

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ ЭЯКУЛЯЦИИ

М.М. Соколыщик, С.Н. Нестеров, С.В. Гагарина, Я.А. Вазиев, А.И. Бабель

УДК 616.69–008.3–08

Национальный медико-хирургический Центр им. Н.И. Пирогова

Преждевременная эякуляция – самая распространенная сексуальная проблема у мужчин моложе 40 лет и встречается приблизительно у 30%. Среди урологических больных эякуляторные расстройства наблюдаются в 22%. У 40% пациентов она сочетается с эректильной дисфункцией. Преждевременная эякуляция не только медицинская, но и социальная проблема, так как вызывает у мужчин снижение самооценки и качества жизни, оказывая неблагоприятное воздействие на сексуальные взаимоотношения.

Введение

Преждевременная эякуляция является самой распространенной сексуальной проблемой у мужчин моложе 40 лет и встречается приблизительно у 30% (Laumann, 1994 г.). Среди урологических больных эякуляторные расстройства наблюдаются в 22% (Golgmeier, 1997 г.). Также отмечено, что у 40% пациентов преждевременная эякуляция сочетается с эректильной дисфункцией (Virag, 1997 г.). Преждевременная эякуляция представляет собой не только медицинскую, но и социальную проблему, так как вызывает у мужчин снижение самооценки и качества жизни, оказывая неблагоприятное воздействие на сексуальные взаимоотношения (Пытель Ю.А., 1999).

В настоящее время нет общепринятой количественной характеристики длительности полового акта. Согласно данным литературы, средняя продолжительность фрикционного периода должна составлять от 2 [5, 12] до 10 минут [6, 7], и, соответственно, эякуляция, наступившая раньше этого времени, должна называться преждевременной. Однако, в Международной классификации болезней 10-го пересмотра преждевременная эякуляция определяется как сексуальная дисфункция, не обусловленная органическими нарушениями или заболеваниями и заключающаяся в невозможности контролировать эякуляцию в той мере, которая была бы достаточна, чтобы оба партнера получили удовлетворение от полового акта. При этом время фрикционного периода не учитывается, что может привести к диагностическим ошибкам в случае аноргазмии и других патологических состояний партнерши. Но, несмотря на кажущуюся субъективность, данное определение наиболее полно отражает психологический и социальный аспекты данной проблемы.

Существует несколько подходов к классификации преждевременной эякуляции, в связи с чем они носят довольно формальный характер и практически не влияют на дальнейшую лечебную тактику. По манифестации различают первичную (существующую всегда) и вторичную (когда в анамнезе имеются указания на нормальную

TRENDS IN TREATMENT OF PREMATURE EJACULATION

M.M. Sokoltschik, S.N. Nesterov, S.V. Gagarina, Ya.A. Vaziev, A.I. Babel

Premature ejaculation is the most frequent sexual dysfunction in men younger than 40. Its incidence is approximately 30%. Ejaculation disturbances are found in 22% of urological patients. In 40% of them premature ejaculation is combined with erectile dysfunction. Premature ejaculation is not only a medical problem. It is also a social problem, since it causes a decrease of self-esteem and quality of life, having a significant impact on sexual life of patients.

продолжительность полового акта) преждевременную эякуляцию. Также выделяют абсолютную (не зависящую от обстановки или полового партнера) и относительную (невозможность получения оргазма женщиной при нормальной продолжительности фрикционного периода) формы. Кроме этого имеется еще целый ряд определений, описывающих разнообразные проявления данной дисфункции. К ним относятся постоянная и эпизодические формы преждевременной эякуляции, а также вариации, связанные с моментом наступления эякуляции относительно начала вагинальной фазы секса. По существу, подобная классификация вносит лишь терминологическую путаницу и не имеет практического значения.

