
ПОЛУЧЕНИЕ СЕМЕННОЙ ЖИДКОСТИ МЕТОДОМ ВИБРОЭЯКУЛЯЦИИ

А. И. Лазаренко, О. З. Лившиц

(Москва)

Исследование семенной жидкости является одним из распространенных методов обследования, особенно в клинической практике урологов, эндокринологов и сексопатологов. В случаях же бесплодного брака без этого исследования вообще невозможно поставить правильный диагноз. Однако, получение спермы у больных связано с значительными трудностями и при применении существующих методов не всегда является возможным.

В литературе описано шесть способов получения спермы: путем прерванного полового акта, при половом акте с эякуляцией в презерватив, путем массажа простаты и семенных пузырьков, путем взятия спермы из половых путей женщины после коитуса, путем введения во влагалище специального тампона, и, наконец, мастурбацией. М. А. Кунин [3], критически оценивая все эти методы, приходит к выводу, что лучшим из них, наиболее простым, доступным и эффективным является способ мастурбации. Он обеспечивает быстрое получение спермы и не влияет на ее качество.

Столкнувшись с необходимостью исследовать сперму у больных с половыми расстройствами, мы вначале рекомендовали способ мастурбации. Но оказалось, что далеко не все больные способны на это. Непривычная обстановка, стыд и неловкость, порою просто эстетическая неприязнь к самой процедуре, являлись мощными тормозными факторами. Часть больных, вообще никогда не практиковавших мастурбацию, заявляли, что они не умеют и не хотят мастурбировать. Все остальные способы, связанные с коитусом или массажем, были технически невозможны в наших условиях.

Поэтому мы решили обратиться к испытаниям нового метода получения спермы — метода, как мы его назвали, — **виброэякуляции**. Собrero с соавторами описал в 1965 г. новый способ получения семенной жидкости посредством раздражения головки члена механической вибрацией [4]. Для этого использовался механический вибратор для локального массажа, снабженный специальной насадкой. Работа проводилась в психиатрическом стационаре. Целью получения спермы был контроль за действием различных новых нейролептиков. Авторы сообщают, что с помощью этого метода им удалось получить сперму у 80 больных из 100. При этом качество спермы не изменялось.

Взяв принципиальную схему прибора, предложенную Собrero, мы в нашей работе использовали электрический вибрационный прибор для массажа модели ВМП-1 Московского завода электробытовых приборов, выпуска 1967 г. Прибор этот имеется в широкой продаже, поэтому его технические характеристики мы опускаем. В работе мы использовали плоскую насадку, входящую в комплект набора насадок прибора. Губчатая накладка этой насадки была удалена и к плоской поверхности ее с помощью лейкопластыря прикреплялся пластмассовый стаканчик емкостью 50 мл. Сверху к этому стаканчику, также лейкопластырем, прикреплялась пластмассовая воронка. Прибор регулировался так, чтобы амплитуда колебаний вибратора была максимальной. Воронка и спермоприемник (стаканчик) перед употреблением стерилизовались.

Взятие спермы осуществлялось следующим образом. Больному объясняли цель манипуляции, затем он изолировался в отдельной комнате, включал прибор, при этом головка полового члена опускалась в воронку вибратора. Одновременно с началом массажа больной включал секундомер. Сеанс длился как правило, не более 20 минут. Если в течение этого времени эякуляция не наступала, больному предлагалось отдохнуть в течение часа, давались дополнительные пояснения по коррекции ошибок, допущенных пациентом при взятии спермы, после чего больной вновь приступал к процедуре. Как правило, у большинства больных эякуляция наступала с первой попытки.

Процедура виброэякуляции проведена нами у 100 больных в возрасте от 20 до 65 лет; женатых—68, холостых—28, разведенных—4. На процедуру виброэякуляции все больные назначались только после тщательного сексопатологического исследования. Сперма методом виброэякуляции была нами получена у 83 больных из 100. Время, затраченное при виброэякуляции, в среднем составило 7 мин. 16 сек. и колебалось от 15 сек. до 27 минут. У 17 больных сперму этим методом получить

не удалось. Следует отметить, что 5 больных из их числа страдало асперматизмом. В то же время у 2-х больных с асперматизмом, у которых в течение 2-х лет эякуляции вообще отсутствовали, с помощью этого метода получить эякулят удалось.

Всего проведено 169 сеансов виброэякуляции. Таблица 1 показывает состояние эрекции при виброэякуляции.

Таблица 1

| Состояние эрекции при виброэякуляции | | | |
|--------------------------------------|-------------|-------------|------------|
| Эрекция | | | |
| сильная | ослабленная | отсутствует | итого |
| 90 (53%) | 44 (27%) | 35 (22%) | 169 (100%) |

Итак, эрекция «достаточной силы» нами наблюдалась в 53% случаев. Таблица 2 демонстрирует данные о связи между эрекцией и эякуляцией.

