

© М. В. Екимов, А. И. Федорова, С. В. Выходцев, 2015  
УДК 616.65-002:616.69

**М. В. Екимов**  
канд. мед. наук

**А. И. Федорова**  
докт. мед. наук

**С. В. Выходцев**  
канд. мед. наук

Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова, Санкт-Петербург

## Миф о простатите как о причине сексуальных дисфункций

В практической работе сексолог дифференцирует психогенные, симптоматические и смешанные сексуальные дисфункции. Среди симптоматических (вторичных) сексуальных дисфункций урологическая патология как их причина встречается нечасто (фибропластическая индурация полового члена, последствия травм половых органов). В нашей стране ведущая роль среди причин сексуальных дисфункций принадлежит простатиту. Это обусловлено существующим мифом о влиянии простатита на сексуальную функцию. Нигде в мире это не признано, никакие зарубежные исследования этого не подтверждают и считается, что простатит на сексуальную функцию не влияет. В нашей стране этот миф стоек и постоянно поддерживается. Это привело к тому, что в понимании пациентов простатит стал синонимом самих сексуальных нарушений и почти их единственной причиной. Пациенты годами лечат простатит, но их сексуальные проблемы остаются, так как на самом деле их причинами являются иные, нередко психогенные факторы. В статье дан анализ этой проблемы с точки зрения сексологии как междисциплинарной науки, объединяющей все медицинские специальности, связанные с сексуальной проблематикой, предлагаются решения этой проблемы, в том числе путем обучения специалистов-урологов в области сексологии и интеграции сексологических знаний в соматическую медицину.

*Ключевые слова: простатит, предстательная железа, сексуальные дисфункции, эякуляция, оргазм*

Мифы — это неправильные, но стойкие представления. Они встречаются в различных сферах, но в сфере сексуальности их бытует особенно много. Большинство функций организма биологически жестко детерминированы, то есть достаточно стандартны в своих проявлениях. Но сексуальное функционирование человека во многом определяется социокультурными и психологическими факторами, а значит разнообразно (в разных культурах может быть разное сексуальное поведение). Вариабельность проявлений сексуальности, обилие запретов, таинственность и интимность секса, а также многовековое отставание в научном познании сексуальных аспектов жизни человека — вот некоторые причины обилия мифов в этой сфере.

Мифы о сексе касаются как обыденных представлений среди населения, так и ряда научно-медицинских концепций [1]. Хотя содержание мифов не доказано или даже противоречит научно-медицинским знаниям своего времени, мифы стойки и отказ от них происходит крайне медленно. Вспомнить хотя бы миф о жизненном

лимите количества оргазмов (эякуляций) у мужчин. В свое время немецкий исследователь Эффертц неким образом подсчитал, что этот ресурс составляет 5 400 эякуляций. В соответствии с этим мифом развернулась борьба с «лишними» оргазмами у мужчин. Прежде всего это коснулось мастурбации, методы и средства борьбы с которой поражают воображение и которые по своим психо- и телесно-травмирующим эффектам намного превосходили воображаемый вред самой мастурбации. Миф привел к борьбе с сексуальными излишествами, к регламентации половой активности и т. д. Миф о патологичности мастурбации (и ряда других сексуальных проявлений) привел к тому, что мастурбацию рассматривали и лечили как психическое заболевание. Другой похожий миф считал основной причиной сексуальных дисфункций «истощение половых центров» в виде «спинальной или кортикоспинальной импотенции» и т. д. [2].

В настоящее время также существует ряд мифов. Один из них — это существующий в нашей стране миф о простатите. Имеется в виду не заболевание как таковое, которое надо диагностировать и лечить, а его якобы влияние на половую функцию. Нигде в мире простатит на половую функцию не влияет, такой связи не установлено [3, 4]. Об этом же говорит элемен-

Михаил Васильевич Екимов  
e-mail: ekimov.m@mail.ru

тарная медицинская и обыденная логика. Всем ясно, что патология (воспаление) органа будет нарушать функцию этого органа. Например, воспаление сустава ухудшит функцию этого сустава, воспаление среднего уха ухудшит функцию слуха и т. д. А каковы функции предстательной железы? Их две — секреторная и двигательная (моторная). И именно они, а не половая функция, могут страдать при простатите.

Секрет предстательной железы содержит факторы, активизирующие подвижность сперматозоидов. И если секреторная функция при простатите будет страдать, то может снизиться подвижность сперматозоидов (астенозооспермия). И хотя некоторые зарубежные исследователи и в этом сомневаются, но тут есть логика и большинство исследований это подтверждает [5–7]. То есть будет страдать фертильность эякулята, но не половая (копулятивная) функция.

