

Сексуальные расстройства у женщин, страдающих хроническим сальпингитом и оофоритом

В.Г. Коновалов, М.И. Ягубов
Московский НИИ психиатрии

Резюме. Статья посвящена сексуальным расстройствам у 100 женщин, страдающих ХСО (хроническим сальпингитом и оофоритом). Сексуальные расстройства выявлены у 67 (67,0 %) женщин. У женщин с ХСО общая диспарейния составила 45 (67,2 %) человек. Однако сугубо органическая диспарейния встречалась только у 17 (37,8 %) пациенток; смешанная (органическая с невротическими нарушениями) – у 28 (62,2 %) человек. Общая доля нарушений сексуальной разрядки (оргазма) у женщин с ХСО составила – 43 (64,2 %) человек, однако нарушение оргазма (притупление), непосредственно связанное с органическим фактором и диспарейнией составило 16 (37,2 %) пациенток, а инициированное невротическими нарушениями – 27 (62,8 %) женщин.

Ключевые слова: сальпингит и оофорит, сексуальные, невротические нарушения, сексуальность женщин.

Sexual disorders of women with chronic salpingitis and oophoritis

V. G. Kononov, M. I. Yagubov

Summary. The article discusses the impact of symptoms of the psychopathy on aggressive behavior of the patients in forensic inpatient settings. The possibility of using scales PCL-R and PCL-SV to identify potentially violent patients is investigated.

Key words: psychopathy, violent behavior, PCL-R, PCL-SV, violence risk assessment.

Несмотря на то что в последние годы проводится немало исследований, посвященных различным аспектам сексологии («Мир сексологии», № 1–2, 2012), недостаточно разработанными остаются проблемы сексуальной патологии женщин. Взаимосвязь хронического сальпингита и оофорита с сексуальными расстройствами у женщин дискутировалась многими авторами [2, 3, 4, 7, 9, 10, 11, 12, 16, 17, 18]. З.В. Рожановская (1990) отрицала причинную связь между сексуальными расстройствами и хроническим сальпингитом и оофоритом. Другие авторы наоборот подтверждали прямую связь воспаления придатков у женщин с сексуальными расстройствами: от 35–40 % случаев (по данным В.И. Бодяжиной, 1978) до 70–90 % (по данным А.И. Федоровой, 2001, и Г.П. Хожайнова, 1998).

По мнению отечественных авторов (Бодяжина В.И., Стругацкий В.М., 1974, и Сметник В.П., Тумилович Л.Г., 1995), существуют два варианта обострения хронического сальпингита и оофорита (ХСО) в результате активации инфекционно-токсического фактора и/или эндокринных и сосудистых нарушений. При втором варианте имеют место нарушения в различных системах организма из-за длительного существования ХСО [14]. Так, хроническая боль приводит к истощению антиноцицептивной системы и, следовательно, к снижению порога болевой чувствительности [17]. О.В. Носкова (2004) отмечала преобладание у женщин с сексуальными расстройствами, инициированными аднекситом, астено-невротических черт. Г.П. Хожайнова отметила у женщин с сексуальными расстройствами, инициированными хроническими неспецифическими воспалительными

заболеваниями гениталий (ХНВЗГ), также астено-невротические черты со склонностью к ипохондрическим проявлениям, повышенную утомляемость в сочетании с раздражительной слабостью. А.И. Федорова [16; 17] отмечает, что диспарейния органической природы при длительном существовании приводит к вторичным невротическим реакциям, аффективным психическим нарушениям, страху боли при половом акте. Стресс [16] может приводить к формированию, как хронических воспалительных заболеваний женских гениталий, так и сексуальной дисфункции.

Основными сексуальными расстройствами при ХВЗПО и непосредственно при ХСО являются диспарейния, нарушение оргазма и либидо. В связи с длительным отсутствием оргазма и связанными с этим продолжительными состояниями гиперемии и повышения тонуса мышц тазового дна могут развиваться изменения в половых органах, а именно — дегенеративные и воспалительные изменения яичников, труб, матки, влагалища и окружающих тканей [17].

В опубликованных работах по данной тематике хронический сальпингит и оофорит, как непосредственная причина сексуальных расстройств, не выделяют, не детализированы факторы, влияющие на формирование сексуальных расстройств при гинекологических заболеваниях.

