

УДК 616.89-008:616.69-008.1-092

РОЛЬ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ В ПАТОГЕНЕЗЕ ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ ПРИ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИИ

В.В. Клочай, В.Н. Крупин, кафедра урологии ГОУ ВПО «Нижегородская государственная медицинская академия Минздравсоцразвития»

Клочай Владимир Викторович – e-mail: klochayv@mail.ru

Цель исследования. Оценить роль психо-эмоциональных нарушений в генезе эректильной дисфункции при цереброваскулярных заболеваниях. Материалы и методы. Проведено обследование трех групп больных в зависимости от характера нарушений мозгового кровообращения. Для уточнения механизма нарушения эрекции у пациентов с цереброваскулярными заболеваниями произведено обследование их психоэмоционального статуса. Результаты. Проведенное психологическое тестирование больных с цереброваскулярной патологией показало различную степень участия личностных изменений в формировании и развитии эректильной дисфункции. Заключение. Если для больных ДЭ психическая составляющая является не ведущим, а лишь фоновым фактором в формировании эректильной дисфункции, то у больных ишемическим инсультом с нарушением эрекции выявляются ярко выраженные сдвиги личности в сторону невротизации, ипохондрии и истерии, что само по себе может явиться причиной нарушения эрекции.

Ключевые слова: цереброваскулярная патология, психоэмоциональные нарушения, эректильная дисфункция.

The purpose of the research. To estimate the role of psychoemotional disorders in the genesis of erectile dysfunction at cerebrovascular pathology. Materials and methods. There has been carried out the examination of three groups of patients depending on the character of cerebral circulation. The patients' psychoemotional status has been examined for the specifying of the mechanism of erection disorders of patients with cerebrovascular diseases. The conclusion. For the patients with DE the psychic component is not a leading, but a background factor in the formation of erectile dysfunction. And for the patients sick with ischemic stroke with erection disorders the strongly marked disarrangement of personality towards neurotization, hypochondria, hysteria (that itself can be the reason for erection disorders) is observed.

Key words: cerebrovascular pathology, psychoemotional disorders, erectile dysfunction

Актуальность проблемы. Проблема нарушений эректильной функции у больных с цереброваскулярной патологией является актуальной в силу высокой частоты этого заболевания среди мужчин молодого и среднего возраста. Сексуальная дисфункция у больных с сосудистой патологией головного мозга в свете современных представлений может рассматриваться как проявление психо-эмоциональных расстройств. Однако, учитывая тот факт, что само заболевание головного мозга чаще всего возникает на фоне уже имеющегося системного атеросклероза, нельзя исключить в патогенезе нарушений эрекции поражение сосудистого русла собственно полового члена, и поражение всех остальных зве-

ньев механизма эрекции. Нарушение эрекции само по себе вызывает значительные психические изменения личности мужчин, а у больных с нарушением кровоснабжения головного мозга эти изменения усугубляют течение основного заболевания. Почти во всех эпидемиологических исследованиях, посвященных эректильной дисфункции, выявлена связь ее возникновения с артериальной гипертензией и атеросклерозом. Более того, по мнению некоторых авторов, выявление эректильной дисфункции может свидетельствовать о наличии у пациента одного из этих заболеваний в скрытой форме [1]. По данным A.J. Cuellar De Leon et al. (2002), полученным в результате анкетирования 512 пациентов

в возрасте от 30 до 86 лет (средний возраст 63,4 года), ЭД встречается у 46,5% пациентов с артериальной гипертензией. В исследовании M. Burchardt с соавт. (2000) среди 476 пациентов в возрасте от 34 до 75 лет (в среднем — 62,2 года) 84,8% были сексуально активны и 68,3% имели эректильную дисфункцию различной выраженности (7,7% — умеренную, 15,4% — выраженную и 45,2% — тяжелую), что существенно превышает популяционный уровень. По данным A. Roth с соавт. (2003) частота эректильной дисфункции среди больных артериальной гипертензией составляет 46%. Такой высокий процент сексуальных нарушений при гипертонической болезни обусловлен, с одной стороны, наличием нервно-психических расстройств у этой категории пациентов [2, 3], а с другой стороны — наличием существенных изменений сосудистого русла полового члена, в значительной степени связанных с повышением регионального тонуса [4].

