

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ И ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ВАСКУЛОГЕННЫМИ СЕКСУАЛЬНЫМИ ДИСФУНКЦИЯМИ И ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ

Особенности клиники и лечения больных с васкулогенными сексуальными дисфункциями и психопатологическими нарушениями. Сексологически и психопатологически обследованы 60 мужчин с атеросклеротическим поражением генитальных артерий и сопутствующими психопатологическими нарушениями. Установлено, что клиника сексуальных дисфункций у пациентов данной группы определяется как степенью нарушений генитального кровотока, так и выраженностью имеющейся у них психопатологической симптоматики. Всем больным проведено лечение, которое включало курсовое назначение вазоактивных препаратов, процедур локальной декомпрессии и использование техник интегративной психотерапии. У 81,6% больных достигнуто улучшение сексуальной функции.

Ключевые слова: сексуальные дисфункции, психопатологические расстройства, атеросклеротические поражения генитальных артерий, вазоактивные препараты, интегративная психотерапия.

The 60 men with genital arteries atherosclerosis and psychopathology disorders were studied sexologically and psychopathologically. It was established that the symptomatology of patients sexual dysfunction is determined both by the genital blood supply dysfunction degree and by the psychopathology disorders. The therapy was carried out for all patients. The therapy includes vasoactive preparations, local decompression procedures and the methods of integrative psychotherapy. The improvement of sexual functions was achieved for 81.6% of patients. Key words: sexual dysfunctions; psychopathology disorders; atherosclerosis of genital arteries; vasoactive preparations; integrative psychotherapy.

Половые расстройства у мужчин являются весьма актуальной медико-психологической проблемой ввиду их широкой распространенности. Так, по данным наиболее всестороннего исследования сексуального поведения в США, проведенного в рамках проекта NHSLS (1994), значительное число американских мужчин испытывает те или иные проблемы в интимной жизни. Снижение или отсутствие интереса к половым контактам выявлено у 16% обследованных, беспокойство по поводу своих сексуальных возможностей испытывали 17%, недостаточная эрекция отмечалась у 19%, а на слишком быстрое наступление эякуляции и оргазма указали 29% мужчин [11]. В нашей республике только в Минский городской сексологический центр с жалобами на различного рода сексуальные дисфункции и партнерские проблемы ежегодно обращаются до 1500 лиц мужского пола. Наиболее распространенной причиной визита к сексопатологу являются нарушения потенции. Частота расстройств эрекции увеличивается с возрастом, составляя от 5 до 8% у молодых мужчин и достигая 75-80% к 80 годам [5,7,12,13]. Причины эректильных дисфункций весьма многочисленны и связаны с различными нарушениями в психической сфере, нервной, эндокринной, мочеполовой, сердечно-сосудистой системах,

обеспечивающих генитальные реакции [1,3,8,9,13]. Органические факторы в этиологии эректильных дисфункций, по различным оценкам, составляют от 20-25% до 50-70%, а их удельный вес заметно возрастает у мужчин старше 40-45 лет [1,5,9,13]. Вне зависимости от причин, приведших к половому расстройству, у большинства мужчин возникают весьма болезненные личностные реакции на снижение потенции. Поэтому, если нарушения эрекции возникли в результате той или иной органической патологии, к ним часто присоединяется вторичная невротическая симптоматика, еще больше усугубляющая сексуальные проблемы мужчины [4,8]. В таких случаях принято говорить о сексуальных дисфункциях смешанной этиологии, причем лечение данных расстройств, представляет непростую задачу ввиду необходимости сочетанного воздействия на различные звенья их патогенеза.

