

Сексуальные дисфункции у больных хроническим простатитом: модели формирования

Г.С. Кочарян

Харьковская медицинская академия последипломного образования

В последние годы некоторые авторы пытаются отрицать роль хронического простатита (ХП) в развитии сексуальных дисфункций по соматическим механизмам. Эта точка зрения не соответствует реальной действительности. В статье приведены выделенные автором модели формирования сексуальных дисфункций у больных ХП (психосоматическая, психопатологическая детерминации, нейро-рецепторная, вегетодисфункциональная, алгическая, дисгормональная, смешанная, системная), а также данные, свидетельствующие о роли ХП, в том числе биогенной, в генезе сексуальных дисфункций.

Ключевые слова: хронический простатит, сексуальные дисфункции, модели формирования.

В последние годы в клинической сексологии изменяется отношение к роли простатита в генезе сексуальных дисфункций. В связи с обсуждаемым вопросом небезынтересно отметить, что раньше в СССР никто не сомневался в том, что простатит сам по себе (без всякой психогении) может играть роль в возникновении сексуальных нарушений. Иногда даже называли неправдоподобно большую частоту данных нарушений. Однако в настоящее время некоторые авторы сводят возможную биогенную роль простатита в генезе сексуальных дисфункций практически к нулю. Тенденция исключения хронического простатита (ХП) из числа факторов, способных вызывать данные дисфункции, четко прослеживается в публикации Л.П. Ефимова [13] (Россия). Обследовав 110 мужчин-ликвидаторов последствий аварии на Чернобыльской АЭС в возрасте от 35 до 60 лет, обратившихся с жалобами на сексуальные расстройства, автор выявил простатит у 94 человек (85,5%). Он выделил 8 причинных факторов сексуальных дисфункций, но заявил, что ни в одном из этих 94 наблюдений не обнаружил связи между ними и ХП.

По нашему мнению, сексуальные дисфункции у больных ХП могут возникать по различным, в том числе и биогенным механизмам, однако их формирование у больных с данной патологией должно стать предметом анализа и обсуждения, плодотворность которого может быть обусловлена междисциплинарным системным подходом.

Модели формирования сексуальных расстройств у больных хроническим простатитом

В результате проведенного анализа мы выделили определенные модели формирования сексуальных расстройств у больных ХП [19].

Психосоматическая модель. Частое сочетание ХП и сексуальных расстройств пытались объяснить тем, что ХП и сексуальные дисфункции существуют параллельно, представляя собой проявление единого психосоматического расстройства. Так, М.В. Екимов, А.И. Федорова [12] отмечают, что ХП можно проанализировать с позиций психосоматической медицины. Хотя к развитию этого заболева-

ния могут приводить инфекционные факторы, застой секрета предстательной железы (ПЖ) и застой крови в органах малого таза (гемодинамические нарушения), иммунодефицит, инфекционно-аллергические и аутоиммунные процессы, нарушения нейровегетативной регуляции и др., многое позволяет понять анализ развития ХП с позиций психосоматической медицины, которая интегрирует соматические (гормоны, иммунитет, сосуды и т. д.) и психические (особенности личностного реагирования на стресс) факторы в единый патогенез.

Наиболее тесно психическое и соматическое «переплетаются в эмоциях», каждая из которых имеет соматовегетативное сопровождение. Возникающим при стрессе эмоциям соответствует ряд соматических изменений: симпатикотония, выброс адреналина, повышение тонуса гладкомышечных волокон и поперечнополосатых мышц, а также увеличение уровня надпочечниковых гормонов и снижение уровня половых гормонов и т.д. В отношении ХП, продолжают авторы, все перечисленные патогенетические механизмы работают в полной мере. «Во-первых, ПЖ – это гладкомышечный орган и соответственно является органом-мишенью для адреналина. Во-вторых, ее функции (секреторная и барьерная) регулируются половыми гормонами, конкурирующими с надпочечниковыми. За счет возникающего в ПЖ спастического состояния (симпатикотония и гипердреналинемия), снижения ее функции и защитных сил (снижение уровня тестостерона и блокирование рецепторов к тестостерону при избытке надпочечниковых гормонов), а также при общем снижении иммунитета возникает риск инфекционного поражения ПЖ (простатита). Таким образом, такое чисто соматическое и объективно регистрируемое заболевание, как простатит, возникает в данном случае как результат характерных для хронического (незавершающегося) психоэмоционального стресса соматических изменений, то есть по психосоматическим механизмам» [12, с. 347–348].

Далее авторы сообщают, что «большинство характерных для простатитов и простатопатий жалоб, симптомов и нарушений имеют психосоматическую трактовку. Учащенное мочеиспускание возникает не только из-за «раздраженной железы», но и из-за симпатикотонии с соответствующим спастическим состоянием мочевого пузыря (подобно симпатикотонической реакции на эмоциональный стресс, волнение, холод и пр.). Затрудненное мочеиспускание возникает не только из-за «отека железы», но из-за симпатикотонической спастики самой ПЖ. Спастическое состояние ПЖ может сопровождаться жалобами на боли и дискомфорт в области железы. Предрасполагающие к простатиту запоры, которые обычно рекомендуют устранять при лечении простатитов, – проявление спастики, в данном случае кишечника (спастический колит – это тоже психосоматическое заболевание). Спастическое состояние про-

статы проявляет себя при пальпаторном исследовании железы через ее плотность, болезненность, сглаженность ее междолевой бороздки. К снижению функции ПЖ приводит не столько само воспаление, сколько дефицит влияния тестостерона в результате избытка надпочечниковых гормонов с соответствующей блокадой тканевых андрогенных рецепторов в ПЖ. Да и сам уровень тестостерона снижается при затяжных стрессах. Эти же механизмы объясняют и характерные для простатитов нарушения в виде патоспермии. Склероз ПЖ возникает не только в результате инфекции, к нему также ведут нарушения в ней обмена веществ за счет ее спастики, нарушений кровотока и указанных дисормональных нарушений» [12, с. 348–349].

Объясняя связь между ХП, простатопатиями и сексуальными дисфункциями, авторы подчеркивают, что линейная схема (половые нарушения как результат простатита) кажется недостаточной, о чем свидетельствует нередко встречающееся сохранение сексуального расстройств после санации ПЖ. Ученые высказывают свою точку зрения, что **и простатит, и сексуальные нарушения, являются 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 начальная миотония (спастика), тем быстрее наступит семяизвержение. То есть, эти механизмы объясняют причины ускоренного семяизвержения не как результат простатита, а как параллельное следствие их общих психосоматических причин. К нарушению либидо и эрекции приводит не само воспаление ПЖ, а возникающий при стрессе дефицит тестостерона и блокада его тканевых рецепторов (в ПЖ, 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. Комплекс отрицательных эмоций при хроническом стрессе будет снижать сексуальность по психическим механизмам» [12, с. 349].

Мишень поражения (*locus minoris resistentia*) пациентов сексуальными нарушениями и психосоматическими простатитами авторы объясняют наличием у них слабой половой конституции, низкой тканевой чувствительностью к тестостерону, ослабленным неврологическим обеспечением половой функции, низкими резервами сосудистого обеспечения сексуальных реакций и т.д. (соматический компонент). К психологическим факторам относят повышенную фиксацию внимания на половой системе, сексуальные страхи и неуверенность в своих сексуальных возможностях, которые обусловлены внутриличностными проблемами. Мышечное напряжение при психосоматических вариантах простатита (спастика ПЖ) отражает и символизирует психологические страхи и носит защитный характер (В. Райх) [12].

