

В формировании психологических механизмов девиантного поведения у части подростков играют роль депрессивные переживания с по следующей мотивацией приема ПАВ, направленной на устранение отрицательных переживаний и облегчение реализации цели.

Список литературы

1. Лекции по наркологии / Под ред. Н. Н. Иванца. — М.: Нолидж, 2000. — 435 с.
2. Руководство по наркологии / Под ред. Н. Н. Иванца. — М., 2002. — 504 с.
3. Каплан Г. И., Сэдок Б. Дж. Клиническая психиатрия. Из синопсиса по психиатрии. Т. 1. — М.: Медицина, 1994. — 672 с.
4. Фридман Л. С. и соавт. Наркология. — М.: Бином; СПб.: Невский диалект, 1998. — 318 с.

5. Пятницкая И. Н. Злоупотребление алкоголем и начальная стадия алкоголизма. — М.: Медицина, 1988. — 288 с.

6. Минко А. И., Линский И. В. Наркология. — 2-е изд., испр. и доп. — М.: Эксмо, 2004. — 736 с.

7. Гурьева В. А., Гиндикин В. Я. Юношеские психопатии и алкоголизм. — М.: Медицина, 1980. — 272 с.

8. Леус Э. В., Сидоров П. И., Соловьев А. Г. Личностные особенности младших подростков со склонностью к аддиктивному поведению // Наркология. — № 12, 2006. — С. 35—38.

9. Москаленко В. Д. Аддиктивные процессы в семье и проблема созависимости // Психическое здоровье. — № 10, 2006. — С. 30—35.

10. Арзуманов Ю. Л., Абакумова А. А., Овсянников М. В. Изучение психофизиологических показателей у здоровых подростков с наличием и отсутствием семейной отягощенности алкоголизмом // Наркология. — № 4, 2005. — С. 57—62.

Надійшла до редакції 12.02.2008 р.

О. П. Закревський, І. В. Циба, О. М. Кобец, О. В. Медведєва, І. А. Мільнер, А. С. Рябцев, З. М. Михальська

Роль мікросоціальних чинників у виникненні девіантної поведінки у підлітків з ранніми формами зловживання психоактивними речовинами

Обласний наркологічний диспансер (м. Донецьк)

У статті автори визначають роль мікросоціальних чинників у виникненні девіантної поведінки у підлітків з ранніми формами зловживання психоактивними речовинами. Показано, що до порушення формування особистості підлітка призводять несприятлива структура сім'ї, характер внутрішньосімейних відносин, неправильні форми виховання. Девіантна поведінка підлітка розвивається за механізмом розвитку реакції протесту, відмови тощо. Встановлено, що асоціальна сім'я є одним з найважливіших негативних факторів мікросоціального оточення.

O. P. Zacrevsy, I. V. Tsyba, O. M. Cobets, O. V. Medvedeva, I. A. Mil'ner, A. S. Ryabtsev, Z. M. Mihal'sca

Role of microsocial factors in origin of deviated behaviour at teenagers with early forms of abuse by psychoactive matters

Regional narcological dispensary (Donets'k)

In the article the authors determine the role of microsocial factors in the origin of deviated behaviour at teenagers with the early forms of abuse by the psychoactive matters. It is shown, that an unfavorable family pattern, character of within family relations, lead to violation of forming of personality of teenager, wrong forms of education. The deviated behaviour of teenager develops after the mechanism of development of reaction of protest, refusal and others like that. It is set, that asocial family is one of the most important negative factors of microsocial environment.

УДК 618.17:618.1-08

В. В. Свиридова, канд. мед. наук

Донецкий медицинский университет имени М. Горького (г. Донецк)

СЕКСУАЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ У ЖЕНЩИН ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

В последние годы во всем мире все большее распространение получает оперативное лечение гинекологических заболеваний у женщин репродуктивного возраста [1—3]. Оперативное вмешательство нередко приводит к утрате одного или всех половых органов, что не может не сказаться на сексуальной функции женщины. В отечественной литературе имеются лишь единичные исследования, касающиеся этой проблемы [1, 5], тогда как зарубежная печать изобилует такими исследованиями [6—10].

В то же время стало очевидным, что при изучении сексуальных расстройств у женщин возникает ряд проблем. Во-первых, множество сексуальных дисфункций с различным спектром клинических проявлений объединено в единый диагноз — FSD и их классификация требует уточнений [4]. Еще менее изучено состояние сексуального здоровья женщин, перенесших различные операции, особенно после удаления матки и яичников [2]. Между тем ежегодно во всем мире множество женщин переносят гистерэктомию, и по прогнозам ученых в XXI в. каждая третья женщина к 60 годам окажется прооперированной.

