

обеспечения, что обуславливает дифференцированную фармако-терапевтическую коррекцию.

differentiated pharmacotherapeutic correction.

**Ключевые слова:** хронический холецистит, гипертоническая болезнь, гемодинамика, кальциевый гомеостаз.

**Key words:** chronic cholecystitis, hypertension, hemodynamics, metabolism of calcium.

УДК 616.89-008.442-055.2: 616.891.7

## СЕКСУАЛЬНО-ЭРОТИЧЕСКАЯ ФОРМА ПЕРВИЧНОЙ СЕКСУАЛЬНОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ ПРИ ОБСЕССИВНО-КОМПУЛЬСИВНОМ РАССТРОЙСТВЕ У ЖЕНЩИН: ВАРИАНТ, ОБУСЛОВЛЕННЫЙ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТЬЮ ЭРОГЕННЫХ ЗОН

Н.В. Гавенко

Харьковский национальный медицинский университет, г. Харьков

Распространенность невроза навязчивых состояний (в МКБ – 10 и DSM-IV – обсессивно-компульсивное расстройство) среди населения по данным [1] составляет 2-3%; по другим сведениям – 2-3% или 1,5-3% [2]. Некоторые считают, что данным расстройством мужчины заболевают в среднем чаще, чем женщины [1]. Однако другие полагают, что расстройство встречается чаще у женщин [2]; некоторые авторы указывают на то, что мужчины и женщины поражаются в равной степени [3]. Обсессивно-компульсивное расстройство, как правило, начинается в молодом возрасте (в 65% до 25 лет) [2] и редко развивается после 40 лет (менее 10% случаев) [1].

Началу заболевания часто предшествует стресс (беременность и роды, смерть члена семьи, сексуальные неудачи), однако в 70% случаев выявить провоцирующий фактор не удается [1]. Расстройство характеризуется хроническим течением, включая постоянные или прогрессирующие симптомы (50%), изменение интенсивности симптомов (25-30%) и рецидивирующий характер (10-15%) [2]. По данным литературы [4] обсессивно-компульсивное расстройство значительно снижает качество жизни пациентов. При тяжелых формах навязчивости отмечается утрата трудоспособности [1]. Проведенный анализ литературных источников показал, что, несмотря на достаточно высокую распространенность обсессивно-компульсивного расстройства в популяции среди лиц трудоспособного возраста, целый ряд вопросов, имеющих непосредственное отношение к возникновению самого расстройства, особенностям его течения, патоморфозу и курабельности остаются до настоящего времени малоизученными.

**Целью** работы был анализ первично и вторично проявляющихся при обсессивно-компульсивном расстройстве у замужних женщин форм сексуальной дезадаптации с учетом специфики этапов жизненного цикла семьи и этапности нормального сексуального адаптогенеза, выявление связи форм нарушений сексуальной адаптации при обсессивно-компульсивном расстройстве с особенностями индивидуального сексуального онтогенеза, сексуального поведения супругов в добрачный период, типами общего и полового воспитания, стилями поведения в родительских семьях и определении стандарта дифференцированной психотерапевтической помощи при обсессивно-компульсивном расстройстве, которое сочетается с коморбидными расстройствами сексуальной функции и нарушением сексуальных отношений (F66.2).

**Материал и методы исследования.** Под нашим наблюдением находились 20 сексуально-дезадаптированных супружеских пар, жены в которых страдали обсессивно-компульсивным расстройством, и где была установлена первичная анозогенная сексуальная дезадаптация, возникающая из-за несостоятельности эрогенных зон у супруги.

Настоящее исследование было проведено с позиций четырехфакторной концепции обеспечения сексуального здоровья [4]. Первичная сексуальная дезадаптация понималась нами как анозогенное нарушение сексуального адаптогенеза, достигшее выраженности клинических проявлений, предшествующее развитию нозогенной формы, в данном случае – обсессивно-компульсивного расстройства. Такое понимание первичности сексуальной дезадаптации не противоречит общепринятым взглядам [4]. Содержательно сексуальная адаптация рассматривалась нами как динамический, этапный процесс достижения супругами сексуального соответствия, установления взаимоприемлемого сексуального стереотипа, обеспечивающего

