

Расстройство в форме постоянного генитального возбуждения, синдром раздраженных половых органов: терапевтический аспект (часть III)

Г.С. Кочарян

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Представлены данные о лечении больных с расстройством в форме постоянного генитального возбуждения и синдромом раздраженных половых органов с помощью различных методов. Обсуждается влияние и терапевтическая эффективность фармакотерапии, включая периклиторальные инъекции ботулотоксина, физиотерапии (мануальная терапия, чрескожная электрическая стимуляция нерва, электросудорожная терапия), психотерапии (гипносуггестивная терапия, когнитивно-поведенческая терапия, медитация), диетотерапии и хирургических вмешательств.

Ключевые слова: расстройство в форме постоянного генитального возбуждения, синдром раздраженных половых органов, лечение.

Для лечения пациентов с расстройством в форме постоянного генитального возбуждения (Persistent Genital Arousal Disorder [PGAD]) и синдромом раздраженных половых органов (Restless Genital Syndrome [ReGS]) используются различные общие рекомендации, а также методы биологической терапии и психотерапии. В статье также приводится термин «синдром постоянного сексуального возбуждения» («Persistent Sexual Arousal Syndrome» [PSAS]), который позже был переименован в PGAD.

Лечение, используемое у больных с данной патологией, включает фармакотерапию, физиотерапию, диетотерапию, психотерапию и хирургические вмешательства.

Общие рекомендации

D. Goldmeier и соавторы [12] в качестве общих мер, которые иногда могут привести к ослаблению симптомов PGAD, называют **мастурбацию** и **прикладывание пакетов со льдом на генитальную область**. Авторы, в частности, сообщают, что мастурбация может привести, по крайней мере, к временному облегчению страдания, однако отмечают, что один или два органа уменьшают симптомы PGAD только при его мягком течении, чего не наблюдается в более тяжелых его случаях. Также можно встретить рекомендации применять контрастные компрессы, раз в месяц проводить несколько дней в постели в темной комнате, пробуя подавить желание организма достигнуть сексуального пика.

Фармакотерапия

Для лечения больных с PGAD/PSAS и ReGS применяют **транквилизаторы**, такие, как **оксазепам** [18, 24], **клоназепам** [18, 22, 24], **диазепам** [14]. M.D. Waldinger, D.H. Schweitzer [24] отмечали большую эффективность (56%) применения клоназепама в дозе 0,5–1,5 мг у женщин с PGAD, которое у большинства из них сочеталось с синдромом беспокойных ног и гиперактивным мочевым пузырем (в таких случаях речь идет о ReGS). Авторы считают примечательным, что прием клоназепама оказывает положительный эффект при синдроме беспокойных ног и гиперактивном мочевом пузыре. Нами для лечения PGAD с успехом применяли транкви-

лизатор **феназепам**. Транквилизаторы – психофармакологические средства, снимающие тревогу, страх, эмоциональную напряженность. Для них характерно миорелаксирующее, противосудорожное и вегетостабилизирующее действие.

Транквилизаторы в терапии PGAD/PSAS и ReGS применяются как самостоятельно, так и в сочетании с **трамадолом** – опиоидным лекарством, влияющим на спинной мозг и центральную нервную систему, тормозя проведение болевых импульсов. Данное медикаментозное средство обладает сильным анальгезирующим эффектом, который длится достаточно долгое время. В фармакологической комбинации, помимо транквилизаторов и трамадола, также может участвовать **габапентин**, который является антиэпилептическим препаратом. В сочетании с транквилизаторами для лечения данных расстройств также назначают **прегабалин** – противосудорожное и анальгезирующее средство, которое применяют у больных эпилепсией. Кроме того, он полезен для применения как при генерализованной тревоге, так и при нейропатической боли.

M.D. Waldinger, D.H. Schweitzer [24] отмечают, что эффективным при PGAD оказалось применение 10 мг оксазепамы и 50 мг трамадола. Также в литературе отмечается возможность совместного приема габапентина с клоназепамом или трамадолом. Эти три препарата можно принимать и вместе несколько раз в день [18]. Barry R. Komisaruk использовал габапентин у двух лиц с PGAD, но лечебный эффект достигнут не был. Однако он утверждает, что малое число участников исследования не позволяет сделать вывод о неэффективности этого препарата и необходимы дальнейшие исследования [18].

