

# Симптоматические сексуальные дисфункции в практике врача-уролога

## Symptomatic sexual dysfunctions in urological practice

V.A. Kholodny

In this article a classification of the urological diseases, which could cause sexual dysfunctions, based on the principle of the copulative cycle constituents' disturbances (according to Vasilchenko G.S.) adopted in the Russian sexology, could be seen for the first time. The mechanisms of development are systemized for symptomatic sexual disturbances. Specific mechanisms are being realized via the disturbances, generated by pathogenetic factors of the disease at the neurohumoral, erectile and ejaculatory parts of the copulative cycle. Unspecific mechanisms are formation of the pathological dominant, development of the somatogenic psychogenic disorders (asthenic syndrome, depression, hypochondriac and phobic anxiety disorders), sexual behavior deactualization and detraining. The complexity of the diagnostics of the sexual dysfunctions is in their polyetiological features. The verification of the organic pathology could not be always linked to the causation of the disease and be treated as single and main cause of it. The therapeutic impact on the organic pathology is an important backbone etiotropic component of the treatment, but it is not always the case, that sexual dysfunction will be eliminated. Operative treatment, which stays without wishful result, leads to the decrease in the sexual satisfaction as a consequence of the stigmatization (scars, anatomical alterations, subjective appearance of the body and postoperative pain) and psychological trauma. The full-fledged care consists of the combination of diagnostic modalities and specific sexological treatment approaches. Among the latter central place takes the variant of the body-oriented psychotherapy – sex-therapy, which according to the tasks could be divided between the analytical, training, correctional, supportive, reactivative and adaptive-compensatory.

В.А. Холодный

Центральный клинический санаторий им. Дзержинского, г. Сочи

**К** сексуальным дисфункциям относятся расстройства основных проявлений сексуальности (сексуального влечения, сексуального возбуждения, оргазма) и сексуальные болевые расстройства. Симптоматическими называются сексуальные дисфункции, обусловленные органическими нарушениями или болезнями (соматическими или психическими) [1, 2, 3].

В большинстве источников информации рассматриваются или отдельные сексуальные дисфункции (эректильная дисфункция, преждевременная эякуляция) [3-10], или дисфункции при определенных урологических заболеваниях [11-16]. Отсутствие системного изложения проблемы и использования междисциплинарного подхода, утвердившегося в отечественной сексологии, не позволяет сформировать целостное представление о механизмах развития дисфункций, разделить специфические механизмы, включающиеся при определенных заболеваниях, и неспецифические, по которым дисфункции могут развиваться вне зависимости от нозологии. Нерешенность проблемы создает хаос в выработке тактики лечения, снижает его эффективность, а иногда ведет к необратимым последствиям.

Так, оперативное лечение патологического венозного дренажа кавернозных тел является экспериментальным методом, не рекомендованным к широкому применению в России. Отдаленные результаты его эффективности составляют 20-50% [10]. Эндо-фаллопротезирование – однонаправленный необратимый метод в лечении эректильной дисфункции. В случае оперативных дефектов, гнойных осложнений или формально установленных показаний к операции данный метод лечения в дальнейшем исключает возникновение эрекции.

В предлагаемой работе на основе междисциплинарного подхода в сексоло-

гии классифицированы заболевания, вызывающие сексуальные дисфункции в урологической практике, раскрыты механизмы развития и подходы к лечению. Описанные специфические сексологические методы расширяют терапевтический диапазон знаний.

## КЛАССИФИКАЦИЯ СЕКСУАЛЬНЫХ ДИСФУНКЦИЙ

Нами используется следующая классификация сексуальных дисфункций, подробно описанная ранее [17].

I. Типология (феноменология) дисфункций. Характеризует *проявление* расстройства.

1. Расстройства полового влечения.

1.1. Количественные: повышенные полового влечения, снижение сексуального влечения, утрата сексуального влечения.

1.2. Качественные – отвращение к половым сношениям (сексуальная аверсия) – перспектива сексуального сношения вызывает такой страх или тревогу, что заставляет избегать полового акта.

2. Расстройство сексуального возбуждения – эректильная дисфункция.

3. Расстройства оргазма: преждевременная эякуляция, брадиоргазмия (ранее это расстройство называлось затрудненная эякуляция, *ejaculatio tarda*), гипооргазмия, аноргазмия, уринарный оргазм.

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

Посткоитальная гениталгия – боль в половых органах после завершения коитуса – не относится к сексуальным дисфункциям, но имеет этиопатогенетическое сходство с диспареунией.

II. Динамика дисфункции по отношению к началу половой жизни.

1. Первичные расстройства – возникшие с начала половой жизни.

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

III. Селективность дисфункции.

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

2. Генерализованные – возникающие всегда. Ситуационные дисфункции зачастую имеют неорганический генез.

IV. Этиопатогенетический вариант: мнимые, истинные, симптоматические сексуальные дисфункции, сексуальные дисгармонии.

Возможно сочетание нескольких типов и этиопатогенетических вариантов дисфункций. В этом случае при сборе сексуального анамнеза необходимо выяснить динамику их развития, а после полного обследования рассмотреть причинно-следственные отношения между ними: выделить основное, фоновое, конкурирующее заболевания, осложнение основного заболевания.

