

ПСИХИЧЕСКИЕ НЕПСИХОТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У ЖЕНЩИН  
С ХРОНИЧЕСКИМ САЛЬПИНГООФОРИТОМ И СЕКСУАЛЬНЫМИ ДИСФУНКЦИЯМИ

Вячеслав Анатольевич Куташов<sup>1</sup>, Владислав Геннадьевич Коновалов<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко,  
кафедра психиатрии, наркологии и психотерапии ИДПО,  
394036, г. Воронеж, ул. Студенческая, д. 10, e-mail: kutash@mail.ru,

<sup>2</sup>Воронежский областной клинический психоневрологический диспансер, кабинет  
семейного врачебно-психологического консультирования Воронежской области,  
394000, Воронеж, ул. 20 лет Октября, д. 73, e-mail: medsexvrnobl@mail.ru

Реферат. Рассмотрено взаимное влияние пограничной психопатологии (психических непсихотических расстройств), хронического сальпингоофорита и сексуальных расстройств у женщин. Из 100 женщин с хроническим сальпингоофоритом невротические расстройства выявлялись в 50% случаев, сексуальные дисфункции – в 67%. Невротические расстройства у женщин с хроническим сальпингоофоритом были представлены следующими нозологическими единицами: соматоформные расстройства (F45) – 29,9%, тревожно-фобическое расстройство (F40) – 22,4%, конверсионное расстройство (F44) – 14,9%, неврастения (F48.0) – 7,5%.

Ключевые слова: невротические расстройства, хронический сальпингоофорит, сексуальные расстройства у женщин.

NONPSYCHOTIC MENTAL DISORDERS OF WOMEN  
WITH CHRONIC SALPINGO-OFORITIS AND SEXUAL  
DYSFUNCTIONS

Vyacheslav A. Kutashov<sup>1</sup>, Vladislav G. Kononov<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Voronezh State Medical University named after N.N. Burdenko,  
Department of psychiatry, narcology and psychotherapy,  
394036, Voronezh, Studencheskaya street, 10,  
e-mail: kutash@mail.ru, <sup>2</sup>Voronezh regional clinical  
psychoneurological dispensary, office of family psychological  
consulting of the Voronezh region, 394000, Voronezh, 20 years  
of October street, 73, e-mail: medsexvrnobl@mail.ru

The article discusses the mutual influence of the border psychopathology (neurotic disorders), chronic salpingo-ophoritis and sexual disorders in women. Of the 100 women with chronic salpingo-ophoritis neurotic disorders were found in 50% of cases, and sexual dysfunctions in 67%. Neurotic disorders in women with chronic salpingo-ophoritis were presented by the following nosologic units: somatoform disorders (F45) – 29,9%, phobic anxiety disorders (F40) – 22,4%, conversion disorder (F44) – 14,9%, neurasthenia (F48.0) – 7,5%.

Key words: psychopathology, mental disorders, neurotic disorders, chronic salpingo-ophoritis, sexual dysfunctions at women.

В последнее время женским сексуальным проблемам стало уделяться большее внимание [1, 2, 7, 10], однако вопросы взаимосвязи гинекологических заболеваний с психическими и сексуальными расстройствами требуют дальнейшего изучения [6, 7, 9]. Хронический сальпингоофорит (ХСО, аднексит или воспаление придатков матки) – самое распространённое гинекологическое заболевание [2, 3, 5]. Во всех современных исследованиях акцент делается на изучении пограничной психопатологии при хронической тазовой боли и/или гинекологических заболеваниях [4-6, 8, 11], в которых отдельно ХСО практически не выделяется. Актуальность данного исследования определяется широкой распространённостью и многообразием психических непсихотических расстройств у женщин с ХСО и сексуальными дисфункциями, недостаточной их структурированностью и изученностью взаимовлияния гинекологической и сексологической патологии.