Также сообщается об ослаблении симптомов PGAD при одновременном использовании диазепамы и прегабалина [14].

Когда PGAD вызвано эпилепсией, эффект может быть достигнут при использовании антиэпилептического препарата **топирамат** [6]. Авторы с помощью ЭЭГ, магнитноэнцефалографии (МЭГ) и функциональной магнитно-резонансной томографии (фМРТ) провели изучение спонтанной активности симптомов генитального возбуждения, а также исследование данной активности после применения 300 мг топирамата в сутки. (МЭГ – технология, позволяющая измерять и визуализировать магнитные поля, возникающие вследствие электрической активности мозга. – *Примечание автора.*) По данным МЭГ эпилептический очаг был локализован в левой задней островной извилине (the left posterior insular gyrus [LPIG]).

Данные МРТ свидетельствовали, что симптомы генитального возбуждения при PGAD могут быть обусловлены повышенной функциональной связью (ФС) между различными областями мозга: LPIG (эпилептический очаг), левой средней лобной извилиной (left middle frontal gyrus), левой нижней и верхней височной извилиной (left inferior and superior temporal gyrus) и левой нижней теменной долей (left inferior parietal lobe). Ослабление ФС, наблюдавшееся после противосудорожной терапии, было более выражено в левом

полушарии по сравнению с правым полушарием в соответствии с латерализацией, идентифицированной с помощью МЭГ. Лечение полностью устранило симптомы PGAD и функциональную гиперсвязь. Ее наличие, обнаруживаемое в нейронной сети, включая эпилептический очаг, может говорить о возможном центральном механизме PGAD [6].

Для лечения PGAD используются и другие лекарственные препараты, в частности, *пароксетин*, который является антидепрессантом и относится к селективным ингибиторам обратного захвата серотонина. 27-летний мужчина поступил в урологическую клинику с основной жалобой на постоянное чувство надвигающегося оргазма. Он сообщил об ощущениях, которые были похожи на сексуальное возбуждение, но не идентичны ему. При этом соответствующие мысли и желания отсутствовали. Во время этих эпизодов его пенис чрезвычайно чувствителен. При мануальной стимуляции пациент достигал оргазма, снижающего возбуждение только на короткий период времени, после чего симптомы возвращались. Это его сильно беспокоило. После назначения 20 мг пароксетина ежедневно симптомы нивелировались. Он также с удовлетворением отметил улучшение настроения и уменьшение уровня тревожности [21].

Сообщается об эффективности использования при PGAD *дулоксетина* и *прегабалина*. Дулоксетин был применен у 36-летней женщины, а прегабалин у 41-летней. В первом случае наступила полная ремиссия, а во втором значительное улучшение, которые длятся более года [19]. Дулоксетин является антидепрессантом, ингибирующим обратный захват серотонина и норадренина (норадренина). В другой публикации, напротив, отмечается, что прием дулоксетина в течение нескольких недель оказался неэффективным, и пациент был переведен на лечение диазепамом и прегабалином, что привело к постепенному ослаблению симптомов [14].

D. Goldmeier и соавторы [12] подчеркивают, что хотя сообщалось о том, что PGAD может развиваться или в результате приема тразодона, или после резкой отмены приема пароксетина, что встречается редко, имеются отдельные сообщения, свидетельствующие о том, что антидепрессанты из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина и селективных ингибиторов обратного захвата норадренина могут быть полезны в контроле симптомов PGAD, а также ослаблении тревоги, депрессии и обсессивно-компульсивного расстройства, и таким образом уменьшают сосредоточение на гениталиях.

Естественно, что назначение именно такого антидепрессанта, как тразодон, при PGAD нецелесообразно, поскольку к его побочным действиям относят повышение либидо и приапизм.

Полезными в лечении больных с PGAD могут быть также антипсихотические препараты (нейролептики) [12].

