

ОСОБЕННОСТИ СЕКСУАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У МУЖЧИН НА РАННИХ СТАДИЯХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ

Э. А. КОЖЕКАРУ

SEXUAL DYSFUNCTION PECULIARITIES IN MEN WITH EARLY STAGES OF HYPERTENSION ENCEPHALOPATHY

E. A. KOZHEKARU

Харьковская медицинская академия последипломного образования, Украина

Представлены результаты исследования механизмов развития и клинических особенностей сексуальной дисфункции у мужчин с гипертонической энцефалопатией и факторов риска ее формирования.

Ключевые слова: сексуальная дисфункция, гипертоническая энцефалопатия.

The findings about development mechanisms and clinical features of sexual dysfunction in men with hypertension encephalopathy as well as risk factors of hypertension encephalopathy formation are presented.

Key words: sexual dysfunction, hypertension encephalopathy.

Цереброваскулярные заболевания представляют собой одну из серьезнейших медико-социальных проблем во всем мире, в том числе и в нашей стране. В последние годы отмечается тенденция к увеличению частоты гипертонической энцефалопатии (ГЭ) у лиц работоспособного возраста [1]. Последствия этого заболевания отрицательно сказываются на экономике страны и жизни общества в целом, снижают качество жизни больных и членов их семей.

В Международной классификации болезней 10-го пересмотра [2] такие термины, как «дисциркуляторная энцефалопатия» и «начальные проявления недостаточности кровоснабжения мозга» отсутствуют. Близкими по клинической картине состояниями по МКБ-10 являются «церебральный атеросклероз» (167.4); «прогрессирующая сосудистая лейкоэнцефалопатия» (болезнь Бинсвангера 167.3); «гипертоническая энцефалопатия» (167.2); «другие уточненные поражения сосудов мозга», в том числе «ишемия мозга (хроническая)» (167.8)», «цереброваскулярная болезнь неуточненная» (167.9).

Для лиц молодого возраста характерны начальные формы цереброваскулярной патологии, для пожилых — инсульт [1, 3, 4].

ГЭ — это особая форма специфических клинических и патофизиологических нарушений, возникающих при остром повышении артериального давления (АД) и сопровождающихся разнообразными повреждениями церебральных сосудов. В патогенезе ГЭ основная роль принадлежит чрезмерной ауторегуляции и срыву процессов ауторегуляции [4, 5].

Данные литературы и клиническая практика свидетельствуют о том, что у 46,5% больных арте-

риальной гипертензией (АГ) даже при отсутствии атеросклероза развивается сексуальная, в частности эректильная дисфункция [6]. В то же время формирование сексуальной дисфункции при ГЭ, особенно на ранних ее стадиях, что важно для своевременной диагностики и адекватного лечения, мало изучено и не освещено в литературе.

Учитывая это, мы поставили перед собой задачу исследовать причины, механизмы развития и клинику сексуальных расстройств у молодых мужчин, страдающих ГЭ, и выявить их патогенетическую связь с развитием этого заболевания.

В настоящем сообщении представлены результаты обследования 36 больных, страдающих ГЭ I-II стадии, которые составили две группы: в первую вошли 18 больных с I и 18 — с II стадией ГЭ, сопровождавшейся сексуальной дисфункцией. Пациенты были в возрасте от 19 до 30 лет, состояли в браке и занимались в основном умственным трудом или были учащимися. У всех имела место сексуальная дисфункция — нарушение эрекции, преждевременная эякуляция или сочетание этих расстройств.

При обследовании пациентов мы использовали классификацию сосудистых поражений головного мозга, основанную на клинических критериях, предложенную Е. В. Шмидтом, Г. А. Максудовым и дополненную Е. М. Бурцевым с соавт. [7]. При постановке диагноза гипертонической болезни (ГБ) мы руководствовались классификацией Российского объединенного национального комитета (JNC-6) [8], в которой выделяются три стадии АГ и приняты следующие показатели систолического и диастолического АД (в мм рт. ст.). У лиц старше 18 лет: оптимальное АД 120 и 80; нормальное 130 и 85; высокое-нормальное

130–139 и 85–89; артериальная гипертония — I стадия 140–159 и 90–99; II стадия 160–179 и 100–109; III стадия ≥ 180 и ≥ 110 ; изолированная систолическая АГ: систолическое АД ≥ 140 ; диастолическое < 90 мм рт. ст.

Диагноз ГЭ ставили тем больным, у которых имелись стойкие проявления хронической недостаточности мозгового кровообращения, включающие различные по тяжести и характеру неврологические синдромы. При оценке состояния больного указывали степень их выраженности, выделяли доминирующие признаки (нарушение памяти, гнозиса, праксиса, психастенические проявления, нарушения речи).