Среди методов исследования использовались клинико-психопатологический и экспериментально-психологический с помощью батареи психологических тестов: ММРІ-566 «Иматон» [электронный вариант], шкалы М. Гамильтона, шкалы астенического состояния (ШАС) Л.Д. Малковой–Т.Г.Чертовой, опросника Ч.Д. Спилберга–Ю.Л. Ханина, теста личностных акцентуаций В.П. Дворщенко (модифицированный тест А.Е. Личко), а также клинико-сексологический с применением модифицированной карты сексологического обследования И.Л. Ботневой, шкалы векторного определения половой конституции

и карты эрогенных зон В.П. Здравомыслова. Помимо этого, использовались гинекологический и статистический методы.

Для решения поставленных задач было обследовано 100 женщин от 18 до 38 лет, у которых были диагностированы ХСО, аднексит, воспаление придатков матки в гинекологических отделениях ЦРБ Воронежской области и женских консультациях г. Воронежа, а также из числа обратившихся за сексологической помощью в Областной кабинет семейного врачебно-психологического консультирования ГУЗ ВО «Воронежский областной клинический психоневрологический диспансер». У 67 (67%) женщин были сексуальные расстройства, у 33 (33%) – сексуальные и психические нарушения отсутствовали (контрольная группа). Кроме того, было обследовано 32 половых партнёра 100 женщин, обратившихся вместе с ними на приём. Пациентки с ХСО (n=100) в зависимости от этиологии сексуальных дисфункций были подразделены на три группы: 1-я (17 чел.) – с органической сексуальной дисфункцией (органическая диспарейния), но без психопатологии, 2-я (20) – с нозогенными сексуальными дисфункциями (ХСО выступал как психотравмирующий фактор, ведущий к развитию сексуальных расстройств, так и непосредственно сам ХСО вызывал спаечный процесс, обуславливающий на фоне психопатологии смешанные сексуальные расстройства), 3-я (30) – с дебютом сексуальных дисфункций, развившихся на фоне невротических расстройств, существовавших задолго до ХСО, но присоединение воспалительной патологии гениталий утяжеляло проявления сексуальных дисфункций, 4-я, контрольная (33) – с ХСО, но без сексуальных и невротических нарушений.

В результате проведенного исследования были выявлены, уточнены и дополнены клинические закономерности формирования психических непсихотических расстройств у женщин с ХСО. Сексуальные расстройства имели место у 67% пациенток из 100 женщин с ХСО. Однако не все сексуальные расстройства были вызваны воздействием органического фактора, хронического воспаления придатков матки. Обнаруживались сексуальные расстройства, изначально проявлявшиеся психопатологическими (невро-

тическими) расстройствами со смешанной (органико-психогенной) этиологией. Осевыми сексуальными расстройствами у женщин с ХСО были диспарейния органического генеза (в 1-й группе), снижение либидо (во 2-й), оргазмическая дисфункция и снижение либидо (в 3-й).

Невротические расстройства определялись у 50% женщин с ХСО (n=100): соматоформные расстройства (F45) – у 20 (29,9%), включая соматизированное и ипохондрическое расстройства (по 10 человек), тревожно-фобическое расстройство (F40) – у 15 (22,4%), конверсионное расстройство (F44) – у 10 (14,9%), неврастения (F48.0) – у 5 (7,5%). Таким образом, у женщин с ХСО преобладали соматоформные расстройства.

По длительности течения невротические расстройства распределялись следующим образом: во 2-й группе (20 чел.) –  $1,7 \pm 0,2$  (от 0,2 до 3) года; в 3-й группе (30 чел.) –  $9,2 \pm 0,7$  (от 3 до 20) года. Общая длительность ХСО во 2-е группе составляла  $3,7 \pm 0,5$  (от 0,6 до 7) года, в 3-й –  $4,5 \pm 0,6$  (от 1 до 12) года. Разница между длительностью ХСО и возникновением сексуального расстройства во 2-й группе равнялась  $3,7 \pm 0,3$  (от 2 до 6) года [смешанные] и  $1,7 \pm 0,3$  (от 0,2 до 3) года [психогенные], в 3-й группе –  $5,1 \pm 0,6$  (от 2 до 9) года [смешанные] и  $3,3 \pm 0,3$  (от 1 до 8) года [психогенные], а между возникновением невротического и психогенного сексуального расстройства – соответственно 0 и  $1,9 \pm 0,2$  (от 0 до 4) года.

