.: ООО Издательский дом «София», 2004. – 224 с.
26. Мастерс У., Джонсон В., Колодни Р. Основы сексологии / Пер. с англ. – М.: Мир, 1998. – х. + 692 с.
27. Нарушение эякуляции // <http://norm-urolog.narod.ru/nar.html>
28. Обрезание. Материал из Википедии – свободной энциклопедии // <http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9E%D0%B1%D1%80%D0%B5%D0%B7%D0%B0%D0%BD%D0%B8%D0%B5>
29. Порудоминский И. М. Половые расстройства у мужчин. Этиология, клиника и лечение. Изд. 3-е, перераб. и доп. – М.: Медицина, 1968. – 456 с., С. 213
30. Преждевременное семяизвержение // http://diagnos.ru/diseases/masculina/quick_eaculatio
31. Расстройства эякуляции. Ускоренная эякуляция (преждевременная эякуляция). 13.12.2007 // <http://medoboz.ru/content/view/938/85/>
32. Сексуальные расстройства. Расстройства эякуляции. Физиология эякуляторной функции // <http://www.androhealth.ru/re.html>
33. Синдром ранней эякуляции. Микрохирургическая денервация полового члена. Уровень техники // <http://www.androclub.ru/publications/patents/denervation.shtml>
34. Торосян С. А. К вопросу функциональных расстройств половой деятельности у мужчин: Автореф. дис. ... канд мед. наук. – Ереван, 1961. – 35 с.

35. У Виагры появился серьезный конкурент – Дапоксетин! // <http://rekicen.ru/php/content.php?group=0&id=1664>
36. Упражнения для мышц влагалища, упражнения Кегеля для женщин и мужчин // <http://helfor.ru/uprazhneniya-dlya-myshc-vlagalishha-uprazhneniya-kegelya-dlya-zhenshin-i-muzhchin/>
37. Упражнения доктора Арнольда Кегеля (или ошибочное трактование упражнений Кегеля) // <http://www.naturalno.ru/kegelex.html>
38. Упражнения Кегеля (Kegel) // http://www.med-lib.ru/encik/dom_dokt/kegel.php
39. Френулотомия – пластика уздечки полового члена. Выполнение операции френулотомии // <http://www.fimoza.net/shortbridle/frenulotomy>
40. Хьел Л., Зиглер Д. (Hjelle L. A., Ziegler D. J.) Теории личности (основные положения, исследования и применение) / Пер. с англ. – СПб: Питер Ком, 1999. – 608 с.
41. Частная сексопатология (руководство для врачей) / Под ред. Г. С. Васильченко. – Т. 2. – М.: медицина, 1983. – С. 269–270.
42. Чиа М. Даосские секреты любви, которые следует знать каждому мужчине // http://www.syntone-spb.ru/library/books/?item_id=1610¤t_book_page=3
43. Чиа Мантэк, Вэй В. Ю. Сексуальная рефлексология: Дао Любви и Секса / Пер. с англ. – М.: ООО Издательский дом «София», 2004. – 224 с.
44. Чуприков А. П., Линев А. Н., Марценковский И. А. Латеральная терапия (руководство для врачей). – Київ: Здоров'я, 1994. – 176 с.
45. Шапиро Ф. (Shapiro F.) Психотерапия эмоциональных травм с помощью движений глаз / Основные принципы, протоколы и процедуры / Пер. с англ. – М.: Независимая фирма «Класс», 1998. – 496 с.
46. Abdel-Hamid I. A., El Naggar E. A., El Gilany A. H. Assessment of as needed use of pharmacotherapy and the pause-squeeze technique in premature ejaculation // *Int J Impot Res.* – 2001. – 13 (1). – P. 41–45.

47. Akgül T., Karakan T., Ayyildiz A., Germiyanoglu C. Comparison of sertraline and citalopram for treatment of premature ejaculation // *Urol J.* – 2008. – 5 (1). – P. 41–45.
48. Arafa M., Shamloul R. A randomized study examining the effect of 3 SSRI on premature ejaculation using a validated questionnaire // *Ther Clin Risk Manag.* – 2007 – 3 (4). – P. 527–531.
49. Arafa M., Shamloul R. Efficacy of sertraline hydrochloride in treatment of premature ejaculation: a placebo-controlled study using a validated questionnaire // *Int J Impot Res.* – 2006. – 18 (6). – P. 534–538.
50. Atan A., Basar M. M., Tuncel A., Ferhat M., Agras K., Tekdogan U. Comparison of efficacy of sildenafil-only, sildenafil plus topical EMLA cream, and topical EMLA-cream-only in treatment of premature ejaculation // *Urology.* – 2006. – 67 (2). – P. 388–391.
51. Athanasios Z., Polyanthi P., George K. The efficacy of duloxetine in the treatment of premature ejaculation // *Int Urol Nephrol.* – 2007. – 39 (1). – P. 115–118.
52. Aversa A., Mazzilli F., Rossi T., Delfino M., Isidori A. M., Fabbri A. Effects of sildenafil (Viagra) administration on seminal parameters and post-ejaculatory refractory time in normal males // *Hum Reprod* – 2000. – 15. – P. 131–134.
53. Basal S., Goktas S., Ergin A., Yildirim I., Atim A., Tahmaz L., Dayanc M. A Novel Treatment Modality in Patients with Premature Ejaculation Resistant to Conventional Methods: The Neuro-modulation of Dorsal Penile Nerves by Pulsed Radiofrequency // *J Androl.* – 2010. – 31 (2). – P. 126–130.
54. Başar M. M., Yilmaz E., Ferhat M., Başar H., Batislam E. Terazosin in the treatment of premature ejaculation: a short-term follow-up // *Int Urol Nephrol.* – 2005. – 37 (4). – P. 773–777.
55. Baum N. Premature Ejaculation // http://www.neilbaum.com/articles/ed_pre_ejaculation.html
56. Beretta G., Chelo E., Fanciullacci F., Zanollo A. Effect of an alpha-blocking agent (phenoxybenzamine) in the management of premature ejaculation // *Acta Eur Fertil.* – 1986. – Vol. 17, N 1. – P. 43–45.

57. Berkovich M., Keresteci A. G. Koren G. Efficacy of prilocaine-lidocaine cream in the treatment of premature ejaculation // *J. Urol.*, 1995. – Vol. 154, N 4. – P. 1360–1361.
58. Buvat J., Tesfaye F., Rothman M., Rivas D. A., Giuliano F. Dapoxetine for the treatment of premature ejaculation: results from a randomized, double-blind, placebo-controlled phase 3 trial in 22 countries // *Eur Urol.* – 2009. – 55 (4). – P. 957–967.
59. Cavallini G. Alpha-1 blockade pharmacotherapy in primitive psychogenic premature ejaculation resistant to psychotherapy // *Eur. Urol.* – 1995. – Vol. 28, N 2. – P. 126–130.
60. Chen J., Keren-Paz G., Bar-Yosef Y., Matzkin H. The role of phosphodiesterase type 5 inhibitors in the management of premature ejaculation: a critical analysis of basic science and clinical data // *Eur Urol.* – 2007. – 52 (5). – P. 1331–1339.
61. Chen Juza, Щеплев П. А., Гвасалия Б. Р., Гарин Н. Н., Захарченко А.В. Консервативная терапия ускоренной эякуляции // *Андрология и генитальная хирургия.* – 2005. – №3. – С. 6–12.
62. Chen Z. X. [Control study on acupuncture and medication for treatment of primary simple premature ejaculation] [Article in Chinese] // *Zhongguo Zhen Jiu.* – 2009. – 29 (1). – P. 13–15.
63. Chia S. Management of premature ejaculation – a comparison of treatment outcome in patients with and without erectile dysfunction // *Int J Androl.* – 2002. – 25 (5). – P. 301–305.
64. Colpi G., Weidner W., Jungwirth A., Pomerol J., Papp G., Hargreave T., Dohle G. EAU guidelines on ejaculatory dysfunction // *Eur Urol.* – 2004. – 46 (5). – P. 555–558.
65. Cooper A. J., Magnus R. V. A clinical trial of the beta blocker propranolol in premature ejaculation // *J Psychosom Res.* – 1984. – 28 (4). – P. 331–336.
66. Dhikav V., Karmarkar G., Gupta M., Anand K. S. Yoga in premature ejaculation: a comparative trial with fluoxetine // *J Sex Med.* – 2007. – 4 (6). – P. 1726–1732.
67. Diagnosing and Treating Premature Ejaculation: An Expert Interview with Stanley E. Althof, PhD // <http://cme.medscape.com/viewarticle/492243>