Также имеется опыт ослабления симптомов PGAD с помощью *варениклина* (*varenicline*) (торговое название препарата Chantix в США и Champix в Европе и других странах), который обычно используется для того, чтобы помочь бросить курить [18]. Это препарат нового поколения для лечения табачной зависимости. J.V. Korda и соавторы [15] сообщают о 49-летней женщине, которая принимала этот препарат для лечения от названной зависимости, что привело к ослаблению симптомов PGAD. Ослабление симптомов PGAD каждый раз происходило приблизительно в течение 2 нед после начала приема варениклина. Варениклин является частичным агонистом alpha2beta4 подтипа никотиновых холинергических рецепторов. Он стимулирует высвобождение небольшого количества дофамина головным мозгом, одновременно препятствуя способности никотина стимулировать гораздо большее высвобождение дофамина. «Генитальное сексуальное возбуждение» («Genital sexual arousal»), отмечают авторы, частично контролируется действием гипоталамической и лимбической

допаминных систем. Основываясь на механизме действия варениклина и наблюдая его эффективность в описанном случае, они высказали предположение, что:

1) усиленное центральное высвобождение дофамина является важным компонентом патофизиологии PGAD у данной больной;

2) использование варениклина привело к уменьшению усиленного центрального высвобождения дофамина [15].

Из лекарственных препаратов, которые могут оказать лечебный эффект у больных с PGAD, также называют бета-блокаторы [18].

Доктор Роберт Иченберг (Robert Echenburg) (Бетлехем, Пенсильвания, США) считает PSAS/PGAD «частью масштабного и часто встречающегося синдрома хронической тазовой боли». Он говорит: «Когда мочевого пузыря заполняется едкой мочой, возникает болезненное ощущение из-за состояния мочевого пузыря. Нервы посылают сигналы в область клитора, а мозг воспринимает эти сигналы как сексуальное возбуждение при отсутствии полового акта. ... Я считаю – это не сексуальная дисфункция, а болевой синдром». С целью купирования проявлений характеризуемой патологии Иченберг, в частности, рекомендует делать инъекции в мочевой пузырь для того, чтобы расслабить его мышцы, что дает выраженный терапевтический эффект. Такое лечение 22-летней Аманды Грейс, которая испытывала от 50 до 100 оргазмов в день, привело к положительным результатам: уменьшило выраженность возбуждения и количество оргазмов, нормализовало сон, значительно улучшило общее самочувствие и настроение. Также Иченберг рекомендует при характеризуемой патологии использовать анальгетики, что ослабляет проявления невралгии [по 4].

Врачи в Турции успешно лечили женщин с PGAD *инъекциями ботокса*, который блокирует дорсальный нерв клитора. H. Nazik и соавторы [17] сообщают о двух пациентках с жалобами на спонтанные, постоянные и неконтролируемые оргазмы, которым был установлен диагноз PGAD. В первом случае речь идет о 23-летней замужней женщине, у которой есть ребенок. Она была направлена в клинику, в которой работают авторы, с жалобами на постоянные нежелательные генитальные ощущения и чувство неизбежности оргазма. Сексуальное желание, а также соответствующие ему мысли или фантазии у нее отсутствовали. Большая была детально обследована с использованием рутинных, гормональных, физикальных и ультразвуковых методов. Для оценки силы мышц тазового дна использовалась Оксфордская шкала. Отклонений от нормы выявлено не было. Также у нее не было депрессии, эпилепсии, обсессивного/компульсивного расстройства, а также указаний на сексуальное насилие в прошлом. Локализация генитальных ощущений была исследована с помощью пальпации нижней ветви лобковой кости. Неприятные ощущения имели место во влагалище, половых губах и особенно вокруг клитора. Авторы решили, что в качестве нового метода лечения можно применить периклиторическую блокаду нерва ботулиническим токсином, которая была проведена под масочным наркозом. Использовались флаконы, содержащие 100 единиц Clostridium Botulinum toxin (ботулотоксин) типа А (Botox, фирма Allergan). Токсин разбавляли 2,5 мл стерильного физиологического раствора и получали 4 единицы токсина в каждой 0,1 мл. Две единицы ботулинического токсина А вводили в четыре точки, окружающие клитор, каждая из которых находилась примерно на расстоянии 0,5 см от центра клитора (часовые позиции 1, 5, 7 и 11; общее количество – 8 единиц). (Часовая позиция – относительное расположение объекта, описываемое по аналогии с двенадцатичасовым циферблатом часов – прим. автора). Вскоре после лечения все симптомы нивелировались. Во время 8-месячного наблюдения нежелательные генитальные

ощущения вновь возобновились. Когда была запланирована вторая попытка применения ботулотоксина, жалобы пациентки стали более терпимыми, и повторно его не вводили. Вторая больная была 38-летней замужней женщиной, у которой был 1 ребенок. У нее имели место те же основные клинические признаки, что и у первой пациентки. Исследования, идентичные тем, которые были проведены первой пациентке, патологии не выявили. Нежелательные генитальные ощущения локализовались в большей степени в срамных губах и в области клитора. Блокирование дорсального нерва клитора ботулотоксином было выполнено тем же способом, что и у первой пациентки. Это привело к ликвидации симптомов генитального возбуждения. К тому времени, как этот случай был представлен, PGAD существовал в течение 6 мес, и терапевтический эффект токсина, кажется, продолжался.