Цель исследования: описание сексуальных расстройств у женщин с хроническим сальпингитом и оофоритом.

Методы и материал исследования: 1) клинико-психопатологический; 2) психологический с использованием теста личностных акцентуаций В.П.

Дворщенко [5] и опросника ММРП-566 (электронный вариант) в интерпретации Л.Н. Собчик [15]; 3) клинико-сексологический с применением модифицированной карты сексологического обследования, шкалы векторного определения половой конституции и карты эрогенных зон В.П. Здравомыслова [7]; 4) гинекологический; 5) статистический.

Для проверки значимости различия показателей выделенных клинических групп попарно сравнивали выборочные дисперсии по критерию Фишера ($F\beta=0,05, f_1, f_2$, где β – уровень значимости, f – число степеней свободы для выборки, равное $n-1$, n – число значений в выборке) и выборочные средние по критерию Стьюдента ($t\beta=0,05, f=f_1+f_2$). Для оценки корреляции показателей между группами сравнивали рассчитанное для каждой пары групп значение коэффициента корреляции с критическим значением $r\beta=0,05, f=n-2$. Статистическую обработку проводили на уровне значимости $\beta=0,05$.

Было обследовано 100 женщин с ХСО. Возраст пациенток в группах существенно не отличался и составил в среднем $27,3\pm 1,2$ года. Контрольную (IV) группу составили 33 женщины с ХСО – без сексуальных расстройств. 67 больных были распределены на 4 группы: 1) I группа – 17 (25,4 %) человек с сексуальными расстройствами, обусловленными ХСО; 2) II группа – 20 (29,8 %) человек с сексуальными расстройствами при наличии невротических реакций на гинекологическое заболевание и его осложнения; 3) III группа – 30 (44,8 %) человек с ХСО, у которых сексуальные

расстройства были обусловлены одновременно существующими невротическими, психогенно обусловленными, состояниями.

Результаты исследования. Сексуальные расстройства у пациенток I группы были представлены диспарейнией органического генеза, во II группе – снижением либидо, в III группе – оргазмической дисфункцией и снижением либидо. Самый высокий уровень образования (высшее – у 40,0 %) был у женщин II группы, а самый низкий (высшее – всего у 12,5 %) – у женщин с сугубо органической диспарейнией (I группа). Количество неработающих и состоящих в декретном отпуске преобладало в III группе (10 (33,0 %) чел.). В I группе было больше женщин (25,0 %), не имеющих постоянного полового партнера. Меньше детей имели пациентки I группы, в связи с тем, что 37,5% из них страдали трубным бесплодием.

Анализ особенностей пубертата позволил установить: торможение у 15,0 % женщин II группы, задержка – у 31,3 % I группы, дисгармония – у 70,0 % III группы, гармоничный – у 57,6 % IV группы (контрольной). Начало половой жизни в группах соответствовало (лет): $18,8\pm 0,9$ (I гр.); $18\pm 1,5$ (II гр.); 17 ± 1 (III гр.), $17,7\pm 1,3$ (IV гр.). Количество половых партнеров в группах (чел.): $4,4\pm 1,2$ (I гр.); 5 ± 2 (II гр.); $4,9\pm 1,5$ (III гр.); 11 ± 4 (IV гр.). Больше всех сексуальных партнеров имели женщины контрольной группы, что, видимо, было связано с сохранной сексуальностью и высокой потребностью в интимных отношениях.

Таблица 1. Векторные и возрастные показатели половой конституции у женщин, страдающих ХСО

