

Сексуальные дисфункции у мужчин, больных инфекциями, передаваемыми половым путем

М.Р. Рахматулина¹, О.Ф. Филон²

¹ ФГБУ «Государственный научный центр дерматовенерологии и косметологии» Минздрава России 107076, Москва, ул. Короленко, д. 3, стр. 6

² Поликлиника «Культурного центра Вооруженных Сил Российской Федерации» 129110, Москва, Суворовская площадь, д. 2/4

Представлены результаты клинко-лабораторного и сексологического обследования пациентов с инфекциями, передаваемыми половым путем (ИППП), и сексуальными дисфункциями.

Цель. Изучение клинических особенностей и факторов риска развития сексуальных дисфункций у мужчин, больных ИППП.

Материал и методы. Обследованы 106 мужчин, больных ИППП, которые были разделены на основную (пациенты с сексуальными дисфункциями) и контрольную (пациенты, не имеющие сексуальных дисфункций) группы. Всем пациентам было проведено клиническое, лабораторное (идентификация возбудителей ИППП и условно-патогенных микроорганизмов) и инструментальное (трансректальное ультразвуковое исследование предстательной железы) обследование.

Сексологическое исследование проводилось с использованием квантификационной шкалы СФМ и опросника В.Б. Столина, Т.Л. Романова, Г.Т. Бутенко «Удовлетворенность браком», оценка половой конституции — с использованием «Шкалы векторного определения половой конституции мужчины».

Результаты. Показано, что сексуальные дисфункции могут развиваться как у мужчин, больных ИППП, так и у мужчин с заболеваниями мочеполовой системы, вызванными условно-патогенной микрофлорой. Установлено достоверное различие в структуре сексуальной патологии у обследованных пациентов: преобладание изолированных расстройств сексуальной функции у пациентов, впервые предъявлявших жалобы на сексуальные дисфункции, и сочетанных расстройств — у пациентов, имевших в анамнезе сексуальные дисфункции. Продемонстрировано, что основными причинами развития сексуальных нарушений у больных ИППП являются нейрогуморальный преморбид (слабая и ослабленный вариант половой конституции) и дисгармоничные отношения между сексуальными партнерами.

Заключение. Установленные причины и особенности возникновения сексуальных нарушений у больных ИППП необходимо учитывать при обследовании пациентов в целях ранней диагностики и профилактики данных расстройств и своевременного направления больных к врачу-сексологу и/или психотерапевту.

Ключевые слова: инфекции, передаваемые половым путем, сексуальные дисфункции, половая конституция, семейно-сексуальные дисгамии.

Sexual dysfunctions in men suffering from sexually transmitted infections

M.R. Rakhmatullina¹, O.F. Filon²

¹ State Research Center of Dermatovenereology and Cosmetology, Ministry of Health Care of the Russian Federation

Korolenko str. 3, bldg 6, 107076, Moscow, Russia

² Polyclinic of the Culture Center of Armed Forces of the Russian Federation

Suvorov Square bldg 2/4, 129110, Moscow, Russia

The authors present the results of a clinical, laboratory and sex study of patients suffering from sexually transmitted diseases (STD) and sexual dysfunctions.

Goal. To study clinical features and risk factors related to the development of sexual dysfunctions in men suffering from STDs.

Materials and methods. The study involved 106 men suffering from STDs, who were subdivided into the principal (patients with sexual dysfunctions) and control (patients without any sexual dysfunctions) groups. All of the subjects underwent clinical, laboratory (identification of pathogens causing STDs as well as opportunistic microorganisms) and instrumental (transrectal ultrasonic examination of the prostate) examinations.

The sex study was conducted using the male sexual formula (MSF) quantification scale and Marriage Satisfaction questionnaire prepared by V.B. Stolin, T.L. Romanov and G.T. Butenko; sex constitution was assessed by using the Vector Scale for Determining the Male Sex Constitution.

Results. The study revealed that both men suffering from STDs and men suffering from urogenital diseases caused by opportunistic microbial flora can develop sexual dysfunctions. A reliable difference in the structure of sexual pathologies in the subjects was established: predomination of isolated sexual dysfunctions in primary patients with sexual dysfunctions and prevalence of concomitant disorders in patients with sexual dysfunctions in the past medical history. Neurohumoral premorbidity (weak and weakened sex constitution) and disharmonious relations between sex partners were proved to be the key reasons of sexual disorders in patients with STDs.

Conclusion. The established reasons and particular features of sexual disorders in patients with STDs need to be taken into consideration when examining patients for the purposes of early diagnostics and prevention of these disorders as well as for referring the patients to sexologist and/or psychotherapist on a timely basis.

Key words: sexually transmitted diseases, sexual dysfunctions, sex constitution, sexual disharmony in families.

