**Особенности сексуальных расстройств и тактики их лечения**

К сексуальным расстройствам относят болезненные изменения половых проявлений — направленности и выраженности полового влечения, степени половой возбудимости (легкость возникновения половой доминанты, состояние порогов эрогенных зон, характеристика оргазма), а также ряда феноменов (любрикация влагалища у женщин, эрекция и эякуляция у мужчин). Особо учитывается влияние имеющихся отклонений на взаимную сексуальную адаптацию партнеров.

Сексологические нарушения наблюдаются как при различных психоневрологических и общесоматических (в том числе урологических, гинекологических, эндокринологических) заболеваниях, так и при их отсутствии. Однако у всех больных, обратившихся по поводу половых расстройств, при полном сексологическом обследовании устанавливают специфические сексологические отклонения, а также отклонения, рассматриваемые специалистами смежных дисциплин как индивидуальные особенности, не относящиеся к числу патологических проявлений (типичный пример — акцентуации характера). Сравнительный анализ частотных характеристик и патогенной роли отклонений этого класса, а также признанных нозологических форм, входящих в Международную классификацию болезней (МКБ), свидетельствует о преобладании в патогенезе сексуальных расстройств именно пограничных отклонений. Так, у исследованных Л. И. Голубцовой (1988) двух групп женщин, статистически тождественных по возрасту, семейному положению, давности и выраженности имевшейся у них неврозоподобной шизофрении, наличие сексуальных расстройств коррелировало с частотой и выраженностью признаков задержки или дисгармонии пубертатного развития.

Одной из наиболее характерных особенностей сексуальных расстройств является выраженная их полисиндромность. При современной диагностике число дискретных синдромов (если с известной мерой условности обозначить этим термином все симпто-мокомплексы — от пограничных состояний типа акцентуаций характера до таких нозологических форм, как шизофрения и диабет), по данным сексологических архивов учреждений различного профиля: Всесоюзного научно-методического центра по вопросам сексопатологии, поликлинического отделения Научно-исследовательского НИИ экспериментальной эндокринологии и химии гормонов АМН СССР [Козлов Г. И., Камалов К. Г., 1988], отделения сексопатологии и сперматологии Киевского научно-исследовательского института урологии и нефрологии [Горпинченко И. И., 1986], составляет у каждого больного в среднем от 3 до 5, а моносиндромные нарушения являются казуистической редкостью.

Отмеченная полисиндромность порождает значительные трудности в лечении сексологических больных, поскольку отдельные синдромы относятся к различным областям клинической медицины. В примере, составленном из статистически самых частых синдромов, у больного с диагнозом «Невроз ожидания неудачи у личности с субкомпенсированной психопатией шизоидного круга на фоне задержки пубертатного развития, маскированной синдромом парацентральных долек, осложненной хроническим простатитом (II стадии)» основу расстройства составляют пять сидромов, из которых три — психоневрологического профиля (невроз, психопатия и синдром парацентральных долек), один — эндокринологического (задержка пубертатного развития) и один — урологического (хронический простатит). Если следовать мультидисциплинарной модели сексопатологии, такого больного должны вести три или четыре специалиста.

Однако там, где налажена сексологическая служба в соответствии с приказом МЗ СССР № 370 от 10 мая 1988 г., лечение этого больного осуществляет один специалист — сексопатолог.

В других случаях, несмотря на более чем 15-летний опыт функционирования сексологической службы в стране, организаторы здравоохранения, а иногда и сами сексопатологи все еще испытывают затруднения при определении тактики взаимодействия специалистов различного профиля. Подобные затруднения нередко возникают в отношении больных, у которых доминируют нарушения не гипофункционального регистра (снижение, ослабление, срыв некоторых парциальных сексологических механизмов), а поведенческого характера с дезорганизацией или расторможением обычно сдерживаемых и подавляемых желаний и действий. Такого рода нарушения могут быть прямым результатом психических расстройств, а поскольку излечение психоза и нормализация общего поведения у части подобных больных приводят к нормализации и сексуального поведения, такие пациенты, если рассуждать формально, подлежат наблюдению у психиатров. А в связи с тем, что подавляющее большинство больных с психотическими расстройствами, дебютирующими нарушениями сексуального поведения, избегают психоневрологических диспансеров и обращаются за помощью в сексологические кабинеты, сексопатолог должен владеть диагностикой ранних форм психических заболеваний, строго индивидуализировать и обосновывать каждый случай привлечения психиатра, а тем более передачи обратившегося к нему больного под дальнейшее наблюдение психоневрологического диспансера.

Наиболее четко затруднения в тактике взаимодействия специалистов различного профиля обозначились в связи с успехами в изучении сосудистых форм эрекционной недостаточности. Определенная часть этих расстройств, обусловленная поражением сосудов, требует ангиохирургических операций, поэтому возникла необходимость тесного контакта и четкой координации действий ангиохирурга и сексопатолога, каждый из которых сам по себе не в состоянии обеспечить полную функциональную реабилитацию. Начальная модель взаимодействия этих специалистов, предусматривающая два этапа — сексологический (отбор больных, нуждающихся в хирургическом вмешательстве) и хирургический (выполнение операции), себя не оправдала, так как после операции, несмотря на улучшение кровоснабжения кавернозных тел, проведение половых актов многим больным по-прежнему не удавалось. В результате была разработана и апробирована трехэтапная модель [Карпов А. С. и др., 1986, 1887]: I этап (начальный сексологический) — отбор больных на основе сексологического обследования; II этап (ангиохирургический) — оперативное вмешательство; III этап (заключительный сексологический) — функциональная реабилитация.