Двигательная функция простаты заключается в ее моторной активности при мочеиспускании (это внутренний сфинктер мочевого пузыря) и эякуляции. Соответственно, при нарушении ее моторной функции возникнут дизурические расстройства и, что при хроническом простатите иногда отмечается, возможна болезненная эякуляция [8, 9]. Таким образом, это единственная сексологическая жалоба при простатите, что признано в медицинском мире, но это не жалоба на нарушение половой функции. Отметим также, что болезненная (дискомфортная) эякуляция может иметь в своей основе не только урологические причины.

Половое влечение, эрекция, момент наступления оргазма, то есть продолжительность полового акта, не являются функцией предстательной железы. Они ею не детерминированы и от нее не зависят. Продолжительность полового акта, то есть решение о моменте наступления оргазма (с сопровождающей его эякуляцией), принимается головным мозгом в результате его интегративной психической деятельности. То, что процесс эякуляции (в отличие от эрекции) взят под жесткий контроль головного мозга, обусловлено эволюционно-биологической целесообразностью и хорошо выявляется на примере пациентов с тетраплегией при высоком поражении спинного мозга (на шейном уровне). Спинальные центры эрекции и оба центра эякуляции у таких пациентов сохранены, и способность к эрекции (спонтанной или рефлекторной) у них присутствует. Ее возникновению не мешает то, что они эту эрекцию не чувствуют. Но с эякуляцией такого быть не может. Как ни стимулирую член,

эякуляции у таких пациентов добиться невозможно. Без команды сверху предстательная железа сама сокращаться не будет. Пациенты скажут нам: «Ну как я могу закончить, если я ничего не чувствую». Выражение «я ничего не чувствую» означает, что ощущения от эрогенных зон надо еще и осознавать. Если человек говорит, что он что-то чувствует, значит, он это осознает. То есть в восприятии и переработке ощущений от эрогенных зон, как и в принятии решения об оргазме, принимают участие глубокие отделы мозга и кора головного мозга, а спинальные центры — это исполнительные структуры.

При этом такие неврологические пациенты способны получать оргазм от одних только психоэмоциональных стимулов, без участия ощущений с эрогенных зон. Это может быть непроизвольно — при ночных спонтанных оргазмах (при эротических сновидениях или без них) или преднамеренно — за счет сильного возбуждения от фантазий (фантазиогенные оргазмы по типу психической мастурбации, за счет одних только психоэмоциональных стимулов и без тактильной стимуляции). Оргазм у таких пациентов сохраняется, но семяизвержения нет, так как сигнал от головного мозга до спинальных центров эякуляции не доходит. В норме достижение оргазма происходит за счет суммации как психоэмоциональных, так и тактильных стимулов с эрогенных зон.

То, что решение о целесообразности семяизвержения и моменте его наступления (то есть длительность полового акта) принимает не предстательная железа, а головной мозг, обусловлено эволюционно. Если эрекция может адекватно или спонтанно возникать много раз в день, то ничего плохого в этом нет, даже есть тренирующий эрекцию момент. Поэтому эрекция так жестко головным мозгом не контролируется и возможна у пациентов с тетраплегией за счет сохранившихся спинальных центров. Но если семяизвержение также будет происходить многократно, в том числе и от случайных стимулов, то это уже плохо, так как сперма будет незрелой, нефертильной. Такие особи (без ограничений в частоте семяизвержения) не будут оставлять детей и элиминируются из популяции (что мы и видим — число семяизвержений в сутки у мужчин невелико). Соответственно, вне адекватной ситуации (половой акт) семяизвержения быть в норме не должно. С другой стороны, если ситуация адекватна, то семяизвержение у мужчины должно произойти

обязательно, иначе зачатия тоже не произойдет. И инструментом оценки адекватности ситуации является не предстательная железа, а психическая деятельность. Конечно, понятие адекватности в процессе психосексуального развития может оказаться вариантным (свои представления об адекватности у гомосексуала, педофила и т. д.). Конечно, адекватная ситуация может быть смоделирована в мастурбаторных фантазиях, но это уже другие аспекты.

Таким образом, длительность полового акта зависит не от предстательной железы, а от психической деятельности. Преждевременный оргазм имеет, обычно, психогенную природу, а конкретно — обусловлен наличием психологической программы «сделать это быстро». Очень часто немалую роль в формировании этой программы играют некоторые варианты патологического родительского программирования и обусловленной этим формы мастурбации [10]. Наличие такой программы говорит о «нарушении психосексуального развития в виде программы быстрой эякуляции».

