

УДК 616.69:616.832-001.3

*И.С. Рыткис***СЕКСУАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА И СУПРУЖЕСКАЯ ДЕЗАДАПТАЦИЯ ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКОМ ПОРАЖЕНИИ СПИННОГО МОЗГА У МУЖЧИН**

Донецкое областное клиническое территориальное медицинское объединение

Ключевые слова: сексуальные расстройства, супружеская дезадаптация, спинной мозг, травматическое поражение

Поражение спинного мозга, в том числе травматическое повреждение, очень часто влечет за собой расстройства сексуальной функции – по разным данным в 52-99 % случаев [1–3]. Характер и степень тяжести этих расстройств зависят прежде всего от локализации очага поражения спинного мозга. Если он расположен выше спинальных центров эрекции и эякуляции, у большинства больных эрекция и эякуляторные рефлексы сохраняются, сексуальная функция не страдает благодаря действию механизма спинального автоматизма. При травме шейного и верхнегрудного отделов эрекция обычно не страдает, приапизм, возникающий после травмы на шейном уровне, имеет четко выраженный спастический генез. При поражении нижнегрудного отдела спинного мозга эрекция носит кратковременный характер и могут появляться через несколько месяцев после травмы в ответ на местное раздражение.

Двустороннее тотальное поражение сакрального парасимпатического центра эрекции приводит к полной анэрекции и анэякуляции. При этом имеют место также расстройства мочеиспускания и дефекации, а неврологические знаки указывают на поражение конуса или эпиконуса спинного мозга. Частичное поражение дистального отдела спинного мозга может обусловить исчезновение эрекции, тогда как психогенная эрекция остается сохранной (этот феномен, как и так называемый «фантомный оргазм», может быть связан с сохранностью вегетативных шунтов).

Многоочаговое поражение спинного мозга приводит, наряду с расстройством функции тазовых органов, и к нарушению половой функции. При этом стадии императивных позывов к мочеиспусканию обычно соответствует укорочение времени полового акта, а стадии задержек мочеиспускания – синдром ослабления эрекции фазы. Травматическое поражение пояснично-крестцового отдела пограничного симпа-

тического ствола вызывает жгучие разлитые боли и парестезии в области половых органов, таза и живота, вазомоторные и трофические расстройства. Двустороннее повреждение симпатических нервов на уровне нижнегрудного и верхнепоясничного отделов паравертебральной симпатической цепочки или постганглионарных эфферентных симпатических волокон обуславливает расстройство эякуляторного механизма и развитие ретроградной эякуляции.

Таким образом, при травмах спинного мозга сексуальные расстройства являются следствием поражения спинальных центров эрекции и эякуляции, причем их клинические проявления зависят от уровня поражения. Эта четкая зависимость позволяет определить критерии топической диагностики повреждений спинного мозга как по поперечному сечению, так и по высоте.

В силу парного характера сексуальной функции у жен больных развиваются сексуальные нарушения относительного характера, вследствие отсутствия половой жизни и психосексуальной неудовлетворенности со временем возникает и снижение либидо. Психосексуальную неудовлетворенность испытывают и мужчины, и таким образом формируется супружеская дезадаптация, от которой страдают оба супруга.

Следует отметить, что эта сторона проблемы, очень мало изучена. Если сами по себе сексуальные расстройства при спинальной травме рассмотрены в ряде работ, в основном в трудах невропатологов [5, 6], то сексуальная и психологическая дезадаптация супружеской пары при этой патологии практически не освещена в литературе. Между тем, помимо этиологического и патогенетического лечения пострадавшего, в том числе коррекции возникшей у него сексуальной дисфункции, в психотерапевтической помощи нуждается и супружеская пара, в которой супруг перенес спинальную травму. В данном сообщении приведен наш опыт обследования и обоснование психокоррекции таких дезадаптированных супружеских пар.