На наш взгляд, разделение преждевременной эякуляции на органическую, психогенную и смешанную не должно иметь места, так как, во-первых, термин «органическая» противоречит определению ВОЗ, в котором оговаривается отсутствие органической патологии. Во-вторых, при наличии соматической патологии, оказывающей влияние на время полового акта, преждевременная эякуляция должна рассматриваться в качестве симптома и, соответственно, не может требовать самостоятельного лечения. Основную же терапию, в первую очередь, следует направить на ликвидацию органической патологии как первопричины сексуальной дисфункции.

Интересно, что увеличение продолжительности полового сношения не имеет биологической целесообразности, поскольку физиологической целью полового контакта является наступление беременности, что возможно и без получения оргазмических ощущений у женщины.

Важное значение для проведения патогенетически обоснованной терапии преждевременной эякуляции является четкое представление о физиологии эякуляторного акта [4]. Условно единую систему, обеспечивающую процесс семяизвержения, можно разделить на 3 компонента:

1. Периферический отдел, представленный чувствительными нервными окончаниями и афферентными

нервными волокнами. Следует отметить, что сюда относятся не только рецепторы в коже полового члена, являющиеся основным источником сексуальной импульсации, но и нервные окончания кожи других органов, а также фоторецепторы глаз и обонятельные рецепторы.

2. Вся информация от рецепторов интегрируется в головном мозге, который является основным и наименее изученным звеном эякуляторного акта. В коре и подкорковых образованиях головного мозга происходит не только выработка четкой последовательности действий исполнительных систем процесса эякуляции, но и формирование эмоционального компонента акта, необходимого для получения удовлетворения от секса.

3. Эфферентные симпатические, парасимпатические и соматические нервные волокна совместно с мускулатурой половых органов непосредственно обеспечивают процесс семяизвержения, включающий выделение компонентов спермы и продвижение последней по мочеиспускательному каналу.

Определенную проблему представляет *ejaculatio ante portas* (семяизвержение наступает в условиях попытки полового акта до введения полового члена во влагалище). Лечебная тактика в отношении этого состояния пока четко не определена.

В настоящее время выделяют 4 основных подхода к лечению преждевременной эякуляции:

1. Секс-терапию и местное лечение;
2. Психотерапию;
3. Фармакотерапию;
4. Хирургическое лечение.

Основой секс-терапии является приобретение возможности самостоятельной регуляции времени наступления эякуляции путем использования разнообразных приемов, четко контролируя свои ощущения в процессе полового акта. Метод «сжатия» полового члена и «старт-стоп» методика [5], основывающаяся на замедлении или прекращении частоты и амплитуды фрикции после первых секунд вагинального секса, использование местных анестетиков [8, 9] (что также может быть отнесено к фармакотерапии) и презерватива, приводят к уменьшению афферентной импульсации от чувствительных зон гениталий и, как результат, отдалают процесс эякуляции. Однако недостатками подобных методов являются их продолжительность (в среднем около 10–15 недель) и, как правило, отсутствие одномоментного улучшения, что всегда ведет к чувству неуверенности пациента в правильности выбора лечебной тактики. Необходимым условием также является адекватность и активное участие в терапии половой партнерши.

Сексопатологи и психотерапевты основой расстройств эякуляции считают неправильно сформированный в процессе становления сексуальной функции мужчины акцент на продолжительность полового акта,

главной причиной которого, как полагают, являются короткие половые акты в результате некомфортной обстановки и страха быть застигнутыми посторонними [5]. В этом случае оправдано использование таких методов психотерапии как психоанализ и гипноз, направленных на корковый отдел эякуляторного рефлекса.

Однако в связи с появлением лекарственных препаратов, регулирующих эякуляторный процесс, данные методы в качестве монотерапии практически не используются. Также важным компонентом успешности является длительность и соответствующая квалификация врача-психиатра, что делает психотерапию наименее востребованным способом лечения преждевременной эякуляции.