Также и с другими сексуальными функциями. На снижение полового влечения через гормональные механизмы предстательная железа не влияет — она не регулирует уровень содержания половых гормонов. Их концентрацию в организме регулирует гипоталамус. Не предстательная железа, а гипоталамус отвечает за гомеостаз организма и регулирует уровень половых гормонов через гипоталамо-гипофизарно-гонадный комплекс (гонадостат). Ни в одной эндокринологической схеме регуляции половых гормонов предстательная железа не обозначена как регулятор эндокринного гомеостаза, она не перехватывает эти функции у гипоталамуса [11–13]. Предстательная железа — это только один из органов-мишеней по отношению к тестостерону. Мнение о том, что при простатите выявляют снижение уровня тестостерона, неверно, на самом деле имеет место обратный процесс. Снижение уровня тестостерона (а также повышение содержания пролактина или женских половых гормонов) действует на орган-мишень (на предстательную железу), в результате, его функции снижаются, при этом нарушается его метаболизм и страдает иммунная защита. В итоге, это предрасполагает (служит фактором риска) к появлению простатита. То есть, когда отмечается корреляция простатита и различных вариантов гормонального дисбаланса, то базовой причиной является не простатит, а эндокринный дисбаланс [14].

Сама же предстательная железа, как и все остальные органы-мишени для тестостерона, захватывает его своими тканевыми рецепторами, переводит в активную форму и использует для своих внутренних нужд. Активная форма тестостерона в простате (дигидротестостерон) образуется за счет фермента 5-альфа-редуктазы, и аналогичный процесс происходит во всех других органах-мишенях для тестостерона (канальцевый аппарат, семенные пузырьки, скелетные мышцы, связки, сердце и др.). Исключение составляют глубокие отделы мозга и подкожная жировая ткань, где фермент ароматаза метаболизирует тестостерон в эстрогены.

Эрекция от предстательной железы и от простатита также не зависит. Она зависит от психики, от ряда неврологических нарушений (головного и спинного мозга, от нарушений проводящих путей), от сосудов полового члена. Даже после простатэктомии эрекция не страдает, если в достаточной степени сохранены проводящие пути тазовых неврологических сплетений.

Конечно, поскольку болезненная эякуляция при простатите, хотя и редко, но бывает, нельзя исключить появления вторичных психогенных сексуальных дисфункций по типу психологической защитной реакции на боль. При этом возможные снижение полового влечения, торможение эрекции, торможение наступления оргазма означают уход от боли, то есть имеет место вторичная психогенная сексуальная дисфункция (защитного характера) при болезненной эякуляции органического характера (простатит). Этот механизм психогенных сексуальных дисфункций в виде избегания боли универсален, и причины боли (простатические или иные) уже не имеют принципиального значения. То есть, у простатита нет специфических механизмов, ухудшающих сексуальность, а по своим неспецифическим механизмам, способным ухудшить сексуальность, он уступает многим другим заболеваниям.

Указанные выше изменения в спермограмме (астенозооспермия) и болезненная (дискомфортная) эякуляция, как единственная сексологическая жалоба, отмечают далеко не при каждом простатите и нечасто. Чем сильнее и длительнее воспалительные изменения в предстательной железе, тем в большей степени могут быть выражены указанные симптомы простатита. Нельзя забывать, что изменения качества оргазма могут быть обусловлены не только простатитом, но неврологическими и психопатологическими

причинами. Их разграничение — задача дифференциальной диагностики.

Болезненность и изменение качества эякуляции (оргазма) при простатите зависят не только от состояния самой предстательной железы, но и от центральных механизмов. Оргазм — это эмоция. Но иногда, даже с высоких трибун, приходится слышать отголоски еще одного мифа, отражающего локализационистский подход: оргазм сопровождается эякуляцией и вторичен по отношению к ней (периферические теории оргазма). При такой концепции считалось и считается до сих пор некоторыми специалистами, что «при эякуляции сперма проходит через узкие семяизвергающие протоки, раздражает их, и в ответ рождается ощущение оргазма». Получается, что сами добавочные половые железы принимают решение о целесообразности семяизвержения.

