

Обзоры

УДК 615. 355 + 616.69 - 008.14

**Преувеличение роли хронического простатита
в генезе сексуальных нарушений****А.Э. Акопян, Р.М. Давтян, В.А. Шахраманиян,
А.Д. Григорян***Кафедра сексопатологии и репродуктологии**ЕГМУ им. М. Гераци**0025, Ереван, ул. Абовяна, 58*

Ключевые слова: хронический простатит, сексуальные нарушения, синдром тревожного ожидания неудачи, коитофобия

На протяжении нескольких десятилетий дискутируется утрированная взаимосвязь хронического простатита и эректионной дисфункции. До недавнего времени, пока не был изучен механизм эрекции и стандартизированы методы диагностики и лечения нарушения эрекции, большинство больных, обращающихся к урологу с эректионной дисфункцией, проходили обследование и лечение хронического простатита: пациент принимал множество антибиотиков, ему регулярно проводили массаж предстательной железы и назначали разнообразные физиотерапевтические процедуры. При этом эрекция не восстанавливалась, а пациенту прикреплялся ярлык «простатик», что наносило серьезный ущерб психическому здоровью.

Еще одной серьезной проблемой являются сложности диагностики некоторых форм простатита, а это служит причиной неадекватного и малоэффективного лечения таких пациентов. Например, мужчины с психологическими масками депрессии (уретральные ипохондрики) нередко становятся пациентами урологов и в течение многих лет получают лечение по поводу несуществующего простатита.

Историю изучения сексуальных расстройств можно условно разделить на три этапа. **Первый (локализационистский) этап** характеризовался тем, что все многообразие сексуальных расстройств сводилось к одной причине – патологии семенного бугорка. Несмотря на ограниченный (в силу недостаточного развития науки) взгляд на суть сексуальных расстройств при простатите, представители этого направления (Б.А. Дробный, Н.А. Михайлов, Л.Я. Якобзон, Р.М. Фронштейн) внесли значительный вклад в развитие сексопатологии. Ранее бытовали представления о том, что любые нарушения сексуаль-

ных отправлений у мужчин непременно связаны с дисфункцией простаты.

Второй этап характеризовался полным отрицанием роли местных патологических изменений (и в том числе хронического простатита) в генезе половых расстройств и связан с успехами психиатрической науки.

В рамках третьего этапа также можно выделить несколько теорий и направлений. Так, И.М. Порудоминский определял сексуальные расстройства у больных хроническим простатитом как «нейро-рецепторную форму импотенции». Половые расстройства, развившиеся на почве хронического простатита, автор объяснял повреждением периферических рецепторов, заключенных в предстательной железе и задней уретре. В результате раздражения периферических нервных окончаний повышается возбудимость спинальных центров эрекции и эякуляции, что клинически проявляется учащением эрекции и ускорением эякуляции. При длительном воспалительном процессе, по мнению автора, наступает функциональное истощение спинальных половых центров. Дальнейшее развитие представления о причинах сексуальных расстройств у больных хроническим простатитом получили в работах Н.А. Гаврилюк, И.А. Гаврилюк, Г.Г. Корики, П.И. Загороднего. Согласно утверждениям этих ученых, повреждение нейро-рецепторного аппарата предстательной железы приводит к повышению возбудимости спинальных половых центров. При длительном воспалительном процессе происходит «истощение» центра эрекции при продолжающемся возбуждении центра эякуляции. Эту диссоциацию в работе спинальных половых центров исследователи объясняют с позиции истериозиса. Г.Г. Корик рассматривал воспалительный процесс в предстательной железе как ирритативный очаг, который может вызвать реактивный вегетативный синдром. Высказывается мнение о наличии нейроэндокринных нарушений у больных хроническим простатитом, и сексуальные расстройства являются клиническим проявлением этих нарушений. Существует теория, согласно которой гипо-эрекционное состояние при простатите может быть объяснено исключительно нервными или психогенными факторами [9,11,13].

