

На правах рукописи

**ВЕЛИЖАНИН
СЕРГЕЙ ИОНОВИЧ**

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

14.01.05 – кардиология
14.01.06 – психиатрия

Автореферат
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Екатеринбург –2010

Работа выполнена в Филиале Учреждения Российской академии медицинских наук Научно-исследовательского института кардиологии Сибирского отделения РАМН «Тюменский кардиологический центр»

Научные руководители:

Заслуженный деятель науки РФ,
профессор, доктор медицинских наук

Кузнецов Вадим Анатольевич

академик РАМН, профессор,
доктор медицинских наук

Семке Валентин Яковлевич

Официальные оппоненты:

доктор медицинских наук
доктор медицинских наук, профессор

**Изможерова Надежда Владимировна
Куприянова Ирина Евгеньевна**

Ведущее учреждение: Государственное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Омская государственная медицинская академия Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию»

Защита диссертации состоится «10» февраля 2010 г. в 10 часов на заседании совета по защите докторских диссертаций Д 208.102.02, созданного при Государственном образовательном учреждении высшего профессионального образования «Уральская государственная медицинская академия Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию» по адресу: 620028 г. Екатеринбург, ул. Репина, д.3.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ГОУ ВПО УГМА Росздрава, по адресу: 620628, г. Екатеринбург, ул. Ключевская, д. 17, с авторефератом на сайте академии www.usma.ru

Автореферат разослан « 30 » декабря 2009 г.

Ученый секретарь
диссертационного совета
доктору медицинских наук, профессор

Гришина И.Ф

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность проблемы.

Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) и их широкое распространение являются важной медико-социальной проблемой (Чазов Е.И., 2003; Оганов Р.Г., 2003, 2006; Аронов Д.М. и соавт., 2003; Карпов Ю.П., 2003; Сыркин А.Л., 2005). По данным ВОЗ, 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 1 млн. 200 тыс. человек (около 55% общей смертности) (Гафаров В.В., Громов Е.А., 2003; Акимова Е.В., 2005; Беленков Ю.Н., и соавт., 2007).

Наряду с известными основными факторами риска развития и прогрессирования ИБС (мужчины старше 45 лет, отягощенность семейного анамнеза по ИБС, курение табака, АГ, дислипидемия, сахарный диабет 2 типа, абдоминальное ожирение) признана важная роль хронического и острого стресса в этиологии и патогенезе ИБС (Гафаров В.В., Гагулин И.В., 2003; Смулевич А.Б., и соавт., 2005; Steptoe A., et al., 2002; Andreev E.M. et al., 2003).

Имеются данные о значительном распространении нервно-психических расстройств при ИБС, среди которых преобладают невротические и аффективные расстройства. (Александровский Ю.А., 2004; Смулевич А.Б., Сыркин А.Л., 2005; Гарганеева Н.П. и соавт., 2007).

По мнению ряда исследователей, формированию невротических нарушений у больных ИБС могут способствовать сексуальные расстройства (Володин В.С., Володина О.П., 1990, 2003; Либих С.С., 2001; Васильченко Г.С., 2005).

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 (Немыгин Ю.В. и соавт., 2002; Шевченко Ю.Л., 2003). 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 (Кузнецов В.А., и соавт., 2006; Сейидов В.Г., и соавт., 2006; Беленков Ю.Н. и соавт., 2007; Ганюков В.И., и соавт., 2008).

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 (Усатый В.Л., 1997; Верткин А.Л., 2003; Хирманов В.Н., 2004).

Также не полностью изученным остается участие невротических и аффективных нарушений в формировании сексуальных расстройств у больных ИБС,

что определяет интерес к их изучению (Усатый В.Л., 1997; Смулевич А.Б., Сыркин А.Л., 2005; Гамидов С.И., 2006).

Как показывает практика, далеко не у всех пациентов, страдающих ИБС, развиваются сексуальные нарушения, однако фенотипические различия, особенности половой конституции у пациентов с патологией сердечно-сосудистой системы не учитываются на практике, недостаточно отражены в литературе (Буров Ю.Л., 1990; Володин В.С., 2003; Пушкарь Д.Ю., Верткин А.Л., 2005; Мазо Е.Б., 2008). 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 (Шевченко Ю.Л., 2003; Pocosck S.J., Henderson R.A., 1996).