Под нашим наблюдением находились 97 состоявших в браке мужчин-шахтеров, перенесших спинальную травму поясничного и крестцового отделов спинного мозга в возрасте от 25 до 46 лет, т.е. в наиболее активном возрасте. Жены больных в каждой супружеской паре входили в одну возрастную группу с мужьями (разница в возрасте не превышала 5 лет).

Давность травмы у мужчин в период обследования составляла от 3 до 5 лет. У 43 человек имела место травма на уровне поясничного отдела спинного мозга, у 39 – на уровне крестцового отдела, и у 15 человек была сочетанная травма на том и другом уровне. У всех пациентов спинальная травма привела к параличу ног и потере чувствительности ниже места повреждения, т.е. нижней половины тела; у всех были утрачены сексуальные ощущения.

Поражение пояснично-крестцового отдела позвоночника обусловило у наших пациентов такие проявления сексуальной дисфункции, как анэрекция, отсутствие эякуляции или преждевременное семяизвержение, стертость оргазма в тех немногих случаях, когда он имел место. При этом часто рецидивирующий, интенсивный болевой синдром усугублял сексуальное расстройство, приводя к снижению сексуальной активности, которое в свою очередь влечет за собой угасание половых рефлексов и возникновение застойных явлений в урогенитальной области.

Наблюдавшаяся у наших больных клиническая картина сексуальных расстройств четко зависела от уровня полученной травмы позвоночника. У мужчин с травмой поясничного отдела при сохранности эрекции отсутствовала эякуляция; у пациентов с травмой крестцового отдела эрекция отсутствовала, а эякуляция не страдала; у больных с сочетанной травмой полностью отсутствовали все генитальные реакции. Либидо было сохранено у всех обследованных. При травме крестцового отдела спинного мозга было возможно кратковременное поддержание рефлекторной эрекции в ответ на механическое раздражение (генитальный массаж), но в подавляющем большинстве случаев пациенты при этом не достигали оргазма. В то же время некоторые из них утверждали, что, несмотря на отсутствие сексуальной чувствительности, они испытывают при механической стимуляции сильное чувство удовольствия и возникающие в некоторых непораженных участках тела физические ощущения, напоминающие наблюдавшиеся до травмы оргазмические реакции («фантомный» оргазм).

Почти все обследованные (за исключением

19 человек, перенесших травму за 3–3,5 года до момента обследования), тяжело переживали невозможность половой жизни и были готовы выполнить рекомендации врача, которые помогли бы им найти какой-то выход из трудной ситуации. Свое стремление получить возможность совершить половой акт они объясняли тем, что половая жизнь способствует укреплению близости с женой, приносит моральное удовлетворение, усиливает веру в себя и позволяет доставить удовлетворение жене.

Такое же желание выражали и жены больных, у которых из-за отсутствия половой жизни наблюдались постоянная психосексуальная неудовлетворенность, часто – состояние сексуальной фрустрации и у многих – ослабление либидо. Среди женщин 14% время от времени допускали супружеские измены, а около половины компенсировали отсутствие половых актов мастурбацией.

Проведенный нами у находившихся под наблюдением супружеских пар системно-структурный анализ сексуального здоровья [4] выявил у пострадавших мужчин сочетанное поражение нейрорегуляторной и генитальной составляющих биологического компонента. Поражение первой было обусловлено повреждением пояснично-крестцового отдела спинного мозга (центров эрекции и эякуляции), поражение второй – потерей чувствительности половых органов. У жен больных оказалась нарушенной психическая составляющая данного компонента вследствие личностной реакции на болезнь мужа и сексуальную дисгармонию. У мужчин эта составляющая также была нарушена по той же причине.