Пример постановки диагноза больному 65 лет. *Основной.* Хронический баланопостит, вторичная генерализованная диспареуния. Вторичная генерализованная эректильная дисфункция смешанного генеза: атеросклероз пенильных артерий с гемодинамически значимым стенозированием кавернозных артерий, психогенное торможение эрекции вследствие органической диспареунии. *Сопутствующий.* Состояние после трансуретральной резекции предстательной железы по поводу ДГПЖ в 2005 г. Ретроградная эякуляция. Вторичная генерализованная гипооргазмия.

В данном случае выделены 2 основные симптоматические дисфункции, причем эректильная дисфункция имеет смешанный генез. Поэтому для ясности типология дисфункции указана перед этиопатогенетическим вариантом. В случае очевидности генерализованности и вторичности расстройства, эти формулировки в диагнозе можно опускать.

**ПАТОГЕНЕЗ СИМПТОМАТИЧЕСКИХ СЕКСУАЛЬНЫХ ДИСФУНКЦИЙ**

Нами используется принцип разделения механизмов развития симптоматических сексуальных дисфункций на специфические и неспецифические, описанный Екимовым М. В. [3].

**I. Специфические механизмы** реализуются через нарушение одной из составляющих копулятивного цикла: нейрогуморальной, психической, эрекции, эякуляторной, вследствие патогенетических факторов определенной болезни.

К этой группе относятся дисфунк-

ции вследствие воздействия медикаментов (фармакогенные дисфункции) (табл. 1) [5, 10, 18, 19] и бытовых интоксикаций алкоголем, наркотиками, табакокурением [10, 19, 20]. Перечисленные вещества нарушают различные составляющие копулятивного цикла.

В основу нашей классификации за-

**Таблица 1. Лекарственные препараты, вызывающие сексуальные дисфункции**

H2-блокаторы
β-адреноблокаторы
Антиандрогены
Антидепрессанты
Глюкокортикоиды
Ингибиторы 5α-редуктазы
Нейролептики
Противоэпилептические средства
Сердечные гликозиды
Симпатолитики
Статины
Транквилизаторы
Фибраты
Аллопуринол
Баклофен
Верапамил
Гипотиазид
Гуанетидин
Индапамид
Индометацин
Интерферон альфа
Кетоконазол
Клофелин
Леводопа
Метилдопа
Метоклопрамид
Метотрексат
Спиронолактон
Теофиллин
Фентоламин
Флуконазол
Холинолитики
Циклофосфамид

болеваний и патологических состояний, нарушающих сексуальность в урологической практике, положен принцип расстройства составляющих копулятивного цикла, введенный в 1977 г. Г. С. Васильченко [20] и принятый в отечественной сексологии (табл. 2).

При поражении нейрогуморальной составляющей дисфункции возникают из трех типологических групп (раздел I классификации): расстройства сексуального влечения, эрекции, оргазма. Дисфункции после двусторонней утраты яичек развиваются только в случае, если это про-

изошло, как минимум, после начала пубертатного периода. В противном случае при отсутствии заместительной гормональной терапии в период пубертата половое влечение у мужчины не формируется, для него непонятны эротические и сексуальные переживания, отсутствует оргазм, возникающие эрекции не сопровождаются эротически окрашенными переживаниями и ощущениями [20]. На эндокринных нарушениях, не указанных в табл. 2, мы не останавливаемся, так как они подробно описаны в эндокринологии, и их ведением занимаются эндокринологи.

Психическая составляющая копулятивного цикла по специфическим механизмам при урологических заболеваниях не поражается. Однако любое заболевание может привести к нарушению этой составляющей по неспецифическим механизмам, которые будут описаны ниже.

Поражение эрекции проявляется эректильной дисфункцией. Для полноты описания нельзя не упомянуть о таком специфическом нарушении данной составляющей, как приапизм. По существующим критериям приапизм не относится к сексуальным дисфункциям, так как это острое урологическое заболевание, вызываемое рядом медикаментов, заболеваний или травм. Однако при несвоевременном оказании помощи в последующем формируется склероз кавернозных тел, проявляющийся эректильной дисфункцией [9].

Нарушение эякуляторной составляющей проявляется гипо-, бради-, аноргазмией. Ретроградная эякуляция не является самостоятельной сексуальной дисфункцией, а проявляется через гипооргазмию. Среди причин нарушений оргазма – полинейропатия, возникающая вследствие сахарного диабета [21], алкоголизма, табакокурения и иных интоксикаций [10]. Как видно из таблицы 2, гипооргазмию вызывают лишь приобретенные нарушения выведения эякулята, так как при врожденных – у человека отсутствует опыт переживания полноценного оргазма для сравнения.


