

Лечение задержанной эякуляции различной этиологии

В.Н. Лесовой¹, А.В. Книгавко¹, А.В. Аркатов¹, В.А. Кривицкий², А.С. Горленко², Р.Н. Саваланлы¹

¹Харьковский национальный медицинский университет

²Харьковский областной клинический центр урологии и нефрологии имени В.И. Шаповала

Задержанная эякуляция (ЗЭ) – тяжелое для психологической самооценки мужчины, но относительно редкое сексуальное нарушение, ввиду чего мало изучено и до сих пор не сформировано запатентованной тактики лечения.

Цель исследования: оценить эффективность комплексного лечения пациентов с задержанной эякуляцией различной этиологии.

Материалы и методы. На базе Харьковского областного клинического центра урологии и нефрологии имени В.И. Шаповала за период 2008–2016 годов были обследованы и пролечены 82 пациента с ЗЭ. Пациенты были распределены на две группы в зависимости от этиологии заболевания: органическая (n=40) и неорганическая (n=42). Эти группы пациентов были сопоставимы по возрасту, габитусу и степени выраженности симптомов ЗЭ. Всем пациентам проводили сбор сексуального анамнеза, определяли продолжительность интравагинального латентного интервала (Ивли), проводили анкетирование по МИЭФ и шкале Гамильтона для оценки депрессии (HDRS), выполняли УЗИ органов мочеполовой системы. В конце каждого вида лечения проводили опрос-анкетирование по общему удовлетворению от лечения (да/нет). Методами бактериологического посева и полимеразной цепной реакции исключали инфекции полового тракта. Пациентам группы органических нарушений назначали витамины группы В, уридин и трофостимулирующую терапию. Больным группы неорганической патологии – сертралин или бупиرون. Всем пациентам на фоне лечения проводили психологическую терапию.

Результаты. В группе пациентов с органическими причинами ЗЭ применение уридина с витамином В6 повысил общий показатель индекса МИЭФ (до $20,5 \pm 1,7$), однако добавление трофостимулирующих методов еще более улучшило этот показатель (с $17,6 \pm 3,1$ до $22,1 \pm 2,0$). Среди пациентов с неорганическими причинами ЗЭ результаты индекса МИЭФ при использовании бупирона оказались выше ($23,3 \pm 2,2$), чем в группе сертралина ($21,5 \pm 1,9$).

Заключение. При наличии органической причины ЗЭ наибольшая эффективность (68,1%) отмечена в результате применения нейрорегенеративной терапии (уридиновые фосфаты, витамин В6, трофостимулирующая терапия). При наличии психической патологии наибольшая эффективность отмечена в результате использования бупирона (77,3%).

Ключевые слова: задержанная эякуляция, сексуальная дисфункция, уридин, трофостимулирующая терапия, бупиرون, сертралин.

Задержанная эякуляция (ЗЭ) – форма сексуальных нарушений, характеризующаяся постоянными или периодическими задержками, или отсутствием эякуляции и оргазма на фоне нормальной фазы полового возбуждения и сохранной эрекции [1, 2]. Всемирная организация здравоохранения расширила это определение, дополнив указанные выше симптомы расстройствами психоэмоционального характера (тревога, депрессия и т.п.).

В настоящее время нет четких критериев, определяющих ЗЭ. Учитывая, что в среднем сексуально активные мужчины способны к эякуляции через 10–20 мин после интроекции, можно сказать, что у пациентов с задержкой семяизвержения этот период растягивается до 30 мин и более [2–4]. Диагноз правомерен во всех случаях, когда пациент жалуется на слишком затянутые половые акты, вызывающие чувства истощения, раздражения, нередко приводящие к отказу от сексуальной жизни как со стороны мужчины, так и женщины [3]. Со временем это приводит к снижению качества половой жизни мужчины и является причиной формирования комплексов, ощущения собственной неполноценности [5]. У женщин такая ситуация провоцирует мысли своей асексуальности и непривлекательности, которые являются, по их мнению, причиной задержанного оргазма у партнера. В некоторых случаях ЗЭ приводит к неспособности пары зачать ребенка и семейным разрывам. Проблема ЗЭ является актуальной и требует понимания этиологических и патофизиологических механизмов нарушения эякуляции.

От патологического нарушения эякуляции следует отличать сниженную потребность в эякуляции, что наблюдается с возрастом у некоторых мужчин.

Этиологически различают органические (биогенные) и неорганические (психогенные) механизмы развития ЗЭ. Среди основных причин, вызывающих ретардацию, является психогенная, которая связана с боязнью беременности, с фобическими состояниями, тревогой, враждебностью и сложными взаимоотношениями с противоположным полом, а также аутосексуальная ориентация, когда мужчина испытывает более выраженное возбуждение и удовлетворение от мастурбации, чем при обычном половом акте. W. Masters и V. Johnson предположили, что в некоторых случаях ЗЭ является следствием особенностей вероисповедания и ортодоксальными взглядами на сексуальные отношения.

Impotencia satisfactionis – название своеобразного нарушения, когда отсутствует психический компонент оргазма, т.е. субъективное переживание высшей степени удовлетворения, несмотря на наступление эякуляции. Напротив, при использовании некоторых лекарств (тиоридазина) может возникнуть так называемая сухая эякуляция, когда при наступлении оргазма не происходит выделения спермы.

