

ТАКТИКА ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ З СЕКСУАЛЬНИМИ ДИСФУНКЦІЯМИ ТА МЕЖОВИМИ РОЗЛАДАМИ

Кнігавко О. В.

Кнігавко Олександр Володимирович Харківський національний медичний університет, просп. Науки, 4, м. Харків, 61022, Україна
e-mail: aknig79@gmail.com, ORCID 0000-0002-8870-3450

Кнігавко Олександр Володимирович Харьковский национальный медицинский университет, просп. Науки, 4, г. Харьков, 61022, Украина

Knigavko Alexander V. Kharkiv National Medical University, 4 Nauku Avenue, Kharkiv, 61022, Ukraine

ТАКТИКА ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ З СЕКСУАЛЬНИМИ ДИСФУНКЦІЯМИ ТА МЕЖОВИМИ РОЗЛАДАМИ

Анотація.

в статті надані світові погляди на основні види сексуальних розладів серед чоловічого контингенту та їх взаємозв'язок з фазами сексуальної реакції. Показано взаємозв'язок розвитку сексуальних дисфункцій, під впливом значних стресових чи психоемоційних перевантажень або при наявності тих чи інших психоневрологічних розладів, серед яких провідне місце займають межові розлади. Обґрунтована необхідність терапевтичного коригування афективної патології в комплексній терапії сексуальних дисфункцій. Показані основні механізми комплексного лікування сексуальних дисфункцій та психопатологічних проявів.

З метою напрацювання більш ефективного терапевтичного комплексу з використанням Анкети Міжнародного індексу еректильної функції (MIEФ), розрахунку тривалості статевого акту (так званий Інтравагінальний латентний інтервал (ІВЛІ)) та Шкали оцінки депресії Гамільтона (Hamilton Rating Scale for Depression – HDRS-17), було обстежено 83 хворих з сексуальними дисфункціями: 52 хворих (1 група) з передчасною еякуляцією (ПЕ); 31 пацієнт (2 група) з еректильною дисфункцією (ЕД) (наявність цих сексуальних дисфункцій зумовило розвиток розладів тривожно-депресивного та неврозоподібного характеру, що було підтверджено результатами Шкали Гамільтона) та 45 пацієнтів (3 група) з сексуальними дисфункціями, які розвинулися внаслідок наявних початкових психопатологічних або межових розладів (МР). Кожна досліджена група була розподілена на дві підгрупи (а та б), в кожній з яких використовувалися відмінні одна від одної схеми терапії. При використанні тієї чи іншої лікувальної схеми, пацієнти кожної з груп отримували когнітивно-поведінкове психотерапевтичне коригування, тадалафіл, ноотропні засоби (ноофен чи гліцин) та антидепресанти (флуоксетин або коаксил).

Тривалість спостереження становила 3 місяці. У результаті дослідження встановлено покращення еякуляторної функції (за збільшенням показника ІВЛІ), яка достовірно зростала при кожному контрольному обстеженні. При аналізі динаміки загального показника анкети MIEФ після проведеної терапії покращення сексуальної функції спостерігалось у всіх групах, але найкращі результати були отримані в групі ЕД. Результати опитувальника HDRS продемонстрували, що через 3 місяці хворі з групи ПЕ, в порівнянні з групою МР, достовірно рідше мали депресивні розлади, особливо вираженого характеру.

Ключові слова: сексуальна дисфункція, передчасна еякуляція, еректильна дисфункція, межові розлади.

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С СЕКСУАЛЬНЫМИ ДИСФУНКЦИЯМИ И ПОГРАНИЧНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Аннотация.

в статье представлены мировые взгляды на основные виды сексуальных расстройств среди мужского контингента и их взаимосвязь с фазами сексуальной реакции. Показана взаимосвязь развития сексуальных дисфункций под влиянием значительных стрессовых или психоэмоциональных перегрузок или при наличии тех или иных психоневрологических расстройств, среди которых ведущее место занимают пограничные расстройства. Обоснована необходимость терапевтической корректировки афективной патологии в комплексной терапии сексуальных дисфункций. Показаны основные механизмы комплексного лечения сексуальных дисфункций и психопатологических проявлений.

С целью выработки более эффективного терапевтического комплекса с использованием Анкеты Международного индекса эректильной функции, расчета продолжи-

тельности полового акта (так называемый Интравагинальный латентный интервал) и Шкалы оценки депрессии Гамильтона (Hamilton Rating Scale for Depression – HDRS-17), было обследовано 83 больных с сексуальными дисфункциями: 52 больных (1 группа) с преждевременной эякуляцией (ПЭ) и 31 пациент (2 группа) с эректильной дисфункцией (ЭД) (наличие этих сексуальных дисфункций обусловило развитие расстройств тревожно-депрессивного и невротоподобного характера, что было подтверждено результатами Шкалы Гамильтона) и 45 пациентов (3 группа) с сексуальными дисфункциями, которые развились вследствие существующих начальных психопатологических или пограничных расстройств (ПР). Каждая исследованная группа была разделена на две подгруппы (а и б), в каждой из которых использовались отличные друг от друга схемы терапии. При использовании той или иной терапевтической схемы, пациенты каждой из групп получали когнитивно-поведенческую психотерапевтическую коррекцию, тадалафил, ноотропные средства (ноофен или глицин) и антидепрессанты (флуоксетин или коаксил).

Длительность наблюдения составила 3 месяца. В результате исследования установлено улучшение эякуляторной функции (по возрастанию показателя ИВЛИ), который достоверно возрастал при каждом контрольном обследовании. При анализе динамики общего показателя анкеты МИЭФ после проведенной терапии улучшение сексуальной функции наблюдалось во всех группах, но лучшие результаты были получены в группе ЭД. Результаты опросника HDRS показали, что через 3 месяца больные из группы ПЭ по сравнению с группой ПР достоверно реже имели депрессивные расстройства, особенно выраженный их характер.

Ключевые слова: сексуальная дисфункция, преждевременная эякуляция, эректильная дисфункция, пограничные расстройства.