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 особенности сексуальной функции у больных ИБС, имеющих клинические и ангиографические показания к транслюминальной баллонной коронарной ангиопластике (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 (СД).
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 ее 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 и данных психометрического тестирования представлена структура сексологических расстройств у мужчин, страдающих ИБС, с учетом ее клинических форм и функционального класса (ФК).

Проведено сопоставление сексологических расстройств при стабильной стенокардии 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 (ХМ) 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 представлены на Национальных конгрессах кардиологов (г. Москва в 2005 и 2006 гг.), на конференции с международным участием «Актуальные вопросы кардиологии» г. Тюмень в 2006г. Всего опубликовано 8 печатных работ.

Объем и структура диссертации

Диссертационное исследование изложено на 157 страницах машинописного текста и содержит введение, шесть глав, заключение, выводы, приложение. Библиографический указатель включает 235 литературных источников, из них 119 отечественных и 116 иностранных авторов. Работа иллюстрирована 21 таблицами, 8 рисунками.

Материал и методы исследования

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 выполнение оперативного вмешательства.

Для решения поставленных задач была изучена группа больных ИБС из 147 человек в возрасте от 32—68 лет (средний возраст – 51,8±0,58 года), имеющих клинические и ангиографические показания к ТБКА с использованием специальной карты сексологического обследования.

Была выделена группа из 111 пациентов с хронической ишемической болезнью сердца. Вторую группу составили 36 пациентов, перенесшие острый коронарный синдром (ОКС). Диагноз хронической ИБС устанавливался в соответствии с классификацией МКБ-10. Клинические варианты течения стенокардии напряжения (СН) в зависимости от переносимой физической нагрузки подразделяли на функциональные классы стенокардии (по классификации Канадского кардиологического общества).

Для стратификации кардиального риска во время Холтеровского мониторирования ЭКГ 12 больных-добровольцев (средний возраст 55,3±2,3 года), страдающих стенокардией напряжения II-III ФК, совершили коитус.

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 (органические расстройства, шизофрения).
- 3) Зависимость от алкоголя и наркотиков.
- 4) Злокачественные новообразования.
- 5) Клинически значимое заболевание дыхательных органов, желудочно-кишечного тракта, нервной системы, значительно влияющие на оценку исследования.
- 6) Врожденная и генетическая патология, влияющая на половую функцию.
- 7) Сахарный диабет.

Основным инструментом исследования была «Базисная карта сексологического больного» и опросник СФМ (Сексуальная Формула Мужская) (Васильченко Г.С., 1990). По шкале векторного определения половой конституции определяли Кф – фенотипический индекс, Кг – генотипический индекс и Ка – конституционально моделированный индекс половой конституции.

Для изучения особенностей психического и сексологического состояния больных ИБС, подвергшихся оперативному вмешательству реваскуляризации миокарда методом ТБКА, было проведено клинко-сексологическое и клинко-психопатологическое обследование, которое дополнялось экспериментально-психологическим тестированием. С этой целью использовали госпитальную шкалу тревоги и депрессии (HADS) и шкалу депрессии Бека. Оценка тревожности и депрессии этими шкалами проводилась при первом исследовании и через три месяца после выписки из стационара. Все больные были обследованы автором лично. Квалификация диагноза

проводилась в соответствии с Международной статистической классификацией болезней 10-го пересмотра.

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);
- Соответственно выделяли три варианта СД: психогенной, органической и смешанной этиологии (МКБ-10).

Результаты исследования

Основную массу больных (87,1%) составили больные трудоспособного возраста 32 - 60 лет, средний возраст которых составил $51,8 \pm 6,97$ года. Из всех обследованных больных сексуальная дисфункция выявлена у 81 (54,7%) человека.

Таблица №1

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

При анализе факторов риска ИБС (табл. №1), 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, 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.

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.