К органическим нарушениям относят неврологические и анатомические расстройства, в том числе и аномалии развития. В частности, к неврологическим расстройствам относят: повреждения спинного мозга, рассеянный склероз, декомпенсированный сахарный диабет, постоперационные состояния (радикальная простатэктомия, симпатэктомия, парааортальная лимфаденэктомия). Анатомические изменения, которые ведут к развитию ЗЭ, могут провоцироваться трансуретральной резекцией (ТУР) предстательной железы (ПЖ) или инцизией шейки мочевого пузыря.

К аномалиям развития половой системы, способным вызвать ЗЭ относятся: киста Мюллера протока, аномалия Вольфова протока с компрессией vas deferens, синдром Prune

belly. ЗЭ может являться следствием заболеваний щитовидной железы (гипотиреоз и гипогонадизм), инфекционных болезней (уретриты, мочеполовой туберкулез, шистозомоз).

Причиной ЗЭ часто являются побочные эффекты некоторых лекарственных препаратов: альфа-метилдофа, ингибиторы обратного захвата серотонина, трициклические антидепрессанты, нейролептики, альфа-симпатолитики, тиазидные диуретики. Злоупотребление алкоголем также может быть причиной ЗЭ, так как оказывает влияние на центральную и периферическую системы регуляции.

Надо отметить, что значительная часть мужчин с ЗЭ не имеют явных признаков органической патологии.

Waldinger M. и соавторы [5] сформулировали динамическую нейробиологическую теорию возникновения нарушений эякуляции. Исследователи предполагают, что пожизненная ЗЭ, как и раннее семяизвержение, считаются в первую очередь нейробиологическим вариантом половой конституции и нормальной изменчивости мужчины, что в некоторых случаях может вторично привести к невротическим расстройствам.

Семяизвержение и оргазм – явления, которые в норме происходят одновременно. Эти процессы контролируются парасимпатической, симпатической и соматической нервной системой. Акт эякуляции представляет собой рефлекторную дугу, которая включает в себя чувствительные рецепторные области, афферентные проводящие пути, церебральные сенсорные регионы (ядра гипоталамуса, кора), пути эфферентной иннервации, центры спинного мозга (симпатический – уровень Th10–L2, парасимпатический – S2–S4) и периферические сплетения. Нейрохимический рефлекс представляет собой сложное взаимодействие центральных и дофаминергических нейронов. Опосредованное участие в процессе принимают холинергическая, адренергическая, окситоцинергическая и гамма-аминомасляная кислота (ГАМК) – нейромедиаторные системы [6].

Процесс эякуляции состоит из двух фаз:

- выведение семени в предстательную часть мочеиспускательного канала из придатка яичка (эмиссия);
- выброс семенной жидкости из мочеиспускательного канала.

Во время эмиссионной фазы процесса эякуляции гладкая мускулатура семенных канальцев придатков яичек (vas deferens) сокращается, вследствие чего сперма извергается из придатков яичек и достигает широкой верхней ампулярной части семявыводящего протока. Начало эмиссионной фазы обычно сопровождается ощущением неизбежности наступления эякуляции. Затем сперма проходит по эякуляторному тракту, смешиваясь с жидкостью из семенных пузырьков, ПЖ и бульбоуретральных желез, вследствие чего формируется эякулят [2].

Во время фазы выброса сформированный ранее эякулят извергается из мочеиспускательного канала с помощью ритмичных сокращений гладкой мускулатуры, так называемой бульбоспонгиозной мышцы [6]. Эти ритмичные сокращения являются частью мужского оргазма. После начала оргазма семя толчкообразно выбрасывается из мочеиспускательного канала, второе и третье (а иногда и первое, в зависимости от физиологии мужчины) выбрасывания совершаются с максимальными объемом и силой, что также соответствует у психически здоровых мужчин пику достижения оргазма. Затем объем и сила выброса постепенно уменьшаются, головка полового члена обретает чувствительность, и последние несколько «толчков» могут быть пустыми сокращениями, при которых дополнительного выброса семени уже не происходит.

Типичный мужской оргазм состоит из 10–15 сокращений бульбоспонгиозной мышцы, каждое из которых сопровождается физиологически чрезвычайно приятными ощу-

щениями. После того как произошло первое сокращение бульбоспонгиозной мышцы, никакие действия не могут предотвратить дальнейшее семяизвержение (хотя сопровождаемый оргазм может быть сорван). Частота сокращений мышцы постепенно уменьшается в течение оргазма. Начальные сокращения происходят в среднем каждые 0,6 с с постепенным увеличением продолжительности сокращения и интервала между сокращениями примерно 0,1 с на каждое сокращение. Сокращения этой мышцы у большинства мужчин происходят ритмично, регулярно в течение всего оргазма. Многие мужчины могут также испытывать нерегулярные дополнительные сокращения в конце оргазма [3].

Классификация ЗЭ:

- первичная (пожизненная);
- вторичная (приобретенная).

Оба типа ЗЭ в зависимости от частоты и условий возникновения подразделяются на перманентную (постоянную) и временную (ситуационную).

