**Расстройства эякуляторной составляющей копулятивного цикла**

Расстройства эякуляторной составляющей копулятивного цикла в своей основе чаще имеют конгестивно-воспалительные изменения простатической части уретры или синдром парацентральных долек.

Половые расстройства при простатитах. Этиология, патогенез. Длительные сексуальные фрустрации (интимные ласки, провоцирующие эрекции, не завершающиеся эякуляцией и оргазмом) и суррогатные формы половой активности, а также прерванный или искусственно пролонгируемый коитус и др. вызывают вначале асептический (застойный) простатит, который затем принимает бактериальный (воспалительный) характер. Сформировавшийся ирритативный очаг вследствие обильных нервных связей предстательной железы с сегментарным эякуляторным механизмом вначале снижает порог эякуляции, а затем нарушает межцентральные отношения между кортикальными и субкортикальными уровнями регуляции семяизвержения.

**Симптомы, течение**

В начальной стадии расстройство моносимптомно и проявляется только преждевременным (иногда ante portas) наступлением эякуляций. При отсутствии правильного лечения и утяжелении расстройства к этому симптому присоединяется ослабление эрекций, которое в свою очередь по механизму психореактивной невротизации порождает снижение либидо. Таким образом, на заключительной стадии врач встречается с той же триадой, что и при нейрогуморальных и психических половых расстройствах.

Лечение урологическое (антибактериальное с учетом характера возбудителей и их резистентности к имеющимся медикаментозным средствам, массаж предстательной железы) в сочетании с психотерапией, роль которой тем важнее, чем более запущено расстройство.

Синдром парацентральных долек имеет в своей основе поражение высших корковых центров регуляции урогенитальной сферы.

**Этиология**

В болынильтве случаев предполагается действие эмбриотропных факторов в антенатальном периоде или родовая травма, реже синдром выявляется после травм соответствующей локализации у взрослых.

**Патогенез**

Понижение порогов спинальных автоматизмов эякуляции и мочеиспускания вследствие ослабления сдерживающих влияний кортикальных центров. В единичных случаях-активная стимуляция со стороны парацентральных долек (по типу эпилептических эквивалентов).

**Симптомы, течение**

Типичны энурез и поллакиурия, раннее появление сексопатологических симптомов (первые в жизни эякуляции наступают на несколько лет раньше, чем следует по конституциональным параметрам, с самого начала поповой жизни- преждевременная эякуляция, не подвергающаяся существенному удлинению даже при повторных сношениях с короткими интервалами), наличие неврологической симптоматики, свидетельствующей о локализации очага поражения в парацентральных дольках (признаки избирательного вовлечения пирамидной иннервации дистальных отделов ног в виде инверсий рефлексогенных зон ахилловых рефлексов, клонусов стоп, симптомов Бабинского и Россолимо и их аналогов, избирательного снижения подошвенных рефлексов, анизокория, симптомы орального автоматизма и др. ). Супруги, не имеющие внебрачных половых связей и выводящие норму продолжительности полового акта из личного опыта, могут считать, что у них нет никаких отклонений в сексуальной сфере. В подобных случаях с годами выявляется спонтанное увеличение продолжительности с приближением к средней статистической норме. При фиксации внимания на половых проявлениях с элементами сексуальной травмы может наступить реактивная невротизация, приводящая к ослаблению эрекций и подавлению либидо.

**Лечение**

Для неотягощенного синдрома характерна высокая терапевтическая эффективность хлорэтиловых блокад пояснично-крестцового отдела в виде ромба площадью 60-80 кв. см, расположенного на уровне линии, соединяющей обе cristae iliacae. Кожу опрыскивают хлорэтилом до появления белой корочки интрадермального затвердения, после чего замороженный участок согревают ладонями до тех пор, пока побледнение не сменится покраснением. Процедуру повторяют с интервалом 2-3 дня, всего 5-8 раз. В упорных случаях после месячного перерыва проводят повторный курс блокад с приемом в день блокады за 2 ч до процедуры 1-3 таблеток тиоридазина.

Прогноз, как правило, благоприятный

**Список литературы**

Для подготовки данной работы были использованы материалы с сайта <http://www.policlinica.ru/>