

СЕКСУАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ ЭПИЛЕПСИИ У ЖЕНЩИН

К.м.н. В.Г. МАРЧЕНКО

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Показаны механизмы развития и клиника сексуальной дисфункции у женщин, страдающих эпилепсией, принципы и методы их коррекции, позволяющие достигнуть достаточно высокого уровня супружеской адаптации.

Нарушение сексуальной функции у больных эпилепсией, главным образом мужчин, давно обращало на себя внимание исследователей [1]. Вряд ли работ было установлено, что нарушения полового влечения и эрекции имеют место у 30 — 60% мужчин, страдающих этим заболеванием [2; 3]. По данным Р.В. Fenwick et al. [4], 21% мужчин, больных хронической эпилепсией, никогда не совершали полового акта, несмотря на то, что условия для этого имелись, и около 1/3 больных, которые жили половой жизнью, испытывали трудности из-за нарушения эрекции или эякуляции.

Менее изучено состояние сексуальной функции у больных эпилепсией женщин. В литературе есть сообщения о большей, чем в популяции, частоте диспареунии, вагинизме и сниженной половой активности у таких больных и психосексуальной неудовлетворенности, которую испытывает 1/3 из них [5].

Исследование сосудистой реакции половых органов во время провоцируемого полового возбуждения у мужчин и женщин с височной локализацией эпилептического очага показало, что она была значительно снижена по сравнению со здоровыми лицами аналогичного возраста [6].

Механизмы развития сексуальных расстройств при эпилепсии изучены недостаточно. Отмечается, однако, роль и психосоциальных, и соматогенных факторов в их генезе.

Среди психосоциальных факторов называют ограниченную социальную активность; заниженную самооценку (недостаточное чувство собственного достоинства); ограниченную возможность нормальных сексуальных отношений; неприятие факта болезни [7]. Особенно ограничивают социальную активность и возможность получения общего и профессионального образования наличие частых приступов эпилепсии. Их наличие может также приводить к ощущению уязвимости, беспомощности, неполноценности и мешать установлению нормальных отношений с сексуальным партнером. В тех случаях, когда сексуальные ощущения являются компонентом эпилептического приступа, у больных формируется негативное отношение к возникновению сексуальных реакций. Многие больные боятся, что их сексуальная активность может спровоцировать приступ, особенно те из них, у кого приступы вызываются гипервентиляцией или физической активностью.

Об определенной ограниченности сексуальных контактов у больных эпилепсией свидетельствует, в частности, тот факт, что частота брака у них состав-

ляет около 83% по сравнению со здоровыми людьми того же возраста [8]. При изучении частоты половых контактов мужчин и женщин с височной эпилепсией выяснилось, что количество их значительно меньше, чем в аналогичной возрастной группе популяции [9], хотя в других исследованиях эти данные не подтверждаются.

Однако, судя по имеющимся в литературе данным, соматогенные факторы в патогенетических механизмах сексуальных расстройств при эпилепсии более значимы, чем психосоциальные. Нарушение функции структур головного мозга, отвечающих за сексуальное поведение, и изменение уровня половых гормонов в крови вследствие самого заболевания и приема антиэпилептических лекарств может влиять на либидо и сексуальную активность больных. Ряд клинических наблюдений показывает, что дисфункция лимбических структур предрасполагает к развитию сексуальной дисфункции. Последняя обычно возникает после начала приступов [10] и наиболее выражена у людей с фокальной эпилепсией, особенно при локализации эпилептического очага в миндалевидном и гиппокампе [11]. Имеются сообщения об уменьшении выраженности сексуальной дисфункции после височной лобэктомии, произведенной при медикаментозной резистентности приступов [12].

Изменение продукции гипофизарных и гонадных гормонов при эпилепсии, по-видимому, может негативно влиять на сексуальную функцию больных. Повышение уровня пролактина наблюдается у мужчин и женщин независимо от наличия противоэпилептического лечения [13]. Во время приступа может увеличиваться содержание пролактина в крови, которое достигает максимума через 20 мин и сохраняется около 1 ч после него. Способствует ли это нарушению сексуальной функции больных, пока неизвестно, однако высокий уровень пролактина — одна из наиболее частых причин сексуальных расстройств другого генеза у мужчин. Изменение уровня лютеинизирующего гормона также отрицательно сказывается на состоянии сексуальной функции. Отмечено, что низкий его уровень способствует слабо выраженному половому влечению у женщин с височной эпилепсией [14].

Общий уровень стероидных гормонов не претерпевает изменений у большинства больных эпилепсией, но свободная их доля, которая и является биологически активным компонентом, может быть уменьшена. Низкие же уровни тестостерона способствовали нарушениям полового влечения и сексуальной активности

мужчин с эпилепсией [15].