68. Dinsmore W. W., Hackett G., Goldmeier D., Waldinger M., Dean J., Wright P., Callander M., Wylie K., Novak C., Keywood C., Heath P., Wyllie M. Topical eutectic mixture for premature ejaculation (TEMPE): a novel aerosol-delivery form of lidocaine-prilocaine for treating premature ejaculation // *BJU Int.* – 2007. – 99 (2). – P. 369–375.
69. Dinsmore W. W., Wyllie M. G. PSD502 improves ejaculatory latency, control and sexual satisfaction when applied topically 5 min before intercourse in men with premature ejaculation: results of a phase III, multicentre, double-blind, placebo-controlled study // *BJU Int.* – 2009. – 103 (7). – P. 940–949.
70. Ditman K. S. Inhibition of ejaculation by chlorprothixene // *Am J Psychiatry.* – 1964. – 120. – P. 1004–1005.
71. Does Detain X Work? DetainX Premature Ejaculation Review // <http://www.usfreeads.com/1750021-cls.html>
72. Fein R. L. Intracavernosus medication for treatment of premature ejaculation // *Urology.* – 1990. – 35 (4). – P. 301–303.
73. Freyhan, F. A. Loss of ejaculation during mellaril treatment // *Am J Psychiatry.* – 1961. – 118. – P. 171–172.
74. Garrett P. M. Tramadol overdose and serotonin syndrome manifesting as acute right heart dysfunction // *Anaesth Intensive Care.* – 2004. – 32 (4). – P. 575–577.
75. Gengo R. J., Giuliano F., McKenna K. E. Monoaminergic transporter binding and inhibition profile of dapoxetine, a medication for the treatment of premature ejaculation // *J Urol.* – 2005. – 173 (4). – P. 239.
76. Gitlin M. J. Psychotropic medications and their effects on sexual function: diagnosis, biology, and treatment approaches // *J. Clin. Psychiatry.* – 1994. – Vol. 55, N 9. – P. 406–413.
77. Giuliano F. A. Novel Treatment of Premature Ejaculation // *European Urology Supplements.* – 2007. – Vol. 6, Issue 13. – P. 780–786.
78. Hellstrom W. J. Emerging treatments for premature ejaculation: focus on dapoxetine // *Neuropsychiatr Dis Treat.* – 2009. – 5. – P. 37–46.

79. Hosseini M. M., Yarmohammadi H. Effect of fluoxetine alone and in combination with sildenafil in patients with premature ejaculation // *Urol Int.* – 2007. – 79 (1). – P. 28–32.
80. Hsieh J. T., Chang H. C., Law H. S., Hsieh C H, Cheng J T. In vivo evaluation of serotonergic agent and alpha-adrenergic blockers on premature ejaculation by inhibiting the seminal vesicle pressure response to electrical nerve stimulation // *Br J Urol.* – 1998. – 82 (2). – P. 237–240.
81. Kamischke A., Nieschlag E. Update on medical treatment of ejaculatory disorders // *International Journal of Andrology.* – 2002. – 25 (6). – P. 333–344.
82. Kamiya J. Operant control of the EEG and some of its reported effects on consciousness // *Altered states of consciousness / Ed. by C. T. Tart.* – New York: Wiley, 1969.
83. Kaufman J. M., Rosen R. C., Mudumbi R. V., Tesfaye F., Hashmonay R., Rivas D. Treatment benefit of dapoxetine for premature ejaculation: results from a placebo-controlled phase III trial // *BJU Int.* – 2009. – 103 (5). – P. 651–658.
84. Kim J. J., Kwak T. I., Jeon B. G., Cheon J., Moon D. G. Effects of glans penis augmentation using hyaluronic acid gel for premature ejaculation // *Int J Impot Res* – 2004. – 16 (6). – P. 547–551.
85. Li X., Zhang S. X., Cheng H. M., Zhang W. D. [Clinical study of sildenafil in the treatment of premature ejaculation complicated by erectile dysfunction] [Article in Chinese] // *Zhonghua Nan Ke Xue.* – 2003. – 9 (4). – P. 266–269.
86. Livni E., Satterlee W., Robey R. L., Alt C. A., Van Meter E. E., Babich J. W. et al . Synthesis of [11C]dapoxetine.HCl, a serotonin re-uptake inhibitor: Biodistribution in rat and preliminary PET imaging in the monkey // *Nucl Med Biol.* – 1994. – 21. – P. 669–675.
87. Lux E. *Szexual pszichologia.* – Budapest: Medicina Konjukiado, 1981. – 240 l.
88. Mathers M. J., Klotz T., Roth S., Lümnen G., Sommer F. Safety and efficacy of vardenafil versus sertraline in the treatment of premature ejaculation: a randomised, prospective and crossover study // *Andrologia.* – 2009. – 41 (3). – P. 169–175.

89. Mattos R. M., Lucon A. M. Tadalafil and slow-release fluoxetine in premature ejaculation – a prospective study // *J Urol.* – 2005. – 173 (4). – P. 239.
90. Mattos R. M., Marmo Lucon A., Srougi M. Tadalafil and fluoxetine in premature ejaculation: prospective, randomized, double-blind, placebo-controlled study // *Urol Int.* – 2008 – 80 (2). – P. 162–165.
91. McMahon C. G., McMahon C. N., Leow L. J. New agents in the treatment of premature ejaculation // *Neuropsychiatr Dis Treat.* – 2006. – 2 (4). – P. 489–503.
92. McMahon C. G., McMahon C. N., Leow L. J., Winestock C. G. Efficacy of type-5 phosphodiesterase inhibitors in the drug treatment of premature ejaculation: A systematic review // *BJU Int.* – 2006. – 98 (2). – P. 259–272.
93. McMahon C. G., Stuckey B. G., Andersen M., Purvis K., Koppiker N., Haughie S., Boolell M. Efficacy of sildenafil citrate (Viagra) in men with premature ejaculation // *J Sex Med.* – 2005. – 2 (3). – P. 368–375.
94. McMahon C. G., Touma K. Treatment of premature ejaculation with paroxetine hydrochloride as needed: 2 single-blind placebo controlled crossover studies // *J Urol.* – 1999. – 161. – P. 1826–1830.
95. McMahon Chris G. Premature ejaculation // *Indian Journal of Urology.* – 2007. – 23 (2). – P. 97–108.
96. Metin A., Kayigil O., Ahmed S. I. Does lidocaine ointment addition increase fluoxetine efficacy in the same group of patients with premature ejaculation? // *Urol Int.* – 2005. – 75 (3). – P. 231–234.
97. Miller N. E. Applications of learning and biofeedback to psychiatry and medicine // *Comprehensive textbook of psychiatry* / Ed. by A. M. Freedman, H. I. Kaplan, B. J. Sadock. – 2nd ed. – Baltimore: William & Wilkins, 1974.
98. Miller N. E. Learning of visceral and glandular responses // *Science.* – 1969. – Vol. 163. – P. 434–445.

99. Mittino D., Mula M., Monaco F. Serotonin syndrome associated with tramadol-sertraline coadministration // *Clin Neuropharmacol.* – 2004. – 27 (3). – P. 150–151.
100. Modi N. B., Nath R., Staehr P., Gupta S. K., Aquilina J. W., Rivas D. Pharmacokinetic, pharmacodynamic, and electrocardiographic effects of dapoxetine and moxifloxacin compared with placebo in healthy adult male subjects // *J Clin Pharmacol.* – 2009. – 49 (6). – P. 634–642.
101. Mondaini N., Ponchietti R., Muir G. H., Montorsi F., Di Loro F., Lombardi G, et al . Sildenafil does not improve sexual function in men without erectile dysfunction but does reduce the postorgasmic refractory time // *Int J Impot Res.* – 2003. – 15. – P. 225–228.
102. Morales A., Barada J., Wyllie M. G. A review of the current status of topical treatments for premature ejaculation // *BJU Int.* – 2007. – 100 (3). – P. 493–501.
103. Premature ejaculation // http://psychology.wikia.com/wiki/Premature_ejaculation
104. Pryor J. L., Althof S. E., Steidle C., Rosen R. C., Hellstrom W. J., Shabsigh R., Miloslavsky M., Kell S.; Dapoxetine Study Group. Efficacy and tolerability of dapoxetine in treatment of premature ejaculation: an integrated analysis of two double-blind, randomised controlled trials // *Lancet.* – 2006. – 368 (9539). – P. 929–937.
105. Sadeghi-Nejad H., Watson R. Premature ejaculation: current medical treatment and new directions (CME) // *J Sex Med.* – 2008. – 5 (5). – P. 1037–1050; quiz 1051–1052.
106. Safarinejad M. R., Hosseini S. Y. Safety and efficacy of tramadol in the treatment of premature ejaculation: a double-blind, placebo-controlled, fixed-dose, randomized study // *J Clin Psychopharmacol.* – 2006. – 26 (1). – P. 27–31.
107. Safarinejad M. R. Comparison of dapoxetine versus paroxetine in patients with premature ejaculation: a double-blind, placebo-controlled, fixed-dose, randomized study // *Clin Neuropharmacol.* – 2006. – 29 (5). – P. 243–252.