Обсуждая полученные результаты, авторы отмечают, что ботулинический токсин, по-видимому, блокирует высвобождение ацетилхолина в нервно-мышечном соединении. Кроме того, предполагается, что этот токсин эффективен при лечении постгерпетической невралгии, а также, возможно, при лечении послеоперационной/посттравматической невропатической боли и болезненной диабетической невропатии [10].

Н. Nazik и соавторы [17] перечисляют возможные механизмы действия ботулинического токсина, опираясь на сведения G.E. Francisco и соавторов [10], и отмечают, что введение ботулотоксина в периклиторальную область легко осуществимо и не имеет хирургических осложнений. Цитируемые авторы указывают, что это первое использование ботулотоксина для лечения больных с PGAD. Высказывается мнение о дальнейшей перспективе применения этого токсина при данной патологии. Вместе с тем, подчеркивается необходимость дальнейших контролируемых исследований эффективности его применения на больших выборках женщин с PGAD [17].

Физиотерапия

Для лечения больных с PGAG используют *мануальную терапию*, так как при данной патологии могут быть слишком напряжены мышцы, которые необходимо расслабить. В одной статье сообщается, что мануальная терапия тазового дна была осуществлена 27-летней беременной женщине с PGAD для уменьшения мышечного гипертонуса вблизи срамного нерва. Полное исчезновение симптомов этого расстройства произошло спустя неделю. Автор приходит к заключению, что такое лечение, направленное на срамной нерв, может обеспечить безопасное и выраженное облегчение симптомов PGAD [20].

Для лечения больных с ReGS используется *традиционная чрескожная электрическая стимуляция* (transcutaneous electrical nerve stimulation). M. D. Waldinger и соавторы [25] применили ее у двух пациентов мужского пола. Сообщается, что после того, как физиотерапевт протер кожу пациента спиртом (тестовая проба), с помощью плоских электродов были исследованы участки кожи на лобковой кости, в области гениталий и крестца. При этом определялась точка, в которой наиболее заметно проявлялось снижение неприятных ощущений после электростимуляции. В эту точку ставился плоский электрод (40x40 мм: DE-01 van Lent Systems B.V., Oss, the Netherlands). Второй электрод располагался на лобковой кости вблизи пениса. Оба электрода были подключены к одному каналу аппарата i-Pulz TENS (Van Lent Systems B.V.) с частотой 110 Гц и длительностью импульса 80 мсек. Интенсивность стимуляции повышалась постепенно для оптимизации лечебного эффекта и предотвращения свехстимуляции. Дома пациент мог изменять силу тока, но не его частоту, и диапазон импульса. При первом при-

менении высокочастотной электростимуляции, которое длилось 20 мин, проверялось достижение нужного эффекта. В случае пациента с беспокойными ногами, его проинструктировали, как самостоятельно применять прибор. Оба пациента получили указания об использовании прибора: один час в день, семь раз в день с интервалом между сеансами в один час. В течение 2–4 нед допускалась перенастройка параметров стимуляции (частоты и длительности импульсов). По миновании этого периода, эффект электростимуляции оценивался в течение еще одного месяца, после чего принималось решение о необходимости продолжения лечения электростимуляцией или ее отсутствии. Последующие визиты осуществлялись на регулярной основе.