Нарушения генитального кровотока атеросклеротического генеза являются одной из наиболее частых причин половых расстройств у мужчин в возрасте старше 40 лет [1,7,12,13]. Прогрессирующее ухудшение качества эрекции, обусловленное нарастающей недостаточностью кровоснабжения кавернозных тел при сексуальной стимуляции, затрудняет или делает невозможным полноценный коитус. Это нередко приводит к возникновению у таких мужчин невротической фиксации на состоянии половой сферы и патологических личностных реакций, в основе которых лежит страх перед импотенцией и возможным одиночеством, что в свою очередь может усугублять сексуальные проблемы [2,6,13]. Поэтому исследование взаимовлияния сексуальных дисфункций и психопатологии у мужчин с нарушениями кровотока в артериальном русле гениталий имеет важное значение для разработки оптимальных стратегий восстановления их половой активности.

Материалы и методы

На базе Минского городского сексологического центра (руководитель центра Д. З. Капустин) в 1999-2001 годах нами проведено сексологическое и психопатологическое обследование 96 мужчин, страдающих импотенцией органического происхождения (N 48.4) вследствие атеросклеротического поражения артериального русла гениталий. Диагноз верифицирован с помощью ультразвуковой доплерографии сосудов полового члена с нагрузочными пробами, существенно повышающими информативность исследования [6,7,10,12]. В качестве фармакологической нагрузки использовались интракавернозные инъекции каверджекта (10 мкг) либо 2% нитроглицериновая мазь, которая наносилась на головку полового члена [7,12,13].

Выборка настоящего исследования составила 60 больных в возрасте 38 – 60 лет. Использовались следующие критерии отбора пациентов: 1) возраст до 60 лет включительно; 2) наличие у пациента клинических проявлений васкулогенных половых дисфункций, обусловленных патологией артериального кровотока гениталий, а также психопатологической симптоматики непсихотического регистра; 3) информированное согласие на участие в исследовании. Средний возраст больных $47,5 \pm 1,8$ лет. Средняя длительность полового расстройства – $3,9 \pm 0,7$ лет. У всех пациентов в целях динамического контроля состояния генитального кровотока ультразвуковая доплерография проводилась до, во время и по завершению курса лечения, а у 48 больных – через 6 месяцев после его окончания. Одновременно исследовались в динамике основные показатели

сексуального функционирования пациентов. С этой целью нами использовался стандартный опросник «Сексуальная формула мужская» (СФМ).

Результаты и обсуждение

Нарушения эрекции отмечались у всех 60 пациентов, вошедших в исследование (100%), эякуляторные расстройства – у 31 (51,7%), снижение либидо – у 12 (20%), стертый оргазм – у 9 мужчин (15%).

Типовой профиль СФМ в исследуемой группе (до лечения): 2,4; 1,4; 1,5/1,4; 1,5; 2,5/2,1; 1,4; 1,2/0,9-5,7/5,4/ /4,7/0,9-16,7. В наибольшей степени были снижены показатели 2-ой триады, отражающие параметры реализации коитуса. Структурный анализ половых расстройств по Г. С. Васильченко выявил наличие стержневой (ведущей) патологии эрекционной составляющей у 46 пациентов (76,7%) и психической составляющей у 14 пациентов (23,3%). Поражения одновременно двух составляющих зарегистрирована в 38,3% случаев, трех – в 46,7%, а всех четырех (нейрогуморальной, психической, эрекционной и эякуляторной) – в 15% случаев.

По данным ультразвукового сканирования пенильных артерий с фармакологической нагрузкой легкие (компенсированные) нарушения кровоснабжения кавернозных тел были выявлены у 22 больных, умеренно выраженные (субкомпенсированные) – у 29 больных и выраженные (декомпенсированные) – у 9 пациентов.