Группы/Векторы	I**	II**	III**	IV
Менархе	$13,3\pm 0,9^{\wedge}$	$12,9\pm 1,1^{*}$	13 ± 1	$12,7\pm 0,5^*$
Регулярность менструального цикла	$3,5\pm 0,6^{\wedge}$	$3,3\pm 0,5^{*}$	$3,6\pm 0,5$	$4,2\pm 0,4^*$
Срок беременности	$0,7\pm 0,5^{*}$	$1,5\pm 0,7^{\wedge}$	$0,4\pm 0,4^{*}$	$0,9\pm 0,7^*$
Течение беременности	$3,4\pm 0,7^{\wedge}$	$3,3\pm 0,6^*$	$3,4\pm 0,6^{*}$	$4,1\pm 0,6^*$
Трохантерный индекс	$1,92\pm 0,03^{*}$	$1,90\pm 0,03^{*}$	$1,89\pm 0,02^{*}$	$1,97\pm 0,02^*$
Оволосение лобка	$5,4\pm 0,6$	$5,2\pm 0,5$	$5,1\pm 0,6$	$5,5\pm 0,4^*$
Эротическое либидо				
— возраст	$14,5\pm 0,9^{\wedge}$	$14,9\pm 1,2'$	$15,3\pm 1,5^{\wedge}$	$14,0\pm 0,8^*$
Первый оргазм				
— возраст	$19\pm 2^{*}$	$16,8\pm 1,6'$	$17\pm 3^*$	$16\pm 1^*$
— с начала половой жизни	$0,6\pm 0,2^{*}$	$0,9\pm 0,6^{\wedge}$	$1,2\pm 0,8^{\wedge}$	$0,4\pm 0,3^*$
Достижение оргазма 50-100 %				
— возраст	$21,4\pm 1,7^{\wedge}$	$23\pm 2^{*}$	$26\pm 13^{*}$	$19,6\pm 1,2^*$
— с начала половой жизни	$2,3\pm 1,3^{\wedge}$	$4,2\pm 1,6^{*}$	$5\pm 9^{*}$	$1,2\pm 0,7^*$
Кг	$3,9\pm 0,2^{*}$	$3,8\pm 0,3^*$	$3,9\pm 0,4^{\wedge}$	$4,8\pm 0,3^*$
Ка	$5,0\pm 0,5^{*}$	$5,0\pm 0,5^{*}$	$2,7\pm 0,8^{*}$	$5,9\pm 0,3^*$
Кф	$4,4\pm 0,3^{*}$	$4,3\pm 0,3^{*}$	$3,3\pm 0,5^{*}$	$5,4\pm 0,3^*$
Ка/Кг	$1,27\pm 0,13^{\wedge}$	$1,33\pm 0,13'$	$0,7\pm 0,2^{*}$	$1,25\pm 0,08^*$
ИТ	$83\pm 2^{\wedge}$	$81,4\pm 1,6'$	$84\pm 2^{*}$	$83\pm 2^*$
РЕ	$101\pm 4^{\wedge}$	$104\pm 4'$	$103\pm 2^{*}$	$100\pm 3^*$

* Достоверные различия между группами I, II, III и контрольной группой IV (К) (на уровне значимости $\beta=0,05$).

\wedge Достоверные различия между группами II, III и I группой (на уровне значимости $\beta=0,05$).

' Достоверные различия между группами III и II группой (на уровне значимости $\beta=0,05$).

** Корреляция между группами I, III, IV (контроль) (на уровне значимости $\beta=0,05$).

Таблица 2. Структура либидо у женщин, страдающих ХСО

Либидо	Платоническое			Эротическое			Сексуальное		
	Группа (п/гр)	Проб. (лет)	Реал. (лет)	Разн.	Проб. (лет)	Реал. (лет)	Разн.	Проб. (лет)	Реал. (лет)
I** (n=16)	12,4 ±0,7*	13,2 ±1,2*	1,5 ±0,7	13,8 ±0,8*	14,8 ±0,8*	1,4 ±0,6	16,4 ±0,6*	17,6 ±1,3*	2,0 ±0,8
II** (n=20)	11,6 ±1,3*^	12,1 ±1,2^	1,0 ±0,5	14,7 ±1,2^	14,1 ±1,5*^	1,3 ±0,9	16,3 ±1,3*^	16,5 ±1,5^	1,5 ±1,7
III (3.1)** (n=30)	12,3 ±1,1*	14,3 ±1,1^	2 ±0,8	14,9 ±1,4*^'	16 ±1*^'	2 ±1	16,1 ±1,3*'	17 ±1'	3,5 ±1,8
IV (K)** (n=33)	12,7 ±1,2*'	14,7 ±1,2^	2,0 ±0,5	15,0 ±0,4*^'	15,0 ±0,3*^'	0,7 ±0,2	15,8 ±0,5^'	16,6 ±0,8^'	0,7 ±0,5