Corresponding author: rahmatullina@cnikvi.ru. Vestnik Dermatologii i Venerologii 2013; 2: 33—41.

■ Широкое распространение инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), является сложной медико-социальной проблемой современности, обусловленной рядом социально-экономических факторов, а также изменением стереотипов и норм поведения. ИППП и их осложнения могут оказывать влияние как на соматическое, так и на психическое здоровье человека, способствовать возникновению социально-психологической дезадаптации и приводить к семейно-сексуальной дисгармонии [1, 2].

Исследователи подчеркивают, что для лиц, страдающих ИППП, характерен ряд психических черт, определяющих особую склонность к многочисленным случайным сексуальным связям и отсутствию контроля над половым влечением, что способствует высокому риску заражения. В зарубежных исследованиях указывается, что 20—30% пациентов, посещающих венерологические клиники, страдают психическими расстройствами независимо от того, диагностировано у них ИППП или нет. Установлено, что более 20% мужчин, посещающих такие клиники, испытывают сексуальную дисфункцию, и большинство из них хотели бы в дальнейшем получать помощь в решении именно этой проблемы [3, 4].

У многих пациентов даже после излечения от ИППП длительное время сохраняется страх перед сексуальными контактами, возможным повторным заражением, при этом они стараются ограничить количество контактов (коитофобия, венерофобия). При совокупном воздействии ряда неблагоприятных факторов психогенная реакция на заражение может приобретать столь выраженный характер, что ее купирование представляет собой не менее важную задачу, чем лечение самого воспалительного процесса, вызванного ИППП [5, 6].

В настоящее время большинство научных работ, посвященных терапии и реабилитации сексуальных дисфункций, акцентированы на лечении хронического простатита и других осложнений ИППП как основной причины развития патологии [7—9]. При этом авторами не всегда учитываются психогенные причины сексуальных расстройств, особенности личностей, уровень их половой конституции, наличие семейно-сексуальных дисгамий.

Целью настоящего исследования явилось изучение клинических особенностей и факторов риска развития сексуальных дисфункций у мужчин, страдающих ИППП.

Материал и методы

В исследование включены 106 мужчин, больных ИППП, которые были разделены на основную — 80 (75,5%) и контрольную — 26 (24,5%) группы. Критерием включения в основную группу являлось наличие у больных ИППП жалоб на сексуальные расстройства. Пациенты контрольной группы жалоб на сексуальные расстройства не предъявляли.

Пациенты основной группы были разделены на две подгруппы: 1-я подгруппа — пациенты с ИППП, имевшие сексуальные дисфункции в анамнезе, — 48 (60,0%), 2-я подгруппа — пациенты с ИППП, у которых впервые появились жалобы на сексуальные расстройства, — 32 (40%).

Средний возраст пациентов составил $31,6 \pm 5,7$ года.

Всем пациентам было проведено клиническое обследование, включавшее в себя оценку субъективных и объективных проявлений заболеваний мочеполовой системы, данных урологического, сексологического анамнеза, анамнеза жизни.

При лабораторном исследовании клинического материала, полученного из уретры, осуществляли идентификацию *N. gonorrhoeae* и *T. vaginalis* (микроскопическим и бактериологическим методами), *C. trachomatis*, *M. genitalium* и вирусов простого герпеса 1-го и 2-го типов (методом полимеразной цепной реакции), *U. urealyticum*, *M. hominis* и других условно-патогенных микроорганизмов (бактериологическим методом с количественным определением). Исследование на ВИЧ, сифилис, гепатиты В и С проводилось методом иммуноферментного анализа.

Всем пациентам проводилось инструментальное обследование — трансректальное ультразвуковое исследование предстательной железы (ТРУЗИ).

Сексологическое исследование проводилось с использованием квантификационной шкалы СФМ и опросника В.Б. Столина, Т.Л. Романова, Г.Т. Бутенко «Удовлетворенность браком», оценка половой конституции — с использованием «Шкалы векторного определения половой конституции мужчины».

Результаты исследования

При изучении жалоб пациентов было установлено, что причиной обращения за медицинской помощью послужило наличие как симптомов уrogenитальных инфекций, так и сексуальных дисфункций. У 26 (32,5%) пациентов основной группы единственной жалобой являлось нарушение сексуальной функции, которую они связывали с возможным заражением ИППП или их осложнениями. Сочетание субъективных симптомов воспалительного процесса уrogenитального тракта и сексуальных дисфункций наблюдалось у 54 (67,5%) пациентов. Необходимо отметить, что у 20 (25%) пациентов основной группы только после опроса и проведения стандартной методики оценки сексуальной деятельности мужчины (шкала СФМ) были установлены нарушения сексуальных функций.