108. Safarinejad M. R. Safety and efficacy of dapoxetine in the treatment of premature ejaculation: a double-blind, placebo-controlled, fixed-dose, randomized study // *Neuropsychopharmacology*. – 2008. – 33 (11). – P. 1259–1265.
109. Safarinejad M. R. Safety and efficacy of escitalopram in the treatment of premature ejaculation: a double-blind, placebo-controlled, fixed-dose, randomized study // *J Clin Psychopharmacol*. – 2007. – 27 (5). – P. 444–450.
110. Safarinejad M. R. Safety and efficacy of venlafaxine in the treatment of premature ejaculation: a double-blind, placebo-controlled, fixed-dose, randomised study // *Andrologia*. – 2008. – 40 (1). – P. 49–55.
111. Safarinejad M. R. Once-daily high-dose pindolol for paroxetine-refractory premature ejaculation: a double-blind, placebo-controlled and randomized study // *J Clin Psychopharmacol*. – 2008. – 28 (1). – P. 39–44.
112. Salem E. A., Wilson S. K., Bissada N. K., Delk J. R., Hellstrom W. J., Cleves M. A. Tramadol HCL has promise in on-demand use to treat premature ejaculation // *J Sex Med*. – 2008. – 5 (1) – P. 188–193.
113. Salonia A., Maga T., Colombo R., Scattoni V., Briganti A., Cestari A., Guazzoni G., Rigatti P., Montorsi F. A prospective study comparing paroxetine alone versus paroxetine plus sildenafil in patients with premature ejaculation // *J Urol*. – 2002. – 168 (6). – P. 2486–2489.
114. Salonia A., Rocchini L., Sacca A., Pellucchi F., Ferrari M., Carro U. D., Ribotto P., Gallina A., Zanni G., Deho F., Rigatti P., Montorsi F. Acceptance of and Discontinuation Rate from Paroxetine Treatment in Patients with Lifelong Premature Ejaculation // *J Sex Med*. – 2009. – 6 (10). – P. 2868–2877.
115. Semans J. H. Premature ejaculation: a new approach // *South Med J*. – 1956. – 49. – P. 353–357.
116. Sensory evoked potentials and effect of SS-cream in premature ejaculation // *Yonsei Med. J*. – 1995. – Vol. 36, N 5. – P. 397–401.

117. Serefoglu E. C., Silay M. S. Botulinum toxin-A injection may be beneficial in the treatment of life-long premature ejaculation // *Med Hypotheses*. – 2010. – 74 (1) – P. 83–84.
118. Shabsigh R., Patrick D. L., Rowland D. L., Bull S. A., Tesfaye F., Rothman M. Perceived control over ejaculation is central to treatment benefit in men with premature ejaculation: results from phase III trials with dapoxetine // *BJU Int*. – 2008. – 102 (7). – P. 824–828.
119. Shi W. G., Wang X. J., Liang X. Q., Liu Z. Q., Huang M. J., Li S. Q., Ren S. Q., Cao L., Meng X., Wang Z., Chen R. S. [Selective resection of the branches of the two dorsal penile nerves for primary premature ejaculation] [Article in Chinese] // *Zhonghua Nan Ke Xue*. – 2008. – 14 (5). – P. 436–438.
120. Shilon M., Paz G. F., Homonnai, Z.T. The use of phenoxybenzamine treatment in premature ejaculation // *Fertil Steril*. – 1984. – 42. – P. 659–661.
121. Sorbera L. A., Castaner J., Castaner R. M. Dapoxetine hydrochloride // *Drugs Future*. – 2004. – 29. – P. 1201–1205.
122. Stop Premature Ejaculation Treatment (Proven treatment for premature ejaculation.) // <http://www.on-linepharmacyuk.com/stopprematureejaculation.htm>
123. Tang W., Ma L., Zhao L., Liu Y., Chen Z. [Clinical efficacy of Viagra with behavior therapy against premature ejaculation] [Article in Chinese] // *Zhonghua Nan Ke Xue*. – 2004. – 10 (5). – P. 366–367, 70.
124. Waldinger M. D. Premature ejaculation: state of the art // *Urol Clin North Am*. – 2007. – 34 (4). – P. 591–599.
125. Waldinger M. D. The neurobiological approach to premature ejaculation // *J Urol*. – 2002. – 168. – P. 2359–2367.
126. Waldinger M. D., Berendsen H. H., Blok B. F., Olivier B., Holstege G. Premature ejaculation and serotonergic antidepressants-induced delayed ejaculation: The involvement of the serotonergic system // *Behav Brain Res*. – 1998. – 92. – P. 111–118.

127. Waldinger M. D., Hengeveld M. W., Zwinderman A. H., Olivier B. Effect of SSRI antidepressants on ejaculation: A double-blind, randomized, placebo-controlled study with fluoxetine, fluvoxamine, paroxetine and sertraline // *J Clin Psychopharmacol.* – 1998. – 18. – P. 274–281.
128. Waldinger M. D., McIntosh J., Schweitzer D. H. A Five-nation Survey to Assess the Distribution of the Intravaginal Ejaculatory Latency Time among the General Male Population // *J Sex Med.* – 2009. – 6 (10). – P. 2888–2895.
129. Waldinger M. D., Zwinderman A. H., Olivier B., Schweitzer D. H. The majority of men with lifelong premature ejaculation prefer daily drug treatment: an observation study in a consecutive group of Dutch men // *J Sex Med.* – 2007. – Vol. 4, Issue 4i. – P. 1028–1037.
130. Waldinger M. D. Towards evidenced based drug treatment research on premature ejaculation: A critical evaluation of methodology // *J Impotence Res.* – 2003. – 15. – P. 309–313.
131. Wang W. F., Chang L., Minhas S., Ralph D. J. Selective serotonin reuptake inhibitors in the treatment of premature ejaculation // *Chin Med J (Engl).* – 2007. – 120 (11). – P. 1000–1006.
132. Wang W. F., Wang Y., Minhas S., Ralph D. J. Can sildenafil treat primary premature ejaculation? A prospective clinical study // *Int J Urol.* – 2007. – 14 (4). – P. 331–335.
133. Wisard M., Audette N. [Premature ejaculation: pills or sexology?] [Article in French] // *Rev Med Suisse.* – 2008. – 4 (150). – P. 780–784.
134. Xin Z. C., Choi Y. D., Seong D. H., Choi H. K. Sensory evoked potential and effect of SS-cream in premature ejaculation // *Yonsei Med J.* – 1995. – 36 (5). – P. 397–401.
135. Zhang C. Y., Li X. H., Yuan T., Zhang H. F., Liu J. H., Ye Z. Q. [Regional anatomy of the dorsal penile nerve and its clinical significance] [Article in Chinese] // *Zhonghua Nan Ke Xue.* – 2009. – 15 (2). – P. 130–133.

136. Zhang F. B., Tian Y., Du L. D. [Xuanju compound capsule combined with erogenous focus exercise is effective for premature ejaculation] [Article in Chinese] // *Zhonghua Nan Ke Xue*. – 2006. – 12 (12). – P. 1139–1140.
137. Zhang X. S., Wang Y. X., Huang X. Y., Leng J., Li Z., Han Y. F. [Comparison between sildenafil plus sertraline and sertraline alone in the treatment of premature ejaculation] [Article in Chinese] // *Zhonghua Nan Ke Xue*. – 2005. – 11 (7). – P. 520–522, 525.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1

ИНДЕКС ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ ЭЯКУЛЯЦИИ (Index of Premature Ejaculation; IPE)¹

Эти вопросы касаются эффектов, которые ваши сексуальные проблемы оказали на вашу сексуальную жизнь за последние четыре недели. Пожалуйста, ответьте на следующие вопросы настолько честно и ясно, насколько это возможно. В ответе на эти вопросы используются следующие определения:

– *Половой акт* определен как влагалищное проникновение (вы вошли в вашего партнера).