Эти данные свидетельствуют о высокой заинтересованности больных ИБС в обсуждении темы интимных отношений и недостаточном внимании врачей-кардиологов этому вопросу.

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

Таблица № 2

Индексы половой конституции больных ИБС с СД и без СД

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

При анализе конституциональных особенностей (Табл. № 2) было выявлено, что у пациентов с наличием сексуальной дисфункции все индексы, характеризующие тип половой конституции, были значимо ниже, чем у пациентов, не имеющих проявлений сексуальной дисфункции при наличии ишемической болезни сердца.

Была выявлена положительная 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 отражал генетически обусловленные сроки полового созревания и характеризовался более поздними сроками пробуждения либидо, возрастом первой эякуляции, более низким трохантерым индексом, женским или переходным типом оволосения лобка.

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 места.

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), тем не менее, у них сохранился пассивный интерес к сексуальной сфере (просмотр эротической литературы, журналов и фильмов, рассказ анекдотов с сексуальной тематикой, оказание знаков внимания привлекательным женщинам).

Клиническая характеристика сексуальных дисфункций у больных ИБС

Максимальное количество больных с СД находилось в группе после перенесенного ОКС (Табл. № 3). Также было выявлено нарастание процентного соотношения СД с увеличением класса СН.

Таблица № 3

Анализ зависимости частоты СД от формы ИБС

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

У большинства больных 48 (59,3%) человек 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 встретились у 11 (45,8%), а у больных с СН у 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 3 степени у 8 (14,8%). Результаты нашего исследования согласуются с данными о многофакторном характере СД в целом и у больных ИБС в особенности (Васильченко Г.С., Агарков С.Т., 2003; Кибрик Н.Д., 2003; Володин В.С., 2003).

Был проведен сравнительный анализ зависимости характера сексуальных нарушений от формы ИБС (таб. №4). Из всей выборки больных с СД расстройство гипoaктивного сексуального влечения было выявлено, у наибольшего количества пациентов. При этом в группе больных после перенесенного ОКС этот вид СД встречался достоверно чаще ($p<0,001$).

Клинические проявления расстройства гипoaктивного сексуального влечения характеризовались снижением либидо и ритма сексуальной активности, негативным отношением к сексу, и/или прекращением сексуальных отношений. Выявлено два варианта течения расстройства гипoaктивного сексуального влечения.

Таблица № 4

Зависимость характера сексуальных нарушений от формы ИБС

Вид сексуальной дисфункции	Форма ИБС				Итого	
	после ОКС		СН		n=81	%
	n=24	%	n=57	%		
расстройство гипoaктивного сексуального влечения	18	75,1**	19	33,3	37	45,7
сексуальное отвращение	2	8,3	10	17,5	12	14,8
сексуальная ангедония	-	-	3	5,3	3	3,7
эректильное расстройство	2	8,3	20	35,1*	22	27,2
преждевременное семяизвержение	2	8,3	5	8,8	7	8,6

Примечание: * $p=0,01$; ** $p<0,001$.

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 снижением либидо.

Второй был выявлен у 11 (29,8%) больных и характеризовался первичным поражением нейрогуморальной составляющей копулятивного цикла, обусловленной инволюционным снижением с последующим присоединением ИБС. При дальнейшем анализе структуры СД было выявлено, что второй по численности была группа больных с эректильным расстройством (ЭР), при этом данные нарушения встречались достоверно чаще у больных со стенокардией напряжения. Клинические проявления ЭР характеризовались дезавтоматизацией генитальной реакции с затруднением в наступлении и/или поддержании эрекции при интроитусе и во время фрикции 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 (Пушкарь Д.Ю., Верткин А.Л., 2005; Гамидов С.И., 2006; Мазо Е.Б., 2008; Yusuf S. et.al., 2004), 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 возникновения ИБС. В связи с этим, по-видимому, 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 встречается нарушение гипоактивного сексуального влечения, а у пациентов со СН достоверно чаще встречается эректильное расстройство.