H.J. Berberich, M. Ludwig [28] также обращают внимание на роль психосоматических факторов в генезе хронического простатита/синдрома хронической тазовой боли. Авторы отмечают, что кроме редких случаев бактериальных простатитов, многочисленные соматические модели были не в состоянии полностью объяснить патогенные взаимосвязи, а терапевтические попытки часто давали неудовлетворительные результаты. Более того, психосоматическими

факторами часто пренебрегали. На основе анкетного опроса исследователями выявлено, что множество факторов играют важную роль в развитии хронического простатита/синдрома хронической тазовой боли, а именно соматизация и депрессия, а также тревога, ипохондрия и слабая мужская идентичность. Отмечается, что эти предварительные результаты нуждаются в дальнейшей оценке.

Однако объяснение связи ХП и сексуальных дисфункций не исчерпывается приведенной моделью, названной нами психосоматической.

Нейрорецепторная модель. Сексуальные дисфункции у больных ХП могут возникать по механизмам, которые объясняет модель, названная нами нейрорецепторной. В формировании преждевременной эякуляции может участвовать простатовезикулярный комплекс. Отмечается, что основной рецепторной зоной, участвующей в возникновении эякуляторного феномена в области внутренних половых органов, является семенной бугорок, где сконцентрирован мощный рецепторный комплекс. В этой области начинается и часть восходящей дуги эякуляторного рефлекса и восходящая дуга «рефлекса оргазма». Воспаление в области семенного бугорка и простатовезикулярного комплекса повышает чувствительность нейрорецепторного аппарата и ведет к гиперрефлексии, что часто обуславливает преждевременную эякуляцию. При анестезии семенного бугорка с помощью лидокаина, его травматическом поражении и атрофическом колликулите, напротив, возникает затрудненная эякуляция и даже анэякуляторный феномен [25].

В этой модели получают объяснение и другие сексуальные дисфункции. Данная модель нашла отражение в ряде трудов [8, 15, 18, 23], в которых сообщается, что раздражение нейрорецепторного аппарата ПЖ приводит к повышению возбудимости спинальных половых центров, что проявляется преждевременным семяизвержением и частым возникновением эрекции. Хронический вялотекущий процесс в уретропростатической зоне приводит к постоянному раздражению семенного бугорка, афферентная импульсация от которого поступает в спинальные половые центры. Клинически это проявляется длительными неадекватными ночными эрециями. При длительном воспалительном процессе происходит функциональное «истощение» центра эрекции при продолжающемся возбуждении центра эякуляции, что выражается ослаблением эрекции и преждевременным семяизвержением, которое сменяется задержанной эякуляцией на этапе наступающего функционального «истощения» центра эякуляции.

Изменение оргастических ощущений, согласно этой модели, связано с тем, что примерно у 1/3 больных ХП сочетается с задним уретритом и колликулитом, а зона семенного бугорка является тем местом, где зарождается ощущение оргазма при выбросе семени через узкие семяизвергающие устья [10]. Э.К. Арнольди [2] отмечает, что причиной стертости оргазма является атония и зияние устьев семявыбрасывающих протоков и связанное с этим уменьшение силы истечения струи спермы, раздражающей рецепторы, участвующие в формировании оргастических ощущений, расположенные на поверхности семенного бугорка.

В литературе можно обнаружить информацию, согласно которой функциональное истощение спинальных центров практически невозможно, учитывая что спинной мозг является филогенетически древней и поэтому устойчивой по отношению к воздействию патогенных факторов струк-

турой. Для того чтобы смягчить дискуссию по этому поводу, можно использовать термин «торможение» центра (эрекции, эякуляции), которое выполняет охранительную функцию, защищая соответствующие центры от нейрорецепторных атак.

Модель психопатологической детерминации. Также можно выделить модель, отрицающую биогенное влияние простатита на возникновении сексуальных дисфункций. Связь между ним и данными дисфункциями рассматривается в аспекте неблагоприятного воздействия отягощающих простатит психических расстройств невротического уровня. Данная модель может быть названа моделью психопатологической детерминации. Б.Н. Хольцов (1909) писал, что больные ХП, обеспокоенные продолжительностью заболевания и неудовлетворительными результатами лечения, фиксируют внимание на своем недуге, уходят в болезнь, преувеличивают имеющиеся у них расстройства. В результате у них развивается неврастения, которая выражается не только местными (нарушение мочеиспускания, нарушения половой деятельности, парестезии и боль), но и общими нервными расстройствами (уныние, глубокая меланхолия) [по 1].

Е.А. Ефремов и соавторы [14] отмечают, что сексуальные расстройства встречаются у 46–78% больных ХП, и причинно-следственная связь между ХП и сексуальной дисфункцией является предметом пристального внимания урологов. Однако общепринятой точки зрения на эту проблему до настоящего времени нет. При обследовании 317 пациентов с диагнозом «хронический простатит» в возрасте от 20 до 54 лет и продолжительностью заболевания от 6 мес до 20 лет у 268 больных авторы выявили нарушения половой функции различной степени выраженности. Пациенты с сопутствующей васкулогенной патологией исключались из дальнейшего исследования.

В ходе проведенного исследования были выявлены две группы. В первой группе (179 человек) у пациентов имело место изолированное поражение эякуляторной составляющей, проявляющееся ускоренным семяизвержением (47%), болезненной эякуляцией (52%), а также изменением эмоциональной окраски оргазма (20%). Вторую группу (89 человек) составили пациенты с нарушениями либидо (40%), адекватности (30%) и спонтанных (до 15%) эрекций. Исследователи обратили внимание на большую частоту психических расстройств среди больных с сексуальными дисфункциями и ХП (примерно 75%). При этом у 60,2% пациентов психопатологическая отягощенность предшествовала сексуальному расстройству, а у 17,8% – появилась при длительном и неэффективном лечении основного заболевания, внося определенную специфику в клинику сексуальных расстройств. На основании этого авторы делают вывод, что сексуальная дисфункция, выявляемая при хроническом простатите, должна рассматриваться как проявление астенического, тревожно-ипохондрического, астеноипохондрического и астенодепрессивного синдромов, а также других психопатологических состояний. Поэтому необходима оценка у этой категории больных изменений психического статуса, а своевременная коррекция психических расстройств при ХП предупреждает развитие более грубых нарушений психики и позволяет успешнее лечить соматическое страдание, а также корректировать сексуальные нарушения. В связи с этим авторы считают, что активное участие в комплексном лечении ХП должны принимать психоневрологи.

О наличии различных психических расстройств у больных с данным заболеванием сообщают и другие авторы.

Так, по данным А.К. Напреенко [22], выявленные симптомы, обусловленные психическими нарушениями у больных простатитом, по мере убывания располагаются в следующем порядке: раздражительность, эмоциональная слабость, неустойчивость настроения, повышенная психическая и физическая утомляемость, нарушение сна, вегетосудистые дистонические проявления, слабодушие (неспособность сдерживать эмоции), коитофобия (боязнь полового акта), ослабление способности к сосредоточению внимания, ухудшение памяти, страхи, не связанные с половой функцией, психалгии (боль, обусловленная не болезненным процессом во внутренних органах, а психическим заблуждением – расстройством восприятия) и др.