Следовательно, существующая точка зрения о природе сексуальных нарушений вообще и эректильной дисфункции в частности при цереброваскулярной патологии не соответствует современным представлениям о патогенезе нарушения эрекции и не может быть использована в выборе адекватной терапии этих пациентов.

Цель исследования

На основании комплексного клинического обследования пациентов с цереброваскулярной патологией оценить роль психоэмоциональных нарушений в генезе эректильной дисфункции при этих заболеваниях.

Материал и методы

С целью выявления частоты сексуальных нарушений и их характеристики у больных с цереброваскулярной патологией произведено анкетирование 1086 мужчин в возрасте 36–71 года. В зависимости от выраженности нарушений церебральной гемодинамики и согласно отечественной классификации сосудистых заболеваний головного мозга [5], пациенты разделены на три группы. Одну группу составили 347 человек с начальными проявлениями недостаточности мозгового кровообращения (НПНМК), другую группу — больные с дисциркуляторной атеросклеротической и/или гипертонической энцефалопатией 2-й стадии (ДЭ) (528 пациентов). Больные с первой стадией ДЭ исключены, так как при этом нарушении сложно отличить от НПНМК, а третья стадия ДЭ нередко осложняется инсультом. И третью группу составили 163 пациента с перенесенным ишемическим инсультом (ИИ), острые проявления которого были купированы и больные проходили реабилитацию (геморрагический инсульт исключен, так как он встречается лишь в 15–20% всех инсультов и сопровождается выраженным неврологическим дефицитом). Основная масса пациентов была молодого и среднего возраста при каждом из цереброваскулярных нарушений.

Для уточнения механизма нарушения эрекции у пациентов с цереброваскулярными заболеваниями произведено обследование всех систем, принимающих участие в развитии и удержании эрекции. Комплекс обследования больных вклю-

чал клинические урологические, кардиологические, неврологические и сексологические методики, используемые в медицинской практике.

В целях изучения психологических особенностей личности больных с цереброваскулярными заболеваниями проводилось тестирование по методике Миннесотского многофакторного опросника личности (MMPI — Minnesota Multiphasic Personality Inventory) в адаптированном на русский язык варианте [6]. Обследование пациентов включало в себя изучение состояния центральной и периферической нервной системы, состояние центральной и регионарной гемодинамики, состояние гемодинамики непосредственно полового члена. Нейрофункциональное состояние коры головного мозга оценивали с помощью электроэнцефалографии (ЭЭГ). О состоянии афферентного и эфферентного отделов соматической нервной системы, а также о состоянии мотонейронов спинного мозга судили по результатам электромиографического исследования мышц нижних конечностей и по результатам электромиографии бульбокавернозного рефлекса. Состояние общего вегетативного тонуса оценивали на основании кардиоинтервалографии. Состояние гемодинамики полового члена оценивали на основании ультразвуковой доплерографии артерий и вен полового члена и реофаллографии. Части больным по показаниям были выполнены динамические кавернозограммы и спонгиограммы. Андрогенную функцию гипофиза и яичек оценивали на основании определения уровня половых гормонов в крови.

Результаты и обсуждения. По данным настоящего исследования, расстройство эрекции отмечено у 87,7% больных ДЭ, 43,2% больных с начальными проявлениями недостаточности мозгового кровообращения и 63,2% больных, перенесших ишемический инсульт. Основная масса пациентов при каждом проявлении недостаточности кровоснабжения головного мозга находилась в молодом и среднем возрасте (Классификация Европейского регионального бюро ВОЗ, 1973). Клинические проявления сексуальных нарушений при цереброваскулярных заболеваниях у мужчин характеризуются полиморфностью жалоб, сочетанием поражения нескольких составляющих копулятивного цикла. Однако ведущее место при этом занимает нарушение эректильной функции, которое отмечали 97,1% больных с ДЭ, 68,6% с НПНМК и все пациенты с ишемическим инсультом. Преобладание эректильных нарушений в структуре сексуальных расстройств у больных с цереброваскулярными заболеваниями свидетельствует о соматической природе этих нарушений. Наиболее тяжелые расстройства эрекции имели больные с ишемическим инсультом в анамнезе, у которых 2-я и 3-я степень нарушения половой функции отмечена в 93,1% случаев, причем 59,2% больных были полностью лишены возможности жить половой жизнью. Нарушения половой функции у больных с дисциркуляторной энцефалопатией также значительны — 77,4% пациентов имели 2-ю и 3-ю степень сексуальных нарушений. Среди больных с