При последующем анализе структуры сексуальной дисфункции у пациентов с ИБС было выявлено, что третьей по численности группой были больные с сексуальным отвращением. В структуре этой дисфункции большинство пациентов (83,3%) было представлено больными из группы со стенокардией напряжения. Анализ факторов, вызвавших СД, показал, что у 7 (58,3%) человек сексуальное расстройство было обусловлено психогенными факторами, а у 5 (41,7%) сочетанием различных факторов. Развитие полового расстройства у большинства больных (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 за свою жизнь, страх смерти от ССЗ. Десять больных (83,3%) сообщили о приступах стенокардии при сексуальной активности (СА) в прошлом. При этом у 7 (58,3%) больных они возникали часто, а у 3 (25%) – редко.

Таким образом, сексуальное отвращение было наиболее характерно для больных со СН, и у абсолютного большинства ИБС предшествовала СД, что свидетельствует о значительной роли ИБС в формировании данного вида сексуального расстройства.

Следующей по численности сексуальной дисфункцией в качестве стержневого сексуального расстройства было преждевременное семяизвержение. 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 фрикционной стадии до 1-1,5 минут). При этом у 4 человек оно 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 более часто встречается в качестве коморбидного расстройства, нежели стержневого.

Сексуальная ангедония, как самостоятельная нозологическая единица из всей выборки больных с СД была выявлена у наименьшего количества больных. 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 отсутствовало адекватное сексуальное удовлетворение. 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%).

Особенности невротических и аффективных нарушений у больных ИБС с сексуальными дисфункциями

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, 39 (48,1%) человек. При этом достоверно чаще ($p = 0,01$) в группе больных после перенесенного 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 был выявлен у 13 (16,0%) больных и был 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) был выявлен стресс, связанный с производством.

Таким образом, наибольшее количество психогений было связано с ИМ и/или тяжелым течением ИБС как в группе больных после ОКС, так и в группе больных со СН. Эмоциональный статус и типы реагирования на стрессовую ситуацию имеют тесную связь с особенностями акцентуаций личности.

Таблица № 6
Структура акцентуации характера больных ИБС с СД и без СД

Акцентуации черт личности	с СД (n=81)	без СД (n=66)	P
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 (табл.№6) 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. Была отмечена тенденция увеличения доли

пациентов с ананкастными, эксплозивными чертами в группе больных ИБС с СД и смешанными 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. Была проанализирована структура основных психопатологических синдромов в группе больных с СД. В клинической структуре доминировали тревожно-депрессивный (34,6%), депрессивный (23,5%) и фобический (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%) как самостоятельный, астенический синдром был выявлен у 7 (8,6%) пациентов. Структура психических расстройств у больных ИБС с СД и без СД представлена в таблице №7.

Таблица №7

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

В ходе анализа структуры психических расстройств у больных ИБС с СД и без СД были выявлены значительные отличия. Так, у больных ИБС без СД не выявлены аффективные расстройства. Достоверно чаще представлены больные с депрессивными реакциями, отдельными фобическими и тревожными расстройствами, а также больные

без психических расстройств. В этой группе больных все расстройства были невротического уровня, которые представлены кратковременной, а также пролонгированной депрессивной реакцией. Гипотимия была обусловлена предстоящим интракоронарным вмешательством, носила мягкое транзиторное течение, при этом не затрагивала сексуальной сферы.

У большей части 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.

У абсолютного большинства пациентов, страдающих ИБС, при наличии сексуальной дисфункции были выявлены психические нарушения, которые представлены преимущественно невротическими и связанными со стрессом расстройствами, а также аффективными нарушениями.

Расстройство адаптации в виде смешанной тревожной и депрессивной реакции было выявлено у большей части больных. 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 была коморбидна с эректильным расстройством. 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 эректильному расстройству. У 9 (45%) пациентов эректильное расстройство 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 была 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, мыслями о собственной сексуальной неполноценности, но не приводило к сексуальному отвращению. Ведущий синдром в этой группе больных тревожно- депрессивный (96,2%).

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

Кардиофобия занимала второе место в структуре пограничных психических расстройств невротического уровня у больных ИБС с сексуальной дисфункцией. 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 была представлена преимущественно сексуальным отвращением, которое было выявлено у 10 (66,7%) больных. Сексуальное расстройство характеризовалось 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 группе больных с кардиофобией был фобический.