TACTICS OF TREATMENT OF PATIENTS WITH SEXUAL DYSFUNCTIONS AND INTERMEDIATE DISORDERS

Summary:

the article gives the world views on the main types of sexual disorders among the male contingent and their interrelation with the phases of sexual reaction. The interrelation of the development of sexual dysfunctions under the influence of significant stress or psychoemotional overload or in the absence of any psychoneurological disorders, among which the leading place occupy border disorder, is shown. The necessity of therapeutic correction of affective pathology in the complex therapy of sexual dysfunctions is substantiated. The basic mechanisms of complex treatment of sexual dysfunctions and psychopathological manifestations are shown.

In order to work out a more effective therapeutic complex using the Questionnaire International Erectile Function Index (IEFI), calculation of the duration of sexual intercourse (the so-called Intravaginal latency interval (ILI) and the Hamilton Rating Scale for Depression (HDRS-17) were evaluated. 83 patients with sexual dysfunctions: 52 patients (1 group) with premature ejaculation (PE); 31 patients (2 groups) with erectile dysfunction (ED) (the presence of these sexual dysfunctions led to the development of anxiety-depressive and neurosis-like disorders, which was confirmed by the Hamilton Scales) and 45 patients (3 groups) with sexual dysfunctions that developed as a result of existing initial psychopathological or boundary disorders (BD). Each study group was divided into two subgroups (a and b), each of which used different therapies from each other. With the use of one or another therapeutic scheme, patients of each group received cognitive-behavioral psychotherapeutic correction, tadalafil, nootropic drugs (noofen or glycine) and antidepressants (fluoxetine or coaxial).

The duration of the observation was 3 months. As a result of the study, improvement of the ejaculatory function (with an increase in the ILI score) was established, which significantly increased at each control examination. In the analysis of the dynamics of the overall indicator of the MIEF questionnaire after the therapy, improvement in sexual function was observed in all groups, but the best results were obtained in the ED group. The results of the HDRS questionnaire showed that after 3 months, patients in the PE group compared with the BD group were reliably less susceptible to depressive disorder, especially of a pronounced nature.

Key words: sexual dysfunction, premature ejaculation, erectile dysfunction, border disorder.

Сучасна андрологічна наука відзначається цілою низкою проблемних питань, вивчення яких є значно актуальним на сьогоднішній час. Серед таких питань визначне місце посідає дослідження проблеми зниження чи повної втрати контролю за своєю еякуляторною функцією. З-за даної проблеми статеві стосунки партнерів набувають значних проблем. Через неспроможність партнерів отримати повне сексуальне задоволення також можуть розвиватися різноманітні психоневрологічні зрушення.

У світовій літературі виділяється декілька видів сексуальних розладів: бажань; оргазму; сексуальної активації; сексуальні больові розлади; ті, що більш ніде не класифікуються; інші розлади.

Багато вчених вважають, що розвиток того чи іншого виду сексуальної дисфункції пов'язаний однією з фаз сексуальної реакції. Так, на першій фазі (збудження), відзначаються чіткі відмінності фізіологічного аспекту, які так чи інакше відображають основні мотиваційні спрямування, спонування та риси особистості суб'єкта. Ця фаза відзначається появою широкого спектра сексуальних фантазій і бажань до вступу в сексуальні відносини. На цій фазі можуть відзначатися сексуальні дисфункції у виді розладів сексуальних бажань та аверсивних сексуальних порушень.

Друга фаза (плато), характеризується суб'єктивним відчуттям отримання сексуального задоволення та наявними супутніми фізіологічними проявами, що виникли під час першої фази. Дана фаза відзначає можливість появи розладів сексуальної активації (жінки) або розладів ерекції (чоловіки), які спроможні розвиватися також і протягом третьої фази (оргазму). Ця фаза характеризується кульмінацією отримання сексуального задоволення та зменшенням сексуальної напруги. Також, дана фаза може відзначати наступні порушення: гальмування оргазму (жінки) та затримку еякуляції чи передчасну еякуляцію (чоловіки).

Остання, четверта фаза (розслаблення) відзначає появу загального розслаблення з хорошим самопочуттям, підвищеним настроєм та м'язовою релаксацією. Можуть спостерігатися рефрактерність (чоловіки) у відношенні оргазму, збільшувану з віком та наявність множинного оргазму (жінки) з відсутнім рефракторним періодом. Порушеннями, якими іноді відзначається дана фаза, є посткоїтальна депресія та посткоїтальний головний біль.

У чоловіків, частіше усього, сексуальні дисфункції проявляються еякуляторними дисфункціями, більшість яких формують передчасна еякуляція (ПЕ), скорочений статевий акт і прискорене сім'явиверження. Під дією

вищевказаних порушень виникає специфічний комплекс різноманітних «острахів» перед статевим актом, що спроможний викликати загальний стрес перед початком статевого акту, що у свою чергу потенціює ступінь сексуального розладу. Окрім цього, за даними багатьох світових досліджень, сексуальні дисфункції можуть виникати під впливом інших значних стресових чи психоемоційних впливів або при наявності тих чи інших психоневрологічних розладів [1].

Так, Б. Д. Карвасарський (1988), констатує, що у пацієнтів з наявними, так званими межовими психічними розладами, у два рази частіше виникають різноманітні сексуальні дисфункції; у 12,0% з яких основною скаргою є сексуальні розлади [2, 3].

При цьому, як доводять інші дослідження, одночасна наявність тривожно-депресивного розладу та дефіциту андрогенів (відіграють провідну роль при розвитку чоловічих сексуальних розладів), знаходяться у реципрокних співвідношеннях, потенціюючи ускладнення перебігу один одного [4, 5].

Зважаючи на те, що без професійного втручання сексуальна дисфункція може тривати значний проміжок часу, постійно поглиблюючи ступінь порушення, то своєчасний терапевтичний вплив здатен значно скоротити проміжок часу для досягнення позитивного ефекту. Тим паче, довготривалий розлад надає значного психоемоційного переважання й на партнера(ів) особи, що має ту чи іншу сексуальну дисфункцію, що може спричинити й появу в неї/них психоневрологічного розладу. Досить часто, дані розлади представлені групою нозологічних порушень, які відносяться до так званих межових.