M.D. Waldinger и соавторы [23] также применяли чрескожную электростимуляцию для лечения женщин с ReGS. Целью их исследования было определить эффективность чрескожной электрической стимуляции нерва у пациенток с данной патологией, являющейся комбинацией генитальных дизестезий, неотвратимых и/или спонтанных оргазмов, и/или раздраженных ног, и/или гиперактивного мочевого пузыря. (Дизестезия – извращение чувствительности; например, холод воспринимается как тепло – прим. автора). Две женщины с ReGS, которые поступили в клинику, подверглись тщательному обследованию. Были проведены: подробный опрос, рутинные и гормональные исследования, ЭЭГ, МРТ мозга и органов малого таза, пальпация нижней ветви лобковой кости и исследование чувствительности генитальных дерматомов. Традиционная электростимуляция (частота – 110 Гц; длительность импульса – 80 мс) была применена билатерально в области срамного дерматома (the pudendal dermatome), в котором была отмечена немедленная редукция генитальных ощущений. Пациентов проинструктировали относительно самостоятельного использования электростимуляции ежедневно в течение 2 мес. ReGS у 56-летней женщины выражался множественными спонтанными оргазмами, синдромом раздраженных ног и гиперактивным мочевым пузырем. Использование электростимуляции крестцовой области привело к немедленной редукции жалоб на 90%, а также к уменьшению частоты спонтанных оргазмов, ослаблению проявлений синдрома раздраженных ног и гиперактивного мочевого пузыря в течение 2 мес. У 61-летней женщины (другая пациентка) ReGS проявлялся постоянным ощущением раздражения в гениталиях, неотвратимостью оргазмов и гиперактивностью мочевого пузыря. Электростимуляция лобковой кости привела к полному исчезновению раздражения в генитальной области и гиперактивности мочевого пузыря в течение 2 мес. Обе женщины сообщили о том, что они были очень удовлетворены полученными результатами и не желали прекращать лечение с помощью электростимуляции. Авторы пришли к заключению, что предоргастические и оргастические генитальные ощущения при ReGS передаются A δ - и C-волокнами и тормозятся A β -волокнами.

Для лечения PGAD используется *электросудорожная терапия (ЭСТ)*. Так, сообщается, что у одной женщины с биполярным расстройством I типа после резкого прекращения приема пароксетина развился PGAD. С усилением его симптомов у нее развилась сильная депрессия и появились суицидальные мысли, что послужило причиной назначения ЭСТ. После 4-го сеанса ЭСТ симптомы PGAD уменьшились. После каждого сеанса ЭСТ симптомы PGAD сразу исчезали, а потом постепенно возвращались. До момента опубликования данной статьи пациентка получила 30 сеансов ЭСТ, а период ее лечения составил 4 года. Побочные эффекты были минимальны и включали краткосрочную потерю памяти, головную и мышечную боль [16].

Сексуальное возбуждение, отмечают авторы статьи, стимулируется гипоталамусом и действием лимбического дофа-

мина, норадреналина, меланокортина и окситоцина, а ингибируется серотонином, опиоидами мозга и каннабиноидами. В данном случае они объясняют происходившие изменения следующим образом [16]:

1. Биполярное расстройство привело к центральному усилению высвобождения допамина, который играет важную роль в патофизиологии PGAD.

2. Центральный дефицит серотонина после прекращения принятия пароксетина (селективный ингибитор обратного захвата серотонина) обусловил исключение ингибирования сексуального возбуждения.

3. ЭСТ привела к снижению усиленного центрального высвобождения допамина.

4. ЭСТ обусловила усиление сексуального ингибирования посредством стимуляции серотониновой активности.

Существуют и другие сообщения об эффективности ЭСТ у больных с PSAS, который развился вследствие биполярного расстройства. Так, описано лечение 2 таких больных, которые были невосприимчивы к приему антидепрессантов и стабилизаторов настроения, что и послужило причиной назначения ЭСТ. В результате такой терапии у них наступила ремиссия как депрессивных симптомов, так и симптомов PSAS. Авторы делают вывод, что хотя этиология PSAS неизвестна и его связь с биполярным расстройством остается неясной, успешное лечение PSAS с использованием ЭСТ представляет клинический и теоретический интерес [26].

Психотерапия

Для лечения PGAD также использовалась *гипносуггестивная терапия*. Сообщается о 71-летней пациентке с диагнозом PGAD, которой провели 9 сеансов гипноза. Для объективизации результатов проводимого лечения были использованы Hospital Anxiety and Depression Scale (Госпитальная шкала тревоги и депрессии), Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (Шкала депрессии CES-D), Pittsburgh Sleep Quality Index (Питтсбургский индекс качества сна) и визуальные аналоговые определения качества жизни, интенсивности симптомов и супружеских вмешательств (marital interference). В процессе лечения фиксировали значительные улучшения показателей всех использованных тестов. Автор приходит к мнению, что гипнотерапия может быть полезна для некоторых пациентов с PGAD [8].