Другие фобические и тревожные расстройства были выявлены у 6 (7,4%) больных. Ведущим синдромом в этой группе больных был тревожный. Экспериментально психологическое исследование пациентов с фобическими и тревожными расстройствами выявило клинически выраженную тревогу и субклиническую депрессию.

У незначительного количества пациентов были выявлены проявления генерализованного тревожного расстройства, которое было коморбидно с расстройством гипоактивного сексуального влечения. В клинической картине СД преобладало подавление либидо, обусловленное тяжелым течением ИБС, и дезактуализация сексуального поведения.

В многочисленных зарубежных и отечественных публикациях обсуждается проблема коморбидности ИБС и депрессивных расстройств, особенно прогностически неблагоприятным считают сочетание кардиоваскулярной патологии, депрессии и СД, которое некоторые зарубежные авторы предлагают обозначать как «mutually reinforcing triad» – «взаимно потенцирующая триада» (Goldstein. I., 2000).

Наше исследование подтверждает это. Из всей группы обследованных больных ИБС аффективные расстройства были выявлены у каждого пятого, при этом в группе больных без СД их не было, а среди больных ИБС с СД они были обнаружены у каждого третьего пациента.

У основной массы больных преобладали депрессивные расстройства, в меньшей степени была представлена дистимия.

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 был депрессивный – у 18 (78,3%) человек, в меньшей степени был представлен 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. 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 $21,95 \pm 0,92$ по

шкале депрессии Бека, что соответствовало клинически выраженной депрессии и субклинически выраженной тревоге.

Дистимическое расстройство характеризовалось 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.

Ведущим синдромом в этой группе больных был ипохондрический. Среди преморбидных особенностей характера у больных отмечались в равной степени смешанные, эксплозивные, ананкастные, черты личности.

Психометрическое тестирование пациентов с дистимией выявило субклинически выраженную депрессию и тревогу.

Таким образом, у больных ИБС, имеющих сексуальную дисфункцию, среди аффективных расстройств преобладает депрессивное расстройство, а в рамках депрессивного расстройства наиболее характерно формирование гипоактивного сексуального влечения.

Сексуальная активность и кардиальный риск

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 кардиальные симптомы во время полового акта, практически никогда не задается пациенту. Вместе с тем это является актуальным: нормализация половой жизни и ее безопасность выходит за рамки только физической реабилитации и входит 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 сопровождалась тревожными и фобическими расстройствами, которые вынуждали больных снизить темп, отложить или отказаться от сексуальной активности. Для купирования приступа 38 (60,3%) больные использовали нитроглицерин.

Из 12 добровольцев, совершивших коитус во время ХМ, у 8 (66,7%) пациентов на высоте СА и физической нагрузки (ФН) были зарегистрированы 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 были зарегистрированы кратковременные пароксизмы тахиформа, фибрилляции предсердий, а у одного – эпизоды желудочковой бигеминии и частой парной мономорфной желудочковой экстрасистолии.

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

Таким образом, мы полагаем, что необходимо на практике уделять внимание вопросам сексуальной активности и ее изменению у пациентов с ишемической болезнью сердца. Особенно это необходимо у пациентов высокого риска (перенесших инфаркт миокарда, имеющих многососудистое поражение, желудочковые нарушения ритма).

Результаты проспективного исследования

Всем больным, вошедшим в исследование, была выполнена ТБКА со стентированием. После проведенного оперативного вмешательства у абсолютного большинства пациентов приступы стенокардии не регистрировались, 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%).

Повторное обследование было 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.

Как видно из анализа динамики показателей СФМ (табл. №7), 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.