При оценке субъективных проявлений заболеваний установлено, что пациенты 1-й подгруппы предъявляли жалобы на тянущие боли в области промежности, иррадиирующие в поясничную область, мошонку, прямую кишку, половой член — 32 (66,7%), чувство дискомфорта в уретре — 18 (37,5%), покраснение в

области половых органов, налет и зуд на головке полового члена — 16 (33,3%). Пациенты 2-й подгруппы и контрольной группы предъявляли жалобы на выделения из уретры (слизистого, слизисто-гнойного характера), рези и боль при мочеиспускании, тянущие боли в промежности, часто усиливающиеся при эякуляции. Среди жалоб, характеризующих сексуальную патологию у пациентов 1-й подгруппы, достоверно чаще отмечалось снижение либидо — у 12 (25%) обследуемых ($p \leq 0,05$), а также наличие сочетанных сексологических симптомов (табл. 1).

Основываясь на разработанной в НИИ урологии МЗ РФ шкале оценки клинических симптомов, была проведена объективизация субъективных проявлений у обследованных пациентов. Установлено, что наибольшая выраженность клинической симптоматики воспалительных заболеваний регистрировалась у больных 2-й подгруппы ($7,4 \pm 0,3$) и контрольной ($7,0 \pm 0,4$) группы. При этом в 1-й и 2-й подгруппах у 19 (39,6%) и 7 (21,9%) обследованных соответственно предъявляемые жалобы были преувеличены, их проявление и выраженность зависели от психического состояния больного (непродолжительны, изменчивы, меняли локализацию и сочетались с вегетативными и псевдоневрологическими проявлениями). При дальнейшем обследовании было установлено, что симптомы воспалительного процесса урогенитального тракта у пациентов 1-й подгруппы не всегда совпадали с предъявляемыми жалобами — дизурические расстройства, патологические выделения из уретры и боли в области малого таза и мошонки у 16 (33,3%) пациентов не соответствовали выраженности воспа-

лительного процесса при клиническом, лабораторном и ультразвуковом исследованиях ($p \leq 0,05$).

При физикальном осмотре установлено, что у всех пациентов воспалительный процесс сопровождался гиперемией половых органов различной степени выраженности. Наиболее часто данная симптоматика наблюдалась у пациентов 2-й подгруппы — у 14 (43,7%) и контрольной группы — у 11 (42,3%). Уретральные выделения имели слизистый характер у 8 (16,6%) пациентов 1-й подгруппы, у 4 (12,5%) пациентов 2-й подгруппы и у 6 (23,1%) пациентов контрольной группы; слизисто-гнойный характер — у 4 (8,3%), 6 (18,7%) и 7 (26,9%) пациентов соответственно. Гнойные выделения наблюдались только у пациентов 2-й подгруппы — у 4 (12,5%) и контрольной группы — у 3 (11,5%).

При осмотре органов мошонки у 14 (17,5%) пациентов основной группы и у 5 (19,2%) пациентов контрольной группы отмечались отечность, гиперемия, отсутствие складчатости кожи, увеличение размеров, малоподвижность яичка и его придатка, болезненность при пальпации, при этом чаще поражение было одностороннее.

При пальпаторном исследовании предстательной железы у пациентов всех групп были выявлены изменения — от незначительной болезненности и небольшого уплотнения железы до увеличения ее размера, выраженной болезненности, изменения ее конфигурации и консистенции.

При лабораторном исследовании клинического материала, полученного от пациентов основной и контрольной групп, были выявлены как возбудители ИППП, так и условно-патогенные микроорганизмы,

Таблица 1 Структура субъективных симптомов у обследованных пациентов

Клинические симптомы	Основная группа				Контрольная группа (n = 26)	
	1-я подгруппа (n = 48)		2-я подгруппа (n = 32)		абс.	%
	абс.	%	абс.	%		
Дизурия*	6	12,5	12	37,5	11	42,3
Боли в области малого таза	32	66,7	10	31,2	8	30,8
Чувство дискомфорта, выделения из уретры	18	37,5	9	28,1	8	30,8
Гиперемия половых органов	16	33,3	5	15,6	4	15,4
Отсутствие симптомов	14	29,2	12	37,5	6	23,1
Сексуальный симптомокомплекс						
Снижение либидо*	12	25,0	3	9,4	0	
Ослабление адекватной, спонтанной эрекции	42	87,5	25	78,1	0	
Нарушение эякуляции (преждевременная, задержанная)	24	50,0	16	50,0	0	
Притупление оргазма	26	54,2	18	56,2	0	

Примечание. Здесь и в табл. 2, 4, 5: * $p < 0,05$.