Мы уже указывали, говоря о длительности полового акта, что вопрос целесообразности семяизвержения принимается в результате психической деятельности в виде оценивания адекватности имеющихся сексуальных ощущений и оценки характера сексуальной ситуации тем индивидуальным сексуальным предпочтениям и сценариям, что сложились в процессе психосексуального развития [1, 10]. С позиций информационной теории эмоций, каждое действие и реакция идут по определенному плану. И если «все идет по плану», то эмоция будет яркой (позитивное подкрепление успешного планирования и прогнозирования). «Не совсем по плану» — эмоция будет менее яркой. «Совсем не по плану» — эмоция будет отрицательной. Соответственно, эффективность любых действий человека должна отслеживаться и оцениваться, то есть нужна обратная связь. Для отслеживания происходящих действий и сличения их с планом, в функциональной системе планирования (реализации) имеется такой механизм, как «акцептор результата действия». Он отслеживает все реализуемые действия, сличает с планом и решает — поощрять или не поощрять. Так же и с эмоцией оргазма. Она будет яркой, если оргазм физиологически реализуется в соответствии с его изначальным психофизиологическим планом, — подкрепление за успешность действий должно быть значительным. Но если что-то идет не так, то яркость оргазма снизится, то есть снизится степень подкрепления. А если телесное воплощение оргазма идет совсем «не по плану» (не успешно), то вместо позитивной эмоции подкрепления возникнет негативная

эмоциональная реакция, то есть оргазм может стать неприятным или болезненным. Это сигнал для функциональной системы о неблагополучии и необходимости что-то делать. Например, так как неприятных эмоций надо избегать, то могут появиться вышеуказанные психогенные защитные реакции избегания болезненного оргазма (например, торможение полового влечения и эрекции или самого достижения оргазма).

В изначальный план физиологии оргазма входят соответствующие телесные реакции, в том числе и соответствующие генитальные эякуляторные реакции. И если они протекают «не по плану», например из-за воспалительных изменений предстательной железы, то оргазм может быть неярким или болезненным, так же как и при снижении силы сокращений генитальных мышц при неврологических заболеваниях. Это касается и общих вегетативных реакций, характерных для оргазма. Если изменения пульса, давления, дыхания и другое будут недостаточным выражены (в сравнении с планом), то оргазм тоже может быть неярким. В этом выражается зависимость центральных и периферических компонентов эмоции.

Независимо от физиологии оргазма, а также от сценарных и тактильных предпочтений мужчины, или эмоциональных отношений в партнерстве, яркость оргазма может быть снижена при аффективных (депрессивных), ипохондрических, деперсонализационных расстройствах и астенических состояниях.

Таким образом, семяизвержения без команды «сверху» (без оргазма) не бывает. И первичной (базовой) реакцией является оргазм, а не семяизвержение. Это определено эволюционно-биологическими механизмами, жестко опосредовано нейрофизиологически и подтверждается клинической картиной. Именно поэтому в мире отошли от фиксации на эякуляции, и прежний термин «анэякуляция» (незавершенный половой акт у мужчин) заменили в МКБ-10 [15] на «аноргазмия» (и у мужчин, и у женщин).

Защитники мифа о причинной роли простатита в генезе сексуальных расстройств указывают на высокую взаимную корреляцию. Но если при сексуальных дисфункциях искать какое-либо другое распространенное заболевание (например, пародонтит), то корреляция может быть еще выше. Или, например, дальнзоркость пожилых тоже даст высокую корреляцию с сексуальными нарушениями, но причина сексуальных дисфункций не дальнзоркость. На самом деле — это два следствия одной общей

причины, в данном случае пожилого возраста. Простатит тоже можно считать распространенным заболеванием, хотя разброс в данных по его выявлению слишком широк. Согласно данным нескольких зарубежных и отечественных исследований, диапазон выявления простатита — 11–80 % в достаточно однородных группах [16–19]. Это говорит о нечетких диагностических критериях простатита и о высоком риске его гипердиагностики, который в нашей стране и отмечается [20–22].

Высокая корреляция — это еще не подтверждение причинной роли простатита. Вместо линейной зависимости «простатит — причина сексуальных нарушений» можно рассматривать их как два следствия одной общей причины. Базовой причиной может являться стресс в стадии истощения (дистресс, хронический стресс). При стрессе симпатико-адреналовые, эндокринные, сосудистые, иммунные и другие изменения ведут к параллельным нарушениям как половой функции, так и предстательной железы.