Таблица №7

Динамика изменений показателей СФМ у больных ИБС при различных видах сексуальных дисфункций. Проспективные данные

Вид сексуальной дисфункции	Расстройство гипoaктивного сексуального влечения		Сексуальное отвращение		Эректильное расстройство		Преждевременное семяизвержение	
	До ТБКА	После ТБКА	До ТБКА	После ТБКА	До ТБКА	После ТБКА	До ТБКА	После ТБКА
Параметры СФМ (в условных баллах)								
I. Потребность в половых сношениях	0,98±0,12	1,44±0,19 *	2,05±0,05	2,55±0,15*	2,11±0,06	2,46±0,10*	2,4±0,1	2,7±0,12 нд
II. Настроение перед сношением	1,50±0,09	1,85±0,14 *	1,05±0,05	2,05±0,31 *	2,03±0,03	2,38±0,10*	2,1±0,1	2,4±0,24 нд
III. Половая предприимчивость	0,79±0,10	1,20±0,16 *	0,16±0,08	1,16±0,30 *	1,96±0,08	2,30±0,12*	2,0±0,0	2,30±0,2 нд
IV. Частота осуществления полового акта	1,25±0,10	1,68±0,16 *	1,05±0,05	2,0±0,33 *	2,0 ± 0,05	2,34±0,10 *	2,1±0,1	2,4±0,24 нд
V. Напряжение полового члена	1,33±0,20	1,88±0,24 *	1,05±0,05	2,11±0,35 *	2,46±0,03	2,76±0,07 *	3,1±0,1	3,2±0,2 нд
VI. Длительность сношения	1,22±0,23	2,09±0,33 *	0,11±0,07	2,50±0,52 *	3,76±0,15	3,92±0,05 нд	2,3±0,25	2,6±0,18 нд
VII. Частота эякуляций	0,92±0,14	1,38±0,21 *	1,05±0,05	1,50±0,16 *	2,0 ± 0,05	2,30±0,38 *	2,1±0,1	2,4±0,18 нд
VIII. Настроение после сношения	0,98±0,17	1,64±0,21*	1,00±0,08	2,11±0,32*	2,42±0,09	2,69±0,09*	1,9±0,24	2,4±0,18 нд
IX. Оценка успешности половой жизни	0,62±0,14	1,25±0,22 *	0,88±0,07	2,00±0,33*	1,92±0,07	2,30±0,10*	1,5±0,22	1,9±0,29 нд
X. Длительность расстройства	1,44±0,09	1,66±0,15 нд	1,77±0,14	2,00±0,33*	1,38±0,50	2,1± 0,86нд	1,4±0,4	1,8±0,58 нд
Общий (прогностический) показатель	11,01±1,23	15,87±1,90 *	10,22±0,34	20,16±3,11*	22,0±046	25,26±0,91*	20,6±0,97	23,8±2,07нд

Примечание: * p< 0,05

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, которая характеризовалась повышением либидо, учащением спонтанных и адекватных эрекций, возобновлением половой жизни. Положительной динамики не отметили 16 (59,3%) пациентов, что было обусловлено в большинстве случаев инволюционным снижением.

В группе больных с сексуальным отвращением проспективное исследование было проведено у 9 (75%) человек. В целом по группе 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 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 было проведено, у 13 (59,1%) больных. В этой группе пациентов достоверно изменился «общий прогностический индекс», а также все структурные и 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.

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, эякуляции при входе в половой член.

В группе больных со стержневым поражением эякуляторной составляющей, характеризующейся ускоренной эякуляцией, проспективное исследование было проведено у 5 (71,4%) больных. В данной группе пациентов изменения структурных и внеструктурных показателей сексуальной активности имели тенденцию к улучшению, достоверного изменения показателей в целом по группе отмечено не было. Однако при дальнейшем анализе отмечено, 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 стрессорного фактора способствовало редукции депрессии и тревоги с последующим восстановлением сексуальной активности.

Мы показали, что у значительной части мужчин, страдающих ИБС, на фоне тяжелого соматического заболевания в той или другой степени отмечаются проявления сексуальной 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 (2008г.).

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

Применение ТБКА для лечения ишемической болезни сердца не только улучшает в целом качество жизни больных, но и способствует сексуальной реабилитации у данной категории пациентов.

