

СЕКСОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ, СТРАДАЮЩИХ ФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА И БЕСПЛОДИЕМ

Э. В. Макаричева, В. Д. Менделевич, В. И. Еремкина

*Кафедра психиатрии (зав.— проф. Д. М. Менделевич) Казанского государственного
медицинского университета*

Проблема функциональных нарушений менструального цикла традиционно включает в себя несколько аспектов: гинекологический, эндокринный и психологический. Существуют весьма противоречивые точки зрения о возникновении данных нарушений: одни авторы рассматривают их как соматические проявления заболеваний центральной нервной системы [8], другие — как результат воздействия психогенных факторов [1]. Некоторые исследователи пытались описать менструальные нарушения в рамках психоэндокринного синдрома [4].

Сексуальная сфера подобного контингента больных освещена в литературе недостаточно, несмотря на очевидную значимость вопросов сексуальной гармонии и дисгармонии для становления многих симптомов и синдромов у женщин [10]. Имеются указания на нарушения либидо у пациенток с расстройствами менструального цикла [3, 4]. В. А. Кулавский и соавт. [5] у лиц с аменореей, олигоменореей и поздним становлением менархе установили позднее появление либидо или его отсутствие. Лишь 25% больных считали свои интимные отношения гармоничными, у 46% больных была выявлена фригидность, у 16% — редкий оргазм и либидо, а у 12% — болезненность при половом сношении [5]. У 1/3 пациенток с так называемым «труднообъяснимым бесплодием» имеются такие психосексуальные изменения, как «синдром ожидания беременности», отсутствие или снижение либидо, аноргазмия [7]. Мей и соавт. [9] также выявили признаки нарушения психосексуальной ориентации и полового поведения у больных этой категории. Например, они гораздо реже здоровых женщин «меняли позу при половом сношении». По мнению В. Д. Тополянского, М. В. Струковской [6], в основе так называемого «относительного беспло-

дия» нередко лежат фригидность, диспареуния и вагинизм.

Таким образом, на основании приведенных данных клинических исследований можно предположить, что между функционированием сексуальной сферы, нарушениями менструального цикла и бесплодием имеется очевидная связь. Однако остаются неясными многие стороны этого процесса, в частности характер и направленность взаимосвязи.

Целью настоящего исследования являлось изучение вопроса о становлении и характере сексуальных расстройств у женщин с функциональными нарушениями менструального цикла, страдающих бесплодием, а также уточнение роли сексуальных особенностей в формировании означенных нарушений.

В основную группу были включены 35 пациенток в возрасте от 20 до 37 лет, состоящих в браке. Длительность бесплодного брака составляла 1—7 лет. У 13 женщин была олигоменорея, у 3 — полименорея, у 9 — опсоменорея, у 5 — вторичная аменорея и у 5 — альгодисменорея. Все больные были обследованы и лечены гинекологом. Были использованы клинический метод, специально разработанная анкета и шкала векторного определения половой конституции. Анкета включала в себя следующие разделы: социально-гигиенический, гинекологический, психологический, сексологический. Половая конституция женщин по И. Л. Ботиевой [2] оценивалась на основании следующих параметров: менструальной и детородной функций, трохантерного индекса, характера оволосения, возраста пробуждения эротического либидо, оргастической функции. Наиболее стабильная часть половой конституции определялась по четырем первым показателям: характеристике менструальной и детородной функций, трохантерному ин-

дексу, характеру оволосения. В контрольную группу вошли 15 женщин репродуктивного возраста с регулярным менструальным циклом, состоящие в браке и имеющие детей.

По результатам обследований, у пациенток основной группы была слабая половая конституция (в среднем 2,6). Для объяснения полученных данных следует более подробно остановиться на отдельных параметрах, определявших половую конституцию. У всех пациенток имелись нарушения менструальной функции от эпизодических кратковременных расстройств вплоть до вторичной аменореи, что соответствовало показателям слабой половой конституции. Также можно было отметить позднее появление и становление менархе в этой группе обследованных (14—16 лет) по сравнению с таковыми в контрольной группе (12—15 лет). Все пациентки основной группы страдали бесплодием, что также не могло не отразиться на оценке половой конституции. Показатели трохантерного индекса в основной и контрольной группах существенно не различались (1,97), что соответствует средней половой конституции. Также не было установлено различий, касавшихся характера оволосения. У всех женщин контрольной и основной групп отмечено оволосение по женскому типу и лишь у одной пациентки из основной группы была выявлена тенденция к оволосению по мужскому типу. Характерным для пациенток основной группы являлось более позднее пробуждение эротического либидо по сравнению с женщинами контрольной группы (соответственно 14—16 и 12—13 лет). Не было выявлено существенных различий в контрольной и основной группах и во времени наступления первого оргазма. Что же касается такого параметра, как достижение 50—100% оргастичности, то в обеих группах были обнаружены определенные нарушения, описанные ниже.

Согласно полученным данным, лишь 11 (31,4%) пациенток основной группы назвали свои сексуальные отношения гармоничными и полностью их удовлетворявшими. У остальных 24 (68,6%) пациенток констатированы различные нарушения: 2 (5,7%) считали свою половую жизнь крайне

нерегулярной и в связи с этим их не удовлетворявшей, у 5 (14,3%) была выявлена аноргазмия, у 10 (28,6%) — отсутствие либидо или его снижение, у 7 (20%) — болезненность при половом сношении. В контрольной группе 10 женщин назвали свои сексуальные отношения гармоничными. У остальных же были обнаружены некоторые отклонения, а именно редкий оргазм (у 2) и ослабление либидо (у 3).