Данные о сексуальных расстройствах при простатите за последние несколько десятков лет претерпели ряд изменений. В 70–80-е гг. прошлого века было достаточно много работ о нарушении половой функции у пациентов с простатитом. Исследования, проводившиеся позже, были посвящены главным образом эрекционной дисфункции и ее сосудистым аспектам, при этом отрицалось какое-либо влияние воспаления предстательной железы на эрекцию. В последнее десятилетие ученые обратили пристальное внимание на хронический простатит и сексуальные дисфункции у пациентов с воспалением предстательной железы. Появилось значительное число сообщений о том, что

простатит не только вызывает боль и нарушения мочеиспускания, но и может привести к различным сексуальным расстройствам [26,27].

По данным ученых, сексуальные расстройства встречаются достаточно часто (у 52% мужчин с простатитом). Согласно результатам исследования, проводившегося А. Mehik et al. (2001), на периодическую или постоянную эрекционную дисфункцию жаловались 43% больных, на сниженное либидо – 24%.

Berghuis et al. (1996) сообщают о более редких половых контактах у 85% пациентов с простатитом (иногда трудно выяснить, что первично, так как редкие сексуальные отношения сами по себе могут приводить к простатиту). Показано, что существующие сексуальные взаимоотношения в ряде случаев ухудшаются или разрываются (у 67% больных), а новые связи образуются труднее или вообще не возникают (у 43% пациентов). Межличностные отношения в браке нарушаются в 17,1% случаев, отношения с родственниками и друзьями – у 7,3% пациентов [6].

Отмечается повышение частоты гомосексуальных контактов у лиц с простатитом, которое можно объяснить снижением маскулинности и уверенности в удовлетворительной эрекции при половом акте с лицом противоположного пола. В.В. Кришталь и соавторы (1979, 1989), Sjrgiere et al. (1997) указывают, что наблюдающиеся у больных хроническими простатитами расстройства половой функции зависят от характера половой конституции пациентов.

Morita (1995) полагает, что патология предстательной железы приводит к нарушению чувствительности рецепторного аппарата полового члена, которое, в свою очередь, влечет за собой расстройство функционирования спинальных сексуальных центров [7].

Итак, вызывает ли хронический простатит сексуальные расстройства?

Чтобы ответить на этот вопрос, рассмотрим природу отдельных составляющих копулятивного цикла.

И.П. Павлов (1927) отмечает, что либидо является безусловным рефлексом, существующим уже при рождении в скрытой форме и активизирующимся под действием внешней среды.

В современной литературе в понятие «либидо» входят два компонента: нейрогуморальный (энергетический) и достаточно тесно связанный с ним корковый (условнорефлекторный). Такая двойственная взаимосвязь позволяет регулировать конгруэнтность партнеров при половых ситуациях. Г.С. Васильченко разделяет фазу возбуждения на психическую и эрекционную стадии. Именно на психической стадии возникает ***половая доминанта – временно господствующая в коре головного мозга система***, которая притягивает к себе возбуждение из других нервных центров, одновременно подавляя их

деятельность [18].

Считается аксиомой, что конгестия предстательной железы предрасполагает к ее воспалению. Среди причин конгестии называют половые нарушения и дизритмию половой жизни. A.J. Leader (1958) утверждает, что «первопричиной везикулитопропростатита являются повторные сексуальные возбуждения без физиологического опорожнения секрета». По мнению М. Енфеджиева (1955), длительное половое воздержание, ведущее к задержке секрета в предстательной железе, может быть причиной ее асептического воспаления. Однако другие авторы опровергают эту точку зрения [1].

Влияние повышенной половой активности (мастурбация, половые излишества) на функцию простаты признается единодушно в качестве наиболее вероятного этиологического фактора возникновения патологических процессов в железе. В то же время ряд авторов (Г.С. Васильченко, Ransley et al.) придерживаются иной точки зрения, мотивируя это тем, что физиологически никогда никому не удалось произвести в какой бы то ни было иннервируемой системе стойкого и необратимого разрушения, применяя в качестве патогенного фактора свойственную данной системе специфическую форму деятельности.