В динамике развития подобных нарушений автор выделяет два этапа. На первом этапе для больных наиболее типичны повышенная раздражительность, сниженное настроение с оттенком тревожной ажитации (двигательным возбуждением, страхами), быстрая физическая утомляемость и психическая истощаемость, нарушение сна, головная боль, коитофобия. На втором этапе пациенты отмечают подавленное настроение, общую слабость, безынициативность, склонность к ипохондрическим переживаниям, страхи, в том числе не относящиеся по своему содержанию к сфере интимных отношений. Сообщается, что второй этап психических расстройств отмечается в основном при затяжном, часто рецидивирующем характере воспалительных заболеваний органов половой системы.

В исследовании А. Mehik и соавторов [36], в котором участвовали 1832 человека, было выявлено, что пациенты с простатитом испытывают значительный стресс. Психологические проблемы (тревожность, депрессия, эмоциональная лабильность, слабая мужская идентификация, сексуальные жалобы), по данным психологических тестов (ММРП) и консультаций, выявлены у 80% пациентов с ХП, а высокая степень их выраженности обнаружена у 20–50%. Другие авторы (К.Е. Еган, J.N. Krieger, 1994, 1997; R.B. Alexander, D. Trissel, 1996; В. Burger, W. Weidner, J.E. Altwein, 1999; А. Mehik и соавторы, 2000) также констатировали наличие у данного контингента больных повышенной тревожности, депрессии, истероидных реакций, а иногда даже «повышение суицидальных настроений» [по 4].

Интересно отметить, что L. Keltikangas-Järvinen и соавторы [33] отмечают повышение частоты гомосексуального поведения у пациентов, страдающих ХП, что можно объяснить снижением маскулинности и уверенности в удовлетворительной эрекции при половом акте с противоположным полом.

А.А. Камалов и соавторы [17], характеризуя пациентов с длительно протекающим ХП, отмечают, что для них характерна ипохондрическая готовность и фиксация на малейших ощущениях в половых органах. О наличии у них тревожной депрессии свидетельствуют навязчивые мысли тревожного содержания об их мужской неполноценности, о неизлечимости недуга, бесперспективности лечения, неминуемой потере семейного благополучия. Они «уходят в болезнь», склонны к самодиагностике и самолечению. Состояние тревожной депрессии, в котором они находятся, также характеризуется расстройствами сна и аппетита. У них отмечаются и симптомы вегетативной дисфункции (повышенное потоотделение, лабильность пульса). По наблюдениям авторов, половые расстройства, отмеченные у этих больных (снижение либидо – у 40%, снижение частоты и силы спонтанных эрекций – у 15%, ослабление адек-

ватных эрекции – у 30%), являются неизбежным проявлением аффективных нарушений.

Маскированная депрессия с преобладанием сексуальных расстройств, сообщают цитируемые авторы, сопровождается жалобами на ускоренную или замедленную эякуляцию в сочетании с ослаблением эрекции, реже на снижение полового влечения и выраженность оргастических ощущений. При обследовании таких больных выявляют признаки конгестии в ПЖ. Сексуальные расстройства при маскированной депрессии возникают периодически (часто сезонно), имеют суточные колебания интенсивности, тесно связаны с соматовегетативными нарушениями, относительно резистентны к психостимуляторам, терапии мужскими половыми гормонами, психотерапии. Наоборот, прослеживается отчетливая положительная реакция на терапию антидепрессантами. Отмечается, что нередко расстройства исчезают спонтанно [17].

L. Keltikangas-Järvinen и соавторы [32] провели психологическое тестирование, направленное на исследование личности (BDI, MMPI, RO, TAT), которое было осуществлено у 42 пациентов с клиническими признаками ХП. В результате исследования было выявлено, что пациенты характеризовались длительным наличием симптомов и слабым ответом на терапию. Некоторая степень «психической несогласованности/трудности» (psychic difficulty) была выявлена у 80% пациентов, а признаки тяжелого психического расстройства у 20–50%. Среди отмеченных психических симптомов были беспокойство, депрессия, аффективная лабильность, слабая мужская идентичность, другие сексуальные расстройства и даже «психотические черты». Этот паттерн психических расстройств, отмечают авторы, соответствует описанному для пограничной личности. Частое возникновение специфических психических и сексуальных расстройств позволило им предположить, что психические факторы могут быть причиной ХП.

Алгическая модель. Также может быть выделена алгическая модель формирования сексуальных дисфункций у больных ХП. Обсуждая возможность влияния данной патологии на сексуальные функции, С. Розенталь [24] отмечает, что в редких случаях ХП может вызвать одно специфическое затруднение, возникающее исключительно при этом заболевании. Оно заключается в том, что во время оргазма в гладкомышечной ткани ПЖ возникают мучительные болевые спазмы. У мужчин, которые пережили такую болезненную эякуляцию несколько раз, нередко возникают трудности с эрекцией или эякуляцией, представляющие собой условно-рефлекторную защиту от боли. Помимо этого, длительный, протекающий с болью воспалительный процесс, сопровождающийся преждевременной эякуляцией и сглаженностью оргазма, может приводить к психогенному снижению либидо [17].

R. Bartoletti и соавторы (итальянская группа по изучению простатита) [27] с января по июнь 2006 г. обследовали амбулаторных урологических пациентов из 28 итальянских урологических центров в возрасте между 25 и 50 годами. Контрольную группу составили 152 человека такого же возраста, расы и «области происхождения», которые входили в число обследованных инфертильных пар, но были здоровы в иных отношениях. Были изучены истории болезни всех субъектов. Они подверглись различным исследованиям, в том числе и микробиологическим. Из 5540 урологических амбулаторных больных у 764 был установлен диагноз ХП/синдрома хронической тазовой боли. Таким образом, распространенность данного синдрома соста-

вила 13,8%. Выявили, что данный синдром оказывал отрицательное влияние на сексуальное желание, эрекцию и продолжительность полового акта, уменьшая ее ($p < 0,001$).

M. Gonen и соавторы [31] отмечают, что синдром хронической тазовой боли – распространенная и тяжелая проблема здоровья, затрагивающая качество жизни у мужчин. Существуют относительно ограниченные исследования отношения этого состояния к преждевременной эякуляции. Авторы оценили распространенность преждевременной эякуляции у 66 турецких мужчин с синдромом хронической тазовой боли и сравнили их с контролем (30 здоровых мужчин без «мочевых симптомов»). Использовали анкетный опрос, состоящий из 2 частей (установление демографических данных и определение индекса симптомов ХП по турецкой версии the National Institutes of Health Chronic Prostatitis Symptom Index). Преждевременной эякуляцию считали тогда, когда интравагинальное латентное время эякуляции было меньше 2 мин с тем же самым партнером в течение по крайней мере 6 мес. Все пациенты были оценены с помощью объективных и обычных лабораторных методов исследования. Если имела место эректильная дисфункция, то также проводили пенильную доплеровскую ультрасонографию. Для статистических сопоставлений использовали тест χ^2 . Из 66 пациентов с синдромом хронической тазовой болью у 51 имела место преждевременная эякуляция (77,3%), которая у 10 пациентов (15,2%) сочеталась с эректильной дисфункцией. Пенильная доплеровская ультрасонография не выявила никакой сосудистой патологии у этих 10 мужчин. Частота преждевременной эякуляции была достоверно выше у пациентов основной группы по сравнению с контрольной ($P < 0,05$). Было отмечено, что у турецких мужчин с синдромом хронической тазовой боли процент психогенных сексуальных проблем был выше, чем в контроле.