Межовий розлад (МР) – психічне захворювання, яке спроможне викликати різкі та значні зміни емоційного фону, перепади настрою, імпульсивні поведінкові прояви та порушення взаємовідносин з навколишніми, значне зниження самооцінки та самоповаги. При цьому, констатовано, що в осіб з наявними межовими розладами, у більшості випадків присутні й депресивні та харчові зрушення; наявні зловживання алкоголем, наркотичними чи іншими психоактивними речовинами; високий ризик суїцидальних проявів та аутоагресивної поведінки (у результаті близько 10,0% осіб з МР здійснюють самогубство).

Нами було обстежено 83 хворих з сексуальними дисфункціями. Перші дві групи мали сексуальні дисфункції ((52 хворих (1 група) з ПЕ та 31 (2 група) – з еректильною дисфункцією (ЕД)), наявність яких викликала розвиток розладів тривожно-депресивного та неврозоподібного характеру (було підтверджено їх дослідженням

за шкалою Гамільтона (наявність тривожно-депресивних та неврозоподібних порушень середнього та важкого ступеню)), які (високо вірогідно) розвинулися через наявні еякуляторні та еректильні порушення. Третя група хворих була представлена 45 пацієнтами з сексуальними дисфункціями (суттєве зниження ерекції та лібідо), які розвинулися внаслідок існуючих початкових психопатологічних або МР.

Сексуальні розлади було оцінено за анкету Міжнародного індексу еректильної функції (МІЕФ) та розрахунку тривалості статевого акту (фіксувалася самим пацієнтом секундоміром (так званий інтравагінальний латентний інтервал (ІВЛІ)). Оцінка клінічних депресивних проявів проводилася за шкалою оцінки депресії Гамільтона (Hamilton Rating Scale for Depression – HDRS-17) та оцінкою наявних психопатологічних симптомів. Шкала оцінки депресії Гамільтона [6, 7] застосовувалася задля встановлення вираженості наявних депресивних проявів. Отримані результати оцінювалися згідно з алгоритмом, який представлено у монографії В. С. Подкоритова та Ю. Ю. Чайки [8]: загальний отриманий бал 0–7 – відсутність депресії; 7–16 балів – легкий депресивний епізод; 17–27 балів – помірний; а більш ніж 27 балів – тяжкий депресивний епізод.

Усі обстежені нами хворі (як було вказано вище), були розподілені на три групи: I група – 52 хворих з ПЕ, II група – 31 хворий з ЕД та III група – 45 осіб з МР (табл. 1.).

альну терапію і заняття в групі.

За показами можливе призначення транквілізаторів, нейролептиків та антидепресантів. Тривалість отримання позитивного терапевтичного ефекту залежить від віку пацієнта; його соціально-професійної та особистісної компенсації; характеру взаємовідносин в родині та соціумі й готовності до дотримання терапевтичних механізмів.

В якості лікування сексуальної дисфункції, окрім корекції афективних проявів (малі дози психотропних засобів і психотерапія), використовують інгібітори фосфодіестерази 5-го типу (іФДЕ-5: сілденафіл, тадалафіл, варденафіл, уденафіл і аванафіл) [9] та андрогензамісну терапію.

В нашому випадку, в комплексній терапії пацієнтів досліджених груп (з ПЕ, ЕД та з МР) нами використовувалися методики психотерапевтичних корекцій (індивідуальна та групова когнітивно-поведінкова психотерапія), ноотропні засоби (гліцин або ноофен), з метою редукції вираженої афективної патології малі дози антидепресантів (флуоксетин (прозак) або коаксил (тіанептин)) та задля корекції сексуальної дисфункції іФДЕ-5 (тадалафіл).

З огляду на необхідність пошуку більш ефективного лікувального комплексу, кожна досліджена група була нами розділена на дві підгрупи (а та б), в кожній з яких використовувалися відмінні одна від одної схеми терапії.

Так, хворі першої групи (з ПЕ) отримували

Таблиця 1.

Вікові характеристики обстежених хворих з сексуальною дисфункцією

Віковий показник	Групи хворих		
	I група ПЕ (n = 52)	II група ЕД (n = 31)	III група МР (n = 45)
Вік, роки	27,4 ± 5,2	34,2 ± 6,3	30,5 ± 6,8

Лікування МР особистості містить медикаментозну та психотерапевтичну складову. Основна – психотерапевтична. Ключовими позиціями психотерапевтичних впливів є обговорення та переосмислення наявних у пацієнта проблем, покращення соціальних навичок, опрацювання механізмів самоконтролю над своїми емоційними переживаннями та поведінкою, формування ефективних захисних бар'єрів (задля поліпшення боротьби з переживаннями, тривожністю та стресами). Максимальний ефект (за результатами багатьох досліджень) має когнітивно-поведінкова психотерапія. План лікування розробляється з урахуванням особливостей характеру пацієнта, особливостей особистості та рівня компенсації конкретного хворого й охоплює індивіду-

ли наступне лікування: в I-а підгрупі (n = 29) в якості лікувальної схеми передбачали комбінацію когнітивно-поведінкової психотерапії з застосуванням ноотропних засобів (гліцин, 200 мг/добу) та призначенням селективного інгібітору зворотнього захоплення серотоніну (СІ33С) флуоксетину (прозак) у дозі 20 мг на добу; в підгрупі I-б (n = 23) пацієнтам було призначено когнітивно-поведінкову психотерапію разом із ноотропним засобом (гліцин, 200 мг/добу) та трициклічним антидепресантом (коаксил (тіанептин) в добовому дозуванні 37,5 мг (по 12,5 мг 3 рази на добу)).

Оскільки, у пацієнтів другої та третьої досліджуваних груп (з ЕД та МР) середні показники еректильної функції достовірно не відрізнялися один від одного (попри їх першопричини),

то їм було запропоновано однакові схеми лікування. Так, II-а (n = 17) та III-а (n = 21) підгрупам було призначено когнітивно-поведінкову психотерапію разом із ноотропним засобом (ноофен, 750 мг/добу (по 250 мг 3 рази на день)), антидепресантом із групи СИЗС (флуоксетин (прозак), 20 мг на добу) та з метою корекції сексуальної дисфункції іФДЕ-5 (тадалафіл по 10 мг/добу). Хворим, віднесеним до II-б (n = 14) та III-б (n = 24) підгрупам лікувальний комплекс включав також використання когнітивно-поведінкової психотерапії разом із ноотропним засобом (ноофен, 750 мг/добу (по 250 мг 3 рази на день)), в якості антидепресанта використовувався трициклічний антидепресант (коаксил (тіанептин)) в добовому дозуванні 37,5 мг (по 12,5 мг 3 рази на добу) та задля корекції сексуальної дисфункції іФДЕ-5 (тадалафіл по 20 мг/добу).