Первичная ЗЭ проявляется с момента начала половой жизни. При вторичной ЗЭ мужчина имеет в сексуальном анамнезе эпизоды среднестатистически нормального времени наступления семяизвержения. Отсроченная (постоянная) эякуляция может иметь место во всех случаях половых отношений независимо от партнерши или быть ограниченной определенными условиями. Ситуационная ЗЭ может иметь клинические особенности. Например, мужчина не способен эякулировать интравагинально, но при этом может добиться семяизвержения путем мастурбации. В других случаях может быть сохранена способность к эякуляции во время секса с одной конкретной женщиной, но попытки вступления в сексуальные отношения с другими партнершами оказываются неудачными. Иногда во время коитуса мужчине приходится использовать индивидуальные специфические методы стимуляции семяизвержения.

В отличие от первичной формы, мужчины с приобретенной ЗЭ чаще сохраняют способность достигнуть оргазма путем мастурбации. Проведенные исследования свидетельствуют о том, что у данных индивидов высокая частота и своеобразный стиль мастурбации могут быть предикторами ЗЭ [4].

По аналогии с другими видами сексуальных дисфункций, мужчины с отсроченной эякуляцией имеют низкую частоту вступлений в половые связи, сексуальной неудовлетворенность, признаки депрессивных расстройств и фобии. Отличительной особенностью таких пациентов является способность достигать и поддерживать эрекцию в течение длительного времени. Но в отличие от сексуально здоровых мужчин, как правило, у пациентов с ЗЭ низкий уровень сексуального возбуждения.

Главной задачей диагностики является выявление причин ЗЭ. Если пациент жалуется на ЗЭ, врач обычно проводит обследование, состоящее из нескольких этапов.

Сначала выясняется анамнез. Анамнез половой жизни должен включать сведения: есть ли у пациента дети, испытывает ли он проблемы с зачатием ребенка. Если мужчина испытывает трудности с эякуляцией, имеет небольшой объем спермы или отсутствие ее выделения, надо установить является ли проблема врожденной или приобретенной и исключить органическую природу. Важно понять при каких условиях пациент способен к эякуляции. Например, во время сна (поллюции), с помощью мастурбации, мануальной или оральной стимуляции со стороны партнерши. Нередко это связано с позицией во время коитуса. Также необходимо уточнить психоэмоциональное состояние мужчины при половой близости, степень возбуждения, наличие сексуальной и личностной мотивации.

Немаловажную информацию дают вопросы о врожденных и приобретенных заболеваниях, травмах, стрессовых си-

туациях. Необходимо исключить вероятные ятрогенные воздействия, такие, как прием медикаментов, перенесенные операции, употребление алкоголя. Нередко проблема уходит корнями в социальные и религиозные взгляды, что необходимо выявить до начала лечения.

Затем проводится осмотр наружных половых органов, пальпация яичек и полового члена. Также для выявления органических причин ЗЭ необходимо проведение ректального исследования, УЗИ полового члена и органов мошонки, ПЖ. Для диагностики заболеваний, передающихся половым путем, показаны анализы секрета ПЖ. Предпочтительный метод – бактериологические посевы на питательную среду. Результаты исследования известны через 7–10 дней, но дают более точный результат, поскольку наборы для ПЦР-диагностики, преимущественно французского и немецкого производства, имеют ареальную чувствительность и часто не определяют возбудителей инфекций, передающихся половым путем, в Восточной Европе.

В рамках оценки гормонального статуса показано исследование андрогенного профиля (общего и свободного тестостерона, лютеинизирующего гормона, пролактина, кортизола). Дополнительные исследования включают электрофизиологическую оценку нейронных путей эякуляции: метод соматосенсорных и моторных вызванных потенциалов, тестирование сакральной рефлекторной дуги. При наличии данных, указывающих на сопутствующую патологию, мужчина с ЗЭ, должен быть проконсультирован узкими специалистами – неврологом, эндокринологом, кардиологом и др.

Сегодня в диагностике нарушений эрекции и эякуляции широко используют электрофизиологический метод – биотезиометрию [7]. Этот вид диагностики позволяет измерить чувствительность половой сферы и иннервацию полового члена. Биотезиометрия безболезненна и практически не имеет противопоказаний (кроме осложненных воспалительных заболеваний полового члена). Диагностика чувствительности головки полового члена называется пенильной биотезиометрией.

Процедура пенильной биотезиометрии происходит следующим образом: к половому члену пациента прикладывают специальный датчик, который посылает колебания различной интенсивности. Колебания усиливаются до тех пор, пока пациент не сможет их почувствовать. Полученные в результате проведения обследования данные, которые выводятся на табло аппарата, сравнивают со специальной шкалой, по которой и определяют чувствительность полового члена, а также его иннервацию. Пониженная чувствительность к вибрации может свидетельствовать о повреждении нервов (что клинически проявляется ЗЭ), а повышенная – о гипервозбудимости полового члена, которая приводит к быстрому семяизвержению. Результаты биотезиометрии характеризуются большой точностью и позволяют специалисту более подробно выяснить природу эректильной дисфункции у пациента и факторы, которые способствовали ее возникновению, а также подобрать наиболее действенную методику лечения. Помимо диагностики, биотезиометрия может служить для оценки проводимой терапии заболеваний.