при этом частота выявления инфекционных агентов у пациентов основной и контрольной групп не имела достоверного различия (табл. 2). Это позволило нам при дальнейшем изучении более четко понять причины формирования сексуальных расстройств у обследованных пациентов. Среди моноинфекций наиболее часто выявлялась *C. trachomatis* (у 27,5% в основной и у 30,8% пациентов в контрольной группе). Также у пациентов основной и контрольной групп были идентифицированы: *N. gonorrhoeae* (у 11,3 и у 15,4% соответственно), *T. vaginalis* (у 7,5 и 11,5% соответственно), *M. genitalium* (у 20,0 и 23,1% соответственно), *M. hominis* (у 27,5 и 26,9% соответственно), *U. urealyticum* (у 33,7 и 34,6% соответственно), *G. vaginalis* (у 11,2 и 11,5% соответственно), *Candida albicans* (у 16,2 и 15,4% соответственно), которые также выявлялись в равной степени одинаково часто у пациентов обеих групп ($p > 0,05$). У 1/3 больных наблюдались ассоциации патогенных возбудителей в сочетании с условно-патогенными микроорганизмами.

При сопоставлении результатов лабораторных исследований клинического материала у пациентов 1-й и 2-й подгрупп наблюдалось различие в частоте выявления возбудителей ИППП и условно-патогенных микроорганизмов. Так, наиболее часто гонококковая (21,8%), трихомонадная (15,6%) и хламидийная (43,7%) инфекции обнаруживались у пациентов 2-й подгруппы ($p < 0,05$) как в виде моноинфекций, так и в ассоциации с другими условно-патогенными микроорганизмами. В 1-й подгруппе, напротив, чаще выявлялись условно-патогенные микроорганизмы: *M. hominis* (35,4%), *U. urealyticum* (43,7%), *G. vaginalis* (12,5%), *C. albicans* (20,8%) ($p < 0,05$), которые в 20,8% случаев были ассоциированы с другими возбудителями ИППП.

При инструментальном обследовании (ТРУЗИ) у 43 (53,7%) пациентов основной группы (в 1-й подгруппе — у 32 (66,7%) пациентов, во 2-й подгруппе — у 18 (56,2%) пациентов) и у 16 (61,5%) пациентов контрольной группы наблюдалась эхографическая картина хронического простатита (неоднородная структура, мелкосотовый рисунок паренхимы железы, очаги фиброза, кальцинаты, участки сниженной эхогенности и т. д.). Наиболее часто застойные явления в предстательной железе отмечались у больных 1-й подгруппы и характеризовались появлением «мелкосотового» рисунка, выраженность которого зависела от степени застойных явлений. Признаками застойных явлений были также расширенные вены перипростатического сплетения, увеличение размера семенных пузырьков и признаки везикулита: в 1-й подгруппе — у 14 (29,1%) пациентов, во 2-й подгруппе — у 9 (28,1%) пациентов, в контрольной группе — у 5 (19,2%) пациентов. Изменения эхоструктуры и увеличение размеров придатка яичка, чаще асимметричное, наблюдалось у 7 (14,6%) пациентов 1-й подгруппы, у 7 (21,8%) пациентов 2-й подгруппы и у 5 (19,2%) пациентов контрольной группы.

Выделение ведущей сексологической симптоматики основывалось не только на жалобах пациента, которые иногда были сочетанными, но и на результатах комплексного обследования больных. При первичном обращении пациентов с ИППП проводился анализ заполненного ими опросника «Сексуальная формула мужчины» (СФМ), что позволило выявить типовые профили мужской сексуальной формулы для каждой клинической группы. В табл. 3 представлены средние арифметические показатели, характеризующие ча-

Таблица 2

Результаты лабораторных исследований клинического материала, полученного от пациентов основной и контрольной групп

Возбудитель ИППП	Основная группа				Контрольная группа (n = 26)	
	1-я подгруппа (n = 48)		2-я подгруппа (n = 32)		абс.	%
	абс.	%	абс.	%		
<i>N. gonorrhoeae</i>	2	4,2	7	21,8*	4	15,4
<i>T. vaginalis</i>	1	2,08	5	15,6*	3	11,5
<i>C. trachomatis</i>	8	16,7	14	43,7*	8	30,8
<i>M. genitalium</i>	7	14,6	9	28,1	6	23,1
<i>U. urealyticum</i>	21	43,7*	6	18,7	9	34,6
<i>M. hominis</i>	17	35,4*	5	15,6	7	26,9
<i>G. vaginalis</i>	6	12,5	3	9,4	3	11,5
<i>Candida albicans</i>	10	20,8*	3	9,4	4	15,4

