

### Summary

OPTIMIZATION OF THERAPY TO CORRECT METABOLIC ABNORMALITIES IN PATIENTS WITH CORONARY HEART DISEASE AND CONCOMITANT METABOLIC SYNDROME

Vinnik N.I.

Keywords: coronary heart disease, metabolic syndrome, pioglitazone, systemic inflammation, insulin resistance, lipid metabolism, complex.

This study shows the effectiveness of pioglitazone in the complex treatment of patients with coronary heart disease (CHD) and metabolic syndrome (MS) in order to correct metabolic disorders. It has been found out the test group which received GHG in addition to the standard therapy, despite high indices of systemic inflammation (SI) and insulin resistance (IR) at the beginning of therapy, after 3- month treatment showed a significant decrease in the levels of C-reactive protein, tumor necrosis factor - $\alpha$ , ceruloplasmin, C-peptide, immunoreactive insulin, HOMA-IR and fasting blood glucose, decreased blood atherogenicity. On the contrary, the group which received the standard therapy of CHD was observed to have further deterioration in NI, IR, and lipid metabolism indices. Thus, the results obtained indicate the administration of pioglitazone in the complex therapy of patients with CHD and concomitant MS improves lipid profile, reduces the SI index, reduce IR effectively that promotes the normalization of the metabolic processes in these patients. This allows us to recommend GHG as scientifically grounded preparation for the complex therapy of coronary heart disease and comorbid MS.

УДК 616.89 – 008.454- 055.2:615.858

**Герасименко Л. О.**

### **КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПСИХІЧНИХ НЕПСИХОТИЧНИХ РОЗЛАДІВ У ЖІНОК, ЯКІ СТРАЖДАЮТЬ НА ОРГАЗМІЧНУ ДИСФУНКЦІЮ**

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

*Порушення сексуального характеру, зокрема, неможливість досягнення оргазму призводить до дисгармонії статевих та міжособистісних відносин між чоловіком та жінкою (дисгамією), зниження частоти і ритму статевих контактів, застійної гіперемії тазових органів і сприяє виникненню невротичних порушень. У результаті проведеного дослідження встановлено певний взаємозв'язок між різними варіантами оргазмічних дисфункцій у жінок з психічними неспсихотичними розладами, що необхідно враховувати при проведенні психодіагностичних, лікувальних, а також психотерапевтичних заходів.*

Ключові слова: оргазмічна дисфункція, дисгамія, невротичні розлади.

*Робота виконана відповідно до плану досліджень кафедри психіатрії, наркології та медичної психології ВДНЗУ «УМСА» у межах науково-дослідної роботи «Порушення сімейного функціонування при невротичних розладах у жінок (причини, механізму розвитку, клініка, психокорекція)».*

#### **Актуальність**

Дані наукових джерел, як вітчизняних так і закордонних, свідчать про досить значне зростання порушення сімейної адаптації внаслідок психічних неспсихотичних розладів, а також розладів сексуального характеру у жінок. Оргазмічні дисфункції є одним з найбільш поширених сексуальних порушень у жінок. За даними А. Kinsey [1], 17 % жінок, що живуть статевим життям не менше 5 років, ніколи не відчували оргазму. За даними З.В.Рожановської [2], на підставі проведеного дослідження встановлено, що з 412 жінок, які регулярно жили статевим життям не менше 3 років, оргазм відчували при кожній або майже при кожній статевої близькості лише 24%, більше, ніж у половині випадків - 31%, не більш ніж у половині випадків - 27,4% і ніколи - 18% жінок. Аналогічні дані на підставі популяційного дослідження наводять Б.І.Каплан і В. J Sadock [3] - 46% що звертаються за сексологічної допомогою жінок - зазнавали труднощів у досягненні оргазму (гіпооргазмія або загальмований, відстрочений оргазм) і 15% - не досягали його взагалі. Значна кількість авторів [4,5,6] по-

в'язують аноргазмію з порушеннями сексуального потягу (гіпо-, алібідемія, латентними девіантними тенденціями), затримкою психосексуального розвитку, конфліктними партнерськими відносинами і психічними неспсихотичними розладами. Порушення сексуального характеру, зокрема, неможливість досягнення оргазму призводить до дисгармонії статевих та міжособистісних відносин між подружжям (дисгамією) [7], зниженню частоти і ритму статевих контактів, застійної гіперемії тазових органів та сприяє виникнення невротичних порушень [8, 9].

#### **Мета дослідження**

Вивчення взаємозв'язку оргазмічної дисфункції та психічних неспсихотичних розладів у жінок, особливостей перебігу клінічної динаміки з використанням диференційованих лікувально-реабілітаційних заходів.