Психопатологическая отягощенность выявляется примерно у 75% пациентов, страдающих хроническим простатитом. У 60,2% больных психопатологическая отягощенность предшествует сексуальному расстройству, а у 17,8% психоневрологическая симптоматика возникает при длительном и неэффективном лечении основного заболевания и вносит определенную специфику в клинику сексуальных расстройств. Полученные данные убеждают в необходимости более активного выявления и оценки изменения психического статуса у больных с хроническим простатитом [2]. Своевременная и направленная коррекция психических расстройств при хроническом простатите предупреждает развитие более грубых нарушений психики и позволяет успешнее лечить соматические заболевания. В основе подобных нарушений лежат развивающиеся у больных страх и тревога по поводу своего состояния, боязнь возможных последствий. Еще в XIX в. отечественные психиатры Ковалевский и Попов ввели понятие «психотравматическая неврастения переболевших». *Создается порочный круг — страх больного за определенный орган отражается на функции последнего, а нарастающие функциональные нарушения еще более усугубляют страхи* [8,11].

В общественном сознании эрекция фигурирует как основной элемент полового цикла. Эта ситуация становится опасной у лиц тревожно-мнительного склада. Малейшие отклонения от скорости возникновения эрекции, степени напряжения, длительности ее и т. д. воспринимаются преувеличенно, как серьезное заболевание. Возникают повышенное внимание к эрекции, фиксация на ней, формируется

«синдром тревожного ожидания неудачи». У лиц ипохондрического типа, помимо фиксации, может наблюдаться ипохондрическое нарушение личности, причем страх может влиять и на другие функции организма (сон, аппетит и др.). Эрекционные нарушения, отмечаемые при хроническом простатите, должны рассматриваться в структуре астенического, тревожно-ипохондрического, астено-ипохондрического, астено-депрессивного синдромов, а также ипохондрического и депрессивного состояний в чистом виде. Как правило, данные состояния не требуют специальной коррекции психотропными препаратами. Часто, оказывается, достаточно провести разъяснительную беседу, назначить биогенные стимуляторы, адаптогены, иглорефлексотерапию [14].

К особенностям пациентов с длительно текущим хроническим простатитом относится **ипохондрическая готовность и фиксация малейших ощущений в половых органах.** О наличии у больных тревожной депрессии свидетельствуют навязчивые (т.е. доминирующие в сознании и не поддающиеся контролю) мысли тревожного содержания о своей мужской, а значит, и человеческой неполноценности, о неизлечимости недуга и бесперспективности лечения, о неминуемой потере семейного благополучия. Тревога и страх за свое состояние определяют любые поступки и почти каждый шаг пациентов, поведение которых можно классифицировать как «уход в болезнь с отрывом от действительности». Для данной категории лиц характерна тенденция к самодиагностике и самолечению. В клиническую картину тревожной депрессии входят типичные для этих больных расстройства сна и аппетита, отмечаются вегетативные симптомы – повышенное потоотделение, лабильность пульса. С нашей точки зрения, половые расстройства – снижение либидо, снижение частоты и силы спонтанных эрекций, ослабление адекватных эрекций – следует рассматривать как неизбежное проявление аффективных нарушений.

Замаскированная депрессия с преобладанием сексуальных расстройств сопровождается жалобами на ускоренную или замедленную эякуляцию в сочетании с ослаблением эрекции, реже – снижением полового влечения и выраженности оргастических ощущений. Половые расстройства, как отмечают пациенты, весьма осложняют внутрисемейные взаимоотношения, нередко становятся причиной ссор и даже развода. При обследовании, наряду с соматовегетативными расстройствами, характерными для депрессивной фазы, выявляются признаки конгестии в органах малого таза, в том числе и в предстательной железе. Сексуальные расстройства при маскированной депрессии также возникают периодически (часто сезонно), имеют суточные колебания интенсивности, тесно связаны с соматовегетативными нарушениями, относительно резистентны к психостимуляторам, терапии мужскими половыми гормонами, психотерапии. И наоборот, прослеживается отчетливая положительная реакция на терапию антидепрессантами.

Нередко в подобных случаях расстройства исчезают спонтанно.

Тема сексуальной патологии нередко звучит в высказываниях пациентов с неврозоподобной формой депрессии, косвенно обусловленной различными хроническими формами простатопатий. Наряду с депрессивными и астеноневротическими состояниями, к эрекционным расстройствам приводит синдром тревожного ожидания неудачи, возникающий после одной или нескольких неудачных попыток коитуса [4].

