

Филиал Учреждения Российской академии медицинских наук
Научно-исследовательского института кардиологии
Сибирского отделения РАМН
«Тюменский кардиологический центр»

На правах рукописи

ВЕЛИЖАНИН

Сергей Иванович

**ВЛИЯНИЕ КРОНАРНОЙ АНГИОПЛАСТИКИ НА СЕКСУАЛЬНЫЕ
НАРУШЕНИЯ У МУЖЧИН С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА**

14.01.05 – кардиология

14.01.06 – психиатрия

ДИССЕРТАЦИЯ

на соискание ученой степени

кандидата медицинских наук

Научные руководители:

Заслуженный деятель науки РФ,
профессор, доктор медицинских наук
В.А. Кузнецов

Академик РАМН, профессор,
доктор медицинских наук
В.Я. Семке

Тюмень - 2010

ОГЛАВЛЕНИЕ

	Стр.
Список сокращений.....	4
Введение	6
Глава 1. Обзор литературы	11
1.1 Классификация сексуальных дисфункции	11
1.2 Основные виды психической и сексуальной дезадаптации у больных ИБС.....	12
1.3. Сексуальная активность и кардиальный риск.....	25
1.4. Эндоваскулярные методы лечения ИБС.....	28
Глава 2. Материалы и методы исследования.....	34
2.1 Организация и протокол наблюдения.....	34
2.2 Методы обследования. Определение терминов.....	35
2.3 Формализация и статистическая обработка полученных данных.....	46
2.4 Общая характеристика клинической группы	47
Глава 3. Клиническая характеристика сексуальных дисфункций у больных ИБС.....	53
3.1. Влияние факторов риска ИБС на развитие сексуальной дисфункции	53
3.2 Конституциональные особенности больных ИБС с сексуальной дисфункцией.....	55
3.3 Расстройство гипоактивного сексуального влечения у больных ИБС	59
3.4 Эректильное расстройство у больных ИБС	65
3.5 Сексуальное отвращение у больных ИБС.....	68
3.6 Преждевременное семяизвержения у больных ИБС.....	71
3.7 Сексуальная ангедония у больных ИБС.....	75
Глава 4. Характеристика психопатологических расстройств больных ИБС с сексуальными дисфункциями.....	78
4.1 Характеристика факторов предшествующих сексуальной дезадаптации у больных ИБС.....	78

4.2 Клинические особенности невротических нарушений у больных ИБС с сексуальными дисфункциями	81
4.3 Клинические особенности аффективных нарушений у больных ИБС с сексуальными дисфункциями	87
Глава 5. Кардиальный риск во время сексуальной активности	89
Глава 6. Клинико- динамический анализ сексуальных дисфункций у больных ИБС после ТБКА.....	94
Заключение.....	103
Выводы.....	123
Практические рекомендации.....	125
Список литературы.....	126
Приложения	152

Список сокращений

АГ – артериальная гипертония

АД – артериальное давление

ВНОК – Всероссийское научное общество кардиологов

ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения

ВС – внезапная смерть

ВЭМП – велоэргометрическая проба

ДАД – диастолическое артериальное давление

ДЛП – дислипидемия

ДР – депрессивное расстройство

ИБС – ишемическая болезнь сердца

ИМ – инфаркт миокарда

ИМТ – индекс массы тела

Ка – конституционально моделированный индекс половой конституции

КАГ – коронароангиография

Кг – генотипический индекс половой конституции

КЖ – качество жизни

Кф – фенотипический индекс половой

КШ – коронарное шунтирование

МС – метаболический синдром

ОКС – острый коронарный синдром

ОХС – общий холестерин

ОВ – огибающая ветвь

ПМЖВ – передняя межжелудочковая ветвь

ПКА – правая коронарная артерия

СА – сексуальная активность

САД – систолическое артериальное давление

СД – сексуальная дисфункция

СН – стенокардия напряжения
СНМП – симптомов нижних мочевых путей
СС – стабильная стенокардия
ССЗ – сердечно сосудистые заболевания
ССС – сердечно сосудистая система
СФМ – сексуальная формула мужская
ТБКА – транслюминальная баллонная коронарная ангиопластика
ТИ – трохантерный индекс
УЗИ – ультразвуковое исследование
УС – ускоренное семяизвержение
УФР – условно физиологический ритм
ФК – функциональный класс
ФН – физическая нагрузка
ФР – факторы риска
ХМ – Холтеровское мониторирование ЭКГ
ХП – хронический простатит
ХСН – хроническая сердечная недостаточность
ц ГМФ – циклическая гуанозинмонофосфатаза
ЧКВ – чрезкожные интракоронарные вмешательства
ЭД – эректильная дисфункция
ЭКГ – электрокардиография
ЭФ – эректильная функция
ЭХОКГ – эхокардиография

Введение

Сердечно-сосудистые заболевания и их широкое распространение являются важной медико-социальной проблемой [58, 73, 83, 94, 136], по данным ВОЗ [233] в последние десятилетия они стали главной причиной смертности в развитых странах. Эпидемиологические исследования последних лет убедительно подтверждают, что ИБС относится к числу наиболее массовых заболеваний современности, имеющих в большинстве стран тенденцию к росту и омоложению, в том числе и в России, где от ССЗ ежегодно умирает примерно 1млн. 200тыс. человек (около 55% общей смертности) [1, 24, 27, 52, 135, 139].

Наряду с известными основными факторами риска развития и прогрессирования ИБС (мужчины > 45 лет, отягощенность семейного анамнеза по ИБС, курение табака, АГ, ДЛП, СД 2 типа, абдоминальное ожирение) признана важная роль хронического и острого стресса в этиологии и патогенезе ИБС [12, 13, 77, 85, 148, 159, 167, 193, 200, 220, 222].

Имеются данные о значительном распространении нервно-психических расстройств при ИБС, среди которых преобладают невротические и аффективные расстройства [16, 39, 71, 76].

По мнению ряда исследователей, формированию невротических нарушений у больных ИБС могут способствовать сексуальные расстройства [10, 72, 116, 173].

В рекомендациях ВНОК (2004г., 2008г.) указывается, что сексуальная реабилитация является важной частью общей реабилитации больных ИБС и имеет свои особенности.

Наряду с широким распространением ИБС достигнуты большие успехи как в вопросах ее лечения, так и в разработке мер вторичной профилактики, что позволяет не только продлить жизнь пациентов, страдающих ИБС, но и улучшить ее качество [55, 111, 112]. В последнее время получил широкое распространение такой высокотехнологичный метод лечения ИБС, как эндоваскулярная реваскуляризация миокарда, частота применения которого

растет в геометрической прогрессии. В соответствии с этой тенденцией резко расширились рамки ангиографических и клинических показаний к стентированию [5, 29, 62, 65, 93, 100, 104].

Несмотря на актуальность проблемы, вопросы изменения сексуальной функции при ИБС в литературе представлены недостаточно широко, разноречивы данные о частоте встречаемости сексуальных расстройств у больных ИБС [8, 46, 107, 114, 119, 168, 183, 231].

Также не полностью изученным остается участие невротических и аффективных нарушений в формировании сексуальных расстройств у больных ИБС, что определяет интерес к их изучению [10, 33, 131, 153, 165].

Как показывает практика, далеко не у всех пациентов, страдающих ИБС, развиваются сексуальные нарушения [10], однако фенотипические различия, особенности половой конституции у пациентов с патологией ССС не учитываются на практике, недостаточно отражены в литературе [7, 10, 114, 118]. Практически не изучены изменения сексуальной функции у больных ИБС после эндоваскулярной реваскуляризации миокарда, хотя использование коронарной ангиопластики значительно улучшает как физическое состояние больных, так и качество их жизни [78, 91].

Не встретились нам и работы, посвященные изучению характера и частоты приступов стенокардии во время полового акта, не подвергнута клинико-функциональной оценке их тяжесть, а также возможность возникновения жизненно значимых нарушений ритма сердца.

Цель исследования:

Изучить сексуальную функцию у больных ИБС, имеющих клинические и ангиографические показания к ТБКА, и ее изменение после эндоваскулярной реваскуляризации миокарда.

Задачи

1. Определить структуру сексуальных нарушений у больных с ИБС.

2. Определить преобладающий тип половой конституции у больных ИБС и ее взаимосвязь с сексуальной дисфункцией.
3. Уточнить частоту и характер психических расстройств у больных ИБС и их участие в патогенезе сексуальной дисфункции.
4. Дать клинико-функциональную характеристику ишемии миокарда во время полового акта по данным Холтеровского мониторирования ЭКГ.
5. Оценить характер изменений сексуальной функции после эндоваскулярной реваскуляризации миокарда по данным проспективного наблюдения через три месяца.

Научная новизна

Впервые на основании комплексного клинического, клинико-психопатологического, клинико-динамического исследования и данных психометрического тестирования представлена структура сексологических расстройств у мужчин, страдающих ИБС, с учетом ее клинических форм и ФК.

Проведено сопоставление сексологических расстройств в группе больных со стабильной стенокардией напряжения и после перенесенного острого коронарного синдрома. Установлена корреляция между ФК стенокардии напряжения, типом половой конституции и частотой СД. Показано, что предрасполагающим фактором в развитии сексуальной дисфункции может быть слабый тип половой конституции.

Выявлены преморбидные личностные особенности и определена структура психических расстройств, влияющих на формирование и течение сексуальной дисфункции у больных с различными формами ИБС.

Получены новые данные о клинико-функциональных проявлениях ишемии миокарда во время полового акта.

В результате проспективного наблюдения установлено достоверное улучшение психического статуса и сексуальной активности у пациентов, страдающих ИБС с сексуальными нарушениями, после операции ТБКА.

Практическая значимость

1. В настоящей работе установлена высокая значимость сексуальной сферы в шкале ценностных ориентаций у больных с ИБС, что указывает на необходимость более пристального внимания со стороны врачей-кардиологов к вопросам сексуальной реабилитации у данной категории пациентов.
2. При проведении суточного мониторирования ЭКГ во время сексуальной активности у больных ИБС выявлены сложные нарушения ритма сердца и приступы безболевой ишемии миокарда, что позволяет рекомендовать всем больным ИБС, начиная со II ФК стенокардии напряжения, проведение Холтеровского мониторирования для объективизации кардиального риска во время сексуальной активности.
3. Выявлено положительное влияние ТБКА на сроки и полноту сексуальной реабилитации больных с ИБС, что может служить дополнительной мотивацией к выполнению ТБКА.

Положения, выносимые на защиту

1. У больных ИБС достаточно часто наблюдаются различные виды сексуальных нарушений.
2. У больных ИБС слабый тип половой конституции является предиктором сексуальной дисфункции.
3. В патогенезе сексуальной дисфункции у больных ИБС важную роль играют психогенные факторы и преморбидные личностные особенности.
4. Холтеровское мониторирование ЭКГ позволяет объективно оценить степень кардиального риска во время сексуальной активности.
5. ТБКА улучшает все проявления сексуальности за исключением продолжительности полового акта.

Апробация работы

Основные результаты исследования были доложены на Национальных конгрессах кардиологов (г. Москва в 2005 и 2006 гг.), в устном докладе на

конференции с международным участием «Актуальные вопросы кардиологии»
(г. Тюмень в 2006 г.). Всего опубликовано 8 печатных работ.

Глава 1. Обзор литературы

1.1. Классификация сексуальных дисфункций

Половая функция имеет важное биологическое и социальное значение, так как не только обеспечивает продолжение рода и получение специфических половых ощущений, но и открывает возможности создания семьи, устранения одиночества. Она влияет на социальный статус личности, ее самоутверждение и самооценку [57, 74, 87, 92, 102, 171].

Определение здоровой половой жизни, сформулированное группой экспертов ВОЗ 1994(год), включает следующие аспекты:

- 1) способность наслаждаться половой жизнью, иметь детей и контролировать свое поведение в соответствии с общественной и личной этикой;
- 2) свобода от страха, стыда, чувства вины и предрассудков, а также прочих психологических факторов, подавляющих половые реакции и мешающих половым отношениям;
- 3) отсутствие органических расстройств, болезней и недостатков, ограничивающих функции пола и репродуктивную функцию [54].

На данном определении базируется диагностика сексуальных расстройств, которой пользуются в настоящее время. Трудности классификации сексуальных расстройств отмечают многие специалисты [22, 31, 56, 89, 105]. На сегодняшний день наиболее распространенные из них DSM-IV и МКБ-10.

МКБ-10 включают в себя различные варианты неспособности больного участвовать в половой жизни в соответствии с его желанием, выражающиеся в:

- 1) отсутствии интереса;
- 2) отсутствии удовлетворения;
- 3) отсутствии физиологических реакций, необходимых для эффективного сексуального взаимодействия;
- 4) невозможности контролировать или переживать оргазм.

Сексуальная реакция представляет собой психосоматический процесс, в происхождении сексуальной дисфункции обычно принимают участие и

психологические, и соматические процессы. При трудности определить относительное значение психологических и/или органических факторов следует определять состояние как смешанное.

Класс V МКБ-10, адаптированный вариант, рекомендован к использованию в Российской Федерации. Минздрав РФ 1998г.[36, 49, 70]. Данная классификация в настоящее время получила широкое распространение за рубежом и у нас в стране, является общепринятой.

Большинство авторов сходятся во мнении о полиэтиологичности СД [34, 97, 118]. Среди соматических заболеваний, рассматриваемых как этиологический фактор СД, первостепенная роль отводится сердечно-сосудистым (инфаркт миокарда, гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца, атеросклероз сосудов и т.п.), эндокринным (сахарный диабет, андрогенная недостаточность и т.п.) и урологическим (простатит, аденома простаты и т.п.) заболеваниям. Хотя удельный вес психогенных сексуальных расстройств с возрастом уменьшается, распространенность невротических расстройств при различных клинических формах сексуальной патологии у мужчин достигает от 75% [33] до 92% [10]. Среди них преобладают расстройства адаптации в виде кратковременных и пролонгированных депрессивных реакций, тревожно-депрессивные, тревожно-фобические и ипохондрические расстройства.

В последние годы отмечается нарастающий интерес к изучению сексуальной дисфункции у пациентов, страдающих ишемической болезнью сердца в связи с высокой значимостью сексуальной сферы в шкале ценностных ориентаций у этих больных [8, 10, 107, 224, 223].

1.2 Основные виды психической и сексуальной дезадаптации у больных ИБС

Как показывают многочисленные исследования, ИБС представляет пример заболевания, в развитии и особенностях клинического течения которого большое значение имеют стрессовые факторы, которые способствуют

возникновению психических расстройств. [14, 28, 51, 60, 63, 64, 82, 132]. При этом ведущими синдромами являются депрессивный, тревожный, тревожно-депрессивный [85].

Распространенность депрессивных и тесно связанных с ними тревожных расстройств в России высока как в популяции в целом, так и среди больных ССЗ [84, 15]. По данным различных авторов, частота ДР среди больных с различными формами ИБС колеблется от 16% [190, 178] до 67,4%. [21, 68, 81, 91].

Депрессии и ИБС находятся в реципрокных отношениях: каждое из этих заболеваний утяжеляет течение другого. ДР являются фактором повышенной смертности от коронарной болезни. При сравнении данных о летальности после ИМ у больных, не обнаруживающих аффективных расстройств и у страдающих депрессией, доля умерших при сочетании ИМ с депрессией не менее чем в 5 раз выше [16].

Ряд авторов исследовал психические расстройства при ИМ, которые складываются из трех компонентов: 1) более или менее выраженных фобических расстройств (65-80% больных), 2) тяжелой депрессии (около 30% больных) и 3) поведенческих расстройств (около 20% больных). Отношение больного к собственному заболеванию характеризуется двумя противоположными тенденциями, изменяющимися в процессе болезни: гипернозогнозия с высокой значимостью переживания телесного неблагополучия и гипонозогнозией с нивелировкой этой значимости [103].

Во внеприступном периоде характерны страх и тревога, внутреннее напряжение, особая открытость, незащищенность, эмоциональная лабильность, тревожные сны с устрашающими сновидениями, ранними пробуждениями. Нередко отмечается постоянное глубокое, но молчаливое беспокойство, состояние боязливости и тревоги. Легко возникают астенические, истерические или эксплозивные реакции. Нередки фобические состояния: кардиофобии с постоянным ожиданием очередного приступа и страха перед ним. Во время

приступа чаще всего возникает чувство выраженного страха, сопровождающегося либо адинамией с опасениями сделать любое движение, либо двигательным беспокойством со стремлением встать и ходить [67, 2]. В рамках подпрограммы MONICA-психосоциальная изучено влияние уровня личностной тревожности на риск возникновения ИМ. Показано, что относительный риск возникновения ИМ за период наблюдения в 10 лет в 8 раз выше у лиц с высокой личной тревожностью в сравнении с лицами, имеющими среднюю личностную тревожность [45, 79].

Предполагается, что у больных ИБС снижение либидо может быть связано с депрессивными расстройствами. При этом, как правило, ссылаются на высокую коморбидность ССЗ и депрессий, с одной стороны, и сопряженность СД с ДР не осложненными соматической патологией, – с другой [206].

Ряд авторов отмечает, что нарушение сексуальной функции при депрессии – достаточно частый симптом. Наблюдается снижение полового влечения, снижение интенсивности оргазма, притупление его эмоционального сопровождения. Многие больные отказываются от сексуальных отношений, так как не испытывают удовольствия, более того, после полового акта может усугубляться депрессивная симптоматика [17, 66, 170, 213].

В ходе исследования, проведенного сотрудниками НЦПЗ РАМН [23], показано, что расстройство сексуального влечения является одной из манифестаций соматовегетативного симптомокомплекса в структуре депрессии и отличается по своему характеру. При соматовегетативном симптомокомплексе с отчуждением витальных влечений (1-й тип), который соответствует максимальной тяжести депрессии, наблюдается полная утрата либидо. В таких случаях СД развивается внезапно (пациенты точно датируют время исчезновения полового влечения) и обычно сочетается с тотальной инсомнией и анорексией.

При соматовегетативном симптомокомплексе с анестезией витальных чувств (2-й тип) наблюдается утрата нормального восприятия физиологических

актов (включая сексуальную активность) и чувство их незавершенности, тогда как сами процессы и потребность в них не нарушаются. При этом наряду с отсутствием ощущения отдыха после сна и/или насыщения после еды пациенты отмечают также неудовлетворенность половой жизнью, отсутствие положительных эмоций после нормального по продолжительности полового акта, а также болезненно переживаемое притупление чувств к близким.

При гиперстетическом соматовегетативном симптомокомплексе (3-й тип), характерном для относительно неглубоких аффективных расстройств, парциальные нарушения сна и аппетита, представляющие собой факультативные симптомы депрессии, сочетаются с нарушениями сексуальной функции. Последние выражаются неспособностью завершить начатый половой акт или преждевременной эякуляцией, как правило, развиваются постепенно (достигая максимума на высоте депрессивного расстройства) и носят флюктуирующий характер.

Особенно прогностически неблагоприятным считают сочетание кардиоваскулярной патологии, депрессии и СД, которое некоторые зарубежные авторы предлагают обозначать как «mutually reinforcing triad» – «взаимно потенцирующая триада» [165].

В исследовании [10] показано, что существует тесная связь изменения поведенческого, сексуального стереотипа с психическим состоянием больных, перенесших ИМ. Изменения сексуального поведения характеризовались подавлением специфических эмоциональных реакций в условиях интимной близости, сокращении подготовительного периода и значительным снижением физической активности во время коитуса. С целью уменьшения «нагрузки на сердце» больные меняли обычную для них позу на менее активные положения. Снижение уровня половой активности у мужчин с ИБС наблюдалось у 67,3%. Наиболее выраженное снижение ритма половой активности было у больных с дистимией – 75,5%, менее выражено при пролонгированной депрессивной реакции – 66,6% и смешанной тревожно депрессивной реакции – 61,9%. В

результате корреляционного анализа было выявлено, что на ритм половой активности оказывают влияние сниженное настроение, раздражительность и акцентуации характера [10].

Ряд исследователей связывает снижение либидо у больных ИБС с андрогенным дефицитом. [30] Изучено состояние половой функции и гипофизарно-половой системы у больных ИМ в период реабилитации. Показано, что в период (от 17 дней до 12 мес.) нарушение СФ (постинфарктный гипогонадизм) обнаруживается практически у 100% мужчин, перенесших ИМ в возрасте от 26 до 55 лет. Характерным проявлением является снижение либидо, уменьшение количества спонтанных эрекций, ослабление эрекций, притупление чувства оргазма. Степень нарушения сексологического статуса больных, перенесших ИМ, прямо коррелирует с изменениями функции гипофизарно-половой системы, проявляющимися в прогрессирующем снижении биосинтеза тестостерона и повышении эстрадиола, с функциональным классом СН и возрастом больных [43].

Отечественными исследователями [18, 19] описан синдром дезактуализации и реадaptации сексуального поведения у больных ИБС, который можно представить в виде двух фаз: 1) фаза вынужденной абстиненции (собственно дезактуализации) и 2) фаза постабстинентных или реадaptационных расстройств. Фаза вынужденной абстиненции у больных, перенесших ИМ или приступ стенокардии, характеризуется стрессовыми воздействиями на физиологические системы организма человека в целом: на соматический, психологический и сексологический компоненты здоровья. С развитием ИМ наступает резкое снижение полового влечения или его исчезновение, урежение или даже полное исчезновение спонтанных эрекций; эротических сновидений и ночных поллюций.

ИМ или приступ стенокардии в остром периоде представляют собой стресс (страх перед смертью, боли в области сердца, встревоженные лица родных и друзей, вид капельницы и мониторов), который вызывает различные

психические изменения в виде невротических и аффективных расстройств [10, 19, 55].

2291 Таким образом, на фоне общей слабости и астенических проявлений при участии психических и нейрогуморальных расстройств происходит дезактуализация сексуальных интересов, оттесняя сексуально-эротическую мотивацию на задний план симптомами, угрожающими жизни больных. Фаза реадaptации, наступает по прошествии острого периода и по мере улучшения соматического состояния: у больных появляются половое влечение, спонтанные и адекватные эрекции, эротические сновидения с ночными поллюциями, которые могут служить основными критериями, характеризующими восстановление сексуальной функции после ИМ. Последнее зависит в основном от соматического и психического состояния, личностных особенностей пациента и его реакции на заболевание ИБС, половой конституции, возрастного периода, межличностных отношений в браке и современной правильной информации по вопросам интимных отношений, полученной от врача.

У небольшой части больных ИБС, которые находятся в периоде возрастной инволюции и до ИМ отличались сниженной половой активностью, слабой половой конституцией, после ИМ происходит перестройка ценностных ориентации личности. Сексуальная сфера с третьего или четвертого места передвигается на последнее, и пациенты спокойно констатируют наступление климакса.

Однако у части больных ИБС в восстановительный период при возобновлении половой жизни возникают проблемы, которые вызывают психические нарушения и способствуют формированию сексологических расстройств [10, 57].

Часть зарубежных и отечественных исследователей рассматривает СД при ИБС преимущественно в «узком» смысле, а именно в рамках эректильной дисфункции, определяемой как «неспособность достигать и/или поддерживать

эрекцию, достаточную для удовлетворения сексуальной активности в том случае, если эти расстройства наблюдаются по крайней мере в течение 3 месяцев» (Impotence. NIH Consensus Development Panel on Impotence. 1993).

Среди больных ИБС частота ЭД варьируется, по данным разных авторов, от 29% до 75% [72, 124, 154, 176, 207, 231, 236], превышая таковую в общей популяции [26, 142, 164, 170, 184, 234].

Так, в проведенном исследовании [225] у 76 амбулаторных больных ИБС (средний возраст 64 года) показано, что 75% мужчин испытывают трудности с достижением эрекции и 67% – с ее поддержанием. В другом исследовании [168] среди 150 пациентов кардиологического профиля ЭД была выявлена у 61% больных, а среди мужчин старше 55 лет – у 75%. При анкетировании 300 мужчин с ангиографически подтвержденной коронарной болезнью [180] ЭД выявлена у 49% пациентов. Эти данные нашли подтверждение в многоцентровом эпидемиологическом исследовании Men Health Study, в котором было установлено, что при наличии ССЗ вероятность ЭД повышается почти в 3 раза со значительным преобладанием умеренных и тяжелых форм [186]. Ряд авторов предполагает, что ЭД является даже маркером поражения коронарных артерий [152, 155, 158, 174, 216].

Существует и обратная связь: показано, что наличие ЭД достоверно повышает риск развития коронарной болезни у пациентов в возрасте 50-59 лет [218]. Рассчитанный 10-летний риск развития сердечно-сосудистых заболеваний также достоверно более высок у мужчин с ЭД по сравнению с сопоставимой по возрасту группой мужчин без нарушения эректильной функции – 56,6% и 32,6% соответственно [155].

В исследовании [145] показана корреляция между половой активностью и количеством пораженных коронарных артерий по данным коронароангиографии. Есть данные, что на основании выявления ЭД атеросклеротическое поражение коронарных артерий может быть заподозрено у больных без клинических признаков ИБС [120, 157, 156, 192, 197,].

В ряде исследований по данным динамического дуплексного ультразвукового исследования (пиковая систолическая скорость – (ПСС) – менее 35 см/с) выявлена корреляция между уменьшением пенильного кровотока и наличием ИБС [116]. Установлено, что выявление скрытой ИБС во время нагрузочного ЭКГ-теста коррелировало со снижением ПСС, авторы делают вывод: снижение ПСС кавернозных артерий – достоверный предиктор ИБС у пациентов с ЭД, а при значительном снижении этого показателя считают обязательным проведение нагрузочных ЭКГ-проб [210, 205].

Мнения по поводу представленности сосудистых нарушений в этиологии ЭД неоднозначны: одни авторы утверждают, что только у 20-25% мужчин расстройство эрекции имеет органическую основу [59], другие показали в своих исследованиях, что васкулогенный характер ЭД был диагностирован в 69,9% случаев [38].

Ряд авторов [53, 125] считает, что васкулогенная ЭД может быть обусловлена внутриорганным (при атеросклерозе,) или внеорганным (при окклюзии аорты, общей подвздошной или внутренней половой артерии, синдроме тазового обкрадывания, травме таза) поражением артерий. По мнению [7, 126, 177], наиболее часто встречается внутриорганный поразение, связанное с атеросклерозом, поражающим пенильные кровеносные сосуды.

С точки зрения проведения топической диагностики, решающее значение при нарушениях эрекции, обусловленных патологией артериальной системы, имеют результаты рентгеноконтрастных ангиографических исследований. В работах всех без исключения отечественных и зарубежных авторов они являются основным инструментом верификации диагноза [44]. К сожалению, исследований, в которых бы нашло ангиографическое подтверждение окклюзионного атеросклеротического поражения пенильных артерий при ЭД, в доступной нам литературе нет.

Длительное время было принято рассматривать ЭД в качестве позднего вторичного осложнения системной сосудистой патологии, однако постепенно

стали накапливаться факты, которые невозможно было объяснить только с этих позиций. У значительной части пациентов с ИБС развитие ЭД значительно опережает во времени появление симптомов ИБС. При обследовании 300 пациентов с ОКС обнаружено, что ЭД предшествовала появлению признаков ИБС у 67% пациентов со средней длительностью этого интервала более 3 лет [156]. Следует отметить, что ИМ во многих случаях является ранним проявлением ИБС и развивается при умеренном сужении просвета коронарных сосудов атеросклеротическими бляшками. Таким образом, у значительной части пациентов клинически значимые нарушения кровоснабжения кавернозных тел возникают раньше, чем аналогичные нарушения кровоснабжения миокарда [129].

Другим обстоятельством, заставляющим сомневаться в органическом характере нарушений притока артериальной крови к кавернозным телам, является потенциальная обратимость подобных нарушений при медикаментозной терапии. В настоящее время известно, что эффективность лечения артериогенной ЭД при назначении ингибиторов фосфодиэстеразы 5 типа, а также вазоактивных препаратов для интракавернозного введения более 70% [49, 91, 88, 121, 133, 179, 180, 185, 195, 211, 227]. Столь высокая эффективность медикаментозного лечения, которое частично или полностью восстанавливает ЭФ, по крайней мере, на период действия препаратов, не согласуется с примерами терапии атеросклеротического поражения других артерий. Применяемые в лечении ИБС медикаментозные препараты не позволяют полностью восстанавливать функциональную способность сердечной мышцы [11].

Не согласуются с теорией атеросклеротического поражения как причины развития всех случаев артериогенной ЭД результаты последних исследований, показавших возможность восстановления эрекции у части больных после устранения ФР. Ряд исследователей [144, 134] изучил влияние на ЭФ прекращения курения. У пациентов с ЭД через год после отказа от курения

отмечено улучшение ЭФ более чем в 25% случаев, в то время как среди больных того же возраста, продолжавших курить, улучшение ЭФ отсутствовало. Отмечено улучшение ЭФ примерно у одной трети мужчин, страдавших ожирением, через 2 года после снижения веса и увеличения физической активности [147]. Существуют данные о возможности восстановления нарушенной ЭФ после коррекции ДЛП [209, 228].

На сегодняшний день хорошо изучен механизм эрекции, которой предшествуют психогенное или рефлексогенное возбуждение. Оно передается из головного мозга в спинной мозг и далее к окончаниям пещеристых нервов в стенках ветвей одноименных артерий и трабекул пещеристых тел полового члена. Часть волокон пещеристых нервов не является ни адренергическими, ни холинергическими, медиатором в них служит оксид азота. Выделяющийся в качестве нейромедиатора NO проникает через мембраны гладкомышечных клеток и активирует в них гуанилатциклазу, приводя к усиленному образованию циклического гуанозинмонофосфата (цГМФ). В итоге внутри гладкомышечных клеток возрастает концентрация калия и снижается концентрация кальция. Гладкомышечная клетка расслабляется [162].

Релаксация гладкой мускулатуры стенок пещеристых артерий приводит к расширению их внутреннего просвета, что способствует увеличению притока крови. Это означает начало эрекции. Растяжение потоком крови эндотелиоцитов, а также эндотелиальных клеток, приводит к усиленному выделению из этих клеток NO, что дополнительно расслабляет гладкую мускулатуру трабекул пещеристых тел, а также самих артерий. Этим обеспечивается достижение максимальной эрекции [151].

Множество биологически активных субстанций – медиаторов и модуляторов – обеспечивает или регулирует процесс эрекции на центральном и периферическом уровнях [122], и все же ключевая роль в возникновении, нарастании и поддержании эрекции принадлежит усиленной выработке NO. Важно отметить и скоординированное с эффектом NO-эргического механизма

участие в регуляции эректильной функции холин – и адренергических компонентов автономной нервной системы. Стимуляция окончаний М 2-3-холинергических нервов, а также атипичных $\beta 3$ -адренорецепторов, блокада $\alpha 2$ -адренорецепторов, вызванные модуляцией тонуса в ЦНС или локальными механизмами за счет увеличения продукции цГМФ способствует расслаблению гладких мышц кавернозной ткани [101]. Установлен и молекулярный механизм подавления эрекции. Он связан с энзиматическим расщеплением цГМФ фосфодиестеразой (ФЭД). Этот фермент имеет множество специфичных для разных тканей и органов разновидностей. В ткани пещеристых тел представлен, главным образом, пятый тип ФЭД. Именно это звено регуляции стало в последнее время объектом успешных фармакологических вмешательств с целью коррекции ЭД [161].

Все это позволило по-новому взглянуть на природу артериогенной ЭД, предположив, что во многих случаях она является следствием не органического, а функционального поражения артериальных сосудов, а именно эндотелиальной дисфункции [11, 50, 141, 166]. Последняя является важнейшим звеном в развитии атеросклероза, а следовательно, и большинства ССЗ [4, 25, 151, 150, 216].

Появились данные и о том, что психический стресс вызывает проходящую эндотелиальную дисфункцию [187, 182].

Часто невротические расстройства сопровождаются различными нарушениями половой функции, в том числе и ЭД, которая из-за мнительности больных вызывает у них сильную тревогу и еще более ухудшает общее состояние [69, 75]. По данным [35], у больных с васкулогенными сексуальными дисфункциями вовлечение психической сферы в клиническую картину полового расстройства наблюдается практически в 100% случаев и проявляется преимущественно в виде невротической и аффективной симптоматики.

Боязнь неудачи – вполне обычная реакция в тех случаях, когда нужно показать хорошие результаты. Именно подобное волнение может стать причиной

классического порочного круга: *Боязнь неудачи – Чувство тревоги, которое сказывается на определенных фазах сексуальных реакций – Реально переживаемое сексуальное расстройство – Боязнь неудачи* [123, 208].

Еще в 1927 г. Э. Кречмер говорил, что помимо невротозов, вызванных войной и несчастными случаями, по крайней мере три четверти всех реактивных душевных расстройств основано на половых комплексах: можно стать ипохондриком на почве сексуальных угрызений совести из-за онанизма или полового расстройства [48].

Исследования разных авторов подтверждают высокую значимость психической сферы в возникновении и усугублении сексуальной патологии [61, 3, 59, 98, 143], в том числе и при ИБС [10, 97]. Роль личностно-психологических механизмов при этом заключается в переводе стрессовой ситуации в дистресс с соответствующими отрицательными эмоциями депрессивного регистра, что еще более усугубляет нейрофизиологические изменения в организме и дисбаланс вегетативной нервной системы.

В результате повышения тонуса симпатической нервной системы, гладкой и поперечно-полосатой мускулатуры увеличивается уровень надпочечниковых гормонов с соответствующим снижением уровня половых. Избыточный выброс адреналина повышает тонус гладкой мускулатуры сосудов, в том числе и пенильных, что приводит к нарушению эрекции. Длительно сохраняющаяся стрессовая ситуация нередко сопровождается депрессивной симптоматикой, приводит к снижению сексуального влечения. [35, 97].

При изучении группы больных с сексуальной дисфункцией было отмечено у всех пациентов наличие психопатологических расстройств и психологических реакций, включающих в себя: тревожно-фобические, специфические (изолированные) фобии, астенические, смешанные тревожно-депрессивные и психологические реакции, а также выявлено, что у

большинства больных ЭД была смешанной (органически-психогенной) формы [32, 35, 117].

По данным различных авторов, эякуляторные расстройства, характеризующиеся слишком быстрым наступлением оргазма, занимают от 20,4% [57] до 30% в структуре всех видов СД мужчин [27, 106, 130, 196, 198, 199, 229].

Среди наиболее частых причин, вызывающих преждевременную эякуляцию, многие авторы рассматривают хронический простатит (ХП), который является самым распространенным урологическим воспалительным заболеванием у мужчин репродуктивного возраста [47]. Истинная частота ХП неизвестна, но, по данным отечественных авторов, достигает 40% среди мужчин трудоспособного возраста [37]. По мнению многих авторов [80, 108, 115], в характерные синдромы ХП, кроме симптомов нижних мочевых путей (СНМП), также входит нарушение сексуальности в форме преждевременной (до 47%) и/или болезненной (до 51%) эякуляции.

Убедительные доводы в пользу непосредственной зависимости сексуальных нарушений от СНМП представлены интернациональной группой авторов. Ими были детально опрошены более 14 тыс. мужчин в возрасте 50-80 лет, представляющих репрезентативную выборку по 7 странам Европы. Были использованы стандартные шкалы IPSS, IIEF и DAN-PSS-SEX для оценки сексуальной жизни и СНМП. Установлено, что 90% обследованных имели СНМП (6% – сильные, 25% – умеренные, 59% – незначительные). Сексуально активными являлись 83% опрошенных. Сексуальные нарушения и причиняемая ими степень «беспокойства» были строго связаны с выраженностью СНМП: 49% сообщили об ЭД, 46% имели эякуляторные нарушения и 7% испытывали боль во время секса [181].