В связи с обсуждением представленной модели следует отметить, что одной из сексуальных дисфункций, которая имеет место у больных ХП является болезненная эякуляция, которая также носит название «сперматической колики». В ее патогенезе лежит препятствие к быстрому опорожнению ампулы семявыносящего протока и семенных пузырьков при мощном сокращении мышц ПЖ, везикул и тазовой диафрагмы (Н.А. Лопаткин и соавторы, 1998) [по 1]. Данное расстройство обычно наблюдается при везикулите и колликулите, сопутствующих обычно хроническому инфекционному воспалению ПЖ [26].

В заключение следует подчеркнуть, что влияние боли на сексуальную сферу нельзя объяснить только возникновением психогенно-реактивных наслоений. Известно, что длительно существующая боль оказывает негативное влияние на многие системы организма (Г.Н. Кассиль, 1975), в том числе те, которые участвуют в регуляции половой функции.

Дисгормональная модель. Также может быть выделена дисгормональная модель формирования сексуальных расстройств у больных ХП. Приведены данные, которые могут объяснить снижение либидо при этой патологии. Его причиной может стать гипоандрогения, которая свойственна пациентам с затяжным простатитом [16]. В связи с этим следует отметить, что в некоторых экспериментальных работах была установлена прямая корреляция между уровнем половых гормонов и выраженностью сексуального влечения у мужчин (R. Schiavi, 1991; G. Lunglmayr, 1997) [по 1], а в исследовании Т.В. Вакиной и соавторов [6] было доказано, что негативное влияние на либидо и эректиль-

ную функцию у больных ХП оказывает снижение плазменной концентрации дигидроэпиандростерона, а это свидетельствуют о важной роли нетестикулярных андрогенов в регуляции половой функции мужчины. Снижение эрекции у больных ХП также объясняют большой значимостью тестостерона в осуществлении синтеза МО-фактора эндотелием кавернозных тел полового члена (Н. Garban и соавт., 1995; J. Lugg и соавт., 1996; D. Vernet и соавт., 1995) [по 1]. А.А. Камалов и соавторы [17] также считают, что ослабление эрекции при данном заболевании может быть объяснено снижением андрогенной насыщенности.

Кроме того, высказывается известное мнение, что ПЖ и яичко находятся в положительной коррелятивной зависимости. При нарушении функционирования одного из названных органов страдает другой, в данном случае – яичко, что приводит к уменьшению его андрогенной продукции. Кроме того, ПЖ отвечает за метаболизм половых гормонов. Поэтому при ее воспалении этот метаболизм может нарушаться [по 5].

Вегетодисфункциональная модель. Сексуальные нарушения при ХП можно было бы объяснить и вегетативным дисбалансом, так как указанные нарушения при данной патологии сопровождаются дисфункцией вегетативной нервной системы. Обычно данный дисбаланс проявляется преобладанием симпатического тонуса. Симпатические влияния, как известно, оказывают ингибирующее действие на расслабление гладкомышечных элементов кавернозных тел полового члена, что является необходимым условием возникновения эрекции (О.Л. Тиктинский, В.В. Михайличенко, 1999; I. Saenz de Tejada и соавт., 2000). В исследованиях В.Н. Крупина и соавторов (2002) было установлено, что у 67% больных ХП имеет место выраженная симпатикотония, и только у 3% больных выявляется преобладание тонуса парасимпатической нервной системы. Хотя в некоторых публикациях симпатикотонию связывают с психогенными расстройствами при ХП, однако нельзя забывать и о возможных органических причинах повышения тонуса симпатической нервной системы, так как при длительно протекающем заболевании в воспалительный процесс, помимо ПЖ, вовлекаются окружающие ее клетчатка и органы (И.Ф. Юнда, 1987). В связи с этим следует отметить, что в парасимпатической клетчатке проходит довольно большое количество парасимпатических и симпатических нервных волокон, которые образуют сплетение ПЖ (F. Leydig, цит. по Л.Я. Якобзону, 1937) [по 1]. По мнению Ю.Г. Аляева, А.З. Винарова, Н.Д. Ахвледиани [1], при преимущественном вовлечении в воспалительный процесс парасимпатических нервов возникает относительная симпатикотония, которая, возможно, и обуславливает органические эректильные расстройства у обсуждаемой группы пациентов.

Следует отметить, что представленные выше модели формирования сексуальных дисфункций у больных ХП отражают отдельные возможные звенья патогенеза данных дисфункций. Совсем не обязательно, что авторы, названные при описании той или иной модели, в своих представлениях придерживались и/или придерживаются только одной этой модели. По нашему мнению, выделение отдельных моделей полезно с той точки зрения, что это позволяет в каждом отдельном случае всесторонне оценить роль названных патогенетических факторов в генезе сексуального расстройства конкретного больного.

Смешанная модель (микст-модель). Формирование различных сексуальных дисфункций или их сочетаний при

разных вариантах ХП может объяснить модель, которая названа нами смешанной моделью или микст-моделью. Она позволяет учесть все, представленные выше, возможные механизмы формирования данных дисфункций при этой патологии.

Интегративная (холистическая, системная) модель. Профессиональный подход к диагностике сексуальных дисфункций у больных ХП позволяет установить, каким образом они связаны с этим заболеванием. По данным И.И. Горпинченко [11], различные нарушения копулятивного цикла (сексуальные дисфункции) имеют место у 41% больных с названной патологией. При обследовании 119 мужчин с ХП, у которых отмечались сексуальные дисфункции, автор выявил, что у 73 (61,3%) из них ХП был основной причиной этих дисфункций (1-я группа), а у 46 (38,7%) – не был таковой (2-я группа – больные, у которых нарушение сексуальной функции предшествовало появлению простатита). В 1-й группе изолированное поражение эякуляторной составляющей, вызванное простатитом, было установлено лишь у 7 (9,5%) пациентов; расстройство двух составляющих копулятивного цикла имело место у 40 (54,9%) больных, а у 26 (35,6%) отмечалось сочетанное нарушение эякуляторной, психической и нейрогуморальной составляющих. Во 2-й группе поражение двух составляющих копулятивного цикла имело место у 32,6% больных, а трех – у 67,4%. Выявлено, что у 60,9% больных этой группы присоединение ХП усугубляло тяжесть сексуального расстройства, а у 39,1% – не оказывало существенного влияния на сформировавшееся сексуальное расстройство. Установлено, что в формировании сексуальных нарушений при простатите весомое место занимает конституциональный фактор (слабость половой конституции предрасполагает к развитию сексуальных расстройств у больных ХП).

