

РОЛЬ НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ И ЛИЧНОСТНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ БОЛЬНЫХ МИОМОЙ МАТКИ В НАРУШЕНИИ СЕКСУАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ

К. мед. н. В.В. СВИРИДОВА

Донецкий государственный медицинский университет

Рассмотрены многообразные (соматические, психопатологические, социально-психологические) факторы, обуславливающие нарушение сексуального здоровья при миоме матки и неврологической патологии у женщин.

Частота заболевания фибромиомой матки в последние годы возрастает во всем мире [1, 2], что определяет актуальность исследования влияния этой патологии на здоровье женщины. Клинический опыт свидетельствует о том, что с прогрессирующей миомой связан целый ряд изменений в организме, затрагивающих и нервную систему, и сексуальную сферу, и личность больных [3, 4]. Тем не менее эта проблема изучена недостаточно и в отечественной специальной литературе практически не освещена.

Учитывая указанные обстоятельства, мы поставили перед собой задачу исследовать клинические особенности невротических, личностных и сексуальных расстройств у женщин, страдающих миомой матки, которая сопровождается неврологическими нарушениями. При этом, поскольку сексуальная функция является парной, обследовали не только больных женщин, но и их мужей.

Под наблюдением находились 100 супружеских пар, в которых у жен была диагностирована миома матки.

Все супружеские пары находились под нашим наблюдением в течение года до оперативного лечения женщин. Показаниями к операции служили рост миомы матки, нарушение менструального цикла по типу метроррагий и наличие болевого синдрома.

Все обследованные супруги были в возрасте от 36 до 50 лет, причем оба супруга каждой пары входили в одну возрастную группу, включающую 5 лет.

Было проведено комплексное, всестороннее обследование больных и их мужей, в рамках которого выполнены клинические, клинко-психопатологические, неврологические и сексологические исследования. Сексуальную функцию супругов изучали с позиций концепции четырехфакторного обеспечения сексуальности с помощью метода системно-структурного анализа сексуального здоровья по его интегральным критериям, компонентам и составляющим [5]. Тип половой конституции женщин определяли по векторной шкале И.Л. Ботневой [6], тип половой конституции мужчин — по шкале Г.С. Васильченко [7].

При исследовании экстрагенитальной соматической патологии у наших пациенток были диагностированы хронический гастрит — у 4±2, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки — у 5±2, дискинезия желчных путей — у 11±3, колиты — у 5±2%.

При неврологическом обследовании у женщин был выявлен ряд синдромов, в связи с чем они в зави-

симости от состояния нервной системы были подразделены на четыре группы: первую составила 21 больная (21±4%) с синдромом вегетативно-сосудистой дистонии; во вторую группу вошли 27 (27±4%) больных с синдромом нарушения мочевого выделительных функций; в третью — 40 (40±5%) больных с синдромом невралгии бедренного полового нерва; в четвертую — 12 больных (12±3%) с радикулалгическим синдромом.

Мужчины были соматически здоровы.

До выявления первичных клинических признаков миомы матки у женщин довольно часто (21±4%) отмечались конституциональная вегетативно-сосудистая неполноценность (мигрень, обморочные состояния, вестибулопатия, раннее или позднее начало менструаций и т.д.) и ряд обменно-эндокринных нарушений (патология жирового обмена по типу синдрома Иценко — Кушинга и смешанного ожирения или, напротив, склонность к похуданию; некоторое повышение функции симпатоадреналовой системы и щитовидной железы; изменение аппетита, жажда, расстройство либидо и др.); рассеянная микроочаговая симптоматика (анизокория, слабость конвергенции, экзофтальм, асимметрия носогубных складок, оживление сухожильных рефлексов, диффузная мышечная гипотония или дистония, тремор пальцев рук, век и т.д.).

Повышение артериального давления (первая группа больных) чаще выявлялось у больных с длительно существующей миомой значительных размеров и при наличии связанного с опухолью болевого синдрома. Есть основания рассматривать артериальную гипертензию при миоме матки как результат нарушений в нейроэндокринной системе, прежде всего в гипоталамусе — гипофизе. Синдром нарушения мочевого выделительных функций (вторая группа) был обусловлен главным образом механическим фактором и нейрогуморальными сдвигами [8].

У больных третьей группы синдром невралгии бедренно-полового нерва характеризовался болями в паховой области с иррадиацией в промежность, поясницу, верхнебедренный отдел бедра. Отмечались болезненность при пальпации точек медиальнее передней подвздошной ости и наружного отверстия пахового канала, нарушение чувствительности вдоль паупартовой связки, на половине лобка, в верхних 2/3 большой половой губы. При отведении и внутренней ротации бедра боли в паху усиливались.

У больных четвертой группы радикулалгический синдром проявлялся двусторонними или односторонними болями в пояснице, иррадирующими в крестец или ногу, парестезиями, ощущением жжения или онемения в этих областях. Боль характеризовалась больными как глубокая, нередко усиливающаяся при перемене положения тела, перед менструацией, по ночам. Во время гинекологического обследования женщины без посторонней помощи не могли лечь в кресло и с еще большим трудом поднимались с него, при стоянии опирались на носок больной ноги, перенося центр тяжести на здоровую. У этих больных наблюдались легкие расстройства чувствительности — гипестезия, гиперпатия или гиперестезия в нескольких (S2–S4) сегментах, часто двусторонние. Симптомы Ласега, Мацкевича, Вассермана были выражены слабо.

При изучении преморбида обследованных супругов были получены данные, представленные в табл. 1.

Как видим, у всех женщин и подавляющего большинства мужчин имелись акцентированные черты характера: у женщин чаще всего истерические, астено-невротические, нередко эпилептоидные, у их мужей — в большинстве случаев гипертимные, в ряде случаев эпилептоидные.

При изучении психического состояния у всех женщин, как следует из табл. 2, были выявлены те или иные невротические, аффективные или личностные расстройства.

Из представленных данных видно, что чаще всего у больных имели место демонстративное, ипохондрическое расстройство и дистимия. При этом отмечалась зависимость выявленных нарушений психического состояния женщин от их преморбидных особенностей. Так, при астено-невротическом преморбиде развивались неврастения и ипохондрический синдром, при истерическом — демонстративное расстройство личности и т.п.

У мужей больных женщин как личностная реакция на заболевание жены возникал легкий депрессивный эпизод, который мы выявили в $44 \pm 5\%$ случаев.

У наших пациенток с неврастением можно было с примерно одинаковой частотой выделить два ее типа, имеющих много общего. Первый из них характеризовался жалобами на повышенную утомляемость при умственной работе, неэффективность мышления и связанное с этим снижение работоспособности и продуктивности труда. При втором типе преобладали жалобы на физическую слабость и истощаемость, невозможность расслабиться. Помимо этого все больные испытывали головокружение, головные боли напряжения и чувство общей неустойчивости. У многих из них отмечались озабоченность в связи со своим состоянием, раздражительность, ангедония, иногда подавленное настроение и тревога. Нередко был нарушен сон.

Основным проявлением ипохондрического расстройства была озабоченность пациенток своим, по их мнению, тяжелым соматическим состоянием. Они искали и находили у себя признаки какого-либо тяжелого заболевания или заболеваний, что вызывало у них достаточно выраженную депрессию и тревогу. При

легком депрессивном эпизоде наблюдались неуверенность в себе и снижение самооценки, порицание себя и неадекватное чувство вины, понижение или повышение аппетита и соответствующее изменение массы тела. Однако, несмотря на испытываемый определенный дистресс, больные были в состоянии продолжать свою обычную деятельность.

Рекуррентное депрессивное расстройство характеризовалось повторяющимися приступами депрессии продолжительностью от нескольких недель до месяцев, которые не сменялись эпизодами приподнятого настроения и повышенной активности.

Дистимия у наших больных проявлялась постоянно сниженным настроением с признаками невротической или хронической тревожной депрессии. В дистимию включались депрессивный невроз и депрессивное расстройство личности. При этом соотношение между периодами легкой депрессии и относительно нормального состояния варьировало в широких пределах.

У больных с демонстративным расстройством личности наглядно проявлялись характерные для этого типа расстройства черты — поверхностность и лабильность эмоций, самодраматизация, театральность, преувеличенное внешнее выражение чувств, не соответствующее истинному их переживанию, эгоцентричность, внушаемость, стремление всегда быть объектом внимания, вызывать восхищение и одобрение и в то же время невнимание к другим. Основанием для постановки диагноза демонстративного расстройства личности служит тот факт, что указанные черты у наших обследованных сочетались с наличием общих критериев данной патологии.

В целом результаты психопатологического обследования больных женщин дают основание считать, что наличие миомы матки способствует заострению характерологических черт и формированию невротических, аффективных и личностных расстройств. И следует отметить при этом, что гинекологи, как правило, не уделяют внимания сопровождающим основное заболевание женщин нарушениям их психического состояния, которые усугубляют имеющиеся отклонения в сексуальной сфере, супружескую дезадаптацию и существенно ухудшают качество жизни больных.

По данным литературы, частота сексуальных расстройств при фибромиоме матки составляет от 10 до 67% [8], и имеются сведения, что они обуславливаются не только самим этим заболеванием и даже его оперативным лечением (удалением матки), но прежде всего патогенными социокультурными, психологическими и социально-психологическими факторами. Имеют значение в этом отношении уровень образования и сексуальной просвещенности больной и ее супруга, самооценка их доминантных мотиваций, черты и установки личности, религиозная принадлежность и т.п.

Половое влечение и возможность его удовлетворения является, как известно, врожденным инстинктом всего живого, отражая основной закон жизни — продолжение рода. Благодаря интеллекту, духовности человек смог превратить инстинкт размножения в вы-

Таблица 1

Преморбидные особенности характера супругов (данные в %)

Преморбидный характер	Группы обследованных				Всего, n = 100
	первая, n = 21	вторая, n = 27	третья, n = 40	четвертая, n = 12	
Астеноневротический	$\frac{33 \pm 10}{—}$	$\frac{30 \pm 9}{4 \pm 4}$	$\frac{28 \pm 7}{5 \pm 4}$	$\frac{8 \pm 8}{—}$	$\frac{27 \pm 5}{3 \pm 2}$
Психастенический	$\frac{5 \pm 5}{5 \pm 5}$	$\frac{—}{4 \pm 4}$	$\frac{—}{10 \pm 5}$	$\frac{8 \pm 8}{—}$	$\frac{2 \pm 2}{6 \pm 2}$
Истерический	$\frac{48 \pm 11}{5 \pm 5}$	$\frac{48 \pm 10}{—}$	$\frac{35 \pm 8}{—}$	$\frac{25 \pm 13}{8 \pm 8}$	$\frac{35 \pm 5}{2 \pm 2}$
Гипертимный	$\frac{5 \pm 5}{38 \pm 11}$	$\frac{4 \pm 4}{22 \pm 8}$	$\frac{5 \pm 4}{30 \pm 7}$	$\frac{—}{58 \pm 15}$	$\frac{4 \pm 2}{33 \pm 5}$
Эпилептоидный	$\frac{19 \pm 10}{28 \pm 10}$	$\frac{15 \pm 7}{33 \pm 9}$	$\frac{12 \pm 5}{20 \pm 6}$	$\frac{33 \pm 15}{8 \pm 8}$	$\frac{17 \pm 4}{24 \pm 4}$
Шизоидный	$\frac{—}{10 \pm 7}$	$\frac{4 \pm 4}{30 \pm 9}$	$\frac{20 \pm 6}{—}$	$\frac{25 \pm 13}{8 \pm 8}$	$\frac{12 \pm 3}{11 \pm 3}$
Уравновешенный	$\frac{—}{14 \pm 8}$	$\frac{—}{7 \pm 5}$	$\frac{—}{35 \pm 8}$	$\frac{—}{17 \pm 11}$	$\frac{—}{21 \pm 4}$

Примечание. В числителе — количество женщин, в знаменателе — мужчин. То же в последующих таблицах.

Таблица 2

Психическое состояние обследованных женщин (данные в %)

Выявленные расстройства	Группы обследованных				Всего, n = 100
	первая, n = 21	вторая, n = 27	третья, n = 40	четвертая, n = 12	
Неврастения, F48.0	10±7	7±5	12±5	8±8	10±3
Коитофобия, F40.2	10±7	11±6	2±2	17±7	8±4
Ипохондрическое расстройство, F45.2	28±10	30±9	55±8	8±8	37±5
Легкий депрессивный эпизод, F32.0	14±8	15±7	12±5	—	12±3
Рекуррентное депрессивное расстройство, F33.0	5±5	4±4	10±5	8±8	7±3
Дистимия, F34.1	14±8	7±5	5±4	8±8	8±3
Депрессивное расстройство личности, F34.1	15±5	—	—	8±8	2±2
Депрессивный невроз, F34.1	—	11±6	—	17±11	5±2
Демонстративное расстройство личности, F60.4	14±8	15±7	12±2	25±13	11±3

сокое чувство любви. Потребность в продолжении рода у человека отделена от потребности в сексуальном удовлетворении. Современный человек избавился от биологической заданности этой потребности, его сексуальность тесно связана не только с физиологическими, но и с социальными, психологическими, социокультурными факторами — этими важнейшими сферами общественной, семейной и личной жизни. Лишение человека возможностей любви и гармоничного секса, нарушение сексуального здоровья приводит к глубоким личным и социальным конфликтам, супружеской дезадаптации и очень часто — к распаду семьи.

Определение понятия сексуального здоровья чрезвычайно сложно. Оно должно включать не только психологические, физиологические, соматические факторы, но и целый ряд факторов среды, имеющих существенные особенности в разных странах и обще-

ствах, у разных народностей. На специальном совещании экспертов ВОЗ [9] была предложена и принята следующая формулировка сексуального здоровья человека: «Сексуальное здоровье представляет собой комплекс соматических, эмоциональных и сексуальных аспектов сексуального существования человека, положительно обогащающих личность, повышающих коммуникабельность человека и его способность к любви, в основе которого лежит право на информацию в области сексуальности и полового образования. Сексуальное здоровье включает в себя также свободу от страха, чувства стыда или вины, ошибочных представлений и иных психологических факторов, тормозящих сексуальную реакцию и нарушающих сексуальные отношения».

До последнего времени развитие сексологии — науки о сексуальном существовании человека — шло в основном по пути отдельного изучения этиологии,

Таблица 3

Характеристика половой конституции обследованных супругов (данные в %)

Тип половой конституции	Группы обследованных			
	первая, n = 21	вторая, n = 27	третья, n = 40	четвертая, n = 12
Слабый	$\frac{43 \pm 11}{14 \pm 8}$	$\frac{52 \pm 10}{15 \pm 7}$	$\frac{48 \pm 8}{8 \pm 4}$	$\frac{58 \pm 15}{33 \pm 5}$
Средний	$\frac{57 \pm 11}{52 \pm 11}$	$\frac{48 \pm 10}{52 \pm 10}$	$\frac{52 \pm 8}{65 \pm 8}$	$\frac{42 \pm 15}{50 \pm 15}$
Сильный	$\frac{—}{33 \pm 10}$	$\frac{—}{33 \pm 9}$	$\frac{—}{28 \pm 7}$	$\frac{—}{17 \pm 11}$

Таблица 4

Проявления нарушения сексуальной функции у обследованных супругов (данные в %)

Типы сексуального расстройства	Группы обследованных			
	первая, n = 21	вторая, n = 27	третья, n = 40	четвертая, n = 12
<i>У женщин</i>				
Снижение половой активности	72±10	100–4	58±8	8±8
Снижение процента оргастичности	57±11	100–4	100–2	100–11
Гиполибидемия	81±9	70±9	55±8	89±11
Отсутствие генитальных реакций (любрикации)	86±8	44±10	78±7	100–11
Аноргазмия	43±11	52±10	—	—
Хронический тазовый болевой синдром	10±7	26±9	100–2	100–11
Сексуальная аверсия	10±7	33±9	38±8	33±17
Отсутствие сексуального удовлетворения	100–5	100–4	100–2	100–11
<i>У мужчин</i>				
Потеря полового интереса	48±11	22±8	32±8	17±11
Преждевременная эякуляция	33±10	11±6	10±5	25±13
Отсутствие генитальных реакций (эрекции)	43±11	15±7	18±6	17±11
Отсутствие сексуального удовлетворения	62±11	37±10	35±8	33±15

Таблица 5

Нарушение компонентов и составляющих сексуального здоровья супругов по группам (данные в %)

Компоненты и составляющие сексуального здоровья	Группы обследованных			
	первая, n = 21	вторая, n = 27	третья, n = 40	четвертая, n = 12
<i>Социальный</i>				
<i>Составляющие:</i>				
социокультурная	62±11	63±10	55±8	42±15
информационно-оценочная	$\frac{72 \pm 10}{14 \pm 8}$	$\frac{70 \pm 9}{15 \pm 7}$	$\frac{68 \pm 8}{26 \pm 9}$	$\frac{75 \pm 13}{7 \pm 5}$
Психологический	$\frac{52 \pm 11}{86 \pm 8}$	$\frac{56 \pm 10}{78 \pm 8}$	$\frac{72 \pm 7}{78 \pm 7}$	$\frac{83 \pm 10}{75 \pm 13}$
Социально-психологический	62±11	33±9	78±7	90±8
<i>Биологический</i>				
<i>Составляющие:</i>				
нейрогуморальная	$\frac{100-5}{14 \pm 8}$	$\frac{100-4}{15 \pm 7}$	$\frac{100-2}{8 \pm 4}$	$\frac{100-8}{33 \pm 5}$
нейрорегуляторная	$\frac{100-5}{—}$	$\frac{100-4}{—}$	$\frac{100-2}{—}$	$\frac{100-8}{—}$
психическая	$\frac{100-5}{11 \pm 3}$	$\frac{100-4}{11 \pm 3}$	$\frac{100-2}{18 \pm 6}$	$\frac{100-8}{4 \pm 2}$
генитальная	$\frac{100-5}{14 \pm 8}$	$\frac{100-4}{10 \pm 7}$	$\frac{100-2}{28 \pm 7}$	$\frac{100-8}{10 \pm 7}$

патогенеза, клиники и проявлений половых функций у мужчин и женщин. Вместе с тем, поскольку половая функция является парной, она зависит не только от состояния гормональной системы каждого из супругов, но и от их взаимной психологической адаптации и эмоционального настроя. Поэтому и изучение любых сексуальных нарушений и их коррекция могут быть результативными только при проведении в паре.

Проведенное нами исследование сексуального здоровья находившихся под наблюдением супружеских пар позволило получить следующие результаты.

Как показало специальное обследование, данные которого представлены в табл. 3, половина женщин, страдающих миомой матки, принадлежала к слабому, а половина — к среднему типу половой конституции. Сильного ее типа не было ни у кого из женщин, тогда как среди мужчин слабая конституция отмечалась сравнительно редко, а у значительного числа обследованных была сильная половая конституция. Несответствие половой конституции в паре само по себе служило существенным дисгармонирующим фактором.

Результаты изучения клинических проявлений сексуальной дисфункции у наших пациенток и их мужей иллюстрируются данными табл. 4.

Из данных табл. 4 следует, что у женщин среди клинических проявлений сексуального расстройства самым частым было снижение процента оргастичности; у большинства отмечалось также снижение либидо и lubricации; более чем у половины наблюдались хронический болевой синдром и снижение половой активности. Значительное число больных, особенно

во второй — четвертой группах, испытывали сексуальную аверсию и все обследованные — психосексуальную неудовлетворенность.

Среди мужчин сексуальные нарушения встречались значительно реже и во всех случаях имели относительный характер, причем были обусловлены либо убежденностью в сексуальной несостоятельности жены в связи с ее болезнью ($24\pm 4\%$), либо вынужденным половым воздержанием ($17\pm 4\%$).

Обследование супругов методом системно-структурного анализа сексуального здоровья (табл. 5) позволило установить, что у всех супружеских пар имелось сочетанное нарушение всех его компонентов и составляющих. При этом непосредственной причиной расстройства сексуального здоровья стало стержневое поражение биологического компонента у женщин: генитальной его составляющей вследствие наличия миомы матки, которая сопряжена с расстройством нейрогуморальной и нервной регуляции половой функции, и психической составляющей вследствие невротического расстройства или расстройства личности. Нарушение остальных компонентов сексуального здоровья способствовало формированию супружеской дезадаптации и усугубляло ее.

Таким образом, результаты проведенных исследований позволяют заключить, что нарушение сексуального здоровья женщин с миомой матки обусловливается не только этой патологией и связанными с ней нарушениями внутренних гениталий, но и зависит от половой конституции, психического состояния больных и их межличностных отношений с супругом.

Л и т е р а т у р а

1. *Жерновая Я.С.* Особливості порушень репродуктивного і сексуального здоров'я жінок при ендокринній неплідності (клініка, інтегративна оцінка та система корекції): Автореф. дис. ... д-ра мед. наук.— К., 1995.— 39 с.
2. *Жерновая Я.С.* Особливості сексуального здоров'я жінок після хірургічної менопаузи // *Нова мед.*— 2002.— № 5.— С. 45–47.
3. *Здравомыслов В.И., Анисимова З.Л., Либих С.С.* Функциональная женская сексопатология.— Алма-Ата: Казахстан, 1985.— 272 с.
4. *Семенюк Л.Л.* Порушення сексуального здоров'я жінок репродуктивного віку після хірургічної менопаузи // *Зб. наук. праць Асоц. акушерів-гінекологів України.*— К.: Фенікс, 2001.— С. 564–565.
5. *Кришталь В.В., Григорян С.Р.* Сексология.— М.: Per Se, 2002.— 879 с.
6. *Ботнева И.Л.* Шкала векторного определения половой конституции женщин // *Частная сексопатология* / Под ред. Г.С. Васильченко.— М.: Медицина, 1983.— Т. 1.— С. 75–78.
7. *Васильченко Г.С.* Шкала векторного определения половой конституции мужчин // *Сексопатология: Справочник.*— М.: Медицина, 1990.— С. 67–77.
8. *Мартынов Ю.С., Водопьянов Н.П., Васильченко Г.С.* Нервная система при заболеваниях органов малого таза женщин.— М.: Изд-во Ун-та дружбы народов, 1989.— 95 с.
9. Санитарное просвещение и лечебная работа в области сексологии, подготовки профессиональных кадров // *Здравоохранение. Сер. Техн. докл.*— Женева: ВОЗ, 1977.— № 572.— 38 с.

Поступила 18.04.2005

THE ROLE OF NEUROLOGICAL PATHOLOGY AND PERSONALITY FEATURES IN SEXUAL HEALTH DISORDERS IN PATIENTS WITH UTERINE MYOMA

V.V. Sviridova

S u m m a r y

Various (somatic, psychopathological, social-psychological) factors responsible for sexual health disorders in patients with uterine myoma and neurological pathology are discussed.