На начальном этапе всех заболеваний по психосоматическим механизмам эти нарушения обратимы (функциональная стадия), а далее начинают диагностироваться органические изменения [23]. На функциональной стадии отмечают изменения железы, но клинической картины воспаления (лейкоцитоз, к примеру) при этом нет. Такая ситуация с состоянием простаты обозначается набором синонимических терминов: простатодиния, простатопатия, простатоз, простатовезикулит, простатовезикулостаз, застойный простатит Познера («простатит без простатита») и др. На этой стадии стресса симпатотония за счет вазоспазма и спазма гладкомышечных клеток приводит к повышению плотности предстательной железы (это железисто-мышечный орган) и к дизурическим проявлениям функционального характера. В дальнейшем спастическое состояние железы, приводящее к нарушению в ней гемодинамики, в совокупности с характерными для дистресса гормональными изменениями (повышение содержания надпочечниковых гормонов, снижение уровня тестостерона, снижение защитных функций) может привести к развитию уже явно диагностируемого простатита (переход к органической фазе). При такой психосоматической модели развития простатита параллельно идет развитие психосоматического варианта сексуальной дисфункции в различных ее проявлениях: повышение содержания надпочечниковых и снижение половых гормонов ведут к гипополи-

демии и снижению возбудимости; симпатотония ведет к эрекционным дисфункциям и преждевременной эякуляции и т. д. В таких ситуациях изолированное лечение простатита не устранит сексуальные расстройства, а терапия психосоматического нарушения устранит и то, и другое.

Другими общими и базовыми причинами сексуальных дисфункций и простатита могут быть предшествующие им (преморбидные) тазовые гемодинамические нарушения. При сосудистых нарушениях может страдать как эрекция, так и кровоток в предстательной железе, с последующим развитием простатита.

Неврологические нарушения в виде вегетозов (обычно симпатотония), дегенеративных заболеваний нервной системы, полиневропатии и другого тоже могут быть общей базовой причиной как сексуальных дисфункций, так и простатита. Но при этом указанная неврологическая патология должна быть объективно выявлена и диагностирована.

Во всех указанных ситуациях не патология предстательной железы линейно детерминирует сексуальные дисфункции, а то и другое является результатом общего этиопатогенетического (нередко психосоматического) механизма. В таких случаях изолированное лечение простатита, без устранения перечисленных базовых механизмов, не устранит сексуальную дисфункцию. Однако часто приходится слушать, что «лечение простатита устранило сексуальную дисфункцию». О чем это может говорить?

Во-первых, к чести наших урологов, очень часто лечение направлено (обычно неосознанно) не только на санацию простатита, но и на указанные базовые (общие с сексуальными дисфункциями) психосоматические механизмы [24]. Казалось бы, зачем при простатите назначать психотропные, сосудистые, гормональные и другие препараты, которые в других странах не входят в стандарты лечения простатита. Та же самая физиотерапия, воздействуя на тазовый кровоток и на вегетативные неврологические структуры, параллельно и независимо от влияния на предстательную железу улучшает и собственно сексуальную функцию. То есть и без простатита все эти методы лечения улучшат потенцию. И при так называемом массаже простаты воздействие идет не только на нее. Одновременно снижаются тазовые гемодинамические нарушения, улучшается кровоток, активизируются вегетативные структуры (нервные пути и ганглии) тазового парапростатического сплетения, что улучшает и половую функцию. А с точки зрения телесно

ориентированной психотерапии, речь идет о снятии «спастики», мышечных зажимов и мышечных блоков тазового уровня.

Во-вторых, нередко одновременно с лечением простатита назначают препараты и процедуры из арсенала сексолога, которые непосредственно улучшают половую функцию. Стимулирующие сексуальность препараты, локальная декомпрессия и другое — все это не устраняет простатит. Но ведь каузальный подход в медицине означает, что устранение причины (подразумевается простатит) должно автоматически устранить его следствие, то есть сексуальную дисфункцию. И специальные воздействия именно на половую функцию, соответственно, не нужны. Но урологи их широко применяют, иллюстрируя независимость сексуальных дисфункций от простатита.

В-третьих, в структуре сексуальных дисфункций (не геронтологического характера) часто преобладают психогенные факторы. И врачебная забота, препараты и процедуры нередко играют роль косвенной психотерапии (плацебо-эффект). При лечении сексуальных нарушений плацебо-эффект довольно высок. Даже при эректионной дисфункции, когда органические факторы (особенно сосудистая недостаточность у пожилых мужчин) встречаются чаще, чем при других сексуальных дисфункциях, плацебо-эффект составляет до 40 %.