В зависимости от этиологии коррекция ЗЭ может включать образовательное консультирование, психосексуальную терапию, медикаментозное или интегрированное лечение. Лечение ЗЭ с помощью медикаментов сопровождается ограниченным успехом. Ни одно из лекарственных средств не было одобрено в качестве постоянно принимаемого препарата для этих целей. Большинство потенциально используемых препаратов имеют ограниченную эффективность, значительные побочные действия или все еще проходят клинические испытания [8].

Задачей психосексуальной терапии является создание терапевтического альянса половых партнеров, учитывая инди-

видуальные особенности каждого из них. Необходимо снять с пациента и его партнерши клеймо «пожизненной проблемы», нормализовать климат личностных отношений, устранить патологическую тревогу и страх ожидания неудачи. Мастурбация на фоне интенсивной сексуальной стимуляции может способствовать индукции семяизвержения и оргазма у данной категории больных. Хотя некоторые культуры и религии запрещают подобные приемы, временные отступления от шаблонов допустимы, когда преодоление бесплодия в браке и сексуальная гармонизация являются целью лечения.

Целью поведенческой терапии является создание благоприятной интимной атмосферы. При этом рекомендуется уделять больше внимания совместному времяпровождению, свести к минимуму употребление алкоголя, заниматься сексом с предварительной пролонгированной сексуальной стимуляцией [7].

Сосудистые заболевания, нейропатии и послеоперационные осложнения, как правило, имеют малообратимый характер. В данном случае пациенту необходима регенеративная терапия, позволяющая восстановить и повысить чувствительность половых органов.

В случае применения большим препаратов, вызывающих ЗЭ, необходимо скорректировать дозу или отменить лекарство. При этом требуется соблюдать междисциплинарный подход с привлечением соответствующих специалистов (невропатологов, терапевтов, психиатров).

При выявлении дефицита андрогенов назначается заместительная терапия с использованием препаратов тестостерона (сустанон 250, небидо, андрогель и др.).

К сожалению, фармакотерапия имеет ограниченное значение в лечении ЗЭ. Большинство лекарственных средств, которые были потенциально определены для коррекции ЗЭ, имеют низкую эффективность и обладают выраженными побочными эффектами. В некоторых случаях медикаменты могут лишь косвенно влиять на акт эякуляции. В других случаях терапия была использована в качестве противодействия ятрогенным эффектам препаратов, вызывающих ретардацию эякуляции или анэякуляцию.

Одни препараты влияют на эякуляторное латентное время косвенным образом за счет действия на другие компоненты сексуального ответа, другие препараты первоначально использовали для снятия ингибирующего влияния на эякуляцию других лекарств.

Альфа-1-адреномиметики – имипрамин, эфедрин, псевдоэфедрин, мидодрин могут играть определенную роль в лечении ЗЭ, однако вызывают значительные побочные эффекты, такие, как тахикардия, гипертензия, нервное возбуждение, тремор, нарушение сна, диспепсия. Это ограничивает их использование.

Антигистаминный препарат ципрогептадин, повышающий мозговой уровень серотонина, в некоторых исследованиях индуцировал эякуляцию при ятрогенной задержке, вызванной использованием селективных ингибиторов обратного захвата серотонина. Однако его седативный эффект превышает ожидаемый терапевтический.

Анандамид является агонистом дофаминергических рецепторов и обладает центральным и периферическим механизмом действия. В экспериментах на крысах сообщается о его стимулирующем влиянии на сексуальное поведение [9]. Некоторые авторы описывают положительный эффект при использовании анандамида (100 мг) за 5–6 ч перед половым актом. Другие фармакологические средства, такие, как йохимбин, буспирином, апоморфин и окситоцин, в ряде наблюдений индуцировали семяизвержение. Но опыт их использования в основном носит экспериментальный и ограниченный характер. Отсутствие доказательной базы не позволяет рекомендовать перечисленные выше средства в лечении ЗЭ.

Результаты анкетирования МИЭФ у больных ЗЭ до лечения

Характеристики МИЭФ, бал	Группа 1, n=40	Группа 2, n=42
Эректильная функция	17,6±3,1	18,5±3,2
Удовлетворенность половым актом	8,2±1,4	9,3±1,8
Оргазм	7,2±1,1	7,1±2,3
Либи́до	8,1±1,2	8,9±1,1
Общее удовольствие	7,0±1,6	6,6±2,4

Таблица 2

Первичные показатели HDRS и психопатологической симптоматики у больных ЗЭ

Показатель	Группа 1, n=40	Группа 2, n=42
Среднее значение HDRS, балл	10,5±1,8	18,6±2,1
Эмоциональная неустойчивость, абс. число (%)	15 (37,5%)	20 (47,5%)
Неврастения, абс. число (%)	6 (15%)	33 (78,6%)
Невроз навязчивых состояний, абс. число (%)	3 (7,5%)	10 (23,8%)

Другие разнообразные препараты, включая природные биостимуляторы, препараты из группы алкалоидов, гормоны задней доли гипофиза, предположительно увеличивают вероятность эякуляции у мужчин с ЗЭ. Больших исследований с многочисленным участием пациентов, использовавших эти препараты, не проводилось, а их применение было экспериментальным, ограниченным и эпизодическим. В связи с этим полученные данные недостаточно надежны, чтобы рекомендовать эти препараты для использования в лечении ЗЭ.