Таким образом, в обеих группах можно было отметить нарушение такого параметра половой конституции, как достижение 50—100% оргастичности, что лишь косвенно и с достаточным уровнем условности может свидетельствовать о слабой половой конституции. При оценке характера половой жизни пациенток основной группы можно было выделить несколько подгрупп. В первую вошли женщины, определявшие свою половую жизнь гармоничной и их удовлетворявшей, которые положительно относились к смене сексуальных позиций и считали свою половую жизнь достаточно разнообразной. Некоторые из них проводили ежемесячно по рекомендациям врачей-гинекологов измерение базальной температуры и именно в дни, благоприятные для зачатия, старались изменять стиль сексуального поведения (позиции), мотивируя это желанием забеременеть. В эти же дни половой акт становился для них своего рода техническим процессом, направленным на достижение определенной цели — зачатия. Пациентки данной группы скрупулезно изучали специальную литературу, советовались с врачами и знакомыми с тем, чтобы как можно больше расширить «диапазон приемлемости» в области используемых позиций.

Больные второй подгруппы (большей по численности) считали свою половую жизнь однообразной. Некоторые из них были удовлетворены имевшимися отношениями, несмотря на их объективную стереотипность, и заверяли, что никогда не задумывались об этом, считая, что инициатива в данном вопросе должна принадлежать мужу.

Пациентки третьей подгруппы чувствовали болезненность при смене сексуальной позиции, а также разочаро-

ванности после полового акта, не принесшего им каких-либо новых ощущений.

У женщин четвертой подгруппы было выявлено безразличие к половой жизни, в частности к смене позиций. Именно в трех последних группах и были обнаружены описанные выше сексуальные нарушения.

Сексуальная активность и заинтересованность супругов в половой жизни снижаются с их возрастом и стажем супружества. Одними из причин этого явления считаются наличие детей и связанные с ними проблемы. Пациентки основной группы страдали бесплодием, и для них желание забеременеть являлось достаточно актуальным, поэтому у них не прослеживалось выраженной тенденции к снижению половой активности. Несмотря на одиозное и стереотипное половое поведение, а также на имевшиеся сексуальные нарушения, у части пациенток урегулирование половых сношений не отмечалось даже при длительном стаже брака. Можно предположить, что в некоторых случаях сексуальные расстройства являются первичными, но мы, вероятно, чаще видим следствие имеющихся гинекологических нарушений. Большую роль в этих случаях играют, несомненно, психологические факторы.

Гинекологические, сексуальные и психологические нарушения, тесно переплетаясь между собой, образуют единый патологический комплекс и требуют комплексного подхода при лечении и коррекции. С учетом того факта, что лишь у 31,4% пациенток не было выявлено никаких сексуальных расстройств, необходимо обращать внимание на эту сферу жизни больных. Недооценивание наличия и тяжести сексуальных расстройств может привести к усугублению гинекологических нарушений, создавая тем самым порочный круг. Поэтому при

анализе причин функциональных нарушений менструального цикла и бесплодия необходимо уделять внимание исследованию сексуальной сферы больных, и при выявлении сексуальных нарушений или особенностей половой конституции их следует своевременно направлять на консультацию к сексопатологу и психотерапевту.

ЛИТЕРАТУРА

1. Богданова Е. А. // Акуш. и гин.—1981.— № 7.— С. 6—7.
2. Ботнева И. Л. // Сексопатология.— М., 1990.
3. Говорухина Е. М. Синдром альгодисменореи (этиология, клиника, лечение): Автореф. дисс. ...докт. мед. наук.— М., 1982.
4. Добротина М. С. Вторичная аменорея центрального генеза у женщин репродуктивного возраста: Автореф. дисс. ...докт. мед. наук.— М., 1981.
5. Кулавский В. А., Степанова Г. И., Каншина Т. М. Актуальные вопросы сексопатологии.— Тезисы докладов I Всесоюзной конференции сексопатологов.— Уфа, 1986.
6. Тополянский В. Д., Струковская М. В. Психосоматические расстройства.— М., 1986.
7. Федорова Т. А. Материалы республиканской научной конференции молодых ученых Грузии по проблеме «Бесплодный брак».— Тбилиси, 1985.
8. Ballinger C. B. // J. Psychosom. Res.—1983.— Vol. 27.— P. 328—329.
9. Mai F. M. M. et al. // Psychosom. Med.—1972.— Vol. 34.— P. 431.
10. Sabo D. // J. of Psychosocial onology.—1986.— Vol. 4.— P. 19—29.

Поступила 18.01.94.

SEXOLOGIC PECULIARITIES OF PATIENTS WITH FUNCTIONAL DISORDERS OF THE MENSTRUAL CYCLE AND STERILITY

E. V. Makaricheva, V. D. Mendelevich,
V. I. Eremkina

Summary

It is shown that in the analysis of the reasons of functional disorders of the menstrual cycle and sterility, the emphasis must be placed on the investigation of sexual sphere of patients, and in revealing of sexual disorders or peculiarities of sexual constitution the women should be appropriately referred to a sexual pathologist and psychotherapist.

ПЛАЗМАФЕРЕЗ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ДИФФУЗНОГО НЕЙРОДЕРМИТА

Р. Х. Бурнашева, В. Н. Коробков, Р. С. Фассахов,
Н. М. Рахматуллина, В. В. Храмов

Кафедра аллергологии (зав.— Р. С. Фассахов)

Казанской государственной медицинской академии последипломного образования

Проблема лечения хронического диффузного нейродермита до настоящего времени остается актуальной.

В клинической практике не наблюдается снижения заболеваемости диффузным нейродермитом (ДНД). Для