Сегодня можно считать преобладающей точку зрения, что длительное течение ХП, сопровождающегося СНМП и особенно подтвержденного объективными данными о наличии в железе воспалительного процесса и/или

морфологических изменений, часто приводит к появлению, а со временем даже превалированию психоневрологических симптомов с акцентуацией на половых расстройствах. Преобладание психологического фактора, в частности, подтверждает существенное уменьшение симптомов ХП в контрольных группах, не получающих специфического лечения в плацебо - контролируемых исследованиях. Поэтому своевременная и направленная коррекция психических расстройств, депрессий и нарушенных партнерских взаимоотношений в большей степени, чем специфическая антибактериальная, противовоспалительная и спазмолитическая терапия, может предупредить развитие грубых нарушений психики и коррегировать сексуальные нарушения при ХП [6].

Расстройства эякуляции, обусловленные первичной патологией высших центров головного мозга, регулирующих автоматизированные половые реакции копулятивного цикла (синдром парацентральных долек), обнаружены у 3,8% обследованных, а обусловленные неврологическими заболеваниями спинальной локализация — в 0,2% случаев [102].

В ходе исследования эякуляторные расстройства у мужчин, страдающих ССЗ с различными аффективными нарушениями, были выявлены у 77,53% больных (в 69,3% случаев ускоренное семяизвержение) [10].

1.3. Сексуальная активность и кардиальный риск

В проводившемся в Уэльсе исследовании, включавшем 918 мужчин в возрасте 45-59 лет, летальность за 10 лет наблюдения была статистически выше среди мужчин с низкой сексуальной активностью (менее 1 раза в месяц) по сравнению с мужчинами, имевшими оргазм 2 раза в неделю и чаще [138].

Так, в 25-летнем исследовании, включающем 270 мужчин и женщин в возрасте 60-94 лет, показано, что частота половых актов положительно коррелирует с продолжительностью жизни мужчин. [194]. Однако это данные популяционных исследований.

Существует мнение об «опасности половой активности» у пациентов с ИБС. У определенного количества пациентов сексуальная активность может вызывать ИМ, аритмию либо внезапную смерть. Исследования ряда авторов документально показали связь сексуальной активности и смерти во время полового акта [215, 225, 228].

Результаты эпидемиологических исследований показали, что при отсутствии инфаркта миокарда в анамнезе абсолютный риск ИМ во время сексуальной активности составляет только 2 случая на 1 млн. мужчин. Ежегодный риск развития миокарда во время коитуса у 50-летнего американца составляет 1%, а во время сексуальной активности – 1,01%. Что касается мужчин с постинфарктным кардиосклерозом, то согласно результатам анкетирования 1774 пациентов, перенесших ИМ, (в том числе 858 сексуально активных) абсолютное увеличение риска ИМ после или во время секса выявлено всего у 0,9% пациентов. Относительный риск ИМ в течение 2 часов после сексуального контакта был равен 2,5% и не увеличился после этого временного периода [189].

Связь между сексуальной активностью и внезапной смертью на основании секционных данных была установлена на невысоком уровне в 3 исследованиях: одном, проведенном в Японии (1962г.) и двух в Германии (1972г. и 1998г.). Соотношения тех, чьи смерти были связаны с сексуальной активностью, варьировались от 0,6% (34/5559) до 1,7% (30/1722) [225, 228]. Большинство этих случаев включает мужчин, у которых были внебрачные сексуальные отношения. В исследовании [225] 82% лиц (28/34), которые умерли во время полового акта, были мужчины, из них 75% (21/28) было вовлечено в сексуальные отношения вне брака, в большинстве случаев с более молодыми партнерами, в непривычной обстановке и/или после обильного приема пищи и употребления алкоголя. Кардиологические причины присутствовали у 18 (64%) из 28 смертей среди мужчин, и церебральное кровоизлияние в 4 из 6 смертей среди женщин.

В другом исследовании [215], которое рассматривало 26 901 вскрытие за 25-летний период (1972-1998), 94% (45/48) смертей, наступивших во время полового акта, приходилось на мужчин, 75% (36/48) из них имели внебрачные связи. Средний возраст умерших был 60,6 лет, ИМ явился причиной смерти в 25 случаях: в 12 – первичный инфаркт, в 13 – повторный.

Эти данные совпадают с данными более раннего исследования, проведенного в Германии [228]. В нем 1722 вскрытия включало 28 мужчин и 2 женщины (1.7%) , которые умерли внезапно во время сексуальной активности. Из этих 30 смертей, наступивших во время полового акта, 23 (77%) находились не с супругом/супругой.

В исследовании «Determinants of Myocardial Infarction», в котором принимала участие 1 774 пациента из США с ИМ (средний возраст 55 лет), 858 пациентов занимались сексом в течение года перед ИМ. Из этой группы, 79 (9%) имели сексуальную активность в течение 24 часов перед ИМ и 27(3%) – в течение 2 часов до проявления симптомов ИМ [128, 189].

Мужчины, ведущие сидячий образ жизни, которые занимались физической активностью на минимальном уровне раз в неделю или реже, имели сравнительный риск возникновения ИМ 3,0. Однако у физически активных лиц этот риск составлял 1,2. Сексуальная активность явилась фактором, способствующим возникновению ИМ, лишь в 0,9% всех случаев. Хотя сравнительный риск ИМ возрастал примерно вдвое в течение 2 часов после совершения полового акта, абсолютный риск ИМ был лишь в 2 случаях на миллион за час у мужчины 50 лет без ИМ [128, 189].

Авторы приходят к выводу, что регулярная физическая активность может резко снизить риск появления ИМ во время сексуальной активности. Тогда как абсолютный риск повторного инфаркта или смерти в течение 2 часов после полового акта равен приблизительно 20 на миллион у мужчин в возрасте 50 лет, перенесших ранее ИМ. Эти данные становятся ниже, чем 6 на миллион среди мужчин, которые занимаются физическими упражнениями более чем 7

METs без симптомов ишемии при нагрузочном тесте. Обращаясь к Стокгольмской Программе Эпидемиологии сердца (SHEEP), [177] предоставил схожие данные и пришел к подобным выводам, касающимся низкого уровня абсолютного риска ИМ для пациентов с заболеванием сердца и пользы регулярных физических нагрузок в дальнейшем снижении такого риска. Ученые Швеции исследовали сексуальную активность у 699 пациентов, перенесших ИМ в возрасте 45-70 (средний возраст 59 лет), 560 (80%) из этих пациентов имели сексуальную активность. Как и в исследовании ученых из США, у мужчин, ведущих сидячий образ жизни, риск ИМ был выше, чем у тех, кто вел активный образ жизни (4,4 против 0,7).

Вероятные биологические механизмы, за счет которых сексуальная активность может способствовать ИМ, включают следующее: перфорация уязвимых атеросклеротических бляшек, вазоконстрикция коронарных артерий при наличии эндотелиальной дисфункции, что может произойти при физическом и эмоциональном стрессе и снижении запаса кислорода в миокарде; начало протромботического состояния, включая активизацию тромбоцитов, снижение фибринолитической активности и высвобождение простациклина, что может быть вызвано физической нагрузкой у пациентов с заболеваниями сердца; увеличение потребности миокарда в кислороде происходит из-за сочетания физического и эмоционального стресса [189].

В доступной литературе нами не найдено работ, посвященных анализу изменений сегмента ST при СА. Имеются единичные сообщения, связанные с использованием ХМ для оценки желудочковых нарушений ритма во время СА (B.Johnston и G.Fletcher,1979; Y.Drory et al.,1996), в которых получены противоречивые результаты

1.4. Эндоваскулярные методы лечения ИБС

Как указано в Российских рекомендациях по диагностике и лечению стабильной стенокардии, лечение стенокардии преследует две основные цели. Первая – улучшить прогноз и предупредить возникновение ИМ или ВС, и,

соответственно, увеличить продолжительность жизни. Вторая – уменьшить частоту и снизить интенсивность приступов стенокардии для улучшения КЖ. Приоритет принадлежит терапии, направленной на снижение риска осложнений и смертности. Выбор метода лечения зависит от клинической реакции на первоначальную медикаментозную терапию. В процессе выбора необходимо учитывать мнение больного, а также соотношение цены и эффективности предлагаемого лечения [88].

Реваскуляризация миокарда – широкое понятие, включающее как операцию КШ, так и различные виды ТБКА. Наиболее известна и распространена БАП, которую можно сочетать с другими воздействиями на атеросклеротически измененную артерию: установка металлического каркаса – эндопротеза (стента), выжиганием бляшки лазером, разрушением бляшки быстро вращающимся буром и срезанием бляшки специальным атероматическим катетером.

Показанием для ТБКА являются, как правило выраженная стенокардия при поражении одной или более коронарных артерий, плохо поддающаяся антиангинальной терапии, и неинвазивные тесты, указывающие на неблагоприятный прогноз естественного течения болезни. При определении сроков вмешательства следует учитывать профессию и пожелания больного. Стенозы должны быть доступными для катетерной технологии, а окклюзии иметь давность менее 3 месяцев [160].

Транслюминальная баллонная коронарная ангиопластика вошла в практику медицины с именем Andreas Gruentzig (1939-1985 гг.). В сентябре 1977 г. в Цюрихе (Швейцария) он выполнил первую в мире коронарную ангиопластику. В конце 1977 года выступил в Майами с докладом об успешном применении коронарной ангиопластики у четырех больных с поражением передней межжелудочковой артерии [137].

С момента внедрения коронарной баллонной ангиопластики, методика, несомненно, стала самым популярным инвазивным вмешательством в лечении

коронарного атеросклероза, опередив хирургическую операцию коронарного шунтирования [146]. По обобщенным данным за 7 лет активного применения коронарных стентов в США с момента официального разрешения, их доля в ЧКВ возросла в 12 раз с 5,4% в 1994 г. до 80% в 2000 г. В последующие годы постоянный рост числа ЧКВ привел к соотношению 4 ЧКВ к 1 операции КШ в США (2004 г.) и 8 ЧКВ к 1 операции КШ в Японии (2004 г.). В это же время в Европе выполнялось ежегодно ЧКВ в 2-3 раза больше, чем открытых операций КШ [41].

Успешная реваскуляризация жизнеспособного миокарда способствует увеличению фракции выброса левого желудочка, улучшению краткосрочного и долгосрочного прогноза и качества жизни больного. Таким образом, возможности современных эндоваскулярных технологий в лечении тяжелых форм ИБС неоспоримы. Внедрение в клиническую практику новых стентов (особенно с лекарственным покрытием) и других инструментов существенно улучшило непосредственные и отдаленные результаты неинвазивного лечения больных ИБС, а также позволило значительно расширить спектр показаний к выполнению эндоваскулярных операций на сердце [86, 111].

Особый интерес в современной кардиологии представляет сравнительная оценка различных видов хирургических вмешательств, например АКШ и коронарной ангиопластики. АКШ и КА – наиболее часто проводимые операции коронарной реваскуляризации. Обе операции приводят к увеличению выживаемости и улучшению КЖ больных. Причем показатели, отражающие увеличение продолжительности жизни больных, сходны. Улучшение общего КЖ после операции также сравнимо в обоих случаях, однако после КА наступает быстрее [203].

Опубликованы результаты девяти рандомизированных клинических сравнительных исследований ТБКА и АКШ. Несмотря на разницу в дизайне и продолжительности наблюдения, результаты сравнительных исследований по ТБКА и АКШ имеют много общего. Частота операционных осложнений,

включая летальные исходы (1-2%) и ИМ с зубцом Q (до 10 %), была низкой при обоих методах, но прослеживалась тенденция к ее преобладанию при АКШ. Статистически достоверное преобладание частоты ИМ после АКШ прослеживалось в исследованиях GABI, EAST и в двух мета-анализах, включивших многие исследования [172].

Пациенты после ТБКА быстрее возвращались к труду и через 1 месяц проявляли способность к выполнению большого объема физической нагрузки [204] девяти рандомизированных сравнительных исследованиях АКШ и ТБКА не было отмечено достоверной разницы в выживаемости на протяжении 1-5 лет наблюдения. Самым крупным и продолжительным было исследование BARI [128]. Пятилетняя выживаемость после АКШ составила 89,3%, после ТБКА – 86,3%. В трайле RITA через 2,5 года после вмешательства продолжительность теста с физической нагрузкой выглядела лучше после ТБКА, чем после АКШ [188].

Технологии реваскуляризации, особенно ТБКА, претерпели серьезные изменения. В настоящее время коронарные стенты применяются более чем в 80% случаев ТБКА, что привело к снижению частоты последующих вмешательств [109].

В ряде исследований показано: при «чистой» ТБКА оптимальный ангиографический результат был достигнут в 89,8% случаев, при интракоронарном стентировании наблюдался у 99,3% пациентов. При выписке из стационара у 87,6% пациентов в результате вмешательства отмечено исчезновение стенокардии, у 7,8% пациентов класс стенокардии уменьшился. Таким образом, применение ТБКА и интракоронарного стентирования относительно безопасно и высоко эффективно для больных с ИБС [42, 109].

Большое количество многоцентровых клинических исследований направлено на выбор оптимальных алгоритмов терапии различных ССЗ. При этом КЖ рассматривают как важный интегральный критерий эффективности лечения. В одном из рандомизированных исследований проводили

сравнительный анализ КЖ больных, получавших курс консервативного лечения и подвергшихся операции чрескожной транслюминальной коронарной ангиопластики [218]. Все больные страдали стабильной стенокардией напряжения, имели положительные результаты теста с физической нагрузкой и по крайней мере 70% стеноз в проксимальном отделе левой коронарной артерии. КЖ больных оценивали до консервативного и хирургического методов лечения и через 6 месяцев после его завершения. Были выявлены существенные различия между группами. Значительное улучшение КЖ наблюдали у больных после коронарной ангиопластики. Через 6 месяцев показатели всех шкал опросника психологического благополучия PGWBI, а также шкалы физической активности опросника MMNIQ были выше у больных после ангиопластики. Общее КЖ – суммарный балл физического и психологического функционирования были существенно выше (7,36 при ангиопластике в сравнении с 1,98 при лекарственной терапии) [112].

Так, в исследовании, проведенном в США, изучали динамику показателей КЖ у пожилых больных ИБС, подвергшихся КА. Параметры КЖ оценивали с помощью двух опросников SF-36 и специального Seattle Angina Questionnaire SAQ до операции и через 3 месяца после нее. Выявлена достоверная положительная динамика параметров КЖ по большинству шкал обоих опросников, в том числе сексуальной функции. Сделан вывод о том, что КА существенно улучшает КЖ больных ИБС [91].

«Качество жизни» характеризуется как достигаемость желаемого и удовлетворение достигнутым [110]. «Половая жизнь» является одним из критериев, по которому оценивается состояние КЖ больных. Некоторые авторы, изучая медицинские показатели КЖ в комплексной оценке течения ИБС, выявили, что у больных, перенесших ИМ, в динамике со 2-х суток до 5-6 месяца отмечается статистически значимое ($p < 0,001$) постепенное улучшение медицинских показателей КЖ почти по всем шкалам, в частности по шкале «половая жизнь». У больных стабильной стенокардией напряжения

центральное место в факторной структуре изменений медицинских показателей качества жизни занимает психологическая дезадаптация [99].

Несмотря на важность затронутых проблем (широкое распространение ишемической болезни сердца среди мужчин трудоспособного возраста, снижение КЖ и половой функции у этих больных), в большинстве случаев осознаваемых только самим пациентом и ускользающих из сферы внимания врачей-кардиологов, а также реального положительного влияния современных методов лечения ИБС на течение и прогноз коронарной болезни, работы, посвященные изучению половой функции после ТБКА, практически отсутствуют, что и позволило выбрать тему для настоящего исследования.

Глава 2. Материал и методы исследования

2.1. Организация и протокол наблюдения

Исследование проведено на базе Тюменского кардиологического центра – филиала НИИ кардиологии СО РАМН – в соответствии с основными направлениями научных исследований по разработке современных программ реабилитации больных ССЗ. От каждого пациента было получено информированное согласие на участие в исследовании, проведение дополнительных методов диагностики, лечения и выполнения оперативного вмешательства. Протокол исследования одобрен на заседании локального этического комитета.

В соответствии с поставленными задачами реализация программы исследования проводилась по следующим этапам:

На первом этапе провели отбор больных с ИБС, которым планировалось по клиническим и ангиографическим показаниям (по данным КАГ) проведение ТБКА.

На втором этапе у выбранных больных выявили жалобы сексологического характера, изучили клиническую структуру и динамику сексуального расстройства.

На третьем этапе провели проспективное наблюдение за имевшими СД больными с выполненной ТБКА.

На четвертом этапе провели формализацию клинических данных обследованных пациентов.

На пятом этапе провели статистическую обработку полученных данных в зависимости от поставленных задач.

Критериями включения в исследование были:

- 1) Состояние больного после перенесенного ОКС, потребовавшего проведения ТБКА;
- 2) наличие у пациента стабильной СН и показаний для проведения ТБКА;
- 3) мужской пол.

Критерии исключения:

- 1) отказ больного от обследования, отсутствие достаточной готовности к сотрудничеству;
- 2) наличие психических расстройств психотического уровня (страдающие органическими расстройствами, шизофренией);
- 3) зависимость от алкоголя и наркотиков;
- 4) злокачественные новообразования;
- 5) клинически значимое заболевание дыхательных органов, желудочно-кишечного тракта, нервной системы, гемодинамическое или почечное заболевание в стадии обострения, значительно влияющие на оценку исследования;
- 6) врожденная и генетическая патология, влияющая на половую функцию;
- 7) сахарный диабет.

2.2. Методы обследования. Определение терминов

В качестве основных методов исследования использовали:

- 1) клинико-сексологический (изучение особенностей этиологии, патогенеза, оценка динамики клинических и социальных характеристик сексуальных расстройств);
- 2) клинико-психопатологический (оценка симптомов, синдромов и психического состояния больных в различные периоды течения заболевания);
- 3) клинико-катамнестический (ретардированная оценка динамики клинических и социальных характеристик заболевания);
- 4) статистический.

В качестве дополнительных методов использовались электрофизиологический (ХМ ЭКГ) и другие способы исследования, необходимые для объективной оценки состояния пациента в различные периоды заболевания.

Основным инструментом исследования была «Базисная карта сексологического больного» [102]. Заполнение карты проводилось по определенной схеме, содержащей ряд обязательных пунктов. Это анкетные данные, развернутый диагноз ИБС, самостоятельное заполнение опросника

СФМ (Сексуальная Формула Мужская – приложение №1), выявление характера семейных отношений, наличие жалоб сексологического характера (когда и при каких обстоятельствах впервые возникла мысль о наличии полового расстройства, сроки и динамика его развития, взаимосвязь с психогениями, время пробуждения платонического и эротического либидо, возраст первой эякуляции и обстоятельства, при которых она возникла, возраст начала половой жизни и ее динамика, активность в браке, возраст максимального и последнего экссесса, ритм половой активности, продолжительность полового акта, а также нарушения со стороны ССС во время коитуса). Специально выявлялись психопатологические симптомы и синдромы, которые имелись и возникли в связи с ИБС и/или сексуальным расстройством.

При обработке опросника СФМ руководствовались следующим:

Цифры от 0 до 4 в каждом из десяти показателей шкалы представляют числовые градиенты, характеризующие степень выраженности той функции, которую они отражают. При этом цифры 0, 1 и 2 характеризуют различные степени снижения, цифра 3 соответствует средней статистической норме для мужчины средних лет, а цифра 4 характерна для периода возрастной гиперсексуальности или для сильной половой конституции. Что же касается самих показателей, то они группируются в три функциональные (структурные) триады: показатель Х является внеструктурным и характеризует давность расстройства. Структурные показатели отражают:

I – состояние предварительной нейрогуморальной готовности;

II – настроение перед сношением (т. е. состояние психической составляющей);

III – результат их интегративного взаимодействия, проявляющийся сексуальной активностью (предприимчивостью).

В целом же первая триада характеризует ранние стадии копулятивного цикла, предшествующие половому акту.

В противоположность этому вторая триада (показатели IV, V и VI) отражает объективные параметры реализации полового акта:

IV – интегративный показатель, характеризующий общую результативность, вне зависимости от качественной стороны;

V и VI – показатели, дающие отдельную характеристику состояния эрекции и аппарата эякуляции.

И, наконец, заключительная триада отражает различные стороны оценки уже имевшей место половой активности, включая абсолютный в своей объективности показатель VII, характеризующий периодичность эякуляции эякулята, наряду с отдельной субъективной оценкой самого обследуемого (показатель VIII) и «оценкой со стороны» (показатель IX) [102].

По шкале векторного определения половой конституции учитывали семь показателей, параметризуемых независимо друг от друга.

Использование шкалы предполагало следующее:

1. Определение исходных индексов (1-9 по целым числам верхнего цифрового ряда) для каждого из семи векторов (определение исходных индексов по 6 и 7 векторам производилось только у обследуемых, которые имели регулярные сношения в течение многих лет, а у холостяков и живущих нерегулярно половой жизнью оно опускалось).
2. Суммирование исходных индексов.
3. Деление полученной суммы на общее число учитывавшихся исходных индексов давало: Кф – фенотипический индекс половой конституции.

Полученная средняя арифметическая представляет собой общий индекс, характеризующий половую конституцию обследуемого следующим образом:

1 (1-1,5) – чрезвычайно слабая; 2 (1,6-2,5) – очень слабая; 3 (2,6-3,5) – слабая; 4 (3,6-4,5) – ослабленный вариант средней; 5 (4,6-5,5) – средняя; 6 (5,6-6,5) – сильный вариант средней; 7 (6,6-7,5) – сильная; 8 (7,6-8,5) – очень сильная; 9 (8,6-9) – чрезвычайно сильная.

Дополнительно определялся:

Кг- генотипический индекс половой конституции, который характеризует действие внутренних факторов (темп и сроки полового созревания, уровень либидо и его энергетический потенциал). Выражается средней арифметической векторов I – IV.

Ка – конституционально моделированный индекс половой активности, характеризующий стабилизированный уровень зрелой сексуальности, сроки вхождения и продолжительность условно физиологического ритма (УФР). Выражается средней арифметической векторов V – VII [102].

Психометрическое тестирование применялось для определения актуального психического состояния, степени нарушения адаптации, особенностей эмоционального реагирования. С этой целью использовали госпитальную шкалу тревоги и депрессии (HADS) и шкалу депрессии Бека [16]. Оценка тревожности и депрессии этими шкалами (приложения №2 и №3) проводилась при первом исследовании и через три месяца после выписки из стационара.

При изучении сексологического и психического состояния пациентов применялись методики индивидуального собеседования и прямого наблюдения, а также беседа с лечащими врачами. Квалификация диагноза проводилась в соответствии с Международной статистической классификацией болезней 10-го пересмотра [49].

При постановке диагноза мы использовали следующие диагностические критерии:

- для психогенных сексуальных расстройств (F52) и органических под рубрикой (N-48.4);
- для аффективных расстройств (F32);
- для невротических и связанных со стрессом (F41 - F43);

Сексуальная реакция представляет собой психосоматический процесс, в происхождении сексуальной дисфункции обычно принимают участие и психологические, и соматические процессы. При трудности определить

относительное значение психологических и/или органических факторов следует определять состояние как смешанное. Соответственно выделяли три варианта СД: психогенной, органической и смешанной этиологии (МКБ-10).

Диагноз *Расстройство гипоактивного сексуального влечения* устанавливался под рубрикой F52.0 – отсутствие или потеря полового влечения, если диагностические критерии соответствовали:

- первичная потеря полового влечения является основной проблемой, а не вторичной по отношению к другим сексуальным затруднениям, таким как отсутствие эрекции;
- отсутствие полового влечения не исключает сексуального удовлетворения или возбуждения, но снижает уровень половой активности;

Дополнительно уточнялась этиология: психогенная, органическая и смешанная.

Диагноз *Сексуальное отвращение* устанавливался под рубрикой F52.10 – отвращение к половым сношениям, если диагностические критерии соответствовали:

- предстоящая половая связь с партнером вызывает сильные негативные чувства, страх или тревогу, которые достаточны, чтобы привести к уклонению от половой активности.

Дополнительно уточнялась этиология: психогенная, органическая и смешанная.

Диагноз: *Сексуальная ангедония* устанавливался под рубрикой F52.11 – отсутствие сексуального удовлетворения, если диагностические критерии соответствовали:

- возникают нормальные сексуальные реакции и переживается оргазм, но нет адекватного удовлетворения.

Дополнительно уточнялась этиология: психогенная, органическая и смешанная.

Диагноз *Эректильное расстройство* устанавливался под рубрикой F52.2 – недостаточность генитальной реакции, если диагностические критерии соответствовали:

– затруднения в наступлении или поддержании эрекции, достаточной для удовлетворительного полового акта.

Дополнительно уточнялась этиология: психогенная, органическая и смешанная.

Диагноз *Ингибированный оргазм* устанавливался под рубрикой F52.3 –

оргазмическая дисфункция, если диагностические критерии соответствовали:

– оргазм не возникает или заметно задерживается.

Дополнительно уточнялась этиология: психогенная, органическая и смешанная.

Диагноз *Преждевременная эякуляция* устанавливался под рубрикой F52.4 –

преждевременная эякуляция, если диагностические критерии соответствовали:

– неспособность задерживать эякуляцию на период, достаточный для удовлетворения от полового акта у обоих партнеров.

Уточняется характер расстройства:

F52.41 *Преждевременная эякуляция абсолютная.*

F52.42 *Преждевременная эякуляция относительная.*

Дополнительно уточнялась этиология: психогенная, органическая и смешанная.

При диагностике психопатологических расстройств руководствовались следующими критериями:

F32. *Депрессивный эпизод*

Общие диагностические указания:

А. Расстройство, характеризующееся:

- 1) сниженным настроением;
- 2) утратой интересов и способности получать удовольствие;
- 3) повышенной утомляемостью.

В. Другие общие симптомы:

- 1) снижение способности концентрации внимания;
- 2) заниженные самооценка и уверенность в себе;
- 3) идеи вины и самоуничижения;
- 4) мрачное, пессимистическое видение будущего;
- 5) идеи и действия самоповреждения или суицидальные;

- 6) нарушения сна;
- 7) сниженный аппетит.

С. Состояние пониженного настроения мало подвержено изменениям в течение депрессивного эпизода, однако настроение может претерпевать суточные колебания.

F32.0 Депрессивный эпизод легкой степени

Для достоверного диагноза необходимы по крайней мере 2 из 3 типичных симптомов, плюс хотя бы еще 2 из других симптомов. Ни один из указанных симптомов не должен достигать глубокой степени, а минимальная продолжительность всего эпизода - примерно 2 недели.

F32.00 Депрессивный эпизод легкой степени без соматических симптомов

F32.01 Депрессивный эпизод легкой степени с соматическими симптомами

F32.1 Депрессивный эпизод средней степени тяжести

Диагностические критерии:

- А. Необходимо присутствие двух из трех типичных симптомов и трех (лучше четырех) других общих симптомов.
- В. Степень тяжести определяется либо тяжестью симптомов, либо обилием симптоматики.
- С. Значительные затруднения в трудовой и социальной адаптации.

F32.11 с соматическими симптомами

F34.1 Дистимия

Диагностические критерии:

- А. Состояние хронически сниженного настроения.
- В. Никогда не соответствует (или соответствует крайне редко) критериям рекуррентного аффективного расстройства легкой или средней тяжести.
- С. Начало в молодом возрасте и продолжается по меньшей мере несколько лет или неопределенно долго.
- Д. Начало в позднем возрасте, чаще связано с психотравмой.

F40. *Фобические и тревожные расстройства*

Общие диагностические указания:

- A. Состояния тревоги, обусловленные только или преимущественно вполне определенными ситуациями или объектами (внешними по отношению к пациенту), которые в данный момент не являются объективно опасными.
- B. По отношению к этим ситуациям или объектам либо характерно их избегание, либо испытывается страх.
- C. Субъективно, физиологически, поведенчески фобическая тревога не отличается от других типов тревоги и может варьировать от легкого беспокойства до ужаса.
- D. Концентрация пациентов на индивидуальных симптомах (сердцебиение, ощущение дурноты), обуславливающих вторичные страхи (смерти, потери самоконтроля, сумасшествия).
- E. Тревога не снижается от осознания того, что другие люди не считают данную ситуацию или объект опасным или угрожающим.
- F. Тревога предвосхищения попасть в ситуацию, вызывающую фобию.
- G. В случае страха заболевания диагноз фобического расстройства правомерен лишь тогда, когда пациент связывает возникновение заболевания с каким-либо конкретным местом или ситуацией.
- H. В случае сочетания тревоги и депрессии предпочтение отдается расстройству, которое развилось первым или которое явно преобладает над другим на момент постановки диагноза.

F40.2 *Специфические фобии (кардиофобии)*

Диагностические критерии:

- A. Фобия (навязчивый страх) строго ограниченных ситуаций.
- B. Специфическая ситуация может быть запускающим моментом.
- C. Достоверный диагноз требует присутствия в состоянии больного следующих признаков:

- 1) психологические, поведенческие и/или вегетативные симптомы должны быть первичным выражением тревоги;
- 2) тревога должна ограничиваться лишь определенным фобическим объектом или ситуацией;
- 3) избегание (когда это возможно) фобической ситуации или объекта.

F41.1 Генерализованное тревожное расстройство

Диагностические критерии:

- A. Генерализованная и стойкая тревога, не ограниченная какими-либо определенными обстоятельствами (или возникает преимущественно при этих обстоятельствах).
- B. Сопровождается:
 - 1) опасениями (страхами) за здоровье и свою жизнь, жизнь и здоровье близких, другими дурными предчувствиями.
 - 2) моторным (мышечным) напряжением: суетливостью, тремором, невозможностью расслабиться.
 - 3.) вегетативными или вегетативно-болевыми симптомами.

F43.2 Расстройство адаптации

Диагностические критерии:

- A. Наблюдается в период адаптации к значительному изменению социального статуса (потеря близких или длительная разлука с ними, положение беженца и тому подобное) или к стрессовому жизненному событию (в том числе серьезное заболевание).
- B. Индивидуальная предрасположенность (уязвимость), но в сочетании с доказательствами того, что расстройство не возникло бы без воздействия стрессора.
- C. Наличие симптомов:
 - 1) депрессивное настроение, тревога, беспокойство;
 - 2) чувство неспособности справиться с ситуацией, приспособиться к ней;
 - 3) некоторое снижение продуктивности в повседневных делах;

4) склонность к драматическому поведению, вспышки агрессии.

Д. Доказанная временная связь между стрессором и возникшим расстройством – не более трех месяцев от начала действия стрессора.

Е. по преобладающему признаку может уточняться пятым знаком:

F43.20 кратковременная депрессивная реакция транзиторное (не более месяца) мягкое депрессивное состояние.

F43.21 пролонгированная депрессивная реакция, легкое депрессивное (не более двух лет) состояние как ответ на длительное пребывание в стрессовой ситуации.

F43.22 смешанная тревожная и депрессивная реакция, отчетливые тревожные и депрессивные симптомы, но выраженные не больше чем в смешанном тревожном и депрессивном расстройстве (F41.2) или в другом смешанном тревожном расстройстве. (F41.3).

Для стратификации кардиального риска и проявлений ишемии миокарда во время сексуальной активности 12 добровольцев – больных ИБС – во время ХМ совершили коитус. Было проведено бифункциональное ХМ с использованием системы динамической электрокардиографии "Кардиотехника – 4000" (фирма "ИНКАРТ", г. Санкт-Петербург, Россия). Исследование включало в себя полную суточную запись двух-трех модифицированных биполярных отведений ЭКГ, отражающих потенциалы передней (V4м), боковой (V6м) и нижне-диафрагмальной (Y) стенок ЛЖ в энергонезависимую память ("Электронный Винчестер") [48]. Запись в дальнейшем анализировалась в автоматическом и визуальном режиме на компьютере (Pentium-III) с использованием программы КТ-4000 той же фирмы с распечаткой заключения, почасовых таблиц, трендов ЧСС, сегмента ST каждого из отведений и фрагментов ЭКГ.

Мониторирование проводилось в условиях, максимально приближенных к обычному режиму двигательной активности (включая нагрузки различных уровней, в том числе вызывающие приступ стенокардии) для каждого

конкретного пациента. Во время проведения бифункционального ХМ все пациенты подробно описывали в дневнике свои действия и ощущения в течение суток с указанием точного времени начала, окончания и вида физической нагрузки (двигательная активность, половой акт). Они были проинструктированы, что в случае возникновения боли в грудной клетке, а также при выполнении функциональных нагрузок необходимо нажать соответствующую кнопку на носимом портативном регистраторе.

Определяли: количество эпизодов ишемии за сутки, их длительность в секундах, интервал времени между ними в минутах, амплитуду депрессии сегмента ST в мкВ ($100 \text{ мкВ} = 1 \text{ мм}$), интеграл смещения сегмента ST в $\text{мкВ} \cdot \text{мин}$, максимальную ЧСС во время ишемического эпизода, суммарную длительность и суммарный интеграл смещения сегмента ST за сутки, пороговую ЧСС в начале каждого ишемического эпизода.

За пороговую принимали такую ЧСС, превышение которой было связано с появлением ишемии миокарда.

В анализ включали только диагностически значимые эпизоды горизонтальной и/или косонисходящей депрессии сегмента ST на 100 мкВ и более, имеющие отчетливую связь с двигательной активностью больного (по результатам сопоставления данных мониторингирования с дневником пациента), сопровождающиеся приступами стенокардии или бессимптомные, продолжительностью не менее 1 мин и с временным интервалом между отдельными эпизодами не менее 1 мин (известное правило "1-1-1") [113].

Особенностью бифункционального ХМ явилось включение в протокол исследования функциональных дозированных физических нагрузок (утром, днем и вечером) в виде подъема по лестнице в обычном для каждого больного темпе. Начало и окончание нагрузки (в том числе полового акта) пациенты отмечали в дневнике и дополнительно нажатием сигнальной кнопки на носимом регистраторе, что позволяло при последующем анализе магнитограммы объективно оценивать связь появления ишемии миокарда с

нагрузками, определять время восстановления сегмента ST до изоэлектрической линии и рассчитывать интенсивность нагрузок в течение суток [48].

Пациенты также описывали свои ощущения во время выполнения нагрузки в дневнике и указывали причину ее прекращения (боль в грудной клетке, одышка, усталость, сердцебиение и другие причины).

Оценка соматического и неврологического статусов проводилась с применением традиционных методов исследования функционального состояния органов и систем, а также с учетом результатов обследования больных соответствующими специалистами (кардиологом, невропатологом и др.).

Клинико-катамнестический метод позволил оценить эффективность предложенных лечебно-реабилитационных мероприятий. Изучение катамнеза осуществлялось путем индивидуального собеседования с обследуемым, в некоторых случаях (иногородние больные) данные получены по почте или телефонному интервью. С этой же целью использовалась медицинская документация. Критериями эффективности проводимых лечебно-реабилитационных мероприятий являлись: динамика клинических и психометрических показателей.

Изучение всех обследуемых проводилось лично автором путем осмотра больных, анализа амбулаторных карт и результата тестирования.

Все клинические, экспериментальные и лабораторные исследования проводились после получения добровольного согласия пациента в соответствии с требованиями ст. 21 главы 2 Конституции Российской Федерации и ст. 32 и 43 «Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан» 1998г.

2.3. Формализация и статистическая обработка полученных данных

Результаты исследования и лечения больных систематизировались, формализовались с помощью базисных карт и в последующем подвергались

статистической обработке с использованием статистических программ SPSS 10.0 for Windows. Результаты представлены как $M \pm SE$, где M – среднее арифметическое, а SE – стандартная ошибка среднего арифметического. Для оценки достоверности различий между группами при нормальном распределении количественных данных использовали непарный t -критерий Стьюдента, а количественные величины с ненормальным распределением сравнивали критерием Манна-Уитни. Качественные данные оценивали с использованием критериев Манна-Уитни и χ^2 Пирсона. Оценку динамики показателей на фоне лечения проводили по критерию Вилкоксона. Для исследования связей и зависимостей между переменными рассчитывали коэффициенты корреляций (Пирсона и Спирмена).