*- достоверность различия между группами II, III, IV(K) и группой I (на уровне значимости $\beta=0,05$)

^- достоверность различия между группами III, IV(K) и группой II (на уровне значимости $\beta=0,05$)

'- достоверность различия между группами III и группой IV(K) (на уровне значимости $\beta=0,05$)

** - корреляция между группами I, II, III, IV(K) (на уровне значимости $\beta=0,05$)

Анализ возрастных и конституциональных особенностей формирования половой функции показал, что самая слабая сексуальность (Табл. 1.) (Ка (коэффициент активности) – $2,7\pm 0,8$) наблюдалась у женщин III группы. Сексуальные нарушения во всех 3 группах (I, II и III) развивались на фоне слабой половой конституции, что подтверждалось низкими показателями Кг (коэффициент генетический): I гр. – $3,9\pm 0,2$; II гр. – $3,8\pm 0,3$; III гр. – $3,9\pm 0,4$. В IV группе Кг составил $4,8\pm 0,3$, что соответствует средней половой конституции.

У женщин I и II групп формирование либидо было более гармоничным (постепенный переход платонической, эротической стадии в сексуальную). Их первый половой акт происходил, как и у женщин контрольной группы, из-за эмоциональных и физиологических потребностей, у них имелось ярко выраженное сексуальное влечение к половым партнерам (табл. 2.).

Таблица 3. Поражения составляющих копулятивного цикла у женщин, страдающих ХСО

Группы / Составляющие (чел. /%)	I	II	III	IV
нейрогуморальная	7 (43,8)	7 (35,0)	9 (30,0)	3 (9,1)
психическая	-	20 (100,0)	30 (100,0)	-
генитосегментарная	16 (100,0)	10 (50,0)	15 (50,0)	10 (30,3)

Поражение генитосегментарной составляющей копулятивного цикла наблюдалось у всех женщин I группы. ХСО у этих пациенток был обусловлен специфической смешанной микрофлорой (табл. 3.).

Изучение психосексуального развития женщин с ХСО показало, что запаздывание возраста собственной идентификации женской роли (осознание себя девочкой) в наибольшей степени было характерно для женщин III группы ($3,60\pm 0,09$ года). Доминирование матери в детстве чаще на-

блюдалось у женщин II группы (70,0%). Негативный и образ матери преобладал, как у женщин II группы, так и III группы (соответственно: 75,0 % и 60,0 % пациенток). Асексуальное и репрессивное воспитание преобладало у женщин III группы (56,7 % человек). У них же отмечены сексуальные травмы детства и периода отрочества – 13 (43,3 %) чел. Дисморфобические проявления (недовольство своим внешним видом с периода пубертата) больше наблюдались у женщин II группы – 11 (55,0 %) пац.

Анализ особенностей эрогенных зон (определялись по карте В.И. Здравомыслова [7]) показал, что у женщин контрольной группы были самые высокие показатели по эрогенным зонам и наибольший процент экстрагенитального оргазма (у 11 (42,4 %) чел.). У женщин I группы, в связи с тяжелым течением ХСО, были снижены все единицы показателей эрогенных зон, в особенности, генитальные зоны и участки, граничащие с воспалительным процессом, – влагалище, интроитус, шейка матки, задний свод, анус. Однако следует отметить, что у пациенток с органической диспарейнией стимуляция экстрагенитальных эрогенных зон и клитора приводила к нарастанию сексуального возбуждения и в 25,0 % случаев к оргазму. У женщин II группы в связи со слабо выраженными явлениями ХСО показатели по эрогенным зонам были выше, чем в I группе. Оргазм наблюдался у 30,0 % женщин этой группы. У женщин III группы ощущения с экстрагенитальных эрогенных зон и клитора были острее, чем с генитальных. Оргазм испытывали всего 2 из них. У всех женщин генитальные (влагалище, шейка матки, задний свод) и окологенитальные (анус) зоны были снижены из-за воспалительного процесса, в большей степени это отмечалось для женщин I и II групп, у которых наблюдались выраженные явления ХСО.