Перечень фармакологических препаратов, используемых в лечении преждевременной эякуляции, на сегодняшний день ограничивается группой селективных блокаторов обратного захвата серотонина, основными представителями которой являются пароксетин, флуоксетин (прозак) и сертралин. Повышенный уровень серотонина в веществе головного мозга приводит к торможению эякуляторного рефлекса и удлиняет продолжительность полового акта. Препараты данной группы отличаются от своих предшественников – трициклических антидепрессантов, применявшихся в лечении преждевременной эякуляции – отсутствием многих побочных эффектов, связанных с минимальным влиянием на обратный захват норадреналина и дофамина. Так, в исследовании влияния сертралина и кломипрамина (трициклического антидепрессанта) на преждевременную эякуляцию доказана большая эффективность кломипрамина. Однако из-за выраженных побочных эффектов поледнего предпочтение отдается сертралину [10].

Согласно данным McMahon C.G, сертралин в дозе 50 мг в день внутрь в течение 1,5 недель увеличивает фрикционный период полового акта с 0,3 до 3,1 минут. Также возможно однократное применение сертралина в день предполагаемой половой близости, так как терапевтическая концентрация препарата в крови сохраняется в течение 4–8 часов. К побочным эффектам сертралина относятся диспепсические явления, головокружение, нарушения сна, сухость во рту, снижение либидо. [10].

Следует отметить, что способностью увеличивать продолжительность полового акта обладают многие лекарственные препараты. К данной группе могут быть отнесены нейролептики [12], положительное действие которых при преждевременной эякуляции связывают с блокированием дофаминовых рецепторов в ЦНС; производные бензодиазепина [15], повышающие концентрацию гаммааминобензойной кислоты в ткани головного мозга и тем самым незначительно тормозящие эякуляторный рефлекс; альфа-адреноблокаторы [15], снижающие влияние симпатического звена процесса эякуляции, что также приводит к его замедлению.

Однако в настоящее время использование их в виде терапии преждевременной эякуляции не оправдано в

связи с наличием ингибиторов обратного захвата серотонина, обладающих более высокой избирательностью действия, минимальным количеством побочных эффектов и большей эффективностью [10, 11, 12].

Нередко нарушения эякуляции встречаются у больных с эректильной дисфункцией. Согласно Lobik и соавт., монотерапия силденафилом на фоне улучшения эректильной функции оказывает положительное влияние на продолжительность полового акта [10, 11]. Подобный эффект связывают с повышением уверенности в своих силах у пациентов после нормализации эрекции, что в свою очередь положительно влияет на характер фрикционной стадии и полового акта в целом. В исследовании Fernandez Lozano A. и соавт. отмечается большая эффективность комбинации силденафила и сертралина по сравнению с монотерапией данными препаратами в лечение пациентов с преждевременной эякуляцией [10, 11].

Несмотря на наличие положительного эффекта в лечении преждевременной эякуляции с помощью секс-, психо- и фармакотерапии, встречаются формы, плохо поддающиеся данным методам. Существенной проблемой также является невозможность быстрого получения желаемого результата в сочетании с необходимостью придерживаться определенной схемы лечения, что часто бывает затруднительно.

Исторически с целью хирургического лечения преждевременной эякуляции применялись циркумцизио и пластика уздечки полового члена. Однако эффективность подобных вмешательств по данным различных авторов не превышает 30%, что сопоставимо с эффектом плацебо. В последние годы в литературе встречаются указания на денервирующие оперативные вмешательства на половом члене с целью увеличения продолжительности полового акта [16]. Однако эти операции не лишены недостатков – необратимое снижение или потеря чувствительности головки полового члена, возможность образования неврином на основе концов пересеченных нервов.

Мы поставили перед собой цель разработать простой и эффективный метод хирургического лечения преждевременной эякуляции, не обладающий очевидными недостатками поведенческой терапии, медикаментозного лечения и описанных в литературе методов хирургической коррекции.

Материалы и методы

В настоящее время значительное развитие получила операция денервация полового члена [16, 17]. Сущность данного метода состоит в пересечении чувствительных нервных волокон, идущих от головки полового члена, после чего целостность нервов сразу восстанавливается путем наложения интрафасцикулярного шва. В результате операции наступает анестезия головки полового члена вплоть до наступления ее реиннервации, что обычно занимает 2–3 месяца. Полное восстановление чувствительности происходит через 6–8 месяцев. Подобное времен-

ное выключение периферического звена эякуляторного рефлекса приводит к значительному пролонгированию фрикционной фазы и позволяет пациенту выработать устойчивую тенденцию на нормальную продолжительность полового акта.