– *Эякуляция*: изгнание спермы из члена.

– *Контроль*: эякулируете, когда вы готовы.

Выберите только один из ответов на поставленный вопрос.

1) За последние четыре недели, когда имел место половой акт, как часто вы контролировали эякуляцию?

- Никогда
- Почти всегда или всегда
- Больше, чем в половине случаев
- Приблизительно в половине случаев
- Меньше, чем в половине случаев
- Почти никогда или никогда

¹ Althof S., Rosen R., Symonds T., Mundayat R., May K., Abraham L. Development and validation of a new questionnaire to assess sexual satisfaction, control, and distress associated with premature ejaculation // Journal of Sexual Medicine. – 2006. – Volume 3, Issue 3. – P. 465–475.

(Перевод опросника сделан нами [Г. С. Кочарян]).

2) За последние четыре недели, когда у вас был половой акт, насколько вы были уверены в себе, когда эякулировали?

- Половых актов не было (не применим)
- Высокая уверенность
- Умеренно высокая уверенность
- Ни высокая, ни низкая уверенность
- Умеренно низкая уверенность
- Низкая уверенность

3) За последние четыре недели, когда у вас был половой акт, как часто вы получали удовлетворение?

- Половых актов не было (не применим)
- Почти всегда или всегда
- Больше, чем в половине случаев
- Приблизительно в половине случаев
- Меньше, чем в половине случаев
- Почти никогда или никогда

4) За последние четыре недели, когда у вас был половой акт, насколько вы были удовлетворены чувством контроля над эякуляцией?

- Половых актов не было (не применим)
- Очень удовлетворен
- Отчасти удовлетворен
- Ни удовлетворен, ни неудовлетворен
- Отчасти неудовлетворен
- Очень неудовлетворен

5) За последние четыре недели, когда у вас был половой акт, насколько вы были удовлетворены его продолжительностью перед эякуляцией?

- Половых актов не было (не применим)
- Очень удовлетворен
- Отчасти удовлетворен
- Ни удовлетворен, ни неудовлетворен

- Отчасти неудовлетворен
- Очень неудовлетворен

6) *Насколько в целом за последние четыре недели вы были удовлетворены вашей половой жизнью?*

- Половых актов не было (не применим)
- Очень удовлетворен
- Отчасти удовлетворен
- Ни удовлетворен, ни неудовлетворен
- Отчасти неудовлетворен
- Очень неудовлетворен

7) *Насколько за последние четыре недели вы были удовлетворены сексуальными отношениями с вашим сексуальным партнером?*

- Половых актов не было (не применим)
- Очень удовлетворен
- Несколько удовлетворен
- Ни удовлетворен, ни неудовлетворен
- Несколько неудовлетворен
- Очень неудовлетворен

8) *Какое сексуальное удовольствие за последние четыре недели доставил вам половой акт?*

- Половых актов не было (не применим)
- Сильное
- Умеренно сильное
- Ни сильное, ни слабое
- Умеренно слабое
- Слабое

9) Насколько за последние четыре недели вы были обеспокоены (разочарованы) продолжительностью полового акта до эякуляции?

- Половых актов не было (не применим)
- Чрезвычайно обеспокоен
- Очень обеспокоен
- Умеренно обеспокоен
- Слегка обеспокоен
- Совсем не обеспокоен

10) Насколько за последние четыре недели вы были обеспокоены (разочарованы) контролем над эякуляцией?

- Не было половых актов (не применим)
- Чрезвычайно обеспокоен
- Очень обеспокоен
- Умеренно обеспокоен
- Слегка обеспокоен
- Совсем не обеспокоен

**ПРОФИЛЬ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ ЭЯКУЛЯЦИИ
(Premature Ejaculation Profile; PEP Items)¹**

В последний месяц ваш контроль над эякуляцией во время половых актов был:

- Очень плохой Плохой Значительный Хороший Очень хороший

За последний месяц ваше удовлетворение половыми сношениями было:

- Очень низкое Низкое Значительное Хорошее Очень хорошее

Насколько за последний месяц вы были обеспокоены тем, как быстро эякулируете при половом акте?

- Нисколько Слегка Умеренно Скорее сильно Чрезвычайно

В какой степени то, как вы быстро эякулировали при половом акте за последний месяц, отразилось на сложностях в ваших отношениях с партнершей?

- Нисколько Слегка Умеренно Скорее сильно Чрезвычайно

¹ Patrick D. L., Giuliano F., Ho K. F., Gagnon D. D., McNulty P., Rothman M. The Premature Ejaculation Profile: Validation of self-reported outcome measures for research and practice // British BJU Int. – 2009. – 103 (3). – P. 358–364. (Перевод опросника сделан нами [Г. С. Кочарян]).

**ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ИНСТРУМЕНТ
ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ ЭЯКУЛЯЦИИ
(Premature Ejaculation Diagnostic Tool; PEDT)¹**

Инструкции для пациента

Этот анкетный опрос помогает идентифицировать мужчин, которые могут иметь проблему в связи с очень быстрой эякуляцией при сексуальной активности. Даже если вы не имеете трудностей, пожалуйста, ответьте на все вопросы:

Пожалуйста, поставьте X только в одну ячейку, которая лучше всего соответствует ответу на каждый из нижеприведенных вопросов.

Так как ваши переживания/ощущения могут время от времени изменяться, пожалуйста, сообщите о ваших суммарных переживаниях/впечатлениях при половом акте.

Определение. Под эякуляцией здесь подразумевают семяизвержение, которое происходит после введения полового члена во влагалище.

1. Насколько трудно для вас задерживать эякуляцию?

Вообще трудно	Подчас трудно	Умеренно трудно	Очень трудно	Чрезвычайно трудно
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

2. Вы эякулируете прежде, чем желаете?

Почти никогда или никогда	Меньше, чем в половине случаев	Приблизительно в половине случаев	Больше, чем в половине случаев	Почти всегда или всегда
0%	25%	50%	75%	100%
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

¹ Symonds T., Perelman M. A., Althof S., Giuliano F., Martin M., May K., et al. Development and validation of a premature ejaculation diagnostic tool // Eur Urol. – 2007. – 52 (2). – P. 565–573.

(Перевод опросника сделан нами [Г. С. Кочарян]).

3. Вы эякулируете при очень малой стимуляции?

Почти никогда или никогда	Меньше, чем в половине случаев	Приблизительно в половине случаев	Больше, чем в половине случаев	Почти всегда или всегда
0%	25%	50%	75%	100%
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

4. Вы чувствуете себя расстроенным из-за того, что эякулируете прежде, чем хотите?

Почти никогда или никогда	Меньше, чем в половине случаев	Приблизительно в половине случаев	Больше, чем в половине случаев	Почти всегда или всегда
0%	25%	50%	75%	100%
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

5. Насколько вы обеспокоены тем, что длительность вашего полового акта оставляет вашего партнера сексуально неудовлетворенным?

Почти никогда или никогда	Меньше, чем в половине случаев	Приблизительно в половине случаев	Больше, чем в половине случаев	Почти всегда или всегда
0%	25%	50%	75%	100%
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

МЕЖДУНАРОДНЫЙ ИНДЕКС ЭРЕКТИЛЬНОЙ ФУНКЦИИ (International Index of Erectile Function; ИИЭФ)¹

Эти вопросы о том, как нарушения эрекции сказывались на вашей сексуальной жизни *в течение последних четырех недель*. Пожалуйста, ответьте на эти вопросы как можно более откровенно и определенно. Пожалуйста, на каждый вопрос дайте только один ответ, поставив значок [x] в клетку напротив вашего ответа. Если вы не уверены в выборе ответа, пожалуйста, дайте тот ответ, который лучше всего отражает вашу ситуацию.

1. Как часто за последние 4 недели вам удавалось ввести половой член во влагалище при попытке совершения полового акта?

- Не пытался совершить половой акт*
- Почти всегда или всегда*
- Часто (гораздо чаще, чем в половине случаев)*
- Иногда (примерно в половине случаев)*
- Изредка (гораздо реже, чем в половине случаев)*
- Почти никогда или никогда*

2. Как часто за последние 4 недели вам удавалось сохранить эрекцию при половом акте после введения полового члена во влагалище?

- Не пытался совершить половой акт*
- Почти всегда или всегда*
- Часто (гораздо чаще, чем в половине случаев)*
- Иногда (примерно в половине случаев)*
- Изредка (гораздо реже, чем в половине случаев)*
- Почти никогда или никогда*

¹ Rosen R. C., Riley A., Wagner G., Osterloh I. H., Kirkpatrick J., Mishra A. The international index of erectile function (ИИЭФ): A multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction // Urology. – 1997. – 49. – P. 822–830.