начальными проявлениями недостаточности мозгового кровообращения только 4 человека были лишены возможности совершать половые акты, а большинство пациентов (54,0%) имели 1-ю степень нарушения половой функции. Связь сексуальных нарушений с началом и течением цереброваскулярных заболеваний, на которую указывают большинство пациентов, подтверждает наличие общих этиологических факторов, цереброваскулярных нарушений и расстройств эрекции.

По методике ММРІ тестированы 86 больных ДЭ, 59 НПНМК и 56 больных ИИ, разделенных на группы в зависимости от состояния эрекции. Группу контроля составили 23 больных эректильной дисфункцией 24–67 лет, не имеющих соматических заболеваний. Эта группа не выделялась по признаку акцентуаций личности, что позволило проводить сравнение психологического профиля по всему контингенту больных, отличительной чертой которых являлось наличие или отсутствие соматических заболеваний. Для дальнейшего исследования были отобраны тесты, отвечающие требованиям достоверности по оценочным шкалам (L,F,K<80T). Усредненные профили во всех группах характеризовались достаточно выраженным подъемом по шкале F (60–75T-баллов) при уровне шкал L и K менее 50T-баллов. Это свидетельствовало о внутренней напряженности, плохо организованной активности, недовольстве ситуацией со стремлением привлечь внимание, призвать к помощи, подсознательном преувеличении имеющихся личностных проблем, напряжении механизмов психологической защиты. Клинические шкалы в основном были расположены в пределах колебаний статистической нормы (50T±2), в отдельных случаях незначительно превышая ее (до 76T-баллов).

Усредненный профиль личности больных ДЭ с нарушением эрекции (рис. 1а) внешне мало отличался от усредненного профиля личности больных ДЭ с нормальной эрекцией (рис. 1б), однако при статистической обработке результатов психологического тестирования (таблица 1) установлено, что у больных с нормальной эрекцией имеются достоверные отличия большинства шкал от больных с нарушенной эрекцией.

Это свидетельствует о том, что наличие эректильной дисфункции модулирует исходный тип личности, несколько сглаживает типичные черты «поведения А», приближая график к усредненному профилю личности больных эректильной дисфункцией без соматических заболеваний. В то же время у больных ДЭ с нарушением эрекции сохранились достоверные отличия ($p<0,001$) от профиля личности этой группы пациентов в виде пиков по шкалам 1 и 6, типичным для контингента больных ДЭ.

Это позволяет утверждать, что психологические изменения личности больных ДЭ не являются ведущими в формировании эректильных нарушений, а служат лишь отражением наличия патологического процесса.

Профиль личности больных с начальными проявлениями недостаточности мозгового кровообращения отличался более высокими значениями шкалы F и характеризовался

подъемами шкал 1, 6, 7, 8, что свидетельствует о более выраженных психических нарушениях у этой категории больных, по сравнению с больными ДЭ.