синхронность стадий копулятивного цикла, адекватное удовлетворение основных психосексуальных потребностей супругов, и максимально возможное принятие стиля сексуального поведения каждого из них на основе системы взаимного положительного оценивания.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Характеризуя психическое состояние больных, следует отметить: преимущественно навязчивые мысли или размышления, составляющие суть обсессивно-компульсивного расстройства (F.42.0) мы наблюдали у 2 пациенток. Преимущественно компульсивные действия (F.42.1) – у 8 пациенток. Смешанные навязчивые мысли и действия (F42.2) были установлены у 10 пациенток. В случае сочетанного проявления обсессий и компульсий во всех случаях имела место тревога. Обсессии и (или) компульсии наблюдались у наших пациенток на протяжении 11-14 дней в течении двух недель. Обсессии (мысли, идеи или образы) и компульсии (действия) включали следующие признаки:

- 1) субъективно они воспринимались больными как возникающие в их собственном разуме, а не навязанные окружающим влиянием или третьими лицами;
- 2) они повторялись и понимались больными как чрезмерные или бессмысленные;
- 3) пациенты пытались противостоять им с разной степенью успешности, но как минимум отмечалась одна обсессия или компульсия, сопротивление которой оказывалось безуспешным;
- 4) компульсивные акты и обсессивные мысли сами по себе не вызывали неприятных ощущений.

Наблюдаемые у наших больных обсессии и (или) компульсии вызывали страдание, мешали социальной и индивидуальной деятельности. Обсессия или компульсия не являлась результатом других психических расстройств, таких как шизофрения или аффективные расстройства. Другими словами, диагноз «Обсессивно-компульсивное расстройство» (F42) у женщин, находившихся под нашим наблюдением, полностью соответствовал критериям МКБ-10.

Как показали наши исследования, в основе сексуально-эротического несоответствия между сексуальными партнерами, которое и составляет суть первичной анозогенной сексуально-эротической дезадаптации, лежали нарушения процесса формирования тактильных сексуальных предпочтений у женщин с обсессивно-компульсивными расстройствами, которые сформировались в процессе индивидуального психосексуального развития, и проявились в виде топической и функциональной несостоятельности эрогенных зон. Эрогенная несостоятельность обусловила неадекватность сексуальной стимуляции во время проведения предварительного, коитального и заключительного периодов при парном взаимодействии и предшествовала появлению невротической симптоматики.

Многие специалисты, описывая эрогенные зоны, рассматривают их как изначально существующие чисто биологические структуры, то есть без анализа процессов их формирования [5, 6]. Мы же разделяем мнение о том, что эрогенная зона – это не только некая периферия, но и процесс психической деятельности; не только анатомическое, а функциональное понятие [7]. Процесс психической оценки тактильных ощущений с эрогенных зон означает, какие ощущения, и с какого участка тела, от какого партнера, при каких условиях, и в каком психоэмоциональном состоянии могут быть восприняты как эротические, а какие – нет. Индивидуальный опыт приобретения навыков такой оценки в процессе психосексуального развития касается следующих аспектов [7]:

а) способности научиться психологически оценивать изначально эмоционально нейтральные или «просто приятные» тактильные ощущения как эротические и сексуально возбуждающие, то есть приводящие к появлению половых реакций. При этом половые реакции увязываются в единую систему «стимул – реакция» и определяются личностью именно как сексуальные.

б) способность выделить для этого особо подходящие участки тела (топография эрогенных зон) и связать с ними эротические ощущения и половые реакции. При нормальном психосексуальном развитии для зрелых (оргазмозапускающих) эрогенных зон характерна их генитальная локализация.

в) наработка определенного стереотипа эротических ощущений (и, соответственно, метода стимуляции эрогенных зон) ведущих к половым реакциям и оргазму. При нормальном психосексуальном развитии характер воздействий на эрогенные зоны и предпочитаемый

стереотип ощущений адекватны реальным коитальным стимулам.