Таблица 3 Типовой профиль СФМ в исследуемых группах

Показатель сексуальной деятельности	Показатель СФМ		
	Основная группа		Контрольная группа
	1-я подгруппа	2-я подгруппа	
I. Потребность в половых контактах	2,0 ± 0,35	2,6 ± 0,33	3,5 ± 0,45
II. Настроение перед актом	1,8 ± 0,43	1,7 ± 0,20	2,4 ± 0,56
III. Половая предприимчивость	2,0 ± 0,54	2,4 ± 0,25	3,0 ± 0,65
IV. Частота осуществления полового акта	2,3 ± 0,24	2,0 ± 0,32	3,5 ± 0,3
V. Эрекция	2,3 ± 0,46	2,0 ± 0,38	3,6 ± 0,44
VI. Длительность полового контакта	2,5 ± 1,4	2,0 ± 0,43	3,3 ± 0,35
VII. Частота семяизвержения	2,0 ± 0,34	2,4 ± 0,23	3,3 ± 0,22
VIII. Настроение после полового акта (или неудавшейся попытки)	1,9 ± 0,53	2,0 ± 0,18	3,5 ± 0,24
IX. Оценка успешности половой жизни	1,7 ± 0,52	2,0 ± 0,82	3,4 ± 0,23
X. Длительность полового расстройства	0,8 ± 0,22	1,4 ± 0,24	3,9 ± 0,45

стоту и глубину нарушений различных показателей сексуальной функции у обследованных пациентов.

Согласно полученным данным, профиль СФМ в 1-й подгруппе пациентов характеризовался наименьшими суммарными показателями в первой и третьей триаде, причем из шести показателей этих триад были установлены низкие результаты по I (нейрогуморальная составляющая), II (психическая составляющая), III (интегративное взаимодействие I и II показателей, переходящее в сексуальную активность), а также VIII (субъективная оценка обследуемого успешности коитуса), IX (оценка половой жизни их сексуальным партнером) и X (длительность полового расстройства), которые свидетельствуют о наличии у пациентов расстройства либидо (нейрогуморальной готовности), нарушения в психической сфере и сексуальной дисгармонии в паре.

Во 2-й подгруппе в наибольшей степени были снижены: показатель II первой триады (психическая составляющая), показатели IV—VI второй триады, отражающие объективные параметры реализации полового акта, общую результативность, качество эрекции и наступление эякуляции; а также показатели третьей триады (VIII и IX). Указанные особенности свидетельствуют о наличии у пациентов этой подгруппы преимущественно эректильных дисфункций, реже нарушений эякуляции, а также невысоком мнении о своих сексуальных возможностях и серьезных проблемах во взаимоотношениях с половым партнером. Совокупность данных факторов способствовала формированию у них невротических реакций и расстройств.

Пациентам контрольной группы также проводилось тестирование по шкале СФМ, при анализе результатов которого прослеживалось лишь некоторое

снижение психической составляющей (II), связанное с психотравмирующим диагнозом ИППП, вынужденным при этом сексуальным воздержанием (III) и длительным лечением. Средний суммарный показатель по квантификационной шкале СФМ в контрольной группе составил $33,4 \pm 0,2$ и значительно превышал показатели в 1-й ($19,6 \pm 0,2$) и 2-й подгруппах ($20,5 \pm 0,3$) ($p \leq 0,05$). Высокие показатели у пациентов контрольной группы характеризуют их сильную половую конституцию и высокую сексуальную активность, гармоничные отношения в паре.

В процессе обследования пациентов нами также была проанализирована общая структура выявленных сексуальных нарушений, представленная в табл. 4. Полученные результаты наглядно продемонстрировали структуру сексуальной патологии и сравнительную характеристику расстройств каждого из параметров сексуальной активности в исследуемых основных группах. Так, в 1-й подгруппе преобладали пациенты с сочетанными расстройствами — 29 (60,4%) ($p \leq 0,05$). Преобладание сочетанных расстройств в данной подгруппе больных ($p \leq 0,05$) свидетельствует не только о более длительном нарушении сексуальной функции под влиянием соматогенных факторов (ИППП в анамнезе, хронический простатит и т. д.), но и о наличии продолжительных внутри- и межличностных конфликтов, семейно-сексуальных дисгармоний.

Сексуальные дисфункции у мужчин 2-й подгруппы проявлялись преимущественно изолированными расстройствами эрекции у 15 (46,9%) пациентов и сочетанными расстройствами эрекции и эякуляции у 8 (25,0%) больных. Значительно реже — у 2 (6,3%) пациентов наблюдались сочетанные расстройства эрекции, эякуляции с ослаблением либидо, при этом

Таблица 4 Сексуальные расстройства у пациентов основной группы

Сексуальное расстройство	1-я подгруппа (n = 48)		2-я подгруппа (n = 32)		Всего (n = 80)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Расстройство эрекции	16	33,3	15	46,9	31	38,7
Расстройство эякуляции*	3	6,3	7	21,8	10	12,5
Сочетанные расстройства эрекции, эякуляции	13	27,1	8	25,0	21	26,3
Сочетанные расстройства эрекции, эякуляции с ослаблением либидо*	16	33,3	2	6,3	18	22,5

частота изолированных расстройств эякуляции — у 7 (21,8%) превосходила ($p \leq 0,05$) таковую у пациентов 1-й подгруппы — у 3 (6,3%). Необходимо отметить, что в качестве стержневой сексуальной патологии среди пациентов обеих групп выступали расстройства эрекции. Это объясняется наиболее высокой подверженностью эректильной функции отрицательному воздействию различных ситуационных психотравмирующих факторов.