Как свидетельствуют эпидемиологические исследования, среди гинекологических заболеваний первое

место занимает лейомиома матки, частота обнаружения которой при изучении состояния половых органов при аутопсии составила 50 % [12], и именно она в большинстве случаев служит причиной радикальных операций во всех странах мира. Молекулярно-генетические исследования детерминанты опухолевого роста при лейомиоме матки на рубеже XX—XXI ст. приблизили нас к решению, казалось бы, давно решенных проблем, но не дали возможности понять состояние сексуального здоровья женщин после удаления матки и яичников по поводу данной опухоли.

По данным статистики Национального института здоровья США (2005) 30 % указанных операций выполняется по поводу лейомиомы матки и аденомиоза, приводящих к обильным и болезненным менструациям, 20 % — по таким причинам, как недержание мочи, неконтролируемое кровотечение или гнойное воспаление придатков матки. Около 20 % операций выполняют по поводу эндометриоза, 16 % — по поводу пролапса тазовых органов, а на рак — основное показание для гистерэктомии — приходится всего 10 % операций. Таким образом, гистерэктомия является довольно распространенной операцией при различной гинекологической патологии [цит. по 12].

Особого внимания заслуживает проведение гистерэктомии в случае патологических родов, частота которых практически не меняется, несмотря на достижения современного акушерства. Так, гнойно-септические заболевания у беременных, рожениц и родильниц, всегда составлявших весьма важный в научном и практическом отношении раздел акушерства, несмотря на создание антибиотиков и мощных противовоспалительных препаратов, продолжают уносить много человеческих жизней. Рост частоты этих заболеваний связан с возрастанием роли госпитальных инфекций, носящим глобальный характер. Все большая распространенность «агрессивного» акушерства (индуцированные, программированные роды, абдоминальное родоразрешение), изменение микробного обсеменения и резистентности микроорганизмов к различным видам антибиотиков, изменение иммунитета, низкий индекс здоровья современной женщины являются причиной гнойно-септических послеродовых осложнений, при которых матка считается основным источником сепсиса и потому подлежит удалению во имя спасения больной женщины [13]. В борьбе за жизнь женщины при акушерских септических осложнениях во всем мире принята гистерэктомия с маточными трубами.

На втором месте по частоте среди гинекологических заболеваний находятся воспалительные заболевания органов малого таза. Так, в США [14] ежегодно регистрируют около миллиона острых случаев этих заболеваний, и проводят 119 тыс. операций по их поводу из 267 тыс. госпитализированных больных. Следовательно, почти каждая вторая госпитализированная женщина с воспалительными заболеваниями подвергается операции, и далеко не в каждом случае удается сохранить органы. Установлено, что 1—2 % молодых и сексуально активных женщин ежегодно заболевают указанными заболеваниями в возрасте 16—25 лет. Каждая вторая из них переносит эктопическую беременность. Почти

в половине случаев гистерэктомии производится удаление яичников (хирургическая кастрация) по разным причинам [2]. Наступающая в последующем внезапная хирургическая менопауза протекает значительно сложнее, чем при физиологической менопаузе [8].

Кроме того, обращает на себя внимание появление после гистерэктомии такого осложнения как депрессия, о чем в последние годы все чаще стали сообщать в литературе [15, 16].

При обследовании женщин с различным гормональным статусом (репродуктивный период, менопауза, постменопауза, хирургическая менопауза, прием гормональных контрацептивов) группируют иногда в единую категорию наблюдаемых, не учитывая, что каждый гормон играет определенную роль в реализации сексуального желания и удовлетворения.

Таким образом, состояние сексуальной функции женщин, перенесших оперативное лечение по поводу различных заболеваний внутренних гениталий, остается недостаточно изученным и требует дальнейших целенаправленных исследований. В связи с этим нами была поставлена задача выяснить влияние на сексуальную сферу женщин наиболее распространенных видов оперативного вмешательства при указанных заболеваниях.

Под наблюдением находились 180 женщин в возрасте от 18 до 49 лет. Из них 60 были прооперированы по поводу доброкачественных опухолей матки и придатков; 30 перенесли экстирпацию матки в молодом возрасте в связи с осложнениями в родах и послеродовом периоде; 30 прооперированы по поводу выпадения матки и опущения стенок влагалища; 30 — по поводу гнойного воспаления придатков матки; 15 — в связи с наружно-внутренним эндометриозом и 15 — в связи с внематочной беременностью.

Все женщины состояли в браке. Всем было проведено сексологическое обследование до операции и после нее. Полученные результаты обобщены в таблице.