Проведенное нами изучение формирования тактильных предпочтений у женщин с обсессивно-компульсивным расстройством в сексуально-дезадаптированном супружестве с позиций тактильного сексуального нормогенеза [7], позволило выделить у них три клинических типа нарушений тактильных сексуальных предпочтений. В основу типологического выделения мы положили нарушение психосексуального развития по варианту топического расположения и функциональному состоянию (зрелость/незрелость) эрогенных зон, сложившихся в процессе психосексуального реагирования на докоитальный этапе [7]. Первый тип нарушений тактильных сексуальных предпочтений (отсутствия зрелых эрогенных зон). Наблюдался у 4 женщин и характеризовался недоразвитостью и афункциональностью зрелых эрогенных зон (отсутствием участков на теле, стимуляция которых способна привести к оргазму). Такое развитие наблюдалось при коитальной аноргазмии с оргазмической способностью к достижению оргазма только за счет миотонического варианта мастурбации. При этом оргазм произвольно возникал от психоземotionalных стимулов (фантазии) и от миотонических триггерных механизмов (напряжение мышц влагалища), но без механической тактильной стимуляции каких либо участков тела.

Второй тип нарушений тактильных сексуальных предпочтений (топическая неадекватности зрелых внегенитальных эрогенных зон) наблюдался у 4 женщин. Несостоятельность внегенитальных эрогенных зон заключалась в том, что они были неадекватными по топике: участки на теле, стимуляция которых могла запустить оргазм, имелись, но расположены они были внегенитально, и в нормативном партнерском половом акте не участвовали (эрогенная зона – грудь и анальное отверстие). Эрогенные зоны данного типа успешно эксплуатировались при мастурбации, но не в сношении, а само их формирование было связано с особой мастурбаторной техникой.

Третий тип нарушений тактильных сексуальных предпочтений (функциональная неадекватность зрелых генитальных эрогенных зон) наблюдался у 12 женщин. При этом типе было установлено наличие зрелых эрогенных зон, расположенных топографически адекватно (генитально), но метод их стимуляции был слишком специфичен и не соответствовал (или мало соответствовал) коитальным ощущениям. Воллюстические и оргазмические ощущения у 3 женщин с третьим типом нарушений тактильных предпочтений вызывались предметной стимуляцией (струей душа, вибраторами). Подобный метод стимуляции был невозможен (или трудно воспроизводим) партнером при обычном вагинальном сексе. То есть эрогенные зоны были адекватны по топике, но не адекватны по методу стимуляции и стереотипу предпочитаемых тактильных ощущений. Такие эрогенные зоны оказывались неэффективными и несостоятельными в партнерском сексе, они эксплуатировались при мастурбации и сами формировались в результате особой мастурбаторной техники.

У 9 женщин с третьим типом нарушений тактильных предпочтений оргазмические ощущения вызывались мануальной стимуляцией клитора или трением половых органов о постельное белье, но в силу различных предубеждений и сексуальной некомпетентности партнера, привычный для них метод стимуляции был невозможен (или трудно воспроизводим) при вагинальном сексе. Сексуально-эротическое несоответствие при рассматриваемом варианте сексуально-эротической формы сексуальной дезадаптации проявляется с первых половых актов. У женщин с первым типом нарушений тактильных сексуальных предпочтений было установлено: в фазе желаня копулятивного цикла – низкое сексуальное влечение (ослабленное сексуальное желаня) при достаточно выраженном эротическом; в фазе возбуждения – ослабленное половое возбуждение и отсутствие вагинальной секреции; на фазе пенетрации нарушений не было; на фазе оргазма – имела место коитальная аноргазмия - относительное отсутствие оргазма (*anorgasmia relativa* – AORm), т.е. отсутствие оргазма во время близости при возможности его наступления вне полового акта (при миотонической мастурбации и эротическом фантазировании - m). На фазе разрешения – сниженное настроение и желаня скорейшего завершения интимной близости. У всех женщин с первым типом нарушений тактильных сексуальных предпочтений был идентифицирован идеалтипический брачно-пронатальный сексуальный сценарий; дезадаптирующие партнерские сценарные сочетания отсутствовали.

У женщин со вторым типом нарушений тактильных сексуальных предпочтений было установлено: в фазе желаня копулятивного цикла – достаточно высокое сексуальное влечение (выраженное сексуальное желаня); в фазе возбуждения – достаточно половое

возбуждение и наличие вагинальной секреции; в фазе пенетрации – нарушения отсутствовали; в фазе оргазма – имела место коитальная аноргазмия - относительное отсутствие оргазма (anorgasmia relativa – AORm), т.е. отсутствие оргазма во время близости при возможности его наступления вне полового акта (при анальной технике мастурбирования). В фазе разрешения – снижение настроения.