В предоперационном периоде довольно легко оценить эффективность денервации: пациенту предлагается осуществить несколько половых актов в презервативе, используя лидокаиновый гель в качестве анестетика. При этом, если показатели продолжительности фрикционной стадии и качества эрекции устраивают пациента, есть основания говорить об эффективности последующего операционного вмешательства.

Восстановление нормальной иннервации в подавляющем большинстве случаев не приводит к рецидиву, так как периода сниженной чувствительности оказывается достаточно для формирования у пациента возможности контролировать продолжительность полового акта.

В нашем центре было оперировано 53 пациента, страдающих преждевременной эякуляцией, в возрасте от 18 до 48 лет. У всех пациентов имелась постоянная половая партнерша, а также достаточный сексуальный опыт. Лидокаиновый тест во всех случаях был положительным, что определяло показание к оперативному лечению. Продолжительность полового акта колебалась от 20 секунд до 6 минут, что затруднило статистическую обработку данных. После проведенного хирургического лечения все пациенты отмечали нормальную продолжительность полового акта в пределах 2–15 минут. Безусловно, 100% результат, с одной стороны, может вызвать определенное сомнение в репрезентативности выборки, однако в то же время такой высокий показатель эффективности подчеркивает высокую патогенетическую обоснованность денервации как способа лечения преждевременной эякуляции в случае, если эта методика показана пациенту.

Методика операции

Выполняется циркулярный разрез кожи в области венечной борозды, после чего кожные покровы полового члена мобилизуются на расстоянии около 4–5 см, что позволяет осуществить доступ к 4–5 чувствительным нервам (Рис. 1). Указанные нервы пересекаются, после чего сразу же выполняется интрафасцикулярный шов нитью 9–0 (Рис. 2) под оптическим увеличением. При необходимости возможно выполнение *circumcisio*.

Выводы

При лечении пациентов, страдающих преждевременным семяизвержением, необходимо придерживаться определенного алгоритма. Хирургическое лечение является альтернативой традиционным методикам, однако показания для таких операций довольно ограничены.

Основным преимуществом нашей оригинальной методики хирургического лечения преждевременной эякуляции является быстрое достижение желаемого результата, отсутствие побочных эффектов, характерных

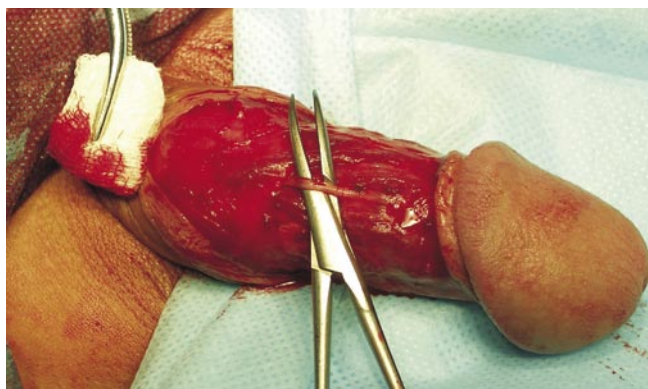


Рис. 1. Мобилизация дорсальных нервов полового члена

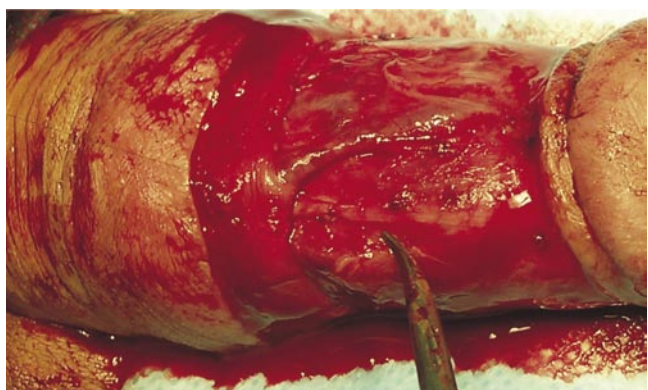


Рис. 2. Этап нейрорафии нитью 9–0 под оптическим увеличением

для медикаментозной терапии, и неудобств, связанных с поведенческой терапией (продолжительное лечение при обязательном наличии адекватной партнерши). Одновременно с этим при использовании нашего метода денервация головки имеет временный характер, и через определенный промежуток времени, достаточный для формирования нормального эякуляторного рефлекса, чувствительность головки и кожи полового члена восстанавливается.

Таким образом, благодаря нашей методике лечения восстанавливается и сохраняется высокое качество сексуальной жизни пациентов.

Литература

1. Laumann E.O., Gagnon J.H., Michael R.T. The social organization of sexuality / Chicago, IL: University of Chicago, Press, 1994.
2. Goldmeier D, Keane FE, Carter P, et al: Prevalence of sexual dysfunction in heterosexual patients attending a central London genitourinary medicine clinic. *Int J STD AIDS* 1997 May; 8(5): 303–6.
3. Virag R, Beck-Ardilly L: [Nosology, epidemiology, clinical quantification of erectile dysfunctions]. *Rev Med Interne* 1997; 18 Suppl 1: 10s–13s.
4. Read S, King M, Watson J: Sexual dysfunction in primary medical care: prevalence, characteristics and detection by the general practitioner. *J Public Health Med* 1997 Dec; 19(4): 387–91
5. Masters W., Johnson V. Premature ejaculation: human sexual inadequacy.-Boston: Little Brown, 1970.- P. 92–115
6. Голубев М.А., Современные методы лечения преждевременной эякуляции и их эффективность. Москва, 2003г, материалы диссертации.

7. Кратохвил С. Психотерапия семейно-сексуальных дисгармоний.-М., 1-991
8. Berkovitch M., Keresteci A.G., Koren G. Efficacy of prilocaine-lidocaine cream in the treatment of premature ejaculation // *J Urol.*- 1995.-Vol.154.- N. 4.- P.1360-1361.
9. Choi HK, Jung GW, Moon KH, et al: Clinical study of SS-cream in patients with lifelong premature ejaculation. *Urology* 2000 Feb; 55(2): 257–61
10. Kim S.C., Seo K.K. Efficacy and safety of fluoxetine, sertraline and clomipramine in patients with premature ejaculation: a double-blind, placebo-controlled study // *J Urol.*- 1998.-Vol.159.-N. 2.- P.425–427
11. McMahon C.G. Treatment of premature ejaculation with sertraline hydrochloride: A single-blind placebo-controlled crossover study // *J Urol.*-1998.-Vol. 159.-P.1935.
12. Goodman RE : An assessment of clomipramine (Anafranil) in the treatment of premature ejaculation. *J Int Med Res* 1980; 8 Suppl 3: 53–9
13. Kara H, Aydin S, Yucel M, et al: The efficacy of fluoxetine in the treatment of premature ejaculation: a double-blind placebo controlled study. *J Urol* 1996 Nov; 156(5): 1631–2
14. Kara H, Aydin S, Yucel M, et al: The efficacy of fluoxetine in the treatment of premature ejaculation: a double-blind placebo controlled study. *J Urol* 1996 Nov; 156(5): 1631–2
15. Fein RL: Intracavernous medication for treatment of premature ejaculation. *Urology* 1990 Apr; 35(4): 301–3
16. Соколыщик М.М., Петрович Р.Ю., Гагарина С.В., Вазиев Я.А. К вопросу о хирургическом лечении преждевременной эякуляции. // Материалы Всероссийской конференции «Мужское здоровье».-М.,2003.-С.135.
17. Соколыщик М.М., Гагарина С.В., Вазиев Я.А., Петрович Р.Ю. Патент на изобретение №2234256 от 24.08.2004г. «Способ хирургического лечения преждевременной эякуляции».