Автор также отмечает, что даже при расстройстве половой функции у больных, которое имеет соматическую основу (ХП), существенное значение имеют психические изменения, оказывающие влияние на клинику сексуального расстройства. У больных 1-й группы нарушения в психоэмоциональной сфере выявлены в 78% случаев, а среди больных 2-й группы – у 93,5%. Изучая роль психоэмоциональных факторов в развитии сексуальных нарушений, И.И. Горпинченко установил, что у 60,2% больных 1-й группы имела место врожденная «психопатологическая отягощенность», а у 17,8% больных этой группы и 26,5% больных 2-й группы психические расстройства были вызваны основным заболеванием.

Далее автор отмечает, что в формировании стойкого нарушения половой функции у больных простатитом играют роль не только невротические расстройства, связанные с основным заболеванием, но и неблагоприятные отношения между супругами. Так, лишь супруги 18,5% пациентов с пониманием отнеслись к временному снижению половой активности, связанному с воспалительным заболеванием урогенитальной сферы, и вели себя тактично. Подавляющее же большинство жен (81,5%) обследованных мужчин с расстройством половой функции своим неправильным поведением способствовали дополнительной психотравматизации пациентов. Из этого следует, заключает автор, что как при обследовании, так и при лечении больных с сексуальными нарушениями следует уделять внимание анализу семейно-брачных отношений и проведению разъяснительной психопедагогической работы с женами пациентов.

Характеризуя сексуальные дисфункции у больных ХП и их динамику, цитируемый автор сообщает, что половые

расстройства при ХП развиваются стадийно. Вначале появляется ускорение эякуляции, затем, при определенных условиях (поражение психической и нейрогуморальной составляющих), присоединяется снижение эрекции, а при более значительных нарушениях регулирующих систем – изменяется либидо. Также автор делает заключение, что в развитии сексуальных нарушений у больных ХП существенное значение имеет предрасположенность к сексуальному расстройству, обусловленная поражением психической составляющей копулятивного цикла (78%) и нарушением нейрогуморальной ее составляющей (55,4%).

Позже И.И. Горпинченко [10] охарактеризовал сексуальные дисфункции у больных ХП, их динамику и механизмы формирования следующим образом. Он отметил, что первоначально сексуальные расстройства при неосложненном простатите проявляются относительным ускорением эякуляции, а также стертостью и болезненностью оргастических ощущений. Нарушения же других фаз копулятивного цикла могут быть объяснены сопутствующей патологией. Так, снижение либидо у данной категории больных может быть как психогенно обусловлено длительным, сопровождающимся болью воспалительным процессом, так и вызвано снижением андрогенной насыщенности. Этими же механизмами может быть объяснено и ослабление эрекции. Изменение оргастических ощущений автор, как отмечалось нами выше, в частности, объясняет тем, что примерно у 1/3 больных ХП сочетается с задним уретритом и колликулитом, а семенной бугорок, как известно, является тем местом, где зарождается ощущение оргазма при выбросе семени через узкие семяизвергающие устья. Точно такое же объяснение механизмов формирования сексуальных дисфункций при данной патологии приводят А.А. Камалов и соавторы [17].

И.А. Ланцберг, О.З. Лившиц [21] для выяснения значения воспаления ПЖ в формировании половых расстройств методом структурного анализа изучили две группы больных. Первая группа состояла из 50 человек, обратившихся за урологической помощью «с жалобами, характерными для заболеваний урогенитальной сферы». У всех этих пациентов был диагностирован ХП. Во вторую группу вошли 102 больных с жалобами на половое расстройство (что и стало причиной их обращения за медицинской помощью), у которых также имел место простатит, который рассматривался как ведущий фактор, обусловивший развитие сексуальных нарушений. В первой группе при активном опросе сексуальные расстройства удалось выявить у 9 (18%) из 50 больных.

Объективное исследование (выраженность пальпаторных изменений) и данные микроскопии секрета позволили условно разделить поражения ПЖ на четыре стадии. Полученные данные свидетельствовали об относительно равном распределении больных в обеих группах в зависимости от стадии поражения ПЖ. Однако сексологические расстройства в первой группе имели место в 18% наблюдений, а во второй – в 100%. Объяснение этому исследователи попытались найти, оценивая не только состояние ПЖ, патология которой свидетельствовала о поражении эякуляторной составляющей копулятивного цикла, но и степень вовлечения других составляющих данного цикла.

У всех больных первой группы, у которых имели место сексуальные нарушения (9 человек), была выявлена выраженная нейрогуморальная стигматизация. Вместе с тем зависимости между степенью поражения ПЖ, а также наличием и характером полового расстройства выявить не уда-

лось. Это позволило авторам сделать предположение, что ХП, возникший на фоне преморбидно ослабленной нейрогуморальной составляющей, по-видимому, явился разрешающим фактором, который привел к возникновению полового расстройства. Подтверждение этого предположения исследователи выявили при анализе 102 клинических наблюдений, составивших вторую группу, где поражение одной составляющей имело место у 15 человек (14,7%), двух – у 47 (46%), трех – у 40 (39,3%). Авторы сообщают следующее:

При изолированном поражении одной эякуляторной составляющей, несмотря на грубые изменения ПЖ, в подавляющем большинстве случаев сексуальные нарушения проявлялись в относительно легкой форме. Изучение группы больных с сочетанным поражением двух составляющих позволило установить отсутствие параллелизма между степенью нарастания тяжести половых нарушений и характером (выраженностью) деструктивных изменений ПЖ. Тяжелым синдромологическим расстройствам половой функции (у 33 человек из 47, т. е. в 71% случаев) соответствовали преимущественно легкие формы поражения ПЖ (у 27 человек из 47, т. е. в 58% случаев).

Таким образом, независимо от стадии поражения ПЖ, при сочетанном поражении двух составляющих выраженность сексуальных расстройств нарастает. Еще более иллюстративно это прослеживается в группе больных при сочетанном поражении трех составляющих: из 40 наблюдений в 36 имелись тяжелые синдромологические нарушения половой функции. При этом в противоположность предыдущей группе с сочетанным поражением двух составляющих, в данной группе преобладали тяжелые поражения ПЖ.

На основании анализа всего материала в целом авторы следующим образом представили патогенез половых расстройств при простатитах. Благодаря взаимному влиянию всех составляющих полового акта, дефект, создаваемый поражением одной из них, но при сохранности других, может полностью или частично компенсироваться. Подобное положение имеет место также и при изолированном, но грубом поражении только одной, в частности, эякуляторной составляющей. При глубоком поражении одной эякуляторной и особенно двух и более составляющих снижается надежность функционирования всей системы в целом и возрастает чувствительность ее к различного рода патогенным влияниям [21].

В результате проведенных исследований авторами были сделаны следующие выводы:

1. ХП влечет за собой развитие половых нарушений лишь при грубых деструктивных изменениях в ПЖ.
2. ХП, который свидетельствует о поражении эякуляторной составляющей, в сочетании с поражением другой или нескольких других составляющих копулятивного цикла может явиться разрешающим фактором в формировании нарушений половой функции.
3. Выраженность сексуальных расстройств зависит как от числа вовлеченных составляющих копулятивного цикла, так и от степени поражения ПЖ.