Методы физиотерапевтического воздействия, такие, как вибро- и электростимуляция, а также специальная гимнастика, могут быть использованы как монотерапия, так и входить в состав комбинированной терапии. Высокочастотные вибрации (50–200 Гц) возбуждают вторичные мышечные окончания. Действие вибрации на нервно-мышечный аппарат вызывает ее тоническое сокращение. Виброимпульсы от первичных окончаний мышечных волокон достигают двигательных нейронов спинного мозга, через которые замыкаются на той же мышце, вызывая ее сокращение. С увеличением частоты вибрации механическая энергия в большей мере поглощается поверхностными тканями организма.

При низких частотах (до 10 Гц) механические колебания распространяются по всему телу с малым затуханием. На высоких частотах (90–130 Гц) создаются оптимальные условия возбуждения инкапсулированных нервных окончаний организма, которое оказывает стимулирующее действие на интактные и поврежденные нервные проводники.

Пенильная вибростимуляция может иметь успех, однако отсутствуют данные о пролонгированном эффекте данного воздействия. Трансректальную электростимуляцию используют главным образом для получения эякулята у пациентов с нарушением функции тазовых органов. Данная процедура требует анестезиологического пособия ввиду своей болезненности, что ограничивает ее использование в коррекции пожизненной ЗЭ.

В сексологии для лечения ЗЭ разработаны следующие виды психотерапии:

- психоаналитическая (ориентируется на раскрытие предполагаемых ранних причин);
- когнитивно-поведенческая (изменения своих обреченных на провал когниций и дисфункциональных действий, коррекция эмоциональных проблем);
- релаксационная и телесно ориентированная (обеспечивает оптимальную телесную и душевную саморегуляцию).

Отдельным направлением является супружеская и се-

мейная психотерапия. Принципами последней являются проведение парной психотерапии, ослабление страха сексуальной несостоятельности, устранение дефицита в сексуальной просвещенности, установление значения сексуального расстройства (определенной заинтересованности в нем) в отношениях между партнерами. Психотерапия дополняется коррекцией нарушенного сексуального взаимодействия в паре (сексотерапевтические упражнения, приемы чувственного фокусирования и др.).

Гипноз может помочь в случае обнаружения связи отделимо взятого сексологического симптома с психотравмирующей ситуацией, с помощью гипноза пациент может избавиться от симптома путем его переработки в трансовом состоянии.

В настоящее время наиболее распространенным методом коррекции пожизненной ЗЭ является психо- и секс-терапия. Благотворный эффект психотерапии зависит от тяжести ЗЭ и восприимчивости пациента в каждом конкретном случае.

На сегодня для лечения ЗЭ не существует апробированных стандартов лечения с указанием фармакологических препаратов с доказанной высокой эффективностью действия.

Цель исследования: оценить эффективность комплексного лечения пациентов с задержанной эякуляцией различной этиологии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

На базе андрологического отделения Харьковского областного клинического центра урологии и нефрологии имени В.И. Шаповала проведено комплексное обследование и лечение 82 пациентов, страдающих задержкой эякуляции. В 1-ю группу вошли 40 пациентов, у которых причинами развития данного эякуляторного нарушения были органические (диабетическая нейропатия, фиброз ПЖ, алкоголизм, трансуретральная резекция ПЖ). Во 2-ю группу вошли 42 пациента с неорганическими причинами развития ЗЭ (психогенные нарушения, депрессии, пережитый стресс, «мужские» комплексы).

Обе группы пациентов были сопоставимы по возрасту, габитусу и степени выраженности симптомов ЗЭ. Всем пациентам проводили сбор сексуального анамнеза, анкетирование по МИЭФ и шкале Гамильтона для оценки депрессии (HDRS), определяли продолжительность интравагинального латентного интервала (ИВЛИ), выполняли УЗИ органов мочеполовой системы. В конце каждого вида лечения прово-

Результаты МИЭФ при использовании различных схем лечения у больных с ЗЭ

Группа	МИЭФ, баллы	
	До лечения	Через 3 месяца после лечения
1а, n=18	17,6±3,1	20,5±1,7
1б, n=22	17,6±3,1	22,1±2,0
2а, n=22	18,5±3,2	23,3±2,2
2б, n=20	18,5±3,2	21,5±1,9

Таблица 4

Динамика показателей удовлетворенности половым актом при использовании различных схем лечения у больных с ЗЭ

Группа	Удовлетворенность половым актом, баллы	
	До лечения	Через 3 месяца после лечения
1а, n=18	8,2±1,4	12,7±1,4
1б, n=22	8,2±1,4	13,4±2,3
2а, n=22	9,3±1,8	14,4±2,3
2б, n=20	9,3±1,8	12,8±1,5

Таблица 5

Динамика общей удовлетворенности при использовании различных схем лечения у больных с ЗЭ

Группа	Общее удовлетворение, баллы	
	До лечения	Через 3 месяца после лечения
1а, n=18	7,0±1,6	8,9±1,1
1б, n=22	7,0±1,6	9,1±0,7
2а, n=22	6,6±2,4	9,2±0,9
2б, n=20	6,6±2,4	9,0±0,8

дидли опрос-анкетирование по общему удовлетворению сексуальным контактом после лечения (да/нет).