#### **Матеріали та методи дослідження**

У дослідження брали участь 75 жінок віком від 21 до 42 років (середній вік 20,85  $\pm$  5,93), які звернулися за консультативною допомогою на кафедру психіатрії, наркології та мед. психології

ВДНЗУ «УМСА» та перебували на лікуванні у відділенні неврозів Полтавської обласної клінічної лікарні ім. О.Ф. Мальцева в 2010-2013 роках. До комплексу проведених досліджень входило клінічне обстеження всіх жінок з вивченням соматичного, неврологічного, психічного статусів та спеціальне сексологічне дослідження. Психіатричне обстеження проводилось за умов інформованої згоди та участі лікаря-психіатра відповідно до критеріїв психічних та поведінкових розладів згідно МКХ-10. Всім пацієнткам встановлено діагноз - оргазмічна дисфункція (F52.3). Психодіагностичне обстеження включало проведення методики ММРІ та шкали Гамільтона. Оцінка та аналіз психічного та сексологічного статусу хворих здійснювалися як на момент обстеження, так і в процесі лікування.

### Результати дослідження та їх обговорення

В результаті комплексного обстеження пацієнток за характером психічної патології розподілено на 2 клінічні групи. До першої групи включили - жінок з невротичними розладами – 39 (37,1 %): у вигляді тривожно-депресивного розладу (33,3 %), тривожно-фобічного розладу (15,3 %), неврастенії (51,3 %). Друга група складалася з розладів особистості - 36 осіб (37,1 %): у вигляді шизоїдного (35,8 %), істеричного (51,3 %), тривожного (12,8 %).

Розлади оргазму в 44 % випадків виникали після періоду нормального статевого життя на тлі психотравмуючої ситуації – подружня зрада, втрата близької людини, небажані аборти (за наполяганням партнера). У решти хворих оргазмічні розлади спостерігалися з самого початку статевого життя. У жінок з неврастенією та тривожно-депресивними розладами окрім порушень оргазму спостерігалось зниження лібідо. У 32 % жінок з тривожно-фобічним розладом статевої потяг не мав ознак порушень, однак, внаслідок внутрішньосімейних конфліктів відзначалось зменшувалась частоти оргазму. У переважної частини ( $p < 0,05$ ) хворих з істероїдними та шизоїдними розладами особистості аноргазмія відзначалась з початку статевого життя на фоні ретардації психосексуального розвитку, патохарактерологічних особливостей, особливостей виховання (погрози, заборони, покарання) та мала як тотальний (26,6 %), так і парціальний характер (73,4 %). За результатами сексологічного обстеження виявлено, що жінки даної групи отримували сексуальне задоволення внаслідок незрілих форм сексуальної активності.

У разі шизоїдного розладу особистості (11 жінок) пацієнтки ставали більш замкнутими, відчуженими, емоційно нестійкими, нездатними співпереживати партнеру та прислухатися до їх прохань і зауважень, що поступово формувало порушення психологічного клімату сімейний в парі, як наслідок сексуальні контакти ставали більш рідкісними та небажаними. Стосунки з протилежною статтю у жінок з шизоїдним розладом осо-

бистості набували епізодичного характеру внаслідок обмеження соціальних контактів.

Для хворих з істероїдним розладом особистості (13 жінок) характерна демонстративність у поведінці та драматизація переживань, що пов'язані з сексуальною дисфункцією. Жінки даної групи досить часто виглядали молодше свого віку, звертали на себе увагу: прагнення підкреслити свою неповторність, психічний інфантилізм, надмірна образливість.

У жінок з тривожним розладом особистості (12 пацієнток) сексуальним порушенням сприяли наявні тривожні риси, зокрема, дратівливість, сенситивність, напруженість. Для даної групи жінок завжди присутня схильність до виникнення іпохондричних переживань, однак з виникненням сексуальної дисфункції набували стійкого характеру та стосувалися переважно статевої сфери. Пацієнтки неодноразово зверталися за допомогою до лікарів різного профілю: гінекологів, психологів, психоаналітиків. При зверненні до лікаря-психіатра визначено, що сексуальний потяг у даної групи пацієнток не порушений.

Отримані результати свідчать про значний внесок ролі особливостей психосексуального розвитку (його затримка) та статевої конституції (слабкої) у формуванні оргазмічних розладів. За аналізом гінекологічного анамнезу відзначено, що 22,9 % жінок від загальної кількості обстежених були здорові, в 77,1% - діагностовано наступні захворювання статевої сфери: запальні процеси - 28,6 %, інфекції, що передаються статевим шляхом - 18,5%, венеричні захворювання - 1,1 %, аборти - 28,9 %. Отримані дані свідчать про негативні наслідки статевого життя в анамнезі, що мали значний психотравмуючий вплив на формування почуття невпевненості, незахищеності, що перешкоджає повній довірі партнеру.

Ретардація психосексуального розвитку спостерігалась у обох групах (44%, 56 %, відповідно), що обумовлена певними особистісними особливостями та наявною психічною патологією. Патогенний вплив даних факторів проявляється на ранніх етапах формування сексуальності. Наступні характерні для тривожного типу риси, як боязкість, надмірна сором'язливість, замкнутість, образливість, емоційна лабільність призводять до труднощів в комунікації, формуванню сурогатних форм сексуальної активності. При істероїдному розладі особистості внаслідок значного рівня домагань, емоційної лабільності, яскравого фантазування формуються відокремлені від реальності тенденції. При спробі реалізувати дані тенденції виникають внутрішньо особистісні та міжособистісні конфлікти з об'єктом потягу. Непорозуміння, постійна зміна об'єктів обумовлюють порушення комунікацій та сімейної адаптації.