В литературе часто необоснованно смешиваются такие понятия, как анэякуляция и аноргазмия. Как нами уже было отмечено, эякуляция – компонент оргазма. Аноргазмия – сексуальная дисфункция, анэякуляция – симптом. Аноргазмия обязательно проявляется анэякуляцией. Анэякуляция при сохраненном оргазме («сухой» оргазм) – результат аспермии или ретроградной эякуляции, 

Таблица 2. Классификация заболеваний, вызывающих сексуальные дисфункции по специфическим механизмам

Составляющая копулятивного цикла	Анатомо-физиологический субстрат	Функция	Заболевания и патологические состояния, вызывающие нарушения	Тип сексуальной дисфункции
<b>Нейро-гуморальная</b>	Эндокринные железы. Гипоталамус. Лимбическая система. Ретикулярная формация. Аминоспецифические системы мозга (продуцирующие норадреналин, серотонин, дофамин).	Энергетический компонент либидо: • потенциальная готовность к половому акту; • возбудимость всех структур нервной системы, регулирующих сексуальные проявления.	Гипогонадизм, в том числе • возрастной андрогенный дефицит, • состояние после орхэктомии или травматической ампутации яичка. Гиперпролактинемия.	Снижение (утрата) полового влечения Эректильная дисфункция Брадиоргазмия Гипооргазмия Аноргазмия
<b>Психическая</b>	Кора больших полушарий мозга	Направленность и формы реализации либидо. Превращение элементарных раздражителей в специфические эротические стимулы.	Может нарушаться при любом заболевании по неспецифическим механизмам	Все сексуальные дисфункции
<b>Эрекционная</b>	Половой член. Спинномозговые центры эрекции. Проводящие нервные пути между спинномозговыми центрами эрекции и половым членом.	Обеспечение эрекции	Диабетическая макроангиопатия. Атеросклероз пенильных сосудов. Патологический венозный дренаж кавернозных тел. Пенильный ангиоспазм. Склероз кавернозных тел. Состояние после радикальной простатэктомии, цистэктомии. Состояние после травмы полового члена.	Эректильная дисфункция
<b>Эякуляторная</b>	Железы, вырабатывающие эякулят. Семявыносящие пути. Уретра. Проводящие нервные пути между железами, вырабатывающими эякулят, и парацентральными дольками больших полушарий мозга.	Секреция и выведение эякулята	Полинейропатия с нарушениями чувствительности	Аноргазмия
			Полинейропатия с нарушениями чувствительности. Состояние после парааортальной лимфаденэктомии.	Брадиоргазмия
			Хронический колликулит	Гипооргазмия
			Состояния после ретроперитонеальной лимфаденэктомии. Стриктура уретры. Полинейропатия с вегетативными нарушениями.	Гипооргазмия вследствие астенической эякуляции
			Склероз предстательной железы	Гипооргазмия вследствие олигоспермии
			Состояния после трансуретральной резекции предстательной железы, аденомэктомии, резекции шейки мочевого пузыря, ретроперитонеальной лимфаденэктомии. Стриктура уретры. Склероз шейки мочевого пузыря. Полинейропатия с вегетативными нарушениями.	Гипооргазмия вследствие ретроградной или частично ретроградной эякуляции
Состояния после радикальной простатэктомии, цистэктомии. Полная двусторонняя обструкция эякуляторных протоков.	Гипооргазмия вследствие аспермии			

может вызывать гипооргазмию. Отсутствие переживания оргазма при сохраненной эякуляции определяется не как анооргазмия, а как сексуальная ангедония, являющаяся исключительно психическим расстройством.

Отдельного упоминания заслуживает возникающий после радикальной простатэктомии уринарный («мокрый») оргазм – расстройство, при котором во время оргазма выделяется моча. Патогенез заключается в том, что функциональная система овладевает навыком получения оргазма в условиях редукции периферического (сегментарного) компонента с анэякуляцией. Возникают новые пробные реакции, часть из которых закрепляется, другие – отбрасываются. Отсутствие эякулята иногда компенсируется уриной. Предложение определять данное расстройство не как нарушение оргазма, а как *недержание мочи, ассоциированное с оргазмом* [22], требует дальнейшего изучения его патогенеза и клинических вариантов.

Преждевременная эякуляция при урологических заболеваниях возникает по неспецифическим механизмам [11, 13-15, 23], которые будут описаны ниже. Возможность развития этой дисфункции при урологических заболеваниях по специфическим механизмам (часто указывается на поражение семенного бугорка [11-13, 15, 24]) не имеет убедительного теоретического обоснования. Семенной бугорок – одна из периферических зон, *формирующая ощущение* (!) и интегрирующая отдельные компоненты оргазма. Однако запуск оргазма в норме происходит не от семенного бугорка, а в результате воздействия на эрогенные зоны полового члена и эрогенных стимулов от других сенсорных систем [20, 25]. По специфическим механизмам это расстройство возникает при синдроме парацентральных долек, поражениях спинного мозга [20], энцефалопатии [26]. По нашему опыту в большинстве случаев преждевременная эякуляция у урологических больных является проявлением недиагностированных на предыдущих этапах оказания помощи мнимых сексуальных расстройств, дисгармоний, сексуальных дизонтогенеза и психотравм.