Методами бактериологических посевов и полимеразной цепной реакции исключали инфекции полового тракта (пациенты с простатовезикулитами инфекционной этиологии исключались из данного исследования). В группе органических нарушений назначали витамины группы В, уридин и трюфостимулирующую терапию. В группе неорганической патологии – сертралин или бупирион. Всем пациентам на фоне лечения проводили психотерапию.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

При опросе пациентов, интравагинальный латентный интервал (ИВЛИ), в обеих группах он варьировал от 17 до 58 мин, составляя в среднем 38±7,2 мин.

Анализ результатов показателей анкеты МИЭФ позволил нам оценить и сравнить все показатели сексуальной функции мужчин, принимавших участие в исследовании. В группе 1 практически все показатели МИЭФ оказались несколько хуже. Показатель удовлетворенности половым актом пациентов группы 2 был выше (9,3±1,8 и 8,2±1,4 соответственно). Однако уровень общей удовлетворенности в группе органической природы ЗЭ оказался выше (7,0±1,6 и 6,6±2,4 соответственно) (табл. 1).

Результаты опросника HDRS (шкала Гамильтона) по изучению депрессии показали, что у больных группы 2 по сравнению с группой 1 достоверно чаще выявляли депрессивные расстройства, особенно выраженного характера. Показатель эмоциональной неустойчивости на 10% (37,5% против 47,5%) реже встречался в группе 1. В свою очередь невроз навязчивых состояний в 3 раза чаще встречался в

группе 2 (23,8% и 7,5% соответственно). Полученные результаты HDRS у больных с ЗЭ в сочетании с ЭД представлены в табл. 2.

Таким образом, психогенные нарушения, депрессии, пережитый стресс, «мужские» комплексы, которые часто встречаются у больных с неорганическими причинами ЗЭ, усиливают выразительность этих заболеваний у данной категории пациентов.

В дальнейшем пациенты основных групп были разделены на подгруппы в зависимости от метода лечения. Так, в подгруппе 1а (n=18) пациенты в течение 3 мес принимали келтикан (уридина фосфат) по 2 капсулы 2 раза в сутки и витамин В6 (пиридоксин) в дозе 20 мг 2 раза в день. В подгруппе 1б (n=22) пациентам к перечисленным выше препаратам для активации кровообращения и восстановления нервной проводимости и чувствительности дополнительно назначали трюфостимулирующую терапию нервно-рефлекторных центров спинного мозга (по 10 мин через день) в виде электро- и вибрационных импульсов в диапазоне 90–130 Гц.

Пациенты группы 2а (n=22) в течение 1 мес получали бупирион в суточной дозе 20 мг, в группе 2б (n=20) препаратом выбора стал сертралин в минимально анксиолитической дозе 25 мкг/сут.

При анализе динамики показателей анкеты МИЭФ на фоне проводимой терапии были получены приведенные ниже результаты (табл. 3).

Данные, приведенные в табл. 3, показывают, что в группе пациентов с органическими причинами ЗЭ применение уридина с препаратами витамина В6 повысил общий показатель индекса МИЭФ до 20,5±1,7, однако добавление трюфостимулирующих методов еще более улучшило этот показатель – с

Таблица 6

Динамика показателей анкетирования HDRS и психопатологической симптоматики больных ЗЭ

Показатель	Группа 1, n=40		Группа 2, n=42	
	До лечения	Через 3 месяца после лечения	До лечения	Через 3 месяца после лечения
Среднее значение HDRS, балл	10,5±1,8	8,2±1,5	18,6±2,1	9,6±3,3
Эмоциональная неустойчивость, абс. число (%)	15 (37,5%)	8 (20%)	20 (47,5%)	12 (28,6)
Неврастения, абс. число (%)	6 (15%)	2 (5%)	33 (78,6%)	17 (40,8%)
Невроз навязчивых состояний, абс. число (%)	3 (7,5%)	1 (2,5%)	10 (23,8%)	6 (14,3%)

Таблица 7

Укорочение ИВЛИ в группах лечения

Группа	ИВЛИ, мин	
	До лечения	Через 3 месяца после лечения
1а, n=18	38,2±1,4	15,7±1,2
1б, n=22	38,2±1,4	13,4±2,5
2а, n=22	39,3±1,8	12,5±3,1
2б, n=20	39,3±1,8	22,8±3,6

Таблица 8

Субъективная эффективность лечения в группах

Группа	Эффективность лечения	
	Абс. число	%
1а, n=18	10	55,5
1б, n=22	15	68,1
2а, n=22	17	77,3
2б, n=20	11	55

17,6±3,1 до 22,1±2,0. В свою очередь, среди пациентов с неорганическими причинами СЭ результаты индекса МИЭФ при применении буприона оказались выше, чем в группе сертралина (23,3±2,2 против 21,5±1,9 соответственно).

При анализе динамики показателей удовлетворенности половым актом на фоне проводимой терапии также были получены результаты, отраженные в табл. 4.

Согласно анализу анкетирования удовлетворенности половым актом внутри групп (см. табл. 4), в каждой группе отмечено достоверное увеличение на фоне проводимого лечения. Однако, как и при сравнении показателей МИЭФ лучшие результаты оказались в группе 1б (достоверное увеличение на фоне физиотерапевтического лечения) и при применении буприона (группа 2а).