Анализ имеющейся на момент обследования психопатологической симптоматики выявил системно-невротические нарушения в форме тревожного ожидания сексуальной неудачи у 25 мужчин (41,7%). Торпидные, порой неполные эрекции пациентов при коитусе вначале были обусловлены некоторым снижением генитального кровотока. Упреки партнерши в половой слабости и даже ее шуточные замечания по поводу сексуальных возможностей мужа способствовали фиксации внимания пациентов на состоянии половой сферы и усиленному контролю за качеством возникающих эрекций. Постоянный тревожный гиперконтроль в ходе интимного сближения, дезавтоматизирующий нормальные сексуальные реакции мужчины, на фоне имеющейся дефицитности региональной гемодинамики особенно легко провоцировал новые неудачи, создавая своеобразный «порочный круг». Быстро присоединялись навязчивые опасения оказаться несостоятельными при очередной близости, которые свидетельствовали о формировании у них на фоне васкулогенной патологии вторичных невротических расстройств в форме синдрома тревожного ожидания сексуальной неудачи.

У 22 пациентов (36,7%) невротическая симптоматика носила более выраженный характер, не ограничивающийся сферой интимных отношений. Существовала тесная временная связь между участвовавшими у пациентов неудачными попытками близости, резким ухудшением супружеских или партнерских отношений и возникновением у них на этом фоне тревожно-депрессивных реакций. Выявленные психопатологические нарушения квалифицированы нами согласно МКБ-10, как расстройства адаптации. Среди 22 больных у 2 зарегистрированы кратковременные депрессивные реакции (F43.20); у 5 – пролонгированные депрессивные реакции (F43.21); у 12 – смешанные тревожные и депрессивные реакции (F43.22); у 3 – смешанные расстройства эмоций и поведения (F43.25). К особенностям расстройств адаптации у данного

контингента больных следует отнести сочетание собственно тревожной и/или депрессивной симптоматики и навязчивых опасений сексуальной неудачи, страхов перед интимной близостью, ипохондрических проявлений, адресованных половой сфере, реже - конфликтного, агрессивного поведения в сочетании со злоупотреблением алкоголем.

У 13 пациентов в соответствии с диагностическими критериями МКБ-10 были выявлены органические эмоционально-лабильные (астенические) расстройства (F06,6) обусловленные цереброваскулярной патологией. В клинической картине заболевания у них преобладали астенические явления, сочетающиеся с головными болями, головокружением, шумом в ушах и нарушениями сна. Половые расстройства у этих пациентов характеризовались ослаблением спонтанных и адекватных эреций, укорочением длительности коитуса, снижением полового влечения и стертыми ощущениями как при фрикциях, так и в момент оргазма. Такое многообразие сексологической симптоматики объясняется взаимоусилением декомпенсирующих половую сферу мужчины патогенных факторов. Атеросклеротические изменения в артериях, кровоснабжающих гениталии, приводят к уменьшению кровенаполнения кавернозных тел при сексуальной стимуляции, а ухудшение церебрального кровотока вызывает психопатологические нарушения и неблагоприятно воздействуют на нейрогуморальное обеспечение копулятивной сферы, способствуя нарастанию инволюционных процессов, а также невротической фиксации больных на состоянии половой функции.

Для уточнения степени влияния сосудистой патологии и психопатологических нарушений на характер сексологических расстройств проведен корреляционный анализ варьирующих переменных (см. табл. 1).

Изучение численных значений коэффициента линейной корреляции (r) позволило выявить наиболее тесную (сильную) связь между выраженностью нарушений генитального кровотока и ухудшением у больных качества эрекции ($r = 0,73$), а также снижением их половой активности ($r = 0,76$). Прослежено негативное влияние синдрома тревожного ожидания сексуальной неудачи на эректильную функцию ($r = 0,64$), еще более выраженная связь обнаружена между расстройствами адаптации и ухудшением эрекции ($r = 0,68$), а также снижением половой активности ($r = 0,69$). Органические астенические расстройства имели сильную связь со снижением оргастических ощущений ($r = 0,71$), умеренную связь с эякуляторными расстройствами ($r = 0,66$) и снижением либидо ($r = 0,65$) ($p < 0,05$). Дополнительным негативным влиянием на сексуальную сферу психопатологических нарушений можно объяснить факт наличия у 12 пациентов выраженных эректильных дисфункций и существенного снижения половой активности уже на фоне незначительного снижения кровотока по пенильным артериям. Известно, что сама по себе легкая (компенсированная) недостаточность кровоснабжения гениталий проявляется лишь замедленным возникновением эрекции в начале интимной близости и ее эпизодическим ослаблением в ходе коитуса [2, 6]. Таким образом, к ухудшению сексуальных функций у больных в исследуемой группе вели, как нарастающее снижение генитального кровотока, так и имеющиеся психопатологические нарушения, что предполагало их сочетанную коррекцию.