В наибольшей степени снижены показатели по основным генитальным эрогенным зонам у женщин I группы (поражение генитосегментарной составляющей копулятивного цикла) и II группы

(поражение психической и генитосегментарной составляющей). Однако показатели по единицам эрогенных зон клитора практически не отличались от контрольной группы. Женщины I и II групп отмечали, что стимуляция клитора приводила к возникновению сексуальной разрядки, и при этом этот оргазм (в отличие от генитального) не притуплялся. В свою очередь необходимо отметить, что у женщин I и II групп имелся большой процент (10 (27,8 %) чел.) экстрагенитального оргазма. Низкая чувствительность генитальных эрогенных зон связана с длительным хронически протекающим воспалением придатков матки; образованием спаечного процесса и тубоовариальных образований (поражение генитосегментарной составляющей копулятивного цикла); гипоэстрогенией; поражением органов-мишеней; дисгармониями и задержками психосексуального развития [2; 3; 6; 9].

Сексуальные расстройства (n=67) у исследуемых больных были представлены следующими вариантами:

I. Оргазмическая дисфункция – 43 (64,2 %) женщин: а) на фоне органической диспарейнии – притупление оргазма – 16 (37,2 %) человек (9 человек из II группы и 7 человек из III группы); б) при наличии невротических реакций – 27 (62,8 %) пациенток (относительная коитальная аноргазмия – 15 пациенток III группы; абсолютная аноргазмия – 8 пациенток III группы; вторичная коитальная аноргазмия – 4 пациентки III группы).

II. Диспарейния – 45 (67,2 %) женщин: а) органическая диспарейния, инициированная ХСО – 17 пациенток I группы; б) органическо-психогенная (смешанная) диспарейния – 28 (62,2 %) человек (II группа – 11 человек; III группа – 17 человек).

III. Снижение и отсутствие либидо – 39 (58,2 %) женщин: II группа – 21 человек; III группа – 18 человек.

IV. Сниженная lubricация – 12 (17,9 %) женщин: I группа – 5 человек; III группа – 7 человек.

Психотравмирующие факторы периода детства и пубертата у женщин с ХСО нами выявлялись при помощи детального расспроса; сбора анамнеза развития и становления сексуальности; проективных личностных тестов (тест Сонди или МПВ); во время сеанса «кататимного переживания образов». Однако не для всех женщин они были значимы, что, в свою очередь, зависело от психической толерантности к стрессам. У всех женщин I и IV групп и, в большей части, во II группе психотравмирующие факторы были восприняты адекватно, не фиксировались больными, не отмечалось возврата к прошлому периоду жизни и негативному сексуальному опыту.

Распределение по преобладанию сексуальных травм (сексуальное домогательство, изнасилование или попытка к нему, заражение ЗППП в пубертате) было следующим: II группа – 8 (40,0 %) человек; III группа – 13 (43,3 %) человек. У женщин с невротическими реакциями (III группа) установлен самый высокий процент (43,3 %) психотравм в результате частых конфликтов в родительской семье; несоответствия ролевых отношений (доминирование матери); высокий уровень вербальной и физической агрессии со стороны родителей. У пациенток II группы психотравмы не способствовали возникновению сексуальных расстройств до возникновения ХСО.

Преобладание личностных акцентуаций эпиплетоидного, гипертимного круга у исследуемых определяет их высокую толерантность к стрессам (табл. 4). Больше всего таких пациенток было в I группе (100 %), у которых наблюдалась только органическая диспарейния, обусловленная ХСО, вызванного смешанной специфической микрофлорой.

Таблица 4. Типы личностных акцентуаций по методике В.П. Дворченко [5]

Типы акцентуаций (%)	Гр.	I	II	III	IV
Параноик		-	-	2 (6,7)	2 (6,1)
балл		-	-	7±1	10±3
Гипертим		10 (62,5)	4 (20,0)	4 (13,30)	11 (33,3)
балл		8,7±0,8	13,8±1,7	12,5±1,7	11,2±1,1
Эпилептоид		6 (37,5)	2 (10,0)	2 (6,7)	16 (48,5)
балл		9,7±1,0	14±1	6±2	12,2±1,4
Истероид		-	8 (40,0)	13 (43,3)	4 (12,1)
балл		-	14,8±1,2	16,8±0,6	12±3
Шизоид		-	-	-	-
балл		-	-	-	-
Сензитив		-	1 (5,0)	2 (6,7)	-
балл		-	9,0	9±2	-
Психастеник		-	5 (25,0)	7 (23,3)	3 (9,1)
балл		-	9±3	15,0±1,2	7,7±0,7
Неустойчивый		-	2 (10,0)	2 (6,7)	-
балл		-	12±1	10±2	-