В.В. Кристаль, С.Р. Григорян [20], обобщая литературные данные о взаимоотношении между ХП и половыми расстройствами, отмечают, что при ХП сексуальная дисфункция возникает не у всех больных. В ее генезе имеют значение длительность заболевания, распространенность и интенсивность воспалительного процесса в железе, половая конституция, нервно-психическое и физическое состо-

яние больного. Отмечается, что при хорошем нейроэндокринном обеспечении сексуальной функции, сильной половой конституции и высоком уровне межличностной адаптации супругов даже при поражении ПЖ сексуальные расстройства могут не возникать.

Модель развития сексуальных расстройств у больных ХП, учитывающую влияние на их формирование и развитие поражения различных составляющих купулятивного цикла, а также воздействие нарушений межличностных отношений, в том числе обусловленных сексуальной патологией, мы предлагаем называть интегративной, холистической или системной моделью. Отличие этой модели от микст-модели заключается в том, что последняя, определяя влияние различных факторов в генезе сексуального расстройства, не учитывает их взаимодействия, т. е. не рассматривает данное расстройство как систему с качествами, которые присущи только ей и не сводятся к простому суммированию результатов различных неблагоприятных воздействий. Она в полной мере учитывает также влияние предрасполагающих и усугубляющих факторов. Такая модель базируется на системном подходе, в полной мере учитывающем сложность обеспечения сексуальной функции.

Диагноз и установка

Предпринимаемые в настоящее время попытки отрицать возможное негативное влияние простатита на сексуальные функции по соматическим механизмам целесообразно рассматривать как очередной «виток» пересмотра представлений по этой проблеме, что демонстрируют рассуждения, приводимые Г.С. Васильченко [7]. Однако существуют данные, которые свидетельствуют о том, что отрицание роли простатита в развитии сексуальных дисфункций по названным механизмам не является на нынешнем «витке» представлений всецело доминирующим. Так, Juza Chen, П.А. Щеплев, Б.Р. Гвасалия и соавторы [29], характеризуя современный взгляд на этиологию преждевременной эякуляции, среди других факторов называют заболевания ПЖ. На сайте известной клиники США (Mayo Clinic) воспаление и инфекция ПЖ или мочеиспускательного канала также рассматриваются как биологические причины названной дисфункции [37].

По нашему мнению, простатит может приводить к возникновению сексуальных нарушений и по соматическим механизмам. Эти нарушения могут усиливаться под влиянием психических расстройств невротического уровня, развивающихся на фоне простатита. Помимо этого, эти усугубляющие простатит невротические расстройства (реакция на заболевание) сами по себе способны вызвать сексуальные нарушения. В развитии этих расстройств и, в частности, «невроза ожидания неудачи» определенную роль может играть установка на то, что простатит неминуемо ведет к развитию сексуального расстройства (вспомним телевизионную рекламу, популяризирующую некоторые фармакологические препараты: простатит – аденома – импотенция). Негативное влияние на сексуальную сферу у больных ХП могут оказывать плохие межличностные отношения в супружеской/сексуальной паре, которые могут предшествовать возникновению сексуального расстройства или развиваться в связи с его возникновением.

Следует подчеркнуть, что кардинальное изменение во взглядах на роль того или иного заболевания в генезе сексуальных дисфункций должно настораживать. Если несколько лет назад специалист абсолютно не сомневался в том, что какая-то патология соматогенным путем может приводить к их развитию, а в настоящее время абсолютно

уверенно утверждает обратное, то это, скорее всего, говорит об изменении его установки, а не об отсутствии названной детерминации (или внезапном ее исчезновении).

Современные исследования, свидетельствующие о роли ХП в генезе преждевременной эякуляции

Попытка полного отрицания возможного непосредственного влияния простатита на сексуальную сферу может быть оспорена на основании результатов специальных исследований. Так, в одной из работ [30] сообщается об исследовании, в котором участвовали 145 мужчин с вторичной преждевременной эякуляцией (secondary premature ejaculation; SPE). У 94 человек (64,8%) из них был диагностирован хронический бактериальный простатит. Из названных 94 пациентов с SPE и хроническим бактериальным простатитом 20 пациентов не получали лечение и составили контрольную группу. Остальные 74 пациента с SPE и ХП лечились в течение 1 мес антибиотиками с учетом чувствительности к ним микрофлоры. После лечения у всех этих пациентов была достигнута бактериальная санация. У 62 пациентов (83,9%) из этих 74 увеличилось интравагинальное латентное время эякуляции. Они также сообщили о хорошем контроле над эякуляцией и были оценены как хорошо реагирующие на лечение. Ни у одного из пациентов контрольной группы не было отмечено никакого улучшения ни в плане уменьшения инфицирования ПЖ, ни в отношении увеличения продолжительности полового акта. Сделано заключение, что санация пациентов с SPE и ХП может вести к увеличению интравагинального латентного времени эякуляции и улучшению контроля над ней.

В другой статье сообщается, что было обследовано 210 гетеросексуальных мужчин с преждевременной эякуляцией и воспалением ПЖ. У 155 мужчин преждевременная эякуляция была приобретенной, а у 55 существовала с начала половой жизни (lifelong). Всех участников исследования попросили заполнить the National Institutes of Health-Chronic Prostatitis Symptom Index (NIH-CPSI). Проводили микробиологическое исследование. Антибиотики употребляли 184 мужчины в течение 4 нед с учетом чувствительности к ним микрофлоры. Двадцать шесть пациентов не получили антибактериальную терапию или отказались от нее (группа сравнения, нелеченная группа). Повторную клиническую оценку проводили спустя 28 дней. Были получены следующие результаты. Только у двух из этих 26 мужчин (7,7%) из нелеченной группы увеличилось интравагинальное латентное время эякуляции (ИЛВЭ) по сравнению с 109 из 184 мужчин (59,0%), которые получили антибактериальную терапию ($P=0,0001$). После проведенного лечения 90 из 155 мужчин (58,0%) с приобретенной PE сообщили, что их ИЛВЭ > 2 мин; такие же результаты были достигнуты лишь у 21 из 55 мужчин (38,2%), у которых преждевременная эякуляция имела место с начала половой жизни ($P=0,012$). Сделан вывод, что антибактериальная терапия полезна в лечении преждевременной эякуляции, связанной с воспалением ПЖ, и лечение наиболее эффективно у мужчин с приобретенной (acquired) преждевременной эякуляцией [41].

Косвенным подтверждением роли простатита в генезе преждевременной эякуляции могут служить следующие данные. Были обследованы 153 гетеросексуальных мужчины в возрасте от 29 до 53 лет с преждевременной эякуляцией и 100 здоровых мужчин. Проводили микробиологические исследования. Никаких существенных различий

между пациентами и контролем по возрасту, образованию и частоте половых актов выявлено не было. Воспаление ПЖ было диагностировано у 64%, а хронический бактериальный простатит у 52% пациентов с преждевременной эякуляцией, что достоверно превышало частоту этих патологий в контроле ($P < 0,05$). Сделан вывод о высокой распространенности ХП у пациентов с преждевременной эякуляцией, что диктует необходимость исследования состояния ПЖ у пациентов с данной сексуальной дисфункцией [39].

О высокой распространенности сексуальных расстройств у больных ХП свидетельствует и следующее исследование. Анкетный опрос 2000 субъектов, которым на основании клинического обследования и исследования секрета ПЖ был установлен данный диагноз, выявил, что распространенность копулятивных нарушений у них составила 49,0%. У 26,2% субъектов имела место преждевременная эякуляция, у 15,0% – эректильная дисфункция, а у 7,7% больных эти два симптома существовали одновременно [34, 35].