Улучшение механизмов региональной гемодинамики при их легких и умеренных нарушениях достигалось за счет активизации генитального кровотока курсовым (продолжительностью от 1,5 до 3 месяцев) назначением различных сочетаний вазоактивных препаратов общего действия: трентал – 300-600 мг/сутки внутрь, танакан – 120-240 мг/сутки внутрь, актовегин – 80-160 мг/сутки внутримышечно, ксантинола никотинат – 300-600 мг/сутки внутримышечно или внутрь, сермион – 30-40 мг/сутки внутримышечно или внутрь, йохимбин – 15-20 мг/сутки внутрь, анавенол – по 20-25 капель 3 раза в день. Например, широко использовалась комбинация альфа-адреноблокаторов (сермиона или йохимбина) с тренталом, танаканом либо актовегином.

Прием указанных препаратов дополнялся проведением локальной декомпрессии полового члена. Для проведения процедуры локальной декомпрессии использовался вакуумный насос АЛП-01, создающий в специальной прозрачной колбе, надетой на половой член мужчины, пониженное давление воздуха, которое приводит к возникновению принудительной эрекции за счет возрастающего притока крови к кавернозным телам [6,7,8]. За счет регуляции уровня декомпрессии осуществлялся своеобразный пневмомассаж полового члена пациента (рабочее разрежение в колбе колебалось от 0,1 до 0,37 кг/см²). Это способствует усилению транспорта кислорода в межтканевых пространствах и интенсификации метаболизма кавернозных тел, а также уменьшает дегенеративные изменения в сосудистом аппарате полового члена [2,6]. Локальная декомпрессия полового члена проводилась у больных 2-3 раза в неделю. Средняя продолжительность одной процедуры 15-20 минут при общем их количестве от 10 до 15.

При более выраженной сосудистой патологии дополнительно использовались вазоактивные препараты селективного действия: виагра по 50-100 мг внутрь за 1 час до половой близости, каверджект по 10-20 мкг интракавернозно за 10-15 минут до коитуса (от 6 до 12 инъекций с частотой 1-2 раза в неделю).

Связь между сексуальными дисфункциями,
недостаточностью генитального кровотока и психопатологическими нарушениями

Таблица 1

Сексологические расстройства	Объективно регистрируемые нарушения кровоснабжения гениталий			Психопатологические нарушения		
	легкие (компенсированные) n=22, p<0,05	умеренно выраженные (субкомпенсированные) n=29, p<0,05	выраженные (декомпенсированные) n=9, p<0,05	синдром тревожного состояния сексуальн. неудачи n=22, p<0,05	расстройства адаптации n=25, p<0,05	органические энкл.-лабильные расстройства n=13, p<0,05
Нарушение эрекции	0,47	0,70	0,73	0,64	0,68	0,53
Эякуляторные расстройства	0,19	0,32	0,49	0,41	0,43	0,66
Снижение либидо	0,28	0,41	0,45	0,17	0,62	0,65
Снижение оргастических ощущений	0,33	0,37	0,42	0,12	0,67	0,71
Снижение половой активности	0,45	0,53	0,76	0,52	0,69	0,48