Таким чином, з огляду на використання тієї чи іншої лікувальної схеми, пацієнти кожної з досліджених нами трьох груп (з ПЕ, ЕД та МР) відрізнялися за призначеним препаратом з групи антидепресантів. Препаратами вибору, в даному випадку виступали флуоксетин та коаксил. Так, хворі, які були віднесені до підгрупи а отримували препарат з групи СИЗС – флуоксетин (прозак), дія якого спрямована на підвищення настрою, зниження тривожності, зменшення відчуття страху і напруженості; а пацієнти підгрупи б використовували трициклічний антидепресант коаксил (тіанептин), що займає проміжне положення між седативними та стимулюючими антидепресантами, значно покращує настрій, усуває рухову загальмованість та підвищує загальний тонус організму) – таблиця 2.

Тривалість спостереження за пацієнтами в період проведення терапії становила 3 місяці. Контрольні обстеження проводилися нами через 1 та 3 місяці, при цьому у пацієнтів визначали зміни тривалості статевого акту за допомогою ІВЛІ, покращення сексуальних взаємовідносин з партнером(ами) за допомогою анкети МІЕФ та зміну афективного спектра за шкалою Гамільтона (HDRS-17) й оцінку наявної психопатологічної симптоматики.

Ефективність терапії оцінювалася нами за критеріями симптоматичного покращення: зниженню рівня психоневротичних проявів; зміни клінічних, психологічних, сексуальних характеристик пацієнта та його міжособистісних і соціальних відносин. Результати терапії визначали за допомогою об'єктивного спостереження за хворими, власній оцінці самими пацієнтами свого стану та за динамікою показників використаних шкал МІЕФ і HDRS-17.

При оцінці клінічної ефективності використаного лікування, отримані результати, нами відзначалися за допомогою трирівневої градації: «відмінні» – відсутність основних психоневрологічних проявів та скарг на сексуальну дисфункцію, відновлення статевого життя в повному обсязі; «хороші» – лікуванням досягнуто досить значного поліпшення, але зберігаються деякі незначні психоневрологічні прояви та скарги на сексуальну дисфункцію й статеве життя відновлено не стовідсотково та «задовільні» – хворі відзначали поліпшення, але зберігалася значна частка психоневрологічних проявів та повного відновлення статевої активності не відбулося.

Таблиця 2.

Розподіл обстежених хворих з сексуальною дисфункцією за методами терапевтичного втручання

Групи та підгрупи хворих психотерапія		Лікувальні механізми			
		ноотропи	антидепресанти	іФДЕ-5	
I група ПЕ (n = 52)	I-а підгрупа (n = 29)	когнітивно-поведінкова	гліцин	флуоксетин	-
	I-б підгрупа (n = 23)	когнітивно-поведінкова	гліцин	коаксил	-
II група ЕД (n = 31)	II-а підгрупа (n = 17)	когнітивно-поведінкова	ноофен	флуоксетин	тадалафіл
	II-б підгрупа (n = 14)	когнітивно-поведінкова	ноофен	коаксил	тадалафіл
III група МР (n = 45)	III-а підгрупа (n = 21)	когнітивно-поведінкова	ноофен	флуоксетин	тадалафіл
	III-б підгрупа (n = 24)	когнітивно-поведінкова	ноофен	коаксил	тадалафіл

Стосовно покращення еякуляторної функції, а саме збільшення показника ІВЛІ до 2 хвилин та більше, необхідно відмітити, що найкраще відреагувала на лікування перша група пацієнтів (з ПЕ). Так, якщо через 4 тижні лікування з 29 пацієнтів 1а групи повідомили про суттєве покращення еякуляторної функції 8 (27,5%) чоловіків, то через 3 місяці їх кількість збільшилась до 18 (62,1%). В той час, як 20 (86,9%) пацієнтів 1б групи забажали підвищення дозування до 40 мг/добу та 14 (60,1%), з них констатували покращення еякуляторної функції вже через 4 тижні, а через 3 місяці повне задоволення від лікування відзначили 19 (82,6%) пацієнтів. Загалом, в даній групі пацієнтів (з ПЕ), у порівнянні з початковим рівнем ІВЛІ ($0,39 \pm 0,8$ хв), констатувалося найкраще відновлення еякуляторної функції: 1а група вже через місяць мала відновлення вже до $1,0 \pm 0,4$ хв (в 2,56 рази), а 1б група через місяць відновила еякуляторну функцію до $1,6 \pm 0,6$ хв (в 4,10 рази). А вже через 3 місяці лікування, у порівнянні з початковим рівнем, 1а група досягла результатів ІВЛІ $1,6 \pm 0,5$ хв (відновлення в 2,56 рази), а 2б група – до $1,9 \pm 0,4$ хв (в 4,87 рази).

При цьому, в дещо меншій мірі, але також відбулося покращення еякуляторної функції й у пацієнтів другої (з ЕД) та третьої (з МР) груп. Так, в цілому, 2а група відреагувала на лікування підвищенням ІВЛІ з $2,2 \pm 0,4$ хв до $2,6 \pm 0,6$ хв (через місяць; у 1,18 рази) та до $2,8 \pm 0,2$ хв (через три місяці; у 1,27 рази); а 2б група констату-

вала покращення ІВЛІ через місяць від початку лікування у 1,31 рази (від $2,2 \pm 0,4$ хв до $2,9 \pm 0,3$ хв), а через три місяці – в 1,40 рази (з $2,2 \pm 0,4$ хв до $3,1 \pm 0,5$ хв). Так само, відбулося покращення еякуляторної функції й серед хворих третьої (з МР) групи. Через місяць після лікування 3а група підвищила ІВЛІ в 1,03 рази (з $3,1 \pm 0,9$ хв до $3,2 \pm 0,4$ хв), а 3б група – в 1,09 рази (з $3,1 \pm 0,9$ хв до $3,4 \pm 0,3$ хв); а через три місяці від початку лікування – 3а група відмітила покращення ІВЛІ в 1,12 рази, а 3б – у 1,22 рази (з $3,1 \pm 0,9$ хв відповідно до $3,5 \pm 0,2$ хв та $3,8 \pm 0,4$ хв).