Диагноз сексуальной дисфункции устанавливали согласно диагностическим критериям МКБ-10.

Клиническое обследование пациентов включало изучение соматического, неврологического, психического, нейропсихологического и сексологического статусов больных мужчин. Для изучения состояния сексуальной функции механизма развития сексуальных расстройств использовали квалификационную шкалу «Сексуальная формула мужчины» (СФМ), разработанную Г. С. Васильченко, половую конституцию мужчин определяли по векторной шкале Г. С. Васильченко [8], позволяющей выявить коэффициенты фенотипа, генотипа и сексуальной активности мужчины.

Полученные в исследовании данные обработаны методом анализа значимости расхождения между показателями (t-критерий Стьюдента), за уровень статистической достоверности принято $p < 0,05$.

Анализ полученных данных показал, что 24 % мужчин первой и 76 % второй группы предъявляли жалобы, характер и выраженность которых зависели от стадии ГЭ.

Пациенты с ГЭ I стадии жаловались на раздражительность, ухудшение сна, рассеянность, ослабление внимания, головную боль, ощущение шума в голове, т. е. на явления, отражающие выраженную церебрастению. В неврологическом статусе у них отмечалась стойкая микроочаговая рассеянная симптоматика: симптомы орального автоматизма, асимметрия брюшных и сухожильных рефлексов, умеренная атаксия. В сексологическом статусе этих больных имела место преждевременная эякуляция (F52.4) — невозможность продлить половой акт более нескольких секунд или 1 мин.

При ГЭ II стадии у больных преобладали выраженные психастенические жалобы в виде повышенной слезливости, быстрой утомляемости, психической истощаемости, снижения памяти и работоспособности. В неврологическом статусе выявлялись признаки недостаточности кровотока в каротидном или вертебробазилярном бассейне: четкая асимметрия рефлексов, дискоординация движений, выраженные симптомы орального автоматизма, патологические стопные и кистевые

знаки, повышение тонуса по смешанному типу (преимущественно экстрапирамидному). На этом фоне отмечались признаки декомпенсации кровотока в виде церебральных сосудистых кризов и острого нарушения мозгового кровообращения по типу малого ишемического инсульта.

У пациентов со II стадией ГЭ по мере нарастания астенической симптоматики — усугубления как психической, так и физической астении, снижения работоспособности и интереса к окружающему, появления постоянного чувства усталости, вялости — снижалась сексуальная активность вплоть до полного прекращения половой жизни. Из сексуальных расстройств наряду с преждевременной эякуляцией появлялась эректильная дисфункция (F52.2). Она заключалась в отсутствии или недостаточности напряжения полового члена, что делало невозможным половой акт или затрудняло его осуществление. Эрекция была недостаточной в предварительном периоде полового акта либо резко ухудшалась в момент имиссии полового члена.

При анализе анамнестических данных выяснилось, что сексуальные расстройства у 18 (70 %) мужчин с ГЭ развились через 2,5–3 года после начала проявлений цереброваскулярной недостаточности. Их развитие у 8 (30 %) пациентов предшествовало развитию ГЭ в сроки, близкие к появлению неврологической симптоматики.

Длительность сексуальных расстройств (до 7–9 лет) у пациентов второй группы объяснялась отсутствием или неэффективностью проводимой терапии. Сексуальные нарушения возникли у ряда больных через 3–4 мес после появления связанных с ГЭ астеноневротических и тревожно-фобических симптомов.

В неврологическом статусе больных нередко определялось симметричное повышение сухожильных и периостальных рефлексов, но без наличия патологических рефлексов. Мы расценивали это как проявление функциональных расстройств невротического характера. Такие симптомы, как легкая асимметрия глазных щелей, носогубных складок, девиация кончика языка, не имели постоянства в процессе повторного исследования и также не были отнесены нами к органической неврологической симптоматике. Кремастерный, бульбокавернозный и анальный рефлексы не имели отклонений от нормы.

Как показали результаты исследования, у 72 % мужчин первой группы сексуальные нарушения развились через 2,5–3 года после дебюта цереброваскулярной недостаточности. У 28 % пациентов второй группы возникновение сексуальной дисфункции предшествовало появлению симптоматики ГЭ.