Типы акцентуаций (%)	Гр.	I	II	III	IV
Астеник	-	-	-	4 (13,30)	-
балл	-	-	-	9,0±0,8	-
Лабильный	-	-	3 (15,0)	2 (6,7)	1 (3,0)
балл	-	-	11,3±1,7	16±4	7,0
Смешанная	-	-	7 (35,0)	11 (36,7)	5 (15,2)

Пациентки с epileптоидными и гипертимными акцентуациями преобладали (81,8 %) и в группе контроля (IV гр.). Отсутствие сексуальных расстройств у этих женщин, в отличие от I группы, объяснялось не только личностными особенностями, но и отсутствием психических нарушений и непродолжительным ХСО.

Невротические расстройства были выявлены у 50 из 100 женщин, включенных в исследование. В соответствии с критериями МКБ-10 они распределились следующим образом: неврастения (F48.0) – 19 (19,0 %) чел.; расстройство адаптации (F43.2) – 15 (15,0 %) чел.; обсессивно-компульсивное расстройство (F42) – 11 (11,0 %) чел.; диссоциативное (конверсионное) расстройство (F44) – 5 (5,0 %) чел.

По результатам ММРІ-566 «Иматон» в IV (контрольной) группе были установлены: высокие показатели по шкалам психопатия – 67±4 Тб; гипомания – 64±5 Тб; паранойальность – 57±6 Тб. Однако эти показатели не превышали порог психической адаптации (не выше 70 Тб.). Показатели по шкалам гипостенического регистра были невысокими: ипохондрия – 54±5 Тб; реактивная депрессия – 53±5 Тб; личностная тревожность (психастения) – 50±5 Тб. Полученные данные указывают на то, что у этих женщин невротические реакции не нарушали сексуальную адаптацию. У женщин I группы (самое тяжелое течение ХСО и органическая диспарейния) наиболее повышенными оказались следующие шкалы: психопатия – 68±3 Тб; гипомания – 66±3 Тб и маскулиность – 63±2 Тб. В этой группе были самые высокие баллы по маскулинным чертам, что и служило дополнительным критерием, подтверждающим их стеничность. Вероятно, в связи с этим у этих женщин выявлялись, по сравнению с другими группами, самые низкие показатели (50±4 Тб) по шкале истерии (эмоциональная лабильность). Как адекватная адаптивная реакция на тяжело протекающий ХСО и диспарейнию органической этиологии, у женщин I группы отмечались (по сравнению с контрольной группой) несколько повышенные показатели по шкалам ипохондрии (55±4 против 54±5 Тб) и реактивной депрессии (54±4 против 53±5 Тб). Эти пациентки были также наиболее экстравертированными (социальная интроверсия – 51±4 Тб) по сравнению с другими. Положительная роль повышенной экстравертированности со способностью к отреагированию вовне, как относительная свобода от невротических сексуальных реакций, отмечалась отдельными авторами [17]. У пациенток II группы ведущие показатели профиля отмеча-

лись по следующим шкалам: шизоидность – 80±9 Тб; психопатия – 76±8 Тб; социальная интроверсия – 71±5 Тб; паранойальность – 69±6 Тб; психастения (личностная тревожность) – 68±8 Тб. Для этих женщин были характерны: уход от сексуальных контактов во внутренние переживания и аутизм; склонность к импульсивности и агрессии; глубокая интровертированность (самая высокая из всех женщин с ХСО); аффективная ригидность с застреванием на негативных переживаниях и высокая личностная и реактивная тревожность. У женщин III группы не было значительного повышения показателей по шкалам ММРІ-566 «Иматон».