3. Было ли вам трудно за последние 4 недели сохранять эрекцию при половом акте до его завершения?

- Не пытался совершить половой акт*
- Чрезвычайно трудно*
- Очень трудно*
- Трудно*
- Немного трудно*
- Не трудно*

4. Сколько за последние 4 недели вы сделали попыток (успешных и безуспешных) совершить половой акт?

- Не пытался*
- 1–2 попытки*
- 3–4 попытки*
- 5–6 попыток*
- 7–10 попыток*
- 11 и более*

5. Как часто за последние 4 недели вы были удовлетворены при попытках совершить половой акт?

- Не пытался совершить половой акт*
- Почти всегда или всегда*
- Часто (гораздо чаще, чем в половине случаев)*
- Иногда (примерно в половине случаев)*
- Изредка (гораздо реже, чем в половине случаев)*
- Почти никогда или никогда*

6. Насколько сильное удовольствие за последние 4 недели вы получали от полового акта?

- Не было половых актов*
- Очень большое удовольствие*
- Большое удовольствие*
- Среднее удовольствие*
- Небольшое удовольствие*
- Не получал удовольствия*

7. Как часто за последние 4 недели у вас была эякуляция при сексуальной стимуляции или половом акте?

- Ни сексуальной стимуляции, ни полового акта не было*
- Почти всегда или всегда*
- Часто (гораздо чаще, чем в половине случаев)*
- Иногда (примерно в половине случаев)*
- Изредка (гораздо реже, чем в половине случаев)*
- Почти никогда или никогда*

8. Как часто вы испытывали оргазм, сопровождавшийся или не сопровождавшийся эякуляцией, за последние 4 недели при сексуальной стимуляции или половом акте?

- Ни сексуальной стимуляции, ни полового акта не было*
- Почти всегда или всегда*
- Часто (гораздо чаще, чем в половине случаев)*
- Иногда (примерно в половине случаев)*
- Изредка (гораздо реже, чем в половине случаев)*
- Почти никогда или никогда*

В следующих двух вопросах спрашивается о сексуальном желании. Давайте определим сексуальное желание как чувство, которое может включать в себя желание заниматься сексом (например, заняться мастурбацией или совершить половой акт), сексуальные мысли или ощущение разочарованности, связанное с отсутствием секса.

9. Как часто за последние 4 недели вы испытывали сексуальное желание?

- Почти всегда или всегда*
- Часто*
- Иногда*
- Изредка*
- Почти никогда или никогда*

10. Как за последние 4 недели вы бы оценили степень вашего сексуального желания?

- Очень высокая*
- Высокая*
- Средняя*
- Низкая*
- Очень низкая или влечение отсутствует*

11. Насколько за последние 4 недели вы были в целом удовлетворены своей сексуальной жизнью?

- Очень удовлетворен*
- Относительно удовлетворен*
- Где-то между удовлетворен и неудовлетворен*
- Относительно неудовлетворен*
- Очень неудовлетворен*

12. Насколько за последние 4 недели вы были удовлетворены сексуальными отношениями со своим сексуальным партнёром?

- Очень удовлетворен*
- Относительно удовлетворен*
- Где-то между удовлетворен и неудовлетворен*
- Относительно неудовлетворен*
- Очень неудовлетворен*

13. Как за последние 4 недели вы бы оценили степень уверенности в том, что сможете достичь эрекции и удержать ее?

- Очень высокая*
- Высокая*
- Средняя*
- Низкая*
- Очень низкая*

ЭВОЛЮЦИЯ ВЗГЛЯДОВ НА СВЯЗЬ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ ЭЯКУЛЯЦИИ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ УРОГЕНИТАЛЬНОЙ СФЕРЫ¹

«Вопрос о связи преждевременной эякуляции с заболеваниями уrogenитальной сферы имеет очень длительную историю, крайне сложную и полную противоречий. Поворотным пунктом, знаменующим возникновение самой сексопатологии, явилась публикация Lallemand (1836) монографии «О непроизвольных потерях семени». В последующем, однако, узко лакализационистский подход ряда последователей Lallemand привел к тому, что любое нарушение потенции стало связываться исключительно с патологией заднего отрезка уретры, а психоневрологические механизмы полностью игнорировались. Крайняя односторонность локализационистов, обернувшаяся в практике врачебной работы крайне низкой лечебной эффективностью, вызвала естественную реакцию – целый ряд ученых выступил на защиту «печальных жертв неумелого и жестокого вмешательства фанатиков местной терапии, которые, несмотря ни на что, набрасывались с инструментами на неповинную уретру» (Furbringer, 1896).

Однако, как это часто бывает, наступившая реакция не установила естественного равновесия между фактами и господствующими концепциями, маятник перешел из одного крайнего положения в другое, и слепая вера во всемогущество прижиганий семенного бугорка сменилась бесконечным потоком вербалистики. На Западе этот затяжной период словесного жонглирования проходил под флагом психоанализа с его оторванной от материального субстрата спекулятивно конструируемой символикой. Своеобразную форму приняла эта полоса развития сексологии в нашей стране. Произвольное администрирование хода научного развития, нашедшее

¹ Васильченко Г. С. О некоторых системных неврозах и их патогенетическом лечении. – М.: Медицина, 1969. – 184 с.

свое отражение в Объединенной сессии двух академий 28 июня – 4 июля 1950 г., создало благоприятную почву для подмены серьезного научного исследования легковесным манипулированием фразеологическими наборами. Обманутые иллюзорной простотой и доступностью трактовок, которые в тот период выдавались за «нервизм» и «павловский подход», те немногие урологи, которые работали в области половых расстройств, вместо серьезных научных изысканий в своей собственной сфере исследования начали конструировать универсальные сексологические концепции. Относя клинические факты, не поддающиеся объяснению, на пресловутую нервную почву, эти авторы пришли к умалению роли урологических изменений в этиологии ряда сексуальных нарушений, в том числе и в генезе преждевременной эякуляции» [7, с. 110–111].

Далее цитируемый автор пишет: «Каковы же современные научные данные о роли урологических нарушений в генезе расстройств эякуляции? К счастью, среди урологов и интернистов нашлись исследователи, не оставившие без внимания требующий настоящей разработки вопрос о патогенной роли местных урологических изменений. Как и следовало ожидать, после длительного периода уничтожения роли этих изменений должна была последовать естественная реакция, и она последовала. В октябрьском номере Журнала американской медицинской ассоциации за 1958 г. была опубликована статья Leader, в которой он подверг критическому пересмотру прочно державшийся на протяжении нескольких десятков лет взгляд о невинном характере хронических застойных явлений в простате и семенных пузырьках. По мнению Leader, хронический простато-везикулостаз более чем у 35% всех мужчин в возрасте 35 лет и старше порождает ряд патологических нарушений мочеиспускания, половой деятельности, статомоторики, а также широкий круг нервных расстройств. Вслед за этим последовал ряд публикаций, развивавших и варьировавших основной тезис Leader, что патологические изменения в простате и семенных пузырьках могут давать толчок широкому кругу расстройств, с которыми встречаются в повседневной практической работе представители самых разнообразных медицинских специальностей. Были

извлечены забытые работы начала 30-годов, и начался пересмотр установившихся взглядов.

Так, широкий резонанс получила прошедшая в свое время незамеченной ссылка Wesson (1926) на то, что патологоанатом, работавший у знаменитого уролога Н. Young, имевший доступ ко всему трупному материалу госпиталя J. Hopkins, после 3 лет тщетных усилий так и не смог изготовить демонстрационный экспонат нормальной простаты, и ему пришлось использовать для изготовления экспоната простату мальчика допубертатного возраста. Постулируемый приведенным фактом вывод о том, что каждый взрослый мужчина является носителем патологически измененной простаты, находит логическое завершение в монографии E. Leikind, H. Harlin (1961). На страницах этой монографии становятся в прямую связь с патологией простаты и семенных пузырьков, помимо дизурических и половых нарушений, целый ряд расстройств желудочно-кишечного тракта – от хронических запоров и геморроя до тяжелых клинических картин, в течение ряда лет трактовавшихся как язвенная болезнь; нарушения сердечно-сосудистой системы – от экстрасистол неясной этиологии до гипертонической болезни; хронические заболевания суставов, хронические состояния, дерматиты, синдром Меньера, синдромы пояснично-крестцовых болей, разного рода дистимии, вплоть до длительных не поддающихся медикаментозной терапии психических депрессий, и т. п. В отечественной литературе Д. Д. Федотов еще в 1941 г. отмечает депрессивные состояния при заболеваниях простаты, Я. Е. Янчук, Ю. И. Макаров (1955) и Г. А. Подлужный (1965) описывают симптоматический ишиорадикулит при простатитах, И. И. Ильин, А. А. Кобелев, Ю. Н. Ковалев, Д. Л. Корин и П. Ф. Тряпичников (1969) констатируют упорные простатогенные поражения суставов, глаз, половые расстройства.