У наведеній таблиці 3 представлені дані щодо змін показника ІВЛІ у пацієнтів досліджуваних груп впродовж лікування

Таким чином, задоволеність результатами лікування достовірно зростала при кожному контрольному обстеженні. Отримані результати свідчать про поступову реалізацію ефекту інгібіторів 33С в серотонінергічних нейронах головного мозку, зокрема церебральних центрів еякуляції, а ефективність терапії відносно корекції обговорюваного еякуляторного порушення мала чіткий дозозалежний характер.

Що стосується динаміки показників МІЕФ у лікованих нами пацієнтів, то також на фоні проведеного нами терапевтичного втручання констатувалося покращення показників МІЕФ серед усіх груп хворих.

Аналіз динаміки загального показника анкети МІЕФ на тлі проведеної терапії констатував наступні результати (табл. 4).

Таблиця 3.

Динаміка показників ІВЛІ обстежених хворих з сексуальною дисфункцією у групах лікування

Показник ІВЛІ, хв	Початковий	Через 1 міс.	Через 3 міс.
Група 1 а (n = 29)	$0,39 \pm 0,8$	$1,0 \pm 0,4$	$1,6 \pm 0,5$
Група 1 б (n = 23)	$0,39 \pm 0,8$	$1,6 \pm 0,6$	$1,9 \pm 0,4$
Група 2 а (n = 17)	$2,2 \pm 0,4$	$2,6 \pm 0,6$	$2,8 \pm 0,2$
Група 2 б (n = 14)	$2,2 \pm 0,4$	$2,9 \pm 0,3$	$3,1 \pm 0,5$
Група 3 а (n = 21)	$3,1 \pm 0,9$	$3,2 \pm 0,4$	$3,5 \pm 0,2$
Група 3 б (n = 24)	$3,1 \pm 0,9$	$3,4 \pm 0,3$	$3,8 \pm 0,4$

Таблиця 4.

Динаміка загального показника МІЕФ обстежених хворих з сексуальною дисфункцією у групах лікування

Показник ІВЛІ, хв	Початковий	Через 1 міс.	Через 3 міс.
Група 1 а (n = 29)	$17,8 \pm 2,4$	$21,7 \pm 1,0$	$25,6 \pm 2,0$
Група 1 б (n = 23)	$17,8 \pm 2,4$	$21,9 \pm 1,3$	$26,4 \pm 1,7$
Група 2 а (n = 17)	$12,5 \pm 2,8$	$18,1 \pm 2,2$	$22,6 \pm 2,3$
Група 2 б (n = 14)	$12,5 \pm 2,8$	$17,3 \pm 1,8$	$21,2 \pm 1,4$
Група 3 а (n = 21)	$15,4 \pm 2,4$	$21,0 \pm 2,2$	$24,4 \pm 2,7$
Група 3 б (n = 24)	$15,4 \pm 2,4$	$21,7 \pm 1,3$	$25,8 \pm 1,1$

Загалом, після проведеної терапії покращення сексуальної функції спостерігалось у всіх групах обстежених пацієнтів, але найкращі результати були отримані нами в 2 групі (з ЕД) – кількість балів через три місяці збільшилась в 2а групі майже на 80,0% (з $12,5 \pm 2,8$ до $22,6 \pm 2,3$), а в 2б – також майже на 80,0% (з $12,5 \pm 2,8$ до $21,2 \pm 1,4$). Через місяць в 2а групі констатувалось збільшення загального показника МІЕФ з $12,5 \pm 2,8$ до $18,1 \pm 2,2$ (у 1,44 рази), а через три місяці – до $22,6 \pm 2,3$ (у 1,8 рази); 2б група під впливом проведеного лікування відзначила збільшення загального показника МІЕФ з $12,5 \pm 2,8$ до $17,3 \pm 1,8$ (у 1,38 рази через місяць) та до $21,2 \pm 1,4$ (у 1,69 рази через три місяці).

При цьому, 1а група відзначилася покращанням загального показника анкети МІЕФ з $17,8 \pm 2,4$ до $21,7 \pm 1,0$ (через місяць) та до $25,6$

$\pm 2,0$ (через три місяці) – відповідно в 1,21 та 1,43 рази; а група 1б констатувала збільшення загального показника МІЕФ у 1,23 та 1,48 рази (відповідно, через місяць та три місяці) – з $17,8 \pm 2,4$ до $21,9 \pm 1,3$ (через місяць) та до $26,4 \pm 1,7$ (через три місяці).

Третя група також мала покращання сексуальної функції після проведеної терапії. Так, 3а група мала збільшення загального показника МІЕФ з $15,4 \pm 2,4$ до $21,0 \pm 2,2$ та до $24,4 \pm 2,7$ (відповідно через місяць (у 1,36 рази) та три місяці (у 1,58 рази)). Група 3б відзначила збільшення МІЕФ через місяць у 1,4 рази (з $15,4 \pm 2,4$ до $21,7 \pm 1,3$) та через три місяці – в 1,67 рази (до $25,8 \pm 1,1$).

Що стосується окремих складових МІЕФ, то дослідженням констатовані покращання бальних показників у всіх групах (табл. 5) особливо в 2 групі хворих (з ЕД).

Таблиця 5.