Не менее важным и клинически значимым было наблюдение за динамикой общей удовлетворенности у больных от проводимой терапии (табл. 5).

Анализируя полученные результаты после проведенного лечения, следует отметить положительную динамику показателей общей удовлетворенности во всех группах. Однако лучшие показатели были достигнуты в группе 1б больных с ЗЭ органической этиологии, которые получали дополненную трофостимулирующим методом терапию (с 7,0±1,6 до 9,1±0,7) и в группе 2а – пациентов с ЗЭ психической этиологии, которые получали буприон (с 6,6±2,4 до 9,2±0,9).

Сравнительный анализ пациентов основных групп свидетельствует о более выраженном снижении уровня невротических проявлений в группе 2, что было обусловлено использованием агониста 5-НТ 1А (буприона) и ИОЗС (сертралина) (табл. 6).

При исследовании объективной эффективности прово-

димого лечения (стабилизация ИВЛИ) были получены результаты, представленные в табл. 7.

Наиболее выраженное сокращение ИВЛИ с оптимизацией времени до эякуляции наблюдалось в группах 1б (уридин, В6 и трофостимулирующая терапия) – 13,4±2,5 мин и группе 2а (буприон) – 12,5±3,1 мин.

Субъективная эффективность – достижение оргазма и эякуляции в желаемый период наибольшего возбуждения (как правило, 10–15 мин интравагинального времени) представлена в табл. 8.

Данные табл. 8 свидетельствуют, что наибольшая эффективность лечения в группе органических причин отмечена в группе 1б (уридин, В6 и трофостимулирующая терапия) – 68,1%, а в группе психических причин – в группе 2а (буприон) – 77,3%, что соответствовало предшествующим показателям в группах.

ВЫВОДЫ

1. Наибольший эффект (68,1%) лечения пациентов с задержанной эякуляцией, который выражается в улучшении показателей индекса МИЭФ, удовлетворенности половым актом и общей удовлетворенности, был достигнут в группе 1б на фоне комбинированного лечения – уридин, витамин В6 и физиотерапия. Дополнение лекарственной терапии трофостимулирующим влиянием на рефлексогенные зоны спинальных центров эрекции и эякуляции, активизация нейронной проводимости и чувствительности привело к достоверно лучшей динамике исследуемых показателей.

2. По результатам лечения пациентов 2-й группы выявлено, что буприон (77,3%) был более эффективен по сравнению с сертралином (55%) при лечении пациентов с ЗЭ, обусловленной неорганическими причинами.

Лікування затриманої еякуляції різної етіології
В.М. Лісовий, О.В. Книгавко, А.В. Аркатов,
В.О. Кривицький, О.С. Горленко, Р.Н. Саваланлі

Treatment of delayed ejaculation of various etiologies
V.N. Lesovoy, O.V. Knigavko, A.V. Arkatov,
V.A. Krivitsky, O.S. Gorlenko, R.N. Savalanli

Затримана еякуляція (ЗЕ) – важке для психологічної самооцінки чоловіка, але відносно рідкісне сексуальне порушення, через що мало вивчено і досі не має протоколів тактики лікування.

Мета дослідження: оцінити ефективність комплексного лікування пацієнтів із ЗЕ різної етіології.

Матеріали та методи. На базі Харківського обласного клінічного центру урології та нефрології імені В.І. Шаповала за період 2008–2016 рр. були обстежені та проліковані 82 пацієнта із ЗЕ. Хворі були розподілені на дві групи залежно від етіології захворювання: органічна (n=40 пацієнтів) та неорганічна (n=42). Ці групи пацієнтів були порівнянні за віком, габітусом і ступенем вираженості симптомів ЗЕ. Усім хворим проводили збір сексуального анамнезу, визначали тривалість інтравагінального латентного інтервалу (ІВЛІ), проводили анкетування за МІЕФ і шкалою Гамільтона для оцінювання депресії (HDRS), виконували УЗД органів сечостатевої системи. Наприкінці кожного виду лікування проводили опитування-анкетування за загальним задоволенням від лікування (так/ні). Методами бактеріологічного посіву і полімеразної ланцюгової реакції виключали інфекції статевого тракту. Пацієнтам групи органічних порушень призначали вітаміни групи В, уридин і трофостимулювальну терапію. Хворим групи неорганічної патології – сертралін або бупірон. Усім пацієнтам на тлі лікування проводили психологічну терапію.

Результати. У групі пацієнтів з органічними причинами ЗЕ вживання уридину з вітаміном В6 підвищив загальний показник індексу МІЕФ (до 20,5±1,7), проте додавання трофостимулювальних методів ще більше покращив цей показник (з 17,6±3,1 по 22,1±2,0). Серед пацієнтів з неорганічними причинами ЗЕ результати індексу МІЕФ у разі вживання бупірону виявилися вищими (23,3±2,2), ніж у групі сертраліну (21,5±1,9).

Заключення. За наявності органічної причини ЗЕ найбільша ефективність (68,1%) зазначена у результаті застосування нейрорегенеративної терапії (уридинові фосфати, вітамін В6, трофостимулювальна терапія). За наявності психічної природи найбільша ефективність виявлена в результаті використання бупірону (77,3%).