Коррекция имеющихся психопатологических нарушений проводилась параллельно с активизацией кровоснабжения гениталий. Основной акцент в их лечении был сделан на психотерапевтическом воздействии. Так, у 25 пациентов с вторичными невротическими расстройствами в виде синдрома тревожного

ожидания сексуальной неудачи психотерапия была единственным методом лечения указанных нарушений. Психотерапевтические мероприятия осуществлялись преимущественно в рамках разработанного нами интегративного подхода, который отличают активность, динамизм и краткосрочность психотерапии; технический эклектизм, сфокусированность на решении основных психологических проблем, способствующих возникновению либо усугубляющих половые расстройства у пациентов; структурированность психотерапевтического процесса. Терапевтическим прагматизмом данной модели обусловлен выбор форм и методов воздействия. Это техники эриксоновского гипноза, нейролингвистического программирования (НЛП), десенсибилизация и переработка движениями глаз (ДПДГ), приемы мультимодальной, когнитивно-бихевиоральной, семейной и супружеской терапии, а также элементы ряда других подходов[3]. Все они были ориентированы на устранение психологических препятствий для полноценных интимных контактов: неадекватных представлений о норме в половой жизни, сниженной самооценки, навязчивых страхов потерпеть фиаско при коитусе, нарушений межличностных отношений и сексуального взаимодействия в паре и т. п. Основные цели психотерапевтического воздействия: редукция имеющейся у пациентов невротической симптоматики, восстановление удовлетворяющей их половой активности и улучшение супружеских отношений в целом. Сеансы психотерапии проводились с частотой 1-2 раза в неделю при их общем количестве от 2 до 12.

Психотропные препараты применялись нами при наличии выраженной тревожно-депрессивной симптоматики у больных с расстройством адаптации и в случаях неконтролируемой лабильности аффекта пациентов с органическим эмоционально-лабильным (астеническим) расстройством. Учитывая отрицательное влияние на эректильную функцию большинства транквилизаторов и антидепрессантов, использовались препараты с минимальным депотенцирующим действием (грандаксин, буспар, рудотель, коаксил, гелариум, золофт, тразодон). При наличии астенического симптомокомплекса и признаков возрастной инволюции больным назначались адаптогены, метаболиты и поливитаминные комплексы: апилак, элтон, леветон, жень-шень, тентекс-форте, милдронат, супрадин, юникап-Т.

После проведения полного комплекса лечебных мероприятий общей продолжительностью от 1,5 до 4 месяцев, 29 пациентов (48,3%) расценили результаты терапии как отличные и хорошие, 20 пациентов (33,3%) как удовлетворительные, а 11 больных (18,4%) не отметили признаков какого-либо улучшения (за исключением неполных эрекций на фоне действия виагры в высоких дозировках либо каверджекта). Терапевтический эффект коррелировал как с регистрируемым при ультразвуковом сканировании пенильных артерий улучшением генитального кровотока ($p < 0,01$), так и с успешной коррекцией имевшихся у пациентов психопатологических нарушений ($p < 0,05$). Усредненный типовой профиль СФМ у 49 (81,6 %) пациентов с улучшением сексуальных функций следующий: 2,8; 3,0; 2,6/2,7; 2,9; 3,3/ 2,7; 3,2; 2,9/2,8 – 8,4/ 8,9/ 8,8 / 2,8 – 28,9.

Анализ терапевтических неудач показал, что основными причинами низкой эффективности лечения явились, в первую очередь, грубые, часто

двухсторонние атеросклеротические поражения артерий, кровоснабжающих половой член (таким пациентам перед каждым предполагаемым коитусом необходима интракавернозная инъекция каверджекта в дозировке от 10 до 40 мкг, а в ряде случаев требуется хирургическое вмешательство, в частности, реваскуляризация кавернозных тел либо фаллопротезирование). Другими факторами, негативно влияющими на результаты лечения, являлись конфликтные, подчас на грани полного разрыва, отношения в паре, пассивность и безучастность жен пациентов во время интимной близости, отсутствие у них установки на нормализацию сексуальных контактов с мужем, что способствовало сохранению навязчивого страха потерпеть неудачу либо его рецидивам у 5 пациентов.