В графе таблицы «Тип сексуальной дисфункции» указаны лишь первоначально развивающиеся сексуальные расстройства сексуальности. При отсутствии своевременной помощи симптоматическая дисфункция психологически

травмирует индивида, вовлекаются другие составляющие копулятивного цикла. Одна из причин – высокая социальная и эмоциональная значимость сексуальных отношений [3]. Возникают новые дисфункции, органические (конгестивный простатит, склероз кавернозных тел) и психосоматические (артериальная гипертония, язвенная болезнь, аритмии, синдром функциональной желудочной диспепсии, синдром раздраженного кишечника) заболевания. Типичный пример – расстройства оргазма, встречающиеся изолированно в 31 %, а в сочетании с эректильной дисфункцией – в 50 % от всех нарушений оргазма [20]. Сочетание преждевременной эякуляции с эректильной дисфункцией достигает 25-30% всех сексуальных дисфункций [27]. Болезненная эякуляция может привести через поражение психической составляющей к эректильной дисфункции, утрате полового влечения и даже к сексуальной аверсии.

**II. Неспецифические механизмы** – универсальные патологические процессы и психо-патологические расстройства, возникающие при развитии болезни, сочетающие защитно-приспособительные и патологические реакции. Защитное значение сексуальных дисфункций заключается в том, что ограничение сексуальности консолидирует резервы организма на борьбу с болезнью и ограничивает передачу генов больной особи потомству. Выделяются четыре неспецифических механизма. При первых трех – поражается психическая составляющая копулятивного цикла.

**1. Формирование патологической доминанты** вследствие болевого и дизурического синдромов. Подкрепление доминанты происходит, если сексуальная активность провоцирует усиление субъективных проявлений. Сексуальность подавляется через условно-рефлекторный (подавление эрекции и эякуляции) [15] и поведенческий (избегание половой жизни) механизмы.

К диспареуниям и близкой к ним по этиопатогенезу посткоитальной гиниталгии приводят как органические заболевания (воспалительные болезни мужских половых органов, мочевого пузыря, уретры, деферентит, колликулит, фимоз, фибропластическая индукция полового члена, короткая уздечка, травмы полового члена, неполная обструкция эякуляторного протока), так и неорганических (нарушение техники полового акта, пси-

хотравмы, глубинные неосознаваемые психологические конфликты, другие неспецифические механизмы).

**2. Формирование соматогенных психических расстройств.** Эти расстройства возникают вследствие: 1) действия органических факторов заболевания (боли, дизурии, синдрома интоксикации, почечной недостаточности и др.); 2) психогенных переживаний по поводу факта заболевания и опасений за его исход. Психические расстройства вследствие действия органических факторов трудно отделить от психогенных переживаний по поводу заболевания.

При урологических заболеваниях доля органического компонента в возникновении соматогенных психических расстройств по сравнению с неврологическими соматическими заболеваниями невелика. Однако специфическая локализация патологического процесса и субъективных проявлений урологических заболеваний [11], социальные и научные предрассудки, информационные ятрогении, коммерциализация медицины, агрессивная реклама потенцируют психогенные переживания и направляют острие соматогенных психических расстройств на сексуальность. Особенно уязвимы пациенты с неблагоприятным преморбидным фоном, который включает:

- отягощенный сексологический анамнез: гипогонадизм, слабая половая конституция, половое воспитание, искажающее сексуальное развитие, негативный сексуальный опыт;
- личностные особенности: акцентуации характера;
- психопатологическая отягощенность (до 78% больных хроническим простатитом [2, 11]);
- черепно-мозговая травма в анамнезе;
- функциональное состояние организма: пубертатный период, утомление, недостаток сна, психологическое напряжение несексуального характера, гиповитаминоз, тяжелые соматические заболевания, интоксикации, алкоголизм, наркомании.

Остановимся на наиболее распространенных соматогенных психических расстройствах.

**Астенический синдром.** В его проявления укладываются свыше 60% жалоб в медицине. Обязательными признаками являются: 1) повышенная утомляемость со снижением психической и физической

выносливости; 2) психическая гиперестезия или в тяжелых случаях – гипестезия; 3) вегетативные расстройства: учащенное мочеиспускание, желудочная и кишечная диспепсия, колебания артериального давления, вплоть до обмороков, сердцебиение, потливость, «приливы» жара к верхней половине тела, головокружение, мышечная слабость. Всегда нарушается сон. Настроение лабильно, снижено со склонностью к тоске. Сексуальные нарушения зависят от стадии (формы) синдрома. При гиперстенической форме – повышенное половое влечение и преждевременная эякуляция. При гипостенической форме – снижение или утрата сексуального влечения. Астенический синдром может входить в структуру депрессии [28].

**Депрессия.** Основными диагностическими критериями депрессии, описанными в рубрике F32 Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем 10 пересмотра, являются сохраняющиеся на протяжении не менее двух последних недель патологически сниженное настроение, не зависящее от внешних обстоятельств, утрата способности испытывать удовольствие (ангедония), выраженное уменьшение общего энергетического потенциала организма со снижением психической и физической выносливости. Для диагностики депрессии достаточно наличие двух из перечисленных основных симптомов и двух дополнительных: снижение внимания, снижение самооценки и уверенности в себе, идеи виновности, мрачное, пессимистическое видение будущего, суицидальные мысли или действия, нарушения сна, нарушения аппетита. Снижение или утрата сексуального влечения – характерные проявления депрессии.