Для женщин со вторым типом нарушений тактильных сексуальных предпочтений были характерны идеалтипический романтический и коммуникативный сексуальные сценарии и отсутствие в паре дезадаптирующих сценарных сочетаний у супругов.

У женщин с третьим типом нарушений тактильных сексуальных предпочтений копулятивный цикл характеризовался следующим образом: в фазе желания у всех было установлено высокое сексуальное влечение (выраженное сексуальное желание); в фазе возбуждения – достаточное половое возбуждение и наличие вагинальной секреции; в фазе пенетрации – нарушения отсутствовали; в фазе оргазма – имела место коитальная аноргазмия - относительное отсутствие оргазма (anorgasmia relativa – AORm), т.е. отсутствие оргазма во время близости при возможности его наступления вне полового акта (при мастурбации). На фазе разрешения – снижение настроения и в ряде случаев (3) – возникновение болевых ощущений после окончания копулятивного цикла мужчины (Genitalgia frustrata – GaF).

У женщин с третьим типом нарушений тактильных сексуальных предпочтений преобладали романтический и коммуникативный сексуальные сценарии и отсутствовали в паре дезадаптирующие сценарные сочетания у супругов. В дальнейшем у всех женщин с первичной сексуально-эротической дезадаптацией наблюдалось отрицательное отношение к половой активности мужа и снижение настроения после полового сношения. Угроза «потери» брачного партнера из-за невозможности удовлетворить и удержать его («я ему не интересна»), а также опасение за судьбу брака для пациенток с брачно-пронатальным сексуальным сценарием являлось психотравмой. Осознание неспособности установить и поддерживать полноценные сексуальные отношения, являлись психотравмирующим фактором для пациенток с романтическим и коммуникативным сексуальным сценарием. Следует также отметить, что во временном аспекте, нарушение сексуального взаимодействия супругов во всех случаях предшествовало развитию невротической симптоматики. У мужчин вследствие сохранения ситуации сексуально-эротического несоответствия, снижается адекватная эрекция, развивается эякуляторная дисфункция в виде ускоренной эякуляции, в ряде случаев эти нарушения сочетаются.

Динамика сексуального адаптогенеза в супружеских парах с рассмотренным вариантом сексуально-эротической неадекватности характеризуется дезадаптивностью и регрессивностью: приспособительные процессы «зависают» на стадии первичной адаптации и не достигают стадии прогрессирующей адаптации. То есть имеет место нарушение нормативного сексуального адаптогенеза.

#### Заключение

Проведенное исследование подтверждает существование клинически самостоятельной, анозогенной первичной формы сексуальной дезадаптации, детерминированной нарушением процесса формирования тактильных сексуальных предпочтений, которые проявляются в виде топической и функциональной несостоятельности эрогенных зон у супруги. Эрогенная несостоятельность обуславливает неадекватность сексуальной стимуляции во время проведения предварительного, коитального и заключительного периодов при парном взаимодействии. В рамках формы выделено три основных типа нарушения тактильных сексуальных предпочтений: отсутствия зрелых эрогенных зон, топическая неадекватность зрелых внегенитальных эрогенных зон и функциональная неадекватность зрелых генитальных эрогенных зон. Различные детерминации сексуально-эротического несоответствия в рамках однотипной по существу клинической формы предполагают использование различных терапевтических методик. Полученные данные должны быть учтены при разработке адекватной системы психотерапевтической коррекции сексуальной дезадаптации супружеской пары, жены в которых страдают обсессивно-компульсивным расстройством.

#### Литература

1. Р. Шейдер Навязчивые состояния // Психиатрия [пер. с англ]. – М. : Практика. – 1998. – С. 58-67.
2. Беялов Ф. И. Психические расстройства в практике терапевта / Ф. И. Беялов. – 3-е изд., доп. – М. : МЕД-пресс-информ. – 2005. – 256 с.