Первоначально сексуальные расстройства при неосложненном простатите проявляются относительным ускорением эякуляции и стертой, болезненностью оргастических ощущений. Что касается изменений остальных фаз копулятивного цикла, то их нарушения могут быть объяснены сопутствующей патологией. Так, снижение либидо может иметь двоякое происхождение. Во-первых, длительный и с болями протекающий воспалительный процесс, сопровождающийся ускорением эякуляции и сглаженностью оргазма, может приводить к чисто психогенному снижению либидо.

Во-вторых, у многих пациентов хронический простатит влечет за собой снижение андрогенной насыщенности, что клинически может проявляться снижением либидо. Этими же механизмами может объясняться снижение эрекции. Изменение оргастических ощущений связано с тем, что примерно у 1/3 больных хронический простатит сочетается с задним уретритом и колликулитом, а зоны семенного бугорка являются тем местом, где зарождается ощущение оргазма при выбросе семени через узкие семяизвергающие устья. Хронический вялотекущий процесс в уретропростатической зоне приводит к постоянному раздражению семенного бугорка с афферентной импульсацией в спинальные половые центры. Клинически это проявляется длительными, неадекватными ночными эрекциями, а затем их ослаблением за счет функционального истощения эрекционного центра [20].

Генез эрекционных расстройств при обострениях хронического простатита с преобладанием болевого синдрома, помимо психогенного ингибитора — боли, включает в себя и рефлексогенные механизмы. Оказывает определенное депотенцирующее влияние и свойственный простатопатии (простатиту) болезненный оргазм с более или менее длительными посторгастическими болевыми ощущениями.

Нарушение половой функции при хроническом простатите сопровождается дисфункцией вегетативной нервной системы. В связи с дисбалансом симпатической и парасимпатической нервной системы и угнетением спинальных центров эрекции некоторые больные отмечают ослабление и даже исчезновение спонтанной (утренней) эрекции. У части больных наблюдается изменение «окраски» оргазма — от тусклого или болезненного до аноргазмии. Хронический простатит может выступать в роли предрасполагающего к развитию сексуальных

расстройств, а также провоцирующего («запускающего») и усугубляющего (вторичного по отношению к сексуальному нарушению) фактора [3].

Работы Л.П. Имшинецкой, И.И. Горпинченко, И.Ф. Юнды, Г.С. Васильченко позволили установить, что патогенез изменений в простате у больных с половыми расстройствами определяется сложным взаимодействием эндогенных и экзогенных факторов, ведущую роль среди которых играют нейроэндокринные нарушения.

В настоящее время относительно патогенеза половых расстройств при простатитах существует мнение, согласно которому формирование эректионной дисфункции у лиц, страдающих заболеваниями простаты, обусловлено нарушениями андрогенной функции и другими эндокринными сдвигами, влекущими за собой расстройство нейрогуморальной регуляции половой сферы. Угасание половой функции сопровождается постепенным ослаблением условнорефлекторных механизмов половой деятельности, что еще более усугубляет расстройство копулятивного цикла [12,19].

Функциональное состояние предстательной железы, как показывают работы последних десятилетий, определяется сложным гормональным контролем, в котором значительная роль принадлежит диэнцефало-гипофизарно-гонадным связям. Простата обладает высокой степенью чувствительности к разнообразным гормональным воздействиям как эндогенного, так и экзогенного характера. Наряду с гормональной регуляцией сексуальной функции в последние годы выявлено наличие нейрональной регуляции, осуществляемой на церебральном уровне соединениями, получившими название нейротрансмиттеров. Они регулируют и модулируют влияние половых гормонов на все звенья мужской и женской сексуальности. Механизмы действия ряда нейротрансмиттеров в настоящее время до конца не изучены.