Характеристика сексуальной функции женщин, перенесших оперативное лечение (данные в %)

Показатели сексуальной функции	Вид операции					
	гистерэктомия с овариоэктомией, n = 60	акушерская гистерэктомия без придатков матки, n = 30	влагалищная гистерэктомия без придатков матки, n = 30	субтотальная гистерэктомия матки с придатками, n = 30	гистерэктомия матки с придатками, n = 15	тубэктомия, n = 15
	Начало половой жизни после операции, мес.					
	3	2—3	1,5—2	3	2	1,5
Снижение или отсутствие либидо	$\frac{58 \pm 6}{100 - 2}$	$\frac{30 \pm 9}{100 - 3}$	$\frac{10 \pm 6}{33 \pm 9}$	$\frac{13 \pm 6}{30 \pm 9}$	$\frac{20 \pm 11}{47 \pm 13}$	$\frac{13 \pm 9}{7 \pm 7}$
Диспареуния	$\frac{—}{17 \pm 5}$	$\frac{—}{3 \pm 3}$	$\frac{—}{7 \pm 5}$	$\frac{—}{13 \pm 6}$	—	$\frac{—}{13 \pm 9}$
Уменьшение частоты половых актов	$\frac{—}{100 - 2}$	$\frac{—}{100 - 3}$	$\frac{—}{50 \pm 9}$	$\frac{—}{37 \pm 9}$	$\frac{—}{40 \pm 13}$	$\frac{—}{27 \pm 12}$
Уменьшение или отсутствие полового удовлетворения	$\frac{42 \pm 6}{100 - 2}$	$\frac{13 \pm 6}{100 - 3}$	$\frac{—}{70 \pm 9}$	$\frac{13 \pm 6}{30 \pm 9}$	$\frac{13 \pm 9}{47 \pm 13}$	$\frac{—}{27 \pm 12}$
Нарушение генитальных реакций	$\frac{42 \pm 6}{100 - 2}$	$\frac{50 \pm 9}{83 \pm 7}$	$\frac{13 \pm 6}{24 \pm 8}$	$\frac{13 \pm 6}{30 \pm 9}$	$\frac{13 \pm 9}{47 \pm 13}$	$\frac{—}{71 \pm 12}$
Нарушение оргазма	$\frac{42 \pm 6}{100 - 2}$	$\frac{37 \pm 9}{100 - 3}$	$\frac{10 \pm 6}{37 \pm 9}$	$\frac{13 \pm 6}{56 \pm 9}$	$\frac{13 \pm 9}{47 \pm 13}$	$\frac{13 \pm 9}{100 - 7}$
Причины снижения половой активности						
страх болезненных ощущений	$\frac{—}{17 \pm 5}$	$\frac{—}{44 \pm 9}$	$\frac{—}{13 \pm 6}$	$\frac{—}{13 \pm 6}$	—	—
ожидание неудачи	$\frac{—}{28 \pm 6}$	$\frac{—}{13 \pm 6}$	$\frac{—}{10 \pm 6}$	$\frac{—}{13 \pm 6}$	$\frac{—}{27 \pm 12}$	$\frac{—}{7 \pm 7}$
страх возвращения болезни из-за коитуса	$\frac{—}{35 \pm 6}$	$\frac{—}{27 \pm 8}$	$\frac{—}{3 \pm 3}$	$\frac{—}{30 \pm 9}$	$\frac{—}{7 \pm 7}$	$\frac{—}{7 \pm 7}$

Примечание. Частота исследуемого показателя в числителе — до операции, в знаменателе — после оперативного лечения.

Как следует из представленных данных, половую жизнь после оперативного лечения раньше (через 1,5 мес.) возобновили пациентки, перенесшие тубэктомия, и позже (через 3 мес.) — больные, которым были произведены гистерэктомия с овариоэктомией и субтотальная гистерэктомия матки с придатками.

Снижение или отсутствие либидо по разным причинам у ряда женщин отмечалось и до оперативного лечения, особенно часто у пациенток, перенесших гистерэктомию с овариоэктомией. После операции число таких пациенток значительно увеличилось, за исключением больных, перенесших эту операцию или акушерскую гистерэктомию без придатков матки.

Диспареуния не наблюдалась до операции ни у кого из обследованных, после нее она возникала с разной частотой при всех ее видах, кроме гистерэктомии матки с придатками. Частота половых актов после операции уменьшилась у многих женщин, в том числе у всех перенесших гистерэктомию с овариоэктомией и акушерской гистерэктомией без придатков матки. Сексуальную неудовлетворенность до лечения испытывали женщины с первичной сексуальной дисфункцией и дезадаптацией, причем чаще всего — те из них, кто затем перенес гистерэктомию с овариоэктомией. После операции частота этого нарушения сексуального здоровья у пациенток резко возросла, в том числе у всех перенесших две упомянутые операции. То же относится и к показателям нарушения генитальных реакций (отсутствию лубрикации) и нарушению оргазма (гипо- или аноргазмия, стертость оргазма).