3. Гельдер М. Оксфордское руководство по психиатрии / М. Гельдер ; [пер. с англ. Т. Кучинской, Н. Полищук]. – К. : Сфера. – 1999. – Т. 1. – 300 с.
4. Кришталь В. В. К вопросу о формах первичной сексуальной дезадаптации / В. В. Кришталь // Сб. Сексология и андрология. – 2002. – Вып. 6. – 291 с.
5. Свядоц А. М. Женская сексопатология / А. М. Свядоц. – 6-е изд. – СПб. : Питер. – 1998. – 288 с.
6. Кон И. С. Введение в сексологию / И. С. Кон. – М. : Медицина. – 1988. – 320 с.
7. Екимов М. В. Мастурбация и сексуальные дисфункции / М. В. Екимов. – СПб. : ЗАО «ХОКА». – 2006. – 128 с.

**Реферати**

**СЕКСУАЛЬНО-ЕРОТИЧНА ФОРМА  
ПЕРВИННОЇ СЕКСУАЛЬНОЇ ДЕЗАДАПТАЦІЇ  
ПРИ ОБСЕСИВНО-КОМПУЛЬСИВНОМУ  
РОЗЛАДІ У ЖІНОК: ВАРІАНТ,  
ОБУМОВЛЕНИЙ НЕСПРОМОЖНІСТЮ  
ЕРОГЕННИХ ЗОН**

**Гавенко Н.В.**

Описано сексуально-еротичну форму первинної сексуальної дезадаптації яка обумовлена неспроможністю ерогенних зон у жінок, хворих на obsесивно-компульсивний розлад у сексуально-дезадаптованому подружжі. Встановлено три типи порушень сексуальних тактильних переваг у жінок, які детермінують розвиток сексуально-еротичної невідповідності у подружжів.

**Ключові слова:** первинна сексуально-еротична форма сексуальної дезадаптації, ерогенні зони, obsесивно-компульсивний розлад.

**THE SEXUALLY-EROTIC FORM OF THE  
PRIMARY SEXUAL DISADAPTATION BY  
OBSESSIONLY-COMPULSIVE WOMEN'S  
DISORDER: THE VARIANT WHICH IS  
STIPULATED BY INSOLVENCY OF  
EROGENOUS ZONES**

**Gavenko N.V.**

It is describe sexually-erotic form of the primary (anosognosive) sexual disadaptation with is stipulated by the insolvency of erogenous zones of women with obsessionly-compulsive disorder sexually-disadaptational matrimony in. Thee types of breaches of women's sexual haptic preferences determining of sexually-erotic married couples' disparity development was established.

**Key words:** sexually-erotic form of the primary sexual desadaptation, erogenous zones, obsessionly-compulsive disorder.

УДК: 616.12-008.4+616.25-002:612.43+612.44

**ДИНАМИКА СИСТЕМОГО И РЕГИОНАРНОГО (В ИССЛЕДОВАНИИ *POST MORTEM*)  
СОДЕРЖАНИЯ ТИРОТРОПНОГО ГОРМОНА ГИПОФИЗА, ОБЩЕГО ТИРОКСИНА И  
ОБЩЕГО ТРИЙОДТИРОНИНА В ПРОЦЕССЕ ФОРМИРОВАНИЯ ГИДРОТОРАКСА У  
БОЛЬНЫХ С ЗАСТОЙНОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ**

**С.Е. Глазунов**

**Крымский государственный медицинский университет им. С.И. Георгиевского,  
г. Симферополь**

Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) является наиболее частым и тяжелым осложнением заболеваний сердечно-сосудистой системы [1, 2], что обуславливает преждевременную утрату трудоспособности, раннюю инвалидизацию, значительное уменьшение продолжительности жизни больных и высокий уровень летальности [3]. По данным экспертов ВОЗ, в мире общее число больных с ХСН приближается к 15 млн человек [7]. Существенное снижение смертности от сердечно-сосудистых заболеваний, достигнутое за последние три десятилетия в большинстве индустриальных стран, в том числе и в Украине, не сопровождалось снижением летальности от ХСН, как и снижение госпитализаций по этой причине [18]. Таким образом, ХСН фактически продолжает оставаться летальной стадией сердечно-сосудистой патологии [1, 18].

Особый интерес в контексте настоящего исследования имеют научные данные, документирующие развитие дисбаланса гормонов тироидной линии при многих нетиреоидных заболеваниях, включая патологию сердечно-сосудистой системы [9, 12]. Выделяется несколько форм изменения тироидного гомеостаза, для обозначения которых