Таблица 2

| Связь между состоянием эрекции и наступлением эякуляции | | | |
|---------------------------------------------------------|---------|-----------|------------|
| Состояние эрекции | Частота | Эякуляции | |
| | | наличие | отсутствие |
| сильные | 90 | 70 (78%) | 20 (22%) |
| ослабленные | 44 | 30 (68%) | 14 (32%) |
| отсутствуют | 35 | 19 (54%) | 16 (46%) |

Таким образом между возникновением эрекции и последующим наступлением эякуляции не имеется абсолютной, жестко детерминированной зависимости, и цифры указывают на относительную независимость эрекций от эякуляций. Однако, наличие частичной корреляции сомнений не вызывает: чем полнее эрекция, тем более вероятно наступление эякуляций.

Оргазм при виброэякуляции отмечался в 144 сеансах. Чаще всего степень яркости оргазма была такая же, как при коитусе. У 5 больных — эякуляция наступала без оргазма. О наличии сопровождающих эротических представлений сообщали 9 больных из 100. Неприятные ощущения наблюдались у 7 больных.

При установлении диагноза использовалась патогенетическая классификация расстройств потенции, разработанная Г. С. Васильченко [1, 2]. В таблице 3 отражена связь между

формой полового расстройства и временем наступления семяизвержения при использовании виброэякулятора.

Таблица 3

Связь между формой полового расстройства и временем наступления семяизвержения при использовании виброэякулятора

| Клиническая характеристика | К-во больных | Время наступления семяизвержения (мин.) | | | |
|--------------------------------------------------------|--------------|-----------------------------------------|------------|----------|-----------|
| | | до 5 | от 5 до 10 | более 10 | отсутств. |
| Контроль (здоровые), псевдонимпотенция, гомосексуализм | 14 | 5(38%) | 5(38%) | 4(24%) | — |
| Нейрогуморальная сост. | 23 | 6(27%) | 3(13%) | 11(47%) | 3(23%) |
| Психическая сост. | 28 | 14(50%) | 7(25%) | 2(9%) | 5(16%) |
| Эякуляторная сост. | 21 | 8(38%) | 7(33%) | 2(9%) | 4(20%) |
| Смешанные синдромы | 13 | 6(46%) | — | 3(23%) | 4(31%) |
| Эрекционная | 1 | — | — | — | 1(100%) |

* Под смешанной формой мы понимаем участие в патологическом процессе нескольких составляющих полового акта без четкого преобладания в клинической картине одной из них.

Из полученных данных вырисовывается четкая картина коррелятивной зависимости между временем наступления семяизвержения при виброэякуляции и формой полового расстройства. При нейрогуморальной форме импотенции, как и следовало ожидать, сперму получить значительно труднее («сдвиг вправо»). При «смешанной» форме импотенции, где во всех случаях заинтересована нейрогуморальная составляющая, подтверждается та же зависимость.

Взаимосвязь между быстротой наступления семяизвержения при виброэякуляции и возрастом обследованных больных отражена в таблице 4.

Таблица 4

Быстрота наступления эякуляции и возраст больных

| Возраст больных | К-во больных | Время наступления семяизвержения в мин. | | | |
|-----------------|--------------|-----------------------------------------|------|-------|----------|
| | | 0—5 | 5—10 | 10—15 | Более 15 |
| 20—29 | 34 | 22 | 6 | 3 | 3 |
| 30—39 | 28 | 13 | 11 | 3 | 1 |
| 40—49 | 15 | 3 | 3 | 4 | 5 |
| Старше 50 | 6 | 2 | 2 | — | 3 |
| Всего | 83 | 39 | 22 | 10 | 11 |

Из таблицы видна коррелятивная зависимость: чем моложе возраст, тем быстрее наступает эякуляция. Это объясняется тем, что с возрастом происходит физиологически обусловленное снижение нейрогуморальной составляющей полового цикла.

На быстроту наступления виброэякуляции оказывает влияние и продолжительность абстиненции, что подтверждается данными таблицы 5.

Таблица 5

Быстрота наступления эякуляции и длительность предшествовавшей абстиненции

| Период абстиненции | К-во больных | Время наступления эякуляции в мин. | |
|--------------------|--------------|------------------------------------|----------|
| | | до 10 | более 10 |
| 3 дня | 22 | 8(36%) | 14(64%) |
| 1—7 дней | 24 | 20(84%) | 4(16%) |
| 1—4 недели | 20 | 18(90%) | 2(10%) |
| свыше месяца | 17 | 16(95%) | 1(5%) |
| Итого | 83 | 62 | 21 |

Для выявления возможности изменения качества спермы, полученной методом виброэякуляции, нами у 10 больных произведено параллельное исследование спермы, полученной вначале методом виброэякуляции, а затем, спустя неделю, у них же методом мастурбации. Усредненные данные отражены в таблице 6.