Если до оперативного лечения все женщины жили половой жизнью, то после него у половины из них половые контакты отсутствовали. Причинами отсутствия сексуальных контактов были страх болезненных ощущений (не наблюдался только у женщин, которым были произведены гистерэктомия матки с придатками и тубэктомия), боязнь возвращения болезни и ожидание сексуальной неудачи, причем последняя причина существовала у ряда пациенток и до оперативного лечения.

В целом анализ данных о влиянии оперативного лечения на сексуальную функцию женщин позволяет сделать заключение, что число ее нарушений существенно возросло после операций, особенно часто — после гистерэктомии с овариоэктомией и после акушерской гистерэктомии без придатков матки. В то же время следует отметить тот факт, что у части женщин рассмотренные сексуальные расстройства наблюдались и до заболевания (как правило, с самого начала супружеской жизни) и его оперативного лечения. Следовательно, они имеют и другие причины, выяснение которых необходимо для дифференциальной

диагностики и адекватной терапии в системе мероприятий по восстановлению сексуального здоровья женщин с гинекологической патологией, перенесших оперативное лечение. Тем не менее приведенные данные дают основание считать, что чаще всего нарушение сексуального здоровья после операции наблюдалось у женщин со слабой половой конституцией, тревожно-мнительными чертами характера и при нарушении межличностных отношений в супружеской паре.

Список литературы

1. Жерновая Я. С. Особливості порушень репродуктивного і сексуального здоров'я жінок при ендокринній неплідності (клініка, інтегративна оцінка та система корекції): Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — Харків, 1995. — 39 с.
2. Грищенко В. И. Роль эпифиза в физиологии и патологии женской половой системы. — Харьков: Вища школа, 1979. — 247 с.
3. Кулаков В. И., Пшеничникова Г. Я., Вихляева Е. М. Проблемы и перспективы исследований по проблеме «Бесплодный брак» // Акуш. и гинекол. — 1989. — № 7. — С. 3—7.
4. Сексология и андрология / Под ред. А. Ф. Возианова, И. И. Горпинченко. — Киев: Абрис, 1997. — 880 с.
5. Кришталь В. В., Кришталь Є. В., Кришталь Т. В. Сексологія: Навч. посібник. В 4 ч. — Х.: Фоліо, 2008. — 990 с.
6. Tarcan T., Park K. Histo-morphologic analysis of age-related structural changes in human clitoral cavernosal tissue // J. Urol. — 1999. — Vol. 161. — P. 940—951.
7. Palace E. Modification of dysfunctional patterns of sexual response through automatic arousal and false physiological feedback // J. Consult. Clin. Psychol. — 1995. — Vol. 63. — P. 604—615.
8. Meston C. Inhibition of subjective and physiological sexual arousal in women by clonidine // Psychosom. Med. — 1997. — Vol. 59. — P. 399—405.
9. Guiliano F. Neurophysiology of the female sexual genital response // J. Sex. Marital. Ther. — 2002. — Suppl. 28. — P. 101—118.
10. Vardi Y. Normative values for female genital sensation // Urology. — 2000. — Suppl. 56. — P. 1035—1042.
11. Berman J., Berman L. Clinical evaluation of female sexual function: effects age and estrogen status on subjective and psychological sexual responses // Int. J. Impot. Res. — 1999. — Suppl. 11. — P. 26—30.
12. Вихляева Е. М. О стратегии и тактике ведения больных с миомой матки // Вестник Рос. ассоц. акушеров-гинекологов. — 1997. — № 3. — С. 21—23.
13. Подкорытов В. С., Чайка Ю. Ю. Депрессии. Современная терапия: Рук. для врачей. — Харьков: Торнадо, 2003. — 352 с.
14. Имшинецкая Л. П. и др. Сексуальные расстройства у женщин. Сексология и андрология / Л. П. Имшинецкая, Н. И. Бойко, Ю. А. Борисенко, А. А. Быстров и др. — Киев: Абрис, 1997. — С. 176—210.
15. Свядоц А. М. Женская сексопатология. — М.: Медицина, 1995. — 250 с.
16. Ботнева И. Л. Особенности сексуальной сферы женщины. В кн.: Общая сексопатология / Под ред. Г. С. Васильченко. — М.: Медицина, 2005. — С. 185—193.

Надійшла до редакції 19.02.2008 р.

В. В. Свірідова

Сексуальна дисфункція у жінок після оперативного лікування гінекологічних захворювань

Донецький державний медичний університет ім. М. Горького (м. Донецьк)

Розглянуто дані літератури щодо оперативного лікування жінок із захворюваннями внутрішніх геніталій. Проаналізовано власні дані про його вплив на стан сексуальної функції пацієнток.

V. V. Sviridova

Sexual dysfunction in women after operative treatment of gynecological diseases

Donet'sk State medical University named after M. Gor'ky (Donet'sk)

It were examined the literature information about operative treatment the women with internal genitals diseases. Analyzed the own data about its influence on the condition of sexual patients function.