Интересно мнение итальянских исследователей по анализируемой проблеме. Так, E. Scerponi и соавторы [38] сообщают, что ими были оценены анализы мочи до и после массажа ПЖ и анализы секретов ПЖ у 46 пациентов с преждевременной эякуляцией и у 30 лиц контрольной группы (с использованием бактериологических исследований). Определяли процент преждевременной эякуляции у лиц с выявленным ХП. Воспаление ПЖ было диагностировано у 56,5%, а хронический бактериальный простатит выявлен у 47,8% субъектов с преждевременной эякуляцией. Различия с контрольной группой оказались статистически достоверными ($P < 0,05$). На основании полученных данных авторы высказывают предположение о роли хронического воспаления ПЖ в патогенезе некоторых случаев преждевременной эякуляции и подчеркивают важность тщательного изучения состояния ПЖ перед любой фармакологической или психосексуальной терапией, используемой при преждевременной эякуляции. Предположительный характер высказываний о возможной роли воспаления ПЖ в генезе сексуальных расстройств обусловлен тем, что данная публикация относится к 2001 г. Во вводной части статьи ученые отмечают: «Этиологию преждевременной эякуляции в настоящее время считают психологической по своей природе. Однако должна быть рассмотрена возможность, что урологические, гормональные или неврологические факторы могут внести вклад в это состояние». С тех пор многое изменилось даже в представлениях западных ученых».

В 2003 г. было проведено специальное исследование, направленное на выявление распространенности ХП у мужчин с преждевременной эякуляцией. Проводили анализы мочи (до и после массажа ПЖ) и секрета ПЖ у 106 пациентов с преждевременной эякуляцией, а также у 38 человек контрольной группы. Осуществлялись и бактериологические исследования. Была определена частота преждевременной эякуляции у 120 пациентов с ХП. Воспаление ПЖ было обнаружено у 46,2%, а хронический бактериальный простатит у 34,7% субъектов с преждевременной эякуляцией. По сравнению с контролем результаты были статистически достоверны ($P < 0,05$). Распространенность преждевременной эякуляции у пациентов с ХП составила 47,5%. Авторы пришли к выводу, что хроническое воспаление ПЖ может играть роль в патогенезе некоторых случаев преждевременной эякуляции, и важно проводить тща-

тельное исследование состояния этого органа перед началом терапии преждевременной эякуляции [40].

Н.Д. Ахвледиани, Ю.Г. Аляев, А.З. Винаров [3] сообщают, что отмеченная эффективность назначения антибиотиков при вторичной преждевременной эякуляции, обусловленной воспалением ПЖ, открывает перспективы действия медикаментозного лечения данного полового расстройства. П.В. Глыбочко и соавторы [9] в своей статье отмечают, что роль ХП в генезе вторичного преждевременного семяизвержения (ПС) остается предметом широких научных дискуссий. В проведенное авторами проспективное мультицентровое российское исследование было включено 584 больных ХП в возрасте от 16 до 62 лет (средний возраст – $36,2 \pm 11,9$ года), проходивших лечение в период с 2005 по 2011 г. Среди них приобретенный характер ПС констатирован у 172 (29,4%) мужчин, при этом *ejaculatio praeco* зарегистрировано у 169 (98,3%) пациентов, а *ejaculatio ante portas* лишь у 3 (1,7%). Подтверждена связь между выявлением традиционных и атипичных микробных агентов, которые могут являться этиологическими факторами ХП, и повышенным риском развития вторичной преждевременной эякуляции.

Исследования, свидетельствующие об одном возможном механизме формирования расстройств эрекции у больных ХП

Российские ученые Ю.Г. Аляев, А.З. Винаров, Н.Д. Ахвледиани [по 1] сообщают об интересных данных, полученных сотрудниками их клиники у больных с длительно протекающим инфекционным простатитом. При помощи трансректальной фармакоэходоплерографии у больных с распространенной формой этого заболевания выявлялось достоверное снижение показателей артериальной перфузии в дополнительных половых артериях. Отмечается, что наличие данных сосудов доказано при анатомических и ангиографических исследованиях примерно у 70% лиц мужской популяции (J. Bookstein, 1984; L. Dubreuil-Chambardel, 1925, J. Ginestie, 1976; G. Levi, 1900). Известно, отмечают авторы, что акцессорные артерии проходят по переднелатеральным поверхностям ПЖ над *m. levator ani* и являются важными источниками кровоснабжения полового члена, которые сравнимы по значимости с конечными ветвями внутренней половой артерии (Ю.Г. Аляев и соавт., 2003). Таким образом, заключают авторы, эректильные расстройства, возникающие при ХП, имеют не только психогенный характер, что противоречит мнению, которое высказывается в появившихся в последнее время российских статьях, в которых приводятся категорические возражения против этой точки зрения (А.А. Камалов и соавт., 2000, 2001). По мнению цитируемых авторов, необходимо продолжить дальнейшее изучение данной проблемы.

Сексуальні дисфункції у хворих на хронічний простатит: моделі формування Г.С. Кочарян

В останні роки деякі автори намагаються заперечувати роль хронічного простатиту (ХП) у розвитку сексуальних дисфункцій за соматичними механізмами. Ця точка зору не відповідає реальній дійсності. У статті наведені виділені автором моделі формування сексуальних дисфункцій у хворих на ХП (психосоматична, психопатологічної детермінації, нейрорецепторна, вегетодисфункціональна, алгічна, дисгормональна, змішана, системна), а також дані, що свідчать про роль ХП, в тому числі біогенну, в генезі сексуальних дисфункцій.

Ключові слова: хронічний простатит, сексуальні дисфункції, моделі формування.

Sexual dysfunction in patients with chronic prostatitis: the models of formation
G.S. Kocharyan

In recent years, some authors made attempts to deny the role of chronic prostatitis in the genesis of sexual dysfunction by way of somatic mechanisms. This view does not correspond to reality. The article describes models of sexual dysfunctions formation isolated by the author in patients with chronic prostatitis (psychosomatic, psychopathological determination, neuroreceptory, vegetodysfunctional, algic, dyshormonal, mixed, systemic), and submits data which evidence a role of chronic prostatitis, including biogenic, in genesis of sexual dysfunctions.