Казалось бы, знакомая картина – очередное качание маятника, причем с заходом в крайности. Не совсем так. Развитие идет по спирали. Не исключая известной доли авторского увлечения, следует отметить ряд характерных черточек переживаемого «витка»:

1. Если прежние авторы ставили в причинную связь с местными урологическими изменениями практически все сексопатологические проявления, до перверсий включительно, то Leikind, Harlin и их сторонники ограничивают круг патологии болевыми синдромами и изменениями эякуляции и эрекции. Та же линия ограничения прослеживается при внимательном рассмотрении и в приведенном выше, кажущемся на первый взгляд очень широким списке общесоматических и общеневротических расстройств.

2. В противоположность эмпирическим концепция прежних авторов Leikind и Harlin умело используют современные анатомо-физиологические данные, главным образом о вегетативной иннервации, для обоснования выдвигаемых ими положений. Так, анализируя случаи, в которых обследуемые подвергались ненужным и бесполезным лапаротомиям и даже ламинэктомиям, удалению аппендикулярных отростков и желчных пузырей (при гистологической проверке оказывавшихся нормальными), авторы прослеживают пути, по которым распространялись болевые синдромы.

3. В противоположность прежним авторам, излюбленным терапевтическим приемом которых была такая болезненная и травматическая процедура, как прижигание задней уретры, современные урологи предлагают пальцевой массаж. «В лечении хронического простатита нет другого инструмента, который по эффективности мог бы сравниться с пальцем» (Н. В. Henkel, J. В. Henkel, 1955).

4. Победителей не судят, а современные сторонники концепции о скрытом (буквально молчаливом) простато-везикулизме (*silent prostato-vesiculism*) нередко добиваются излечения там, где не оказывают эффекта ни медикаментозные средства, ни диеты, ни даже нож хирурга. Так, Valverde (1949) описывает случай упорной плечевой невралгии, в процессе лечения которой больному были произведены тонзилэктомия и экстракция моляра; двухнедельный курс массажа простаты снял все болевые явления; стойкость излечения подтверждается трехгодичным катамнезом. Leikind и Harlin добиваются стойких лечебных результатов при всех видах патологии, указанных выше» [7, с. 114–116].

СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ ПОЛОВЫХ РАССТРОЙСТВ¹

«Способ осуществляется следующим образом. В качестве генератора импульсов используют серийный аппарат «Амплимпульс–4», электроды располагают на передней и задней поверхностях плюснепредплюсневой сочленения стопы левой ноги. При таком расположении электродов производится стимуляция сенсорных и двигательных зон коры, расположенных в области правой парацентральной дольки, тем самым повышая уровень ее функционирования. В силу того, что симметричные системы полушарий оказывают тормозное влияние друг на друга, происходит снижение уровня функционирования левой парацентральной дольки, которая имеет преимущественное значение в обеспечении нормального хода заключительной стадии копулятивного цикла. Тем самым удлиняется фрикционный период полового акта, уменьшается или полностью редуцируется неврологическая симптоматика, характерная для синдрома парацентральных долек (ИРЗ ахиллового рефлекса). До начала стимуляции производят изучение сенсорной возбудимости кожи плюснепредплюсневой сочленения стопы левой ноги. В процессе стимуляции между электродами укладывают марлевые прокладки, смоченные изотоническим раствором. Избирают напряжение тока в 4–6 раз ниже порога чувствительности (вследствие легкого возбуждения коры и подкорковых структур).

Уменьшение напряжения более чем в 6 раз ниже порога чувствительности, приводит к снижению ожидаемого эффекта вследствие непоступления импульса в область парацентральной дольки, а увеличение более чем в 4 раза – к появлению пороговых ощущений и,

¹ А. с. 1362483. СССР. Способ лечения половых расстройств / А. Н. Бушученко, А. П. Чуприков (СССР). – заявка №4035975; приоритет изобретения 11.03.86; зарегистрировано в Государственном реестре изобретений СССР 1.09.87.

соответственно, снижению уровня функционирования правой парацентральной дольки.

Частота 110–120 Гц обусловлена тем, что у больных в состоянии тревоги усваиваются более высокие частоты, а больные с синдромом парацентральных долек характеризуются высоким уровнем личностной и реактивной тревожности. Снижение или увеличение частоты приводит к уменьшению эффекта.

Стимуляцию производят в импульсном режиме при глубине модуляции 50 в течение 2–3 мин. Максимальный терапевтический эффект удлинения фрикционного периода отмечается через сутки.

В том случае, когда эффекта от первой стимуляции нет или он мал, возможно повторение процедуры, но уже справа. Между левой и правой стимуляцией разрыв может быть от суток до месяца. Но после правой процедуры, которая не обладает лечебным эффектом, а необходима лишь для «раскачки» и потенцирования левой процедуры, левую процедуру следует проводить через день. При условии чередования сторонности процедур общее их число не должно превышать семи. Курс лечения обязательно должен завершаться процедурой на левой стопе как терапевтически значимой.

Предлагаемый способ относится к числу вариантов латеральной терапии, при которой желательно исследование и учет латеральной антропоизометрии больного. Сюда входят известные общепринятые методы исследования рукости (по сенсibiliзирoванному опроснику), глазости (с помощью теста «дырочка в карте»), ухости (по предпочтению уха в моноауральных видах деятельности), ногости (по предпочтению ноги в футболе и т. д.) и т. д. В частности, данный вид латеральной терапии рассчитан прежде всего на праворуких, так как последствия латеральной терапии у леворуких труднопредсказуемы. Левоглазость, левоухость и другие левосторонние функциональные асимметрии, часто встречающиеся у лиц с половыми нарушениями, не являются противопоказанием для проведения латеральной процедуры,

Пример 1. Б. Ц., 35 лет. При обращении предъявлял жалобы на преждевременное семяизвержение с самого начала половой жизни, фрикционный период – 5–10 фрикций. Эрекция сохранена.

Обратился с просьбой выписать 10%-ную совкаиновую мазь. Последние два года довольно успешно проводил половые акты с использованием совкаиновой мази. В анамнезе энурез отрицает. Половая жизнь с 20 лет, длительность фрикционного периода с самого начала половой жизни – 5–10 фрикций. Женился в 23 года. Жена со второго года совместной жизни стала упрекать мужа за излишнюю краткость полового акта, сразу после его завершения становилась раздражительной и вспыльчивой. С первого года супружеской жизни наблюдается в городском кабинете сексопатологии. Использование 10%-ной совкаиновой мази на протяжении последних двух лет оказало положительное действие: длительность фрикционного периода – 60–70 фрикций, что вполне удовлетворяет жену во время полового акта. Урологически здоров. В неврологическом статусе – ИРЗ ахиллового рефлекса $D>S$. Сексологические характеристики: Кф = 4,0; кол-во фрикций – 5–10; сексуальная формула мужская (СФМ) – 323/332/311/0 = 21.

Антропоизомерические характеристики: латеральный фенотип – ПЛП (правша с левым ведущим глазом и правым предпочитаемым ухом), УПЛ = +32% (условный показатель латерализации); сенсibilизированный опросник для определения руки: +18 (выраженный праворукий).

В этом клиническом наблюдении выявляется типичный для этих случаев латеральный фенотип ПЛП (УПЛ = +32%), доминирующим является поражение эякуляторной составляющей (преждевременное семяизвержение с самого начала половой жизни). Однако в данном наблюдении полностью отсутствуют другие проявления синдрома парацентральных долек, в частности, такие как энурез.

Все это позволяет рассматривать приведенное наблюдение как довольно типичный случай сглаженности латерального фенотипа (СФАМ) – ПЛП.