Мы подробно остановились на этих деталях, так как миф этот стойкий, то есть находит себе «адвокатов». Миф о простатите в нашей стране в последние годы распространился столь широко, что пациенты на вопрос сексолога о жалобах отвечают, что жалуются «на простатит», то есть простатит стал восприниматься как основная причина мужских сексуальных дисфункций. При этом настоящих простатических жалоб (боли, тазовый дискомфорт, дизурические проявления и другое) у них обычно нет, для них слово простатит — это синоним сексуальных жалоб. И поскольку этот миф распространился именно в последние десятилетия, то ясно, что его причины не в «коллективном бессознательном» населения, а в ятрогенном характере мифа. Причины такой ятрогении различны. Тут и отголоски локализационистского подхода к пониманию механизмов сексуальных нарушений, и коммерциализация медицины, и пренебрежение строгими патогенетическими принципами, и незнание истинных (психогенных) механизмов сексуальных нарушений, что оборачивается стремлением заменить их соматическими (телесными) механизмами. Если в США популярно выражение, что

«сексуальность находится между ушами (то есть в голове, в психике), а не между ног», то у нас как раз наоборот.

Повторяем, что хотя простатит не влияет по специфическим механизмам на половую функцию, но, как и другие хронические воспаления, его, безусловно, надо выявлять и лечить.

Родственный мифу о простатите является существующий только в нашей стране и не изживший себя до сих пор миф о «феномене простатотестикулярного взаимодействия» (по Н. А. Белову). Правильно подметив параллелизм в функционировании предстательной железы и гонад мужчины, он приписал регулирующие влияния простате. Но в 1912 г. он не знал о тестостероне, о гонадотропинах, о рилизинг-гормонах, о функциях гипоталамуса, который регулирует гомеостаз организма, в том числе и функцию гонад (через гипоталамо-гипофизарно-гонадную ось).

Мы уже указали, что решение об уровне тестостерона в крови принимает не предстательная железа, а гипоталамус. А функциональная активность предстательной железы, как и других органов-мишеней к тестостерону, действительно меняется параллельно уровню тестостерона, но происходит это как вторичная реакция на изменение уровня самого тестостерона. К тому же, секрет предстательной железы не может всасываться и становиться инкретом, так как это железа апокринового типа секреции, что признают даже «классики» отечественной урологии [2, 25]. Кроме того, секрет предстательной железы выделяется в конце каждого акта мочеиспускания, когда простата (внутренний сфинктер мочевого пузыря) сжимается. Такое выделение секрета в конце мочеиспускания обязательно, так как он выполняет барьерную функцию, то есть предохраняет от потенциальной восходящей инфекции и половые, и мочевые пути. И если нет семяизвержений, то избыток секрета будет обильно выделяться при постуринальном сокращении предстательной железы. То есть «застойного простатита» не может быть в принципе.

Разговор о мифах важен, так как неправильные теоретические представления оборачиваются неэффективным или небезопасным лечением. Вспомнить хотя бы миф о фатальной роли семенного бугорка в сексуальности и о его бесконечных прижиганиях в связи с этим. К счастью для пациентов, этот миф и методы «лечения» на его основе уже не модны. Или основанные на другом мифе — об «истощении сексуальных центров» — бесконечно длящиеся

периоды воздержания (отдыха), приводившие к синдрому детренированности и ухудшавшие, в итоге, сексуальное функционирование. Игнорирование иных (обычно психогенных) причин сексуальных нарушений и нацеленность на поиск простатита, который обязательно найдут, отвлекает врачей от выявления реальных причин сексуальных дисфункций, которые остаются нераспознанными.

Во многом это связано с тем, что под влиянием «мифа о простатите» пациенты обращаются с сексологическими жалобами не к профессионально подготовленным сексологам, а к урологам. Последние спешат поставить диагноз простатита и начать его лечение вместо более углубленного обследования, системного анализа ситуации и адекватного лечения. Гипердиагностика простатита при сексуальных дисфункциях в урологической практике чрезвычайно распространена [19, 26–28]. По убеждению Д. Ю. Пушкаря (2005), «... у 90 % людей с таким диагнозом на самом деле никакого хронического простатита не существует. Этот диагноз обожают амбулаторно-поликлинические урологи, для многих из них это постоянный кусок хлеба (с различными видами терапии, массажем железы и тому подобным)». В результате, имеет место недостаточное понимание и недооценка психогенных, неврологических и некоторых других механизмов сексуальных дисфункций, неумение их диагностировать и эффективно ле-

чить. Этому есть объективная причина — урологи не имеют специального образования по сексологии.