Таким образом, такое чисто соматическое и объективно регистрируемое заболевание, как простатит, возникает в данном случае как результат характерных для хронического (незавершающегося) психоэмоционального стресса и соматических изменений, т. е. развивается по психосоматическим механизмам. Описанный психосоматический вариант простатита – не единственный. Бесспорно, существуют чисто инфекционные, травматические и другие клинические формы простатитов, равно как и не психосоматические варианты формирования гипертонической болезни, язвы желудка, колита и другой патологии. Упрощенные представления о природе заболевания (простатит как результат инфекции) приводят к тому, что *лечение, оказывается, не ориентировано на работу с психосоматическими патогенетическими механизмами*. Те же самые психосоматические механизмы имеют место и при патологии простаты, которая обозначается как простатопатия или простатодиния (простатоз, застойный простатит,

синдром хронической тазовой боли и др.). При этом возникают описанные психосоматические изменения в простате (спастика, нарушение функции), хотя инфекция не манифестировала и клиники воспаления нет [21,23].

Что касается приписываемых простатитам и простатопатиям сексуальных нарушений, то линейная схема (половые нарушения как результат простатита) кажется неполной, тем более что сохранение полового нарушения после санации простаты в практике встречается нередко. И простатит, и сексуальные нарушения мы считаем двумя самостоятельными параллельными следствиями единого психосоматического расстройства. Чем выше уровень симпатотонии, тем быстрее наступит семяизвержение, так как первая фаза эякуляции (пусковая фаза) – это симпатическая фаза. Оргазм (по У.Мастерсу и В.Джонсон) служит разрядкой от нарастающей в процессе возбуждения общей и локальной миотонии. Чем выше изначальная миотония (спастика), тем быстрее наступит семяизвержение. Таким образом, эти механизмы объясняют причины ускоренного семяизвержения, которое можно считать не результатом простатита, а параллельным следствием их общих психосоматических причин.

К нарушению либидо и эрекции приводит не само воспаление простаты, а возникающие при стрессе дефицит тестостерона и блокада его тканевых рецепторов (в простате, во всем теле и в глубоких отделах мозга) избытком надпочечниковых гормонов. А это уже не инфекционные, а эндокринные механизмы. Спастическое состояние сосудов полового члена будет ухудшать эрекцию по сосудистым механизмам, а комплекс отрицательных эмоций при хроническом стрессе – снижать сексуальность по психическим механизмам.

У пациентов с психосоматическими простатитами и сексуальными нарушениями слабым соматическим звеном является половая система (*слабая половая конституция, низкая тканевая чувствительность к тестостерону, ослабленное неврологическое обеспечение половой функции, низкие резервы сосудистого обеспечения половых реакций и т. д.*). К психологическим факторам относят повышенную фиксацию внимания на половой системе, сексуальные страхи, неуверенность в потенции, которые обусловлены внутриличностными проблемами. Однако описанное психосоматическое расстройство (с психосоматическим вариантом простатита и с половыми нарушениями) требует более полной и сознательной работы с перечисленными патогенетическими механизмами. Мы считаем, что именно психосоматическая модель позволяет глубже понять механизмы формирования простатитов, половых нарушений и их взаимосвязь, а также более эффективно устранить и то и другое, воздействуя на общие, приводящие к ним причины [5].

Истинный удельный вес психоэмоциональных расстройств при

хроническом простатите, к сожалению, явно недооценивается. Маскированные, стертые депрессии, характеризующиеся не столько подавленностью и тоской, сколько чувством собственной неполноценности, утратой прежних интересов и влечений, урологами, андрологами, как правило, не учитываются.

Возникает вопрос – приводит ли простатит к таким изменениям или преморбидные особенности способствуют развитию заболевания.

Основываясь на том убеждении, что эрекционные расстройства – следствие хронического простатита, не вникая в природу эрекционных нарушений и не учитывая психологических особенностей личности, врач подвергает пациента значительному количеству исследований, назначает длительные курсы лечения, что в большинстве случаев не приводит к решению проблем в сексуальной сфере. Отсутствие эффекта от лечения в значительной степени усугубляет течение эрекционной дисфункции за счет отрицательного психогенного влияния, усиливающегося при негативном результате лечения или неадекватной оценке как пациентом, так и врачом соотношения между задачами терапии и предполагаемыми ее результатами [22,24].

Среди первых симптомов сексуальных расстройств при простатите – преждевременная эякуляция, болезненный оргазм. E.Screponi (2003) выявил у 56,5% пациентов с преждевременной эякуляцией наличие воспаления предстательной железы. Боль во время эякуляции у больных с простатитом наблюдается значительно чаще, чем у пациентов с доброкачественной гиперплазией предстательной железы или эрекционной дисфункцией. Нарушения оргазма и эякуляции рассматриваются в ряду основных симптомов интерорецептивной формы копулятивной дисфункции.

Расстройства эякуляции можно объяснить повышенной чувствительностью интерорецепторов и высоким тонусом альфа-1-адренорецепторов, так как за феномен эякуляции отвечает преимущественно симпатическая нервная система. Преждевременная эякуляция может быть вызвана и невротическим состоянием пациентов с клинической картиной гиперстенической неврастении [1,17].

Слишком напряженная подготовка к половому акту с предварительными эротическими представлениями может обуславливать в итоге своего рода «*психическое совокупление*», предшествующее реальному; первого же прикосновения к женщине при этом оказывается достаточно для срабатывания соответствующего рефлекса. Всевозможные страхи, вызывающие, в конечном счете, *коитофобию*, способствуют ускоренному течению рефлекторных процессов эрекции и эякуляции. Нарастающая от неудачи к неудаче фиксация на ускоренной эякуляции (по типу невроза ожидания с все большим снижением настроения в ожидании очередного «провала») доводит этих больных

до того, что иногда стоит им только подумать в начале полового акта о возможности преждевременного семяизвержения, как оно сразу же наступает.

Болезненность или стертость оргазма обусловлена воспалением семенного бугорка, который является мощной рецептивной зоной и отвечает за выраженность оргастических ощущений, хотя и не всегда диагностируется отдельно от воспаления предстательной железы.

Что касается либидо, то его ослабление может произойти на психогенной основе, в связи с депрессией и повышенной тревожностью пациента, нарушением оргазма и вторичным ослаблением эрекции. *Пациент, опасаясь фиаско, сознательно и подсознательно избегает половой близости.* Кроме того, согласно некоторым данным, этот феномен можно объяснить гипоандрогенией, присущей пациентам с затяжным простатитом. По мнению исследователей, предстательная железа и яичко находятся в прямой коррелятивной зависимости, и при нарушении функционирования одного из органов страдает также и другой, в данном случае – яичко, которое продуцирует меньшее количество андрогенов. С другой стороны, предстательная железа представляет собой орган, отвечающий за метаболизм половых гормонов, который может нарушаться при ее заболевании [16].

Половые расстройства у больных хроническим простатитом могут развиваться стадийно, по определенной схеме. Сначала появляется преждевременная эякуляция, затем присоединяется недостаточная адекватная эрекция, а потом может развиваться и изменение либидо. В ряде случаев отмечается усиление ночных эрекций за счет повышенной гиперемии предстательной железы. Хотя такая стадийность не всегда сохраняется, проследить ее у одного и того же больного чаще всего не удастся.

Сексуальное здоровье, если учесть многомерность его обеспечения, само по себе является психосоматическим феноменом и может служить своеобразной моделью психосоматических соотношений. Роль пускового механизма в нарушении сексуального здоровья играют психогенные, соматогенные или социогенные факторы, в данном случае – симптомы простатита, касающиеся половой функции. Важным является и бытующее в обществе мнение (часто поддерживаемое врачами) о неизбежности развития «импотенции» [10].

Установлено, что психоэмоциональные проблемы (тревога, депрессия, эмоциональная лабильность, слабая маскулинная идентификация) определяются у 80% пациентов, а симптомы выраженной степени расстройств – у 20–50% больных. Все это способствует развитию соматической патологии (боль, дизурия, снижение эрекции, расстройства эякуляции). Эти нарушения поддерживают дистресс и сами по себе превращаются в психотравму, замыкая, таким образом,

порочный круг [25].

Характер и изменения психосоматических соотношений в данном случае также зависят, прежде всего, от особенностей личности больного. В результате личностной переработки ситуации пациент либо преодолевает стресс, что способствует успеху лечения, реабилитации и восстановлению сексуальной гармонии супругов, либо болезнь усугубляется, а нередко и развиваются какие-либо осложнения, что, как и в предыдущем случае, приводит к образованию порочного круга.

Причины предрасположенности к психоэмоциональным расстройствам при простатите лежат и в социальном статусе мужчин. Установлено, что мужчины, имеющие высшее образование и профессию, реже болеют простатитом, чем закончившие только среднюю школу. Работавшие реже отмечают симптомы простатита, чем неработающие или инвалиды, которые болеют еще чаще. И, наконец, частота заболевания иногда зависит от дохода: у мужчин с меньшим доходом чаще имеются жалобы, характерные для хронического простатита [15].

Таким образом, из вышесказанного можно сделать следующие выводы.

- Причиной сексуальных расстройств при простатите являются, прежде всего, психосоматические нарушения, депрессия, тревожно-мнительные личностные черты характера. Они же иногда являются причиной либо поддерживают наличие жалоб, характерных для простатита.
- Часто сама по себе редкая половая жизнь приводит к застойным явлениям и обуславливает предрасположенность к простатиту.
- Среди проявлений простатита могут быть преждевременная эякуляция и болезненный оргазм, которые, в свою очередь, могут негативно влиять на эрекционную функцию.
- Непосредственной коррелятивной взаимосвязи между хроническим простатитом и расстройствами эрекции не выявлено. Повреждение эрекционной составляющей копулятивного цикла при хроническом простатите оказывается не в большей, а в некоторых случаях даже в меньшей степени выражено, чем при хронических соматических заболеваниях другой локализации. Вместе с тем локализация патологического процесса и клинические его проявления детерминируют ряд нарушений половой сферы преимущественно по психосоматическому принципу.
- Лечение простатитов приводит к снижению воздействия психотравмы на организм и создает предпосылки для коррекции сексуальных расстройств. Однако нарушенные функции не

всегда восстанавливаются самостоятельно и, помимо медикаментозного, часто оказывается необходимо психотерапевтическое воздействие.

- Необходимо учитывать, что сексуальные нарушения и причины их возникновения могут существовать сами по себе, а хронический простатит только усугубляет состояние пациента. В этом случае диагностику и лечение сексуального расстройства необходимо производить параллельно с терапией простатита.
- Преждевременная эякуляция и болезненные оргастические ощущения часто исчезают по мере излечения хронического простатита. При необходимости стандартное лечение можно подкрепить специальными методами (анестезирующий гель, туширование семенного бугорка, секс-терапия и др.).

Поступила 30.07.08

Քրոնիկ պրոստատիտի չափազանցված դերը սեռական խանգարումների ախտաձագման հարցում

**Ա.Է. Հակոբյան, Ռ.Մ. Դավթյան, Վ.Ա. Շահրամանյան,
Ա.Դ. Գրիգորյան**

Արդեն քանի տասնամյակ է, ինչ սեքսուոլոգների և ուրոլոգների բուռն քննարկման թեման է քրոնիկ պրոստատիտի և սեռական խանգարումների փոխկապակցվածությունը: Հատկապես լայն տարածում է գտել այն տեսակետը, թե քրոնիկ պրոստատիտը անպայմանորեն ուղեկցվում է սեռական ֆունկցիայի խանգարումներով: Սույն հոդվածում հանգամանորեն քննարկվում է քրոնիկ պրոստատիտի դերը սեռական խանգարումների ախտաձագման մեջ:

The exaggerated role of chronic prostatitis in the sexual dysfunction pathogenesis

A.E. Hakobyan, R.M. Davtyan, V.A. Shahramanyan, A.D. Grigoryan

For several decades sexologists and urologists have had debates about interaction of chronic prostatitis and sexual dysfunctions, particularly the viewpoint, that chronic prostatitis is always accompanied by sexual dysfunctions. In the following article the role of chronic prostatitis in the sexual dysfunction pathogenesis is discussed in detail.

Литература

1. Александров В.П., Михайличенко В.В. Урология и андрология. Современный справочник для врачей. М., СПб., 2005, с. 295-300.
2. Аляев Ю.Г., Винаров А.З., Ахведиани Н.Д. Хронический простатит и копулятивные нарушения. Врачебное сословие, 2004, 5-6, с. 6-8.
3. Арнольди Э.К. Хронический простатит: проблемы, опыт, перспективы. Ростов н/Д, 1999.
4. Горюловский Л.М., Зингеренко М.Б. Хронический простатит. Лечащий врач, 2003, 7, с.21-26.
5. Имшинская Л.П. Роль гормональных изменений в патогенезе половых расстройств и бесплодия при хроническом неспецифическом простатите. Автореф. дис. докт. мед. наук, Киев, 1983.
6. Камалов А.А., Дорофеев С.Д. Современные взгляды на проблему хронического простатита. РМЖ, 2003, 11, с. 4-9.
7. Камалов А.А., Ковалев В.А., Ефремов Е.А. Хронический простатит и половая функция. Сб. науч. трудов Всероссийской научно-практической конференции «Современные аспекты диагностики и лечения хронического простатита». Курск, 26-27 апреля 2000 г., Курск, 2000, с. 71-74.
8. Камалов А.А., Королева С.В., Ковалев В.А., Ефремов Е.А. Эректильная дисфункция при хроническом простатите. Мат. 1-го Конгресса профессиональной ассоциации андрологов России. Кисловодск - Домбай, 22-26 апреля 2001 г. М. Приложение к журналу «Андрология и генитальная хирургия», с. 127-129.
9. Кришталь В.В., Григорян С.В. Сексология. М., 2002.
10. Крупин В.Н., Шутов В.В. Значение вегетативной иннервации тазовых органов в клинике хронического простатита. Мат. X Российского съезда урологов. Москва, 1-3 октября 2002 г., М., 2002, с. 287-288.
11. Либих С. С. Руководство по сексологии. СПб., 2001.
12. Руководство по урологии, в 3 т. /Под ред. Н.А. Лопаткина. М., 1998. т. 1, с. 47-51.
13. Лоран О.Б., Сегал А.С. Хронический простатит. Мат. X Российского съезда урологов. Москва, 1-3 октября 2002 г. М., 2002, с. 209-222.
14. Мазо Е.Б., Степенский А. Б., Гамидов С.И., Григорьев М.Э., Кривобородов Г.Г., Белковская М. Н. Фармакотерапия хронических простатитов. РМЖ. 2001, 9, с. 23-26.
15. Простатит. /Под ред. проф. П.А Щеплева. М., 2007.
16. Тиктинский О.Л., Михайличенко В.В. Андрология. СПб., 1999, с. 109-223.
17. Сексология и андрология. /Под ред. Возианова А.Ф., Горпинченко И.И., Киев, 1997.
18. Сексология: Справочник. /Под ред. Г.С. Васильченко, М., 1990.
19. Шустер П.И. Половые расстройства и бесплодие при хроническом простатите. Мат. X Российского съезда урологов. Москва, 1-3 октября 2002 г. М., 2002, с. 341-342.
20. Юнда И.Ф. Состояние и перспективы изучения половых расстройств урогенитального генезиса. Проблемы сексopatологии и бесплодия. Здоровье, 1973, с. 3-16.
21. Blacklock N.J. Anatomical factors in prostatitis, Br. J. Urol., 1974; 46: 47.
22. Deinhardt M. Krankheitsverlauf bei der chronischen, Prostatitis, Eine 5-Jahres Katamnese. 1993, Dissertation, Gießen.
23. Feldman I. A., Goldstein I., Hatzichristou D. G., Krane R. J., McKinnlay J. B. Impotence and its medical and psychosocial correlates: results of the Massachusetts Male Aging Study. J. Urol., 1994. 151: 54-61.
24. Junk-Overbeck M. et al. Emprische Untersuchungen zur Psycosomatik der chronischen Prostatitis/Partnerschaft, Sexualität und Fruchtbarkeit. (Eds. E. Brahler, A. Meyer), Sprenger, Berlin, Heidelberg, New York, 1988; 217-234.
25. Lue T. F. Erectile dysfunction: problems and challenges, J. Urol., 1993; 149: 1256-1257.
26. Nickel J. C. Clinical ávaluation of the Patient Presenting with Prostatitis, Eur. Urol., Suppl., 2003; 11-14.
27. Richard G, Batstone D., Doble A. Chronic prostatitis, Curr. Opin. Urol., 2003; 13: 23-29.