За достоверность различий изучаемых параметров принимали при значении $p < 0,05$. Различия при $p > 0,05$, но $p < 0,1$ трактовались как наличие тенденции. Различия $p > 0,1$ считались недостоверными.

2.4. Общая характеристика клинической группы

В исследуемую выборку вошло 147 больных ИБС. Во время пребывания в стационаре всем включенным в исследование пациентам проводилось обследование, включавшее клинический минимум, показатели липидного спектра крови, ЭКГ в 12 стандартных отведениях, ЭХОКГ, коронароангиография, при необходимости УЗИ органов брюшной полости, УЗИ щитовидной железы. По показаниям пациенты были проконсультированы у кардиохирурга, невропатолога и окулиста. При необходимости для верификации диагноза ИБС и ФК стенокардии, уточнения толерантности к физической нагрузке проводили ВЭМП, суточное мониторирование ЭКГ.

ЭХО кардиографическое исследование включало определение размера асинергии миокарда, толщину МЖП и задней стенки ЗС ЛЖ, измерение размеров полостей, ФВ ЛЖ. Обследование пациентов проводили в лаборатории инструментальных методов исследования.

Пробу с дозированной физической нагрузкой (ВЭМП) проводили методом ступенчатой непрерывно возрастающей нагрузки с первой ступени мощностью 25 Вт и увеличением нагрузки на 25 Вт каждые 3 минуты до достижения субмаксимальной частоты сердечных сокращений.

Показанием к проведению ТБКА являлось:

- сохранение симптомов стенокардии у больных ИБС на фоне медикаментозного лечения;
- положительные результаты нагрузочных исследований, свидетельствующие о том, что независимо от клинических проявлений стенокардии и проводимого лечения у пациента имеется высокий риск сердечно-сосудистых осложнений;
- наличие эпизодов жизнеугрожающих желудочковых аритмий либо остановки кровообращения в анамнезе;
- стеноз сосуда более 70% диаметра.

Выделяли клинические и ангиографические критерии успешности ТБКА. ТБКА считали клинически успешными, если процедура не сопровождалась развитием ИМ, смерти, инсульта, необходимостью в экстренном проведении АКШ, происходило уменьшение симптомов миокардиальной ишемии. ТБКА считали ангиографически успешными, если остаточный стеноз в зоне вмешательства составлял менее 30% просвета сосуда при ангиопластике и менее 10% при ТБКА с интракоронарным стентированием [40].

Характеристика обследованных больных по возрасту представлена на рисунке №1. Анализируя представленные данные, можно отметить, что основную массу больных (87,1%) составили больные трудоспособного возраста 30-60 лет, средний возраст которых составил $51,77 \pm 6,97$ года. Больные пенсионного возраста составили незначительную часть (12,9%).

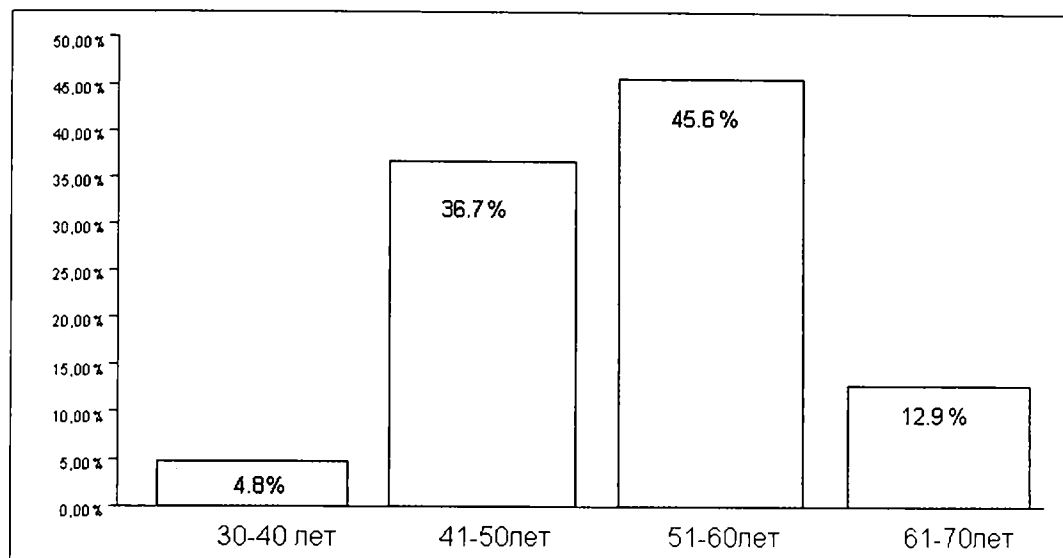


Рис. №1. Характеристика обследованных больных по возрасту

При анализе структуры социального положения обследованной группы видно (Рис.№2), что основное количество (116 –78,9%) больных занималось трудовой деятельностью, при этом доля занятых умственным трудом составила 44,2%, а доля занятых физическим трудом была меньше и составила 34,7%. Доля инвалидов и пенсионеров составила соответственно 10,9% и 6,8%. Неработающие составили самую малочисленную часть (3,4%).

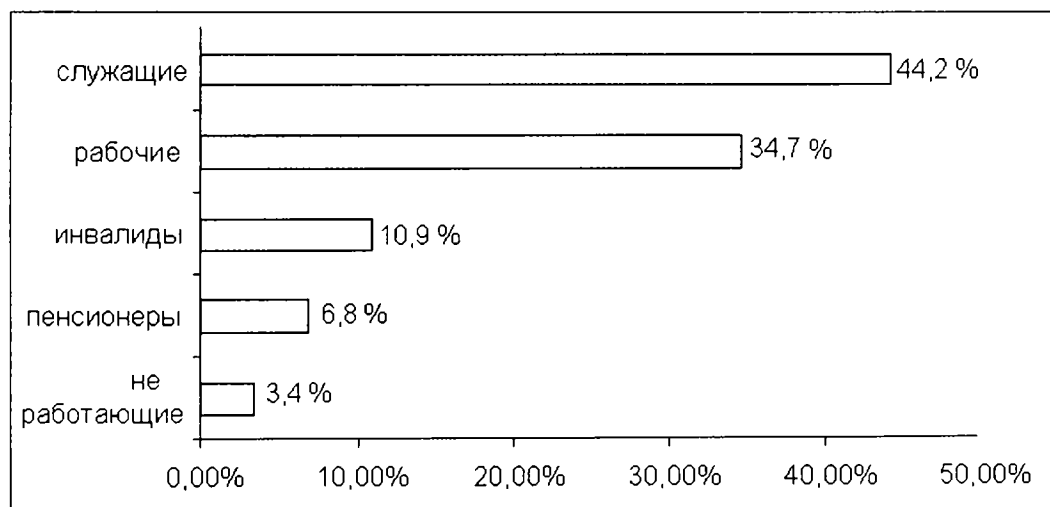


Рис. №2. Структура социального положения обследованной группы

Анализ данных распределения больных по месту жительства (Рис. №3) показал, что основная часть (118 – 80,3%) пациентов проживала в городе, жители сельской местности составили соответственно 29 (19,7%) человек.

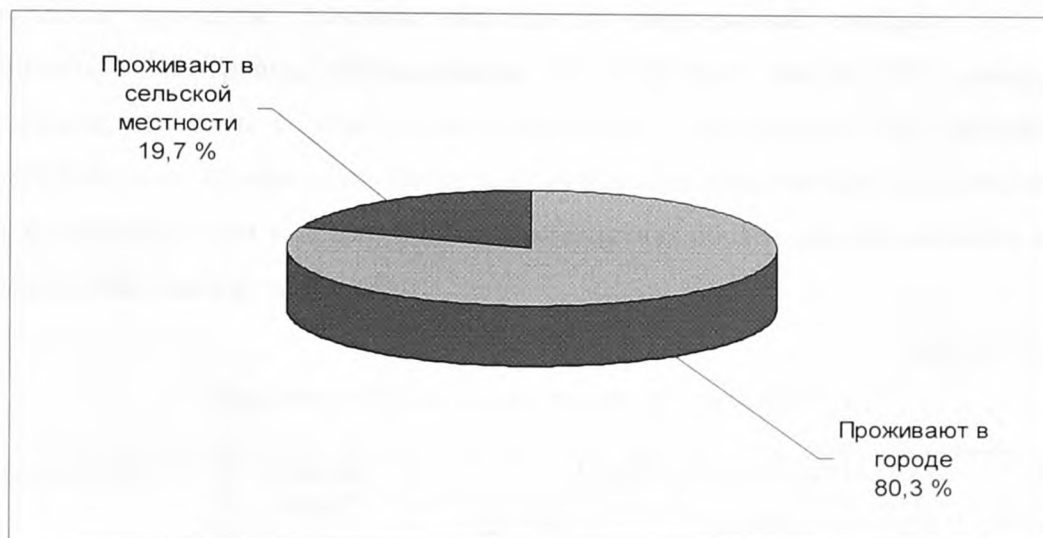


Рис.№3. Распределение больных по месту жительства

Анализ данных распределения больных по территориям (Рис. №4) показал, что почти 55% пациентов составили жители южных районов Тюменской области, в том числе 45,6% г. Тюмени, и 9,5% – сельские жители, в 44,9% случаев – пациенты из северных округов, в том числе 42,9% –



Рис. № 4. Распределение больных по территориальному признаку

жители ЯНАО (Ямало-ненецкий автономный округ) и 2% – жители ХМАО (Ханты-мансийский автономный округ).

Все обследованные больные были распределены на 2 группы: первую составили мужчины, перенесшие острый коронарный синдром (ОКС), пациенты этой группы обследовались на 14-30 день после ОКС, вторую составили пациенты со стабильной стенокардией напряжения (СН), которую оценивали по классификации Канадской ассоциации кардиологов с выделением 4-х функциональных классов (ФК). Характеристика обследованных больных по формам ИБС дана в таблице №1.

Таблица №1

Характеристика пациентов по формам ИБС

форма ИБС	после ОКС	Стабильная СН (n=111)		
		СН IФК	СН IIФК	СН IIIФК
число больных (n=147)	36	13	48	50
%	24,5%	8,8%	32,7%	34,0%

Как видно из таблицы №1, основную массу составляли мужчины со стабильной СН – 111 (75,5%) больных.

Группа со СН IФК представлена 13 (8,8%) больными. Она характеризовалась тем, что обычная физическая активность не вызывает приступ стенокардии. Стенокардия проявляется только при энергичной или продолжительной физической работе или во время активного отдыха.

Группа со СН IIФК представлена 48 (32,7%) больными. Она характеризовалась тем, что имела незначительное ограничение обычной физической активности. Стенокардия возникает при быстрой ходьбе или подъеме по лестнице, ходьбе в гору, ходьбе или подъеме по лестнице после еды или в холодную, ветреную погоду, при эмоциональном расстройстве или в первые часы после пробуждения.

Группа со СН IIIФК представлена 50 (34,0%) больными. Она

характеризовалась тем, что имела заметное ограничение физической активности. Стенокардия при ходьбе на расстояние одного-двух кварталов и при подъеме на один лестничный пролет при нормальном шаге и при нормальных условиях.

В группе больных после перенесенного ОКС выделяли: подострый инфаркт миокарда (трансмуральный, крупноочаговый, мелкоочаговый) у 12(33,3%) человек, а также различные типы нестабильной стенокардии (впервые возникшей, прогрессирующей, вариантной и ранней постинфарктной стенокардией), 24(66,7%). В качестве сопутствующей патологии у 111 (75%) пациентов имелась эссенциальная гипертония.

Глава 3. Клиническая характеристика сексуальных дисфункций у больных ИБС

3.1. Влияние факторов риска ИБС на развитие сексуальной дисфункции

СД выявлена у – 81 (54,7 %) человека. В группе больных с СД возраст колебался от 32 до 68 лет, в среднем составил $52,59 \pm 0,75$ года, в группе больных без СД возраст колебался от 35 до 68 лет, в среднем составил $50,80 \pm 0,89$ года. Статистически значимых возрастных различий в группах с сексуальными нарушениями и без нарушений не было выявлено ($p = 0,15$).

При анализе факторов риска ИБС (табл. №2) у пациентов, страдающих ишемической болезнью сердца с СД, уровень общего холестерина был достоверно выше, чем аналогичный показатель в группе без СД. По таким факторам риска, как артериальная гипертония и отягощенная наследственность, достоверных отличий между группами выявлено не было. Пациенты не имели достоверных отличий по показателю индекса массы тела, также не выявлено значимых отличий по количеству пациентов, имеющих избыточную массу тела,

Таблица № 2

Факторы риска ИБС и сексуальная дисфункция

Факторы риска ИБС	с СД (n=81)	без СД (n=66)	p
Гипертоническая болезнь	64(79%)	47(71,2%)	0,276
Отягощенность семейного анамнеза по ИБС и ГБ	42(51,8%)	32(48,4%)	0,672
Табакокурение	34(42%)	34(51,5%)	0,252
Отказались от курения	32(39,5%)	21(31,8%)	0,335
Никогда не курили	15(18,5%)	11(16,7%)	0,712
Стаж курения	$28,5 \pm 1,13$	$24,5 \pm 1,39$	0,033
Количество сигарет	$21,1 \pm 1,19$	$18,8 \pm 2,07$	0,019
Индекс массы тела, кг/м ²	$27,8 \pm 0,43$	$28,5 \pm 0,43$	0,24
Общий холестерин (ммоль/л)	$5,71 \pm 0,11$	$5,35 \pm 0,16$	0,041

как в группе имеющих СД, так и в группе без СД. В указанных группах не было выявлено достоверных отличий по табакокурению, однако в группе пациентов,

имеющих сексуальную дисфункцию, как стаж курения, так и ежедневное количество выкуриваемых сигарет были достоверно больше.

Анализ клинических и функциональных показателей больных ИБС в группе имеющих СД и в группе без СД представлен в таблице № 3.

Таблица № 3

*Клинические и функциональные показатели больных ИБС
в группе с СД и без СД*

Клиническая характеристика больных ИБС	с СД (n=81)	без СД (n=66)	p
Средний возраст (в годах) на момент обследования	52,6±0,75	50,8±0,89	0,15
Продолжительность «коронарного стажа», в годах	2,2±0,42	2,3±0,42	0,58
Фракция выброса (по данным Эхокардиографии)	54,84±1,10	56,63±0,76	0,93
Толерантность к физической нагрузке (ВЭМП)	80,47±3,50	95,87±6,58	0,06
Количество перенесенных ИМ: нет/1/2/3	46(56,8%) 32(39,5%) 3(3,7%)	27(40,9%) 36(54,6%) 3(4,5%)	0,065
КАГ (стеноз КА): количество 1/2/3	46(56,8%) 30(37%) 5(6,2%)	45(68,2%) 17(25,7%) 4(6,1%)	0,191

Дальнейшее сопоставление клинических и функциональных показателей по продолжительности «коронарного стажа», фракции выброса левого желудочка (по данным эхокардиографии), количества перенесенных инфарктов, возрастных различий, а также по количеству стенозированных сосудов в группах с сексуальными нарушениями и без нарушений статистически значимых различий не выявило. По данным велоэргометрической пробы была отмечена тенденция ($p = 0,06$) более низкой толерантности к физической нагрузке в группе больных с сексуальными дисфункциями.

В ходе исследования была проанализирована зависимость частоты СД от формы ИБС. Результаты представлены в таблице № 4. Как видно из представленной таблицы, максимальный процент больных с СД находился в группе после перенесенного ОКС и составил 24 (66,7%) человека. Наблюдается нарастание процентного соотношения СД с 38,5% при СН IФК до 50% и 56% при СН IIФК и СН IIIФК соответственно, что указывает на влияние тяжести соматического состояния в развитие СД.

Таблица № 4

Распределение частоты СД от формы ИБС

больных ИБС	после ОКС	СН IФК	СН II ФК	СН III ФК
всего	36	13	48	50
с СД	24	5	24	28
%	66,7%	38,5%	50%	56%

3.2. Конституциональные особенности больных ИБС с сексуальной дисфункцией

В ходе исследования были выделены две возрастные группы [105]: первая от 32 до 54 лет – период зрелой сексуальной активности, ее составил 101 (68,9%) пациент, и вторая 55 лет и более – инволюционный период, в нее вошло 46 (31,1%) человек. Основная масса больных (68,9%) находилась в возрасте зрелой сексуальности.

У всех больных был определен тип половой конституции. При анализе конституциональных особенностей были сравнены индексы половой конституции (фенотипический – Кф, генотипический – Кг, конституционально моделированный – Ка) в группах больных, имевших СД и без СД. Результаты представлены в таблице №5.

Индексы половой конституции больных ИБС с СД и без СД

Индексы	с СД	без СД	P
Кф	4,58 ±0,11	4,99 ±0,11	0,004
Кг	4,21 ±0,11	4,71 ±0,10	0,001
Ка	4,98 ±0,15	5,40 ±0,15	0,045

Как видно из представленной таблицы, в сравниваемых группах достоверно отличались все индексы, характеризующие тип половой конституции. Более низкие показатели индексов Кф, Кг и Ка были в группе больных с СД. Наибольшее различие выявлено по индексу Кг, который характеризовался более поздними сроками пробуждения либидо, возрастом первой эякуляции, более низким трохантерным индексом, женским или переходным типом оволосения лобка.

Также выявлены более низкие показатели у больных с СД по индексу Ка, который характеризовался меньшим эксцессом (количеством эякуляций) в течение суток, более ранним возрастом вхождения в УФР и его абсолютным возрастом. Индекс Кф (суммирующий значения Кг и Ка) и определяющий тип половой конституции тоже достоверно ниже в группе больных с СД.

Выявлена корреляционная связь между наличием сексуальной дисфункции и генотипическим индексом ($r=0,258$; $p=0,002$), а также между наличием сексуальной дисфункции и фенотипическим индексом ($r=0,200$; $p=0,016$).

Таким образом, на основании полученных результатов можно сделать вывод: более слабый тип половой конституции является предиктором СД, при этом определяющее значение имеет индекс Кг, который характеризует генетически обусловленные сроки полового созревания.

Для выяснения отношения больных ИБС к проблеме интимных отношений всем больным были заданы вопросы:

1. «Обсуждали ли врачи кардиологи с больным вопросы сексуальных отношений?» – положительно ответили 8% больных.

2. «Следует ли обсуждать врачу кардиологу вопросы интимных отношений с больным?» – утвердительно ответили 83% больных.

Это свидетельствуют о высокой заинтересованности больных ИБС в обсуждении вопросов интимных отношений и недостаточном внимании врачей-кардиологов к этому вопросу.

В ходе исследования (Рис.№5) было выявлено, какое место занимает сексуальная сфера в шкале ценностных ориентаций среди прочих жизненных интересов (здоровье, профессиональные интересы, быт, культурные интересы, хобби, секс) у больных ИБС с СД и без СД.

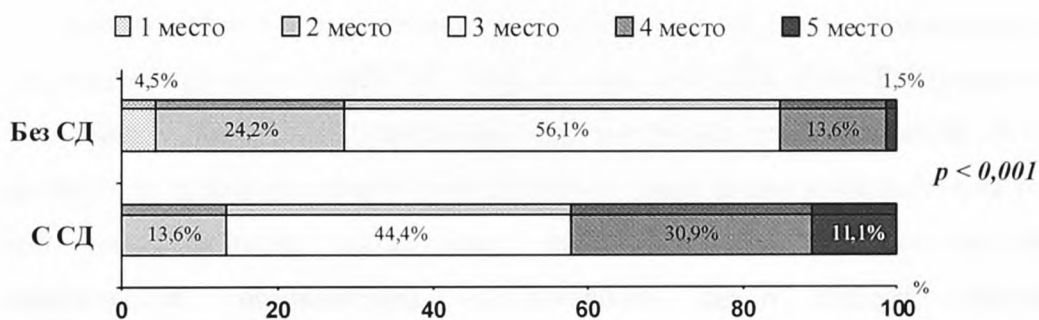


Рис. № 5 Место сексуальной сферы в шкале ценностных ориентаций в группах больных с СД и без СД.

Как видно на рисунке №5, в группе больных без СД достоверно чаще сексуальная сфера занимала более высокие места в шкале ценностных ориентаций. Так, у 3 (4,5%) больных этой группы интимные отношения занимали первое место, в то время как у больных с СД таковых не выявлено. Второе и третье места также достоверно чаще представлены у больных без СД (24,2% и 56,1%) против (13,6% и 44,4%) соответственно. В группе больных с СД достоверно большее количество больных отдало предпочтение сексуальной сфере (четвертое и пятое место).

Выявлена положительная корреляционная связь между типом половой конституции и местом сексуальной сферы в шкале ценностных ориентаций у больных ИБС ($r=0,34$ $p=0,01$).

Следует отметить, что последнее место сексуальная сфера не занимала в обеих группах несмотря на то, что из всей группы больных с СД 11 человек на фоне инволюционного снижения прекратили сексуальную активность (от 1 года до 7 лет). У них сохранился пассивный интерес к сексуальной сфере (просмотр эротической литературы, журналов и фильмов, рассказ анекдотов с сексуальной тематикой, оказание знаков внимания привлекательным женщинам).

Полученные результаты указывают на достаточно высокую значимость сексуальной сферы у больных с ИБС и подтверждают необходимость активного внимания со стороны кардиологов к этой стороне жизни пациентов. Наши данные согласуются с данными других исследователей [10, 119, 120].

Большинство исследователей сходится во мнении о многофакторности в этиологии СД у больных ИБС [3, 10, 22, 31, 105, 110, 120]. В МКБ-10 выделяются следующие типы СД: психогенно обусловленная (под рубрикой F-52) и органическую (под рубрикой N-48.4). В тоже самое время указывается на то, что при невозможности однозначно определить участие психической и соматической составляющей копулятивного цикла следует определять дисфункцию как смешанную. В классификации DSM-IV дополнительно требуется уточнение: тотальный или ситуационный характер носит дисфункция.

Анализ этиологических факторов СД у больных ИБС представлен в таблице №6.

Как видно из представленной таблицы, у большинства больных – 48 (59,3%) – СД носила сочетанный характер (психогенно-органический). При этом в группе больных после перенесенного ОКС сочетанный характер СД был у 12 (50%) человек, а в группе больных со СН у 36 (63,2%) человек.

Самостоятельной причиной СД психические расстройства явились у 27 (33,3%) больных. В группе больных после ОКС они зафиксированы у 11 (45,8%), а у больных с СН у 16 (28,1%) человек.

Таблица № 6

Характер сексуальной дисфункции у больных со СН и после ОКС

Характер сексуальной дисфункции	после ОКС		СН		Всего	
	n=24	%	n=57	%	n=81	%
Психогенная	11	45,8	16	28,1	27	33,3
Органическая	1	4,2	5	8,8	6	7,4
Сочетанная (психогенно-органическая)	12	50,0	36	63,2	48	59,3

Органически обусловленная СД выявлена у 6 (8,6%), при этом в группе больных после ОКС у 1 (4,2%), а в группе больных с СН у 5 (8,8%) человек.

Среди органических причин, вызвавших СД, наибольшее количество представлено инволюционным снижением – у 20 (37%), хроническим простатитом – у 15 (27,7%), синдромом парацентральных долек – у 2 (3,7%), атеросклеротическим поражением пенильных сосудов – у 7 (12,9%), недостаточностью кровообращения – у 8 (14,8%).

3.3. Расстройство гипоактивного сексуального влечения у больных ИБС

В ходе исследования проведен сравнительный анализ зависимости характера сексуальных нарушений от формы ИБС. Результаты представлены в таблице № 7.

Как видно из таблицы, из всей выборки больных с СД расстройство гипоактивного сексуального влечения выявлено у 37(45,6%) человек. В группе больных после перенесенного ОКС расстройство гипоактивного сексуального влечения выявлено у 18 (75,1%) человек, а в группе больных со СН у 19 (33,3%),

Характер сексуальных нарушений в зависимости от формы ИБС

Вид сексуальной дисфункции	Клиническая форма ИБС										Итого	
	после ОКС		СН I ФК		СН II ФК		СН III ФК		СН всего			
	n=24	%	n=5	%	n=24	%	n=28	%	n=57	%	n=81	%
расстройство гипо-активного сексуального влечения	18	75,1*	2	40	8	33,4	9	32,3	19	33,3	37	45,7
сексуальное отвращение	2	8,3			4	16,7	6	21,4	10	17,5	12	14,8
сексуальная ангедония					1	4,2	2	7,1	3	5,3	3	3,7
эректильное расстройство	2	8,3	2	40	9	37,5	9	32,1	20	35,1 **	22	27,2
преждевременное семяизвержение	2	8,3	1	20	2	8,3	2	7,1	5	8,8	7	8,6

Звездочкой обозначена достоверность различий между группами больных после ОКС и СН * p<0,001; ** p=0,014

в том числе со СН ІФК, СН ІІФК, СН ІІІФК у 2 (40%), 8 (33,3%), 9 (32,2%) пациентов соответственно.

В группе больных после ОКС возраст колебался от 41 до 68 лет, в среднем составил $54,11 \pm 1,92$ года. Длительность сексуальной дисфункции колебалась от 1 месяца до 9 лет, в среднем составила $1,34 \pm 0,53$ года, а длительность ССЗ колебалась от 1 месяца до 23 лет, в среднем составила $3,5 \pm 1,69$ года. Преобладали психогенно обусловленные (55,6%) формы СД.

Возраст больных со СН колебался от 43 до 65 лет, в среднем составил $53,74 \pm 1,36$ года. Длительность сексуальной дисфункции колебалась от 2 месяцев до 6 лет, в среднем составила $2,60 \pm 0,49$ года. Длительность ССЗ колебалась от 1 месяца до 12 лет, в среднем составила $2,67 \pm 0,80$ года. Преобладали сочетанные формы СД – у 47,4% больных, психогенно обусловленные и органические формы СД представлены в равной степени по 26,3%.

В группе больных после ОКС расстройство гипоактивного сексуального влечения достоверно чаще ($p < 0,001$) встречалось по сравнению с группой больных с СН, что объясняется тяжестью соматического и психического состояния этих пациентов. По среднему возрасту, длительности СД и ИБС сравниваемые группы сопоставимы.

Клинические проявления расстройства гипоактивного сексуального влечения характеризовались снижением либидо и ритма сексуальной активности, негативным отношением к сексу и/или прекращением сексуальных отношений. Выявлено два варианта течения расстройства гипоактивного сексуального влечения. Первый присутствовал у 26 (70,2%) больных. Он характеризовался первичным поражением психической составляющей копулятивного цикла аффективного и невротического уровня, возникшим на фоне тяжелого течения ИБС с последующим формированием СД. При этом вопросы сексуальных отношений становились менее актуальными, в данное время больные были обеспокоены своим соматическим состоянием.

Формировался синдром сексуальной дезактуализации, он был наиболее характерен для больных с ОКС – у 75%.

У 11 (29,8%) больных отмечено первичное поражение нейрогуморальной составляющей, обусловленной инволюционным снижением и последующим присоединением к ИБС психического расстройства. Пять из них прекратили жить половой жизнью в сроки от 1 до 6 лет. Для этой категории больных были характерны жалобы: «мысли о сексуальной близости давно не посещали», «стал забывать о сексе», если жена настаивает на сексуальных отношениях, «ищу повод, чтобы отказаться». Если половой акт происходил, то часть больных отмечала ухудшение общего самочувствия: беспокоила головная боль, слабость, ухудшалось настроение.

У восьми (21,6%) больных с расстройством гипоактивного сексуального влечения была отмечена стертость оргазма, которая проявлялась уменьшением яркости субъективного восприятия ощущений в момент завершения полового акта. Пациенты характеризовали его как «блеклый», «слабенький».

Таким образом, анализ полученных данных свидетельствует о том, что расстройство гипоактивного сексуального влечения достоверно чаще встречается у больных после перенесенного ОКС, отмечено значительное влияние соматического и психического состояния на либидо.

Клинический пример №1

Больной П. 53 года, проживает в г. Тюмени.

Диагноз: ИБС стенокардия напряжения ФКIII. Постинфарктный кардиосклероз (2004 г.) ХСН I (ФК 2NYHA). Расстройство гипоактивного сексуального влечения, обусловленное депрессивным эпизодом средней степени тяжести.

Жалобы на частые приступы стенокардии, сниженный фон настроения, утрату смысла жизни, отсутствие сексуального влечения и сексуальной активности в течение последних 6 месяцев.

Родился в 1951г. первым ребенком, имеет сестру. Психические заболевания у родственников отрицает. Раннее развитие без отклонений. В школе учился удовлетворительно, активного участия в общественной жизни не принимал, боялся прийти на урок неподготовленным, «опозориться» перед одноклассниками. Всегда волновался при выходе к доске, краснел на публике.

По характеру замкнутый, обидчивый, близких друзей нет, свободное время предпочитает проводить в одиночестве или с родственниками.

После окончания школы служил в рядах Советской Армии, после демобилизации поступил в машиностроительный техникум, который успешно окончил по специальности «металлообработка». Работал в различных организациях, последние 8 лет мастером цеха на моторном заводе. Работа носила напряженный характер, связанный с большими эмоциональными нагрузками. Последние 2-3 года отмечал периодические боли в области сердца, которые проходили самостоятельно. К работе относился ответственно, часто задерживался, 6 месяцев назад в конце рабочего дня появились сильные боли за грудиной, с диагнозом острый ИМ миокарда был госпитализирован в кардиологическое отделение. Находясь в кардиологическом отделении по поводу обширного ИМ, отметил у себя изменение психического состояния, снижение настроения, отсутствие аппетита, желание находиться только в постели, нежелание общаться с кем-либо. После выписки из стационара отметил улучшение общего и психического состояния, стал активнее, но сохранилось расстройство сна (раннее пробуждение), сниженный аппетит (похудел на 6 кг.). После выписки из стационара находился дома на больничном листе, появились пессимистические мысли о будущем: «Как встретят на работе после перенесенного ИМ?». Вспомнил, как обсуждали коллегу из соседнего отдела, когда у него случился инфаркт: «Какой из него работник сейчас?», сексуальное влечение отсутствовало. Регулярно принимал кардиологические препараты, несмотря на это боли в области сердца беспокоили почти каждый день. В связи с ухудшением соматического состояния госпитализирован в Тюменский кардиологический центр, где проведена коронароангиография, которая выявила показания для ангиопластики.

Впервые появилась мысль о наличии сексуального расстройства в марте 2004 г., через 4 месяца после перенесенного ИМ, когда жена напомнила, что он про нее «совсем забыл», и состоялся «неприятный» разговор по поводу супружеских обязанностей. Половой жизнью не живет 6 месяцев, спонтанные эрекции отсутствуют, эротических снов нет.

В связи с наличием жалоб сексуального характера больной включен в программу исследования

Сексологический анамнез: платоническое либидо с 15 лет, сексуальное – с 17 лет. Первая эякуляция в 18 лет при ночной поллюции. Мастурбацию отрицает. Начало половой жизни – 23 года с женщиной 28 лет. Первый коитус протекал при ослабленной эрекции («сильно волновался»), но более опытная половая партнерша проявила такт и успокоила. В брак вступил в 27 лет с женщиной 25 лет, ранее состоявшей в браке. Максимальный эксцесс 3 на первом году совместной жизни был несколько раз. УФР с 31 лет через 3 года после вступления в брак. Продолжительность полового акта 4-6 минут. Сексуальная притязательность жены средняя, оргастичность 40-30%.

Объективные данные: Рост – 176см., вес – 87кг. ИМТ – длина ноги – 89 см. Трохантерный индекс – 1,96. Оволосение лобка по переходному типу. Наружные половые органы сформированы правильно без патологии.

Предстательная железа: размеры (3-3,5-1,5см), эластической консистенции, при пальпации безболезненная, срединная бороздка выражена хорошо. Анализ сока простаты: лейкоциты 5-7 в п/з, лецитиновые зерна в умеренном количестве.

Неврологический статус: Черепно-мозговые нервы в норме. Сухожильные и периостальные рефлексы с рук и ног справа и слева равные, снижены. Патологические рефлексы отсутствуют. В позе Ромберга пошатывание, ладони сухие. АД 140/90 мм. рт. ст., пульс – 68 уд/мин.

Психический статус: Внешне выглядит соответственно своему возрасту. Одет неопрятно: в спортивный костюм, футболка выбивается из-под брюк, волосы не причесаны, давно нестрижены. В кабинет входит по приглашению, садится на предложенный стул. Сидит ссутулившись, опустив плечи, позу меняет редко. Выражение лица печальное, мимика вялая, жестикуляция маловыразительная, говорит тихим голосом, темп речи замедлен. В жалобах делает акцент на тяжести своего состояния. Настроение снижено, не испытывает удовольствия от обычно приятных занятий, не стремится к общению, не интересуется ничем, кроме своего здоровья. Отмечает снижение аппетита, нарушение сна (раннее пробуждение). Суицидальные мысли отрицает, но повторяет, что «смысл жизни утрачен». Мышление обстоятельное, со склонностью к детализации. Память на текущие события и концентрация внимания снижена. Интеллект соответствует образу жизни и полученному образованию.

СФМ= 0-1-0/0- 0-0/0-1-0 /2/ =/1/0/1/2/=4

Показатели половой конституции: Кг=3,25; Ка=3,66; Кф=3,71; Ка/Кг=1,12 – что соответствует средней половой конституции (ослабленный вариант).

Место сексуальной сферы в шкале ценностных ориентаций – 5.

Акцентуация: личностные черты по тревожному типу.

Шкала Бека – 25 баллов; шкала HADS: депрессия – 15, тревога – 9 баллов.

По данным КАГ выявлено двухсосудистое гемодинамически значимое поражение коронарного русла. Показания к ТБКА ПМЖВ.

Проведена ТБКА. Катамнез через 3 месяца: количество приступов стенокардии и их интенсивность значительно уменьшились, возникают лишь при значительной физической нагрузке (в пределах ИФК стенокардии напряжения), фон настроения улучшился. Стал вести более активный образ жизни, возобновил трудовую деятельность, нормализовались отношения в семье, живет половой жизнью. Сохраняется повышенное внимание к состоянию здоровья.

В приведенном случае обращает на себя внимание тот факт, что у больного с акцентуацией личностных черт по тревожному типу после ИМ развивалось депрессивное расстройство, которое привело к подавлению либидо

и развитию СД. По мере улучшения соматического состояния произошла редукция депрессии и появилось сексуальное влечение.

3.4. Эректильное расстройство у больных ИБС

Вторая по численности группа больных с ЭР. Из всей выборки с СД она была представлена 22 (27,2%) пациентами. В группе больных после ОКС ЭР было в 2 (8,3%) случаях, а в группе больных со СН достоверно чаще ($p=0,014$) – у 20 (35,1%), в том числе больные со СН ИФК – 2 (40%) пациента, а со СН ИИФК и СН ШИФК по 9 человек (37,5% и 32,1% соответственно).

Возраст больных колебался от 44 до 65 лет, в среднем составил $53,0 \pm 1,23$ года. Длительность сексуальной дисфункции колебалась от 1 месяца до 9 лет, в среднем составила $1,88 \pm 0,49$ года, длительность ИБС колебалась от 1 месяца до 6 лет, в среднем составила $1,22 \pm 0,36$ года, преобладали (86,4%) сочетанные формы СД. Развитие полового расстройства у 13 (59,1%) предшествовало ИБС, у 9 (40,9%) появилось после ИБС.

Клинические проявления ЭР характеризовались дезавтоматизацией генитальной реакции с затруднением в наступлении и/или поддержании эрекции при интроитусе и во время фрикционной стадии со значительным вовлечением психической сферы в патологический процесс: сниженным фоном настроения, вегетативными дисфункциями, тревожными ожиданиями новых неудач при коитусе, мыслями о собственной сексуальной неполноценности.

Клинический пример № 2

Больной П. 54 года, проживает в г. Тюмени, прораб.

Диагноз: ИБС стенокардия напряжения ФКII. ХСН I (ФК 2NYHA). Эректильное расстройство, обусловленное расстройством адаптации в виде тревожно депрессивной реакции.