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 мониторировании 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 научных работ опубликованных по теме диссертации

1. Тип половой конституции и характер сексуальных нарушений у больных ишемической болезнью сердца // Материалы Российского национального конгресса кардиологов. Москва, 7-9 октября 2003 г.- 2003. – С.63 (соавт.: Кузнецов В.А).
2. Характер сексуальных нарушений у молодых мужчин с артериальной гипертонией // Материалы X научно-практической конференции с международным участием «Актуальные вопросы кардиологии». Тюмень, 27-28 ноября 2003г. – С. 28. (соавт.: Гапон Л.И., Велижанина И.А.).
3. Особенности сексуальных нарушений у мужчин с ишемической болезнью сердца // Материалы Российского национального конгресса кардиологов «Российская кардиология: от центра к регионам». Томск, 12-14 октября 2004 г. – Томск. 2004. – С. 82-83 (соавт.: Кузнецов В.А.).
4. Холтеровское мониторирование в оценке миокардиальной ишемии и нарушений сердечного ритма во время сексуальной активности у больных с ишемической болезнью сердца // Вестник аритмологии: материалы Всероссийского кардиологического клинико-диагностического форума. Тюмень, 24-26 мая 2005г. - 2005.- №39, приложение А. – С.142 (соавт.: Годосийчук В.В., Кузнецов В.А.)
5. Влияние коронарной ангиопластики на сексуальные нарушения мужчин с ишемической болезнью сердца // Материалы Российского национального конгресса кардиологов «Перспективы российской кардиологии». Москва, 18-20 октября 2005г. – С.61 (соавт.: Кузнецов В.А).
6. Сексуальная активность и коронарный риск // Материалы Российского национального конгресса кардиологов «От диспансеризации к высоким технологиям: материалы конгресса». Москва, 10-12 октября 2006г. – С.71 (соавт.: Годосийчук В.В., Кузнецов В.А.).

7. Влияние эндоваскулярной реваскуляризации миокарда на пограничные психические расстройства у мужчин с ишемической болезнью сердца и сексуальной дисфункцией // Материалы XIII Ежегодной научно-практической конференции с международным участием «Актуальные вопросы кардиологии», с симпозиумом «Сердечно-сосудистые заболевания в условиях Севера и Дальнего востока». Тюмень, 2-3 ноября 2006г.– Тюмень, 2006.- С.23-24 (соавт.: Кузнецов В.А).

8. Особенности сексуальных нарушений у мужчин с ишемической болезнью сердца. Влияние чрескожных интракоронарных вмешательств // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. - 2006.- №4. – С.118-120 (соавт.: Семке В.Я., Кузнецов В.А).

Список сокращений

- АГ – артериальная гипертония
 ВНОК – Всероссийское научное общество кардиологов
 ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения
 ДЛП – дислипидемия
 ИБС – ишемическая болезнь сердца
 ИМ – инфаркт миокарда
 Ка – конституционально моделированный индекс половой конституции
 КАГ – коронароангиография
 Кг – генотипический индекс половой конституции
 Кф – фенотипический индекс половой конституции
 ОКС – острый коронарный синдром
 СА – сексуальная активность
 СД – сексуальная дисфункция
 СН – стенокардия напряжения
 ССЗ – сердечно сосудистые заболевания
 ССС – сердечно сосудистая система
 СФМ – сексуальная формула мужская
 ТБКА – транслюминальная баллонная коронарная ангиопластика
 ФК – функциональный класс
 ФН – физическая нагрузка
 ХМ – Холтеровское мониторирование ЭКГ
 ЧСС – число сердечных сокращений
 ЭД – эректильная дисфункция
 ЭКГ – электрокардиография

**ВЕЛИЖАНИН
СЕРГЕЙ ИОНОВИЧ**

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

14.01.05 – кардиология
14.01.06 – психиатрия

Автореферат
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Автореферат напечатан по разрешению профильной комиссии
ГОУ ВПО УГМА Росздрава от 22.10.2009г.

Подписано к печати 01.12.2009.
Формат 60x84/16. Печ. л. 3. Печать ризограф.
Тираж 100. Зак. № 633
Типография «Печатник»
Тюмень, ул. Республики, 148 корп. 1/2.
Тел.(3452) 20-51-13. тел./факс (3452) 32-13-86