**Ипохондрическое расстройство** – необоснованное, чрезмерное беспокойство о собственном здоровье, убежденность в несуществующем заболевании, фиксация внимания на физических ощущениях. Включает триаду: 1) неприятные, болезненные ощущения и расстройства; 2) нарушения продуктивности мышления; 3) эмоциональные нарушения: сниженное настроение, тревога. Нарушения мышления проявляются в форме *патологических*, т. е. лишенных реального основания и не соответствующей тяжести заболевания, *сомнений*, или *сверхценных* идей. При последнем варианте пациенты прилагают невероятные

усилия для «выздоровления», настаивают на разнообразных обследованиях, нередко хорошо осведомлены о проявлениях, методах диагностики и лечения своих недугов, вырабатывают собственные системы оздоровления, отстаивают свою правоту, не принимают иную, отличную от собственной, интерпретацию своего состояния, зачастую обращаются с жалобами на врачей, «плохо» их лечащих. «Ипохондрическая готовность» с фиксацией на малейших ощущениях в половых органах – распространенная преморбидная особенность личности пациентов хроническим простатитом [11].

**Фобическое тревожное расстройство.** К сексуальным дисфункциям ведут **эротофобия** и **коитофобия**. Наиболее распространенные *фабулы* этих страхов: 1) страх нарушения сексуальности вследствие органической патологии: любое физиологическое изменение сексуальности интерпретируется, как последствие хронического простатита; 2) страх ухудшения течения органической патологии (появления боли, усиления дизурических нарушений) вследствие половой жизни: так бывает при наличии в анамнезе болезненной эякуляции или посткоитальной гениталгии. Сексуальные дисфункции при фобическом синдроме формируются посредством следующих *механизмов*: 1) через избегающее секса поведение: отсутствие конфронтации с источником страха, то есть сексуальной активностью, закрепляет расстройство; 2) через формирование *синдрома тревожного ожидания* неудачи, при котором вегетативные реакции и ранее автоматизированные (неосознаваемые) нормальные сексуальные явления и поведение попадают под избыточный контроль сознания. Появляются неуверенность, тревога, сверхценные идеи о возможной неудаче, человек начинает следить за собой, прилагать усилия, стараться, что дезорганизует налаженную работу функциональной системы, обеспечивающей сексуальность. Однажды возникшие срыв, неудача, обычно сопровождающиеся растерянностью, чувством стыда, закрепляют расстройство [29]. Затем присоединяется первый механизм – избегающее поведение.

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

интоксикационных воздействий, онкологических заболеваний.

**3. Синдром дезактуализации сексуального поведения.** Так как половая функция не является витальной, то любое тяжелое заболевание ведет к утрате сексуальных интересов. Среди причин следует указать: 1) необходимость обследования с подозрением на неизвестное заболевание; 2) подготовка к операции; 3) инвалидизирующие или опасные для здоровья заболевания: орхэктомия, эпицистостомия, онкологическое заболевание [16, 30-34]. Каждая из причин придает синдрому специфику патогенеза и проявлений. Так, потеря зрения приводит к утрате важного визуального канала сексуального возбуждения. При подозрении или обнаружении онкологического заболевания сознание человека занято этим недугом, обследованием, лечением, предстоящей операцией, перспективами дальнейшей жизни, что может стать более важным для него, чем половая жизнь.

**4. Синдром детренированности** – нарушение сексуальной функции после перерыва в половой жизни вследствие тяжести заболевания, стационарного лечения или запретов врача. Отсутствие функции ведет к реактивной перестройке систем регуляции организма. В пожилом возрасте на фоне других соматических заболеваний, нарушающих сексуальность, половое влечение может исчезнуть.

Установление механизма развития симптоматических сексуальных дисфункций позволяет выбрать патогенетически обоснованную тактику ведения.

## ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С УРОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ, ОСЛОЖНЕННЫХ СЕКСУАЛЬНЫМИ ДИСФУНКЦИЯМИ

Сложность диагностики сексуальных дисфункций в их полиэтиологичности. Верификация органической патологии не всегда позволяет считать ее единственной или основной причиной дисфункции. Для установления диагноза необходимо помимо методов диагностики органических заболеваний (пальпация половых органов, лабораторные, инструментальные исследования) применение специфических сексологических методов обследования, среди кото-

рых клинико-сексологический метод является основным [2, 3, 20]. Так, сбор сексуального анамнеза позволяет сопоставить время возникновения проявлений органического заболевания и сексуальной дисфункции. Метод предписывает врачу не останавливаться на первом, даже очевидном, выраженном проявлении сексуальной дисфункции, а выявлять все нарушения с начала половой жизни, их причины, сколь бы мало-значительными они не казались на первом этапе.

При развитии депрессии, ипохондрического расстройства, синдромов дезактуализации сексуального поведения и детренированности необходимо критически относиться к данным сексологических и других стандартных опросников самооценки. Однако иногда использование этих методов необходимо для оценки результатов оперативного лечения. Если имеются синдромы дезактуализации сексуального поведения или детренированности, то врач может предложить пациенту заполнить соответствующий опросник в хронологической модификации. Так, в случае развития синдрома дезактуализации сексуального поведения у пациента, которому предстоит радикальная простатэктомия по поводу рака предстательной железы, при заполнении опросника международного индекса эректильной функции (МИЭФ) половая жизнь оценивается не за последние 4 недели, а за 4 недели, предшествовавшие получению информации о подозрении на рак предстательной железы [16, 22, 35].