Ключові слова: затримана еякуляція, сексуальна дисфункція, уридин, трофостимулювальна терапія, бупірон, сертралін.

Delayed ejaculation (DE) – a serious problem for male psychological self-esteem, but relatively rare sexual disorder as a consequence, little studied, and is still not formed guideline treatment strategy.

Objective: to evaluate the effectiveness of integrated treatment of DE in patients with different etiologies.

Patients and methods. On the base of KRCCUN named by Shapoval for the period 2008–2016 years were diagnosed and treated 82 patients with delayed ejaculation. Patients were divided into two groups, depending on the etiology of the disease: Organic (40 patients) and Nonorganic (psychotic) – 42 patients. Both groups of patients were comparable in age, habit, and the severity of symptoms of DE. All patients were collected sexual history was determined by the duration of intravaginal ejaculation latency time (IELT), conducted a survey on the IIEF and Hamilton Depression Rating Scale (HDRS), performed ultrasound of the genitourinary system. At the end of each treatment was conducted poll-survey on the satisfaction of the treatment (yes/no). In the group of organic disorders prescribed vitamin B6, uridine and trophy-stimulation therapy. The nonorganic pathology group received sertraline or buspirone. All patients during treatment were conducted psychological therapy.

Results. In the group of patients with organic causes of DE reception uridine and vitamin B6 increased the overall index of IIEF (to 20,5±1,7), but the addition of trophy-stimulation therapy further improve this ratio (from 17,6±3,1 to 22,1±2,0). Among patients with non-organic causes of DE results IIEF index while taking buspirone was higher (23,3±2,2), than in the sertraline group (21,5±1,9).

Conclusions. When organic reason DE high efficiency (68,1%) was recorded in the application neuroregenerative therapy (Uridine phosphate, vit B6, trophy-stimulation therapy), when the psychic nature of the highest efficiency demonstrated buspirone (77,3%).

Key words: delayed ejaculation, sexual dysfunction, uridine, trophy-stimulation therapy, buspirone, sertraline.

Сведения об авторах

Лесовой Владимир Николаевич – Кафедра урологии, нефрологии и андрологии Харьковского национального медицинского университета, 61022, г. Харьков, просп. Ленина, 4.

Книгавко Александр Владимирович – Кафедра урологии, нефрологии и андрологии Харьковского национального медицинского университета, 61022, г. Харьков, просп. Ленина, 4; тел.: (050) 401-25-43. E-mail: aknig@mail.ru

Аркатов Андрей Валентинович – Кафедра урологии, нефрологии и андрологии Харьковского национального медицинского университета, Харьковский областной клинический центр урологии и нефрологии имени В.И. Шаповала, 61000, г. Харьков, просп. Московский, 195

Кривицкий Виталий Александрович – Харьковский областной клинический центр урологии и нефрологии имени В.И. Шаповала, 61000, г. Харьков, просп. Московский, 195

Горленко Александр Сергеевич – Харьковский областной клинический центр урологии и нефрологии имени В.И. Шаповала, 61000, г. Харьков, просп. Московский, 195.

Саваланли Раван Натиг Оглы – Харьковский национальный медицинский университет, 61022, г. Харьков, просп. Ленина, 4.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- Холодный В.А. Симптоматические сексуальные дисфункции в практике врача-уролога // Экспериментальная и клиническая урология. – 2013.
- Knigavko O, Khanzhyn V, Olaniyan M. The Optimal Treatment Method in Delayed Ejaculation Patients // The Journal of Sexual Medicine, 2017. – Vol. 14, Issue 1, S102–S103.
- David Rowland, Chris G. McMahon, Carmita Abdo, Juza Chen, Emmanuele Jannini, Marcel D. Waldinger, Tai Young Ahn Disorders of Orgasm and Ejaculation in Men // The Journal of Sexual Medicine, 2010. – Vol. 7, Issue 4, p1668–1686.
- Васильченко Г.С., Агаркова Т.Е., Агарков С.Т. и др. Сексопатология: справочник / Под ред. Г.С. Васильченко. – 1998. – 576 с.
- Chris G. McMahon, Emmanuele Jannini, Marcel Waldinger, David Rowland // Standard Operating Procedures in the Disorders of Orgasm and Ejaculation The Journal of Sexual Medicine, 2013, Vol. 10, Issue 1, p204–229.
- Тиктинский О.Л., Калинина С.Н., Михайличенко В.В. Андрология. – 2010. – 576 с.
- Кочарян Г.С. Расстройства эякуляции и их лечение. – Х.: «Апостроф», 2012. – 328 с.
- Jennifer L. Moll, Candace S. Brown The Use of Monoamine Pharmacological Agents in the Treatment of Sexual Dysfunction: Evidence in the Literature // The Journal of Sexual Medicine, 2011 Vol. 8, Issue 4, p956–970.
- Gabriela Rodriguez-Manzo, A.n.a. Canseco-Alba Anandamide Reduces the Ejaculatory Threshold of Sexually Sluggish Male Rats: Possible Relevance for Human Lifelong Delayed Ejaculation Disorder // The Journal of Sexual Medicine, 2015. – Vol. 12, Issue 5, p1128–1135.

Статья поступила в редакцию 13.02.17