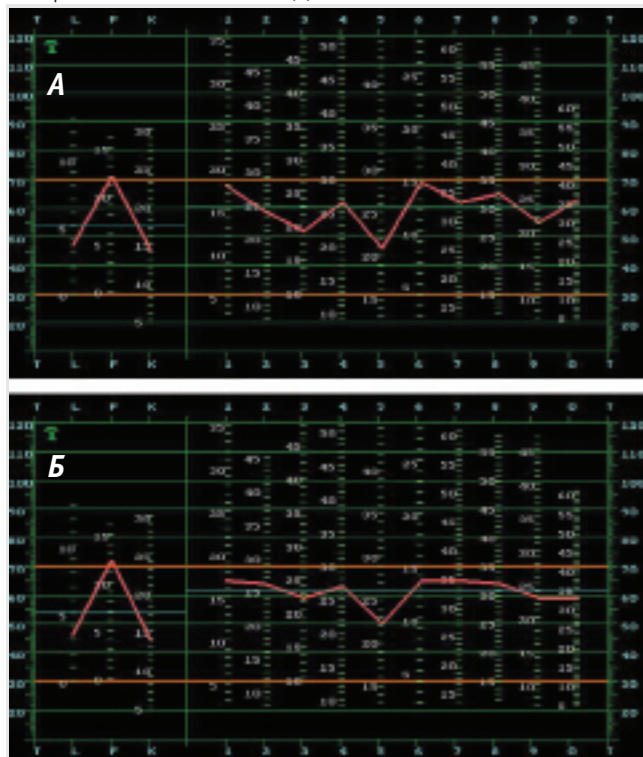


РИС. 1.
Усредненный профиль личности больных ДЭ с нарушением эрекции (а) и усредненный профиль личности больных ДЭ с нормальной эрекцией (б).

ТАБЛИЦА 1.
Показатели профиля личности ММРІ больных с дисциркуляторной энцефалопатией в зависимости от состояния эрекции ($M\pm m$)

ШКАЛЫ	Больные с нормальной эрекции n=31	Больные с нарушенной эрекции n=55	Больные эректильной дисфункцией соматически здоровые n=23	P1-2	P2-3	P1-3
L	47,42±1,494	46,42±1,625	45,71±1,304	>0,5	>0,5	<0,2
F	70,71±6,252	71,78±3,513	68,00±2,305	>0,5	<0,2	>0,5
K	46,85±2,668	44,00±1,293	46,33±1,803	>0,5	<0,2	>0,5
1	68,14±1,957	65,14±3,168	54,00±1,085	<0,2	<0,001	<0,001
2	59,14±3,225	63,55±2,036	61,90±1,748	<0,2	>0,5	<0,2
3	51,77±1,665	58,90±2,715	50,54±3,070	<0,02	<0,05	>0,5
4	61,71±3,122	63,35±2,331	61,00±1,915	>0,5	<0,2	>0,5
5	46,42±3,108	50,00±1,996	50,30±2,825	<0,2	>0,5	<0,2
6	68,87±4,576	64,71±3,412	52,40±3,603	<0,2	<0,01	<0,001
7	61,85±1,957	65,10±3,096	56,33±1,537	<0,2	<0,01	<0,02
8	64,75±4,821	63,95±3,154	61,40±2,187	>0,5	>0,5	>0,5
9	54,75±2,548	58,85±1,987	56,12±0,953	<0,2	<0,2	>0,5
0	63,14±1,682	59,27±1,737	57,90±1,516	<0,1	>0,5	<0,02

Повышение кривой профиля «невротической триады»: ипохондрии, тревоги-депрессии и истерии является характерным для больных гипертонической болезнью [7], которая присутствует у большинства больных с НПНМК. У больных

НПНМК с нормальной эрекцией (рис. 2) были выявлены подъем шкалы 3 и относительное снижение 0 шкалы, что, по-видимому, можно расценить как повышение устойчивости психосоциальной адаптации за счет коммуникабельности, демонстративности поведения, облегчения проигрывания социальных ролей. У больных НПНМК с нарушением эрекции значительно выше уровень тревожности, ригидности аффекта, психастении. Шкала социальной интраверсии составляет 61Т, что выше, чем у больных эректильной дисфункцией без соматических заболеваний (58Т) и у НПНМК с нормальной эрекцией (53Т) ($p < 0,1$). Подобные особенности свидетельствуют о тревожно-депрессивных, астенических состояниях, замкнутости, построении трудно корригируемых собственных концепций болезни («внутренняя картина заболевания»). При сопоставлении статистически обработанных показателей ММРІ больных с НПНМК (таблица 2) отмечено статистически достоверное различие между группами пациентов в зависимости от состояния эрекции по шкалам 1, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 0. Характерным является то, что у больных с нормальной эрекцией профиль личности по шкалам 1, 3, 5, 6, 8 и 9 значительно выше, чем у больных с нарушенной эрекцией, у которых он приближается к профилю личности больных эректильной дисфункцией без соматических заболеваний.

