

М.Н. Крючкова, А.Я. Перехов
СИМПТОМЫ СЕКСУАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У МУЖЧИН С СИНДРОМОМ
ХРОНИЧЕСКОЙ ТАЗОВОЙ БОЛИ/ХРОНИЧЕСКИМ ПРОСТАТИТОМ III ТИПА
И ДЕПРЕССИЕЙ

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

© М.Н. Крючкова, А.Я. Перехов, 2018

УДК 616.69-008.1:616.839.35-009.7-036+616.65-002-036+616.895.4

DOI 10.21886/2308-6424-2018-6-3-36-43

ISSN 2308-6424

Симптомы сексуальной дисфункции у мужчин с синдромом хронической тазовой боли/хроническим простатитом III типа и депрессией

М.Н. Крючкова, А.Я. Перехов

ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» МЗ РФ;
Ростов-на-Дону, Россия

Введение. При СХТБ/ХП III часто одновременно выявляются симптомы сексуальной дисфункции и психической патологии.

Цель исследования. Анализ сексуальной дисфункции у пациентов с СХТБ/ХП IIIA, СХТБ/ХП IIIB и имеющейся аффективной патологии, сравнение указанных групп пациентов с СХТБ/ХП IIIA и IIIB между собой.

Материалы и методы. Обследовано 65 мужчин с СХТБ/ХП III типа, включены 41 пациент, которые составили 2 группы сравнения: 12 пациентов с СХТБ/ХП IIIA (1 группа) и 29 пациентов с СХТБ/ХП IIIB - 2 группа. Все пациенты не имели нарушений показаний тестостерона, не отвечали на стандартную урологическую терапию. Диагноз психического расстройства и сексуальной дисфункции устанавливался клинико-психопатологическим методом, применялась шкала «Международный индекс эректильной дисфункции» (МИЭФ); выраженность боли оценивалась по визуальной аналоговой шкале (ВАШ). Статистические расчёты выполнялись в R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria, версия 3.2.

Результаты. У пациентов обеих групп диагностирован первичный депрессивный эпизод в 1 группе сравнения - 75%, во 2 группе сравнения в 80%; депрессивный эпизод в рамках рекуррентного (повторяющегося) депрессивного расстройства - в 1 группе 25%, во 2 группе 7%, в рамках биполярного аффективного расстройства только в 1 группе - 7%; у 1 пациента (3%) 2 группы диагностировано коморбидное первичному депрессивному эпизоду обсессивно-компульсивное расстройство (табл. 1). В обеих группах преобладали депрессивные эпизоды умеренной степени тяжести - 92% в 1 группе и 62% во 2 группе; депрессивные эпизоды легкой степени составили 8% в 1 группе и 28% во 2 группе сравнения; тяжелый депрессивный эпизод наблюдался только во 2 группе сравнения в 7%. Эректильная дисфункция выявлена у 75% пациентов 1 группы, 93% - у пациентов 2 группы, преждевременная эякуляция в 1 группе - у 58%, во 2 группе у 45% больных, снижение либидо в 1 группе у 92%, во 2 группе - у 100%, боль во время эякуляции в 1 группе предъявляли 33%, во 2 группе у 28% мужчин.

Обсуждение и выводы. Эректильная дисфункция и снижение либидо преобладали у пациентов обеих групп сравнения, наблюдались на фоне депрессивных эпизодов и, возможно, могут расцениваться как симптомы нарушения витальных функций в рамках атипичного депрессивного синдрома расстройств депрессивного спектра в обеих группах. ЭД, снижение либидо (сексуальных влечения, желания и аттракции), преждевременная эякуляция, общая неудовлетворённость половым актом наблюдались в обеих группах больных СХТБ/ХП III на фоне депрессивных эпизодов, сравнение частот встречаемости симптомов сексуальной дисфункции не выявляет значимых различий в сравниваемых группах. Целесообразно дальнейшее изучение симптомов сексуальной дисфункции при СХТБ/ХП III и психопатологии, их развития в длителном заболевании и взаимосвязь для разработки комплексной терапии СХТБ/ХП III.

Ключевые слова: синдром хронической тазовой боли; депрессия; психопатология; сексуальная дисфункция

Раскрытие информации: Исследование не имело спонсорской поддержки. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Поступила в редакцию: 04.09.2018. **Принята к публикации:** 17.09.2018

Автор для связи: Крючкова Марина Николаевна; тел.: +7 (909) 400-00-13; e-mail: marina.gemchugina@yandex.ru

Для цитирования: Крючкова М.Н., Перехов А.Я. Симптомы сексуальной дисфункции у мужчин с синдромом хронической тазовой боли/хроническим простатитом III типа и депрессией. *Вестник урологии*. 2018;6(3):36-43. DOI:10.21886/2308-6424-2018-6-3-36-43

Symptoms of sexual dysfunction in men with chronic patient patial syndrome / chronic prostatit of III type and depression

M.N. Kryuchkova, A.Ya. Perechov

Rostov State Medical University; Rostov-on-Don, Russian Federation

Introduction. With CPPS / CP III, symptoms of sexual dysfunction and mental pathology are often simultaneously detected.