Жалобы на слабость адекватных эрекций в течение последних 4 месяцев, затруднение интроитуса, сниженный фон настроения, раздражительность, тревогу о будущем, чувство безысходности.

Родился в 1951г. вторым ребенком, беременность и роды матери протекали без патологии. Наследственность, со слов пациента, психопатологически неотягощена. Раннее развитие без отклонений. В дошкольном возрасте часто болел простудными заболеваниями, поэтому в основном находился дома с тетей, рос послушным, застенчивым ребенком. Отец страдал ССЗ и умер от

инфаркта миокарда в 49 лет. Тяжело переживал смерть отца. Воспитывался матерью, с которой были очень хорошие отношения. В школу пошел в семь лет, к новым условиям адаптировался трудно, но, привыкнув, чувствовал себя комфортно. Учился хорошо, принимал участие в общественной жизни. В классе со всеми поддерживал ровные отношения, имел несколько близких друзей, но обычно первым на контакт не шел. По характеру был ответственным, очень впечатлительным, все принимал «близко в сердце», но эмоции держал в «себе», всегда волновался, отвечая у доски. После окончания школы служил в рядах Советской Армии, после демобилизации поступил в ВУЗ, который успешно окончил. Работал в различных организациях, последние 10 лет на должности прораба в строительной фирме. Работа носила напряженный характер, связанный с командировками и большими эмоциональными нагрузками. Последние 2-3 года отмечал периодические боли в области сердца, которые проходили самостоятельно. К работе относился ответственно, 2 месяца назад в конце рабочего дня появились сильные боли за грудиной, с диагнозом нестабильная стенокардия был госпитализирован в кардиологическое отделение 2 ГКБ г. Тюмени. Был сильно озабочен обнаруженным у него ССЗ, сразу вспомнил: «ведь отец умер от ИМ, и я могу». Стал испытывать тревогу о своем состоянии, появились тягостные мысли о будущем, ухудшилось настроение, стал вспыльчивым. После выписки из больницы мысли о болезни мешали сосредоточиться во время работы. Стал рассеянным, забывчивым. Утрами вставал невыспавшийся, отмечал слабость, вялость. Стал быстрее уставать на работе. При совершении полового акта отметил недостаточную эрекцию, что затруднило интритус, но все же при помощи жены эякуляция удалась, половой акт завершил. Возникшую «неудачу» связал с усталостью, «плохим» настроением. При совершении последующих половых актов отмечал периодически появляющуюся слабость эрекции, срывы в интимных отношениях становились все чаще, в последнее время в 70% случаев. Страх перед сексуальной близостью нет, но появилось чувство вины перед женой, тревога «Как дальше жить», перед предстоящим сексом ухудшалось настроение, хотя со стороны супруги упреков не было, «но было видно что недовольна». К врачу по поводу сексуального расстройства не обращался из-за стыда. В связи с участвовавшими приступами стенокардии госпитализирован в кардиоцентр, где были выявлены показания к ангиопластике. В связи с наличием жалоб сексологического характера включен в программу исследования.

Сексологический анамнез: платоническое либидо с 13 лет сексуальное с 14 лет. Первая эякуляция в 15 лет при ночной поллюции. Мастурбация с 15 до 18 лет один раз в неделю. Половая жизнь с 19 лет с женщиной 21 года. В брак вступил в 23 года, жена была девственница, возраст 21 год. Первый год ритм половой активности был практически ежедневный, часто с эксцессами. Максимальный эксцесс 5 на первом году совместной жизни, последний в возрасте 33 лет. УФР с 32 лет, через 9 лет после вступления в брак. Продолжительность полового акта 4-6 минут. Сексуальность супруги

пробудилась через 2-3 месяца после начала регулярной половой жизни. Сексуальная притязательность средняя, диапазон приемлемости ласк широкий.

Объективные данные: Рост – 178см., вес – 92кг. ИМТ , длина ноги – 91 см. Трохантерный индекс – 1,95. Оволосение лобка по переходному типу. Наружные половые органы сформированы правильно, без патологии.

Предстательная железа: размеры (3,5-3,5-1,0см.), эластической консистенции, при пальпации безболезненная, срединная бороздка выражена хорошо. Анализ сока простаты лейкоциты: 5-7 в п/з, лецитиновые зерна в умеренном количестве.

Показатели половой конституции: $K_f=3,75$; $K_g=5,66$; $K_a=4,57$; $K_a/K_g=1,5$ – что соответствует средней половой конституции (средний вариант).

Место сексуальной сферы в шкале ценностных ориентаций – 3.

Акцентуация: личностные черты по тревожному типу.

Шкала Бека – 15 балла; шкала HADS: депрессия – 10, тревога – 9 баллов.

$CФМ = 2-2-2/2-2,5-4/2-2,5-2/1/=6/8,5/6,5/1/=22$.

Неврологический статус: Черепно-мозговые нервы в норме. Сухожильные и периостальные рефлексы с рук и ног справа и слева равные, средней живости. Патологические рефлексы отсутствуют. В позе Ромберга устойчив, ладони влажные. АД 140/90 мм. рт. ст., пульс – 84 уд/мин.

Психический статус: Внешне выглядит соответственно своему возрасту. Одет неопрятно, волосы не причесаны. В кабинет входит по приглашению, садится на предложенный стул. Сидит ссутулившись, часто меняет позу. Выражение лица тревожное, мимика и жестикуляция выразительная, говорит сбивчивым голосом, темп речи ускорен. В жалобах делает акцент на тяжести своего состояния, просит помочь, говорит, что «запутался», «не знает, как жить дальше». Постоянно находится в состоянии психологического дискомфорта.

Настроение снижено, не испытывает удовольствия от обычно приятных занятий, стремится к общению снижено, общается преимущественно с медицинским персоналом, от которого ждет помощи. Отмечает нарушение сна (раннее пробуждение), тревожные мысли. Суицидальные мысли отрицает. Мышление обстоятельное, со склонностью к детализации. Память на текущие события сохранена. Интеллект соответствует образу жизни и полученному образованию.

По данным КАГ выявлено однососудистое гемодинамически значимое поражение – стеноз ПКА 75%.

Проведена ТБКА, катамнез через 3 месяца: фон настроения улучшился, перестали беспокоить приступы стенокардии. Исчезла тревога, стал вести более активный образ жизни, возобновил трудовую деятельность, улучшились отношения в семье, живет половой жизнью. Сохраняется повышенное внимание к состоянию здоровья.

В приведенном случае у пациента с преобладанием тревожно-мнительных черт характера и склонностью к самоанализу, которые прослеживаются на протяжении жизни больного, но не приводят к нарушению социальной

адаптации (уровень акцентуации) на фоне прогрессирующего течения ИБС, развилась тревожно-депрессивная реакция, что привело в последующем к сексуальной дезадаптации.

У больного на момент обследования в клинической картине на первый план выступают тревожные опасения, направленные в будущее («тревога вперед»), по содержанию тесно связанные с предстоящим оперативным вмешательством: страх неблагоприятного исхода операции (танатофобия), утяжеления клиники заболевания после лечения. Клиника расстройства расширяется за счет депрессивной симптоматики, нарушений сна (раннее пробуждение), умеренной гипотимии, снижения аппетита. В клинической картине СД на первый план выступает расстройство эрекции. Несмотря на тяжесть соматического состояния, больной имел сексуальные отношения при неполной эрекции, чему способствовало правильное поведение жены и длительный период совместной гармоничной жизни, что заложило благоприятную основу для последующей реабилитации.

3.5. Сексуальное отвращение у больных ИБС

Из всей выборки больных с СД сексуальное отвращение выявлено у 12 (14,8%) человек. В структуре этой дисфункции большинство – 10 пациентов (83,3%) было представлено больными со СН, в том числе со СН IIФК, СН IIIФК у 4 (33,3%) и 6 (50%) пациентов соответственно. Пациенты с ОКС – 2 человека составили 16,7%.

Возраст больных с сексуальным отвращением колебался от 47 до 62 лет, и в среднем составил $52,83 \pm 1,46$ года. Длительность сексуальной дисфункции колебалась от 1 месяца до 9 месяцев, в среднем составила $0,32 \pm 0,06$ года. Длительность ИБС – от 1 месяца до 8 лет, в среднем составила $1,36 \pm 0,6$ 3года.

Анализ факторов, вызвавших СД, показал, что у 7 (58,3%) человек сексуальное расстройство обусловлено психогенными факторами, а у 5 (41,7%) – сочетанием различных факторов. Развитие полового расстройства у 1 (8,3%) предшествовало ИБС, а у 11 (91,7%) появилось после начала ИБС.

Клинические проявления сексуального отвращения характеризовались тем, что предстоящая половая связь вызывала страх или тревогу, которые приводили к уклонению от сексуальной активности, что было обусловлено соматическим и психическим состоянием. Больные отмечали частые и выраженные кардиальные боли, беспокойство за свою жизнь, страх смерти от ССЗ. Десять больных (83,3%) сообщили о приступах стенокардии при СА в прошлом, при этом у 7 (58,3%) больных они возникали часто, у 3 (25%) – редко.

Таким образом, сексуальное отвращение наиболее характерно для больных со СН и у абсолютного большинства ИБС предшествует СД.

Клинический пример № 3

Больной П. 52 года, преподаватель, проживает в г. Тюмени. Диагноз: ИБС стенокардия напряжения IIIФК. Постинфарктный кардиосклероз (2003 г.) ХСН 2 (ФК 2NYHA). Сексуальное отвращение обусловленное кардиофобией.

Жалобы на страх перед интимной близостью из-за возможности повторного инфаркта во время полового акта.

Родился в 1951г. вторым ребенком. Психические заболевания у родственников отрицает. Раннее развитие без отклонений. В школе учился хорошо, активное участие в общественной жизни не принимал. В возрасте 12 лет родители разошлись из-за того, что отец пил, отца помнит плохо, но мать говорила, что он «безвольная тряпка». Всегда отличался мнительностью, при принятии решения долго сомневался, правильно поступает или нет. После окончания школы служил в рядах Советской Армии, после демобилизации поступил в ВУЗ, который успешно окончил. Работал в различных учебных заведениях, последние 7 лет преподавателем в ПТУ. Работа носила напряженный характер, связанный с большими эмоциональными нагрузками. Последние 2-3 года отмечал периодические боли в области сердца, которые проходили самостоятельно. К работе относился ответственно, переживал за учащихся, 6 месяцев назад в конце рабочего дня появились сильные боли за грудиной, с диагнозом острый ИМ был госпитализирован в кардиологическое отделение. В течение 1 месяца находился на стационарном лечении, где наблюдал 2 смертельных случая. Появилась тревога и страх за свою жизнь, слышал разговоры больных о повторных ИМ во время полового акта, нарушился сон – трудно было заснуть. Был проконсультирован психотерапевтом, назначено лечение, после чего состояние улучшилось уменьшилась тревога, почти исчез страх. После перенесенного ИМ стали беспокоить приступы стенокардии.

Впервые появилась мысль о наличии сексуального расстройства через 2 месяца после перенесенного ИМ. При совершении полового акта возникла

тахикардия и дискомфорт за грудиной, которые сопровождалась тревогой о работе сердца, однако половой акт завершился. При совершении последующих половых актов отмечал появление давящих болей в области сердца, усиление тревоги и страха повторного ИМ, для купирования приступа стенокардии использовал нитроглицерин. Стал испытывать страх перед половым актом, значительно сократился ритм сексуальной активности. Последние 2 месяца из-за страха за работу сердца во время коитуса половой жизнью не живет.

Сексологический анамнез: платоническое либидо с 14 лет, сексуальное с 15 лет. Первая эякуляция в 15 лет при ночной поллюции. Мастурбация с 15 до 18 лет один раз в неделю. Половая жизнь с 19 лет с «опытной» женщиной. В брак вступил в 22 года, жена была девственница, возраст 19 лет. В первый год ритм половой активности был практически ежедневный, часто с эксцессами. Максимальный эксцесс 4 на первом году совместной жизни, последний в возрасте 31 лет. УФР с 31 лет, через 9 лет после вступления в брак. Продолжительность полового акта 3-5 минут. Сексуальность супруги пробудилась через 6 месяцев после начала регулярной половой жизни. Сексуальная притязательность средняя.

Объективные данные: Рост – 176см., вес – 100кг. ИМТ-32, длина ноги – 89. Трохантерный индекс – 1,97 Оволосение лобка по переходному типу. Наружные половые органы сформированы правильно, без патологии.

Предстательная железа: размеры (4-3,5-0,5 см.), эластической консистенции, при пальпации безболезненная, срединная бороздка выражена хорошо. Анализ сока простаты: лейкоциты 3-7 в п/з, лецитиновые зерна в умеренном количестве.

Показатели половой конституции: $K_f = 4,43$; $K_r = 4,75$; $K_a = 4,50$; $K_a/K_r = 1,40$ – что соответствует средней половой конституции (средний вариант).

$C_{FM} = 2-1-0/1-1-0/1-0,5-1/2 = 3/2/2,5/2 = 9,5$

Место сексуальной сферы в шкале ценностных ориентаций – 4.

Акцентуация: личностные черты по смешанному типу.

Шкала Бека – 12 баллов; шкала HADS: депрессия – 9, тревога – 15 баллов.

Неврологический статус: Черепно-мозговые нервы в норме. Сухожильные и периостальные рефлексы с рук и ног справа и слева равные, средней живости. Патологические рефлексы отсутствуют. В позе Ромберга устойчив, ладони влажные, общий гипергидроз. АД 145/95 мм. рт. ст., пульс 88 уд/мин.

Психический статус: Выглядит соответственно возрасту. Одет аккуратно. Подчеркнуто вежлив. Тербит край одежды, речь быстрая, напористая. С трудом переключается на темы, не касающиеся его здоровья. Боится, что исход операции может быть неблагоприятным. Признается, что с радостью отложил бы операцию, но уговаривает себя в ее необходимости.

Часто обращается к медицинскому персоналу, требует повышенного внимания. Считает, что нуждается в постоянном присмотре, контроле, так как чувствует себя тяжело больным, который может «с минуты на минуту умереть». Фиксирован на ощущениях в теле, прислушивается к малейшим изменениям в самочувствии. Каждый очередной возникающий приступ

загрудинных болей сопровождается чувством тревоги, страхом смерти, усиленным сердцебиением. Зачастую такие приступы стенокардии с выраженным тревожным компонентом сопровождаются подъемами АД до 140-150/100 мм. рт. ст. Пытается всячески предупредить развитие очередного приступа: мало двигается, постоянно носит в карманах одежды медикаменты, купирующие приступы. По каждому незначительному поводу беспокоит средний медицинский персонал, советуется в правильности выполнения им врачебных рекомендаций. Раздражается, если ему не уделяют «должного» внимания. Сон нарушен: с трудом засыпает, так как старается проконтролировать правильность работы сердца в ночное время.

По данным КАГ выявлено многососудистое поражение коронарного русла. Показания к ТБКА ОВ, ПМЖВ. Проведена ТБКА.

Катамнез: через 3 месяца: перестали беспокоить приступы стенокардии, вернулся к активной трудовой деятельности. Фон настроения ровный, исчезла тревога, стал вести более активный образ жизни, хорошо переносит умеренные физические нагрузки, отношения в семье стабильные, живет половой жизнью. Сохраняется повышенное внимание к состоянию здоровья.

В приведенном случае у пациента с преобладанием смешанных черт характера и склонностью к самонаблюдению на фоне ИБС развилось фобическое (кардиофобия) расстройство. Толчком для развития СД явились приступы стенокардии во время интимных отношений и последующая фиксация на возможном их появлении, а также страх смерти во время сексуальной активности.

3.6. Преждевременное семяизвержение у больных ИБС

Жалобы на ускоренное семяизвержение выявлены у 18 (22,2%) больных, имевших СД. В качестве стержневого сексуального расстройства преждевременное семяизвержение выявлено у 7 (8,6%) человек из всей выборки больных с СД. В группе больных после ОКС преждевременное семяизвержение обнаружено у 2 (8,3%) человек, а в группе больных со СН – у 5 (8,7%), в том числе со СН IФК, СН IIФК, СН IIIФК у 1 (40%), 2 (8,3%), 2 (14,3%) пациентов соответственно.

Возраст больных колебался от 32 до 58 лет, в среднем составил $46,71 \pm 3,02$ года. Длительность сексуальной дисфункции колебалась от 6 месяцев до 10 лет, в среднем составила $2,38 \pm 1,28$ года, длительность ИБС колебалась от 3 месяцев до 8 лет, в среднем составила $2,86 \pm 1,02$ года, во всех случаях СД была

сочетанной формы. Развитие полового расстройства у 4 (57 %) предшествовало ИБС, у 3 (43%) появилось после ИБС.

Клинические проявления преждевременного семяизвержения характеризовались тем, что больные не могли задерживать эякуляцию на период, достаточный для удовлетворения от полового акта у обоих партнеров. Выделено два варианта преждевременного семяизвержения. Абсолютно ускоренное семяизвержение у 2 человек (эякуляция в течении 30 секунд после начала фрикций) и относительно ускоренное семяизвержение у 5 больных (эякуляция наступала ранее 2 минут). У 6 больных СД носила сочетанный характер, у 1 – органический. Все больные со стержневым поражением эякуляторной составляющей в виде ускоренного семяизвержения в анамнезе имели хронический простатит, а у 2 он сочетался с синдромом парацентральных долек.

В качестве коморбидной патологии ускоренное семяизвержение выявлено у 11 (13,6%), и во всех случаях было относительным (продолжительность фрикций 1-1,5 минуты). При этом у 4 человек УС сочеталось с расстройством гипоактивного сексуального влечения и было обусловлено нарушением ритма сексуальной активности, а у 7 больных сочеталось с эректильным расстройством.

Клинический пример № 4

Больной П. 49 лет, житель г. Тюмени.

Диагноз: ИБС стенокардия напряжения ФКII. ХСН I (ФК 2NYHA).

Абсолютно ускоренная эякуляция сочетанной этиологии. (Расстройство адаптации в виде тревожно-депрессивной реакции. Хронический простатит вне обострения).

Жалобы на ускоренную эякуляцию в течение последних 5 лет, дисгармоничные отношения с женой, сниженный фон настроения, тревога о будущем, чувство неопределенности.

Родился в 1951г. вторым ребенком, имеет старшего брата. Психические заболевания у родственников отрицает. Отец по характеру вспыльчивый, но отходчивый, мать спокойная и замкнутая. В детстве часто болел простудными заболеваниями, часто сидел дома, поэтому в школе учился в основном удовлетворительно, активное участие в общественной жизни не принимал, друзей было мало. После окончания школы служил в рядах Советской Армии, после демобилизации поступил в ПТУ, которое успешно окончил. Отмечает у

себя черты нерешительности, мнительности, прежде чем принять какое либо решение, долго сомневается, правильно ли делает. Работал в различных организациях, в последние 10 лет в подразделении Газпрома в должности водителя. Работа носила напряженный характер, связанный с командировками и большими эмоциональными и физическими нагрузками. В настоящее время работает контрольным механиком.

Впервые появилась мысль о наличии сексуального расстройства в мае 2003 г. после возвращения с очередной «вахты» (работал вахтовым методом в районах Крайнего Севера, 1 месяц работа – 20 дней отдых). При совершении полового акта отметил ускоренное семяизвержение (коитус 1-1,5 минут), что случалось и ранее, но после 2-3 коитусов проходило самостоятельно. В этот раз продолжительность полового акта не нормализовалась, а сократилась еще (коитус 30-40 секунд). Во время последней командировки принимал участие в ликвидации аварии на трубопроводе, где переохладился, после чего стал отмечать учащенное мочеиспускание и дискомфорт в области промежности. По приезде в Тюмень обратился к урологу, был выявлен хронический простатит в стадии обострения, проведена санация предстательной железы. На фоне проводимой терапии отметил «улучшение» – увеличение коитуса до 2-3 минут, при возобновлении регулярной половой жизни продолжительность полового акта вернулась к норме (5-7 минут). В последующем при возвращении с «вахты» продолжительность полового акта возвращалась к норме все медленнее в основном к середине отпуска. На этой почве появились конфликты с женой из-за ее сексуальной неудовлетворенности. Стал испытывать чувство вины и собственной неполноценности. Вновь лечился у уролога, но положительной динамики не отметил. В марте 2004 г. появились боли в области сердца при физической нагрузке, но из-за боязни потерять работу в медсанчасть не обращался. В октябре 2005 г. во время профосмотра были выявлены ишемические изменения по ЭКГ, направлен на обследование, при прохождении которого была выявлена ИБС, назначено лечение. Лекарства принимал нерегулярно, в основном при появлении дискомфорта за грудиной и головных болях. В феврале 2005 г. появились интенсивные боли в области сердца, с диагнозом нестабильная стенокардия госпитализирован в кардиологическое отделение. В течение 1 месяца находился на стационарном лечении, куда ежедневно поступали тяжелые больные, в том числе и с ИМ. Появилась тревога и страх за свою жизнь, нарушился сон – трудно было заснуть. Был проконсультирован психотерапевтом, назначено лечение, после чего состояние улучшилось, уменьшилась тревога, почти исчез страх. После выписки из стационара был переведен на легкий и менее оплачиваемый труд в Тюмень, сильно переживал из-за понижения в должности, после чего психическое состояние вновь ухудшилось, «упало настроение», появилась тревога о будущем, чувство безысходности. Ритм сексуальной активности снизился до 1 раза в неделю, продолжительностью до 0,5 минуты, отношения с женой стали еще напряженнее. Несколько раз испытывал боли в области сердца во время секса, вновь появилась тревога и страх за свою жизнь. Из-за ухудшения течения ИБС был госпитализирован в кардиоцентр, где проведена

коронароангиография, которая выявила показания для ангиопластики. В связи с наличием жалоб сексуального характера больной изъявил желание пройти обследование у сексолога.

Сексологический анамнез: платоническое либидо с 14 лет, сексуальное с 15 лет. Первая эякуляция в 15 лет при ночной поллюции. Мастурбация с 16 до 19 лет один раз в неделю. Первый половой акт совершил в 19 лет с женщиной 20 лет со второй попытки. В брак вступил в 24 года, жене было 22 года. В первый год ритм половой активности был практически ежедневный, часто с эксцессом. Максимальный эксцесс 3 на первом году совместной жизни, последний в возрасте 30 лет. УФР с 31 года, через 7 лет после вступления в брак. Продолжительность полового акта в начале половой жизни до 2 минут, в последующем установилась 4-6 минут. Сексуальность супруги пробудилась через 8 месяцев после начала регулярной половой жизни, сексуальная притязательность средняя.

Объективные данные: Рост – 168 см., вес – 85 кг. ИМТ – 30, длина ноги – 85,5 см. Трохантерный индекс – 1,96. Оволосение лобка по переходному типу, гипертрихоз рук. Наружные половые органы сформированы правильно, без патологии.

Предстательная железа: размеры (4-4,5-1 см.), эластической консистенции, сглажена, границы нечеткие, при пальпации умеренно болезненная, срединная бороздка сглажена. Анализ сока простаты: лейкоциты 25-30, плюс скопления до 40 в п/з, лецитиновые зерна в небольшом количестве.

Неврологический статус: Черепно-мозговые нервы в норме. Сухожильные и периостальные рефлексы с рук и ног справа и слева равные, средней живости. Патологические рефлексы отсутствуют. В позе Ромберга устойчив, ладони влажные. АД 135/100 мм. рт. ст., пульс 82 уд/мин.

Психический статус: Внешне выглядит соответственно своему возрасту. Одет неопрятно, волосы причесаны неаккуратно. В кабинет входит по приглашению, садится на предложенный стул. Выражение лица настороженное, мимика и жестикуляция замедленные, темп речи снижен. На вопросы отвечает в плане заданного, в жалобах делает акцент на безысходности ситуации, в которой находится. Просит ему помочь.

Настроение снижено, удовольствие от обычно приятных занятий значительно снижено, не стремится к общению, не интересуется ничем, кроме своего здоровья. Отмечает снижение аппетита, нарушение сна (раннее пробуждение). Суицидальные мысли отрицает. Мышление обстоятельное со склонностью к детализации. Память на текущие события сохранена. Интеллект соответствует образу жизни и полученному образованию.

Показатели половой конституции: $K_f=3,71$; $K_g=3,66$; $K_a=3,75$; $K_a/K_g=0,97$ – что соответствует средней половой конституции (ослабленный вариант).

$SFM = 2-2-2/2-3-2,5/2,5-2,5-2/1 = 6/7,5/7/1 = 21,5$.

Место сексуальной сферы в шкале ценностных ориентаций-3.

Акцентуация личности по тревожному типу.

Психометрические показатели: Шкала Бека – 14 баллов; шкала HADS: тревога – 9 баллов, депрессия – 10 баллов.

По данным КАГ выявлено однососудистое гемодинамически значимое поражение ПКА. Проведена ТБКА.

Катамнез через 3 месяца: фон настроения улучшился, перестали беспокоить приступы стенокардии. Исчезла тревога, стал вести более активный образ жизни, возобновил общение с друзьями, улучшились отношения в семье, живет половой жизнью (коитус около 2 минут). Сохраняется повышенное внимание к состоянию здоровья.

В приведенном случае у пациента с преобладанием тревожно-мнительных черт СД возникла на фоне хронического простатита и находилась в субкомпенсированном состоянии до появления ИБС, прогрессирование ССЗ вызвало расстройство адаптации в виде тревожно-депрессивной реакции и привело к декомпенсации сексуальной функции с последующим формированием абсолютной ускоренной эякуляции.

Таким образом, преждевременное семяизвержение чаще встречается у больных со СН, при этом наиболее часто встречается в качестве коморбидного расстройства, чем стержневого.

3.7. Сексуальная ангедония у больных ИБС

Сексуальная ангедония как самостоятельная нозологическая единица из всей выборки больных с СД представлена 3 (3,7%) пациентами, все из группы со СН. В том числе 1 больной со СН IIФК и 2 со СН IIIФК. Значительно чаще сексуальная ангедония представлена в качестве сопутствующей патологии: 17 (21%) человек, в том числе у 9 (53%) больных с расстройством гипоактивного сексуального влечения и у 8 (47%) пациентов с ЭР.

Клинические проявления сексуальной ангедонии характеризовались возникновением нормальной сексуальной реакции и оргазмом, но отсутствовало адекватное сексуальное удовлетворение: больные отмечали, что оргазм «стертый», «блеклый», «неяркий». В качестве сопутствующей патологии оргазмическая дисфункция протекала на фоне сниженного сексуального влечения и эректильного расстройства и была вторичной по отношению к стержневому сексуальному расстройству.

Возраст больных колебался от 43 до 64 лет, в среднем составил $50 \pm 1,6$ года. Длительность сексуальной дисфункции колебалась от 8 месяцев до 6 лет, в среднем составила $5 \pm 0,3$ года. Развитие полового расстройства у 1 больного предшествовало ИБС, а у 2 появилось после ИБС.

Таким образом, сексуальная ангедония как первичное, самостоятельное заболевание у больных ИБС встречается довольно редко (3,7%), значительно чаще встречается в качестве сопутствующей патологии (21%).

Анализ полученных данных позволяет утверждать, что в структуре СД у больных ИБС преобладают расстройства, характеризующиеся снижением (F52.0 – 33,3%) и отказом от сексуальной активности (F52.10 – 21%), а также эректильное расстройство (F52.2 – 29,6%). При этом для больных после перенесенного ОКС наиболее характерно расстройство гипоактивного сексуального влечения (58,4%), а для больных со СН – эректильное расстройство (38,6%).

Проведенное исследование позволило рассчитать средние показатели СФМ при различных видах сексуальных дисфункций у больных ИБС. Показатели представлены в таблице № 8.

Полученные данные средних значений СФМ позволяют унифицировать и облегчить диагностику СД у больных ИБС в амбулаторных условиях.

Средние профили СФМ при различных видах сексуальных дисфункций

	Расстройство гипоактивного сексуального влечения	Сексуальное отвращение	Эректильное расстройство	Преждевременное семяизвержение
Параметры СФМ	условные баллы	условные баллы	условные баллы	условные баллы
I Потребность в половых сношениях	0,94±0,10	2,08±0,05	2,06±0,03	2,35±0,09
II Настроение перед сношением	1,50±0,08	1,04±0,04	2,04±0,03	2,0±0,10
III Половая предприимчивость	0,75±0,08	0,33±0,11	1,95±0,05	2,07±0,07
IV Частота осуществления полового акта	1,25±0,08	1,12±0,06	1,97±0,03	2,07±0,07
V Напряжение полового члена	1,27±0,17	1,08±0,05	2,45±0,03	2,92±0,48
VI Длительность сношения	1,18±0,19	0,08±0,05	3,81±0,10	2,07±0,13
VII Частота эякуляций	0,87±0,12	1,08±0,05	1,97±0,03	2,14±0,09
VIII Настроение после сношения	1,09±0,14	1,08±0,10	2,38±0,08	1,78±0,18
IX Оценка успешности половой жизни	0,67±0,12	0,87±0,06	1,84±0,07	1,35±0,17
Первая триада	3,18±0,24	3,41±0,17	6,06±0,06	6,42±0,13
Вторая триада	3,71±0,43	2,29± 0,14	8,25±0,15	7,07±0,36
Третья триада	2,59±0,33	3,04± 0,11	6,20±0,84	6,57±0,34
X Длительность расстройства	1,48±0,08	1,83±0,11	1,36±0,10	1,28±0,28
Общий (прогностический) показатель	10,94± 0,98	10,58± 0,34	21,84±0,36	19,85±0,82

Глава 4. Характеристика психопатологических расстройств больных ИБС

с сексуальными дисфункциями

4.1. Характеристика факторов, предшествующих сексуальной дезадаптации больных ИБС

Анализ анамнестических данных выявил ряд неблагоприятных факторов, с которыми больные связывали свои сексуальные нарушения. Психотравмирующая ситуация и связанные с ней психопатологические состояния играли одну из важных ролей в генезе сексуальной дисфункции. Было отмечено, что нарушению половой функции в 65,4% случаев предшествовали психогении различного характера. Структура психогений представлена в таблице № 9.

Анализ полученных результатов выявил значительные различия степени влияния на развитие СД характера психогенных воздействий.

Таблица № 9

Характер психогений, предшествующих СД, у больных с ИБС

Психогении	после ОКС		СН		Всего	
	число больных	%	число больных	%	число больных	%
Семейно-сексуального характера	3	12,6	10	17,5	13	16,0
Связанных с производством	2	8,3	3	5,3	5	6,3
ИМ и/или тяжелое течение ИБС	17	70,8 *	22	38,6	39	48,1
Отсутствие видимых психогений	2	8,3	22	38,6**	25	29,6
Всего больных	24	100	57	100,0	81	100

Звездочкой обозначена достоверность различий в группах больных после ОКС и стабильной СН * $p=0,01$ ** $p=0,007$

Из всей группы больных ИБС с СД стресс, связанный с ИМ и/или тяжелым течением ИБС, был выявлен у 39 (48,1%) больных. В группе со СН он присутствовал у 22 (38,6%) больных, при этом достоверно чаще ($p=0,01$) в

группе больных после ОКС – у 17 (70,8)% пациентов, и был обусловлен значительным ухудшением соматического состояния с последующим развитием психической и сексуальной дезадаптации в зависимости от личностных особенностей больного.

Стресс семейно-сексуального характера выявлен у 13 (16,0%) больных и был обусловлен семейными конфликтами материального характера, упреками полового партнера в связи с сексуальной неудовлетворенностью, злоупотреблением алкоголя одним из супругов, супружеской изменой.

Стресс, связанный с производством, характеризовался конфликтными отношениями с коллегами и/или администрацией, ситуацией, связанной с ожиданием сокращения кадров и/или производства, неадекватной оценкой труда, затруднением в продвижении по службе, обусловленным предвзятым отношением руководства, неопределенностью будущего, выявлен у 5 (6,2%) больных. Отсутствие видимых психогений, предшествующих СД, достоверно чаще $p=0,007$ присутствовал у больных со СН.

Таким образом, наибольшее количество психогений связано с ИМ и/или тяжелым течением ИБС как в группе больных после перенесенного ОКС, так и в группе больных со СН.

Эмоциональный статус и типы реагирования на стрессовую ситуацию имеют тесную связь с особенностями преморбидности личности. На основе подробного изучения анамнеза, данных объективного наблюдения и изучения медицинской документации было проведено исследование личностных особенностей больных. При оценке личности исходили из доминирующих в характере черт, которые обычно выступают не в изолированном виде, а в сочетании в той или иной степени с другими менее выраженными особенностями личности. Структура преморбидных особенностей личности больных ИБС с СД и без СД представлена в таблице №10.

Структура акцентуации характера больных ИБС с СД и без СД

Акцентуации черты личности	с СД (n=81)	без СД (n=66)	Р
смешанные	24(29,6%)	26(39,4%)	НД
эксплозивные	18(22,2%)	12(18,4%)	НД
ананкастные	9(11,1%)	5(7,5%)	НД
тревожные	17(21,0%)	2(3,0%)	0,0015
истероидные	5(6,2%)	4(6,1%)	НД
астеническая	2(2,5)	-	НД
гармоничная	6(7,4%)	17(25,7%)	0,0028

На основании данных проведенного исследования можно отметить, что у больных ИБС с СД достоверно чаще ($p = 0,0015$) встречались тревожные черты личности, а в группе больных ИБС без сексуальных нарушений достоверно чаще ($p=0,0028$) встречались гармонично сложенные черты личности. Отмечена тенденция роста ананкастных, эксплозивных черт в группе больных ИБС с СД и смешанных у больных ИБС без сексуальных расстройств.

Эти данные свидетельствуют о неоднородном составе личностных характеристик изучаемой группы больных.

Анализ структуры основных психопатологических синдромов в группе больных с СД показал (Рис. №6), что в клинической структуре

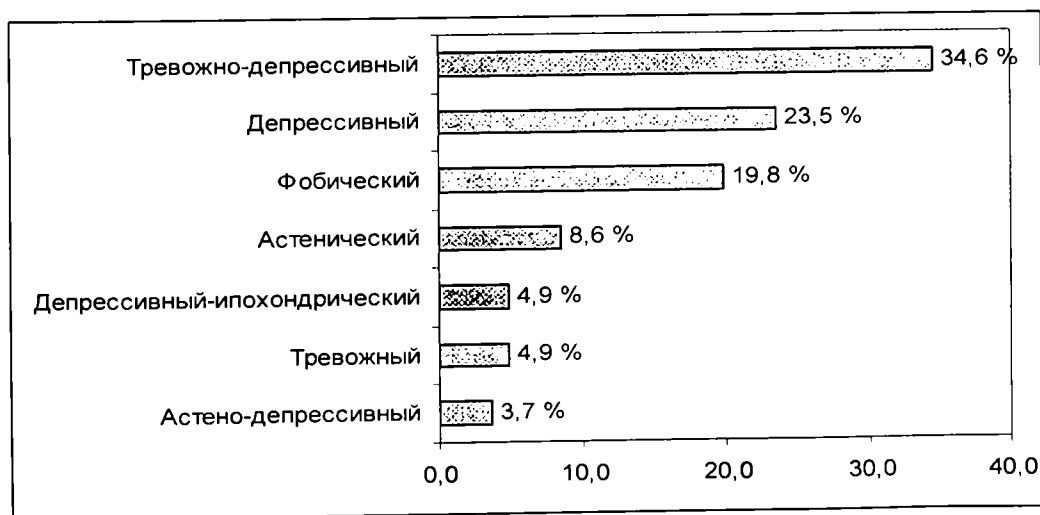


Рис. №6. Структура психопатологических синдромов у больных ИБС с СД

доминировали тревожно-депрессивный (34,6%), депрессивный (23,5%), и фобический (19,8%) синдромы. В меньшей степени представлены депрессивно-ипохондрический (4,9%), тревожный (4,9%) и астено-депрессивный (3,7%) синдромы. Астенизация на субсиндромальном уровне присутствовала у большинства больных – 54(66,7%). Как самостоятельный астенический синдром выявлен у 7 (8,6%) пациентов.