В заключение необходимо отметить, что только врач-сексолог может сам, или с учетом заключений смежных специалистов, правильно оценить все составляющие, включенные в патогенез сексуального расстройства, и выбрать адекватные, щадящие методы лечения. Вместе с тем, возникающие новые требования к взаимодействию врачей разных специальностей ставят вопрос о формировании общей методологии, то есть общего понимания патогенеза сексуальных расстройств, диагностики и лечения сексологических пациентов. Это означает, что различные специалисты, причастные к сексологическим пациентам, должны пройти обучение по базовой программе в области сексологии [29]. Такие программы разработаны в системе последипломного образования на кафедре психотерапии и сексологии СЗГМУ им. И. И. Мечникова. Решение отмеченных выше проблем должно также включать этическую сторону врачебной деятельности. Каждый должен понимать сферу своей компетенции и нести ответственность за принятые решения. Ведущая роль в этом должна принадлежать врачебным сообществам и их руководителям, авторитетным ученым, врачам. От того, какую планку они зададут, во многом будет зависеть дух перемен, направленный на укрепление сексуального здоровья людей.

## Литература

1. *Общая сексopatология: Рук. для врачей* / Под ред. Г. С. Васильченко (2-е изд.). М.: Медицина, 2005.
2. *Порудоминский И.М.* Половые расстройства у мужчин. М.: Медицина, 1968.
3. *Келли Г.Ф.* Основы современной сексологии. СПб.: Питер, 2000.
4. *Клиническая андрология* / Под ред. В. Б. Шила, Ф. Комхаира, Т. Харгрива. М.: Гэотар-Медиа, 2011.
5. *Андрология. Мужское здоровье и дисфункция репродуктивной системы* / Под ред. Э. Нишлага, Г. М. Бере. М.: Мед. информ. агентство, 2005.
6. *Ludwig M., Vidal A., Diemer Th. et al.* Chronic prostatitis, chronic pelvic pain syndrome: seminal markers of inflammation // *Wld J. Urol.* 2003. Vol. 21. № 2. P. 82–85.
7. *Korrovits P., Ausmees K., Mandar R., Punab M.* Prevalence of asymptomatic inflammatory (National Institutes of Health Category IV) prostatitis in young men according to semen analysis // *Urol.* 2006. Vol. 71. № 6. P. 1010–1015.
8. *Руководство по клинической урологии* / Под ред. Ф. М. Ханно, С. Б. Малковича, А. Дж. Вейна. М.: Мед. информ. агентство, 2006.
9. *Урология: Национальное рук.* / Под ред. Н. А. Лопаткина. М.: Гэотар-Медиа, 2009.
10. *Екимов М. В.* Мастурбация и сексуальные дисфункции: Учеб. пособие. СПб.: СПбМАПО, 2006.
11. *Гарднер Д., Шобек Д.* Базисная и клиническая эндокринология (в 2-х кн.). М.: Бином, 2010.
12. *Эндокринология: Национальное рук.* / Под ред. И. И. Дедова, Т. А. Мельниченко. М.: Гэотар-Медиа, 2012.
13. *Эндокринология: Рук. для врачей (в 2-х т.)* / Под ред. С. Б. Шустова. СПб.: СпецЛит, 2011.
14. *Дедов И. И., Калинин С. Ю.* Возрастной андрогенный дефицит у мужчин. М.: Практич. мед., 2006.
15. *Международная классификация болезней (10-й пересмотр)*. СПб.: АДИС, 1994.
16. *Hellstrom W. J., Schmidt R. A., Lue T. F., Tanagho E. A.* Neuromuscular dysfunction in non-bacterial prostatitis // *Urol.* 1987. Vol. 30. № 2. P. 183–187.
17. *Lumtus W. F., Bompson I.* Prostatitis // *Emerg. Med. Clin. N. Amer.* 2001. Vol. 19. № 3. P. 691–707.
18. *Руководство по урологии (т. 2)* / Под ред. Н. А. Лопаткина. М.: Медицина, 1998.
19. *Простатит* / Под ред. П. А. Щеплева. М.: МЕД-Пресс-Информ, 2007.
20. *Аполихин О. И., Сивков А. В., Лямин Б. А.* Стандартизация оценки результатов лечения хронического простатита // В сб.: *Материалы Пленума правления Всерос. общ-ва урологов.* Саратов, 2004. С. 30–31.