У женщин, страдающих ХСО, наиболее агрессивная – смешанная специфическая микрофлора в гениталиях распределилась следующим образом: I группа – 17 (100,0 %) человек; II группа – 5 (25,0 %) женщины; III группа – отсутствовала; IV группа – 5 (15,2 %) пациенток.

Сексуальные расстройства (органическая диспарейния и притупление оргазма), инициированные ХСО, при наличии невротических реакций, являлись более тяжелыми, имели затяжной характер течения. Часто жалобы на ХСО маскировали психопатологию, что вынуждало гинекологов к пересмотру терапии, повышению доз антибактериальных и рассасывающих препаратов, поиску латентной инфекции в гениталиях.

Заключение

1. При изучении 100 женщин с хроническим сальпингитом и оофоритом (ХСО) в 67,0 % случаев были выявлены сексуальные расстройства. В большинстве случаев сексуальные расстройства имели смешанную природу и были обусловлены как органическим фактором (непосредственно хроническим сальпингитом и оофоритом и его осложнением в виде спаечного процесса в гениталиях), так и невротическими реакциями. Сексуальные расстройства у женщин с ХСО проявлялись диспарейнией (67,2 %) и оргазмической дисфункцией (64,2 %). Диспарейния в 37,8 % случаев имела органический генез, в 55,6 % – смешанный (органическо-психогенный) и в 6,6 % – психогенный. Оргазмическая дисфункция возникала вторично, у 37,2 % пациенток на фоне органической диспарейнии, у 62,8 % – на фоне невротических проявлений.

2. Невротические нарушения, выявленные у 50 больных, вошедших в исследование, в соответствии с МКБ-10 в 19,0 % случаев были диагностированы как неврастения (F48.0), в 15,0 % – как расстройство адаптации (F43.2), в 11,0 % – как

обсессивно-компульсивное расстройство (F42) и в 5,0 % – как диссоциативное (конверсионное) расстройство (F44).

3. Сексуальные расстройства смешанного (органическо-психогенного) генеза имеют более затяжное течение, труднее диагностируются и поддаются терапии, так как органический и психогенный фактор маскируются один другим.

4. Хронический сальпингит и оофорит (и его осложнения в виде спаечного процесса), как преобладающее гинекологическое заболевание, обуславливает не столько многообразие сексуальных расстройств у женщин, а в большей степени, скорость их образования. ХСО со смешанной специфической микрофлорой приводит к возникновению диспарейнии через 3,9±0,1 лет течения

воспалительного процесса (I группа женщин). ХСО неспецифической этиологии вызывает диспарейнию с органическим радикалом через 10±4 лет течения (III группа пациенток).

5. Среди факторов, способствующих формированию сексуальных расстройств у женщин, страдающих ХСО, помимо самого воспалительного процесса и его осложнения, отмечены: а) доминирование и негативный образ матери в детстве, асексуальное и репрессивное половое воспитание, сексуальные и психические травмы; б) наличие невротических нарушений; в) личностные акцентуации; г) слабая половая конституция; д) конфликтные отношения между половыми партнерами или отсутствие постоянного полового партнера.