Для дифференциальной диагностики соматизированного и ипохондрического расстройств в рамках всех соматоформных нарушений можно выделить соматопсихические признаки (алгическое психогенное сексуальное расстройство диспарейния, соматические сенсации и сенестопатии в гениталиях у женщин с ХСО) и аутопсихические феномены (сверхценные идеи, обсессивные мысли и страхи – фобии).

Соматизированное расстройство – СР (F45.0) у женщин с ХСО привело к психогенной диспарейнии. Женщины жаловались на множественные, меняющиеся и постоянные соматические ощущения в области придатков матки, которые интерпретировались в рамках симптоматических сенестопатий – крайне неприятных, тяжёлых, без чёткой локализации. Присутствовали своеобразные ощущения («что-то жжёт, скручивает,

давит, режет») только на входе во влагалище, без чёткой локализации, для которой врачи акушеры-гинекологи не находили соматической основы. Из-за этих своеобразных ощущений женщины, особенно с чувствительной личностной акцентуацией, часто уклонялись от интимной близости.

При ипохондрическом расстройстве – ИР (F45.2) женщины как с момента возникновения ХСО, так и после его лечения жаловались на гинекологическое заболевание, добиваясь от врачей дополнительных методов обследования (сальпингография, гистеросальпингография, УЗИ) и лечения (особый акцент они делали на физиопроцедуры, гомеопатию и народные методы). Больше всего они боялись обнаружения у себя нераспознанного тяжёлого заболевания. В отличие от соматизированного расстройства, пациентки испытывали не только значительный дискомфорт из-за соматического недуга, но и навязчивый страх перед доброкачественным (эндометриоз, фибромиома) или злокачественным новообразованием, которое, как они думали, ещё не диагностировано, но скрывается под видом ХСО, а также перед вирусной инфекцией, передающейся половым путём. Основным мотив их обращения к врачам состоял в том, чтобы подтвердить собственные опасения и провести радикальное и быстрое лечение, «пока нераспознанная болезнь ещё не запущена».

Тревожно-фобическое расстройство – ТФР (F40) проявлялось фобией и тревогой, в большей степени на гинекологическое заболевание и его последствия, тягостными, стереотипными, навязчивыми мыслями о своей сексуальной неполноценности. На развитие сексуальных расстройств у них оказывали также влияние высокий уровень тревоги и депрессии. Выраженный уровень напряжённости, невозможность расслабиться и «настроиться» при половом акте, а также одновременное существование фобий блокировали наступление оргазма. ТФР (n=15) выявлялось у 10 (66,7%) психастеников и у 5 (33,3%) лиц с истерическими чертами характера.

Конверсионное расстройство – КР (F44) у женщин с ХСО выражалось в эмоциональной напряжённости, яркой драматизации гинекологических и сексологических жалоб, неудовлетворенности окружающим. Из-за эмоциональной

лабильности им было сложно длительное время сдерживать свои положительные эмоции и влечение к одному половому партнёру. Наряду с невротическими симптомами на формирование сексуальных расстройств оказывали влияние изменение физической чувствительности в гениталиях, повышенная, яркая, но однообразная аффективность, подсознательный механизм «условной желательности» с некоторым отвращением к сексуальной активности на фоне коитальных болей и эмоционального отвержения полового партнёра, к которому была привязанность. Истерическая конверсия проявлялась в интенсификации болевой чувствительности. Вопреки тому, что данные за органический фон воспалительного гинекологического заболевания были незначительными, женщины жаловались на локализованную острую и жгучую боль в области придатков матки и при половом акте. У всех (n=10) женщин с КР выявлялась истерическая акцентуация характера.