Электростимуляцию проводили воздействующими импульсами напряжением в 4 раза ниже порога чувствительности с длительностью воздействия 2 мин при частоте 120 Гц. Электроды располагали на передней и задней поверхностях плюсне-предплюсневого сочленения стопы левой ноги. После первого сеанса электростимуляции

фрикционный период увеличился до 75 фрикций. Больной отметил улучшение настроения. Второй сеанс проводили на стопе правой ноги. Третий сеанс проводили через день на стопе левой ноги. Количество фрикций увеличилось до 125. На этом курс лечения закончен. Взаимоотношения с женой нормализовались. Начало и окончание сеансов стимуляции проводилось на терапевтически значимой стороне.

Пример 2. Б. П., 45 лет. Обратилась с жалобами на отсутствие оргазма в течение всей супружеской жизни. В беседе выяснилось, что длительность полового акта у мужа 5–6 фрикций. Мужу претензий никогда не предъявляла. Муж, больной П-в, 45 лет, был вызван на прием в областной кабинет сексопатологии. Жалоб на нарушение потенции не предъявлял. При сборе анамнеза энурез до 14 лет. Половая жизнь с 28 лет с частотой 1 раз в неделю, фрикционный период 5–10 фрикций. В браке двое детей. Отношения в семье хорошие. В урологическом статусе – простата уплощена, центральная бороздка сглажена. Анализ простатического сока: лейкоциты 3–8 в поле зрения, лецитиновые зерна – умеренное количество. В неврологическом статусе – ИРЗ ахиллового рефлекса $D > S$. Сексологические характеристики: $Kф = 2,75$; кол-во фрикций – 5–10; сексуальная формула мужская (СФМ) – $332/332/233/0 = 24$.

Антропоизомерические характеристики: латеральный фенотип – ПЛП (УПЛ = +20%), сенсibiliзирoванный опросник по определению рукости: +9 (слабовыраженная праворукость).

Данное наблюдение также является довольно типичным случаем сглаженности латерального фенотипа (УПЛ = +20%), при котором отмечается характерная клиническая симптоматика синдрома парацентральных долек.

Электростимуляцию проводили импульсами напряжением в 5 раз ниже порога чувствительности с длительностью воздействия 2,5 мин при частоте 110 Гц. Электроды располагали на передней и задней поверхностях плюснепредплюсневое сочленения стопы левой ноги. После первого сеанса электростимуляции фрикционный период увеличился до 115 фрикций. Больной отметил углубление сна, снижение раздражительности. Второй сеанс проводили на стопе

правой ноги, после чего отмечалось уменьшение количества фрикций. Третий сеанс проводили через один день на стопе левой ноги. Количество фрикций увеличилось до 125 и впервые появился оргазм у жены. На этом курс лечения закончен.

Предложенный способ позволяет удлинить фрикционный период полового акта без значительных материальных затрат во время амбулаторного приема,

Формула изобретения

Способ лечения половых расстройств у больных с синдромом парацентральных долек, который включает воздействие электрическим током, отличается тем, что с целью увеличения числа фрикций проводят определение порога сенсорной возбудимости кожи плюснепредплюсневое сочленения стопы левой ноги. Затем воздействие осуществляют модулированными импульсами с напряжением в 4–6 раз ниже порога чувствительности при частоте 110–120 Гц с длительностью воздействия 2–3 мин. При этом электроды располагают на передней и задней поверхностях плюснепредплюсневое сочленения левой стопы».

Приложение 7

Таблица

Сопоставление циркумцизии и микрохирургической денервации полового члена

<p>М. А. Голубев Клиника урологии МГМСУ (зав. – профессор Пушкарь Д. Ю.), г. Москва</p> <p>Циркумцизия</p>	<p>М. М. Сокольщик РЦРЧ (директор – проф. Акопян А. С.), г. Москва</p> <p>Микрохирургическая денервация полового члена</p>
<p>Операция проводится эмпирически. Положительный эффект наблюдается приблизительно у трети пациентов и связан, по-видимому, с повышением порога чувствительности головки вследствие рассечения уздечки и умеренных явлений кератоза слизистой головки у некоторых пациентов.</p>	<p>Проводится лидокаиновый тест, отражающий суть операции. При положительном результате (анестезия головки полового члена приводит к удлинению времени полового акта относительно его исходной продолжительности) операция показана. Операция эффективна в 100% случаев.</p>
<p>Производится обрезание полового члена по стандартной методике.</p>	<p>Околоренечным доступом проводится скелетирование полового члена. На расстоянии 2–3 см от края разреза выделяются основные нервные стволы (4–5) по дорсальной поверхности полового члена, иннервирующие головку. Затем нервы пересекаются. После этого с помощью микрохирургического инструментария нервы восстанавливаются путем наложения интрафасцикулярного шва проленовой нитью 10-0 конец в конец.</p>

Продолжение таблицы

Циркумцизия	Микрохирургическая денервация полового члена
<p>Методика не применима у обрезанных пациентов, а также у тех, кто желает сохранить крайнюю плоть.</p>	<p>В течение 2–3 мес после операции наблюдается полная анестезия головки полового члена, затем чувствительность частично восстанавливается, что зависит от темпа роста какого-либо из нервных стволов («мозаичная» чувствительность).</p>
<p>В тех случаях, когда чувствительность головки снижается, это происходит необратимо и не всегда бывает достаточным для проведения полового акта адекватной продолжительности.</p>	<p>Благодаря анестезии головки полового члена пациент получает возможность резко увеличить продолжительность полового акта и контролировать ее. Более того, постепенно формируется нормальный эякуляторный рефлекс и закрепляется установка на продолжительный половой акт.</p>
<p>Если сразу после операции не произошло снижение чувствительности головки и продолжительность полового акта не возросла, то в дальнейшем необходимо проведение медикаментозного лечения или психотерапии (секс-терапии).</p>	<p>Через 6–8 месяцев после операции чувствительность головки и кожи полового члена обычно полностью восстанавливается. Постепенно по мере восстановления чувствительности пациент привыкает к новым ощущениям, но у него уже сформировался нормальный эякуляторный рефлекс, и в дальнейшем он уже может контролировать продолжительность полового акта.</p>

СОДЕРЖАНИЕ

ПРЕДИСЛОВИЕ	4
Глава 1. Расстройства эякуляции: частота, дефиниции (определения), «философия» диагноза «преждевременная эякуляция»	8
Глава 2. Физиология эякуляции	53
Глава 3. Феномен женской эякуляции	64
Глава 4. Формирование расстройств эякуляции; физиологические состояния, заболевания и синдромы, сопровождающиеся этими расстройствами	97
4.1. Общие положения	97
4.2. Физиологические, психологические факторы и преждевременная эякуляция	100
4.3. Биологические факторы, обуславливающие преждевременную эякуляцию	110
4.3.1. Общие сведения	110
4.3.2. Гиперестезия головки и уздечки полового члена, увеличение дорсальных нервов пениса	111
4.3.3. Тазовые мышцы и мышцы, окружающие половой член	112
4.3.4. Хронический простатит	113
4.3.4.1. Общие сведения	113
4.3.4.2. Модели формирования сексуальных расстройств у больных хроническим простатитом	116
4.3.4.3. Диагноз и установка	134
4.3.4.4. Современные исследования, свидетельствующие о роли хронического простатита в генезе преждевременной эякуляции	136
4.3.5. Урогенитальные сексологические расстройства, осложнившиеся стойким нарушением механизмов нервной регуляции	139

4.3.6. Поражения спинного мозга	141
4.3.7. Нарушения на уровне гипоталамо- лимбико-ретикулярного комплекса	142
4.3.8. Синдром парацентральных долек	143
4.3.9. Гипертиреоз	147
4.3.10. Генетические факторы	148
4.4. Влияние преждевременной эякуляции на психоэмоциональное состояние мужчин, их партнерш, отношения между ними	151
4.5. Физиологические и психологические факторы, вызывающие анэякуляцию и ретардированную эякуляцию	154
4.6. Биогенная детерминация анэякуляции и ретардированной эякуляции	156
4.7. Влияние анэякуляции и ретардированной эякуляции на психоэмоциональное состояние мужчин, их партнерш, отношения между ними	158
4.8. Причины астенической, ретроградной и болезненной эякуляции	159
Глава 5. Лечение расстройств эякуляции	171
5.1. Рекомендации по увеличению продолжительности полового акта	171
5.2. Тренировка мышц промежности (упражнения Кегеля)	174
5.3. Контроль над эякуляцией в системе Дао	177
5.4. Когнитивные приемы	183
5.5. Гипносуггестивная терапия	185
5.6. Аутогенная тренировка	193
5.7. Поведенчески ориентированные методы терапии	200
5.7.1. Секс-терапия (сексуальная терапия; sex therapy)	200
5.7.2. Биологическая обратная связь (БОС)	206
5.8. Когнитивно-поведенческая терапия	208
5.9. Нейролингвистическое программирование	210