Анализ зависимости специфики сексуальных дисфункций от длительности воспалительного процесса наиболее достоверно нам удалось проследить в обеих группах. Наиболее часто (в 1-й подгруппе у 75% пациентов, во 2-й подгруппе у 65,4% пациентов; $p < 0,05$) сексуальные нарушения наблюдались при хроническом процессе (более 2 мес.). При этом изолированные расстройства эякуляции чаще наблюдались в период до 2 мес. во 2-й подгруппе (18,7%), тогда как в 1-й подгруппе расстройства эякуляции были в виде изолированной формы и в сочетании с расстройством эрекции, ослаблением либидо (10,4%; $p < 0,05$). Наличие сочетанного расстройства эрекции, эякуляции и либидо у пациентов 1-й подгруппы связано с тем, что в анамнезе до начала возникшего заражения ИППП имели место как единичные сексуальные неудачи, так и стойкие сексуальные нарушения (при длительности воспалительного процесса до 2 мес.). Во 2-й подгруппе сочетанные сексуальные расстройства чаще отмечались в более поздний период, при хронизации воспалительного процесса (более 2 мес. у 31,2% больных). Преобладание расстройств эрекции на всех этапах воспалительного процесса, независимо от остроты воспалительного процесса и наличия возможных структурных изменений в урогенитальных органах, было прежде всего обусловлено реакцией на диагноз, факт заражения ИППП, сексуальной дезактуализацией и дезадаптацией семейно-сексуальных отношений.

Также в процессе исследования для понимания причин формирования сексуальных дисфункций был проанализирован уровень половой конституции обследованных пациентов. При делении обследуемых пациентов обеих групп по принадлежности к той или

иной половой конституции учитывались: возраст пробуждения сексуального либидо, возраст первой эякуляции, телосложение (трохантерный индекс), степень оволосения лобка, максимальный эксцесс, возраст и время вхождения в полосу УФР после женитьбы. В результате проведенного обследования половая конституция характеризовалась по генотипическому индексу (K_r), по конституционально модулированному индексу половой активности (K_a), фенотипическому индексу (K_Φ), а также соотношением индексов K_a/K_r .

В ходе интегральной оценки половой конституции при помощи «Шкалы векторного определения половой конституции мужчины» у 9 (18,8%) пациентов 1-й подгруппы была установлена слабая половая конституция ($K_\Phi = 2,57 \pm 0,2$; $K_r = 2,88 \pm 0,2$; $K_a = 2,5 \pm 0,3$; $K_a/K_r = 0,87$), у 25 (52,1%) — ослабленный вариант средней половой конституции ($K_\Phi = 3,43 \pm 0,3$; $K_r = 3,75 \pm 0,4$; $K_a = 3,0 \pm 0,5$; $K_a/K_r = 0,8$), у 13 (27,0%) — средний вариант средней половой конституции ($K_\Phi = 4,83 \pm 0,4$; $K_r = 5,25 \pm 0,5$; $K_a = 4,5 \pm 0,9$; $K_a/K_r = 0,86$), у 1 (2,1%) — сильный вариант средней половой конституции ($K_\Phi = 6,29$; $K_r = 6,67$; $K_a = 5,58$; $K_a/K_r = 0,84$).

Половая конституция пациентов 2-й подгруппы была также слабой у 4 (12,5%) обследуемых ($K_\Phi = 2,67 \pm 0,5$; $K_r = 2,75 \pm 0,4$; $K_a = 2,89 \pm 0,3$; $K_a/K_r = 1,1$), у 16 (50,0%) пациентов определялся ослабленный вариант средней половой конституции ($K_\Phi = 3,74 \pm 0,5$; $K_r = 3,79 \pm 0,4$; $K_a = 3,67 \pm 0,5$; $K_a/K_r = 1,0$), у 11 (34,4%) — средний вариант средней половой конституции ($K_\Phi = 4,36 \pm 0,7$; $K_r = 4,63 \pm 0,5$; $K_a = 4,0 \pm 0,9$; $K_a/K_r = 0,9$), у 1 (3,1%) — сильный вариант средней половой конституции ($K_\Phi = 5,23$; $K_r = 5,55$; $K_a = 4,7$; $K_a/K_r = 0,84$).