При шизоїдному розладі особистості труднощі комунікації найбільш виразні та переважно відзначається асинхронія психосексуального розвитку.

Оцінка ступеня виразності тривожної та депресивної симптоматики проводилася за допомогою шкали Гамільтона. Середній показник тривоги в I і II групах склав  $12,5 \pm 4,57$  та  $11,74 \pm 2,75$ , що свідчить про наявність у пацієнок обох груп вираженої тривожності.

У пацієнок з неврастенією в клінічній картині переважали астеничні явища, що підтверджується результатами шкали суб'єктивної оцінки астенії (MFI -20). Середній показник загальної астенії для цих хворих склав  $18,21 \pm 2,34$  бали, що відповідає астенії середньому ступеню виразності.

### Висновки

Таким чином, в результаті проведеного дослідження встановлено певний взаємозв'язок між різними варіантами оргазмічних дисфункцій у жінок з психічними неспсихотичними розладами. У пацієнок з невротичними розладами спостерігалася переважно парціальна аноргазмія, що поєднується з гіполібідемією та виникає в переважно на тлі астеничних явищ та тривало існуючої психотравмуючої ситуації. У хворих зі специфічними розладами особистості оргазмічні дисфункції спостерігалися з початку статевого життя на фоні затримки психосексуального розвитку та патохарактерологічних особливостей,

порушеного виховання та носили, як тотальний, так і парціальний характер, досить часто поєднувались з гіполібідемією та диспареунією. Виявлені нами дані повинні враховуватися при проведенні психодіагностичних, лікувальних та психотерапевтичних заходів, що дозволить підвищити їх ефективність.

### Література

1. Kinsey A.C. Sexual behavior in the human female / A.C. Kinsey. – Philadelphia : Saunders, 1963. – 842 p.
2. Рожановская З.В. / З.В. Рожановская, А.М. Свядоц // Вопросы сексопатологии : Мат. конф. – Москва, 1969. – С.125-127.
3. Клиническая психиатрия: из синописа по психиатрии. В 2 т. Т.1 / Г.И. Каплан, Б.Дж. Сэдок – М. : «Медицина», 1994. – 492 с.
4. Кришталь В.В. Сексология / В.В. Кришталь, С.Р. Григорян. – Харьков : Акад. сексол. исследований, 1999. – 1152 с.
5. Луценко О.Г. Особенности организации сексуальной поведінки із генералізованим тривожним розладом // Медицинская психология. – 2012. – №1 (25). – С.43-47.
6. А.М. Скрипніков Сексуальна дисгармонія подружньої пари, в якій чоловік хворіє епілепсією, та вплив біологічних ритмів на її перебіг / А.М. Скрипніков [та ін.] // Психічне здоров'я. – 2013. – №1-2. – С.22-25.
7. Шнейдер Л.Б. Психология семейных отношений. Курс лекцій / Л.Б. Шнейдер. – М. : Апрель-Пресс, Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2000. – 512 с.
8. Марута Н.А. Эмоциональные нарушения при невротических расстройствах/ Н.А. Марута. – Харьков : РИФ «Арсис ЛТД», 2000. – 159 с.
9. Ісаков Р. І. Состояние семейной адаптации при неврастеніи у жінок / Р.І. Ісаков, Л.О. Герасименко // Медицинская психология. – 2011. – №1 – С.12-15.

### Реферат

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ЖЕНЩИН, СТРАДАЮЩИХ ОРГАЗМИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ

Герасименко Л. О.

Ключевые слова: оргазмическая дисфункция, дисгамия, невротические расстройства.

Нарушение сексуального характера, в частности, невозможность достижения оргазма приводит к дисгармонии половых и межличностных отношений между супругами (дисгамией), снижению частоты и ритма половых контактов, застойной гиперемии тазовых органов и способствует возникновению невротических нарушений. В результате проведенного исследования установлена определенная взаимосвязь между различными вариантами оргазмическим дисфункций у женщин с психическими неспсихотическими расстройствами, что необходимо учитывать при проведении психодиагностических, лечебных, а также психотерапевтических мероприятий.

### Summary

CLINICAL FEATURES OF MENTAL DISORDERS IN WOMEN SUFFERING FROM ORGASMIC DYSFUNCTION

Herasymenko L.O.

Keywords: orgasmic dysfunction, dysgamia, neurotic disorders.

Dysfunctions of a sexual nature, and in particular, inability to achieve orgasm lead to disharmony in sexual and interpersonal relationships between spouses (dysgamia), reduce the frequency and rhythm of intercourse, congestive hyperemia of the pelvic organs and contribute to the development of neurotic disorders. The study allows us to establish a definite correlation between the various types of orgasmic dysfunction in women and non-psychotic mental disorders that should be considered when carrying out psychodiagnostic, medical and psychotherapeutic interventions.