21. Тюзиков И. А., Греков Е. А., Калинин С. Ю. и др. Оптимизация диагностики воспалительных заболеваний предстательной железы на основе междисциплинарного подхода // Экспер. и клин. урол. 2013. № 1. С. 44–49.
22. Холодный В. А. Междисциплинарный подход к диагностике и лечению сексуальных дисфункций у больных хроническим простатитом // Экспер. и клин. урол. 2013. № 1. С. 52–59.
23. *Руководство по сексологии* / Под ред. С. С. Либиха. СПб.: Питер, 2001.
24. Тиктинский О. Л., Калинина С. Н., Михайличенко В. В. Андрология. М.: Мед. информ. агентство, 2010.
25. Юнда И. Ф. Болезни половых мужских органов. Киев: Здоров'я, 1989.
26. Пушкарь Д. Ю., Тутельян В. А., Малхасян В. А. Заболевания предстательной железы: Краткий справ. М.: Гэотар-Медиа, 2014.
27. *Практическая урология: Рук. для врачей* / Под ред. П. В. Глыбочко, Ю. Г. Аляева. М.: Медфорум, 2012.
28. Кульчавеня Е. В., Неймарк А. И. Простатит. Диагностика и лечение: Рук. М.: Гэотар-Медиа, 2010.
29. Алексеев Б. Е., Екимов М. В. Сексуальные дисфункции у мужчин: алгоритм оказания медицинской помощи: Учеб. пособие. СПб.: СЗГМУ им. И. И. Мечникова, 2013.

**M. V. Ekimov, A. I. Fedorova, S. V. Vykhodtcev**

North-Western State Medical University named after I. I. Mechnikov, St. Petersburg

### **The myth of the prostatitis as the cause of sexual dysfunction**

In a practical work sexologist differentiates psychogenic, symptomatic (secondary) and mixed sexual dysfunctions. Urologic pathology as a cause of symptomatic sexual dysfunctions observed is not often (fibroplastic induration of the penis, the effects of trauma and operations of the genitourinary system). In our country the main role in causing sexual dysfunctions belongs to prostatitis. This is due to the existing myths about the impact of prostate on sexual function. In the world it is not recognized, international research does not confirm this. It is considered that the prostate does not affect sexual function. Unfortunately in our country this myth is stable and is constantly maintained. As a result in the minds of many patients prostatitis has become synonymous with sexual dysfunctions and almost their only reason. Patients treated for a long time prostatitis, but sexual problems remain, because in fact there are other causes are often psychogenic factors. This article analyzes the situation with prostatitis point of view of sexology as an integrative science which unites all the medical specialties related sexual problems. Offered solutions to this situation including through the education of urologists of sexology and integration of sexology in somatic medicine.

**Key words:** *prostatitis, prostate, sexual dysfunction, ejaculation, orgasm*

## **Приглашаем Вас принять участие в юбилейной X Междисциплинарной научно-практической конференции «АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ УРОЛОГИИ И ГИНЕКОЛОГИИ (ИНФЕКЦИИ, ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ И ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ НОВООБРАЗОВАНИЯ, МОЧЕКАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ И ДР.)»**

**25 ноября 2015 г. (среда) 9.00–17.30**

Санкт-Петербург, «ПетроКонгресс» (ст. м. «Чкаловская», Лодейнопольская ул., д. 5)

### **Основные программные вопросы:**

- Госпитальная инфекция (в том числе анаэробная, грибковая, туберкулез, микст-инфекция) в практике врача-уролога и гинеколога
- Инфекции, передающиеся половым путем
- Доброкачественные новообразования, дисгормональные, метаболические, сосудистые и предраковые заболевания в урологии, акушерстве и гинекологии (аденома простаты, миома матки, генитальный эндометриоз, остеопороз в постменопаузе и др.)
- Злокачественные новообразования (рак почки, простаты, мочевого пузыря, рак шейки и тела матки, яичников)
- Мочекаменная болезнь
- Малоинвазивные операции в урологии и гинекологии
- Методы диагностики дисгормональных, метаболических, опухолевых и инфекционно-воспалительных процессов у гинекологических и урологических больных
- Антибактериальная, противовирусная и иммунотерапия, гормональная терапия, персонализированная терапия в урологии и гинекологии.

За дополнительной информацией обращаться в Оргкомитет конференции:

ООО «ДискавериМед», Издательский дом «Терра Медика»

Елена Викторовна Прижевойт: тел./ф. (812) 274-08-62, 327-76-22

e-mail: [expo@discoverymed.ru](mailto:expo@discoverymed.ru) <http://www.terramedica.spb.ru>