Основными проявлениями неврастении (НА) (F48.0) были психическая и физическая астения, раздражительная слабость (неспособность держать аффект). Астеническая симптоматика вносила наибольший вклад в развитие сексуальных расстройств, что проявлялось в несоответствии между имеющейся мотивацией к сексуальной активности и выраженной утомляемостью после полового акта с желанием скорейшего избавления от интимной близости. Раздражительная слабость выражалась в нестабильности сексуального влечения. У всех (n=5) женщин с НА определялась астеническая акцентуация характера.

Психогении детства и пубертата у женщин с ХСО выявлялись при целенаправленном анамнезе и во время сеанса «кататимного переживания образов или символдрамы». У всех женщин 1 и 4-й групп (преобладание стеничных – гипертимных и эпилептоидных акцентуаций личности) отдельные дистрессы воспринимались адекватно, не расценивались ими как психотравмы, не происходили их фиксация и возврат к прошлому периоду жизни, негативному сексуальному опыту.

Отсутствие невротических расстройств у женщин с ХСО в 1 и 4-й группах и их присутствие во 2 и 3-й группах подтверждалось результатами

клинико-психопатологического обследования в динамике на протяжении года. Для невротических расстройств женщин с ХСО (2 и 3-я группы) были характерны следующие особенности: фиксация на болезни по типу невротического сверхконтроля, сниженное настроение с тревогой, желание привлечь к себе внимание, эмоциональная лабильность, сверхценное отношение к своим проблемам, высокая личностная тревожность, социальная изолированность с погружением в мир собственных переживаний.

По методике ТОБОЛ преобладали следующие типы отношения к болезни (непосредственно, к ХСО): гармоничный (реалистичный, взвешенный) – у 58,8% (1-я группа) и 84,8% (4-я), тревожный – у 50% (2 и 3-я группы). С одной стороны, это показывало более позитивное отношение к лечению (в 1-й группе – органической диспарейнии и ХСО, в 4-й – самого ХСО), с другой – преобладание личностных акцентуаций пониженной стеничности и наличие невротических расстройств (2 и 3-я группы).

По непараметрическому U-критерию Манна–Уитни (сравнение 2 независимых групп) выявлены достоверные различия ( $p < 0,05$ ) между половыми партнёрами у женщин с невротическими расстройствами (2 и 3-я группы) по отношению к группам без психопатологии (1 и 4-я) по шкале «стабильность семейно-сексуальной связи» теста З. Старовича: 1 и 2-я ( $p < 0,049$ ); 1 и 3-я ( $p < 0,011$ ); 2 и 4-я ( $p < 0,036$ ); 3 и 4-я ( $p < 0,007$ ) [от  $16 \pm 5,7$  (1-я) до  $44 \pm 9$  (3-я) баллов рассогласованности]. Таким образом, наиболее существенные различия между половыми партнёрами выявлены у женщин с тяжело протекающими невротическими расстройствами (3-я группа). Высокая частота (50%) встречаемости невротических расстройств у женщин с ХСО подтверждалась и шкалами опросника ММПИ-566 «Иматон». Структура невротических расстройств во 2 и 3-й группах различалась, что подтверждалось доверительной вероятностью  $p = 0,039$  (для шкалы ипохондрии) и  $p = 0,041$  (для шкалы паранойяльности). Ведущие шкалы психологического профиля ММПИ-566 «Иматон» были представлены так (Т-баллы) – 1-я группа: психопатия (Pd) –  $68 \pm 2$ , гипомания (Ma) –  $66 \pm 2$ , маскулинность-фемининность (M-F) –  $63 \pm 2$ ; 2-я группа: шизофрения (Sc) –  $78 \pm 5$ , психопатия (Pd) –  $76 \pm 2$ ;