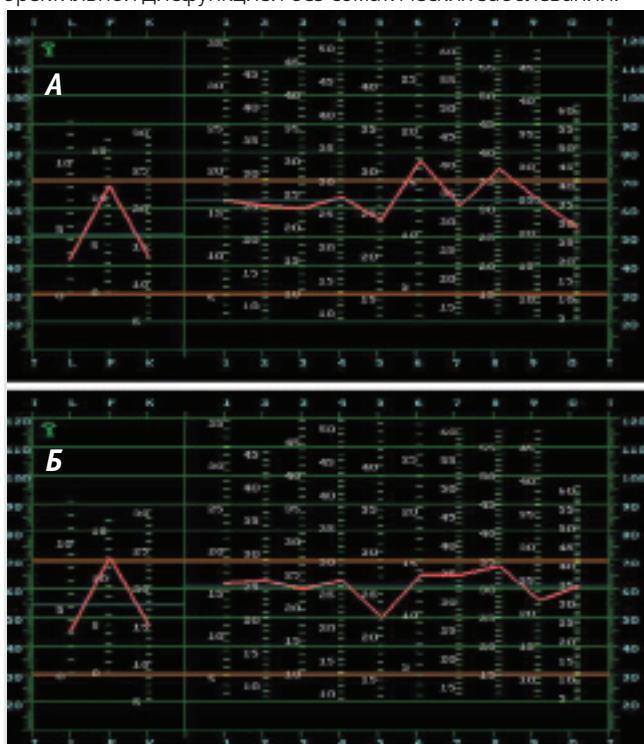


РИС. 2.
Усредненный профиль личности больных с НПНМК с нарушением эрекции (а) и нормальной эрекцией (б).

Это подтверждает участие эректильных нарушений в формировании личности больных с НПНМК и сексуальными расстройствами.

В группе больных с ишемическим инсультом профиль личности характеризуется в основном повышением шкалы F до

77,00±4,520 Т-баллов. Профиль личности больных с нормальной эрекцией в большинстве клинических шкал не выходил за пределы 30–70 Т-баллов, что соответствовало нормальному распределению черт характера, за исключением некоторого повышения по шкале 6 до 73,25±3,559 Т-баллов. Умеренные пики по шкалам 4 и 8, снижение по 7 и 9 шкалам в совокупности с ранее описанными особенностями свидетельствует о ригидности аффекта, эмоциональной холодности, дистантности поведения, импульсивности на фоне субдепрессивных тенденций. В группе больных ишемическим инсультом с выраженными нарушениями эрекции контур графика в основном сохранялся, но тенденции к подъему шкал психотической триады, имевшие место у пациентов с нормальной эрекцией, превращались в выраженные нарушения психологического гомеостаза на уровне акцентаций характера, граничащих с психопатиями. На фоне паранойяльных проявлений усиливались проявления аутизма, шизоидных построений, ипохондрии (рис. 3).

ТАБЛИЦА 2.
Показатели профиля личности ММРІ больных с начальными проявлениями нарушений мозгового кровообращения в зависимости от состояния эрекции (M±m)