Динаміка показників МІЕФ обстежених хворих з сексуальною дисфункцією у групах лікування

Показник	Групи хворих					
	I група ПЕ (n = 52)		II група ЕД (n = 31)		III група МР (n = 45)	
	1 а (n = 29)	1 б (n = 23)	2 а (n = 17)	2 б (n = 14)	3 а (n = 21)	3 б (n = 24)
	Початковий рівень					
Еректильна функція	19,9 ± 2,6	19,9 ± 2,6	10,1 ± 2,0	10,1 ± 2,0	9,2 ± 2,2	9,2 ± 2,2
Задоволеність статевим актом	8,6 ± 2,2	8,6 ± 2,2	7,9 ± 2,3	7,9 ± 2,3	7,6 ± 2,0	7,6 ± 2,0
Оргазм	8,1 ± 2,3	8,1 ± 2,3	8,3 ± 2,1	8,3 ± 2,1	5,5 ± 1,8	5,5 ± 1,8
Лібідо	7,1 ± 1,1	7,1 ± 1,1	6,1 ± 1,2	6,1 ± 1,2	4,5 ± 1,6	4,5 ± 1,6
Загальне задоволення	5,7 ± 0,6	5,7 ± 0,6	5,1 ± 0,3	5,1 ± 0,3	5,5 ± 1,2	5,5 ± 1,2
	через 1 міс.					
Еректильна функція	21,4 ± 2,1	21,1 ± 1,8	22,4 ± 1,6	21,2 ± 1,2	14,1 ± 1,4	16,3 ± 2,1
Задоволеність статевим актом	8,8 ± 1,7	8,9 ± 2,4	8,3 ± 1,4	8,2 ± 1,7	8,6 ± 1,5	8,1 ± 1,2
Оргазм	8,3 ± 1,7	8,4 ± 1,9	8,5 ± 1,7	8,7 ± 1,9	7,6 ± 1,3	6,9 ± 1,4
Лібідо	8,7 ± 1,8	8,3 ± 1,7	8,3 ± 1,4	8,8 ± 1,5	8,3 ± 1,2	8,7 ± 1,8
Загальне задоволення	9,2 ± 0,2	9,7 ± 0,8	12,4 ± 0,2	13,7 ± 0,5	10,2 ± 1,7	10,1 ± 1,4
	через 3 міс.					
Еректильна функція	24,1 ± 1,6	24,2 ± 1,3	26,1 ± 1,2	26,3 ± 1,6	21,7 ± 1,2	20,7 ± 1,8
Задоволеність статевим актом	9,2 ± 1,3	9,1 ± 2,2	9,7 ± 1,9	9,7 ± 1,2	9,3 ± 1,2	9,7 ± 1,6
Оргазм	9,1 ± 1,3	9,2 ± 1,2	9,5 ± 1,3	9,4 ± 1,2	9,1 ± 1,8	9,3 ± 1,5
Лібідо	9,1 ± 1,2	9,1 ± 1,3	9,8 ± 1,7	9,7 ± 1,2	9,2 ± 1,8	9,3 ± 1,5
Загальне задоволення	13,1 ± 1,1	13,3 ± 1,2	14,8 ± 0,6	14,3 ± 0,2	14,3 ± 1,1	14,7 ± 1,3

Так, що стосується відновлення ерекtilьної функції, то проведене лікування дозволило відновити її до нормативних рівнів серед пацієнтів другої групи (з ЕД), та до значно високих показників серед хворих першої та третьої груп (відповідно з ПЕ та МР). У хворих другої групи відбулося відновлення ерекtilьної функції з $10,1 \pm 2,0$ через місяць після початку лікування до $22,4 \pm 1,6$ та до $21,2 \pm 1,2$ (відповідно в 2,21 рази (група 2 а) та в 2,09 рази (група 2 б)) й до $26,1 \pm 1,2$ та до $26,3 \pm 1,6$ через три місяці (відповідно в 2,58 рази – група 2 а та в 2,60 рази – група 2 б). При цьому, перша та третя групи обстежених (з ПЕ та МР) констатували також відновлення ерекtilьної функції, в результаті проведеного лікування: з $19,9 \pm 2,6$ до $21,4 \pm 2,1$ (1 а; в 1,07 рази) та до $21,1 \pm 1,8$ (1 б; в 1,06 рази) – через місяць та до $24,1 \pm 1,6$ (1 а; в 1,21 рази) й до $24,2 \pm 1,3$ (1 б; в 1,21 рази) – через три місяці; з $9,2 \pm 2,2$ до $14,1 \pm 1,4$ й до $16,3 \pm 2,1$ (через місяць відповідно групи 3а й 3б (в 1,53 і 1,77 рази)) та до $21,7 \pm 1,2$ й до $20,7 \pm 1,8$ (через три місяці відповідно 3а (в 2,35 рази) та 3б групи (в 2,25 рази)).

Що стосується інших складових МІЕФ, то тут також усі групи пацієнтів після проведеного лікування констатували значне покращання задоволеністю статевим актом, оргазму та лібідо й загального задоволення. При цьому, також друга група пацієнтів (з ЕД) констатувала значно вищі рівні відновлення, у порівнянні з першою (з ПЕ) та третьою (з МР) групами.

Так, задоволеність статевим актом серед пацієнтів першої групи покращилася через місяць після початку лікування в 1,02 (1а група; з $8,6 \pm 2,2$ до $8,8 \pm 1,7$) та 1,03 рази (1б група; з $8,6 \pm 2,2$ до $8,9 \pm 2,4$), а через три місяці покращилася вже до $9,2 \pm 1,3$ та до $9,1 \pm 2,2$ (відповідно 1а та 1б групи; в 1,06 і 1,05 рази). Пацієнти другої групи констатували збільшення задоволеність статевим актом в 1,05 та 1,23 рази (1а група відповідно через місяць та три місяці) з $7,9 \pm 2,3$ до $8,3 \pm 1,4$ і до $9,7 \pm 1,9$; 2б група покращила ці дані з $7,9 \pm 2,3$ до $8,2 \pm 1,7$ (у 1,03 рази через місяць) та до $9,7 \pm 1,2$ (у 1,23 рази через три місяці). Третя група відзначила збільшення задоволеності статевим актом у 1,13 та 1,06 разів (відповідно 3а та 3б групи) з $7,6 \pm 2,0$ до $8,6 \pm 1,5$ та $8,1 \pm 1,2$ через місяць та в 1,22 (3а група) й 1,28 (3б група) рази через три місяці з початку лікування (відповідно з $7,6 \pm 2,0$ до $9,3 \pm 1,2$ та до $9,7 \pm 1,6$).