Наши наблюдения убедили нас в том, что совершенно неправомерно считать мужчину со спинномозговой травмой навсегда лишенным возможности сексуальной жизни. Но должна быть создана система специальной сексологической и психотерапевтической помощи таким больным и их супругам. К сожалению, до сих пор не только не разработана подобная система, но даже консультации на такие темы не входят в реабилитационные программы для мужчин со спинномозговыми травмами. Как правило, они предоставлены самим себе и, естественно, не в состоянии использовать имеющиеся у них потенциальные возможности. Между тем современная сексология и психотерапия располагают многими средствами для их реабилитации. Необходимо знакомить с ними и самих больных, и их жен, но прежде всего они должны усвоить

основной подход коррекции их сексуального здоровья, основанный на принципах, в свое время сформулированных У.Мастерс, В. Джонсоном [7]: отсутствие ощущений не означает отсутствие чувств; неспособность двигаться не означает неспособности доставлять удовольствие другому; неспособность действовать не означает неспособности радоваться и наслаждаться; потеря чувствительности половых органов не означает потери чувственности.

Супругов в супружеских парах, в которых муж страдает от последствий спинальной травмы, необходимо убедить, что они не должны смириться со своим положением и отказаться от половой жизни, тем более, что, как мы отмечали выше, они сами стремятся к этому и готовы с сотрудничеством с врачом. Им следует предоставить широкую информацию о других способах сексуального взаимодействия, помимо обычного полового акта, в частности, предлагаемых в

древних учениях, например дао-любви, и новейших способах помощи при отсутствии генитальных реакций у мужчин, таких как внутрикаверзные инъекции каверджекта, современные конструкции эректоров, вибраторов и т.п. При этом существенным компонентом лечебного воздействия при рассматриваемой патологии должны быть проводимые в системе секс-тренинги и методы психокоррекции, применяемые для снятия негативных эмоциональных реакций и перестройки отношения к болезни пострадавших и их жен.

Таким образом, помимо специфических способов действенной помощи больным с расстройством сексуальной функции травматического генеза, должна проводиться система психокоррекции, направленная на достижение сексуальной и семейной реабилитации супружеской пары, в которой супруг перенес спинномозговую травму.

I.C. Pitkic

СЕКСУАЛЬНІ РОЗЛАДИ ТА ПОДРУЖНЯ ДЕЗАДАПТАЦІЯ ПРИ ТРАВМАТИЧНОМУ УРАЖЕННІ СПИННОГО МОЗКУ У ЧОЛОВІКІВ

Донецьке обласне клінічне територіальне медичне об'єднання

У статті розглянуто клініку сексуальних розладів у чоловіків зі спинномозковою травмою і розвиток подружньої дезадаптації у таких випадках. На базі власного клінічного досвіду автором обґрунтовано необхідність і показано шляхи сексологічної і психотерапевтичної допомоги подружжю за даної патології у чоловіка. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2004. — № 3 (13). — С.144-146)

I.S. Ritkis

SEXUAL DISORDERS AND SPOUSES DESADAPTATION AT TRAUMATIC INJURY OF SPINAL CORD IN MEN

Donetsk regional clinic

In the article there are examined a clinic of sexual disorders in men with injury of spinal cord and a development of spouses desadaptation in those cases. On the basis of own clinical experience the author grounded a necessity of sexological and psychotherapeutic help for spouses at the pathology in husband and shown its ways. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2004. — № 3 (13). — P.144-146)

Литература

1. Сексология: Справочник / Под ред. Г.С.Васильченко. — М.: Медицина, 1990. — 576 с.
2. Торосян С.А. Сексуальные дисфункции при органических заболеваниях нервной системы // Актуальные вопросы сексопатологии: Тр. Моск. ин-та психиатрии. — 1967. — Т. 51. — С. 301-311.
3. Кришталь В.В., Григорян С.Р. Клиническая сексология мужчин. — Харьков: Акад. сексол. исслед., 1998. — 192 с.

4. Кришталь В.В., Григорян С.Р. Сексология. — М.: Per Se, 2002. — 979 с.
5. Русецкий И.И. Вегетативные нервные нарушения. — М.: Медицина, 1958. — 312 с.
6. Сепп Е.К., Аксянцев М.А., Мельников С.А. и др. Тоническая диагностика заболеваний нервной системы. — М.: Медицина, 1962. — 304 с.
7. Masters W., Johnson V. Human sexual response. — Boston, 1970. — 407 p.

Поступила в редакцию 12.06.2004