Учитывая, что в жизни мужчины существует возрастная динамика половой активности, мы провели анализ факторов риска развития сексуальной дисфункции при ГЭ. При анализе частоты этих факторов у находившихся под наблюдением

больных была выявлена большая частота сексуальных расстройств во второй группе. Оказалось, что у мужчин в возрасте до 24 лет достоверно чаще имели место позднее начало половой жизни, а у мужчин старше этого возраста — позднее начало регулярной половой жизни в браке. Оба эти фактора риска были выявлены у больных с сексуальной дисфункцией, предшествовавшей ГЭ (28%, $p < 0,05$). Характерно, что отмеченные факторы нередко (у 14% мужчин) сочетались с неудачей первого полового акта и редкими сексуальными контактами (у 20%).

У пациентов первой группы указанные факторы риска — позднее начало половой жизни (32%) и половой жизни в браке (46%) и редкость половых сношений (20%) — встречались достоверно реже ($p < 0,01$). У мужчин молодого возраста второй группы они доминировали. Типовая формула их характеризовалась суммарным показателем СФМ 18,13–22,21, что можно было классифицировать как расстройство психической составляющей сексуального цикла. Потребность в половых сношениях в основном сохранялась, но настроение перед половым актом и после него было снижено. Кроме того, у этих мужчин отмечалась в разной степени выраженная неуверенность в своих сексуальных возможностях, что нередко заставляло их избегать интимной близости с женой.

Пациенты первой группы в 2 раза реже начинали регулярную половую жизнь в браке, значительно реже в анамнезе у них отмечалась неудача первого полового акта. Анализ данных, полученных по опроснику СФМ, показал, что у большинства из них были снижены потребность в половых сношениях и настроение перед половым актом и после него.

Литература

1. Сосудистые заболевания головного мозга / М. М. Одинак, А. А. Михайленко, Ю. С. Иванов, Г. Ф. Семин.— СПб.: Гиппократ, 1998.— 159 с.
2. Классификация болезней нервной системы: Пособие для врачей / Под ред. проф. Н. Г. Дубовской.— М.: Триада-Х, 2002.— 254 с.
3. Яворская В. А. Сосудистые заболевания головного мозга.— Харьков: Прапор, 2003.— 336 с.
4. Pulsed Doppler evolution of diameter blood velocity and blood flow of common carotid artery in sustained essential hypertension / S. Bouthier, A. Benetos, A. Simon et al. // J. Cardiovasc. Pharmacol.— 1985.— Vol. 7 (suppl. 2).— P. 28–32.
5. Лебедева Н. В., Кистенев Б. А., Храпова Е. В. К во-

Половая конституция подавляющего большинства обследованных мужчин была слабой или ослабленной средней, причем слабый ее тип особенно часто отмечался у больных первой группы. К сильному типу половой конституции принадлежали лишь 3% мужчин первой и 9% — второй группы.

В целом результаты проведенного исследования показали, что развитие сексуальных расстройств у мужчин, страдающих ГЭ, проходит ряд стадий, которые соответствуют динамике неврологической симптоматики и зависят от стадии основного заболевания. У пациентов с I стадией наряду с церебростеническими проявлениями, соответствующими неврологической симптоматике, была характерна преждевременная эякуляция. Факторами риска ее развития были слабый тип половой конституции, отмечавшийся у 50% обследованных, негативный сексуальный опыт и высокая (свыше 50%) частота последующих неудачных половых актов. У больных с II стадией ГЭ, с преобладанием психастенических проявлений и признаков недостаточности кровотока в каротидном вертебробазиллярном бассейне наряду с преждевременной эякуляцией имела место эректильная дисфункция (F52.2). Факторами, предрасполагающими к развитию этих расстройств являлись слабый тип половой конституции и сниженная сексуальная активность.

Полученные в работе данные о характере сексуальных расстройств при ГЭ и их связи со стадиями этого заболевания должны быть учтены при диагностике и разработке медикаментозных и немедикаментозных методов коррекции сексуальной дисфункции у мужчин, страдающих гипертонической энцефалопатией.

- просу о дисциркуляторной энцефалопатии при артериальной гипертонии // Гипертоническая болезнь и сосудистые заболевания мозга.— Пермь, 1990.— С. 182–183.
6. Сексология и андрология / Под ред. акад. А. Ф. Возианова, проф. И. И. Горпинченко.— Киев: Абрис, 1997.— 873 с.
7. Бурцев Е. М. Дисциркуляторная энцефалопатия (классификация, клинико-морфологические и электрофизиологические сопоставления, патогенез, лечение) // VIII всероссийский съезд неврологов.— Н. Новгород, 1993.— С. 182–183.
8. Сексopatология: Справочник / Под ред. Г. С. Васильченко.— М.: Медицина, 1990.— 575 с.

Поступила 15.05.2006