4.2. Клинические особенности невротических нарушений у больных ИБС с сексуальной дисфункцией

В ходе исследования проведен анализ структуры психических расстройств в группах больных ИБС с СД и без СД, который представлен в таблице № 11.

Таблица № 11

Структура психических расстройств в группах больных ИБС с СД и без СД

		СД n=81	Без СД n=66	P
Аффективные расстройства n=26(17,6%)	депрессивный эпизод легкой степени тяжести (F32.01)	9 (11,1%)	-	0,014
	депрессивный эпизод средней степени тяжести (F32.11)	14 (17,3%)	-	0,001
	дистимия (F34.1)	3 (3,7%)	-	НД
Невротические расстройства n=98(66,7%)	специфические фобии (F40.2) (кардиофобия)	15 (18,5%)	-	<0,001
	другие фобические и тревожные расстройства (F40.8)	6 (7,4%)	23 (34,8%)	<0,001
	генерализованное тревожное расстройство (F41.1)	2 (2,5%)	-	НД
	кратковременная депрессивной реакции (F43.20)	-	11 (16,6%)	<0,001
	продолжительная депрессивной реакции (F43.21)	-	15 (22,7%)	<0,001
	смешанная тревожная и депрессивной реакции (F43.22)	26 (32,1%)	-	<0,001
без психических расстройств n=23(15,6%)		6 (7,5%)	17 (25,7%)	0,004

Как видно из представленной таблицы, характер психических нарушений в исследуемых группах значительно отличался. Так, у больных ИБС без СД не выявлены аффективные расстройства. Достоверно чаще ($p < 0,001$) представлены больные с депрессивными реакциями, другими фобическими и тревожными расстройствами а также больные без психических расстройств ($p=0,004$).

В этой группе больных все расстройства были невротического уровня, которые представлены кратковременной, а также пролонгированной депрессивной реакцией у 11 (16,6%) и 15 (22,7%) человек соответственно. Гипотимия была обусловлена предстоящим интракоронарным вмешательством, носила мягкое транзиторное течение, при этом не затрагивала сексуальной сферы. У 23 (34,8%) больных выявлена тревога и опасения разной степени выраженности, в основном относительно предстоящего стентирования, что соответствовало другому фобическому и тревожному расстройству, которые также были психологически понятны и не отразились на сексуальной активности.

При анализе данных таблицы №11 видно, что психопатологическое обследование больных ИБС, имеющих СД, позволило выявить у 75 (92,5%) человек психические нарушения, которые достоверно чаще представлены невротическими и связанными со стрессом расстройствами у 49 (60,4%) больных и аффективными нарушениями у 26 (32,1%) пациентов.

При изучении коморбидных состояний, обусловленных ИБС и СД, для оценки клинических особенностей немаловажное значение имеет характер психических нарушений, выявляемых у данных больных, анализ взаимосвязи сексуальных нарушений и пограничных психических расстройств, что представлено в таблице №12.

Расстройство адаптации в виде смешанной тревожной и депрессивной реакции выявлено у большей части – 26 (32,1%) больных, оно характеризовалось тесной временной связью между ИБС, стрессом, возникшим психическим расстройством и СД, а также имело свои особенности.

Взаимосвязь сексуальных нарушений и пограничных психических расстройств у больных ИБС с СД

	депрессивный эпизод легкой и средней степени тяжести	дистимия	кардиофобия	другие фобические и тревожные расстройства	генерализованное тревожное расстройство	расстройства адаптации в виде смешанной тревожной и депрессивной реакции	без психических расстройств	Всего
расстройство гипоактивного сексуального влечения	23	-	5	-	-	4	5	37(45,7%)
сексуальное отвращение	-	-	10	-	2	-	-	12(14,8%)
сексуальная ангедония	-	3	-	-	-	-	-	3(3,7%)
эректильное расстройство	-	-	-	2	-	20	-	22(27,2%)
преждевременное семяизвержение	-	-	-	4	-	2	1	7(8,6%)
Всего	23(28,4%)	3(3,7%)	15(18,5%)	6(7,4%)	2(2,5%)	26(32,1%)	6(7,4%)	81(100%)

Деадаптация не ограничилась психической деятельностью, и в структуру дисфункции была вовлечена сексуальная сфера. В 20 (76,9%) случаях тревожно-депрессивная реакция было коморбидна с ЭР. При этом у 11 (55%) больных расстройство психической деятельности развилось на фоне ИБС, что в последующем привело сначала к эпизодическим нарушениям эрекции, а в затем к стабильному ЭР. У 9 (45%) пациентов ЭР было первичным и явилось причиной психической деадаптации, к которой присоединилась ИБС.

У 2 (7,7%) больных тревожно-депрессивная реакция была коморбидна с преждевременным семяизвержением. У всех больных этой группы был выявлен хронический простатит, который послужил пусковым механизмом для развития ускоренной эякуляции и по времени предшествовал ССЗ, а тяжелое течение ИБС вызвало формирование расстройства адаптации, снижения ритма СА и прогрессирования сексуальной дисфункции.

У 4 (15,3%) больных тревожно-депрессивная реакция была коморбидна с расстройством гипоактивного сексуального влечения. У этих пациентов выявлены признаки инволюционного снижения, явившегося причиной снижения СА, а в последующем на фоне тяжелого течения ИБС и психической деадаптации произошла дезактуализация сексуальной сферы.

Актуальное психическое состояние больных характеризовалось снижением продуктивности в повседневных делах, снижением ритма сексуальной активности, субдепрессивным настроением, тревогой, беспокойством, чувством неспособности справиться с ситуацией, сомнениями по поводу «качества» эрекции при коитусе, не приводящими, однако, к сексуальному отвращению, мыслям о собственной сексуальной неполноценности. Ведущий синдром в этой группе больных тревожно-депрессивный у 25 (96,2%) пациентов.

Прослежена индивидуальная предрасположенность больных к формированию расстройства адаптации. Среди преморбидных особенностей характера преобладали смешанные, тревожные, эксплозивные: у 11 (42,3%), 7

(26,9%), 5 (19,%) человек соответственно. В меньшей степени представлены черты личности истерические: у 2 (7,7%) – и ананкастные: у 1 (3,8%).

Обращает на себя внимание тот факт, что в шкале ценностных ориентаций в данной группе больных сексуальная сфера в большинстве случаев (81%) занимает 3 и 4 место (у 12 и 9 пациентов соответственно). В меньшей степени (19%) представлено 2 и 5 место (у 4 и 1 человека соответственно).

Психометрическое тестирование пациентов с расстройством адаптации в виде смешанной тревожной и депрессивной реакции выявило повышение средних показателей тревоги до $9,11 \pm 0,12$ баллов и депрессии до $9,34 \pm 0,13$ баллов по шкале HADS, а также средний балл $14,76 \pm 0,38$ по шкале самооценки депрессии Бека, что соответствует невротически обусловленному (умеренному) уровню тревоги и депрессии.

Таким образом, для больных ИБС, имеющих СД, наиболее характерна психическая дезадаптация в виде тревожной и депрессивной реакции – 28 (34,6%) человек, а в рамках тревожной и депрессивной реакции развитие СД в виде ЭР у 20 (77%) человек.

Кардиофобия занимала второе место в структуре пограничных расстройств невротического уровня у больных ИБС с СД и была выявлена у 15 (18,5%) человек. Клиническая картина психического расстройства имела свои особенности: у данных больных преобладал страх смерти от ССЗ и предстоящего интракоронарного вмешательства, а также ожидание приступа стенокардии и страх возможной остановки сердца во время коитуса с психологическими, поведенческими и вегетативными проявлениями.

В этой группе больных СД представлена преимущественно сексуальным отвращением, которое было выявлено у 10 (66,7%) больных. СД характеризовалась сниженным, но сохранным либидо, мысли о возможных сексуальных отношениях вызывали страх, который приводил к уклонению от сексуальной активности.

У 5 (33,3%) больных кардиофобия была коморбидна с расстройством гипоактивного сексуального влечения. В клинической картине СД преобладало

подавление либидо в сочетании инволюционным снижением, выраженным болевым синдромом и дезактуализацией сексуального поведения. Ведущий синдром в этой группе больных – фобический у 15 (100%) человек.

Среди преморбидных особенностей характера преобладали эксплозивные черты личности – у 7 (46,7%); в меньшей степени тревожные – у 4 (26,7%) человек; истерические и ананкастные – по 2 (13,3%) пациента.

Обращает на себя внимание то, что в шкале ценностных ориентаций в данной группе больных сексуальная сфера в большинстве случаев (73%) занимает 2 и 3 место (у 5 и 6 пациентов соответственно), в меньшей степени (27%) представлено 4 и 5 место (у 3 и 1 человека соответственно).

Психометрическое тестирование пациентов с кардиофобией выявило повышение средних показателей тревоги до $13,93 \pm 0,33$ баллов и депрессии до $8,2 \pm 0,31$ баллов по шкале HADS, а также средний балл $12,6 \pm 0,46$ по шкале самооценки депрессии Бека, что соответствует клинически выраженной тревоге и субклинической депрессии.

Таким образом, для больных ИБС, имеющих СД, среди невротических расстройств второй по частоте встречаемости является кардиофобия – 15 (18,5%), а в рамках кардиофобии СД представлена преимущественно сексуальным отвращением, которое было выявлено у 10 (66,6%) больных.

Из всей группы больных ИБС с СД генерализованное тревожное расстройство выявлено у 2 (2,4%) пациентов. Клинические проявления характеризовались опасениями за здоровье и свою жизнь, исход предстоящей операции, больные с трудом удерживались на месте, не могли расслабиться, отмечали повышенную потливость, тахикардию, расстройство сна.

У всех больных генерализованное тревожное расстройство было коморбидно с расстройством гипоактивного сексуального влечения, в клинической картине СД преобладало подавление либидо, обусловленное тяжелым течением ИБС и дезактуализацией сексуального поведения. Ведущий синдром в этой группе больных тревожный.

Психометрическое тестирование пациентов с генерализованным тревожным расстройством выявило повышение средних показателей тревоги до $16,5 \pm 0,5$ баллов и депрессии до $8,5 \pm 0,5$ баллов по шкале HADS, а также средний балл $14 \pm 2,0$ по шкале самооценки депрессии Бека, что соответствует клинически выраженной тревоге и субклинической депрессии.

Другие фобические и тревожные расстройства были выявлены у 6 (7,4%) больных из группы с СД. При этом клиническая картина характеризовалась различного рода опасениями: присутствием родственников в смежной комнате, возможности просыпания детей, находящихся рядом или их прихода, опасением быть услышанным из-за тонкой межкомнатной перегородки, тревогой о сексуальной несостоятельности, что у 2 (33,3%) больных обуславливало ЭР, а у 4 (66,4%) – преждевременное семяизвержение.

Ведущий синдром в этой группе больных тревожный – у 3 (50%) человек, тревожно-депрессивный – у 2 (33,3%) и фобический – у 1 (16,7%) пациента.

Среди преморбидных особенностей характера преобладали смешанные черты личности у 3 (50%) больных; эксплозивные, ананкастные и истерические акцентуации представлены в равной степени по 1 пациенту.

В шкале ценностных ориентаций в данной группе больных сексуальная сфера в большинстве случаев занимает 3 место – у 4 (66,7%) пациентов, а у 2 (33,3%) пациентов 2 место.

Психометрическое тестирование пациентов с фобическими и тревожными расстройствами выявило повышение средних показателей тревоги до $12,00 \pm 0,73$ баллов и депрессии до $8,16 \pm 0,4$ баллов по шкале HADS, а также средний балл $11,33 \pm 0,8$ по шкале самооценки депрессии Бека, что соответствует клинически выраженной тревоге и субклинической депрессии.

4.3 Клинические особенности аффективных нарушений у больных ИБС с сексуальной дисфункцией

Из всей группы обследованных больных ИБС аффективные расстройства выявлены у 17,6%, при этом в группе больных без СД их не было, а среди больных ИБС с СД они обнаружены у 32,1% пациентов.

Среди аффективных расстройств преобладали депрессивные расстройства: у 23 (88,4%) больных, в меньшей степени представлена дистимия: у 3 (11,6%) человек.

Из всей группы больных ИБС с СД депрессивный эпизод легкой степени тяжести выявлен у 9 (11,1%), в том числе у 5 (55,5%) больных со СН и у 4 (44,4%) с ОКС. Депрессивный эпизод средней степени тяжести выявлен у 14 (17,3%), в том числе у 7 (50%) больных со СН и у 7 (50%) с ОКС.

Клинические проявления депрессивного расстройства характеризовались сниженным настроением, утратой интересов и способности получать удовольствие, повышенной утомляемостью, снижением внимания, заниженной самооценкой и неуверенностью в себе, идеями вины и самоуничтожения, мрачным, пессимистическим видением будущего, нарушением сна (ранним пробуждением), сниженным аппетитом, утратой или значительным снижением либидо. У всех больных была прослежена коморбидность депрессивного расстройства и гипоактивного сексуального влечения.

Ведущий синдром в этой группе больных депрессивный: у 18 (78,3%) человек. В меньшей степени представлены астено-депрессивный – у 3 (13%) и ипохондрический – у 2 (8,7%) пациентов.

Среди преморбидных особенностей характера преобладали тревожно-мнительные, тревожные и ананкастные черты личности: у 9 (39,1%), 5 (21%), 4 (17,4%) больных соответственно. В меньшей степени представлены эксплозивные – у 3 (13%), астенические – у 2 (8,7%) акцентуации характера.

Обращает на себя внимание то, что в шкале ценностных ориентаций личности сексуальная сфера у большинства больных данной группы занимает 4 место – 13 (56,5%) пациентов; 3 и 5 место представлено соответственно 6 (26,1%) и 4 (17,4%) больными.

Психометрическое тестирование пациентов с депрессивным расстройством выявило повышение средних показателей тревоги до $7,5 \pm 0,34$ баллов и депрессии до $13,8 \pm 0,67$ баллов по шкале HADS, а также средний балл

21,95 ± 0,92 по шкале самооценки депрессии Бека, что соответствует клинически выраженной депрессии и субклинически выраженной тревоге.

Из всей группы больных ИБС с СД дистимия выявлена у 3 (3,7%) больных, все больные из группы со СН, клинические проявления которой характеризовались хронически сниженным настроением, длительным течением, мало подверженной динамикой на фоне длительно протекающей стабильной стенокардии напряжения.

У всех больных этой группы дистимия была коморбидна с сексуальной ангедонией. Во всех случаях сексуальная дисфункция появилась после манифестации ИБС.

Ведущий синдром в этой группе больных ипохондрический. Обращает на себя внимание то, что в шкале ценностных ориентаций личности в данной группе сексуальная сфера занимает 3 место у всех больных.

Среди преморбидных особенностей характера у больных отмечались в равной степени смешанные, эксплозивные, ананкастные черты личности.

Психометрическое тестирование пациентов с дистимией выявило повышение средних показателей тревоги до 7,66 ± 0,3 баллов и депрессии до 9,33 ± 0,66 баллов по шкале HADS, а также средний балл 14,33 ± 0,66 по шкале самооценки депрессии Бека, что соответствует субклинически выраженной депрессии и субклинически выраженной тревоге.

В целом, на основе приведенных в данной главе данных, можно отметить, что для больных ИБС с аффективными расстройствами характерно формирование клинически выраженной депрессии у 88,4% больных, а в рамках депрессивного расстройства формирование гипоактивного сексуального влечения.

Глава 5. Кардиальный риск во время сексуальной активности

Из всей группы обследованных больных 63 (42,4%) человека отметили приступы стенокардии во время коитуса. При этом у 26 (41,2%) пациентов они были часто (более чем 50% случаев), у 26 (41,2%) редкие (менее чем в 25%

случаев), у 11 (17,4%) в единичных случаях. Приступы характеризовались давящими болями у 39 (61,9%) пациента, у 21 (33,3%) жгучими болями, а у 3 (4,7%) колющими болями в области сердца. Одышку отметили 28 (19%) мужчины. Приступы стенокардии сопровождались тревожными и фобическими расстройствами, которые вынуждали больных снизить темп, отложить или отказаться от сексуальной активности. Для купирования приступа 38 (60,3%) больные использовали нитроглицерин.

Двенадцати мужчинам (средний возраст $55,3 \pm 2,3$ года) с типичной стенокардией напряжения II-III ФК было проведено ХМ, во время которого больные совершили коитус. Все пациенты указывали точное время начала и окончания СА. В период мониторингирования пациенты выполняли несколько ФН в виде подъема по лестнице в обычном для себя темпе с указанием количества ступеней, времени начала и окончания нагрузки с подробным описанием субъективных ощущений в дневнике. Семь (58%) из них ранее перенесли крупноочаговый инфаркт миокарда. У 5 (42%) при проведении коронароангиографии обнаружен значимый (более 70% просвета артерии) стенозирующий коронарный атеросклероз (1-3-х сосудистое поражение).

При проведении ХМ зарегистрирована достоверно большая (на 12,1%) средняя величина максимально достигнутой ЧСС во время СА по сравнению с таковой при выполнении ФН ($147,7 \pm 15,2$ и $132,3 \pm 7,3$ уд/мин, соответственно; $p=0,002$). У 8 (66,7%) пациентов на высоте СА и ФН регистрировались эпизоды диагностически значимой депрессии сегмента ST, уровень которой был достоверно выше на (36,4%) при СА по сравнению с ФН ($1,5 \pm 0,2$ и $1,1 \pm 0,1$ мм соответственно; $p=0,001$). При этом только двое (16,7%) пациентов отмечали в дневнике ангинозную боль в грудной клетке во время СА, которая купировалась самостоятельно в покое. В то же время при выполнении ФН, несмотря на меньшую величину максимально достигнутой ЧСС, эквиваленты стенокардии отметили четыре пациента, у которых во время СА депрессия сегмента ST имела бессимптомный характер. Безболевая депрессия сегмента ST как во время СА, так и при ФН регистрировалась у троих (25%) пациентов.

Кроме того, у двоих пациентов во время СА зарегистрированы кратковременные пароксизмы фибрилляции предсердий, тахиформа, а у одного – эпизоды желудочковой бигеминии и частой парной мономорфной желудочковой экстрасистолии.

Заслуживают внимания данные ХМ пациента Г. 40 лет, с диагнозом ИБС, стенокардия II-го функционального класса: в покое при записи ЭКГ депрессия отсутствует (рис.6), во время СА максимальная ЧСС составила 184 уд/мин, уровень депрессии сегмента ST достиг 2,2 мм при отсутствии ангинозной боли (рис.7).



Рис.6. Пример ЭКГ в покое: ЧСС 72 в 1 мин, депрессии ST нет

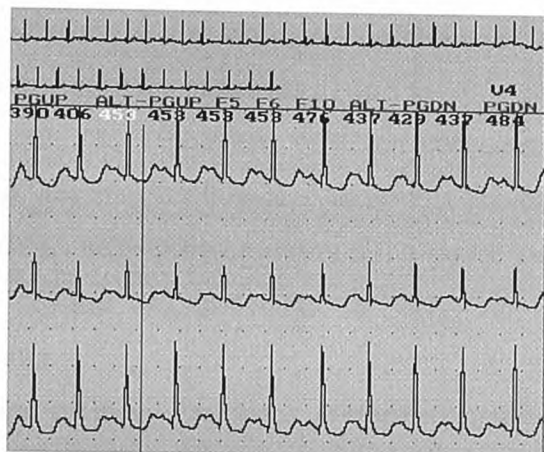


Рис.7. Пример ЭКГ при СА: ЧСС 184 в 1мин, депрессия сегмента ST 2,2 мм, ангинозная боль отсутствует

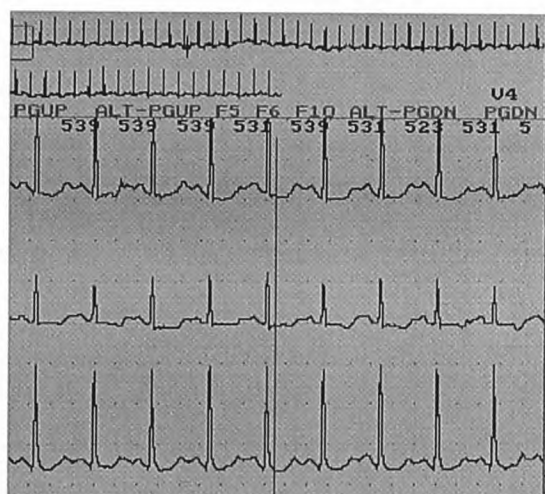


Рис.8. Пример ЭКГ при физической нагрузке

В то же время при выполнении ФН (рис.8) – подъем по лестнице на 120 ступеней – при значительно меньшей ЧСС (126 уд/мин) и менее выраженном уровне депрессии сегмента ST (1,3 мм) пациент отметил боль за грудиной, для купирования которой использовал нитроглицерин. Следует также отметить, что

у двоих пациентов, которым проводилось комбинированное мониторирование ЭКГ и артериального давления, во время СА были зарегистрированы максимальные для каждого из них суточные значения как систолического, так и диастолического артериального давления.

При проведении ХМ у больных ИБС со стенокардией напряжения во время СА выявлена достоверно большая величина максимально достигнутой ЧСС, более выраженная депрессия сегмента ST, а также чаще регистрировались нарушения ритма сердца по сравнению с ФН. Эти результаты требуют дальнейшего изучения.

Резюмируя полученные данные, отметим: необходимо на практике уделять внимание вопросам сексуальной активности и ее изменениям у пациентов с ишемической болезнью сердца. Особенно это необходимо у пациентов высокого риска (перенесшим инфаркт миокарда, имеющим многососудистое поражение, желудочковые нарушения ритма).

У всех пациентов с ишемической болезнью сердца необходим целенаправленный опрос, сбор анамнестических данных и клиническая оценка сексуальной активности. Для углубленного изучения и объективной оценки кардиального риска целесообразно применение ХМ с включением в протокол исследования СА и дозированных ФН, что может дать дополнительную информацию о переносимости и безопасности таких нагрузок у больных ИБС.

Глава 6. Клинико- динамический анализ сексуальных дисфункций у больных ИБС после ТБКА.

Всем больным, вошедшим в исследование выполнена ТБКА со стентированием, оценка статуса стенокардии и осложнений после вмешательства представлена в таблице № 13.

Таблица № 13

	СД n=81	%	нет СД n=66	%
нет стенокардии	73	90,1	61	92,4
стабильная стенокардия I ФК.	1	1,2	1	1,5
стабильная стенокардия II ФК	7	8,6	1	1,5
стабильная стенокардия III ФК	-	-	2	3,0
не стабильная стенокардия	-	-	1	1,5
осложнений нет	75	92,6	64	97,0
Смерть	1	1,2	-	-
Q-ИМ	1	1,2	-	-
м/о ИМ	2	2,5	-	-
п/пункционная гематома	2	2,5	2	3

Как видно из представленных данных, после проведенного оперативного вмешательства приступов стенокардии не было, у - 90,1% пациентов с ишемической болезнью из группы с наличием сексуальной дисфункции и, у- 92,4% пациентов из группы не имеющих проявлений сексуальной дисфункции. Стенокардия напряжения в пределах I ФК была отмечена, у - 1 пациента из первой группы и, у -1 пациента второй группы.

У больных без СД наблюдалось меньшее количество осложнений после ангиопластики 2(3%) против 6(7,4%).

При анализе осложнений после ТБКА у больных с СД зарегистрированы по 1(1,2%) случаю смерть и Q-ИМ, а также мелкоочаговый ИМ у -2(2,5%) больных. Данные осложнения в группе больных без сексуальных нарушений

отсутствовали. После пункционная гематома в обеих группах представлена одинаково по 2 человека.

Длительность пребывания в стационаре после ТБКА в группе больных с СД колебалась от 2 до 14 дней и в среднем составила $4,09 \pm 2,29$ суток, в группе больных без СД от 2 до 15 дней в среднем составила $4,03 \pm 2,33$ суток и была сопоставима ($p > 0,05$).

Повторное обследование, проведено через 3 месяца после вмешательства у- 54(66,7%) из 81 больных ИБС с сексуальными нарушениями. Следует отметить, что все пациенты исследованной группы сохранили семейный статус.

В группе больных с расстройство гипоактивного сексуального влечения проспективное исследование проведено у 27(73%) больных.

Динамика изменения показателей СФМ до и после ТБКА у больных ИБС с расстройство гипоактивного сексуального влечения представлены в таблице №14

Таблица № 14

Динамика изменения показателей СФМ у больных с расстройством гипоактивного сексуального влечения. Проспективные данные

Параметры СФМ (в условных баллах)	до ТБКА	после ТБКА	p
I Потребность в половых сношениях	$0,98 \pm 0,12$	$1,44 \pm 0,19$	0,002
II Настроение перед сношением	$1,50 \pm 0,09$	$1,85 \pm 0,14$	0,004
III Половая предприимчивость	$0,79 \pm 0,10$	$1,20 \pm 0,16$	0,003
IV Частота осуществления полового акта	$1,25 \pm 0,10$	$1,68 \pm 0,16$	0,003
V Напряжение полового члена	$1,33 \pm 0,20$	$1,88 \pm 0,24$	0,002
VI Длительность сношения	$1,22 \pm 0,23$	$2,09 \pm 0,33$	0,003
VII Частота эякуляций	$0,92 \pm 0,14$	$1,38 \pm 0,21$	0,003
VIII Настроение после сношения	$0,98 \pm 0,17$	$1,64 \pm 0,21$	0,002
IX Оценка успешности половой жизни	$0,62 \pm 0,14$	$1,25 \pm 0,22$	0,005
Первая триада	$3,27 \pm 0,29$	$4,48 \pm 0,48$	0,003

Продолжение таблицы №14

Вторая триада	3,79±0,51	5,55±0,73	0,003
Третья триада	2,53±0,43	4,25±0,63	0,003
X Длительность расстройств	1,44±0,09	1,66±0,15	НД
Общий (прогностический) показатель	11,01±1,23	15,87±1,90	0,003

Как видно из представленной таблицы достоверно увеличились все структурные показатели сексуальной активности, а также общий прогностический индекс. Наибольшие изменения произошли по шкалам I- «Потребность в половых сношениях» отражающих уровень либидо, V- «Напряжение полового члена» характеризующую качество эрекции и VIII – «Настроение после сношения» показывающую субъективную оценку коитуса.

Внеструктурный показатель продолжительности СД увеличился не достоверно. Изменился уровень психометрических показателей, результаты представлены в таблице № 15.

Таблица № 15

Динамика показателей шкалы HADS и самооценки депрессии Бека.

Проспективные данные.

Средние показатели в условных баллах	До ТБКА	После ТБКА	P
Шкала самооценки депрессии Бека	19,92±1,24	15,22±1,31	0.0001
Шкала HADS			
Тревога	8,03±0,41	6,96±0,24	0,002
Депрессия	12,44±0,76	9,22±0,57	0,0001

Как видно из представленной таблицы, достоверно уменьшились показатели тревоги и депрессии, что соответствует данным клинического наблюдения. Для больных этой группы было характерным улучшение общего физического состояния и настроения, уменьшение переживаний за состояние здоровья, что проявлялось расширением круга интересов и общения.

Из всей группы больных с расстройством гипоактивного сексуального влечения, подвергшихся проспективному наблюдению, 8(29,6%) человек отметили улучшение сексуальной функции, а 3(11,1%) сообщили о восстановлении СА в период от 1 до 3 месяцев, после выписки из стационара, которое характеризовалось повышением либидо, учащением спонтанных и адекватных эрекций, возобновлением половой жизни. Положительной динамики не отметили 16(59,3%), что было обусловлено в большинстве случаев инволюционным снижением, 6 из них не жили половой жизнью уже длительный срок (от 1 до 5 лет).

В группе больных с сексуальным отвращением проспективное исследование проведено у 9(75%) больных.

Динамика изменения показателей СФМ до и после ТБКА у больных ИБС с сексуальным отвращением представлены в таблице №16

Таблица № 16

Динамика изменения показателей СФМ у больных ИБС с сексуальным отвращением. Проспективные данные.

Параметры СФМ (в условных баллах)	до ТБКА	после ТБКА	p
I Потребность в половых сношениях	2,05±0,05	2,55±0,15	0,034
II Настроение перед сношением	1,05±0,05	2,05±0,31	0,026
III Половая предприимчивость	0,16±0,08	1,16±0,30	0,038
IV Частота осуществления полового акта	1,05±0,05	2,0±0,33	0,039
V Напряжение полового члена	1,05±0,05	2,11±0,35	0,034
VI Длительность сношения	0,11±0,07	2,50±0,52	0,011
VII Частота эякуляций	1,05±0,05	1,50±0,16	0,038
VIII Настроение после сношения	1,00±0,08	2,11±0,32	0,025
IX Оценка успешности половой жизни	0,88±0,07	2,00±0,33	0,016
Первая триада	3,27±0,12	5,72±0,77	0,041
Вторая триада	2,22±0,16	6,61±1,20	0,011

Продолжение таблицы №16

Третья триада	2,94±0,1	5,61±0,81	0,017
X Длительность расстройств	1,77±0,14	2,00±0,33	0,41
Общий (прогностический) показатель	10,22±0,34	20,16±3,11	0,008

Как видно из представленной таблицы достоверно изменились все структурные показатели сексуальной активности, а также общий прогностический индекс. Наибольшие изменения отмечены в шкалах VI- «Длительность сношения» и IX – «Оценка успешности половой жизни».

Внеструктурный показатель продолжительности СД увеличился не достоверно. Изменился уровень психометрических показателей которые представлены в таблице № 17

Таблица № 17

Показатели шкалы HADS и самооценки депрессии Бека у больных ИБС. Проспективные данные.

Средние показатели в условных баллах	До ТБКА	После ТБКА	P
Шкала самооценки депрессии Бека	12,55±0,76	9,66±0,74	0,007
Шкала HADS			
Тревога	14,44±0,58	8,77±0,81	0,008
Депрессия	8,66±0,28	7,44±0,33	0,015

Как видно из представленной таблицы, достоверно уменьшились показатели тревоги и депрессии, что соответствует данным клинического наблюдения. Для больных этой группы было характерным улучшение общего физического состояния, уменьшение переживаний за состояние здоровья, что проявлялось редукцией тревоги и фобий перед и во время коитуса, повышением потребности в половых сношениях, улучшением качества эрекции. При этом 1(11,2%) отметил улучшение, а 4(44,4%) сообщили о восстановлении СА в срок от 15 дней до 3 месяцев после ТБКА, не отметили изменений 4(44,4%) человека.

В группе больных с эректильным расстройством проспективное исследование проведено у 13(59,1%) больных. Динамика изменения показателей СФМ до и после ТБКА у больных ИБС с сексуальным отвращением представлены в таблице №18

Таблица № 18

Динамика изменения показателей СФМ у больных ИБС с эректильным расстройством. Проспективные данные.

Параметры СФМ (в условных баллах)	до ТБКА	после ТБКА	p
I Потребность в половых сношениях	2,11±0,06	2,46±0,10	0,014
II Настроение перед сношением	2,03±0,03	2,38±0,10	0,014
III Половая предприимчивость	1,96±0,08	2,30±0,12	0,014
IV Частота осуществления полового акта	2,0±0,05	2,34±0,10	0,014
V Напряжение полового члена	2,46±0,03	2,76±0,07	0,011
VI Длительность сношения	3,76±0,15	3,92±0,05	НД
VII Частота эякуляций	2,0±0,05	2,30±0,38	0,023
VIII Настроение после сношения	2,42±0,09	2,69±0,09	0,02
IX Оценка успешности половой жизни	1,92±0,07	2,30±0,10	0,015
Первая триада	6,11±0,10	7,15±0,27	0,014
Вторая триада	8,23±0,23	9,03±0,19	0,016
Третья триада	2,94±0,1	5,61±0,81	0,017
X Длительность расстройства	1,38±0,50	2,07±0,86	0,052
Общий (прогностический) показатель	22,0±0,46	25,26±0,91	0,018

Как видно из представленной таблицы достоверно изменились «общий прогностический индекс», а также все структурные показатели сексуальной активности, за исключением «Продолжительности полового акта», которая увеличилась не достоверно.

Наибольшие изменения отмечены по шкалам V- «Напряжение полового члена» и VIII-«Настроение после сношения».

Изменения уровня психометрических показателей представлены в таблице № 19.

Таблица № 19

Показатели шкалы HADS и самооценки депрессии Бека у больных ИБС.

Проспективные данные.

Средние показатели в условных баллах	До ТБКА	После ТБКА	P
Шкала самооценки депрессии Бека	13,92±0,67	10,76±0,74	0,002
Шкала HADS			
Тревога	10,23±0,56	8,0±0,49	0,004
Депрессия	9,0±0,22	7,67±0,30	0,003

Как видно из представленной таблицы, достоверно уменьшились показатели тревоги и депрессии, что соответствует данным клинического наблюдения.

Было характерным улучшение общего физического состояния и настроения, уменьшение переживаний за состояние здоровья, что проявлялось редукцией тревоги и фобий перед и во время коитуса, повышением потребности в половых сношениях, улучшением качества эрекции. При этом 5(22,7%) отметил улучшение, а 2(9,1%) сообщили о восстановлении эрекции в срок от 15 дней до 3 месяцев после ТБКА.

Не отметили изменений 6(27,3%) человек в основном это больные с сосудистой недостаточностью эректильной составляющей для которых было характерным ослабление адекватных и спонтанных эрекций ощущением похолодания в области половых органов эякуляции при вялом половом члене.

В группе больных со стержневым поражением эякуляторной составляющей характеризующейся ускоренной эякуляцией проспективное исследование проведено у 5(71,4%) больных.

Динамика изменения показателей СФМ до и после ТБКА у больных ИБС с ускоренной эякуляцией представлены в таблице № 20

Таблица № 20

Динамика изменения показателей СФМ у больных ИБС со стержневым поражением эякуляторной составляющей. Проспективные данные.

Параметры СФМ (в условных баллах)	до ТБКА	после ТБКА	p
I Потребность в половых сношениях	2,4±0,1	2,7±0,12	0,083
II Настроение перед сношением	2,1±0,1	2,4±0,24	0,18
III Половая предприимчивость	2,0±0,0	2,30±0,2	0,18
IV Частота осуществления полового акта	2,1±0,1	2,4±0,24	0,18
V Напряжение полового члена	3,1±0,1	3,2±0,2	0,317
VI Длительность сношения	2,3±0,25	2,6±0,18	0,18
VII Частота эякуляций	2,1±0,1	2,4±0,18	0,18
VIII Настроение после сношения	1,9±0,24	2,4±0,18	0,1
IX Оценка успешности половой жизни	1,5±0,22	1,9±0,29	0,1
Первая триада	6,5±0,15	7,4±0,55	0,1
Вторая триада	7,5±0,35	8,0±0,41	0,1
Третья триада	5,5±0,38	6,7±0,62	0,68
X Длительность расстройства	1,4±0,4	1,8±0,58	0,157
Общий (прогностический) показатель	20,6±0,97	23,8±2,07	0,068

Как видно из представленной таблицы, изменения структурных и вне-структурных показателей сексуальной активности после ТБКА имеют только тенденцию к увеличению и достоверного уровня не достигли.

Из 5 больных имеющих ускоренной эякуляцией, прошедших проспективное наблюдение по 1(20%) человеку отметили улучшение и восстановление длительности полового акта в период от 1 до 3 месяцев, после

выписки из стационара, которое характеризовалось увеличением продолжительности коитуса необходимым для удовлетворения обеих партнеров. Положительной динамики не отметили 3(60%), это больные в анамнезе которых имелся длительно протекающий хронический простатит.

Тем не менее в группах больных с расстройством гипоактивного сексуального влечения, и сексуальным отвращением VI шкала СФМ (длительность сношения) достоверно увеличилась. Изменился уровень психометрических показателей представленный в № 21.

Таблица № 21

Показатели шкалы HADS и самооценки депрессии Бека у больных ИБС.

Проспективные данные.