Катамнестическое исследование проведено у 48 пациентов исследуемой группы через 6 месяцев после окончания курса терапии. Устойчивые позитивные результаты терапии сохранялись у 32 мужчин (66,7% от числа охваченных исследованием). Ослабление эрекций и снижение половой активности зарегистрированы у 16 пациентов. Ухудшение сексуальной функции у 14 больных тесно коррелировало с выявленным при доплерографии снижением кровотока по пенильным артериям ($p < 0,01$), что вероятно обусловлено прогрессированием атеросклеротических изменений сосудистого русла гениталий. У 2 пациентов новое усиление сексуальных проблем было связано, главным образом, с участвовавшими супружескими конфликтами и нарастающей взаимной неприязнью в паре.

Выводы

1. Сексуальные дисфункции у мужчин с атеросклеротическими поражениями генитальных артерий и сопутствующей психопатологической симптоматикой непсихотического регистра связаны с нарушениями как региональной гемодинамики, так и психической сферы.
2. Лечение указанного контингента больных должно проводиться комплексно, с учетом всех патогенетических механизмов половых расстройств. В первую очередь, это предполагает сочетанную коррекцию нарушений генитального кровотока и психогенных факторов, участвующих в развитии сексуальных дисфункций.
3. Данные катамнестического исследования свидетельствуют о необходимости динамического наблюдения за больными сексуальными расстройствами васкулогенного генеза с периодическим доплерографическим контролем, назначением повторных (поддерживающих) курсов вазоактивных препаратов, а в некоторых случаях проведением дополнительных психокоррекционных мероприятий.

Литература

1. Голдстейн И. Импотенция //Трудный диагноз: В 2 т.; Ред. Р. Б. Тейлор: Пер. с англ. М.: Медицина, 1988.Т.2. С. 7-24.
2. Доморацкий В. А. Лечение сексуальных расстройств у мужчин с поражением генитальных артерий. / Вестник дерматологии и венерологии. М., 1992. №6. С. 73-77.

3. Доморацкий В. А. Сексуальные расстройства и методы их коррекции у мужчин: Учебн. пособие Мн.: БГУ 2002. 192с.
4. Имелинский К. Сексология и сексопатология: Пер. с польск. М.: Медицина, 1986. 423 с.
5. Каплан Г., Сэдок Б. Клиническая психиатрия. В 2 т.: Пер. с англ. М.: Медицина, 1994. Т.1. С.464-517..
6. Кротовский Г.С, Герасимов В. Б., Доморацкий В. А. Синдромы сосудистой недостаточности эрекционной составляющей // Сексопатология: Справочник./Под ред. Г. С. Васильченко М.: Медицина, 1990. С. 499-510.
7. Кротовский Г.С. Лечение сосудистой импотенции. М.; СПб.: ЗАО «Изд-во БИНОМ» - «Невский диалект», 1998. 160 с.
8. Кришталь В. В., Гульман Б. Л., Григорян С. Р. Сексология: В 5 т. X.: ЧП «Академия сексологических исследований», 1997. Т.3. 192 с.
9. Мастерс У., Джонсон В., Колодни Р. Основы сексологии. М.: изд. «Мир», 1998. 692 с.
10. Greenstein A., Chen J. et al. Characteristic of men interested in evaluation of erectile dysfunction. Int. j. Improtence Res. 1994. №6. P.199-204.
11. Laumann E., Gagon J., Michel R., Michaels S. The social organization of sexuality. Chicago: Univ.of Chicago Press, 1994.
12. Porst H. Penile Disorders. Springer-Varlag-Berlin Heidenberg, 1997.
13. Wespes E. Impuissance organique masculine. Paris, D/o.Ornament, 1998.