Key words: *chronic prostatitis, sexual dysfunction, models of formation.*

ЛИТЕРАТУРА

1. Аляев Ю.Г., Винаров А.З., Ахвледзиани Н.Д. Хронический простатит и сексуальные нарушения // urobank.ru/files/knowledge_base/article/2007_08_0006.pdf
2. Арнольди Э.К. Хронический простатит. – Ростов н/Д: Феникс, 1999. – 320 с.
3. Ахвледзиани Н.Д., Аляев Ю.Г., Винаров А.З. // Андрология и генитальная хирургия. – 2011. – № 1. – С. 21–26.
4. Бойко Н.И. Особенности личности пациента с хроническим простатитом // Простатит / Под ред. П.А. Щеплева. – М.: МЕДпресс-информ, 2007. – С. 114–119.
5. Бойко Н.И. Простатит и сексуальные расстройства // Простатит / Под ред. П.А. Щеплева. – М.: МЕДпресс-информ, 2007. – С. 130–135.
6. Вакина Т.Н., Шутов А.М., Шалина С.В., Зиновьева Е.Г., Киселев И.П. Дегидротестостерон и сексуальная функция у мужчин с хроническим простатитом // Урология. – 2003. – № 1. – С. 49–52.
7. Васильченко Г.С. О некоторых системных невробазах и их патогенетическом лечении. – М.: Медицина, 1969. – 184 с.
8. Гаврилюк Н.А. Гаврилюк И.А. Лечение спинальной импотенции. – К.: Здоров'я, 1973. – 130 с.
9. Глыбочко П.В., Аляев Ю.Г., Винаров А.З., Ахвледзиани Н.Д. // Андрология и генитальная хирургия. – 2011. – № 3. – С. 32–37.
10. Горпинченко И.И. Воспалительные заболевания // Сексология и андрология / Под ред. А.Ф. Возианова, И.И. Горпинченко. – К.: Абрис. – С. 545–588.
11. Горпинченко И.И. Характеристика сексуальных расстройств у больных хроническим простатитом: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – К., 1977. – 19 с.
12. Екимов М.В., Федорова А.И. Актуальные вопросы частной сексологии // Руководство по сексологии / Под ред. С.С. Либиха. – СПб.: Питер, 2001. – С. 341–351.
13. Ефимов Л.П. Роль хронического простатита в развитии половых расстройств // Всероссийская конференция «Мужское здоровье» (19–21 ноября 2003 г., Москва). Материалы конференции. – М., 2003. – С. 56.
14. Ефремов Е.А., Ковалев В.А., Королева С.В., Дорофеев С.Д., Пеньков П.Л. Хронический простатит и сексуальная дисфункция // Всероссийская конференция «Мужское здоровье» (19–21 ноября 2003, г. Москва). Материалы конференции. – М., 2003. – С. 64–65.
15. Загородный П.И. Физиология и патология половой функции. – Л.: Медицина, 1975. – 263 с.
16. Имшинецкая Л.П. Роль гормональных изменений в патогенезе половых расстройств и бесплодия при хроническом неспецифическом простатите: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. – К., 1983. – 43 с.
17. Камалов А.А., Ефремов Е.А., Дорофеев С.Д., Панюшкин С.М., Бедретдинова Д.А. Сексуальные нарушения при хроническом простатите // <http://au-health.ru/listview.php?part=46&nid=389>
18. Корик Г.Г. Половые расстройства у мужчин. – Л.: Медицина, 1973. – 230 с.
19. Кочарян Г.С. Расстройства эякуляции и их лечение. – Х.: Вид-во Віровець А. П. «Апостроф», 2012. – 328 с.
20. Кришталь В.В., Григорян С.Р. Сексология: Учеб. пособие. – М.: ПЕР СЭ, 2002. – 879 с.
21. Ланцберг И.А., Лившиц О.З. Хронические простатиты в структуре сексуальных нарушений // Вопросы сексопатологии (материалы научно-практической конференции). – М.: Труды Московского НИИ психиатрии МЗ РСФСР, 1969. – С. 96–99.
22. Напреенко А.К. Интерорецептивно-психогенная копулятивная дисфункция (клиника, диагностика, лечение): Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – К., 1983. – 24 с.
23. Порудоминский И.М. Половые расстройства у мужчин. – М.: Медицина, 1968. – 455 с.
24. Розенталь С. Секс после сорока / Пер. с англ. – М.: Изд-во Института психотерапии, 2002. – 256 с.
25. Сексуальные расстройства. Расстройства эякуляции. Физиология эякуляторной функции // <http://www.androhealth.ru/re.html>
26. Юнда И.Ф. Простатиты. – К.: Здоров'я, 1987. – 186 с.
27. Bartoletti R., Cai T., Mondaini N., Dinelli N., Pinzi N., Pavone C., Gontero P., Gavazzi A., Giubilei G., Prezioso D., Mazzoli S., Boddì V., Naber K.G. Prevalence, incidence estimation, risk factors and characterization of chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome in urological hospital outpatients in Italy: results of a multicenter case-control observational study // J Urol. 2007. – 178 (6) – P. 2411–2415.
28. Berberich H.J., Ludwig M. Psychosomatische Aspekte des chronischen Beckenschmerzes // Urologe A. – 2004. – 43 (3). – S. 254–260.
29. Chen Juzat, Щеплев П.А., Гвасалия Б.Р., Гарин Н.Н., Захарченко А.В. Консервативная терапия ускоренной эякуляции // Андрология и генитальная хирургия. – 2005. – № 3. – С. 6–12.
30. El-Nashaar A., Shamloul R. Antibiotic treatment can delay ejaculation in patients with premature ejaculation and chronic bacterial prostatitis // J Sex Med. – 2007. – 4 (2). – P. 491–496.
31. Gonen M., Kalkan M., Cenkler A., Ozkardes H. Prevalence of premature ejaculation in Turkish men with chronic pelvic pain syndrome // J Androl. – 2005. – 26 (5). – P. 601–603.
32. Keltikangas-Järvinen L., Järvinen H., Lehtonen T. Psychic disturbances in patients with chronic prostatitis // Ann Clin Res. – 1981. – 13 (1). – P. 45–49.
33. Keltikangas-Järvinen L., Mueller K., Lehtonen T. Illness behavior and personality changes in patients with chronic prostatitis during a two-year follow-up period // Eur Urol. – 1989. – 16 (3). – P. 181–184.
34. Liang C.Z., Zhang X.J., Hao Z.Y., Shi H.Q., Wang K.X. Prevalence of sexual dysfunction in Chinese men with chronic prostatitis // BJU Int. – 2004. – 93 (4). – P. 568–570.
35. Liang C., Zhang X., Hao Z., Shi H., Wang K. [Investigation and analysis of chronic prostatitis and sexual dysfunction] [Article in Chinese] // Zhonghua Nan Ke Xue. – 2004. – 10 (6). – P. 434–436.
36. Mehek A., Hellström P., Sarpola A., Lukkariinen O., Järvelin M.R. Fears, sexual disturbances and personality features in men with prostatitis: a population-based cross-sectional study in Finland // BJU Int. – 2001. – 88 (1). – P. 35–38.
37. Premature ejaculation. Causes. By Mayo Clinic staff // <http://www.mayoclinic.com/health/premature-ejaculation/DS00578/DSECTION=causes>
38. Screponi E., Carosa E., Di Stasi S.M., Pepe M., Carruba G., Jannini E.A. Prevalence of chronic prostatitis in men with premature ejaculation // Urology. – 2001. 58 (2). – P. 198–202.
39. Shamloul R., el-Nashaar A. Chronic prostatitis in premature ejaculation: a cohort study in 153 men // J Sex Med. – 2006. – 3 (1). – P. 150–154.
40. Xing J.P., Fan J.H., Wang M.Z., Chen X.F., Yang Z.S. [Survey of the prevalence of chronic prostatitis in men with premature ejaculation] [Article in Chinese] // Zhonghua Nan Ke Xue. – 2003. – 9 (6). – P. 451–453.
41. Zohdy W. Clinical Parameters that Predict Successful Outcome in Men with Premature Ejaculation and Inflammatory Prostatitis // J Sex Med. – 2009. – 6 (11). – P. 3139–3146.