3-я группа: шизофрения (Sc) –  $68 \pm 3$ , психопатия (Pd) –  $67 \pm 3$ ; психастения (Pt) –  $63 \pm 3$ ; 4-я группа: психопатия (Pd) –  $67 \pm 1,5$ ; гипомания (Ma) –  $64 \pm 1,5$ . Достоверные различия ( $p < 0,05$ ) по шкалам (в Т-баллах) опросника ММПИ-566 «Иматон» (на основании непараметрического U-критерия Манна–Уитни) выявлены между следующими парами независимых групп у женщин с ХСО: коррекция (K): 1 и 2-я ( $p = 0,028$ ), 2 и 4-я ( $p = 0,038$ ), 3 и 4-я ( $p = 0,004$ ), 2 и 3-я ( $p = 0,003$ ) [от  $46 \pm 2$  (3-я) до  $56 \pm 2$  (2-я)]; ипохондрия (Hs): 1 и 2-я ( $p = 0,020$ ), 2 и 4-я ( $p = 0,006$ ), 2 и 3-я ( $p = 0,039$ ) [от  $53 \pm 1,6$  (4-я) до  $66 \pm 3$  (2-я)]; депрессия (D): 1 и 2-я ( $p = 0,027$ ), 2 и 4-я ( $p = 0,005$ ), 3 и 4-я ( $p = 0,013$ ) [от  $53 \pm 1,6$  (4-я) до  $66 \pm 4$  (2-я)]; истерия (Hy): 1 и 2-я ( $p = 0,002$ ), 1 и 3-я ( $p = 0,004$ ), 1 и 4-я ( $p = 0,033$ ), 2 и 4-я ( $p = 0,015$ ) [от  $50 \pm 2$  (1-я) до  $64 \pm 3$  (2-я)]; маскулинность-фемининность (M-F): 1 и 4-я ( $p = 0,000$ ), 2 и 4-я ( $p = 0,006$ ), 3 и 4-я ( $p = 0,024$ ) [от  $55 \pm 1$  (4-я) до  $63 \pm 3$  (2-я)]; паранойяльность (Pa): 1 и 2-я ( $p = 0,005$ ), 2 и 4-я ( $p = 0,004$ ), 2 и 3-я ( $p = 0,041$ ) [от  $55 \pm 3$  (1-я) до  $69 \pm 3$  (2-я)]; психастения (Pt): 1 и 2-я ( $p = 0,008$ ), 1 и 3-я ( $p = 0,002$ ), 2 и 4-я ( $p = 0,003$ ), 3 и 4-я ( $p = 0,0002$ ) [от  $50 \pm 1,6$  (4-я) до  $68 \pm 4$  (2-я)]; шизофрения (Sc): 1 и 2-я ( $p = 0,0005$ ), 1 и 3-я ( $p = 0,007$ ), 2 и 4-я ( $p = 0,000$ ), 3 и 4-я ( $p = 0,000$ ) [от  $54 \pm 1,1$  (4-я) до  $78 \pm 5$  (2-я)]. Статистически значимых различий не выявлено для шкал психопатии, гипомании и социальной интроверсии, что было связано с высоким преобладанием невротических расстройств у женщин с ХСО, их клиническим многообразием, взаимным нивелированием одних шкал другими. Шкалы опросника 4-й (контрольной) группы без психопатологии значительно отличались от таковых во 2-3-й группах с невротическими расстройствами [р от 0,000 (шкала шизофрении) до 0,024].

Таким образом, психические непсихотические расстройства (невротические расстройства) у женщин с ХСО и сексуальными дисфункциями формировались по двум клинико-патогеническим вариантам: 1) вторично как психогенная реакция на ХСО и его осложнения – 100% соматоформные расстройства (соматизированное и ипохондрическое расстройства); 2) первично при наличии у женщин невротических расстройств, а также обусловленных ими психогенных сексуальных расстройств. ХСО активировал «дремлющую» психопатологию – тревожно-фобическое, конверсионное расстройство и неврастению.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Авадиева Н.Э. Диагностика и лечение сочетанных гормонально- и негормонально обусловленных нарушений мочеиспускания и сексуальных дисфункций у женщин: Дисс. ... канд. мед. наук. СПб, 2010. 24 с.
2. Бобырь Г.М. О механизмах развития сексуальной дисфункции у женщин при хроническом аднексите и бесплодии // Медицинские исследования. 2001. Т. 1, вып. 1. С. 114–115.
3. Бодяжина В.И. Хронические неспецифические воспалительные заболевания женских половых органов. М.: Медицина, 1978. 319 с.
4. Ботнева И.Л., Васильченко Г.С. Генитосегментарная составляющая и её расстройства / Частная сексопатология. Т.2. М.: Медицина, 1983. С. 281–292.
5. Васильева И.Ю. Соматоформные расстройства и качество жизни у пациенток гинекологического стационара: Автореф. дисс. ...канд. мед. наук. СПб, 2004. 24 с.
6. Демирова Р.Р. Оптимизация терапии хронических тазовых болей в гинекологической практике: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. Волгоград, 2008. 24 с.
7. Менделевич Д.М., Менделевич В.Д. Гинекологическая психиатрия (современные аспекты проблемы) // Неврологический вестник. 1993. №1-2. С. 104–108.
8. Московенко Н.В., Кравченко Е.Н. Психоэмоциональное состояние и качество жизни женщин, страдающих сочетанными заболеваниями органов малого таза // Дальневосточный медицинский журнал. 2011. №2. С. 40–44.
9. Насырова Р.Ф. Психическое здоровье женщин с гинекологической патологией: Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. Томск, 2012. 51 с.
10. Носкова О.В. Психотерапевтическая коррекция супружеской дезадаптации при аднекситах // Журнал психиатрии и медицинской психологии. 2004. № 4 (14). С. 83–87.

11. Петрович Е.А., Манухин И.Б. Инновационный подход к лечению трубно-перитонеального бесплодия // Гинекология. №3. Том 12. 2010. С. 80–84.

## REFERENCES

1. Avadieva N.E. Extended abstract of PhD dissertation (Medicine). St.Petersburg, 2010. 24 p. (in Russian)
2. Bobyr' G.M. *Meditsinskie issledovaniya*. 2001. Vol. 1, № 1. pp. 114–115. (in Russian)
3. Bodyazhina V.I. *Khronicheskie nespetsificheskie vospalitel'nye zabolevaniya zhenskikh polovykh organov*. Moscow: Meditsina, 1978. 319 p. (in Russian)
4. Botneva I.L., Vasil'chenko G.S. In: *Chastnaya seksopatologiya*. Vol. 2. Moscow: Meditsina, 1983. pp. 281–292. (in Russian)
5. Vasil'eva I.Yu. *Extended abstract of PhD dissertation (Medicine)*. St.Petersburg, 2004. 24 p. (in Russian)
6. Demirova R.R. *Extended abstract of PhD dissertation (Medicine)*. Volgograd, 2008. 24 p. (in Russian)
7. Mendelevich D.M., Mendelevich V.D. *Nevrologicheskii vestnik*. 1993. №1-2. pp. 104–108. (in Russian)
8. Moskoventko N.V., Kravchenko E.N. *Dal'nevostochnyi meditsinskii zhurnal*. 2011. №2. pp. 40–44. (in Russian)
9. Nasyrova R.F. *Extended abstract of MD dissertation (Medicine)*. Tomsk, 2012. 51 p. (in Russian)
10. Noskova O.V. *Zhurnal psikhiiatrii i meditsinskoi psikhologii*. 2004. № 4 (14). pp. 83–87. (in Russian)
11. Petrovich E.A., Manukhin I.B. *Ginekologiya*. №3. Vol 12. 2010. pp. 80–84. (in Russian)

Поступила 11.06.15.