Средние показатели в условных баллах	До ТБКА	После ТБКА	P
Шкала самооценки депрессии Бека	11,2±1,15	8,8±0,86	0,42
Шкала HADS			
Тревога	8,8±1,01	6,8±0,86	0,41
Депрессия	7,8±0,86	6,4±0,74	0,38

Как видно из представленной таблицы, достоверно уменьшились показатели тревоги и депрессии, что соответствует данным клинического наблюдения.

Таким образом, после проведенной операции ТБКА, у пациентов с ишемической болезнью сердца, имеющих проявления сексуальной дисфункции, наибольшие позитивные изменения произошли в группе больных с психогенно обусловленными сексуальными расстройствами. Психическая и сексуальная дезадаптация возникла из-за тяжелого течения ИБС и приводила к формированию невротических и аффективных расстройств, как показало проспективное наблюдение, устранение стрессирующего фактора способствовало редукции депрессии и тревоги с последующим восстановлением сексуальной активности.

Заключение

В соответствии с накопленными на сегодняшний день данными, полноценная и естественная сексуальная жизнь – это важная составляющая здоровья мужчины независимо от его возраста, так как является предметом особой личностной значимости [9, 10, 92, 95, 96, 119, 140, 163, 169, 201, 214, 234].

В последнее время особое внимание уделяется изучению СД у больных ИБС в связи с их широким распространением у данной категории больных, появлением новых данных о эндотелиальной дисфункции как едином патогенетическом механизме ИБС и ЭД [11, 175, 202,], а также значительным взаимным влиянием психического состояния, СД и течением ССЗ [8, 10, 116].

Первые клинические указания на подобные соотношения психической, сексуальной и соматической патологии были опубликованы в 1970-х гг. [19, 18] и в дальнейшем получили подтверждения во многих исследованиях [10, 92, 97, 212, 231].

В большинстве работах клинического направления представлен лишь анализ СД и отдельных психических расстройств при хронической ишемической болезни сердца и при остром инфаркте миокарда. Преимущественно это расстройства депрессивного и тревожного круга [10, 18, 19].

Часть зарубежных и отечественных исследователей рассматривает СД при ИБС только в «узком» смысле, а именно в рамках ЭД, не учитывая другие виды сексуальных расстройств [118, 158].

Разработка эффективных методов лечения, типологии патологических реакций и установление механизмов их формирования с учетом преморбидных свойств личности, типа половой конституции, оценка динамики СД в отдаленном анамнезе, как правило, остаются вне рамок задач, решаемых авторами [118, 177].

В рекомендациях ВНОК по диагностике и лечению стабильной стенокардии (2004г, 2008г.) указывается, что сексуальная реабилитация является важной частью общей реабилитации больных ИБС и имеет свои

особенности, в частности, должна учитывать функциональный класс стенокардии.

В последние годы получили широкое распространение хирургические методы лечения пациентов с ишемической болезнью сердца – аортокоронарное шунтирование и транслюминальная баллонная ангиопластика. Применение этих современных методов лечения позволяет улучшить качество жизни пациентов, однако влияние оперативного лечения на сексуальную реабилитацию практически оставалось вне поля зрения исследователей.

Таким образом, сексуальные расстройства, сопряженные с ИБС, и ее изменение после эндоваскулярной реваскуляризации миокарда, не подвергавшиеся ранее систематическому изучению, составили предмет настоящего исследования.

Для решения поставленных была изучена группа больных из 147 человек, имеющих клинические и ангиографические показания к ТБКА по специальной карте сексологического обследования.

Основную массу больных (87,1%) составили мужчины трудоспособного возраста (30-60 лет), средний возраст которых составил $51,77 \pm 6,97$ лет.

Из всех обследованных больных сексуальная дисфункция выявлена у 81 (54,7 %) человека. Статистически значимых возрастных различий в группах с сексуальными нарушениями и без нарушений не было выявлено, из чего можно сделать вывод о том, что возрастной фактор не является доминирующим в возникновении сексуального расстройства.

Была выделена группа пациентов (111 пациентов) с хронической ишемической болезнью сердца, сексуальные расстройства в этой группе выявлены у 57 (50,8%) человек. Вторую группу составили 36 пациентов с острым коронарным синдромом, СД в этой группе выявлена у 24 (66,7%) человек.

Проанализирована зависимость частоты СД от формы ИБС. Максимальное количество больных с СД находилось в группе после перенесенного ОКС, она составила 24 (66,7%) человека. Также выявлено нарастание процентного соотношения СД с 38,5% при СН I ФК до 50% и 56%

при СН II ФК и СН III ФК соответственно, что указывает на влияние тяжести соматического заболевания в развитии СД.

При анализе факторов риска ИБС у пациентов, страдающих ишемической болезнью сердца с СД, уровень общего холестерина был достоверно выше, чем аналогичный показатель в группе без СД. По таким факторам риска, как артериальная гипертензия и отягощенная наследственность, достоверных отличий между группами выявлено не было. Пациенты не имели достоверных отличий по показателю индекса массы тела, также не выявлено значимых отличий по количеству пациентов, имеющих избыточную массу тела, как в группе имеющих СД, так и в группе без СД. В указанных группах не было выявлено достоверных отличий по табакокурению, однако в группе пациентов, имеющих сексуальную дисфункцию, как стаж курения, так и ежедневное количество выкуриваемых сигарет были достоверно больше.

Дальнейшее сопоставление клинических и функциональных показателей по продолжительности «коронарного стажа», фракции выброса левого желудочка (по данным эхокардиографии), количества перенесенных инфарктов, возрастных различий, а также по количеству стенозированных сосудов в группах с сексуальными нарушениями и без нарушений статистически значимых различий не выявило. По данным велоэргометрической пробы была отмечена тенденция ($p = 0,06$) более низкой толерантности к физической нагрузке в группе больных с сексуальными дисфункциями.

У большинства больных – 48 (59,3%) – СД носила сочетанный характер (психогенно-органический). При этом в группе больных после ОКС сочетанный характер СД был у 12 (50%) человек, а в группе больных со СН у 36 (63,2%) человек.

Самостоятельной причиной СД психические расстройства явились у 27 (33,3%) больных. В группе больных после ОКС они составили – 11 (45,8%), а у больных с СН – 16 (28,1%) человек.

Среди органических причин, вызвавших СД, наибольшее количество представлено инволюционным снижением – у 20 (24,1%), хроническим

простатитом – у 15 (18,5%), синдромом парацентральных долек – у 2 (3,7%), атеросклеротическим поражением пенильных сосудов у 7 (8,6%), недостаточностью кровообращения – у 8 (14,8%). Результаты наших исследований согласуются с данными [33, 34, 102] о многофакторном характере СД в целом и у больных ИБС в особенности [10].

Был проведен сравнительный анализ зависимости характера сексуальных нарушений от формы ИБС. Из всей выборки больных с СД расстройство гипоактивного сексуального влечения было выявлено у 37(45,6%) человек.

При этом в группе больных после ОКС этот вид СД встречался достоверно чаще ($p<0,001$) и был выявлен у 18 (75,1%) человек, а в группе больных со СН – у 19 (33,3%), в том числе со СН IФК, СН IIФК, СН IIIФК – у 2 (40%), 8 (33,3%), 9 (32,2%) пациентов соответственно.

Клинические проявления расстройства гипоактивного сексуального влечения характеризовались снижением либидо и ритма сексуальной активности, негативным отношением к сексу, и/или прекращением сексуальных отношений. Выявлено два варианта течения расстройства гипоактивного сексуального влечения. Первый присутствовал у 26 (70,2%) больных, он характеризовался первичным поражением психической составляющей копулятивного цикла аффективного и невротического уровня, возникшим на фоне тяжелого течения ИБС с последующим формированием СД. При этом вопросы сексуальных отношений становились менее актуальными, больные были более обеспокоены своим соматическим состоянием. Формировался синдром сексуальной дезактуализации, описанный [19, 102].

После сексуальных отношений часть больных отмечала ухудшение общего самочувствия: беспокоила головная боль, слабость, ухудшалось настроение. Восемь (30,7%) больных отмечали стертость оргазма, которая проявлялась уменьшением яркости субъективного восприятия ощущений в момент завершения полового акта.

У 11 (29,8%) больных отмечено первичное поражение нейрогуморальной составляющей, обусловленное инволюционным снижением и последующим

присоединением ИБС и психического расстройства. Пять из них прекратили жить половой жизнью в сроки от 1 до 6 лет.

Таким образом, анализ полученных данных свидетельствует: в случае более тяжелой соматической патологии при возникновении состояния, угрожающего жизни (ОКС), достоверно чаще отмечалось нарушение гипоактивного сексуального влечения, чем при хронических формах ишемической болезни сердца, что указывает на значительное влияние соматического и психического статуса на либидо.

При анализе структуры СД было выявлено, что второй по численности была группа больных с ЭР, из всей выборки с СД она представлена 22 (27,2%) пациентами. В группе больных после ОКС ЭР было в 2 (8,3%) случаях а, в группе больных со СН достоверно чаще ($p=0,014$), у 20 (35,1%) пациентов.

Клинические проявления ЭР характеризовались дезавтоматизацией генитальной реакции с затруднением в наступлении и/или поддержании эрекции при интроитусе и во время фрикционной стадии со значительным вовлечением психической сферы в патологический процесс: сниженным фоном настроения, вегетативными дисфункциями, тревожными ожиданиями новых неудач при коитусе, мыслями о собственной сексуальной неполноценности.

В последнее время появились данные [11, 150, 151], что эректильная дисфункция патогенетически связана с эндотелиальной дисфункцией и может считаться одним из предикторов ИБС. Наше исследование подтверждает это: развитие эректильного расстройства у 13 (59,1%) больных предшествовало ИБС, а у 9 (40,9%) появилось после ИБС. В связи с этим целесообразно обследовать пациентов, имеющих проявления эректильной дисфункции, с целью выявления у них ишемической болезни сердца.

При сопоставлении групп пациентов после перенесенного ОКС и пациентов со СН было выявлено, что в группе пациентов после ОКС достоверно чаще встречаются нарушение гипоактивного сексуального влечения, а у пациентов со СН достоверно чаще встречается эректильное расстройство.

При дальнейшем анализе структуры сексуальной дисфункции у пациентов с ишемической болезнью сердца было выявлено, что из всей выборки больных с СД сексуальное отвращение наблюдается у 12 (14,8%) человек. В структуре этой дисфункции большинство – 10 пациентов (83,3%) было представлено больными со СН, в том числе со СН ПФК, СН ШФК у 4 (33,3%), 6(50%) пациентов соответственно; 2 (16,7%) человека – пациенты с ОКС.

Анализ факторов, вызвавших СД, показал, что у 7 (58,3%) человек сексуальное расстройство обусловлено психогенными факторами, а у 5 (41,7%) – сочетанием различных факторов. Развитие полового расстройства у 1 (8,3%) предшествовало ИБС, а у 11 (91,7%) появилось после начала ИБС.

Клинические проявления сексуального отвращения характеризовались тем, что предстоящая половая связь вызывала страх или тревогу, которые приводили к уклонению от сексуальной активности, что было обусловлено соматическим и психическим состоянием. Больные отмечали частые и выраженные кардиальные боли, тревогу о своей жизни, страх смерти от ССЗ. Десять больных (83,3%) сообщили о приступах стенокардии при СА в прошлом. При этом у 7 (58,3%) больных они возникали часто, а у 3 (25%) – редко.

Таким образом, сексуальное отвращение наиболее характерно для больных со СН и у абсолютного большинства ИБС предшествовал СД, что свидетельствует о значительной роли ИБС в формировании сексуального отвращения.

Одной из форм сексуальной дисфункции является ускоренное семяизвержение. Жалобы на ускоренное семяизвержение при ишемической болезни сердца выявлены у 18 (22,2%) больных, имевших СД. В качестве стержневого сексуального расстройства преждевременное семяизвержение выявлено у 7 (8,6%) человек из всей выборки больных с СД. В группе больных после ОКС преждевременное семяизвержение обнаружено у 2 (8,3%) человек, а в группе больных со СН – у 5 (8,7%) пациентов. Клинические проявления

преждевременного семяизвержения характеризовались тем, что больные не могли задерживать эякуляцию на период, достаточный для удовлетворения от полового акта у обоих партнеров. У 6 больных СД носила сочетанный характер, у 1 – органический. Все больные со стержневым поражением эякуляторной составляющей в виде ускоренного семяизвержения в анамнезе имели хронический простатит, а у 2 он сочетался с синдромом парацентральных долек. Развитие данного полового расстройства у 4 пациентов предшествовало ИБС, у 3 появилось после развития ИБС.

В качестве коморбидной патологии ускоренное семяизвержение выявлено у 11 (13,6%) больных, и во всех случаях было относительным (продолжительность фрикций – 1 – 1,5 минут), при этом у 4 человек УС, сочеталось с расстройством гипоактивного сексуального влечения и было обусловлено нарушением ритма сексуальной активности, а у 7 больных сочеталось с эректильным расстройством. Таким образом, преждевременное семяизвержение чаще встречается у больных со СН. Более часто встречается в качестве коморбидного расстройства, нежели стержневого.

Сексуальная ангедония как самостоятельная нозологическая единица из всей выборки с больных с СД представлена 3 (3,7%) пациентами, все из группы со СН, в том числе 1 больной со СН IIФК и 2 со СН IIIФК. Значительно чаще сексуальная ангедония представлена в качестве сопутствующей патологии – у 17 (21%) человек, в том числе у 9 (53%) больных с расстройством гипоактивного сексуального влечения и у 8 (47%) пациентов с ЭР.

Клинические проявления сексуальной ангедонии характеризовались возникновением нормальной сексуальной реакции и оргазмом, но отсутствием адекватного сексуального удовлетворения. В качестве сопутствующей патологии оргазмическая дисфункция протекала на фоне сниженного сексуального влечения и эректильного расстройства и была вторичной по отношению к стержневому сексуальному расстройству.

Таким образом, сексуальная ангедония как первичное, самостоятельное заболевание у больных ИБС встречается достаточно редко (3,7%), значительно чаще встречается в качестве сопутствующей патологии (21%).

Поскольку далеко не у всех пациентов, страдающих ИБС, возникали проявления сексуальной дисфункции, одной из задач, поставленных в данном исследовании, явилось установление типа половой конституции, что определяется как совокупность функциональных и морфологических особенностей организма, сложившихся на основе наследственных и приобретенных свойств организма и определяющих его реактивность.

При анализе конституциональных особенностей были сравнены индексы половой конституции: фенотипический – Кф, генотипический – Кг, конституционально-моделированный – Ка, в группах больных имевших СД и без СД. Выявлено, что у пациентов с наличием сексуальной дисфункции конституционально-моделированный индекс был значимо ниже, чем у пациентов, не имеющих проявлений сексуальной дисфункции при наличии ишемической болезни сердца.

Выявлена корреляционная связь между наличием сексуальной дисфункции и генотипическим индексом ($r=0,258$; $p=0,002$), а также между наличием сексуальной дисфункции и фенотипическим индексом ($r=0,200$; $p=0,016$).

На основании полученных результатов логично предположить, что более слабый тип половой конституции является предиктором СД, при этом определяющее значение имеет индекс Кг, который отражает генетически обусловленные сроки полового созревания и характеризуется более поздними сроками пробуждения либидо, возрастом первой эякуляции, более низким трохантерым индексом, женским или переходным типом оволосения лобка.

Было выявлено, что нарушению половой функции в 65,4% случаев предшествовали психогении различного характера. У большинства пациентов с ИБС, страдающих сексуальной дисфункцией, имел место стресс, связанный с ИМ и/или тяжелым течением ИБС. Стресс, связанный с заболеванием, выявлен

у 39 (48,1%), при этом достоверно чаще ($p = 0,01$) в группе больных с ОКС, и был обусловлен значительным ухудшением соматического состояния с последующим развитием психической и сексуальной дезадаптации в зависимости от личностных особенностей больного.

Стресс семейно-сексуального характера выявлен у 13 (16,0%) больных. Он обусловлен конфликтами в семье материального характера, упреками полового партнера в связи с сексуальной неудовлетворенностью, злоупотреблением алкоголя одним из супругов, супружеской изменой.

В значительно меньшей степени (5,6% пациентов) наблюдался стресс, связанный с производством.

Таким образом, наибольшее количество психогений было связано с ИМ и/или тяжелым течением ИБС как в группе больных после перенесенного ОКС, так и в группе больных со СН.

Эмоциональный статус и типы реагирования на стрессовую ситуацию имеют тесную связь с особенностями акцентуаций личности.

При изучении преморбидных черт личности на основании данных проведенного исследования можно отметить, что у больных ИБС с СД достоверно чаще встречались тревожные черты личности, а в группе больных ИБС без сексуальных нарушений достоверно чаще встречались гармонично сложенные личности. Отмечена тенденция увеличения доли пациентов с ананкастными, эксплозивными чертами в группе больных ИБС с СД и смешанных у больных ИБС без сексуальных расстройств.

Эти данные свидетельствуют о неоднородном составе личностных характеристик изучаемой группы больных и предрасположенности больных с тревожными чертами личности к формированию СД.

Проанализирована структура основных психопатологических синдромов в группе больных с СД. В клинической структуре доминировали тревожно-депрессивный (34,6%), депрессивный (23,5%) и фобические (19,6%) синдромы. В меньшей степени представлены депрессивно-ипохондрический (4,9%), тревожный (4,9%) и астено-депрессивный (3,7%) синдромы.

Астенизация на субсиндромальном уровне присутствовала у большинства больных 54(66,7%); астенический синдром как самостоятельный выявлен у 7 (8,6%) пациентов.

В ходе анализа структуры психических расстройств в группах больных ИБС с СД и без СД выявлены значительные отличия. Так у пациентов, не имеющих СД не выявлены аффективные расстройства. Достоверно чаще ($p < 0,001$) представлены больные с депрессивными реакциями, другими фобическими и тревожными расстройствами а также больные без психических расстройств ($p=0,004$).

В этой группе больных все расстройства были невротического уровня, они характеризовались кратковременной, а также пролонгированной депрессивной реакцией у 11 (16,6%) и 15 (22,7%) человек соответственно. Гипотимия была обусловлена предстоящим интракоронарным вмешательством, носила мягкое транзиторное течение, при этом не затрагивала сексуальной сферы.

У 23 (34,8%) больных выявлена тревога и опасения разной степени выраженности, в основном относительно предстоящего стентирования, что соответствовало другому фобическому и тревожному расстройству, которые также были психологически понятны и не отразились на сексуальной активности.

Среди пациентов, страдающих ИБС, при наличии СД психические нарушения были выявлены у 75 (92,5%) человек. Психические нарушения, достоверно чаще представлены невротическими и связанными со стрессом расстройствами у 49 (60,4%) больных и аффективными нарушениями у 26 (32,1%) пациентов.

Расстройство адаптации в виде смешанной тревожной и депрессивной реакции выявлено у большей части больных 26 (32,1%), оно характеризовалось тесной временной связью между ИБС, стрессом, возникшим психическим расстройством и СД и имело свои особенности. Деадаптация не ограничилась психической деятельностью, в структуру дисфункции была вовлечена и сексуальная сфера. В этой группе больных у 20 (76,9%) пациентов тревожно-

депрессивная реакция было коморбидна с ЭР. При этом у 11 (55%) больных расстройство психической деятельности развилось на фоне ИБС, что в последующем привело сначала к эпизодическим нарушениям эрекции, а затем к стабильному ЭР. У 9 (45%) пациентов ЭР было первичным и явилось причиной психической дезадаптации, а в последующем присоединилась ИБС.

У 2 (7,7%) больных тревожно-депрессивная реакция была коморбидна с преждевременным семяизвержением. У 4 (15,3%) больных тревожно-депрессивная реакция было коморбидна с расстройством гипоактивного сексуального влечения.

Актуальное психическое состояние больных характеризовалось снижением продуктивности в повседневных делах, снижением ритма сексуальной активности, субдепрессивным настроением, тревогой, беспокойством, чувством неспособности справиться с ситуацией, сомнениями по поводу «качества» эрекции при коитусе, что, однако, не приводило к сексуальному отвращению, мыслям о собственной сексуальной неполноценности. Ведущий синдром в этой группе больных тревожно-депрессивный (96,2%).

Экспериментально-психологическое исследование пациентов с расстройством адаптации в виде смешанной тревожной и депрессивной реакции выявило повышение средних показателей тревоги до $9,11 \pm 0,12$ баллов и депрессии до $9,34 \pm 0,13$ баллов по шкале HADS, а также средний балл $14,76 \pm 0,39$ по шкале самооценки депрессии Бека, что соответствует невротически обусловленному (умеренному) уровню тревоги и депрессии.

Кардиофобия заняла второе место в структуре пограничных психических расстройств невротического уровня у больных ИБС с СД и была выявлена у 15 (18,5%) человек. Клиническая картина психического расстройства имела свои особенности: у данных больных преобладал страх смерти от ССЗ и предстоящего интракоронарного вмешательства, а также ожидание приступа стенокардии и страх возможной остановки сердца во время коитуса с психологическими, поведенческими и вегетативными проявлениями.

В этой группе больных СД представлена преимущественно сексуальным отвращением, которое было выявлено у 10 (66,7%) больных. СД характеризовалась сниженным, но сохранным либидо, мысли о возможных сексуальных отношениях вызывали сильные негативные чувства, тревогу или страх, которые приводили к уклонению от сексуальной активности.

У 5 (33,3%) больных кардиофобия была коморбидна с расстройством гипоактивного сексуального влечения, в клинической картине СД преобладало подавление либидо в сочетании с инволюционным снижением, выраженным болевым синдромом и дезактуализацией сексуального поведения. Ведущий синдром в этой группе больных фобический – у 15 (100%) человек.

У незначительного количества пациентов установлены проявления генерализованного тревожного расстройства (у 2,4% больных). У всех больных генерализованное тревожное расстройство было коморбидно с расстройством гипоактивного сексуального влечения, в клинической картине СД преобладало подавление либидо, обусловленное тяжелым течением ИБС и дезактуализацией сексуального поведения. Ведущий синдром в этой группе больных тревожный. По шкале HADS и по шкале самооценки депрессии Бека выявлена клинически выраженная тревога и субклиническая депрессия. Среди преморбидных особенностей характера у больных отмечались эксплозивные черты личности.

Другие фобические и тревожные расстройства были выявлены у 6 (7,4%) больных. Ведущий синдром в этой группе больных тревожный. Среди преморбидных особенностей характера отмечались эксплозивные черты личности. Экспериментально-психологическое исследование пациентов с фобическими и тревожными расстройствами выявило клинически выраженную тревогу и субклиническую депрессию.

В многочисленных зарубежных и отечественных публикациях обсуждается проблема коморбидности ИБС и депрессивных расстройств [16, 69, 77, 71, 82, 86]. Особенно прогностически неблагоприятным считают сочетание кардиоваскулярной патологии, депрессии и СД, которое отдельные

зарубежные авторы предлагают обозначать как «mutually reinforcing triad» – «взаимно потенцирующая триада» [165].

Наше исследование подтверждает это: из всей группы обследованных больных ИБС аффективные расстройства выявлены у 17,6%, при этом в группе больных без СД их не было, а среди больных ИБС с СД они обнаружены у 32,1% пациентов.

У основной массы больных преобладали депрессивные расстройства – 23 (88,4%) пациента, в меньшей степени представлена дистимия – у 3 (11,6%) человек.

Из всей группы больных ИБС с СД депрессивный эпизод легкой степени выявлен у 9 (11,1%) человек, а депрессивный эпизод средней степени тяжести выявлен у 14 (17,3%) пациентов.

Клинические проявления депрессивного расстройства характеризовались сниженным настроением, утратой интересов и способности получать удовольствие, повышенной утомляемостью, заниженной самооценкой и неуверенностью в себе, идеями вины и самоуничтожения, мрачным, пессимистическим видением будущего, нарушением сна (ранним пробуждением), сниженным аппетитом, утратой или значительным снижением либидо.

Ведущий синдром в этой группе больных депрессивный – у 18 (78,3%) человек, в меньшей степени представлен астено-депрессивный – у 3 (13%), ипохондрический – у 2 (8,7%) пациентов.

Среди преморбидных особенностей характера преобладали тревожно-мнительные, тревожные и ананкастные черты личности у 9 (39,1%), 5 (21%), 4 (17,4%) больных соответственно. Экспериментально-психологическое исследование пациентов с депрессивным расстройством выявило повышение средних показателей тревоги до $7,5 \pm 0,34$ баллов и депрессии до $13,8 \pm 0,67$ баллов по шкале HADS, а также средний балл $21,95 \pm 0,92$ по шкала самооценки депрессии Бека, что соответствует клинически выраженной депрессии и субклинически выраженной тревоге.

Дистимия выявлена у 3 (3,7%) больных. Клинические проявления характеризовались хронически сниженным настроением, длительным течением, мало подверженной динамикой на фоне длительно протекающей стабильной стенокардии напряжения. У всех больных этой группы дистимия была коморбидна с сексуальной ангедонией.

Ведущий синдром в этой группе больных ипохондрический. Среди преморбидных особенностей характера отмечались в равной степени смешанные, эксплозивные, ананкастные черты личности.

Экспериментально-психологическое исследование пациентов с дистимией выявило субклинически выраженную депрессию и тревогу.

Таким образом, у больных ИБС, имеющих СД, среди аффективных расстройств преобладает депрессивное расстройство (88,4%), а в рамках депрессивного расстройства наиболее характерно формирование гипоактивного сексуального влечения.

В группе больных без СД достоверно чаще сексуальная сфера занимала более высокие места в шкале ценностных ориентаций. Так, у 3 (4,5%) больных этой группы интимные отношения занимали первое место, в то время как у больных с СД таковых не выявлено. Второе и третье место также достоверно чаще представлено у больных без СД (24,2% и 56,1%) против (13,6% и 44,4%) соответственно. В группе больных с СД достоверно большее количество больных отдало предпочтение сексуальной сфере (четвертое и пятое место).

Выявлена положительная корреляционная связь между типом половой конституции и местом сексуальной сферы в шкале ценностных ориентаций у больных ИБС ($r = 0,34$ $p = 0,01$). У мужчин, изначально имеющих слабый тип половой конституции в сочетании с тяжелой соматической патологией, ишемической болезнью сердца, формировался синдром сексуальной дезактуализации.

Следует отметить, что последнее место сексуальная сфера не занимала в обеих группах. Несмотря на то, что из всей группы больных с СД 11 человек на фоне инволюционного снижения прекратили сексуальную активность (от 1

года до 7 лет), у них сохранился пассивный интерес к сексуальной сфере (просмотр эротической литературы журналов и фильмов, рассказ анекдотов с сексуальной тематикой, оказание знаков внимания привлекательным женщинам).

Оценка толерантности к физической нагрузке, выявление характера и степени физического напряжения, способного провоцировать приступы стенокардии является стандартным и обязательным вопросом для каждого врача-кардиолога и терапевта при обследовании пациента, страдающего ишемической болезнью сердца. Однако целенаправленный вопрос о том, возникают ли приступы стенокардии во время полового акта, практически никогда не задается пациенту. Вместе с тем это является актуальным: нормализация половой жизни и ее безопасность выходят за рамки только физической реабилитации и входят в сферу социальной реабилитации.

Целенаправленный опрос пациентов имеет большое значение, и данные проведенного исследования подтверждают это.

Например, из всей группы обследованных больных 63 (42,4%) человека отметили приступы стенокардии во время коитуса. При этом у 26 (41,2%) пациентов они были часто (более чем 50% случаев), у 26 (41,2%) редкие (менее чем в 25% случаев), у 11 (17,4%) в единичных случаях. Приступы характеризовались давящими болями у 39 (61,9%) пациента, у 21 (33,3%) жгучими болями, а у 3 (4,7%) колющими болями в области сердца. Одышку отметили 28 (19%) мужчины. Приступы стенокардии сопровождались тревожными и фобическими расстройствами, которые вынуждали больных снизить темп, отложить или отказаться от сексуальной активности. Для купирования приступа 38 (60,3%) больные использовали нитроглицерин.

В качестве объективного метода исследования трудно переоценить значение Холтеровского мониторирования ЭКГ. Холтеровское мониторирование (ХМ) позволяет оценить изменения электрокардиографических параметров (динамику ЧСС, смещение сегмента ST, нарушения сердечного ритма и проводимости) во время ФН и СА у больных

ИБС. Было обследовано 12 мужчин (средний возраст $55,3 \pm 2,3$ года) с типичной стенокардией напряжения II-III функционального класса по Канадской классификации. Семь (58%) из них ранее перенесли крупноочаговый инфаркт миокарда. У 5 (42%) при проведении коронароангиографии обнаружен значимый (более 70% просвета артерии) стенозирующий коронарный атеросклероз (1-3-х сосудистое поражение). Все пациенты указывали точное время начала и окончания СА, а также делали отметки в своих дневниках о возникновении приступов стенокардии. По стандартному протоколу выполняли несколько ФН в виде подъема по лестнице в обычном для себя темпе с указанием количества ступеней, времени начала и окончания нагрузки с подробным описанием субъективных ощущений в дневнике. У 8 (66,7%) пациентов на высоте СА и ФН регистрировались эпизоды диагностически значимой депрессии сегмента ST, уровень которой был достоверно выше на (36,4%) при СА по сравнению с ФН ($1,5 \pm 0,2$ и $1,1 \pm 0,1$ мм соответственно; $p=0,001$). При этом только двое (16,7%) пациентов отмечали в дневнике ангинозную боль в грудной клетке во время СА, которая купировалась самостоятельно в покое. В то же время при выполнении ФН, несмотря на меньшую величину максимально достигнутой ЧСС, эквиваленты стенокардии отметили четыре пациента, у которых во время СА депрессия сегмента ST имела бессимптомный характер. Безболевая депрессия сегмента ST как во время СА, так и при ФН регистрировалась у троих (25%) пациентов. Кроме того, у двоих пациентов во время СА зарегистрированы кратковременные пароксизмы фибрилляции предсердий, тахиформа, а у одного – эпизоды желудочковой бигеминии и частой парной мономорфной желудочковой экстрасистолы.

При проведении ХМ у больных ИБС со стенокардией напряжения во время СА выявлена достоверно большая величина максимально достигнутой ЧСС, более выраженная депрессия сегмента ST, а также чаще регистрировались нарушения ритма сердца по сравнению с ФН. Эти результаты требуют дальнейшего изучения.

Резюмируя полученные данные, отметим: необходимо на практике уделять внимание вопросам сексуальной активности и ее изменения у пациентов с ишемической болезнью сердца. Особенно это необходимо у пациентов высокого риска (перенесших инфаркт миокарда, имеющих многососудистое поражение, желудочковые нарушения ритма).

Всем больным, вошедшим в исследование, выполнена ТБКА со стентированием. После проведенного оперативного вмешательства приступов стенокардии не было у 90,1% пациентов с ишемической болезнью из группы с наличием сексуальной дисфункции и у 92,4% пациентов из группы не имеющих проявлений сексуальной дисфункции. Стенокардия напряжения в пределах I ф.к. была отмечена у 1 пациента из первой группы и у 1 пациента второй группы. У больных без СД наблюдалось меньшее количество осложнений после ангиопластики: 2 (3%) против 6 (7,4%).

Повторное обследование проведено через 3 месяца после вмешательства у 54 (66,7%) из 81 больного ИБС с сексуальными нарушениями. Следует отметить, что все пациенты исследованной группы сохранили семейный статус.

В группе пациентов с расстройством гипоактивного сексуального влечения после проведения ангиопластики достоверно увеличились все структурные показатели сексуальной активности, а также общий прогностический индекс. Наибольшие изменения произошли по шкалам: I – «Потребность в половых сношениях», отражающей уровень либидо, V – «Напряжение полового члена», характеризующей качество эрекции и VIII – «Настроение после сношения», показывающей субъективную оценку коитуса. Значимо уменьшились показатели тревоги и выраженность депрессии.

У 8 (29,6%) человек было отмечено улучшение сексуальной функции, а 3 (11,1%) сообщили о восстановлении СА в период от 1 до 3 месяцев после выписки из стационара. Состояние этих пациентов характеризовалось повышением либидо, учащением спонтанных и адекватных эрекций, возобновлением половой жизни. Положительной динамики не отметили 16

(59,3%), что было обусловлено в большинстве случаев инволюционным снижением.

В группе больных с сексуальным отвращением проспективное исследование проведено у 9 (75%) мужчин. В целом достоверно улучшились все структурные показатели сексуальной активности, а также общий прогностический индекс. Наибольшие изменения отмечены в шкалах VI – «Длительность сношения» и IX – «Оценка успешности половой жизни».

Достоверно уменьшились показатели тревоги и депрессии, что соответствует данным клинического наблюдения. При этом 1(11,2%) пациент отметил улучшение, а 4 (33,3%) сообщили о восстановлении СА в срок от 15 дней до 3 месяцев после ТБКА; не отметили изменений 4 (33,3%) человека.

В группе больных с эректильным расстройством проспективное исследование проведено у 13 (59,1%) человек. В этой группе пациентов достоверно улучшился «общий прогностический индекс», а также все структурные показатели сексуальной активности, за исключением «Продолжительности полового акта». Наибольшие изменения отмечены по шкалам V – «Напряжение полового члена» и VIII – «Настроение после сношения».

Как и в предыдущих группах (пациенты с расстройством гипоактивного влечения и пациенты с сексуальным отвращением), у данных пациентов достоверно уменьшились показатели тревоги и депрессии, что соответствует данным клинического наблюдения.

При этом 5 (38,5%) отметили улучшение, а 2 (15,3%) сообщили о восстановлении эрекции в срок от 15 дней до 3 месяцев после ТБКА. Не отметили изменений 6 (46,2%) человек, в основном это больные с сосудистой недостаточностью эректильной составляющей, для которых было характерным ослабление адекватных и спонтанных эрекций, ощущение похолодания в области половых органов, эякуляция при вялом половом члене.

В группе больных со стержневым поражением эякуляторной составляющей, характеризующейся ускоренной эякуляцией, проспективное

исследование проведено у 5 (71,4%) больных. В данной группе пациентов изменения структурных и внеструктурных показателей сексуальной активности имеют тенденцию к улучшению, достоверного изменения показателей в целом по группе отмечено не было. Однако при дальнейшем анализе обнаружено, что из 5 больных, страдающих ускоренной эякуляцией, при проспективном наблюдении 1 пациент отметил улучшение и 1 пациент сообщил о восстановлении длительности полового акта в период от 1 до 3 месяцев после выписки из стационара. Положительной динамики не отметили 3 (60%), это больные, в анамнезе которых имелся длительно протекающий хронический простатит. Тем не менее, в группах больных с расстройством гипоактивного сексуального влечения, и сексуальным отвращением VI шкала СФМ (длительность сношения) достоверно увеличилась.

Таким образом, после проведенной операции ТБКА у пациентов с ишемической болезнью сердца, имеющих проявления сексуальной дисфункции, наибольшие позитивные изменения произошли в группе больных с психогенно обусловленными сексуальными расстройствами. Психическая и сексуальная дезадаптация возникла из-за тяжелого течения ИБС и приводила к формированию невротических и аффективных расстройств. Как показало проспективное наблюдение, устранение стрессирующего фактора способствовало редукции депрессии и тревоги с последующим восстановлением сексуальной активности.

Как указано в Национальных рекомендациях по диагностике и лечению стабильной стенокардии (2008г.), в настоящее время сердечно-сосудистые заболевания играют решающую роль в эволюции общей смертности в России. В 2006 году смертность от болезней системы кровообращения составила 56,5% в общей структуре смертности. Около половины таких случаев приходится на смертность от ИБС. По данным ГНИЦ ПМ, в РФ 10 млн. трудоспособного населения страдает ИБС, более трети из них имеет стабильную стенокардию. У значительной части мужчин, страдающих ИБС, на фоне тяжелого, угрожающего жизни соматического заболевания в той или другой степени

отмечаются проявления эректильной дисфункции, несомненно, ухудшающие качество жизни пациентов. Несмотря на важность этой проблемы как для отдельного пациента, так и для общества в целом, до последнего времени она замалчивалась, однако можно надеяться, что отношение к вопросам сексуального аспекта реабилитации при ИБС изменится в ближайшем будущем. Эти вопросы нашли отражение в Национальных рекомендациях по диагностике и лечению стабильной стенокардии, в России проведены крупные эпидемиологические исследования по изучению депрессии в соматической практике и при кардиальной патологии – КОМПАС и КООРДИНАТА.