Goal. Analysis of sexual dysfunction in patients with CPPS / CP IIIA, CPPS / CP IIIB and the existing affective pathology, comparing these groups of patients with CPAP / CP IIIA and IIIB with each other.

Materials and methods. 65 men with type III CPAP / CP were examined, 41 patients were included, which comprised 2 comparison groups: 12 patients with CPPS / CP IIIA (group 1) and 29 patients with CPPS / CP IIIB - group 2. All patients did not have testosterone abnormalities, did not respond to standard urological therapy. Diagnosis of mental disorder and sexual dysfunction was established clinico-psychopathologically, the «International Index of Erectile Dysfunction» (ICEF) scale was applied; the severity of the pain was assessed using a visual analog scale (VAS).

Statistical calculations were performed in the R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria, version 3.2.

Results. Patients of both groups were diagnosed with a primary depressive episode in the 1st comparison group - 75%, in the 2nd comparison group in 80%; depressive episode within the recurrent (recurrent) depressive disorder - in the 1 group 25%, in the 2 group 7%, in the bipolar affective disorder only in the 1 group - 7%; 1 obsessive-compulsive disorder (Table 1) was diagnosed in 1 patient (3%) in the 2nd group. In both groups, moderate episodes of moderate severity predominated-92% in group 1 and 62% in group 2; Depressive episodes of mild degree were 8% in 1 group and 28% in 2 comparison groups; A severe depressive episode was observed only in the 2nd comparison group at 7%. Erectile dysfunction was detected in 75% of patients in group 1, 93% in patients in group 2, premature ejaculation in group 1 in 58%, in group 2 in 45% of patients, reduction in libido in group 1 in 92%, in group 2 in 100%, pain during the ejaculation in group 1 was presented by 33%, in the 2nd group in 28% of men.

Discussion and conclusions. Erectile dysfunction and decreased libido prevailed in patients of both comparison groups, were observed against the background of depressive episodes and, possibly, can be regarded as symptoms of disruption of vital functions within the atypical depressive syndrome of depressive disorders in both groups. ED, decreased libido (sexual desire, desire and attraction), premature ejaculation, general dissatisfaction with sexual intercourse were observed in both groups of patients with CPPS / CP III against a background of depressive episodes, comparing the frequency of occurrence of symptoms of sexual dysfunction does not reveal significant differences in the compared groups. It is advisable to further study the symptoms of sexual dysfunction in CPPS / CP III and psychopathology, their development in the length of the disease, and the relationship for the development of comprehensive CPPS / CP III therapy.

Key words: syndrome of chronic pelvic pain; depression; psychopathology; sexual dysfunction.

Disclosure: The study did not have sponsorship. The authors declare no conflict of interest.

Received: 04.09.2018. **Accepted:** 17.09.2018

For correspondence: Marina N. Kryuchkova; tel.: +7 (909) 400-00-13; e-mail: marina.gemchugina@yandex.ru

For citations: Kryuchkova M.N., Perechov A.Ya. Symptoms of sexual dysfunction in men with chronic patient patial syndrome / chronic prostatit of III type and depression. *Urology Herald*. 2018;6(3):36-43. DOI:10.21886/2308-6424-2018-6-3-36-43

Введение

СХТБ – самый распространённый урологический диагноз у мужчин моложе 50 лет и третий наиболее распространённый урологический диагноз у мужчин старше 50 лет [1-3].

В настоящее время множество работ посвящено изучению синдрома хронической тазовой боли (СХТБ), преимущественно СХТБ/ХП III типа (СХТБ/ХП III), так как эта группа пациентов страдает от боли, вы-

раженность которой такова, что может приводить к инвалидизации, при этом большая часть больных не получает облегчения своих страданий, и выявить причину болезни не удается [1]; зачастую боль при СХТБ/ХП III не имеет органической причины [1, 2].

Кроме боли, выступающими на первый план в клинической картине и субъективно не менее значимыми для больных, являются сексуальные нарушения, которые еще больше ухудшают качество их жизни [3].

До 72% [1] пациентов с СХТБ/ХП имеют сексуальную дисфункцию, включающую в себя частичное или полное нарушение эрекции (ЭД), снижение полового влечения, боль при эякуляции, во время или после коитуса, преждевременную эякуляцию (ПЭ), также данные пациенты сообщают о сниженном общем сексуальном удовлетворении половым актом [1,2].

В нескольких исследованиях показано, что сексуальная дисфункция связана с более высокой интенсивностью боли и значительным ухудшением качества жизни по сравнению с пациентами СХТБ/ХП без сексуальной дисфункции [1,4].

Последние исследования сообщают, что ЭД встречается в 0,6% - 48,3% случаев у данной категории больных, ПЭ имеет место в 26,2% - 77,3% наблюдений [1, 4].