Нами гипносуггестивная терапия (проводилось 5–10 сеансов) с успехом использовалась для лечения женщин с неприемлемым для них повышенным сексуальным возбуждением, которое беспокоило их в течение всего дня, ничего кроме страданий им не приносило и делало их жизнь невыносимой. Делались примерно следующие внушения: «Успокаиваются участки головного мозга, ответственные за возникновение полового возбуждения... Они затормаживаются... Половое возбуждение покидает Вас, уходит, рассеивается... В течение всего дня Вы совершенно спокойны... Можете успешно выполнять свою работу...» и т. п. Также осуществлялась суггестия, направленная на коррекцию поведения во время интимной близости: «Половое возбуждение будет возникать только во время интимной близости и исчезать после первой оргастической разрядки...». В данном случае речь идет о пациентке, которая во время интимной близости требовала от мужа трех-четырёх сношений, не удовлетворяющих ее полностью, несмотря на возникающий при каждом половом акте оргазм. Это стало одной из причин нарастающих семейных конфликтов, так как до возникновения заболевания для полного взаимного удовлетворения супругов было вполне достаточно одного сношения [3]. Нами гипнотерапия обычно сочеталась с назначением малых нейролептиков (сонапакс) или транквилизаторов.

J. Carvalho и соавторы [7] указывают на необходимость проведения у больных с PGAD *когнитивно-поведенческой терапии*, которая направлена на коррекцию существующих у них неадекватных убеждений и мыслей в вопросах сексуальных отношений и негативных аффективных состояний, являющихся результатом существования дисфункциональных когнитивных изменений, связанных с сексуальностью. J. Hiller, В. Hekster [13] также отмечают целесообразность использования при PGAD когнитивно-поведенческой терапии в гибком формате парной терапии. В частности, они отмечают, что когнитивно-поведенческий подход направлен на неадаптивные убеждения относительно сексуальной экспрессии и генитальных изменений. Цитируемые авторы сообщают, что негативные мысли часто встречаются у больных с PGAD, и многие из этих больных находятся в состоянии выраженного дистресса, обусловленного данным расстройством. Такие мысли способствуют нарушению физиологических ответов. О необходимости использования когнитивной психотерапии у больных PGAD сообщают и другие авторы [9].

Для лечения больным с PGAD также рекомендуют использовать *медитацию* [12].

Диетотерапия

Описан случай диетотерапии пациентки, у которой было диагностировано PGAD [5]. 44-летняя женщина обратилась к гинекологу в связи с дисменореей и менометроррагией. При обследовании она сообщила врачу о наличии у нее в течение 5–6 мес «повышенного тазового напряжения» («pelvic tension»), не связанного с усилением сексуального влечения, что вынуждает ее 15 раз в день мастурбировать, достигая оргазма. Удалось выяснить, что в ее диету за месяц до появления этих симптомов была включена соя, которую она употребляла ежедневно в количестве 4 фунтов (1 фунт соответствует 453,6 г). Лечение включало поддерживающее консультирование и изменения в диете. Спустя 3 мес после начала такого лечения менструальные нарушения и сексологические жалобы нивелировались. Авторы отмечают, что успех от уменьшения приема фитоэстрогенов (сои) у этой пациентки может дать представление об этиологии PSAS и предложить возможные методы его лечения.

Хирургическое лечение

В литературе приводятся различные рекомендации по хирургическому лечению пациентов с PGAD и ReGS. В связи с эти называют хирургическую коррекцию половых артериовенозных свищей и устранение генитальных пролапсов [12]. Также высказывается предположение, что положительные терапевтические результаты могут быть достигнуты в результате удаления кист Тарлова. Однако следует отметить, что такая хирургическая операция проводится лишь в исключительных случаях из-за слишком высокого риска осложнений – открытие кисты может спровоцировать потерю спинномозговой жидкости (ликвора) и развитие постпроцедурного или асептического менингита [2]. Более того, отмечается, что это уникальные кисты, поэтому они не удаляются, а вскрываются [1]. Существуют и консервативные методы лечения при наличии таких кист.