Результаты настоящего исследования позволят врачам-кардиологам и терапевтам ориентироваться в оценке сексуальной активности, наличия симптомов эректильной дисфункции и своевременно направлять пациентов к специалисту соответствующего профиля.

Применение для лечения ишемической болезни сердца ТБКА не только позволяет провести дилатацию одного или нескольких сосудов с высокой вероятностью их проходимости и приемлемым риском, но и улучшает качество жизни, способствует сексуальной реабилитации пациентов и помогает решению этой важной медико-социальной проблемы.

Выводы

1. Сексологическое исследование больных ИБС с показаниями для ТБКА позволяет выявить различные варианты сексуальных дисфункций у 54,7% больных.

1.1. В структуре сексуальных дисфункций преобладают расстройства, характеризующиеся снижением сексуальной активности и отказом от нее, а также эректильным расстройством.

1.2. У большинства больных (59,3%) наблюдаются сочетанные (психогенно-органические) формы сексуальных дисфункций.

2. У больных ИБС с сексуальными дисфункциями отмечается достоверно более слабый тип половой конституции, а также выявлена положительная корреляционная связь между типом половой конституции и местом сексуальной сферы в шкале ценностных ориентаций.

3. У 92,5% больных ИБС с сексуальной дисфункцией выявлены непсихотические психические расстройства невротического (60,4%) и аффективного уровня (32,1%) .

3.1. Формированию сексуальной дезадаптации способствуют преимущественно смешанные (29,6%), эксплозивные (22,2%) и тревожные (21,0%) черты личности, а также высокая значимость сексуальной сферы в шкале ценностных ориентаций.

3.2. Отмечено значительное количество психогений (65,4%), предшествующих сексуальной дисфункции, среди которых преобладают переживания связанные с ИМ и/или тяжелым течением ИБС (48,1%), а также психогении семейно-сексуального характера (14,8%).

4. Почти половина (42,4%) всех пациентов с ИБС во время коитуса отметила приступы стенокардии или кардиалгии, сопровождающиеся фобическими и тревожными расстройствами.

5. При Холтеровском мониторингировании ЭКГ во время сексуальной активности , выявлена достоверно большая величина максимально достигнутой ЧСС, более

выраженная депрессия сегмента ST, а также чаще регистрировались нарушения ритма сердца по сравнению с физической нагрузкой.

6. В результате проспективного обследования 54 (66,7%) больных ИБС с сексуальной дисфункцией после ТБКА 25 (46,3%) человек отметили улучшение, в том числе 10 (18,5%) – полное восстановление сексуальной активности.

Практические рекомендации

1. Учитывая высокую частоту сексуальных дисфункций и большую значимость сексуальной сферы в шкале ценностных ориентаций у больных ИБС, рекомендовать врачам-кардиологам включать в схему опроса пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями вопросы, касающиеся интимных отношений, и в случае выявления проблем направлять на консультацию к сексологу.
2. Рекомендовать всем больным ИБС, начиная со II ФК стенокардии напряжения проведение Холтеровском мониторировании ЭКГ при сексуальной активности для объективизации кардиального риска.
3. При направлении больных ИБС на ТБКА рекомендуется разъяснять пациентам положительное влияние вмешательства на «качество жизни», в том числе и на сексуальную сферу.

Список литературы

1. Акимова Е.В. Социальный градиент в Тюмени: точка зрения кардиолога [Текст] / Е.В. Акимова, В.А. Кузнецов, В.В. Гафаров. – Тюмень: РГ «Перспект», 2005. – 200 с.
2. Актуальные вопросы психиатрии и наркологии [Текст] / М.А. Лебедева Н.А. Корнетов // Тезисы докладов. Томск, 2001. С.119-170.
3. Алексеев Б.Е. Экологические проблемы сексологии. [Текст] / Б.Е. Алексеев// Сексология и сексопатология. – 2003. – №1. – С. 49-51.
4. Алмазов В.А. Эндотелиальная дисфункция у больных с дебютом ишемической болезни сердца в разном возрасте [Текст] / В.А. Алмазов, О.А. Беркович, М.Ю. Ситников // Кардиология. – 2001. – №5. – С 21-23.
5. Беленков Ю.Н. Первые результаты стентирования бифуркационных стенозов коронарных артерий. [Текст] /Ю.Н. Беленков, Ю.Г. Матчин, А.П. Савченко// ТЕР.АРХИВ. – 2004. – Т.76.№6. – С.16-22.
6. Божедомов В.А. Нарушения сексуальности при различных заболеваниях предстательной железы (обзор). [Текст] / В.А. Божедомов, О.В. Теодорович// Сексология и сексопатология . – 2004. – №1. – С. 2-8.
7. Буров Ю.Л. Варианты артериальной эректильной импотенции у больных с облитерирующими атеросклеротическими поражениями аорты и подвздошных артерий. Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук Саратов 1989г. 21с
8. Верткин А.Л. Эректильная дисфункция в практике врача-кардиолога[Текст]./ А.Л. Верткин // Русский медицинский журнал.- 2003. – Том 11. – №19. – С.42-45.
9. Возрастной андрогенный дефицит у мужчин [Текст] / И.И.Дедов, С.Ю. Калинин.- М.: Практическая медицина, 2006. – 240с.
10. Володин В.С. Сексологические расстройства у мужчин с сердечно-сосудистыми заболеваниями (обзор) [Текст] / В.С. Володин // Сексология и сексопатология. – 2003. – №8. – С.13-16.

11. Гамидов С.И. Эректильная дисфункция и сердечно-сосудистые заболевания: новый взгляд на старую проблему. [Текст] / С.И. Гамидов, В.В. Иремашвили // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2006. – №5(6). – С. 123-128.
12. Гафаров В.В. 20-летний мониторинг острых сердечно-сосудистых заболеваний в популяции крупного промышленного центра Западной Сибири (эпидемиологическое исследование) [Текст] / В.В. Гафаров // Терапевтич. архив. – 2000. – № 1. – С. 15-22.
13. Гафаров В.В. Популяционное исследование социально-психологических факторов ишемической болезни сердца в мужской популяции Новосибирска [Текст] / В.В. Гафаров, И.В. Гагулин // Терапевтический архив. – 2000. – № 4. – С. 40-43.
14. Депрессивные расстройства при соматических заболеваниях. (Образовательная программа по депрессивным расстройствам. ВПА/ ПТД. Модуль 11) [Текст] / Пер. с англ. под общ. ред. Н.А. Корнетова – Киев.: «Сфера». – 2002. – 69 с.
15. Депрессивные расстройства. Систематика, диагностика, симеотика, терапия [Текст] / Н.А. Корнетов.- Томск.: «Сибирский издательский дом», 2001. – 120 с.
16. Депрессии при соматических и психических заболеваниях [Текст] / А.Б Смулевич. – М.: «Медицинское информационное агентство», 2003.– 432 с.
17. Депрессия в неврологической практике [Текст] / А.М. Вейн, Т.Г. Вознесенская, В.Л. Голубев, и др.- М.: «Медицинское информационное агентство», 2002. – 160с.
18. Десятников. И.Ф. Сексологические вопросы после инфаркт миокарда. [Текст] / И.Ф. Десятников, В.П.Зайцев, В.С. Кошелев // Клин. мед. –1978. – №1. – С.78-93.
19. Десятников. И.Ф. Сексуальное поведение и его связь с психическим состоянием у больных перенесших инфаркт миокарда. [Текст] / И.Ф.

- Десятников, В.П.Зайцев, В.С. Кошелев // Сов. мед. – 1975. – №12. – С.86-91.
20. Динамическая электрокардиография в оценке ишемии миокарда: Метод. Рекомендации [Текст] / В.М. Тихоненко, Г.В. Гусаров, Л.В. Чирейкин //.– С-Петербург. – 1994. – 37с.
21. Дробижев М.Ю.Опыт применения тианептина при лечении тревожных депрессий у больных ишемической болезнью сердца. [Текст] / М.Ю.Дробижев., О.И. Лебедева, А.В. Добровольский / Тревога и обсессии. М, 1998. – С.269-278.
22. Екимов М.В. Сексологическое обследование [Текст] / М.В.Екимов // Либих С.С. Руководство для врачей. Краткая сексология: / Под редакцией С.С. Либиха, – СПб.: ООО фирма «Ольга», 1998. Гл.4. –С.40-49.
23. Зеленина Е.В. К психопатологии депрессивного соматовегетативного симптомокомплекса [Текст] / Е.В. Зеленина // Журн. невропатол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. – 1997. – №4. – С.32-36.
24. Значение сердечно-сосудистых и других неинфекционных заболеваний для здоровья населения России [Текст] / Р.Г. Оганов, Г.Я. Масленникова, С.А. Шальнова, А.Д. Деев // Проф. заб. и укрепл. здоровья. – 2002. – №2. – С. 3-7.
25. Иванова О.В. Эндотелиальная дисфункция - важный этап развития атеросклеротического поражения сосудов. [Текст] / О.В. Иванова, Г.Н. Соболева, Ю.А. Карпов //Тер. Архив. – 1997. – №6. – С.75-78.
26. Импотенция: интегрированный подход к клинической практике. [Текст] / Алан Грегуар, Джон П.Прайор – М.: «Медицина» 2000. – 240с.
27. Индивидуальный прогноз вероятности смерти по данным исследования факторов риска и нагрузочного тестирования у мужчин трудоспособного возраста [Текст] / С.А. Шальнова, А.Д. Деев, В.Г. Вилков, С.С. Давыдова, А.В. Капустина, И.Е. Колтунов // Профил. заболеваний и укрепление здоровья. – 2005. – № 4. – С. 18-22.

28. Инфаркт миокарда. – 3-е издание переработанное и дополненное [Текст] / А.Л. Сыркин. – М.: МИА. – 2003. – 466 с.
29. Иоселиани Д.Г. Стентирование инфаркт-ответственной артерии в первые часы острого инфаркта миокарда: ближайшие и среднеточдаленные результаты [Текст] / Д.Г. Иоселиани, С.В. Роган, С.П. Семитко.// МЕЖД. Ж. ИНТЕРВЕН. КАРДИОЛОГИИ. – 2003. – №2. –С.24-29.
30. Исследование содержания половых гормонов у больных молодого и среднего возраста с различными формами ИБС [Текст] / В.А. Невзорова, Л.В. Родинова, О.В. Настрадаин, // Российский национальный конгресс кардиологов. Томск 2004 г. 345 с.
31. К вопросу о классификации сексуальных расстройств у мужчин. [Текст] / М.И. Ягубов // Материалы юбилейной конференции «Социальные и клинические проблемы сексологии и сексопатологии» посвященной 30-летию Федерального научно-методического центра медицинской сексологии и сексопатологии. Москва, 29-30 мая 2003. – С. 187-189.
32. Кибрик Н.Д. Сексуальная дисфункция у лиц, страдающих хроническими дерматозами. [Текст] / Н.Д. Кибрик, Н.В. Добаева // Сексология и сексопатология. – 2003. – №9. – С.2-6.
33. Кибрик Н.Д. Клиника и терапия сексуальных дисфункций у мужчин пожилого возраста [Текст] / Н.Д. Кибрик, М.И. Ягубов.// Российский психиатрический журнал. – 2002. – № 2. – С.46-48.
34. Кибрик Н.Д. Клинические особенности и терапия сексуальных дисфункций у больных с соматоформными расстройствами. [Текст] / Н.Д. Кибрик, М.И. Ягубов // Журн. Социальная и клиническая психиатрия. – 2006. – Т.16. – В.3. – С.54-57.
35. Кибрик Н.Д. Сексологические аспекты эректильной дисфункции и методы ее коррекции. [Текст] / Н.Д. Кибрик, М.И. Ягубов // Сексология и сексопатология. – 2004. – №1. – С 9-12.
36. Клиническая психиатрия: пер. с англ. доп. [Текст] / гл. ред. Т.Б. Дмитриева. – М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 1999.- 505 с.

37. Клинические рекомендации, основанные на доказательной медицине: перевод с англ. [Текст] / Под ред. И.Н. Денисова, В.И.Кулакова, Р.М. Хаитова. // – М.:ГЕОТАР-МЕД, 2001.-374с
38. Ковалев В.А.. Фармакотерапия эректильной дисфункции. [Текст] / В.А. Ковалев, С.В. Королева, А.А Камалов // Урология. – 2000. – №1. – С. 33-38.
39. Корнетов Н.А. Депрессивные расстройства у пациентов перенесших инфаркт миокарда. [Текст] / Н.А. Корнетов, Е.В. Лебедева // Психиатрия и психофармакотерапия. 2003. – №5. – С.195-198.
40. Коронарная ангиопластика.[Текст] / А.М. Бабунашвилли, И.Х. Рабкин, В.А. Иванов.- М.: Издательство АСВ, 1996.-352 с.
41. Коронарная ангиопластика: взгляд через 30 лет. [Текст] / Ю.Н. Беленков, А.Н. Самко, Т.А. Батыралиев, И.В. Першуков. //Кардиология. – 2007. – №9. – С. 4-14.
42. Кузнецов.В.А. Современные особенности интракоронарных вмешательств при ИБС. [Текст] / В.А. Кузнецов, И.П. Зырянов, А.Г. Осеев. // Российский национальный конгресс кардиологов. – 2002. –Сборник тезисов. С.107.
43. Курбанов В.А. Состояние половой функции и гипофизарно-половой системы у больных инфарктом миокарда в период реабилитации. [Текст] /Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук М.1986г. 24стр.
44. Лечение сосудистой импотенции. [Текст] / Г.С. Кротовский – М.; СПб.: ЗАО «Издательство БИНОМ» – «Невский Диалект», 1998. – 160 с.
45. Личностная тревожность и риск инфаркта миокарда в популяции мужчин 25-64 лет г.Новосибирска. [Текст] / В.В. Гафаров, Е.А. Громов // Российский национальный конгресс кардиологов. Сборник тезисов. – Москва 2003. – С. 79-80.
46. Мазо Е.Б. Дифференциальная диагностика психогенной и васкулогенной эректильной дисфункции при ультразвуковом исследовании полового

- члена. [Текст] / Е.Б. Мазо, О.Б. Жуков, А.Р. Зубарев.// Сексология и сексопатология. – 2003. – №1. – С.16-19.
47. Мастерс и Джонсон о любви и сексе. [Текст] / У. Мастерс, В. Джонсон, Р. В. Колодны // 2-х томах. СПб.: Ретув, 1991.
48. Медицинская психология: Перевод с нем. [Текст] / Э. Кречмер – М., 1927. – 349 с.
49. Международная классификация болезней (10-й пересмотр): Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике [Текст] / Пер. с англ. под ред. Ю.Л. Нуллера, С.Ю. Циркина. – СПб.: «Адис», 1994. – 304с.
50. Метаболический синдром и эректильная дисфункция [Текст] /С.И. Гамидов, М.Н. Мамедов, Е.М. Сотников, М.М. Гусейнов // Терапевтический архив.– 2007.– №10.– С.21-25.
51. Механизмы развития поражения сердечно-сосудистой системы у больных депрессией [Текст] / Ю.А. Карпов // Тезисы сателитного симпозиума 3 Национального конгресса кардиологов. – 2002. – С.6-7.
52. Милле Ф. Современные тенденции смертности по причинам смерти в России 1965-1994 [Текст] / Ф. Милле, В.М. Школьников. – Париж: Национальный институт демографических исследований, 1996. – 140 с.
53. Нарушение половой функции у мужчин. Урология по Дональду Смиут. [Текст] / Лу Т. М.: Практика.2004г. – 257с.
54. Неврозы и сексуальные расстройства [Текст] / Н.К. Липгарт, Л.А. Стукалова, И.М. Виш.- Воронеж: Издательство ВГУ. – 1985. – 160с.
55. Немытин Ю.В. Роль психотропной терапии в реабилитации кардио-хирургических больных. [Текст] / Ю.В. Немытин, О.Ш. Ойноткинова, А.Н. Лищук // Кардиология. – 2002. – №3. – С.18-21.
56. О классификации сексуальных расстройств у мужчин. [Текст] / М.И. Ягубов // Сборник тезисов научно-практической конференции «Актуальные проблемы современной сексологии и репродуктологии». Киев, 23-26 июня 2003. – С.111-113.

57. Общая сексология: руководство для врачей [Текст] / Г.С.Васильченко, И.Л. Ботнева, Ю.Ю. Винник, и др. Под редакцией Г.С.Васильченко,- 2-е изд. Переработанное и дополненное.- М.: ОАО «Издательство «Медицина». – 2005. – 512 с.
58. Оганов Р.Г. Профилактическая кардиология [Текст] / Р.Г. Оганов, А.М. Калинина, Ю.М. Поздняков. – М., 2003. – 189с.
59. Оксфордское руководство по психиатрии 1 и 2 том (том 2) Текст] / М. Гельдер, Д. Гэт, Р. Мейо. // Киев изд. Сфера, 1997. – 435с.
60. Основы психиатрии для врачей общего профиля: Библиотека практикующего врача [Текст] / М.Н. Жариков. – М.: Медицина, 2001. – 256с.
61. Основы современной сексологии [Текст] / Гери Ф. Келли. - «Питер» Санкт-Петербург, 2003. – 896 с.
62. Особенности ангиопластики и стентирования при атеросклеротических окклюзиях коронарных артерий. [Текст] / Р.А.Азовцев, В.М. Седов, Л. Майор, И. Галичи и др.// Вестник хирургии имени И.И. Грекова. – 2002. – №2. – С. 12-17.
63. Особенности личностного реагирования в ситуации ожидания оперативного вмешательства на сердце [Текст] / Т.Э. Глущенко, М.Ф. Белокрылова, Н.П. Гарганеева //Психосоматическая медицина – 2007: сб. материалов ко 2-му Междунар. конгр. – СПб.: Реноме. – 2007. – С. 38-39.
64. Особенности патогенеза, клиники и течения психогенно спровоцированных инфарктов миокарда. [Текст] / А.Л. Сыркин, А.Б. Смулевич, М.Ю. Дробижев, и др. // Клиническая медицина. – 2005. – №2. – С. 30-33.
65. Оценка результатов стентирования коронарных артерий [Текст]/ К.С. Дроздовская, В.А. Сандриков, Л.Н. Иванова и др.// Российский национальный конгресс кардиологов. Сборник тезисов. Москва. – 2003. – С. 107-108.

66. Петров С.Б. Современные аспекты лечения эректильной дисфункции [Текст] / С.Б. Петров, О.Б. Лоран, Е.И. Велиев // Consilium medicum. 2003.С. 3-6
67. Погосова Г.В. Депрессия - новый фактор риска ишемической болезни сердца и предиктор коронарной смерти [Текст] / Г.В. Погосова // Кардиология. – 2002. – №4. – С. 86-91.
68. Пограничная психическая патология в общеймедицинской практике [Текст] / Под ред. Академика РАМН А.Б. Смулевича.- М.: Издательский дом «Русский врач», 2000. – 160 с.
69. Пограничные психические расстройства. [Текст] / Ю.А. Александровский М., 2000. – 496 с.
70. Пособие для врачей. Классификация болезней в психиатрии и наркологии [Текст] / Под редакцией М.М.. Милевского.- М.: Издательство «Триада – Х», 2003. – 184 с.
71. Превентивная психиатрия [Текст] / В.Я. Семке – Томск: Издательство Том. ун-та. – 1999. – 403 с.
72. Принципы консервативной терапии сексуальной дисфункции у пациентов с заболеваниями сердечно – сосудистой системы. [Текст] / В.Н. Крупин // Тезисы научных трудов. Приложение к журналу Андрология и генитальная хирургия. – 2002. – №3. – С.94-95.
73. Причины эффективной организации борьбы за снижение заболеваемости и смертности от болезней системы кровообращения в современной России [Текст] / В.И. Харченко, М.В. Корякин, М.М. Вирин, В.М. Ундрицов, Э.Ф. Андреев, Р.Ю. Михайлова, Л.А. Котлярова, В.В. Цветков // Кардиолог. – 2005. – № 8. – С. 4-20.
74. Профилактика сексуальных дисгармоний. [Текст] / Н.Д. Кибрик, М.И. Ягубов, Ю.А. Решетняк, И.Ю. Кан, И.А. Айриянц. // Метод. рек. МЗ РВ. МНИИП МЗ РФ, М., – 2001, – 26 с.
75. Психиатрия. [Текст] / М.В. Коркина, Н.Д. Лакосина, А.Е. Личко, И.И. Сергеев – М.: «МЕДпресс-информ», 2002. – 576 с.

76. Психические расстройства в общей медицинской практике и их лечение [Текст] / Ю.А. Александровский. – М.: 2004. – 481 с.
77. Психокardiология [Текст] / А.Б. Смулевич, А.Л. Сыркин, М.Ю. Дробижев, С.В. Иванов. – М.: «Медицинское информационное агентство», 2005. – 784 с.
78. Психологическая адаптация и качество жизни пациентов, перенесших аортокоронарное шунтирование [Текст] / Т.Э. Глущенко, Н.П. Гарганеева, М.Ф. Белокрылова, А.Г. Жеребцова, Н.И. Мордвинова. // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2006. – Т.5, № 4. – С. 92-93.
79. Психология здоровья населения в России [Текст] / В.В. Гафаров, В.А. Пак., И.В. Гагулин, А.В. Гафарова. - Новосибирск: СО РАМН, 2002. – 360 с.
80. Психофизиологические аспекты эректильной дисфункции у больных хроническим простатитом [Текст] / А.Г. Кочетов, В.А. Голубчиков, Н.В. Ситников // Новое в диагностике и лечении андрологических больных. Материалы научно-практической конференции. Екатеринбург, 2001. – С. 21.
81. Распространенность депрессивных расстройств у больных ишемической болезнью сердца [Текст] / С.Р. Абсеитов, Р.З. Султатов, Л.Б. Алимова // Российский национальный конгресс кардиологов. г. Томск 2004. – С. 9.
82. Распространенность и клинические проявления депрессивных расстройств, впервые выявленных в общесоматической сети. [Текст] / Потапкина Е.В. // Актуальные вопросы психиатрии и наркологии. Под ред. акад. РАМН, проф. В.Я. Семке.- Томск: Изд-во том. ун-та, 2003. – Вып.11. – 200с.
83. Распространенность ишемической болезни сердца и показатели смертности у населения Каунаса 35-64 лет по данным проспективного исследования [Текст] / Й. Блужас, Р. Реклайтене, А. Тамошюнас, С. Домаркене, Д. Шидлаускене // Кардиология. – 2002. – № 2. – С. 72-75.

84. Распространенность тревожно-депрессивных расстройств в неорганизованной популяции Москвы. [Текст] / Л.Д. Осдоева, Г.В. Погосова, Д.В. Небиеридзе. // Всероссийская конференция «Профилактическая кардиология». Саратов. – 2002. – С. 47.
85. Расстройства тревожного и депрессивного спектра в генезе сердечно-сосудистых заболеваний [Текст] / Н.П. Гарганеева, М.Ф. Белокрылова, В.Я. Семке, Т.Э. Глущенко. XIV Съезд психиатров России. 15-18 ноября 2005г. Москва (материалы съезда). – Москва. 2005. – С. 119.
86. Рекомендации ВНОК по лечению острого коронарного синдрома без стойкого подъема сегмента ST на ЭКГ. [Текст] // Кардиология (приложение) 2004. – том 44. – №4. – С.28.
87. Репродуктивная функция и сексуальность человека. [Текст] / Белич Г.Л. Божедомов В.А. СПб.: «Деан». – 1999. – 368с.
88. Российские рекомендации ВНОК. Диагностика и лечение стабильной стенокардии. [Текст] // Москва 2004. – 28с.
89. Руководство для врачей. Судебная сексология [Текст] / А.А. Ткаченко, Г.Е. Введенский, Н.В. Дворянчиков. – М.: «Медицина», 2001. – 560 С.
90. Руководство для врачей. Депрессия в общей медицине [Текст] / А.Б. Смулевич. – М.: «Медицинское информационное агентство», 2001. – 256с.
91. Руководство по исследованию качества жизни в медицине [Текст] / А.А. Новик, Т.И. Ионова.- СПб.: Издательский Дом «Нева»; М.: «ОЛМА-ПРЕСС Звездный мир», 2002. – 320с.
92. Руководство по сексологии. [Текст] / Под редакцией С.С. Либиха. - СПб.: «Питер». – 2001. – 472с.
93. Саакян Ю.М. Влияние степени реваскуляризации жизнеспособного миокарда на клиническую эффективность и отдаленный прогноз коронарного стентирования [Текст] / Ю.М. Саакян, Р.С. Поляков, С.А. Абугов. // Патологии кровообращения и кардиохирургия. – 2004. – №1. – С.33-39.
94. Самородская И.В. Динамика общей и сердечно-сосудистой смертности в

- Российской Федерации [Текст] / И.В. Самородская // Кардиоваск. терапия и профилактика. – 2004. – С. 87-96.
95. Сексуальное долголетие как фактор сохранения мужского здоровья и долголетия. [Текст] / М.И. Ягубов // Материалы 1-го Международного медицинского форума «Мужское здоровье и долголетие». Москва, 20-22 февраля 2003. – С.122-123.
96. Сексуальные проблемы мужчин в позднем возрасте и пути их преодоления. [Текст] / М.И. Ягубов // Материалы 2-ой международной медицинской выставки «Мужское здоровье и долголетие». Москва, 17-19 февраля 2004. – С.131.
97. Сексуальные расстройства. [Текст] / Г.С. Васильченко, Н.Д. Кибрик, М.И. Ягубов, И.А. Панюкова // В кн.: Психиатрия: Справочник практического врача / Под ред. Гофмана А.Г. - М. – 2006. – С.454-471.
98. Семке В.Я. Сексуальные дисфункции в структуре «истерической болезни». [Текст] / В.Я. Семке // Сексология и сексопатология. – 2003. – №8. – С. 17-22.
99. Сергеев А.В. Медицинские показатели качества жизни в комплексной оценке течения ишемической болезни сердца. [Текст] / Автореферат на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. Смоленск 1999г. С 9-11.
100. Современные особенности интракоронарных вмешательств при ИБС. [Текст] / В.А. Кузнецов, И.П. Зырянов, А.Г. Осеев.// Российский национальный конгресс кардиологов. Сборник тезисов. Москва 2002. – С.43
101. Современные представления о центральной и периферической регуляции половой функции мужчин. [Текст] / О.Б. Жуков, А.Р. Зубарев, П.А. Федин, М.В. Кротенкова, П.Г. Шварц. // Сексология и сексопатология. – 2005. – №3. – С.6-11.
102. Справочник. Сексология [Текст] / Г.С. Васильченко, Т.Е. Агаркова, С.Т. Агарков, и др.; Под ред. Г.С. Васильченко. – М.: Медицина. – 1990. – 576с.

103. СПРАВОЧНИК. Соматогенные и соматоформные психические расстройства (клиника, дифференциальная диагностика, лечение) [Текст] / В.Я. Гиндикин. – М., Издательство «Триада-Х», 2000. – 256с.
104. Сравнение отдаленных результатов коронарной ангиопластики, стентирования и консервативной терапии у больных ИБС. [Текст] /В.Г. Сейидов, А.Я.Фисун, В.В.Евсюков, И.В. Любчук и др.// Кардиология СНГ. – 2006. – №1. – С.74-78.
105. Учебное пособие. Диагностические этапы обследования сексологического пациента. [Текст] / М.В. Екимов. – СПб.: МАПО, 1998. – 31с.
106. Феномен «преждевременной эякуляции»: проблемы диагностики и терапии. [Текст] / М.И. Ягубов. // Материалы 2-ой Всероссийской конференции «Мужское здоровье». Москва, 19-21 октября 2005. – С. 118-119.
107. Хирманов В.Н. Эректильная дисфункция у больных сердечно-сосудистыми заболеваниями: от выявления причин к лекарственной коррекции. [Текст] / В.Н. Хирманов // Фарматека. – 2004. – №14. – С. 26-31.
108. Хронический простатит и сексуальная дисфункция [Текст] / Ефремов Е.А., Ковалев В.А., Королева С.В. // Мужское здоровье. Матер. Всерос. Конф.19-21 ноября 2003. – М.: 2003. – С.64-65.
109. Частные вопросы коронарной ангиопластики (издание второе переработанное и дополненное). [Текст] / В.И. Ганюков, И.П.Зырянов, А.Г. Осеев, А.В. Протопопов, А.Н.Федорченко. – Новосибирск, 2008. – 336с.
110. Шадрин В.Н. Семке А.В. Качество жизни с позиции субъективной оценки пациентов. [Текст] / В.Н. Шадрин, А.В. Семке // Научные достижения и опыт клинических исследований в психиатрии: Материалы международной научно-практической конференции психиатров и наркологов Сибири и Дальнего Востока (Томск, 26-27 мая, 2004г.) /Под науч. ред. акад. РАМН, заслуж. Деятели науки РФ В.Я.Семке. – Томск, 2004. – 211с.

111. Шевченко Ю.Л. Возможности современной эндоваскулярных технологий в лечении тяжелых форм ишемической болезни сердца. [Текст] / Ю.Л. Шевченко, И.А. Борисов, А.Г. Виллер // Качество жизни. Медицина. – 2003. – №2. – С. 28-30.
112. Шевченко Ю.Л. Современные подходы к исследованию качества жизни в здравоохранении. [Текст] / Ю.Л. Шевченко // Вестник Межнационального центра исследования качества жизни. – 2003. – №1-2 С. 6-15.
113. Шестакова Н.В. Методы диагностики преходящей ишемии миокарда у больных ИБС [Текст] / Н.В. Шестакова, В.А. Шестаков. // Русский медицинский журнал. – 1998. – Том 6.- №14(74). – 891с.
114. Эректильная дисфункция [Текст] / Е.Б. Мазо, С.И. Гамидов. – М.: Вече, 2004. – 120с.
115. Эректильная дисфункция при хроническом простатите [Текст] / А.А. Камалов, С.В. Королева, В.А. Ковалев // 1-й Конгресс профессиональной ассоциации андрологов России. Тез. Научных трудов, Кисловодск, 2001. – С.131-132.
116. Эректильная дисфункция: кардиологические аспекты [Текст] / Д.Ю.Пушкаръ, А.Л. Верткин. – М.: МЕД- пресс-информ, 2005. – 144 с.
117. Эректильная дисфункция: мифы и реалии. [Текст] / М.И. Ягубов // Материалы 3-го Российского научного форума «Мужское здоровье и долголетие». Москва, 16-18 февраля 2005. – С.24
118. Эректильная импотенция при сердечно-сосудистых заболеваниях. Диагностика, лечение. [Текст] / В.Н. Крупин // Автореферат диссертации на соискание ученой степени доктор медицинских наук. 1995г. – 39 стр.
119. Ягубов М.И. Клинические особенности и терапия сексуальных дисфункций у больных с невротическими расстройствами. [Текст] / М.И. Ягубов // Журн. Социальная и клиническая психиатрия. – 2006. – Т.16. – В.3. – С.46-53.

120. A systematic approach dysfunction in the cardiovascular patient: a Consensus Statement: Update 2002. [Text] / G. Jackson, J. Betteridge, J. Dean, et al. // *Int J Clin Pract.* – 2002; Vol. 65. – P.663-671.
121. Al-Ameri H. Erectile dysfunction and heart failure: the role of phosphodiesterase type 5 inhibitors. [Text] / H. Al-Ameri, R.A. Kloner // *Int. J Impot Res.* – 2009– Vol. 21(3) – P. 149-157.
122. Andersson K.E. Pharmacology of penile erection. [Text] / K.E Andersson // *Pharmacol. Rev.* 2001. – Vol. 53. – P.417-50
123. Assessment of sexual beliefs and information in aging couples with sexual dysfunction. [Text] / S.G. Adams, P.M. Dubbert, K.M Chupurdia et al. // *Archives of Sexual Behavior.* – 1996. – Vol. 25(3). – P.249-260.
124. Assessment of sexual health in aging men in Europe: development and validation of the European Male Ageing Study sexual function questionnaire. [Text] / D.B. O'Connor, G. Corona, G. Forti, A. Tajar, D.M. Lee, et al. // *J. Sex. Med.* – 2008. – Vol. 5(6) – P. 1374-1385.
125. Babaei A.R. Penile revascularization for erectile dysfunction: a systematic review and meta-analysis of effectiveness and complications. [Text] / A.R. Babaei, M.R. Safarinejad, A.A. Kolahi. // *Urol. J.* – 2009.– Vol.6(1) – P. 1-7.
126. Barrett-Connor E. Cardiovascular risk stratification and cardiovascular risk factors associated with erectile dysfunction: assessing cardiovascular risk in men with erectile dysfunction [Text] / E. Barrett-Connor // *Clin. Cardiol.* 2004. – Vol. 27, №4. Suppl. 1. P. 18-23.
127. Berger P.B. Survival following coronary angioplasty versus coronary artery bypass surgery improves survival compared with medical therapy: Result from the bypass Angioplasty Revascularization Investigation (BARI) [Text] / P.B. Berger // *J.Am. Coll. Cardiol.* – 2001. – Vol.38. – 1440-1450.
128. Bloch A. Sexual problem after myocardial infarction. [Text] / Bloch A., J.P. Maeder, J.C. Haissly // *Am. Heart J.* – 1975. – Vol. 90. – P. 536-537.
129. Can coronary angiography predict the site of a subsequent myocardial infarction in patients with mild-to- moderate coronary artery disease? [Text] / W.C. Little,

- M. Constantinescu, R.S. Applegate, et al. // *Circulation* – 1988. – Vol. 78. – P.1157-1166.
130. Characterizing the burden of premature ejaculation from a patient and partner perspective: a multi-country qualitative analysis. [Text] / D. Revicki, K. Howard, J. Hanlon, S. Mannix, A. Greene, M. Rothman. // *Health Qual Life Outcomes*. – 2008 – Vol.12 – P. 6-33.
 131. Cheng J.Y. Depressive symptomatology and male sexual functions in late life. [Text] / J.Y. Cheng, E.M. Ng, J.S. Ko. // *J. Affect Disord.* – 2007. – Vol.104(1-3) – P. 225-229.
 132. Chi J.S. Stress and myocardial infarction. [Text] / J.S. Chi, R.A. Kloner // *Heart*. – 2003. – Vol. 89 (5). – P. 475-476.
 133. Chronic treatment with tadalafil improves endothelial function in men with increased cardiovascular risk. [Text] / G.M. Rosano, A. Aversa, C. Vitale, et al. // *Eur. Urol.* – 2005. – Vol.47. – P.214-220.
 134. Cigarette smoking and erectile dysfunction: focus on NO bioavailability and ROS generation. [Text] / R. C. Tostes, F.S. Carneiro, A.J. Lee, F.R. Giachini, R. Leite, Y. Osawa, R.C. Webb. // *J. Sex. Med.* – 2008. – Vol. 5(6) – P. 1284-1295.
 135. Coronary artery disease as the cause of incident heart failure in the population [Text] / K.F. Fox, M.R. Cowie, D.A. Wood, A.J.S. Coats, J.S.R. Gibbs, S.R. Underwood, R.M. Turner, P.A. Poole-Wilson, S.W. Davies, G.C. Sutton // *Eur. Heart J.* – 2001. – Vol. 22. – P. 228-236.
 136. Coronary heart disease risk factors ranked by importance for the individual and community. A 21 year follow-up of 12 000 men and women from The Copenhagen City Heart Study [Text] / P. Schnohr, J.S. Jensen, H. Scharling, B.G. Nordestgaard // *Eur. Heart J.* – 2002. – Vol. 23. – P. 620-626.
 137. Coronary transluminal angioplasty [Text] / AR Gruntzig, R.K. Myller, E.S. Hanna, M.I. Turina // *Circulation*. – 1977. – Vol. 84 (III). – P. 55-56.