Показано, что сексуальная дисфункция может быть следствием изменения синтеза нейромедиаторов, включая ГАМК, эндорфины и серотонин. Изменение содержания в крови эндорфинов и ГАМК, отмечающееся как после эпилептического приступа, так и после эякуляции, вызывает депрессию [16]. В эксперименте высокий уровень ГАМК подавлял сексуальное поведение кроликов [17], а серотонин — половую активность крыс [18]. При увеличении содержания ГАМК и эндорфинов наблюдается длительная нейронная депрессия [16].

Что касается противоэпилептических препаратов, то они оказывают влияние на состояние сексуальной функции по крайней мере за счет следующих механизмов: увеличения метаболизма гормонов в печени, прямого воздействия на гипоталамические структуры мозга и изменения уровня тормозных нейромедиаторов [13; 19]. Снижение полового влечения было отмечено у 12% больных, получавших противоэпилептические препараты, особенно барбитураты [20].

Наш клинический опыт охватывает 42 пациентки в возрасте от 23 до 40 лет, страдающих эпилепсией, в основном травматического и инфекционно-воспалительного генеза с височной локализацией эпилептического очага и хроническим течением процесса. У большинства из них манифестация эпилепсии относилась к детскому и подростковому возрасту и оказывала влияние на психосексуальное развитие больных, обуславливая его ретардацию. У тех женщин, у которых эпилепсия возникла после 18 лет (24%), сексуальная дисфункция сопровождала ее с самого начала половой жизни или даже предшествовала клиническому проявлению заболевания.

Сексуальная дисфункция выражалась у наших пациенток снижением либидо, ослаблением сексуальных реакций и отсутствием или притуплением оргазма.

Обследование этих пациенток методом системно-структурного анализа сексуального здоровья убедило нас в том, что у больных эпилепсией необходимо проводить целенаправленный анализ для выявления сексуальной дисфункции и усугубляющих ее факторов. Так, ее развитие помимо нарушения нервной регуляции может провоцироваться и усугубляться психогенными факторами: невротическими расстройствами, депрессивным состоянием, а также полученным в детстве неправильным воспитанием, религиозными ограничениями, отрицательным опытом ранней половой жизни и т. п., но чаще всего — нарушением взаимоотношений больной с супругом. Такие влияния отмечались у 74% наших пациенток. С другой стороны, должно быть учтено негативное действие противоэпилептических препаратов, которые вынуждены принимать больные, — психотропных, гипотензивных, противосудорожных средств, которые, как уже указывалось, могут снижать сексуальную функцию.

Способствовать возникновению сексуальной дисфункции могут и сопутствующие соматические заболевания: артериальная гипертензия и гиперлипидемия; эндокринные нарушения, обуславливающие гиперпролактинемия, снижение уровня тестостерона, гипер- или гипотиреоз; различная патология

внутренних органов. Среди наших пациенток подобные заболевания наблюдались у 11%.

Следует учитывать, что больные эпилепсией женщины редко сами предъявляют жалобы на сексуальные нарушения, поэтому необходимо проводить целенаправленное обследование с целью выявления этих нарушений и эмоциональных реакций на них самих больных и их супругов.

Обследование больных эпилепсией должно включать, таким образом, исследование соматического, неврологического, психического, сексологического статуса, а также изучение гормонального баланса — определение содержания в крови тестостерона, пролактина, лютеинизирующего и фолликулостимулирующего гормона, гормонов щитовидной железы. Следует произвести общий биохимический анализ крови, определение триглицеридов и холестерина в крови и пробу на толерантность к глюкозе. При необходимости проводят также гинекологическое и урологическое обследование. Сексологическое обследование, учитывая парный характер сексуальной функции и необходимость адаптации в паре, должно включать обследование не только больной женщины, но и ее супруга.

В лечении больных эпилепсией, сопровождающейся сексуальной дисфункцией, большое значение имеет рациональная и потенцирующая психотерапия. В беседах следует разъяснять пациенткам и их сексуальным партнерам сущность заболевания и действие проводимого лечения, подчеркивая тот факт, что сексуальная дисфункция — это только сопутствующий симптом эпилепсии. Необходимо откровенно обсудить поведение больной в семье, с мужем, с близкими и друзьями. При наличии психогенных и социогенных факторов необходимо проводить супружескую психотерапию.

Очень важно добиться медикаментозного контроля приступов. Если назначенный больной препарат не дает достаточного эффекта или явно отрицательно влияет на сексуальную функцию, его следует заменить другим препаратом, особенно желательна замена барбитуратов. У пациентки могут возникать сексуальные нарушения от одного препарата и не возникать от другого.

Если помимо основного заболевания другие причины сексуальной дисфункции исключены, а изменение противоэпилептической терапии нежелательно или не дает эффекта, следует проводить индивидуальную, парную (супружескую), групповую психотерапию, а также секс-терапию (сексуально-эротический тренинг). Основная задача психотерапии в этих случаях — добиться того, чтобы правильное поведение супруга компенсировало имеющуюся у жены недостаточность сексуальной функции, и достигнуть достаточного уровня супружеской адаптации. Помимо проведения указанных методов психотерапии целесообразно рекомендовать пациенткам препараты фирмы «Инверма», предназначенные для усиления сексуальной чувствительности, либидо и оргазма.

Правильная диагностика и проведение адекватной системы лечения с учетом всех патогенетических факторов нарушения сексуального здоровья супру-

жеской пары, в которой жена страдает эпилепсией, дают возможность достигнуть достаточно высокого терапевтического эффекта и обеспечить сексуальную адаптацию супругов при этой патологии ужены.

Литература

1. Русецкий И.И., Тергулов А.Х. О состоянии тазовых органов при органических поражениях большого мозга // Труды ГИДУВ.— Казань, 1933.— Т. III.— С. 63–70.
2. Pritchard P.B. Hyposexuality: a complication of complex partial epilepsy // Trans. Am. Neurol. Assn.— 1980.— V.105.— P. 193–195.
3. Tylor D.C. Sexual behavior and temporal lobe epilepsy // Arch. Neurol.— 1969.— V.21.— P. 510–516.
4. Sexual behavior in a centre for epilepsy / P.B.Fenwick, B.K. Toone, M.J. Wheeler et al. // Acta Neurol. Sc.— 1985.— V. 71.— P. 428–435.
5. Morrell M.J., Guldner G. Self-reported sexual function in women with epilepsy // Epilepsia.— 1994.— V.35 (581).— P. 108.
6. Sexual dysfunction in partial epilepsy: a deficit in physiological sexual arousal / M.J. Morrell, M.R. Sperling, M. Stecker, M.A. Dichter // Neurology.— 1994.— V. 44 (2).— P. 243–247.
7. Jensen S.B. Sexuality and chronic illness: Biopsychological approach // Seminars in Neurology.— 1992.— V. 12.— P.135–140.
8. Неврология. Нарушения половой функции у неврологических больных / Под ред. М. Самуэльса.— 1997.— С. 576–581.
9. The influence of age and cycling status on sexual arousability in women / M.J. Morrell, J.M. Dixen, C.S. Carter, J.M. Davidson // Am. J. Obstet. Gynecol.— 1984.— V. 148.— P. 66–71.
10. Saunders M., Rawson M. Sexuality in male epileptics // J. Neurol. Sc.— 1970.— V. 10.— P. 577–583.
11. Sexual behavior of a sample of females with epilepsy / A. Demerdash, M. Shaalon, A. Midori et al. // Epilepsia.— 1991.— V.32.— P. 82–85.
12. Cogen P.H., Antunes J.L., Correll J.W. Reproductive function in temporal lobe epilepsy: the effect of temporal lobectomy // Surg. Neurol.— 1979.— V.12.— P. 243–246.
13. Rodin E., Subramanian M.G., Gilroy J. Investigation of sex hormones in male epileptic patients // Epilepsia.— 1984.— V. 25.— P. 690–694.
14. Herzog A.G. A hypothesis to integrate partial seizures of temporal lobe origin and reproductive endocrine disorders // Epilepsy Res.— 1989.— V.3.— P. 151–159.
15. Dana-Haeri J., Oxley J., Richens E. Reduction of free testosterone by antiepileptic drugs // Brit. Med. J.— 1982.— V. 284.— P. 85–86.
16. Sexual behavior enhances postictal behavioral depression in kindled rats: opioid involvement / A.G. Paredes, M.C. Manero, A.E. Haller et al. // Behav. Brain Res.— 1992.— V.52(2).— P. 175–182.
17. Agmo A., Confreres J.L., Paredes A. Sexual behavior and copulatory thrusting patterns in male rabbits treated with GABA transaminase inhibitors // Physiol. and Behav.— 1991.— V.49(11).— P. 73–78.
18. Fernandez-Guasti A., Escalante A., Agmo A. Inhibitory action of various 5-HT_{1B} receptor agonists on rat masculine sexual behavior // Pharmacol. Biochem. Behav.— 1989.— V.39(4).— P. 811–816.
19. Toone B.K., Wheeler M., Nanjee M. Sex hormones, sexual activity and plasma anticonvulsant levels in male epileptics // J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry.— 1983.— V. 46.— P. 824–826.
20. Comparison of carbamazepine, phenobarbital, phenytoin and primidone in partial and secondarily tonic clonic seizures / R.H. Mattson, J.A. Cramer, J.F. Collins et al. // NEJM.— 1985.— V.313.— P. 145–151.

Поступила 28.03.2003

SEXUAL DISORDERS IN WOMEN WITH EPILEPSY

V.G. Marchenko

Summary

Mechanisms of development and clinical manifestations of sexual distress in women suffering from epilepsy as well as the principles and methods of their correction, which allow to achieve a high level in spouse adaptation, are shown.