Лечение сексуальных дисфункций должно быть этиологическим, патогенетическим, симптоматическим.

Воздействие на органическую составляющую заболевания – системообразующий этиотропный компонент лечения симптоматических сексуальных дисфункций. Это достигается не только устранением патоморфологических причин: фимоза, короткой уздечки, искривления полового члена. Купирование субъективных проявлений заболевания (боли, дизурии, интоксикации) приводит к ликвидации сенсорного психотравмирующего компонента. Необходимо стремиться остановить прогрессирование заболевания. Так, при атеросклерозе показаны коррекция образа жизни, диета, медикаментозное устранение дислипидемии, профилактика тромбэмболических осложнений. Если причина симптома-

тической сексуальной дисфункции – неврологическое заболевание (сахарный диабет, дисциркуляторная энцефалопатия, атеросклероз), то для лечения основного заболевания привлекается соответствующий специалист. Осознание пациентом положительных результатов лечения и контроля над состоянием через влияние на сферу ratios просветляет внутреннюю картину болезни, устраняет негативный эмоциональный фон.

Для патогенетической терапии больных с соматогенными психическими расстройствами может быть полезна помощь психотерапевта.

К лекарственным средствам симптоматического действия с доказанной эффективностью относятся ингибиторы фосфодиэтилэстеразы 5 типа, альпростадил, антидепрессанты, ингибирующие обратный захват серотонина, местные анестетики, ненаркотические анальгетики [8]. Симптоматическим действием обладают применение вакуумно-констрикторных устройств, эректоров, имплантация протезов полового члена.

Хотелось бы обратить внимание на то, что оперативные методы лечения сексуальных дисфункций, не принеся желаемого результата, даже если физиологически сексуальность осталась на прежнем уровне, субъективно снижают сексуальную удовлетворенность за счет стигматизации (рубцы, изменения анатомии, субъективного образа тела, нежелание выглядеть в глазах полового партнера в статусе прооперированного, послеоперационная боль) и психотравмы.

Лечение органической патологии автоматически не устраняет сексуальную дисфункцию. Среди специфических сексологических методов лечения центральное место занимает вариант телесно-ориентированной психотерапии – секс-терапия [2, 3, 4, 8, 10, 20, 26, 29, 36-38]. В соответствии с задачами последняя подразделяется нами на аналитическую, обучающую, корригирующую, поддерживающую, реактивирующую, адаптационно-компенсаторную. Так, после устранения фимоза может понадобиться корригирующая секс-терапия, направленная на выработку нового телесного стереотипа достижения оргазма. При синдроме детренированности с утратой сексуального влечения необходима реактивирующая терапия функциональной системы, обеспечивающей сексуальность. Данный вид воздействия является неотъемлемым элементом реабилитации

после оперативного лечения сексуальных дисфункций, так как операция восстанавливает анатомо-физиологические соотношения, но автоматически не восстанавливает психический и телесный стереотипы сексуальности. При формировании патологической доминанты страха, боли проводится аналитическая и корригирующая терапия. Последняя имеет десенсибилизирующую и отвлекающую направленность. При таких неустраняемых нарушениях, как гипооргазмия вследствие ретроградной эякуляции или олигоспермии, – адаптационное лечение, включающее усиление сексуальной стимуляции в паре, изменение техники полового акта, развитие красочности сексуальных переживаний. При неустраняемых нарушениях, приводящих к выпадению отдельных феноменов сексуальности (орхэктомия или медикаментозная андрогенная блокада при раке предстательной железы) показаны экзистенциальная психотерапия и компенсаторно-заместительная секс-терапия, заключающаяся в использовании видеопродукции, фалло-имитаторов, петтинга, других некоитальных форм половой жизни.

Если уролог не владеет специфическими сексологическими методами диагностики и лечения, то наряду с лечением урологической патологии необходимо направить пациента к сексологу.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Специфические механизмы развития симптоматических сексуальных дисфункций при урологических заболеваниях реализуются через нарушение нейрогуморальной, эрекциионной и эякуляторной составляющих копулятивного цикла. Неспецифическими механизмами является формирование патологической доминанты, развитие соматогенных психических расстройств, синдрома дезактуализации сексуального поведения и синдрома детренированности. Сложность диагностики сексуальных дисфункций в их полиэтиологичности. Верификация органической патологии не всегда позволяет считать ее единственной или основной причиной дисфункции. Для оказания помощи больным с симптоматическими сексуальными дисфункциями в урологической практике необходимо сочетание методов диагностики и лечения органической патологии, клинико-сексологического метода обследования и специфических сексологических методов лечения. ■