138. Davey Smith G. Sex and death: are they related? Finding from the Caerhilly Cohort Study. [Text] / G. Davey Smith, S. Frankel, J. Yamell // BMJ. – 1997. – Vol.315. – P.1641-1644.
139. Deaths from ischemic heart disease, anthropometry and cardiac biometry [Text] / A. Leal, J. Olivera, J. Amado, T. Magalhães // Portug. J. of Cardiol. – 2005. – Vol. 24. – № 4. – P. 521-536.
140. DeLamater J. Sexual satisfaction in the seventh decade of life. [Text] / J. DeLamater, J.S. Hyde, M.C. Fong. // J. Sex Marital Ther. – 2008. – Vol.34(5) – P. 439-454.
141. Demir T. Prevalence of erectile dysfunction in patients with metabolic syndrome. [Text] / T. Demir, O. Demir, A. Kefi, et al. // Int. J. Urol. – 2006. – Vol.13(4). – P.358-385.
142. Derogatis L.R. The epidemiology of sexual dysfunctions. [Text] / LR. Derogatis, A.L. Burnett. // J. Sex Med. – 2008. – Vol.5(2) – P. 289-300.
143. Determining factors in patient satisfaction with erectile dysfunction treatment [Text] / J.A. Delgado Martín, J. Blázquez Izquierdo, A. Silmi Moyano, E. Martínez. // Actas. Urol. Esp. – 2008. – Vol. 32(10) – P. 995-1003.
144. Do cigarette smokers with erectile dysfunction benefit from stopping? a prospective study. [Text] / G. Pourmand, M.R. Alidaee, S. Rasuli, et al. // BJU Int. – 2004. – Vol. 94. – P.1310-1313.
145. Does severity of ischemic coronary disease correlate with erectile function? [Text] / A. Greenstein, J. Chen, H. Milter, et al. // Int. J. Impot. Res. – 1997. – Vol. 9, №3. – P. 123-126.
146. Dotter C. Transluminal treatment of arteriosclerotic obstruction: Description of new technique and a preliminary report of its application [Text] / C. Dotter, M. Judkins. // Circulation. – 1964. – Vol.30. – P.861-862.
147. Effect of lifestyle changes on erectile dysfunction in obese men: a randomized controlled trial. [Text] / K. Esposito, F. Giugliano, C. Di Palo, et al. // JAMA. – 2004. – Vol. 291(24). – P. 2978-2984.
148. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial

- infarction in 52 countries (the INTERHEART study) [Text] / S. Yusuf, S. Hawken, S. Ounpuu, T. Dans, A. Avesum, F. Lanas, M. McQueen, A. Budaj, P. Pais, J. Varigos, L. Lisheng // *Lancet*. – 2004. – Vol. 364. – P. 937-952.
149. Effect of sildenafil citrate on the male sexual experience assessed with the Sexual Experience Questionnaire: a multicenter, double-blind, placebo-controlled trial with open-label extension. [Text] / L.A. Jones, I.W. Klimberg, J.G. McMurray, R. Padula, L.J. Tseng, V.J. Stecher. // *J. Sex. Med.* – 2008. – Vol. 5(8) – P. 1955-1964.
 150. Endothelial cell activation in men with erectile dysfunction without cardiovascular risk factors and overt vascular damage [Text] / M. Bocchio, G. Desideri, P. Scarpelli, et al. // *J. Urol. (Baltimore)*. – 2004. – Vol. 171, №4. – P. 1601-1604.
 151. Endothelial dysfunction in erectile dysfunction: role of the endothelium in erectile physiology and disease. [Text] / T.J. Bivalacqua, M.F. Usta, H.C. Champion, et al. // *J. Androl.* – 2003. – № 24(6) Suppl: –P. I7-37.
 152. Epidemiology of erectile dysfunction in four countries: cross-national study of the prevalence and correlates of erectile dysfunction. [Text] / A. Nicolosi, E.D. Jr, M. Shirai, et al. // *G.Urol.* – 2003. – Vol.61. – P.201-206.
 153. Erectile dysfunction and coronary risk factors: prospective results from the Massachusetts male aging study. [Text] / H.A. Feldman, C.B. Johanner, C.A. Derby, et. al. // *Prev. Med.* – 2000. – Vol.30. – P.328 -338.
 154. Erectile dysfunction in patients in a cardiac rehabilitation program. [Text] / J.M. Maroto-Montero, M.T. Portuondo-Maseda, M. Lozano-Suárez, A. Allona, C. de Pablo-Zarzosa, M.D. Morales-Durán, A. Muriel-Garcia, A. Royuela-Vicente. // *Rev. Esp. Cardiol.* –2008. – Vol.61(9) – P. 917-922.
 155. Erectile dysfunction is associated with a high prevalence of hyperlipidemia and coronary heart disease risk [Text] / T. Roumeguere, E. Wespes, Y. Carpentier, et. al. // *Erop. Urol.* – 2003. –Vol. 44(3). – P.355-359.
 156. Erectile dysfunction prevalence, time of onset and association with risk factors in 300 consecutive patients with acute chest pain and angiographically

- documented coronary artery disease [Text] / F. Montorsi, A. Briganti, A. Salonia et al. // *Europ. Urol.* – 2003. – Vol. 44(3). – P. 360-364.
157. Erectile dysfunction: an early marker for hypertension? [Text] / D. Behr-Roussel, D. Gorny, K. Mevel et al. // *Am. J. Physiol.* – 2004. – Vol. 24. – P. 1601-1605.
 158. Erectile dysfunction: cardiovascular risk and the role of the cardiologist [Text] / H. Solomon, J.W. Man, A.S. Wierzbicki et al. // *Int. J. Clin. Pract.* – 2003. – Vol. 57, №2. – P. 96-99.
 159. European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. Third Joint Task Force of European and other societies on cardiovascular disease prevention in clinical practice [Text] / G. De Backer, E. Ambrosioni, K. Borch-Johnsen, C. Brotons, R. Cifkova, J. Dallongeville, S. Ebrahim, O. Faergeman, I. Graham // *Eur. Heart J.* – 2003. – Vol. 24. – P. 1601-1610.
 160. Expert Consensus. Document on Coronary Artery Stent. [Text] / D.R. Holmes, J. Jr. Hirshfeld, D. Faxon, et al. *J. Am. Coll. Cardiol.* – 1998. – Vol. 32. – P. 1471-1482.
 161. Factors associated with phosphodiesterase type 5 inhibitor treatment satisfactions: results of patient interrogation. [Text] / S. Cimen, O. Demir, G. Aslan, A.A. Esen. // *Aging Male.* – 2009– Vol. 26 – P. 1-4.
 162. Fazio L. Erectile dysfunction: management update. [Text] / L. Fazio, G. Brock // *CMAJ.* – 2004. – Vol. 170. – P. 1429-1437.
 163. Forecast an therapy and degree of gravity of sexual pathology. [Text] / M.I. Yagubov // *Abstracts of 16 th World congress of of sexology. Cuba, Havana.* – 2003. – March 10-14. – P. 418.
 164. Frequency and determinants of erectile dysfunction in Italy. [Text] / F. Parazzini, F.F. Menchini, A. Bortolotti, et. al. // *Eur. Urol.* – 2000. – Vol. 37. – P. 43-49.
 165. Goldstein. I. The mutually reinforcing triad of depressive symptoms, cardiovascular disease, and erectile dysfunction [Text] / I. Goldstein // *Am. J. Cardiol.* – 2000. – Vol. 86. №2. – P. 41-45.

166. Gunbuz. M.I. Relationship between metabolic syndrome and erectile dysfunction [Text] / M.I. Gunbuz, B.H. Gumus, C. Securi. // Asian J. Androl. – 2004. – Vol.6(4). – P.355-358.
167. Higgins M. Patients, families and populations at high risk for coronary heart disease [Text] / M. Higgins // Eur. Heart J. – 2001. – Vol. 22. – P. 1682-1690.
168. Hood S. Erectile dysfunction: a significant health need in patients with coronary heart disease [Text] / S. Hood, I. Robertson // Scott. Med. J. – 2004. – Vol. 49, №3. – P. 97-98.
169. Importance of and satisfaction with sex among men and women worldwide: results of the global better sex survey. [Text] / J. Mulhall, R. King, S. Glina, K. Hvidsten. // J. Sex Med. – 2008. – Vol. 5(4) – P. 788-795.
170. Impotence and its medical and psychosocial correlates; Results of the Massachusetts Male Aging Study [Text] / H A. Feldman, I. Goldstein, D.G. Hatzichristou, et al. // J. Urol. (Baltimore) – 1994. – Vol.151. – P. 151-154.
171. Kaipia. A. Sexuality and sexual disorders of aging man [Text] / A. Kaipia, T. T. Tamella. // Duodecim. – 2009. – Vol.125(10) – P.1119-1124.
172. King S.B. A randomized trial comparing coronary angioplasty with coronary bypass surgery: Emory Angioplasty versus Surgery Trial (EAST) [Text] / S.B. King, N.J. Lembo, W.S. Weintraub, et al. // Engl. J. Med. 2004 – Vol.331 – P.1041-1044.
173. Kinzl J.F. Major depressive disorder, antidepressants and sexual dysfunction. [Text] / J.F. Kinzl // Neuropsychiatr. – 2009. – Vol. 23(2) – P. 134-138.
174. Kirby M., Jackson G., Betteridge J., Friedli K. Is erectile dysfunction a marker for cardiovascular disease? // Int. J. Clin. Pract. – 2001. – Vol.55, №9. – P. 614-618.
175. Kloner R.A. Erectile dysfunction as a predictor of cardiovascular disease. [Text] / R.A. Kloner // Int. J. Impot. Res. – 2008. – Vol.5. – P.460-465.
176. Kloner R.A. Erectile dysfunction and atherosclerosis [Text] / R.A. Kloner, M. Speakman // Curr. Atheroscler Rep. – 2002 Sep. – Vol. 4(5). – P.397-401.

177. Kloner RA. Erectile dysfunction in the cardiac patient [Text] / R.A. Kloner // Compr. Ther. – 2004. – Vol. 30(1). – P. 50-54.
178. Lamberg F. Mint-body medicine explored at APA meeting [Text] / F. Lamberg. // JAMA. – 2002. – Vol.4. – P. 435.
179. Lea A.P. Intracavernous alprostadil. A review of its pharmacodynamic and pharmacokinetic properties and therapeutic potential in erectile dysfunction. [Text] / A.P. Lea, H.M. Bryson, J.A. Balfour // Drugs Aging. – 1996. – Vol. 8. – P.56-74.
180. Long-term safety and tolerability of tadalafil in the treatment of erectile dysfunction [Text] / F.Montorsi, B.Verheyden, E.Meuleman et al. // Eur. Urol. – 2004. – Vol. 45, №3. – P. 339-344; discussion P. 344-345.
181. LUTS and male sexual dysfunction: the multi-national survey of the aging male (MSAM-7) [Text] / R.C. Rosen, M. O'leary, J. Altwein, et al. // XVIII Congress EAU. –Madrid, 2003. – P.365
182. Makhoulouf A. Depression and erectile dysfunction. [Text] / A. Makhoulouf, A. Kparker, C.S. Niederberger // Urol. Clin. North Am. – 2007. – Vol. 34(4) – P. 565-574.
183. Male erectile dysfunction: its prevalence in Western Australia and associated sociodemographic factors. [Text] / K.K. Chew, B. Stuckey, A. Bremner, C. Earle, K. Jamrozik. // J. Sex Med. – 2008. – Vol.5(1) – P. 60-69.
184. Martin C. E. Factors affecting sexual functioning in 60-79 year old married males. [Text] /C. E. Martin //Archives of Sexual Behavior. – 1981. – Vol.10. – P.399-420.
185. Mazo. E. The effect of vardenafil on endothelial function on brachial and cavernous arteries. // E.Mazo, S. Gamidov, V. Iremashvili. // Int. J. Hypot. Res. – 2006. –Vol.4. – P.464-469.
186. Mens Health Study: epidemiology of erectile dysfunction and cardiovascular disease. [Text] / S. Sasayama, N. Ishii, F. Ishikura et al. // Circ J. – 2003. – Vol. 67. – P.656-659.

187. Mental stress induced transient endothelial dysfunction. / L. Ghiadoni, A.E. Donald, et. al. // *Circulation*.–2000.–Vol. 102(20).–P.2473-2478.
188. Miner M. Erectile dysfunction and dyslipidemia: relevance and role of phosphodiesterase type-5 inhibitors and statins. [Text] / M. Miner, K.L. Billups. // *J. Sex. Med.* – 2008. – Vol.5(5) – P. 1066-1078.
189. Muller J.E. Triggering myocardial infarction by sexual activity: low absolute risk and prevention by regular physical exertion. [Text] / J.E. Muller, A. Mittlemen, M. Maclure, J.B. Sherwood, G.H. Toiler // *Determinants of Myocardial Infarction Onset Study Investigators. JAMA*–1996. –Vol.275. –P.1405-1409.
190. Musselman D.L. Depression really does hurt your heart: stress, depression, and cardiovascular disease [Text] / D.L. Musselman, C.B. Nemeroff // *Prog Brain Res.* –2000. –Vol.122. –P.43-59.
191. Nehra A. Erectile dysfunction and cardiovascular disease: efficacy and safety of phosphodiesterase type 5 inhibitors in men with both conditions. [Text] / A. Nehra // *Mayo Clin Proc.* – 2009. – Vol. 84(2) – P. 139-148.
192. O’Kane P.D. Erectile dysfunction: is there silent obstructive coronary artery disease? [Text] / P.D. O’Kane, G. Jackson // *Int. J. Clin. Pract.*– 2001.– Vol.55. – P.219-220.
193. Optimal risk factors in the population: prognosis, prevalence, and secular trends [Text] / A. Rosengren, A. Dotevall, H. Eriksson, L. Wilhelmsen // *Eur. Heart J.* – 2001. – Vol. 22. – P. 136-144.
194. Palmore E.B. Predictors of the longevity difference: a 25-year follow-up. [Text] / E.B. Palmore // *Gerontologist.* –1982. –Vol.22. –P.513-518.
195. Pharmacological management of erectile dysfunction. [Text] / F. Montorsi, A. Salonia, F. Deho, et al. // *BJU Int.* –2003. –Vol. 91. – P.446-454.
196. Porst. H. Premature ejaculation. [Text] / H. Porst. // *Urologe A.* – 2009. – Vol. 48(6) – P. 663-674.
197. Potential predictors of asymptomatic ischemic heart disease in patients with vasculo-genic erectile dysfunction [Text] / S. W. Kim, J. Paick, D. W. Park, et al // *Urology.* – 2001. – Vol.58, №3 – P.441-445.

198. Premature ejaculation in infertile couples: prevalence and correlates. [Text] / A.W. Shindel, C.J. Nelson, C.K. Naughton, J.P. Mulhall. // J. Sex Med. – 2008. – Vol.5(2) – P. 485-491.
199. Premature ejaculation: results from a five-country European observational study. [Text] / F. Giuliano, D.L. Patrick, H. Porst, G. La Pera, A. Kokoszka, S. Merchant, M. Rothman, D.D. Gagnon. // Eur. Urol. – 2008. – Vol. 53(5) – P. 1048-1057.
200. Prevalence of conventional risk factors in patients of coronary heart disease [Text] / U.N. Khot, M.B. Khot, C.T. Bajzer, S.K. Sapp, E.M. Ohman, S.J. Brener, A.M. Lincoff, E.J. Topol // JAMA. – 2003. – Vol. 290(7). – P. 947-949.
201. Prevalence of sexual problems and its association with social, psychological and physical factors among men in a Malaysian population: a cross-sectional study. [Text] / K.F. Quek, A.A. Sallam, C.H. Ng, C.B. Chua. // J. Sex Med. – 2008. – Vol. 5(1) – P. 70-76.
202. Psychobiologic correlates of the metabolic syndrome and associated sexual dysfunction. [Text] / Corona G, Mannucci E, Schulman C, Petrone L, Mansani R, Cilotti A, Balercia G, Chiarini V, Forti G, Maggi M. // Eur Urol. – 2006. – Vol.3. – P.595-604
203. Quality of life after coronary revascularization procedures. [Text] / C.E. Cornell, J.M. Raczynski, A. Oberman // In: Spilker B, (eds.) Quality of life and pharmacoeconomics in clinical trials. 2 ed. Philadelphia: Raven Press. – 1996. – P. 865-882.
204. Quality of life, employment status, and anginal symptoms after coronary angioplasty or bypass surgery: 3- year follow-up in the Randomized Intervention treatment of Angina (RITA) Trial [Text] / S.J. Pocock, R.A. Henderson // Circulation. – 1996. – Vol.94. – P.135-142.
205. Retinal vascular findings and penile cavernosal artery blood flow [Text] / Y. Kawanishi, K. Kimura, R. Nakanishi et al. // Br. J. Urol. Int. – 2003. – Vol. 92, №9. – P. 977-980.

206. Roose S.P. Depression, anxiety, and the cardiovascular system: the psychiatrist's perspective [Text] / S.P. Roose // J. Clin Psychiatry. – 2001. – Vol.62. – P.19-22.
207. Roumeguère T. Erectile dysfunction and cardiovascular disease in clinical practice [Text] / T. Roumeguère, E. Wespes. // Rev. Med. Brux. – 2007. – Vol. 28(4) – P.360-366.
208. Rowland D.L. A preliminary investigation of affective and cognitive response to erotic stimulation in man before and after sex therapy. [Text] / D.L. Rowland, S.E. Cooper, J.R. Heiman // J. Sex and Marital Therapy. – 1995. – Vol. 21(1). – P.3-20.
209. Saltzman E.A. Improvement in erectile function in men with organic erectile dysfunction by correction of elevated cholesterol levels: A clinical observation. [Text] / E.A. Saltzman, A.T. Guay, J. Incobson // J. Urol. – 2004. – Vol. 172. – P. 255-258.
210. Screening of ischemic heart disease with cavernous artery blood flow in erectile dysfunctional patients [Text] / Y. Kawanishi, K.S. Lee, K. Kimura, et al. // Int. J. Impot. Res. – 2001. – Vol. 13, №2. – P. 100-103.
211. Sexual activity with and without the use of sildenafil: risk of cardiovascular events in patients with heart disease [Text] / P. Alboni, K. Bettiol, G. Fuca, et al. // Ital. Heart J. – 2004. – Vol. 5(5). – P.343-349.
212. Sexual difficulties and help-seeking among mature adults in Australia: results from the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviours. [Text] / E.D. Moreira, D.B. Glasser, R. King, F.G. Duarte, C. Gingell. // Sex Health. – 2008. – Vol. 5(3) – P. 227-234
213. Sexual impairment in psychiatric inpatients: focus on depression. [Text] / S. Cohen, K.U. Kühn, S. Bender, A. Erfurth, M. Gastpar, A. Murafi, J. Signerski, M. Rothermundt, B. Sträter, L. Teusch, W. Weig, A. Welling, J. Westheide, T.J. Huber. // Pharmacopsychiatry. – 2007. – Vol.40(2) – P. 58-63.
214. Sexuality and subjective wellbeing in male patients with congenital heart disease. [Text] / M. Vigl, A. Hager, U. Bauer, E. Niggemeyer, B. Wittstock,

- F.M. Köhn, J. Hess, H. Kaemmerer. // Heart. –2009.– Vol.95(14) – P. 1179-1183.
215. Skinner J.S. Sexual relation. In: Pollock ML, Schmidt DH, eds. Heart disease and rehabilitation. [Text] IL: Humen Kinetics, 1995: 367-378.
 216. Solomon H. Erectile dysfunction and the cardiovascular patient: endothelial dysfunction is the common denominator [Text] / H. Solomon, J.W Man., G. Jackson // Heart. – 2003. – Vol.89. №3. – P. 251-253.
 217. Speel T.G., The risk of coronary heart disease in men with erectile dysfunction [Text] / T.G. Speel, H. Van Langen, E.J. Meuleman // Eur. Urol. – 2003. – Vol. 44, №3. – P. 366-371.
 218. Strauss W.E. A comparison of quality of life scores in patients with angina pectoris after angioplasty compared with after medical therapy [Text] / W.E. Strauss, T. Fortin, P. Hartigan // Circulation. – 1995. – Vol.92 (7). – P.1710-1719.
 219. Stress responsivity and socioeconomic status [Text] / A. Steptoe, P.J. Feldman, S. Kunz, N. Owen, G. Willemsen, M. Marmot // Eur. Heart J. – 2002. – Vol. 23. – P. 1757-1763.
 220. T. Tammela. // Duodecim. – 2009. – Vol.125(10) – P. 1119-1124.
 221. The evolving pattern of avoidable mortality in Russia [Text] / E.M. Andreev, E. Nolte, V.M. Shkolnikov, E. Varavikova, M. Mckee // Intern. J. of Epidemiology. – 2003. – Vol. 32. – P. 437-446.
 222. The impact of sexual therapy on patients after cardiac events participating in a cardiac rehabilitation program. [Text] / R. Klein, E. Baron, J. Klein, R. Benbenishty. // Eur. J. Cardiovasc. Prev. Rehabil. – 2007. – Vol. 14(5) – P.672-678.
 223. The relationship between erectile dysfunction and cardiovascular disease. Part II: The role of PDE-5 inhibition in sexual dysfunction and cardiovascular disease. [Text] / V. Kapur, C.V. Chien, J.E. Fuess, E.R. Schwarz // Rev. Cardiovasc. Med. – 2008. – Vol. 9(3) – P. 187-195.
 224. Time course of the interaction between tadalafil and nitrates [Text] / R.A.

- Kloner, A.M Hutter, J.T. Emmick, et al. // J. Am. Coll. Cardiol. – 2003. –Vol. 42, №10. – P 1855-1860.
225. Ueno M. The so-called coition death. [Text] / M. Ueno //Jpn. J. Leg. Med. – 1963. – Vol.17. – P.333-340.
226. Vigar R. Impairment of shear-stress-mediated vasodilation of cavernous arteries in erectile dysfunction [Text] /R. Vigar., J. Floresco., C. Richard. // Int. J. Ipot. Res. –2004. –Vol.16. – P.39-42.
227. Vrentzos G.E. Dyslipidemia as a risk factor for erectile dysfunction. [Text] / G.E. Vrentzos, K.I. Paraskevas, D.P. Mikhailidis. //Curr. Med. Chem. – 2007. – Vol. 14(16) – P. 1765-1770.
228. Walbroehl GS. Sexual activity and postcoronary patient. [Text] / G.S. Walbroehl //Am. Fam Physician 1984; 29: 175-177.
229. Waldinger MD. Premature ejaculation: definition and drug treatment. [Text] / M.D. Waldinger //Drugs. – 200.7– Vol.67(4) – P. 547-568.
230. Wandell P.E., Brorsson B. Assessing sexual functioning in patients with chronic disorders by using a generic health-related quality of life questionnaire[Text] / P.E. Wandell, B. Brorsson // Qual. Life Res. – 2000. – Vol. 9(10). – P.1081-1092.
231. Wong SY. Sexual activity, erectile dysfunction and their correlates among 1,566 older Chinese men in Southern China. [Text] / S.Y. Wong, J.C. Leung, J. Woo. // J. Sex Med. –2009– Vol. 6(1) – P. 74-80.
232. World Health Organisation. The World Health Report 2002: Reducing risks, Promoting healthy life [Text] / WHO. – Geneva, 2002. – 134 p.
233. Wylie K. Erectile dysfunction. [Text] / K. Wylie. // Adv. Psychosom. Med. – 2008.– Vol.29 – P. 33-49.
234. Yagubov M.I. Elderly men loneliness: contribution into development of psychological and sexual isolation. [Text] / M.I. Yagubov //Abstracts 10 th Congress of the Association of european psychiatrists. Prague. – 2000. - October 28-november 1. – P.325.

235. Yuan Y.M. Questionnaires on the diagnosis and treatment of erectile dysfunction. [Text] / Y.M. Yuan, S. Zhou, K. Zhang. // Zhonghua Nan Ke Xue. – 2008. – Vol. 14(12) – P. 1121-1125.

Анкета CFM

ФИО.....

1 - женат 2- холост 3- разведен

Дата.....

В каждом из разделов отмеченных цифрами, галочкой обозначьте ряд, наиболее отвечающим Вашему состоянию в настоящее время.

1.Потребность в половых сношениях

Как часто возникает настоятельное желание иметь половой акт (вне зависимости от напряжения полового члена):

- вообще никогда или не чаще раза в год;
- несколько раз в год, но не чаще раза в месяц;
- раза 2-4 в месяц;
- раза 2 или несколько чаще в неделю;
- ежедневно один или несколько раз.

2.Настроение перед сношением

- сильный страх неудачи, и поэтому попыток никогда не предпринимал;
- выраженная неуверенность и поэтому ищу предлог, чтобы уклониться от попытки;
- некоторая неуверенность, но от попыток не уклоняюсь (или провожу совокупление в угоду жене, без внутреннего побуждения) или – провожу сношение чтобы испытать себя;
- главным образом - желание наслаждения, овладения женщиной и к сношению приступаю без опасений;
- всегда только жажда наслаждения женщиной, никогда не испытываю ни малейших сомнений.

3. Половая предприимчивость

Провожу действия, направленные к непосредственному осуществлению полового акта:

- вообще не провожу, или с интервалами не менее года;
- несколько раз в год, но не чаще раза в месяц;
- несколько раз в месяц, но не чаще раза в неделю;
- раза 2 или несколько чаще в неделю;
- ежедневно один или несколько раз.

4. Частота осуществления полового акта

Мне удастся провести половое сношение (хотя бы и не совсем полноценное по форме, то есть кратковременное или при неполном напряжении полового члена):

- вообще никогда не удавалось;
- очень редко;
- в большинстве случаев;
- в обычных случаях – всегда;
- в любых условиях и всегда, даже, если обстоятельства этому не благоприятствуют;

5. Напряжение полового члена (эрекция)

- эрекция не наступает ни при каких обстоятельствах;
- вне обстановки полового акта эрекция достаточная, однако к моменту сношения ослабевает и введение члена не удается;
- приходится применять усилия или местные манипуляции чтобы вызвать достаточную для введения эрекцию (или же эрекция ослабевает после введения, но до семяизвержения);
- эрекция неполная, но введение удается без труда;
- эрекция наступает в любых условиях, даже самых неблагоприятных.

6. Длительность сношения

Семяизвержение наступает:

- не наступает ни при каких обстоятельствах;
- наступает, но не при каждом половом акте, сношение носит затяжной, подчас изнурительный характер;
- еще до введения члена или в момент введения;
- через несколько секунд после введения;
- примерно в пределах 15 – 20 движений;
- через 1 – 2 минуты или дольше (указать примерную длительность).

7. Частота половых сношений

Семяизвержение происходит при сношениях (или ночных поллюциях, онанизме и др.) в среднем:

- вообще не происходит, или не чаще раза в год;
- несколько раз в год, но не чаще раза в месяц;
- несколько раз в месяц, но не чаще раза в неделю;
- раза 2 или несколько чаще в неделю;
- ежедневно один или несколько раз.

8. Настроение после сношения (или неудавшейся попытки)

- крайняя подавленность, ощущение катастрофы (либо отвращение к жене);
- разочарование, досада;
- безразличие (или некоторый осадок от сознания, что женщина чувствует себя неудовлетворенной);
- удовлетворенность и приятная усталость;
- полная удовлетворенность, душевный подъем.

9. Оценка успешности половой жизни

- женщина не хочет иметь со мной близость;
- женщина высказывает упреки;
- половая жизнь происходит с переменным успехом;
- половая жизнь протекает в общем успешно;
- способен в любых обстоятельствах удовлетворить женщину.

10 Длительность полового расстройства

- с начала половой жизни;
- дольше чем полгода;
- менее полугода;
- в настоящее время нет никаких расстройств, но они случались в прошлом (в особенности в начале половой жизни);
- не знаю, что такое иметь затруднения в половой жизни.

СФМ.....

В каждом параграфе подчеркните высказывание которое наиболее соответствует вашему состоянию в настоящее время.

1. Я испытываю напряженность, мне не по себе
а) Все время, б) Часто, в) Время от времени иногда, г) Совсем не испытываю
2. То что приносило мне большое удовольствие, и сейчас вызывает у меня такое же чувство
а) Определенно это так, б) Наверное это так, в) Лишь в очень малой степени это так, г) Это совсем не так
3. Я испытываю страх, кажется, будто что-то ужасное может вот-вот случится:
а) Определенно это так, и страх очень сильный, б) Да это так, но страх не очень сильный, в) Иногда, но это меня не беспокоит, г) Совсем не испытываю.
4. Я способен посмеяться и видеть в том или ином событии смешное :
а) Определенно это так, б) Наверное это так, в) Лишь в малой степени, г) Совсем не способен.
5. Беспокойные мысли крутятся у меня в голове:
а) Постоянно, б) Большую часть времени, в) Время от времени, но не так часто, г) Только иногда
6. Я испытываю бодрость:
а) Совсем не испытываю, б) очень редко, в) Иногда, г) Большую часть времени.
7. Я легко могу сесть и расслабиться:
а) Определенно это так, б) Наверное это так, в) Лишь изредка это так, г) Совсем не могу.
8. Мне кажется, что я стал все делать очень медленно:
а) Почти все время, б) часто, в) Иногда, г) Совсем нет.
9. Я испытываю внутренне напряжение или дрожь:
а) Совсем не испытываю б) Иногда, в) Часто, г) Очень часто.
10. Я не слежу за своей внешностью:
а) Определенно, это так, б) Я не уделяю этому столько времени, сколько нужно, в) Может быть я стал меньше уделять этому внимания, г) Я слежу за собой так же как и раньше.
11. Я испытываю неусидчивость, словно мне постоянно нужно двигаться:
а) Определенно это так, б) Наверное, это так, в) Лишь в некоторой степени это так, г) Совсем не испытываю.
12. Я считаю, что мои дела (увлечения) могут принести мне чувство удовлетворения:
а) Так же, как и раньше, б) В меньшей степени, чем обычно, в) Значительно меньше, чем прежде, г) Совсем не считаю.
13. У меня возникают внезапные приступы паники:
а) Действительно очень часто, б) Довольно часто, в) Не так уж часто, г) Совсем не бывает.
14. Я испытываю удовольствие от хорошей книги, интересной программы по радио и ТВ:
а) Часто, б) Иногда, в) Редко, г) Очень редко.

Сумма баллов: Т (), Д ()

В каждом параграфе подчеркните высказывание которое наиболее соответствует вашему состоянию в настоящее время.

«А»

- У меня нет плохого настроения.
- Я испытываю подавленность или тоску.
- Я постоянно испытываю подавленность или тоску и не могу от них избавиться.
- Я настолько несчастен, а настроение такое плохое, что доставляет мне мучения.
- Я настолько несчастен, а настроение такое плохое, что Я не могу этого вынести.

«Б»

- Я не испытываю особого пессимизма или растерянности по поводу будущего.
- Я испытываю растерянность по поводу будущего.
- Я чувствую, что у меня впереди ничего нет.
- Я чувствую, что никогда не смогу преодолеть свои трудности.
- Я чувствую, что будущее безнадежно и что уже ничего нельзя исправить.

«В»

- Я не испытываю ничего похожего на несостоятельность.
- Я считаю, что у меня больше неудач, чем у обычного человека.
- Я чувствую, что слишком мало сделал чего-либо стоящего или заслуживающего внимания.
- Оглядываясь на свою жизнь, я вижу лишь череду неудач.
- Я чувствую, что я полностью несостоятелен как личность (отец, мать, муж, жена и т.д.)

«Г»

- Я впервые удовлетворен собой.
- Я скучаю большую часть времени.
- Я не получаю такого удовлетворения, как раньше.
- Я вообще не получаю удовлетворения.
- Любое событие вызывает во мне недовольство.

«Д»

- Я не чувствую за собой никакой вины.
- Я кажусь себе плохим, недостойным значительную часть дня.
- Я испытываю чувство вины.
- Я кажусь себе плохим, недостойным, практически все время.
- Мне постоянно кажется, что я очень плохой и никчемный человек.

«Е»

- Мне неоткуда ждать наказания.
- Я чувствую, что со мной может что-нибудь случиться.
- Я чувствую, что меня наказывают или что вот-вот буду наказан.
- Я чувствую, что заслуживаю наказание.
- Я хочу, чтобы меня наказали.

«Ж»

- Я в себе не разочарован.
- Я разочарован в себе.
- Я себе не нравлюсь.
- Я испытываю отвращение к самому себе.
- Я самого себя ненавижу.

«З»

- Я не считаю, что я чем-то хуже других.
- Я слишком критично воспринимаю свои слабости и ошибки.
- Я виню себя за то, что все идет не так.
- Я знаю за собой очень много серьезных недостатков.

«И»

- У меня нет даже мысли нанести себе вред.
- У меня возникают мысли о самоубийстве, но я не буду этого делать.
- Мне было бы лучше умереть.
- У меня есть план, как покончить собой.
- Я чувствую, что моей семье было бы легче, если бы я умер.
- Я бы убил себя сам, если бы мог.

«К»

- Я плачу не чаще обычного.
- Сейчас я плачу чаще, чем обычно.
- Я все время плачу и не могу остановиться.
- Раньше я мог заплакать, но теперь этого не получается, даже когда я хочу.

«Л»

- Сейчас я не более раздражен, чем обычно.
- Я раздражен и досадую больше, чем обычно.
- Я все время испытываю раздражительность.
- Меня уже не раздражают вещи, которые должны были бы раздражать.

«М»

- Я не утратил интереса к людям.
- Я теперь меньше интересуюсь людьми.
- Я утратил почти весь интерес, и они не вызывают у меня каких-либо чувств.
- Я утратил интерес к людям, их существование меня не заботит.

«Н»

- Я столь же решителен, как раньше.
- Я не так как раньше уверен в себе и стараюсь отложить принятое решение на потом.
- Я не решаюсь на что-либо без посторонней помощи.
- Я вообще больше не могу принимать решения.

«О»

- Я выгляжу не хуже, чем раньше.
- Я обеспокоен тем, что выгляжу постаревшим и непривлекательным.
- Я замечаю в своей внешности устойчивые изменения, которые делают меня непривлекательным.
- Я чувствую, что моя внешность стала безобразной, отталкивающей.

«П»

- Я могу работать также хорошо, как раньше.
- Мне требуется дополнительные усилия, чтобы начать что-либо делать.
- Я не работаю так же хорошо, как раньше.
- Мне нужно приложить значительные усилия, чтобы заставить себя что-либо делать.
- Я совсем не могу работать.

«Р»

- Я сплю как обычно.
- Утром я просыпаюсь непривычно усталым.
- Я просыпаюсь на 2-3 часа раньше обычного и мне тяжело засыпать.
- Я просыпаюсь раньше обычного и сплю не более 5 часов.

«С»

- Я утомляюсь не больше чем раньше.
- Я утомляюсь легче, чем раньше.
- Я утомляюсь от любого дела.
- Я утомляюсь настолько, что не могу ничего делать.

«Т»

- Мой аппетит не хуже, чем раньше.
- Мой аппетит не так хорош, как раньше.
- Мой аппетит сильно ухудшился.
- У меня вообще больше нет аппетита.

«У»

-Если я и потеря в весе за последнее время, то немного.

-Я потерял больше 2 кг веса.

-Я потерял больше 4 кг веса.

-Я потерял больше 6 кг веса.

«Ф»

-Я думаю о своем здоровье не чаще, чем обычно.

-Я обеспокоен из-за болей или других ощущений в теле, или из-за расстройства, желудка, или из-за запоров.

-Я настолько сконцентрирован на том, что я чувствую и как я чувствую, что думать о чем-то другом трудно.

-Я полностью погружен в свои ощущения.

«Х»

-Я не заметил никаких изменений в моей половой жизни.

-Моя половая активность меньше, чем раньше.

-Моя половая активность значительно снизилась.

-Я утратил половую активность.

Сумма баллов: