

Сексуальные расстройства при депрессиях и их терапия

Л. И. Арбузова, А. В. Кривонос

Луганская областная клиническая психоневрологическая больница

Проведено изучение распространения и характера сексуальных дисфункций у больных с умеренной и тяжелой депрессией при нарушениях настроения (аффективных расстройствах) и шизоаффективных расстройствах. Установлено, что наиболее часто у мужчин исследуемой группы наблюдается эректильная дисфункция, у женщин – расстройства влечения. При выборе лечения антидепрессантами необходимо проводить как активную, так и поддерживающую терапию.

Ключевые слова: депрессии, аффективные расстройства, шизоаффективные расстройства, антидепрессанты, эректильная дисфункция.

Распространенность сексуальных расстройств у больных с умеренной и тяжелой депрессией продолжает привлекать внимание исследователей ввиду важности проблемы [6, 11]. Известно, что нарушения сексуального здоровья являются мощным психогенным фактором в развитии и поддержании депрессивных расстройств [2, 3]. Несмотря на эффективность антидепрессантов (АД) в лечении депрессии, сами препараты этой группы обладают побочным эффектом и могут приводить к копулятивным расстройствам [1, 9, 10].

Согласно многочисленным исследованиям около 70% людей из общей популяции считают крайне важной нормальную половую жизнь. А среди тех, кто в анамнезе имел депрессию, этот процент еще выше. Между тем, те или иные расстройства в нормативном функционировании сексуальной сферы в настоящее время являются достаточно частым явлением [4, 5].

В частности, распространенность в общей популяции таковых нарушений составляют до 43% у женщин и более чем 45% у мужчин. В большей мере эта проблема касается пациентов с депрессивными расстройствами [12]. Следует отметить, что сексуальные нарушения принадлежат к числу самых постоянных признаков депрессивных расстройств, являясь частью их соматического синдрома [13–15]. При этом, депрессия и сексуальные нарушения могут проявляться одновременно или последовательно друг за другом. Кроме того, может иметь место интересный феномен – депрессия – и ее лечение может приводить к сексуальным нарушениям, а периодические сексуальные проблемы, в свою очередь, вызывают депрессию [4, 5, 16, 18].

Одним из наиболее ранних и тонких признаков воздействия депрессии различной степени выраженности на сексуальную сферу, может быть нарушение влечения (либидо) и сглаженность (отсутствие) оргазма [5, 19]. Что естественно влияет на качество жизни семьи – отношения становятся натянутыми, что проявляется в раздражительности одного или обоих партнеров и трудностях общения. Пациенты с проявлениями депрессии отдаляются от своих партнеров. Не удивительно, что плохое настроение влияет на способность получать удовлетворение от секса. У женщин самой распространенной жалобой является снижение либидо, у мужчин эректильная дисфункция (ЭД). Связь между депрессивными проявлениями (ДП) и ЭД представляется двухсторон-

ней: наличие или обострение одного из этих расстройств может быть причиной, следствием или модифицирующим фактором.

Пациентам, страдающим депрессиями, назначают антидепрессивную терапию. Основной ее целью является устранение симптомов заболевания, восстановление социального функционирования и ролевых позиций [10, 11]. При выборе класса АД необходимо учитывать его воздействие на нейротрансмиттеры, симптомы мишени, требующие коррекции, наличие побочных эффектов у препаратов.

На сегодняшний день в клинической практике применяют более 150 различных по своему составу и механизму действия антидепрессантов. Проблема сексуальных побочных эффектов антидепрессантов изучена мало. Возможно, это связано с общественным табу на обсуждение этих вопросов в обществе и медицине, особенно у больных с психическими расстройствами. Расширение концепции качества жизни и комплаентности, а также рассмотрение депрессии как хронического расстройства, что требует длительного лечения, способствовало изучению влияния АД на сексуальные функции [8, 17, 22–24].

Так, известно, что препараты группы АД имеют ряд побочных эффектов [7, 20, 21], которые влияют на реализацию сексуальной функции как у мужчин, так и у женщин. При лечении АД сексуальная дисфункция характеризуется снижением либидо, ЭД, мужской и женской аноргазмией и др.

Механизмы действия АД, которые лежат в основе нарушения сексуального функционирования, сводятся к следующим эффектам: центральные эффекты; нейрохимические; гормональные – увеличение уровня пролактина в результате повышения уровня серотонина.

К АД, которые часто вызывают сексуальные дисфункции, принадлежат ингибиторы моноаминоксидазы (ИМАО), трициклические АД (ТЦАД), селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС). К АД, которые сравнительно нечасто вызывают сексуальную дисфункцию относятся: миртазапин (ремерон), мапротилин (лудиомил), тianeptin, бупропион, фефарин. При исследованиях вероятность сексуальных побочных эффектов этих препаратов не отличалась от плацебо.

Цель исследования: изучение распространения и характера сексуальных расстройств у больных с умеренной и тяжелой депрессией при расстройствах настроения (аффективных расстройствах) и шизоаффективных расстройствах.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование были включены 37 пациентов с умеренными и тяжелыми депрессивными расстройствами – 14 (37,8%) и с шизоаффективными расстройствами смешанного и депрессивного типа – 23 (62,2%). По полу: мужчин – 21 (56,7%), женщин 16 (43,3%). По возрасту: до 45 лет – 34 пациента (91,9%) от количества всех обследованных. Определялось состояние сексуальных функций пациентов на этапе активного и поддерживающего лечения АД. Диагностический алгоритм предусматривал оценку жалоб пациента, сбор сексологического анамнеза и анамнеза жизни больного,

оценку состояния межличностных отношений в сексуальной (супружеской) паре, уровня их сексуальной адаптации, диагностику психического статуса и структуры личности.

Анализ половой функции у мужчин проводили с помощью анкет Международного индекса эректильной функции IIEF (International Index of Erectile Function). Оценка эндокринной составляющей половой функции была возможна благодаря проведению клинических тестов (И.Ф. Юнда).

При лечении пациентов использовались следующие группы АД: ТЦАД (амитриптилин, кломипрамин), тетрациклические (лудиомил, миртазапин, миансерин), атипичные АД – другой химической структуры (триттико, бупропион), СИОЗС (эсциталопрам, пароксетин, сертралин, феварин).

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

По нашим данным, 30 пациентов (81,1%) с депрессивными расстройствами мужского и женского пола не удовлетворены сексуальными отношениями. Присутствующие в депрессивных расстройствах идеи малоценности сопровождались неудовлетворенностью собой как представителем пола. У пациентов с выраженной депрессией были обнаружены следующие виды сексуальных расстройств:

- 1) снижение полового влечения (либидо) – у 25 (67,6%) мужчин, у 31 (83,8%) женщины;
- 2) ослабление эрекции – у 25 (67,6%) мужчин;
- 3) расстройство оргазмической функции – у 24 (64,9%) мужчин, у 27 (72,9%) женщин.

При лечении пациентов АД обратило на себя внимание следующее обстоятельство – улучшение их психического со-

стояния с уменьшением депрессивной симптоматики сопровождалось нивелированием проявлений сексуальной дисфункции, прежде всего, в категории расстройства влечения.

Согласно современным стандартам активное лечение депрессивных расстройств продолжалось не менее 2 мес. В дальнейшем проводили поддерживающее лечение до 6 мес. При наблюдении исследуемой группы пациентов на этапе поддерживающей терапии оказалось, что большинство АД влияют на состояние сексуального здоровья. В частности, наблюдали снижение либидо, расстройства эрекции (ЭД), уменьшение яркости оргазма у 19 (51,4%) больных. В меньшей степени на сексуальную функцию влияли следующие АД: триттико, феварин, миртазапин. Выраженность сексуальной дисфункции была дозозависимой. При снижении суточной дозы АД сексуальные расстройства уменьшались.

ВЫВОДЫ

1. Сексуальные нарушения принадлежат к числу самых постоянных признаков депрессивных расстройств.
2. Среди сексуальных расстройств у мужчин преобладает эректильная дисфункция, у женщин – расстройство влечения.
3. При лечении антидепрессантами на этапе активной терапии улучшается психическое состояние и уменьшаются сексуальные расстройства.
4. При поддерживающем лечении в меньшей степени на сексуальную функцию влияли следующие антидепрессанты: триттико, феварин, миртазапин.
5. Внимание к сексуальным проблемам позволило уменьшить количество больных, которые отказались от лечения антидепрессантами.