Рассматривая уровень половой конституции пациентов контрольной группы, мы наглядно убедились в низкой вероятности возникновения сексуальных дисфункций. Так, сильная половая конституция наблюдалась у 6 (23,1%) пациентов ($K_\Phi = 6,82 \pm 0,5$; $K_r = 6,7 \pm 0,3$; $K_a = 6,93 \pm 0,2$; $K_a/K_r = 1,03 \pm 0,5$) ($p \leq 0,05$), сильный вариант средней половой конституции — у 10 (38,6%) ($K_\Phi = 6,0 \pm 0,5$; $K_r = 5,8 \pm 0,3$; $K_a = 6,22 \pm 0,3$; $K_a/K_r = 1,07$) ($p \leq 0,05$), средняя половая конституция —

у 8 (30,8%) пациентов ($K_{\phi} = 5,23 \pm 0,2$; $K_r = 4,7 \pm 0,3$; $K_a = 5,8 \pm 0,2$; $K_a/K_r = 1,2 \pm 0,2$) и ослабленный вариант средней половой конституции — у 2 (7,6%) пациентов ($K_{\phi} = 4,43 \pm 0,2$; $K_r = 4,1 \pm 0,3$; $K_a = 4,8 \pm 0,2$; $K_a/K_r = 1,2 \pm 0,2$). При сопоставлении K_a и K_r (K_a/K_r) отмечалась высокая сексуальная активность, иногда несколько превышающая их исходный нейрогуморальный уровень, что служит косвенным признаком семейно-сексуальных гармоничных отношений пациентов данной группы с половыми партнерами.

Дополнительно нами рассматривались супружеские взаимоотношения (взаимоотношения сексуальных партнеров, находящихся в «гражданском» браке), которые исследовались по опроснику В.Б. Столина, Т.Л. Романова, Г.Т. Бутенко «Удовлетворенность браком» (табл. 5). Согласно данным табл. 5, наиболее гармоничные отношения между сексуальными партнерами наблюдались у пациентов контрольной группы — «значительная удовлетворенность» (73,0%) ($p \leq 0,05$), а дисгармоничные — в 1-й подгруппе — «значительная неудовлетворенность» (19,2%) ($p \leq 0,05$).

Обсуждение результатов

По данным современных исследований, хронические воспалительные заболевания мочеполовой системы неизбежно приводят к нарушению сексуальной функции в определенный период заболевания у всех больных, однако за счет компенсаторных механизмов это нарушение долгое время может не проявляться.

В результате проведенных исследований (клинических, лабораторных, инструментальных) установлено, что воспалительные заболевания мочеполовой системы у обследованных пациентов наиболее часто протекали в форме уретропростатита (у 66,7% пациентов 1-й подгруппы, у 56,2% пациентов 2-й подгруппы, у 61,5% пациентов контрольной группы). При этом обращало на себя внимание, что не только инфицирование ИППП, но и наличие заболеваний, вызванных условно-патогенной микрофлорой, а также отсутствие

выраженных структурных изменений в урогенитальных органах приводило к формированию сексуальных дисфункций у пациентов основной группы. Также установлено, что под влиянием психотравмирующих событий психогенные реакции на момент обследования носили столь выраженный характер, что предъявляемые жалобы часто имели гипернозогнозический вариант (гипертрофированная оценка состояния и возможных последствий, ипохондрические, тревожное опасения, страхи с выраженной вегетативной симптоматикой). Немаловажную роль в формировании данного варианта имели психологические и характерологические особенности пациентов, что необходимо учитывать при обследовании пациентов с сексуальными дисфункциями.

В результате изучения сексуальных дисфункций у больных ИППП нами было установлено достоверное различие в структуре сексуальной патологии у обследованных пациентов: преобладание изолированных расстройств эрекции у пациентов, впервые предъявлявших жалобы на сексуальные дисфункции, и сочетанных расстройств эрекции, эякуляции и либидо у пациентов, имевших в анамнезе сексуальные дисфункции.

Полученные результаты показали значительное преобладание среди пациентов, имевших сексуальные дисфункции в анамнезе, лиц со слабой и ослабленным вариантом средней половой конституции (70,9%). Основная часть пациентов, впервые предъявлявших жалобы на сексуальные дисфункции (62,5%), также имели изначально слабый нейрогуморальный фон (слабая и ослабленный вариант средней половой конституции), который способствовал формированию не только сексуальных нарушений у мужчин с ИППП, но и развитию невротических состояний под воздействием психотравмы, предопределяя слабость адаптивных механизмов и снижая сопротивляемость организма. Таким образом, нейрогуморальный преморбид (слабая и ослабленный вариант половой конституции) является одной из