Другие терапевтические рекомендации

Среди методов терапии больных с PGAD и ReGS также называют лечение некоторых дерматозов, а также гемоглобинопатий [12]. Помимо этого, отмечается, что для терапии женщин с PGAD используют местные анестетики, хирургическое высвобождение ущемленного срамного нерва и трициклические антидепрессанты [11]. В одном нашем клиническом наблюдении речь шла о 71-летней женщине, у которой появлению возбуждения было

связано с возникновением жжения в надлобковой области на небольшой площади. Она получала комплексное лечение. Наряду с гипнотерапией и транквилизаторами, для ослабления симптоматики на завершающем этапе лечения нами использовалось орошение лобка аэрозолем лидокаина (10%), что значительно ослабляло жжение и связанное с ним возбуждение или даже предупреждало их появление.

**Розлад у формі постійного генітального збудження, синдром подразнених статевих органів: терапевтичний аспект (частина III)
Г.С. Кочарян**

Наведено дані щодо лікування хворих з розладом у формі постійного сексуального збудження та синдромом подразнених статевих органів за допомогою різних методів. Обговорюється вплив і терапевтична ефективність фармакотерапії, включаючи паракліторальні ін'єкції ботулотоксину, фізіотерапії (мануальна терапія, черезшкірна електрична стимуляція нерва, електросудомна терапія), психотерапії (гіпно-суггестивна терапія, когнітивно-поведінкова терапія, медитація), дієтотерапії та хірургічних втручань.

Ключові слова: розлад у формі постійного сексуального збудження, синдром подразнених статевих органів, лікування.

В литературе сообщается, что двойные слепые плацебо-контролируемые исследования, касающиеся эффективности различных методов лечения пациентов с PGAD и ReGS, до сих пор не проводились [11].

Таким образом, терапия рассматриваемой категории больных предусматривает применение различных методов. От их правильного выбора, ориентированного на учет различных возможных патогенетических механизмов, зависит ее успех.

**Persistent genital arousal disorder, persistent genital arousal syndrome: therapeutic aspects (part III)
G.S. Kocharyan**

Data on treatment of patients with persistent genital arousal disorder and persistent genital arousal syndrome by different methods are presented. Influences and therapeutic effectiveness of pharmacotherapy, including injections with botulinum toxin, physiotherapy (manual therapy, transcutaneous electrical nerve stimulation), psychotherapy (hypnosuggestive therapy, cognitive behavioral therapy, meditation), diet therapy and surgical interventions are discussed.

Key words: persistent genital arousal disorder, persistent genital arousal syndrome, therapy.

Сведения об авторе

Кочарян Гарник Суменович – Харьковская медицинская академия последипломного образования, 61176, г. Харьков, ул. Корчагинцев, 58. E-mail: kochargs@rambler.ru