Литература

1. Айриянц И.Р. Сексуальные дисфункции с преобладанием гениталий у женщин: Дис. канд. мед. наук / Айриянц Ирина Рудольфовна. – Москва. – 1999. – 187 с.
2. Бодяжина В.И. Хронические неспецифические воспалительные заболевания женских половых органов / В.И. Бодяжина. – М.: Медицина. – 1978. – 319 с.
3. Ботнева И.Л. Генитосегментарная составляющая и ее расстройства / И.Л. Ботнева // Частная сексопатология. Т. 2 / Г.С. Васильченко. – Москва, Медицина. – 1983. – С. 281–292.
4. Гендлер О.Б. Социально-психологическая характеристика больных с воспалительными тубоовариальными образованиями / О.Б. Гендлер, Е.В. Брюхина, В.В. Ободзинская // Новые технологии в здравоохранении г. Челябинска: Сборник научно-практических работ врачей лечебно-профилактических учреждений и ученых Гос. мед. академии. – Челябинск. – 2000. – Вып. 2. – С. 167–170.
5. Дворщенко В.П. Тест личностных акцентуаций. (Модифицированная методика А. Е. Личко для взрослых) / В.П. Дворщенко. – Санкт-Петербург: Речь. – 2002. – 112 с.
6. Екимов М.В. Несостоятельность эrogenных зон и сексуальные дисфункции / М.В. Екимов // Мастурбация и сексуальные дисфункции. – Санкт-Петербург: ЗАО «ХОКА». – 2006. – С. 46–48.
7. Здравомыслов В.И. Функциональная женская сексопатология / В.И. Здравомыслов, З.Е. Анисимова, С.С. Либих. – Пермь: ТОО фирма «Ре-принт». – 1994. – 272 с.
8. Имелинский К. Сексология и сексопатология / К. Имелинский. – М.: Медицина. – 1986. – 424 с.
9. Мартынов Ю.С. Нервная система при заболеваниях органов малого таза женщин / Ю.С. Мартынов, Н.П. Водопьянов, Н.П. Васильченко. – М.: Изд-во Ун-та дружбы народов. – 1989. – 96 с.
10. Мир сексологии [Электронный ресурс] // Официальное издание Российского научного сексологического общества / Под ред. Л.М. Щеглова. – Москва. – 2012. – № 1, 2. – (<http://sexology.ru>)
11. Носкова О.В. Психотерапевтическая коррекция супружеской дезадаптации при аднекситах // Журнал психиатрии и медицинской психологии. – Харьков. – 2004. – № 4 (14). – С. 83–87. – ([http://www.psychiatry.dsmu.edu.ua/1/4\(14\)2004.pdf](http://www.psychiatry.dsmu.edu.ua/1/4(14)2004.pdf))
12. Рожановская З.В. Сексуальные расстройства при нарушениях функции яичников / З.В. Рожановская // Сексопатология: Справочник / Под ред. Г.С. Васильченко. – М.: Медицина. – 1990. – С. 368–369.
13. Савицкий Г.А. Медико-психологическая и психиатрическая характеристика больных с синдромом тазовых болей / Г.А. Савицкий и др. // Хирургическое лечение синдрома тазовых болей в гинекологической клинике. – СПб: ЗАО «ЗЛБИ». – 2000. – С. 54–71.
14. Сметник В.П., Тумилович Л.Г. Воспалительные заболевания женских половых органов: Неоперативная гинекология: Руководство для врачей. – СПб, СОТИС, 1995.- Т. 2. – 224 с.
15. Собчик Л.Н. СМЛ (ММР). Стандартизированный многофакторный метод исследования личности / Л.Н. Собчик. – СПб.: Речь. – 2002. – 196 с.
16. Федорова А.И. Диспарейния: патогенез, диагностика, лечение: Д. автореф. дис. д-ра мед. наук / А.И. Федорова; С.-Петербург. науч.-исслед. психоневрол. ин-т им. В.М. Бехтерева. – СПб. – 2007. – 50 с.
17. Федорова А.И. Женские сексуальные дисфункции при хронических воспалительных заболеваниях половых органов / А.И. Федорова, М.В. Екимов // Руководство по сексологии / Под ред. С.С. Либиха. – Санкт-Петербург: Питер. – 2001. – С. 352–364.
18. Хожайнова Г.П. Роль хронических неспецифических воспалительных заболеваний внутренних половых органов женщин в структуре сексопатологических синдромов: дис... канд. мед. наук / Г.П. Хожайнова; Ставропольский медицинский институт. – Ставрополь. – 1988. – 175 с.

19. Arends C.G. *Psychosexual aspects in adnexitis* / C.G. Arends // *Gynakol. Rundsch.* – 1988. – V. 28. – P. 95–97.
20. Fischer M. *Vulvodynia* / M. Fischer, K.M. Taube, W.C. Marsch // *Hautarzt* 2000. – V. 51 (3). – P. 147–15.

Сведения об авторах

Владислав Геннадьевич Коновалов – соискатель ученой степени к. м. н. отделения сексологии и сексопатологии Московского НИИ психиатрии Минздравсоцразвития России. E-mail: medsexvrnobl@mail.ru

Михаил Ибрагимович Ягубов – д. м. н., ведущий научный сотрудник отделения сексологии и сексопатологии Московского НИИ психиатрии Минздравсоцразвития России. E-mail: yagubov@mail.ru