ШКАЛЫ	Больные с нормальной эрекцией n=28	Больные с нарушенной эрекцией n=31	Больные дисфункцией соматически здоровые n=23	P1-2	P2-3	P1-3
L	41,66±4,055	45,20±1,937	45,71±1,304	<0,2	>0,5	<0,2
F	67,66±4,910	70,46±4,036	68,00±2,305	>0,5	>0,5	>0,5
K	43,00±8,505	46,61±2,485	46,33±1,803	>0,5	>0,5	>0,5
1	63,33±2,404	62,07±2,144	54,00±1,085	>0,5	<0,001	<0,001
2	61,00±7,000	62,83±2,823	61,90±1,748	>0,5	<0,2	>0,5
3	69,50±1,500	59,61±1,842	50,54±3,070	<0,01	<0,2	<0,001
4	64,00±5,292	63,38±2,877	61,00±1,915	>0,5	<0,2	>0,5
5	56,00±1,000	50,14±2,467	50,30±2,825	<0,02	>0,5	<0,05
6	76,66±4,842	64,53±3,452	52,40±3,603	<0,05	<0,02	<0,001
7	61,33±2,728	64,85±2,145	56,33±1,537	<0,2	<0,001	<0,1
8	73,66±2,028	67,57±2,731	61,40±2,187	<0,05	<0,05	<0,001
9	63,00±3,000	56,14±1,650	56,12±0,953	<0,05	>0,5	<0,05
0	52,66±2,963	61,33±2,530	57,90±1,516	<0,02	<0,2	<0,1

Достоверные различия между группами больных ишемическим инсультом в зависимости от состояния эрекции (таблица 3) свидетельствуют о значительном усилении психологических особенностей личности вплоть до патологических у больных с нарушенной эрекцией. Это обусловлено тем, что уход в болезнь, ипохондрические сдвиги личности, взаимодействуя с длительными переживаниями отрицательных эмоций и склонностью к построению собственной концепции болезни, создает «порочный круг», многократно усиливая возникшие труднокорригируемые сдвиги, характерные для профиля личности данной категории больных.

Таким образом, наличие выраженных психических нарушений у пациентов с ишемическим инсультом обусловлено

не только основным заболеванием, но и развившейся вследствие него эректильной дисфункцией.

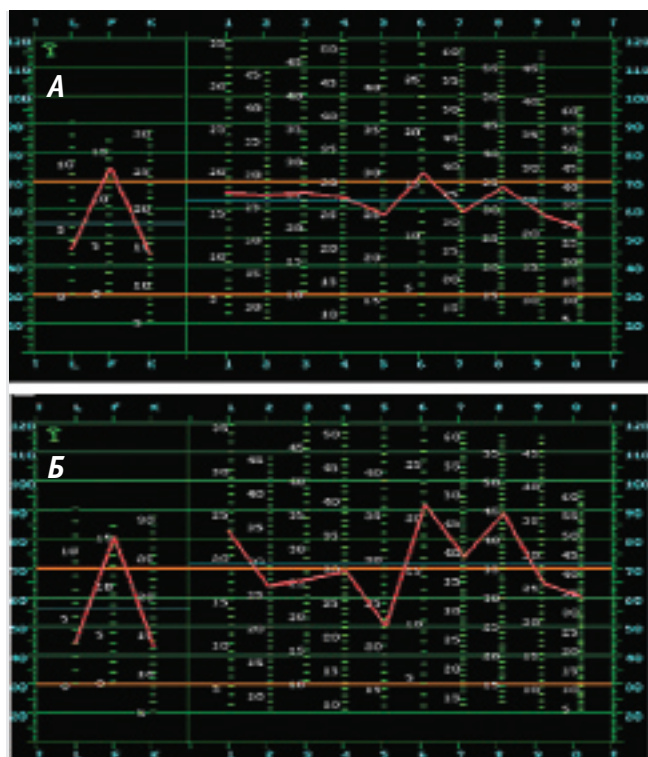


РИС. 3.
Усредненный профиль личности больных ишемическим инсультом с эректильной дисфункцией (а) и нормальной эрекцией (б).

ТАБЛИЦА 3.
Показатели профиля личности ММРІ больных с ишемическим инсультом в зависимости от состояния эрекции ($M \pm m$)