Таблица 6

Сравнительная оценка результатов исследования эякулятов, полученных виброэякуляцией и мастурбацией

| Данные, характеризующие качество эякуляции | Эякулят получен путем | |
|--------------------------------------------|-----------------------|-------------|
| | виброэякуляции | мастурбации |
| Объем эякулята | 3,35 | 3,20 |
| % активно подвижных спермиев | 72% | 69% |
| Число спермиев в 1 мл эякулята | 67 млн. | 68 млн. |
| Количество фруктозы в граммах | 2700 | 2750 |
| % неподвижных спермиев | 28% | 31% |

Как следует из таблицы, метод виброэякуляции не влияет на качественные характеристики спермы.

По данным Собреро и др. виброэякуляция наступает по истечении периода от 15 секунд до 7 минут. Среднее время по нашим данным 7 минут 16 секунд, хотя у одного больного эякуляция наступила через 27 минут. Несколько не совпадают

данные о появлении эрекции во время вибрационного раздражения головки члена. Так, ни у одного из больных Собреро и др. не отмечалось полной эрекции, и лишь у некоторых наблюдалось слабое набухание члена. Аналогичные результаты получены и в контрольной группе здоровых, и у психически больных, и у больных, обратившихся по поводу бесплодия. Авторы пришли к выводу, что данная методика может стимулировать наступление эякуляции без сопутствующей полной эрекции и последующего оргазма.

По нашим данным эрекция возникала у большинства больных — в 86,6% — причем полная или почти полная. Оргазм имел место у 94% больных и чаще был ярким. Такая разница в результатах, возможно, зависит как от различных конструктивных особенностей аппаратов, так и от различий в методиках. Объяснить это составом больных трудно, поскольку аналогичные результаты получены Собреро, как в группе психически больных, так и в контрольной группе здоровых. Эротические представления зафиксированы лишь у отдельных лиц и нами и Собреро.

Методом виброэякуляции удается получить сперму иногда даже у таких больных, у которых никаким другим образом этого сделать не удавалось. Собреро описывает больного импотенцией, который за 7 лет супружеской жизни не имел ни одного коитуса. Методом виброэякуляции автору удалось получить сперму у больного и использовать ее для искусственного оплодотворения жены. То же удалось осуществить и у больного, страдавшего функциональным асперматизмом. В результате у жены данного больного наступила беременность, закончившаяся рождением здорового сына.

Из 7 больных с асперматизмом нам удалось получить сперму только у двух. Нам также удалось получить сперму у больного 30 лет, никогда в жизни до этого не имевшего эякуляции.

Ни один из наших пациентов не отказался от взятия спермы методом виброэякуляции даже при ряде повторных сеансов.

В ы в о д ы:

1. Метод виброэякуляции является простым, достаточно надежным и эффективным методом, наиболее приемлемым с этической точки зрения, щадящим психику больного и позволяющим получить сперму у большинства больных в поликлинических условиях.

2. Некоторые количественные параметры и наличие сопутствующих эякуляции проявлений (эрекция, эротические представления, оргазм) при применении метода виброэякуляции

могут быть использованы для дифференциально-диагностических целей в практике врача-сексолога.

3. Качество спермы, полученной данным методом, не нарушается.

4. Метод виброеякуляции, в отличие от других способов получения спермы, использован при некоторых синдромах в комплексе терапевтических мероприятий и в качестве лечебного воздействия.

ЛИТЕРАТУРА

1. Васильченко Г. С. Опыт применения перфокарт, как современного метода систематизации, для депонирования и обработки сексологических данных. В сб. «Актуальные вопросы сексopatологии», М., 1967, 163.

2. Васильченко Г. С. Опыт патогенетической классификации расстройств потенции. В сб. «Вопросы сексopatологии». М., 1969, 138.

3. Кунин М. А. Современные методы исследования спермы. В сб. «Актуальные вопросы сексopatологии», М., 1967, 151.

4. Sobrero A. J., Stearns H., Blair J. — Techniques for the induction of ejaculation in humans. *Fertil. Steril.*, 1965, 16, 765.

VIBROEJACULATION AS A METHOD OF OBTAINING SPERM FOR ANALYSIS

A. I. Lazarenko, O. Z. Livshits

Vibroejaculation achieved by utilization of slightly changed apparatus for electrical vibromassage shows to be simple, reliable, effective and ethically acceptable means of obtaining sperm for laboratory analysis. Some parameters fixed during the procedure (such as speed of ejaculation after switching the apparatus on, presence or absence of erections, erotic fancy imagination etc.) might serve diagnostic purposes and in some cases even play therapeutic role.