**Резюме:**

В статье впервые приведена классификация урологических заболеваний, вызывающих сексуальные дисфункции, на основе принятого в российской сексологии принципа нарушения составляющих копулятивного цикла по Г.С. Васильченко. Систематизированы механизмы развития симптоматических сексуальных дисфункций. Специфические механизмы реализуются через нарушение патогенетическими факторами болезни нейрогуморальной, эрекционной, эякуляторной составляющих копулятивного цикла. Неспецифическими механизмами являются формирование патологической доминанты, развитие соматогенных психических расстройств (астенического синдрома, депрессии, ипохондрического и фобического тревожного расстройств), синдромов дезактуализации сексуального поведения и детренированности. Сложность диагностики сексуальных дисфункций заключается в их полиэтиологичности. Верификация органических заболеваний не всегда позволяет считать ее единственной или основной причиной дисфункции. Воздействие на органическую патологию – системообразующий этиотропный компонент лечения, не обязательно устраняет сексуальную дисфункцию. Оперативные методы лечения, не принесшие желаемого результата, снижают сексуальную удовлетворенность за счет стигматизации (рубцы, изменения анатомии, субъективного образа тела, послеоперационная боль) и психотравмы.

Полноценная помощь состоит в сочетании методов диагностики и лечения органической патологии, клинико-сексологического метода обследования и специфических сексологических методов лечения. Среди последних центральное место занимает вариант телесно-ориентированной психотерапии – секс-терапия, которая в соответствии с задачами подразделяется на аналитическую, обучающую, корригирующую, поддерживающую, реактивирующую, адаптационно-компенсаторную.

**Ключевые слова:** сексуальные дисфункции, урологические заболевания, секс-терапия.

**Key words:** sexual dysfunctions, urological diseases, sex-therapy.

**ЛИТЕРАТУРА**

1. Свядоц А.М. Женская сексопатология. Кишинев: Штиинца, 1991. 184 с.
2. Руководство по сексологии. [Под ред. С. С. Либиха]. СПб.: Питер, 2001. 480 с.
3. Екимов М.В.оргазмические дисфункции у женщин: пособие для врачей. СПб.: ИД СПбМАПО, 2011. 302 с.
4. Вагнер Р., Грин Р. Импотенция: физиология, психология, хирургия, диагностика и лечение. [Пер. с англ.] М.: Медицина, 1985. 240 с.
5. Кротовский Г.С. Медикаментозное лечение эректильных дисфункций. М.: БИНОМ, 1998. 128 с.
6. Лоран О.Б., Щеплев П.А., Нестеров С.Н., Кухаркин С.А. Метод целевого подхода в диагностике и лечении эректильных дисфункций. // Medical Marcet. 1999. Т. 32, № 2. С. 13-19.
7. Аляев Ю.Г., Ахвледиани Н.Д. Преждевременная эякуляция – terra incognita в андрологии. // Врач. 2007. № 7. С. 13-16.
8. Wespes E, Amar E, Eardley I, Giuliano F, Hatzichristou D, Hatzimouratidis K, Montorsi F, Vardi Y. Сексуальная дисфункция у мужчин: эректильная дисфункция и преждевременная эякуляция. [Пер. с англ.] // В кн: EAU Guidelines Office, Arnhem, The Netherlands, 2009.
9. Урология: национальное руководство. [Под ред. Н.А. Лопаткина]. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. 1024 с.
10. Андрология: клинические рекомендации. [Под ред. П.А. Щеплева]. М.: ИД «Медпрактика-М», 2012. 156 с.
11. Камалов А.А., Ковалев В.А., Ефремов Е.А. Хронический простатит и половая функция. // Современные аспекты диагностики и лечения хронического простатита: сб. трудов Всероссийской науч.-практ. конф. Курск: Маэстро-Принт, 2000. С. 71-74.
12. Аляев Ю.Г., Винаров А.З., Ахвледиани Н.Д. Хронический простатит и копулятивные нарушения // Врачебное сословие. 2004. № 5-6. С. 6-8.
13. Ефремов Е.А., Дорофеев С.Д., Панюшкин С.М., Бедретдинова Д.А. Сексуальные нарушения при хроническом простатите. // Лечащий врач. 2005. № 10. С. 50-55.
14. Ткачук В.Н. Хронический простатит. М.: Медицина для всех, 2006. 112 с.
15. Кочарян Г.С. Сексуальные дисфункции у больных хроническим простатитом: модели формирования. // Здоровье мужчины. 2012. Т. 41, № 2. С. 114-122.
16. Раднаев Л.Г. Сексуальная функция после радикальной простатэктомии: Дис. ... канд. мед. наук. М., 2011. 18 с.
17. Холодный В.А. Междисциплинарный подход к диагностике и лечению сексуальных дисфункций у больных хроническим простатитом. // Экспериментальная и клиническая урология. 2013. № 1. С. 52-59.
18. Каплан Г.И., Сэдок Б.Дж. Клиническая психиатрия. в 2 т. [Пер. с англ.]. Т. 1. М.: Медицина, 1998. 672 с.
19. Дедов И.И., Калинин С.Ю. Возрастной андрогенный дефицит у мужчин. М.: Практическая медицина, 2006. 240 с.
20. Сексопатология: справочник. [Под ред. Г.С. Васильченко]. М.: Медицина, 1990. 576 с.
21. Эндокринология: национальное руководство. [Под ред. И.И. Дедова, Г.А. Мельниченко]. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. 1072 с.
22. Аполихин О.И., Раднаев Л.Г. Стандартизация терминов, методов получения и представления данных по сексуальной дисфункции после радикальной простатэктомии. // Экспериментальная и клиническая урология. 2012. № 1. С. 12-19.
23. Screponi E, Carosa E, Di Stasi SM, Pepe M, Carruba G, Jannini EA. Prevalence of chronic prostatitis in men with premature ejaculation. // Urology. 2001. Vol. 58, N 2. P. 198-202.
24. Горпинченко И.И. Воспалительные заболевания. В кн: Сексология и андрология. [Под ред. Возианова А.Ф., Горпинченко И.И.]. К.: Абрис, 1997. С. 545-588.
25. Келли Г. Основы современной сексологии. [Пер. с англ.] СПб.: Питер, 2000. 896 с.
26. Porst H, Buvat J. Standard practice in sexual medicine. Oxford: Blackwell Publishing, 2006. 401 p.
27. Sotomayor M. The burden of premature ejaculation: the patient's perspective. // J. Sexual Medicine 2005. Vol. 2. P. 110-114.
28. Карвасарский Б.Д. Неврозы: руководство для врачей. М.: Медицина, 1990. 225 с.
29. Либих С.С. Сочетание нарушений половой функции у мужчин и женщин. В кн: Руководство по андрологии. [Под ред. О.Л. Тиктинского]. Ленинград: Медицина, 1990. С. 222-233.
30. Salonia A, Zanni G, Gallina A, Saccà A, Sangalli M, Naspro R, Briganti A, Farina E, Roscigno M, Dapozzo LF, Rigatti P, Montorsi F. Baseline potency in candidates for bi-lateral nerve sparing radical retropubic prostatectomy. // Eur Urol. 2006. Vol. 50, № 2. P. 360-365.
31. Visser MR, van Lanschot JJ, van der Velden J, Koek JJ, Gouma DJ, Spangers MA. Quality of life in newly diagnosed cancer patients waiting for surgery is seriously im-paired. // J. Surg. Oncol. 2006. Vol. 93. P. 571-577.
32. Katz DA, Jarrard DF, McHorney CA, Hillis SL, Wiebe DA, Fryback DG. Health perceptions in patients who undergo screening and workup for prostate cancer. // Urology. 2007. Vol. 69. P. 215-220.
33. McGovern PM, Gross CR, Krueger RA, Engelhard DA, Cordes JE, Church TR. False-positive cancer screens and health-related quality of life. // Cancer Nurs. 2004. Vol. 27. P. 347-352.
34. Papadoukakis S, Kusche D, Stolzenburg JU, Truss MC. Reconsidering the use of the International Index of Erectile Function questionnaire in evaluating the preoperative erectile function status of patients undergoing radical prostatectomy. // BJU Int. 2007. Vol. 100. P. 368-370.
35. Karakiewicz P, Shariat SF, Naderi A, Kadmon D, Slawin KM. Reliability of remembered International Index of Erectile Function domain scores in men with localised prostate cancer. // Urology. 2005. Vol. 65. P. 131-135.
36. Кратохвил С. Психотерапия семейно-сексуальных дисгармоний. [Пер. с чешского]. М.: Медицина, 1991. 336 с.
37. Кемпер И. Практика сексуальной психотерапии. в 2 т. [Пер. с нем.] М.: Изд. группа «Прогресс «Культура», изд-во агентства «Яхтсмен», 1994 Т. 1: 288 с, Т. 2: 192 с.
38. Кочарян Г.С., Кочарян АС. Психотерапия сексуальных расстройств и супружеских конфликтов. М.: Медицина, 1994. 224 с.