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Киста позвоночника. Киста Тарлова. – URL: <http://mis-spinecenter.org/news/2014-07-30-76> (дата обращения: 17.04.2015).
2. Киста Тарлова позвоночника. – URL: <http://my-pozvonochnik.ru/kista-tarlova-pozvonochnika/> (дата обращения: 17.04.2015).
3. Кочарян Г.С. Гипносуггестивная терапия // Кочарян Г.С., Кочарян А.С. Психотерапия сексуальных расстройств и супружеских конфликтов. – М.: Медицина, 1994. – С. 47–66.
4. Моя ужасная история: 50 оргазмов в день!!! – URL: <https://www.youtube.com/watch?v=BcVFFcJpSM> (дата обращения: 01.08.2015).
5. Amsterdam A., Abu-Rustum N., Carter J, Krychman M. Persistent sexual arousal syndrome associated with increased soy intake // J Sex Med. – 2005. – 2 (3). – P. 338–340.
6. Anzellotti F., Franciotti R., Bonanni L., Tamburro G., Perrucci M. G., Thomas A., Pizzella V., Romani G.L., Onofri M. Persistent genital arousal disorder associated with functional hyperconnectivity of an epileptic focus // Neuroscience. – 2010. – 167 (1). – P. 88–96.
7. Carvalho J., Verhssimo A., Nobre P.J. Cognitive and emotional determinants characterizing women with persistent genital arousal disorder // J Sex Med. – 2013. – 10 (6). – P. 1549–1558.
8. Elkins G.R., Ramsey D, Yu Y. Hypnotherapy for persistent genital arousal disorder: a case study // Int J Clin Exp Hypn. – 2014. – 62 (2). – P. 215–223.
9. Facelle T.M., Sadeghi-Nejad H., Goldmeier D. Persistent genital arousal disorder: characterization, etiology, and management // J Sex Med. – 2013. – 10 (2). – P. 439–450.
10. Francisco G.E., Tan H., Green M. Do botulinum toxins have a role in the management of neuropathic pain?: a focused review // Am J Phys Med Rehabil. – 2012. – 91 (10). – P. 899–909.
11. Giraldi A., Rellini A.H., Pfau J., Laan E. Female Sexual Arousal Disorders. – URL: <http://www.issm.info/news/research-highlights/research-summaries/female-sexual-arousal-disorders> (дата обращения: 26.04.2015).
12. Goldmeier D., Mears A., Hiller J., Crowley T.; BASHH Special Interest Group for Sexual Dysfunction. Persistent genital arousal disorder: a review of the literature and recommendations for management // Int J STD AIDS. – 2009. – 20 (6). – P. 373–377.
13. Hiller J., Hekster B. Couple therapy and cognitive behavioural techniques for persistent sexual arousal syndrome // Sex Relationship Ther. – 2007. – 22. – P. 91–96.
14. Kamatchi R., Ashley-Smith A. Persistent genital arousal disorder // BJMP. – 2013. – 6 (1): a605. – P. 30–31.
15. Korda J.B., Pfau J.G., Goldstein I. Persistent genital arousal disorder: a case report in a woman with lifelong PGAD where serendipitous administration of varenicline tartrate resulted in symptomatic improvement // J Sex Med. 2009 – 6 (5). – P. 1479–1486.
16. Korda J.B., Pfau J.G., Kellner C.H., Goldstein I. Persistent genital arousal disorder (PGAD): case report of long-term symptomatic management with electroconvulsive therapy // J Sex Med. – 2009. – 6 (10). – P. 2901–2909.
17. Nazik H., Api M., Aytan H., Narin R. A new medical treatment with botulinum toxin in persistent genital arousal disorder: successful treatment of two cases // J Sex Marital Ther. – 2014. – 40 (3). – P. 170–174.
18. PGAD: Revisited with newer studies. Friday, August 9, 2013 – Steps to Authentic Happiness via Positive Psychology by Paul Mountjoy. – URL: <http://communities.washingtontimes.com/neighborhood/steps-authentic-happiness-positive-psychology/2013/aug/9/pgad-revisited-newer-atudues/> (дата обращения: 30.12.2014).
19. Philippsohn S., Kruger T.H. Persistent genital arousal disorder: successful treatment with duloxetine and pregabalin in two cases // J Sex Med. – 2012. – 9 (1). – P. 213–217.
20. Rosenbaum T.Y. Physical therapy treatment of persistent genital arousal disorder during pregnancy: A case report // J Sex Med. – 2010. – 7 (3). – P. 1306–1310.
21. Stevenson B.J., Kohler T.S. First Reported Case of Isolated Persistent Genital Arousal Disorder in a Male // Case Reports in Urology. Vol. 2015, Article ID 465748, 3 pages, 2015. doi:10.1155/2015/465748. – URL: <http://www.hindawi.com/journals/cru/2015/465748/cta/> (дата обращения: 25.04.2015).
22. Thubert T., Brondel M., Jousse M., Le Breton F., Lacroix P., Deffieux X., Amarengo G. [Persistent genital arousal disorder: a systematic review]. [Article in French] // Prog Urol. – 2012. – 22 (17). – P. 1043–1050.
23. Waldinger M.D., Lint G.J., Venema P.L., van Gils A.P., Schweitzer D.H. Successful transcutaneous electrical nerve stimulation in two women with restless genital syndrome: the role of adelta- and C-nerve fibers // J Sex Med. – 2010. – 7 (3). – P. 1190–1199.
24. Waldinger M.D., Schweitzer D.H. Persistent genital arousal disorder in 18 Dutch women: Part II. A syndrome clustered with restless legs and overactive bladder // J Sex Med. – 2009. – 6 (2). – P. 482–497.
25. Waldinger M.D., Venema P.L., van Gils A.P., de Lint G.J., Schweitzer D.H. Stronger evidence for small fiber sensory neuropathy in restless genital syndrome: two case reports in males // J Sex Med. – 2011. – 8 (1). – P. 325–330.
26. Yero S.A., McKinney T., Petrides G., Goldstein I., Kellner C.H. Successful use of electroconvulsive therapy in 2 cases of persistent sexual arousal syndrome and bipolar illness // J ECT. – 2006. – 22 (4). – P. 274–275.

Статья поступила в редакцию 04.08.2015