Таблица 5 Уровень супружеских взаимоотношений у обследованных пациентов

Супружеские взаимоотношения	Основная группа				Контрольная группа (n = 26)	
	1-я подгруппа (n = 48)		2-я подгруппа (n = 32)		абс.	%
	абс.	%	абс.	%		
Значительная неудовлетворенность	5	19,2	0		0	
Скорее неудовлетворенность, чем удовлетворенность	11	22,9	15	46,9	0	
Частичная неудовлетворенность/ удовлетворенность	13	27,1	14	43,7	0	
Скорее удовлетворенность, чем неудовлетворенность	3	4,2	2	6,3	7	26,9
Значительная удовлетворенность					19	73,0

причин развития сексуальных дисфункций у больных ИППП наряду с дисгармоничными отношениями между сексуальными партнерами. Напротив, при надежном нейроэндокринном обеспечении (сильная половая конституция) и стойкой внутри- и межличностной психоземotionalной уравновешенности сексуальные расстройства отсутствуют даже при тяжелых формах клинического течения заболевания.

Заключение

Резюмируя вышеизложенное, можно утверждать, что характерные личностные особенности, ослабленная половая конституция в сочетании с отсутствием

гармоничных отношений между сексуальными партнерами у большинства пациентов с сексуальными дисфункциями делали их уязвимыми в любой психотравмирующей ситуации с большой вероятностью возникновения сексуальных дисфункций и болезненного на них реагирования. Установленные причины и особенности возникновения сексуальных нарушений и психопатологических проявлений у больных ИППП должны учитываться специалистами при обследовании пациентов в целях ранней диагностики и профилактики этих расстройств и своевременного направления больных за квалифицированной помощью к врачу-сексологу и/или психотерапевту. ■

Литература

1. Pavlyuk P.A. Psychosomatic ratios in formation of sexual frustration. *International medical journal* 2000; (3): 43—45. [Павлюк П.А. Психосоматические соотношения в формировании сексуальных расстройств. *Международ. мед. журн.* 2000; (3): 43—45].
2. Zagorodnyi P.I. Physiology and pathology of sexual function. S-Pb.: Med. 1995. PP. 263—264. [Загородный П.И. Физиология и патология половой функции. С-Пб.: Мед. 1995; 263—264].
3. Miller L.I. Sexuality, reproduction, and family planning in women with schizophrenia. *Schizophrenia Bull.* 1997; (139): 633—637.
4. Mayou R.A., Gath D., Gelder M. Sexually transmitted disease. *Oxford Textbook of psychiatry.* 1999: 50—51.
5. Catalan J., Bradley M., Gallway J., Sexual dysfunction and psychiatric morbidity in patients attending a clinic for sexually transmitted disease. *Briti J of Psychiatry.* 1999; 138—292.
6. Tikitsky O.L., Mikhaylitsenko V.V. *Andrology.* S-Pb.: «Media Press», 1999 [Тикитинский О.Л., Михайличенко В.В. *Андрология.* СПб: «Медиа Пресс». 1999].
7. Yunda I. F., Imshinitskaya L.P. et al. Chronic urogenital trichomoniasis and violation of sexual function at men. *Vestn dermatol i venerol* 1988; (1): 71—74. [Юнда И.Ф., Имшинецкая Л.П., Добровольская Л.И. и др. Хронический мочеполовой трихомоноз и нарушение половой функции у мужчин *Вестн. дерматол. и венерол.* 1988; (1): 71—74].
8. Aleksandrov V.P., Tikitsky O.L., Kalinina S.N., Tikitsky N.O. Copulative dysfunction at patients with chronic prostatitis with a vesiculitis of an urogenital etiology. *J androl and genit surgery.* 2000; (1): 11—12. [Александров В.П., Тикитинский О.Л., Калинина С.Н. и др. Копулятивная дисфункция у больных хроническим простатитом везикулитом урогенитальной этиологии. *Журн. андрол. и генит. хирургия.* 2000; (1): 11—12].
9. Ryazantsev E.V., Golodnova T.V., Ryazantsev I.E., Pliguzov S.A. Psikhosomatichesky diseases at the chronic prostatitis complicated by erectile dysfunction. *Congress abstract "Man's health".* М. 2010 [Рязанцев Е.В., Голоднова Т.В., Рязанцев И.Е. и др. Психосоматические заболевания при хроническом простатите, осложненном эректильной дисфункцией. *Материалы конгресса «Мужское здоровье»* М. 2010].

об авторах: ►

М.Р. Рахматулина — д.м.н., ведущий научный сотрудник, и. о. заведующего отделом инфекций, передаваемых половым путем, ФГБУ «ГНЦДК Минздрава России», Москва

О.Ф. Филон — врач-дерматовенеролог поликлиники «Культурного центра Вооруженных Сил Российской Федерации»