# Вода натуральная минеральная природная



## CERELIA – ВОДА РИМСКИХ ИМПЕРАТОРОВ

Обладает уникальным лечебным  
и профилактическим эффектом



### Лечебные свойства минеральной воды Черелия (Cerelia):

- Снижает кислотность мочи
- Уменьшает концентрацию солей в моче
- Приводит к уменьшению размера камней почек
- Усиливает диурез
- Способствует выведению мелких камней из мочевыводящей системы (почке, мочеточников, мочевого пузыря).
- Усиливает процесс отхождения фрагментов конкрементов после их разрушения методом ДЛТ и КЛТ
- Тормозит и предотвращает развитие рецидивного нефролитиаза
- Способствует выведению бактерий и продуктов их жизнедеятельности из мочевыводящих путей
- Снижает вероятность воспалительных осложнений при нефролитиазе

### Химический состав, мг/л

Ионы Кальция Ca <sup>++</sup> .....	120 - 130
Ионы Магния Mg .....	10 - 15
Ионы Хлорида Cl <sup>-</sup> .....	менее 5
Ионы Кремния Si .....	17 - 20
Ионы Сульфата SO <sub>4</sub> .....	7 - 10
Ионы Гидрокарбоната HCO <sub>3</sub> ...	395 - 415
Ионы Натрия и Калия Na <sup>+</sup> K ....	менее 10
Уровень минерализации, г/л: .	0,45-0,50



Официальный  
дистрибьютор

127051, Москва,  
Петровский бул., 13  
+7(495)708-4769

[www.cerelia.ru](http://www.cerelia.ru)



Wellness  
Philosophy