Покращання оргазму констатували всі ліковані пацієнти, але найбільше – пацієнти 3 групи (з МР); так, хворі першої групи (з ПЕ) покращили цей показник в 1,02 та 1,03 разів

через місяць після початку лікування (відповідно групи 1а та 1б з $8,1 \pm 2,3$ до $8,3 \pm 1,7$ та до $8,4 \pm 1,9$) та в 1,12 і в 1,14 рази (групи 1а та 1б) – через три місяці (з $8,1 \pm 2,3$ до $9,1 \pm 1,3$ та до $9,2 \pm 1,2$ – відповідно групи 1а та 1б). Група 2 відзначалася покращанням показників оргазму з $8,3 \pm 2,1$ до $8,5 \pm 1,7$ та до $9,5 \pm 1,3$ (відповідно через місяць та три місяці в 1,02 та 1,14 разів – група 2 а) та з $8,3 \pm 2,1$ до $8,7 \pm 1,9$ й до $9,4 \pm 1,2$ (відповідно через місяць та три місяці в 1,05 та 1,13 разів – група 2б). При цьому, група 3 (з МР) констатувала покращання показників оргазму в 1,38 та в 1,65 разів (відповідно через місяць та три місяці з $5,5 \pm 1,8$ до $7,6 \pm 1,3$ й до $9,1 \pm 1,8$ – група 3а) та в 1,25 та в 1,69 разів – через місяць та три місяці (група 3б, відповідно з $5,5 \pm 1,8$ до $6,9 \pm 1,4$ та до $9,3 \pm 1,5$).

Лібідо та загальне задоволення також покращилося для пацієнтів усіх груп дослідження. Так, підвищення лібідо, через місяць та три місяці відзначили більше пацієнтів у 1,23 та у 1,17 разів (через місяць з $7,1 \pm 1,1$ до $8,7 \pm 1,8$ та до $8,3 \pm 1,7$), та в 1,28 рази (через три місяці з $7,1 \pm 1,1$ до $9,1 \pm 1,2$ та до $9,1 \pm 1,3$) – відповідно група 1а та група 1б. Група 2а та 2б, відповідно покращила ці показники в 1,36 та 1,44 рази (через місяць з $6,1 \pm 1,2$ до $8,3 \pm 1,4$ й до $8,8 \pm 1,5$) та в 1,60 і 1,59 разів (через три місяці з $6,1 \pm 1,2$ до $9,8 \pm 1,7$ й до $9,7 \pm 1,2$); групи 3а та 3б відзначили покращання в 1,84 і в 1,93 рази (через місяць з $4,5 \pm 1,6$ до $8,3 \pm 1,2$ та до $8,7 \pm 1,8$) й в 1,50 та в 1,52 рази (через три місяці з $6,1 \pm 1,2$ до $9,2 \pm 1,8$ та до $9,3 \pm 1,5$). Загальне задоволення підвищилося в 1,61 та 1,70 разів через місяць у хворих групи 1а та 1б відповідно (з $5,7 \pm 0,6$ до $9,2 \pm 0,2$ та до $9,7 \pm 0,8$) та в 2,29 та 2,32 разів через три місяці (з $5,7 \pm 0,6$ до $13,1 \pm 1,1$ та до $13,3 \pm 1,2$) – групи 1а та 1б. Відбулося покращання показників загального задоволення й серед хворих 2 групи (з ЕД): з $5,1 \pm 0,3$ до $12,4 \pm 0,2$ та до $14,8 \pm 0,6$ (група 2а, відповідно через місяць та три місяці у 2,43 та в 2,90 рази); з $5,1 \pm 0,3$ до $13,7 \pm 0,5$ та до $14,3 \pm 0,2$ (група 2 б через місяць та три – в 2,68 та 2,80 разів). Серед пацієнтів 3 групи (з МР) покращання загального задоволення відбулося в 1,85 та 1,83 рази через місяць після початку лікування (відповідно групи 3а та 3б з $5,5 \pm 1,2$ до $10,2 \pm 1,7$ та до $10,1 \pm 1,4$) та в 2,60 та 2,67 рази (групи 3а та 3б з $5,5 \pm 1,2$ до $14,3 \pm 1,1$ та до $14,7 \pm 1,3$).

Результати опитувальника HDRS з вивчення депресії продемонстрували, що через один і три місяці хворі з групи ПЕ та ЕД, в порівнянні з групою МР, достовірно рідше мали депресивні розлади, особливо вираженого характеру (табл. 6).

Таблиця 6.

Динаміка показників HDRS обстежених хворих з сексуальною дисфункцією у групах лікування

Показник HDRS, бали	Початковий	Через 1 міс.	Через 3 міс.
Група 1 а (n = 29)	18,5 ± 3,4	10,3 ± 1,9	8,4 ± 2,2
Група 1 б (n = 23)	18,5 ± 3,4	10,2 ± 2,0	8,2 ± 2,1
Група 2 а (n = 17)	17,2 ± 3,5	12,1 ± 1,4	9,9 ± 1,8
Група 2 б (n = 14)	17,2 ± 3,5	12,3 ± 1,0	9,4 ± 1,3
Група 3 а (n = 21)	21,1 ± 2,6	14,1 ± 1,1	10,6 ± 0,9
Група 3 б (n = 24)	21,1 ± 2,6	14,7 ± 1,3	10,2 ± 0,5

Так, пацієнти усіх груп, під дією використаного лікування констатували зниження рівня депресивних проявів з помірного депресивного епізоду до нижніх рівнів легкої депресії. Серед хворих першої групи (з ПЕ) констатувалося найкраще нівелювання депресивних проявів. Так, пацієнти 1а та 1б груп через місяць констатували зменшення загального HDRS балу в 1,79 та 1,81 рази (відповідно з $18,5 \pm 3,4$ до $10,3 \pm 1,9$ та до $10,2 \pm 2,0$); а через три місяці від початку лікування – в 2,20 та в 2,25 разів (відповідно групи 1а та 1б; до $8,4 \pm 2,2$ та до $8,2 \pm 2,1$). Хворі 2 групи (з ЕД) також констатували значне зменшення загального балу HDRS до рівнів легкої депресії. Група 2а та 2б відзначили зниження балу HDRS з $17,2 \pm 3,5$ до $12,1 \pm 1,4$ (2а; в 1,42 рази) та до $12,3 \pm 1,0$ (2б; в 1,39 рази) через місяць після лікування та з $17,2 \pm 3,5$ до $9,9 \pm 1,8$ (2а; в 1,73 рази) та до $9,4 \pm 1,3$ (2б; в 1,82 рази) – через три місяці.