ШКАЛЫ	Больные с нормальной эрекцией n=27	Больные с нарушенной эрекцией n=29	Больные дисфункцией соматически здоровые n=23	P1-2	P2-3	P1-3
L	46,25±4,742	44,33±2,333	45,71±1,304	>0,5	>0,5	>0,5
F	74,77±5,816	81,00±2,082	68,00±2,305	<0,2	<0,2	<0,2
K	44,12±2,594	43,66±1,856	46,33±1,803	>0,5	>0,5	>0,5
1	65,75±4,118	83,33±2,906	54,00±1,085	>0,01	<0,001	<0,01
2	64,75±3,504	63,50±2,500	61,90±1,748	>0,5	<0,2	>0,5
3	65,71±4,607	65,66±1,453	50,54±3,070	>0,5	<0,2	<0,001
4	64,12±2,906	69,00±1,000	61,00±1,915	<0,1	>0,1	>0,5
5	57,75±3,283	50,33±4,333	50,30±2,825	<0,2	>0,5	<0,1
6	73,25±3,559	92,66±11,56	52,40±3,603	<0,01	<0,001	<0,001
7	59,28±2,090	74,00±8,083	56,33±1,537	<0,1	<0,001	<0,1
8	68,25±3,395	88,66±8,353	61,40±2,187	<0,01	<0,001	<0,001
9	58,37±3,207	64,66±4,667	56,12±0,953	<0,2	<0,1	<0,05
0	53,37±2,777	59,66±2,728	57,90±1,516	<0,1	<0,2	<0,1

Заключение

Итак, проведенное нами психологическое тестирование трех групп больных с цереброваскулярной патологией показало различную степень участия личностных изменений в формировании и развитии эректильной дисфункции. У больных с дисциркуляторной энцефалопатией и нарушением эрекции профиль личности сочетает в себе черты, характерные как для больных ДЭ, так и для больных эректильной дисфункцией, тем самым подчеркивая взаимное влияние этих нарушений друг на друга. Причем формирование профиля личности больных ДЭ больше зависит от тяжести самого заболевания, чем от наличия эректильной дисфункции. Если для больных ДЭ психическая составляющая является не ведущим, а лишь фоновым фактором в формировании эректильной дисфункции, то у больных ишемическим инсультом с нарушением эрекции выявляются ярко выраженные сдвиги личности в сторону невротизации, ипохондрии и истерии, что само по себе может явиться причиной нарушения эрекции. Для больных с начальными проявлениями нарушений мозгового кровообращения характерна повышенная тревожность, мнительность, склонность к депрессивному состоянию, что значительно усиливается при наличии эректильной дисфункции. Наличие в характере больных НПНМК тревожно-депрессивных черт, замкнутости, склонности к построению труднокорректируемых собственных концепций болезни может явиться основой для возникновения психогенной эректильной дисфункции и значительно усугубляет эректильные нарушения при наличии органических причин.

МА

ЛИТЕРАТУРА

1. Nusbaum M.R. Erectile dysfunction: prevalence, etiology, and major risk factors. J. Am. Osteopath. Assoc. 2002. Vol. 102 (12 Suppl 4). S. 1–6.
2. Вагнер Г., Грин Р. Импотенция: физиология, психология, хирургия, диагностика, лечение. М.: Медицина, 1985. 240 с.
3. Грачев И.Д. Церебральный атеросклероз и гипертоническая болезнь как психосоматическая основа формирования сексуальной дисгармонии. Половое воспитание, сексуальное здоровье и гармония брачно-семейных отношений. Тез. докл. Респ. научной конф. К. 1990. С. 128–130.
4. Кочубей С.И., Алексеев А.В. Использование реофаллографии при обследовании больных эректильной дисфункцией. Актуальные аспекты диагностики, организации лечебного процесса и реабилитации больных с сексуальными расстройствами. Тез. докл. 4 обл. научно-практической конф. сексопатологов. Харьков. 1990. С. 168–169.
5. Шмидт Е.В., Максудов Г.А. Классификация сосудистых поражений головного и спинного мозга. Журн. невропатологии и психиатрии. 1971. № 1. С. 3–12.
6. Шмидт Е.В. Сосудистые заболевания нервной системы. М.: Медицина, 1975. 664 с.
7. Березин Ф.Б., Мирошников М.П., Рожанец Р.В. Методика многостороннего исследования личности. М. 1976. 186 с.
8. Цикулин А.Е., Зиньковский А.К. Особенности некоторых показателей, характеризующих психический и соматический статус больных гипертонической болезнью. Тер. архив. 1986. № 11. С. 22–25.