Сексуальні розлади при депресіях та їхня терапія Л.І. Арбузова, А.В. Кривонос

Проведено вивчення поширення і характеру сексуальних дисфункцій у хворих із помірною та важкою депресією при порушенні настрою (афективних розладах) і шизоафективних розладах. Установлено, що найбільш часто у чоловіків досліджуваної групи спостерігається еректильна дисфункція, у жінок – розлади потягу. Під час вибору лікування антидепрессантами необхідно проводити як активну, так і підтримувальну терапію.

Ключові слова: депресія, афективні розлади, шизоафективні розлади, антидепрессанти, еректильна дисфункція.

Sexual disorders with depression and their treatment L.I. Arbuzov, A.V. Kryvonos

The study scope and nature of sexual dysfunction in patients with moderate to severe depression and mood disorders (affective disorders) and schizoaffective disorders. Found that most men studied group observed ED (erectile dysfunction) in female disorders attraction. In the selection of antidepressant treatment should be carried out both active and supportive therapy.

Key words: depression, mood disorders, schizoaffective disorder, antidepressants, erectile dysfunction.

Сведения об авторах

Арбузова Людмила Ивановна – Луганская областная клиническая психоневрологическая больница, 91045, г. Луганск, 50-летия Обороны Луганска квартал, 22; тел.: 095-51-77-660

Кривонос Анна Владимировна – Луганская областная клиническая психоневрологическая больница, 91045, г. Луганск, 50-летия Обороны Луганска квартал, 22

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Аведисова А.С. Побочные эффекты антидепрессантов, нарушающих сексуальные функции / А.С. Аведисова // Психиатрия и психофармакотерапия, 2005. – Т. 7, № 6. – С. 55–62.
2. Андрух П.Г. Этиология, нейрохимия и клиника современных форм тревожно-депрессивных расстройств / Медицинские исследования, 2001, т. 1, вып. 1. – С. 109–110.
3. Білобрівка Р.І. Білобрівка Р.І., Рахман Л.В., Кобилецький Ю.С./ Особливості патоморфозу афективних порушень у чоловіків з копулятивними розладами та методи їх корекції// Архів психіатрії, № 1. – 2004. – С. 67–69.
4. Васильченко Г.С. Патогенетические механизмы импотенции. – М., 1956.
5. Васильченко Г.С. О некоторых системных неврозах и их патогенетическом лечении. – М., 1969.
6. Гельдер М. / Гельдер М., Гэт Д., Мейо Р./ Оксфордское руководство по психиатрии / т. 2 / Пер. с англ./Киев/Сфера/1999/304.
7. Голдберг Д. / Голдберг Д., Бенджамин С., Крид Ф. / Психиатрия в медицинской практике / Пер. с англ./Киев/Сфера/ 1999/ 165, 171, 172, 175.
8. Горпинченко И.И. Медикаментозное лечение мужчин, страдающих сексуальными расстройствами. Сексология и андрология. – К.: Абрис, 1997. – С. 306–318.
9. Клиническое руководство по психиатрической помощи в практике семейного врача: информационно-скрининговый пакет. – К., 2000. 66, 241.
10. Краснов В.Н./ Краснов В.Н., Кибрик Н.Д., Решетняк Ю.А./ Терапия сексуальных расстройств при различных формах психической патологии. Пособие для врачей. – М., 1999.
11. Кришталь В.В. До питання про порушення сексуального здоров'я при граничних психічних розладах / В.В. Кришталь, М.В. Маркова // Нова медицина. – 2003. – № 8. – С. 39–41.
12. Кукурекин Ю.В. / Кукурекин Ю.В., Гудзенко А.П. / Нарушения сексуального здоровья. Патогенетическая терапия. – Луганск, 2007. – С. 178.
13. Кочарян Г.С. / Синдром тревожного ожидания неудачи у мужчин/ Научно-практическая конференция «Сексуальная культура и сексуальное здоровье нации». – М., 2002.

14. Марута Н.А. Невротическая болезнь // Международный медицинский журнал, 1997, т. 3, № 3. – С. 16–19.
15. Мизрухин И.А. Половые расстройства при неврозах. Актуальные вопросы сексопатологии. – М., 1967. – С. 263–269.
16. Михайлов Б.В. / Михайлов Б.В., Сердюк А.И., Чугунов В.В./ Актуальные проблемы нейронаук в Украине // Вісник психічного здоров'я/ 1999 № 4/5–6.
17. Мосолов С.Н. Клиническое применение современных антидепрессантов / С.Н. Мосолов. – СПб.: Медицинское информационное агентство, 1995. – 568 с.
18. Рачкаускас Г.С. /Рачкаускас Г.С., Кукурекин Ю.В./ Сексуальное здоровье и лечение его нарушений, Луганск, 2008.
19. Синицкий В.Н. Депрессивные состояния. – К.: Наук. думка, 1986.
20. Соколова М.Н. Антидепрессанты в сексологической практике. Терапия пароксетином (обзор литературы) // Здоровье мужчины, № 1, 2006. – С. 25–27.
21. Тиганов А.С. Руководство по психиатрии: в 2 т. – М.: Медицина, 1999, т. 1. – С. 584–585.
22. Biri H./ Biri H., Isen K., Sinik Z., Onaran M., Kupeli B., Bozkirli I./ Сертралин в лечении преждевременной эякуляции: двойное слепое плацебо- контролируемое исследование/ Int. Urol. Nephrol, 1998, 30/5.
23. Mc. Maxon CG. Лечение преждевременной эякуляции сертралина гидрохлоридом/ Int J Impot Res., 1998, Sep (10/3).
24. Seidman S.N. The relationship between depression and erectile dysfunction / S.N. Seidman, S.P. Roose// Curr. Psychiat. Rep. – 2000. – Vol. 2. – P. 201–215.

Статья поступила в редакцию 09.01.2014

Н О В О С Т И М Е Д И Ц И Н Ы

ИДЕЯ ПИТАНИЯ ПО ГРУППЕ КРОВИ – АНТИНАУЧНА

На протяжении более 10 лет реклама предлагает якобы действительно научно обоснованную диету - выбор максимально полезных продуктов зависит от группы крови "худеющего". Исследователи из Канады тщательно изучили принципы этой диеты - и отвергли ее.

Идею питания в зависимости от группы крови придумал в конце XX века американский врач-натуропат Питер Д'Адамо (Peter D'Adamo), который изложил свои идеи в ставшей бестселлером книге "Eat Right 4 Your Type" ("Питайся правильно - в зависимости от твоей группы крови"). Книга была переведена на 52 языка и напечатана общим тиражом более 7 миллионов экземпляров.

Автор утверждал, что появление в процессе эволюции человека 4-х групп крови было непосредствен-

но связано с характером питания обитателей тех или иных регионов планеты - таким образом, если питаться "правильными" продуктами, соответствующими группе крови, то они принесут организму значительно больше пользы.

Однако эта теория сразу же подверглась критике со стороны многих ученых как лженаучная.

Очередное "разрушение мифа" произвели канадские исследователи Challenges New сотрудники университета города Торонто (University of Toronto).

Авторы наблюдали почти 1 500 молодых и здоровых жителей Канады, которые представили ученым подробную информацию о характере их питания. С помощью анализа были определены группы крови всех испытуемых и показатели уровней глюкозы, холестерина и инсулина.

Средние показатели состояния здоровья членов подгруппы, чье питание максимально соответствовало советам Питера Д'Адамо, ничем не отличались от показателей тех участников, которые вели здоровый образ жизни, но питание с точки зрения писателя-натуропата абсолютно неправильно.

Аналогичные результаты получили в начале этого года сотрудники бельгийской некоммерческой медицинской организации Rode Kruis-Vlaanderen, которые провели мета-анализ более 1 400 научных публикаций посвященных связи рациона питания с группой крови.

Ни в одном из исследований не было получено достоверное подтверждение правильности идей Питера Д'Адамо.

Источник: www.health-ua.org