Серед хворих третьої групи (з МР) відзначилися також зниження загального балу HDRS, але до дещо вищих рівнів, у порівнянні з першою та другою групами, що пов'язано з наявними первинними ознаками МР та їх вплив на розвиток сексуальної дисфункції. Так, у хворих групи 3а загальний бал HDRS зменшився з $21,1 \pm 2,6$ до $14,1 \pm 1,1$ (у 1,49 разів через місяць після лікування) та до 10,6

± 0,9 (у 1,99 разів через три місяці); а у групі 3б – з $21,1 \pm 2,6$ до $14,7 \pm 1,3$ та до $10,2 \pm 0,5$ (в 1,43 рази та в 2,06 разів, відповідно через місяць та три після початку лікування).

Загалом, за результатами лікування усі пацієнти відмічали значне зниження проявів психоневрологічної симптоматики та покращання особистісних стосунків з партнеркою/ами – таблиця 7. Так, зниження рівня невротичних проявів констатували 83,6% усіх лікованих (107 хворих); усвідомлення психологічних механізмів сексуальних дисфункцій – 94,5% (121 пацієнт) та покращення відносин з партнеркою – 85,9% (110 осіб).

Після проведеної терапії, ми спостерігали підвищення загального фізичного і психічного тону пацієнтів, що допомогло пацієнтам швидше прийти до усвідомлення психологічних причин сексуального розладу. Зменшення нервозності, проявів астенії під впливом лікування знизило напруженість у міжособистісних відносинах, сприяло більш адекватним способам реагування на сексуальний розлад і пов'язані з ним порушення сімейних та соціальних функцій, поліпшило соціальну адаптацію і гармонізацію в шлюбі. Так, за результатами лікування, зниження рівня невротичних проявів відзначали 78,8% хворих першої групи, 83,9% – другої, та 88,9% – третьої. Психологічно усвідомили причини

Таблиця 7.

Оцінка ефективності лікування обстежених хворих з сексуальною дисфункцією у групах лікування

Прояви	Зниження рівня невротичних проявів, абс./%	Усвідомлення психологічних механізмів сексуальних дисфункцій, абс./%	Покращення відношень з партнеркою, абс./%
Групи пацієнтів			
I група ПЕ (n = 52)	41 (78,8%)	49 (94,2%)	43 (82,7%)
II група ЕД (n = 31)	26 (83,9%)	29 (93,5%)	29 (93,5%)
III група МР (n = 45)	40 (88,9%)	43 (95,6%)	38 (84,4%)
У цілому (n = 128):	107 (83,6%)	121 (94,5%)	110 (85,9%)

сексуальних дисфункцій та механізми їх подолання 94,2%; 93,5% та 95,6% хворих (відповідно перша, друга та третя групи); а відмітили покращення відношень з партнеркою 82,7% хворих групи з ПЕ, 93,5% – групи з ЕД та 84,4% – групи МР.

За оцінкою клінічної ефективності, отриманих результатів проведеного нами лікування, відмітили їх, як «відмінні» (відсутність скарг та повне відновлення статевого життя – 91 (71,1%) пацієнт, «хорошими» (констатовано значне поліпшення, але залишаються деякі скарги) визнали їх 30 (23,4%) хворих та «задовільними» (відзначалося поліпшення без відповідного повного відновлення ста-

тевої активності) відзначили їх лише 7 (5,5%) лікованих (однак, у них було констатовано покращання параметрів гормонального статусу з підвищенням загального рівня тестостерону зменшенням пролактину) (табл. 8).

Що стосується погрупових показників, то найкраще відновлення сексуальної функції відзначили пацієнти 3 групи (з МР). Так, відмінною клінічну ефективність, відзначили 80,0% хворих третьої групи (36 осіб) у порівнянні з другою (54,8%; 17 осіб) та першою (73,1%; 38 хворих). А, хорошою ефективністю лікування, констатували 17,8% хворих третьої групи (8 пацієнтів); 32,3% другої (10 осіб) та 23,1% першої (12 хворих).

Таблиця 8.

Оцінка клінічної ефективності, отриманих результатів проведеного лікування хворих з сексуальною дисфункцією

Клінічна оцінка	Відмінна, абс./%	Хороша, абс./%	Задовільна, абс./%
Групи пацієнтів			
I група ПЕ (n = 52)	38 (73,1%)	12 (23,1%)	2 (3,8%)
II група ЕД (n = 31)	17 (54,8%)	10 (32,3%)	4 (12,9%)
III група МР (n = 45)	36 (80,0%)	8 (17,8%)	1 (2,2%)
У цілому (n = 128):	91 (71,1%)	30 (23,4%)	7 (5,5%)

Список використаної літератури

1. Laumann E. O. et al. Sexual dysfunction in the United States: Prevalence and predictors // JAMA. – 1999. – Vol. 281. – P. 537–544.
2. Карвасарский Б. Д. Неврозы. 2-е изд., перераб. и доп. М.: Медицина, 1990. – 576 с.
3. Ягубов М. И. Клинические особенности и терапия сексуальных дисфункций у больных с невротическими расстройствами // Соц. и клин. психиатрия. – 2006. – № 16 (3). – С. 46–53.
4. Zitzmann M., Nieg E. Testosterone levels in healthy men and the relation to behavioural and physical characteristics: facts and constructs // Eur. J. of Endocrinology. – 2001. – Vol. 144. – P. 183–197.
5. Минухин А. С. Роль андрогенов в обеспечении сексуальной функции у мужчин // Проблемы эндокринологии патологии. – 2010. – № 1. – С. 99–106.
6. Hamilton M. A rating scale for depression [Text] / M. Hamilton // J. Neural. Neurosurg. Psychiatry. – 1960. – № 23. – 56–62.
7. Williams, J.B.W. A structured interview guide for the Hamilton Depression Rating Scale [Text] / J.B.W. Williams // Archives of General Psychiatry. – 1989. – № 45. – P. 742 – 747.
8. Подкорытов В. С. Депрессии. Современная терапия: руководство для врачей [Текст] / В. С. Подкорытов, Ю. Ю. Чайка. – Харьков, Торнадо, 2003. – 352 с.
9. Рафальский В. В. Подходы к рациональному выбору ингибиторов фосфодиэстеразы 5-го типа у пациентов с сердечно-сосудистыми и эндокринными заболеваниями / В. В. Рафальский, А. Н. Багликов // Проблемы эндокринологии. – 2010, № 6. – С. 63–72.