5.10. Техника десенсибилизации и переработки движениями глаз	215
5.11. Медикаментозная терапия преждевременной эякуляции	222
5.11.1. Седативные средства, транквилизаторы, новокаин, сернокислая магнезия, препараты спорыньи, средства, прерывающие передачу нервных импульсов в парасимпатических ганглиях, нейролептики	222
5.11.2. Антидепрессанты	228
5.11.3. Ингибиторы фосфодиэстеразы 5 типа и итракавернозные инъекции вазоактивных препаратов ...	246
5.11.4. Альфа- и бета-адреноблокаторы	254
5.11.5. Другие медикаментозные средства и пищевые добавки	257
5.11.6. Местные анестетики	259
5.11.7. Новокаиновые блокады	266
5.12. Хлорэтиловые блокады для устранения преждевременной эякуляции	267
5.13. Другие методы биологического нехирургического лечения преждевременной эякуляции	269
5.14. Хирургическое лечение преждевременной эякуляции	271
5.14.1. Циркумцизия (обрезание)	272
5.14.2. Селективная нейроэктомия дорсального нерва пениса	273
5.14.3. Микрохирургическая денервация полового члена	274
5.15. Медикаментозное лечение и другие методы биологической терапии пациентов с анэякуляцией, способы получения спермы при этой патологии	277
5.16. Медикаментозное лечение ретроградной эякуляции, способы получения спермы при данной патологии	282

ПРИЛОЖЕНИЯ	299
Приложение 1. Индекс преждевременной эякуляции	299
Приложение 2. Профиль преждевременной эякуляции	303
Приложение 3. Диагностический инструмент преждевременной эякуляции	304
Приложение 4. Международный индекс эректильной функции	306
Приложение 5. Эволюция взглядов на связь преждевременной эякуляции с заболеваниями урогенитальной сферы	310
Приложение 6. Способ лечения половых расстройств	314
Приложение 7. Сопоставление циркумцизии и микрохирургической денервации полового члена	319

CONTENTS

PREFACE	4
Chapter 1. Ejaculatory disorders: rate, definitions, «philosophy» of the diagnosis of «premature ejaculation»	8
Chapter 2. Physiology of ejaculation	53
Chapter 3. Phenomenon of female ejaculation	64
Chapter 4. Formation of ejaculatory disorders; physiological states, diseases and syndromes accompanied by these disorders	97
4.1. General provisions	97
4.2. Physiological, psychological factors and premature ejaculation	100
4.3. Biological factors which cause premature ejaculation	110
4.3.1. General information	110
4.3.2. Hyperesthesia of the balanus and frenulum of prepuce of penis, enlargement of dorsal nerves of penis	111
4.3.3. Pelvic muscles and those which surround the penis	112
4.3.4. Chronic prostatitis	113
4.3.4.1. General information	113
4.3.4.2. Models of formations of sexual disorders in patients with chronic prostatitis	116
4.3.4.3. Diagnosis and cognitive predisposition.....	134
4.3.4.4. Modern researches which demonstrate the part of chronic prostatitis in the genesis of premature ejaculation	136
4.3.5. Urogenital sexual disorders complicated by a stable disturbance in nervous regulatory mechanisms	139
4.3.6. Lesions of the spinal cord	141
4.3.7. Disorders on the level of the hypothalamic- limbic-reticular complex	142

4.3.8. Paracentral lobule syndrome	143
4.3.9. Hyperthyroidism	147
4.3.10. Genetic factors	148
4.4. Influence of premature ejaculation on the psychoemotional state of males, their female partners, relations between them	151
4.5. Physiological and psychological factors which cause anejaculation and retarded ejaculation	154
4.6. Biogenic determination of anejaculation and retarded ejaculation	156
4.7. Influence of anejaculation and retarded ejaculation on the psychoemotional state of males, their female partners, relations between them	158
4.8. Causes of asthenic, retrograde and painful ejaculation	159
Chapter 5. Treatment of ejaculatory disorders	171
5.1. Recommendations for coitus prolongation	171
5.2. Training of perineal muscles (Kegel exercises)	174
5.3. Control over ejaculation in the Dao system	177
5.4. Cognitive ways	183
5.5. Hypnosuggestive therapy	185
5.6. Autogenic training	193
5.7. Behaviour-oriented methods	200
5.7.1. Sex therapy	200
5.7.2. Biological feedback	206
5.8. Cognitive-behavioural therapy	208
5.9. Neurolinguistic programming	210
5.10. Eye movement, desensitization and reprocessing	215
5.11. Drug therapy of premature ejaculation	222
5.11.1. Sedatives, tranquillizers, novocain, magnesium sulphate, ergot preparations, drugs which interrupt transmission of nerve impulses in parasympathetic ganglia, neuroleptics	222

5.11.2. Antidepressants	228
5.11.3. Phosphodiesterase type 5 inhibitors and intracavernous injections of vasoactive drugs	246
5.11.4. Alpha- and beta-blockers	254
5.11.5. Other medicinal agents and food additives	257
5.11.6. Local anaesthetics	259
5.11.7. Novocain blocks	266
5.12. Chloroethane blocks for eliminating premature ejaculation	267
5.13. Other techniques of biological nonsurgical treatment of premature ejaculation	269
5.14. Surgical treatment of premature ejaculation	271
5.14.1. Circumcision	272
5.14.2. Selective neurectomy of the dorsal nerve of penis	273
5.14.3. Microsurgical denervation of the penis	274
5.15. Drug treatment and other methods of biological therapy for patients with anejaculation, ways for sperm getting in this pathology	277
5.16. Drug treatment of retrograde ejaculation, ways for sperm getting in this pathology	282
APPENDICES	299
Appendix 1. Index of Premature Ejaculation	299
Appendix 2. Premature Ejaculation Profile	303
Appendix 3. Premature Ejaculation Diagnostic Tool	304
Appendix 4. International Index of Erectile Function	306
Appendix 5. Evolution of views on the relation between premature ejaculation and diseases in the urogenital system	310
Appendix 6. A way for treating sex disorders	314
Appendix 7. Comparison of circumcision and microsurgical denervation of the penis	319

Наукове видання

Кочарян Гарнік Суренович

РОЗЛАДИ ЕЯКУЛЯЦІЇ ТА ЇХ ЛІКУВАННЯ

Російською мовою

У книзі, яка написана доктором медичних наук, професором, академіком Російської академії природознавства, професором кафедри сексології та медичної психології Харківської медичної академії післядипломної освіти МОЗ України КОЧАРЯНОМ Гарніком Суреновичем, глибоко і всесторонньо характеризується проблема розладів еякуляції. Наведено понятійний апарат цих порушень, різні визначення (дефініції) передчасної еякуляції та її епідеміологія, обговорена «філософія» даного діагнозу з урахуванням його біологічного та соціального критеріїв, розглянуті питання фізіології еякуляції, охарактеризовані психогенні й соматогенні причини, а також механізми еякуляторних порушень при різних фізіологічних станах, захворюваннях і синдромах, виділені та охарактеризовані моделі формування сексуальних розладів при хронічному простатиті, представлено феномен жіночої еякуляції, приведені різні рекомендації, методи і техніки по усуненню розладів еякуляції у чоловіків (психотерапія, фармакотерапія, фізіотерапія, хірургічне лікування і т. д.). Це перша і на сьогоднішній день єдина професійно орієнтована книга з даної проблеми щонайменше на пострадянському просторі.

Для лікарів, психологів, фізіологів; викладачів і студентів вищих учбових закладів і курсів, де проводиться підготовка названих фахівців; освічених людей, що цікавляться питаннями сучасної сексології.

Підписано до друку 27.02.12. Формат 60x84 1/16.
Папір офсетний. Гарнітура Arial. Друк різнографічний.
Ум. друк. арк. 20,5. Наклад 1000 прим. Заказ №0227.

Видавництво ФОП Віровець А. П. Видавнича група «Апостроф».
Свідоцтво про державну реєстрацію ДК № 3922 від 19.11.2010 р.

Надруковано з готових оригінал-макетів у друкарні ФОП Петров В. В.
Єдиний державний реєстр юридичних осіб та фізичних осіб-підприємців.

Запис №24800000000106167 від 08.01.2009 р.

61144, м. Харків, вул. Гв. Широнінців, 79 в, к. 137, тел. (057) 778-60-34.

E-mail:bookfabrik@rambler.ru