В то же время во многих работах неоспоримым является мнение о тесном сосуществовании и взаимном влиянии СХТБ/ХП III и психических факторов (стресс, отсутствие поддержки со стороны супругов, недостаточное понимание и участие медицинского персонала), а также психической патологии (депрессией, ипохондрией, соматической дисфункцией, конверсионными расстройствами [2,3].

В то же время очевидным является факт тесной взаимосвязи депрессии и сексуальных нарушений [2-4].

В начале изучения этого вопроса большее значение придавалось самим сексуальным нарушениям, а расстройства настроения считались их следствием (данные взгляды возможно встретить и в настоящее время), сегодня нарушения в сексуальной сфере рассматривается не как причина, а как следствие душевных болезней [1, 2]. Наиболее частым психическим расстройством, обуславливающим сексуальную дисфункцию, является депрессия [6].

В целом частота сексуальных проблем у больных с депрессией примерно в 2—3 раза выше, чем в общей популяции — 50% по сравнению с 24% [2]. По данным ряда авторов [12—14], 75% мужчин с депрессией испытывают трудности в связи со сниженным сексуальным влечением, 21— 38% страдают преждевременной эякуляцией и 4—10% — оргазмическими расстройствами [1, 3, 4].

Наиболее трудными в диагностике являются маскированные (ларвированные, скрытые) депрессии, при которых сексуальные расстройства выступают на первый план в клинической картине, отодвигая и маскируя собой мягко выраженную депрессивную симптоматику [2].

Маскированная депрессия — эндогенное депрессивное расстройство лёгкой или средней степени тяжести, при котором доминирующими являются жалобы, расценивающиеся самим пациентом как следствие своего соматического состояния, тогда как собственно психопатологические признаки депрессии имеют стёртый, рудиментарный характер и отступают на задний план и самим больным либо игнорируются, либо обозначаются как вторичные или как психологически понятная реакция больного на своё недомогание [5].

Считаем необходимым пояснить, что депрессивный синдром при любой депрессии (классической, маскированной и т.д.) в структуре имеет ведущие симптомы (возникновение которых обусловлено основными патогенетическими механизмами болезни): сниженное настроение, гипобулия, замедление темпа мышления и дополнительные симптомы (определяющие тяжесть, выраженность патологического процесса) — сниженную самооценку, суицидальные мысли, тенденции и действия, а также угнетение влечений, включающие в себя нарушения сна, аппетита и сексуальной функции. Таким образом, нарушение сексуальной функции подразумевается в структуре депрессивного синдрома любой депрессии. Если дополнительные симптомы в структуре депрессивного синдрома выходят на первый план и преобладают в клинической картине болезни, то это и будет являться маскированной депрессией. Если преобладают симптомы нарушения сексуальной функции, то это так называемый сексологический вариант маскированной депрессии (называемый иногда псевдоимпотенцией) [5].

Если депрессия маскирована сексологическими жалобами, последние часто оцениваются больными как исключительно и только как сексуальные нарушения, воспринимающиеся единственными или первичными [1], пациенты расценивают своё состояние как соматическое заболевание, однако всевозможные, нередко дорогостоящие обследования не выявляют объективных изменений сексуальных нарушений или такие изменения слишком незначительны для того, чтобы объяснить выраженность и длительность существования симптоматики, путь к психиатру у таких пациентов и верифицирование депрессии в данном случае может занимать годы [2, 5].

Считаем необходимым также пояснить, что сексуальная дисфункция неорганической этиологии часто описывается и расценивается как психогенная сексуальная дисфункция, возникающая вследствие психологических (стрессорных) механизмов. В то время, как депрессия зачастую является эндогенным заболеванием, так и сексуальные нарушения, возникающие в её рамках, следует относить поэтому не к психогенным, а к психопатологическим расстройствам, в данном случае они обусловлены эндогенными механизмами и не связаны с психологическими стрессами [5].

Следует отметить, что ЭД, как и другие проявления сексуальной дисфункции, могут возникать в результате психогений (психические травмы, проблемы с партнером в паре, и/или личностное реагирование на психогению и стресс), но могут и не иметь связи с психогенией, а являться следствием психических (психиатрических) эндогенных заболеваний, в частности, эндогенных депрессий.

Важно, что любое возникшее сексуальное нарушение само по себе отрицательно влияет на пациента, поскольку неспособность к полноценной половой жизни является одной из самых сильных эмоциональных травм для мужчины любого возраста. У таких пациентов возникают катастрофизация своего забо-

левания [1, 5], а также болезненные личностные реакции в виде депрессивного аффекта, ещё более усугубляющего имеющуюся депрессию и усложняющего проведение терапевтических мероприятий [5]. Таким образом, существует биологическая двусторонняя связь между депрессией и многими сексуальными расстройствами, и обусловленные психосексуальной сферой проблемы могут быть психогенным фактором в развитии и поддержании уже существующего депрессивного расстройства. Это говорит о важности понимания патогенеза сексуальных нарушений, что имеет ключевое значение для их адекватной и высокоэффективной терапии.

В научной литературе, к сожалению, имеются скудные данные о нозологической принадлежности так часто и обильно выявляемой психопатологической симптоматики при СХТБ/ХП III. Как правило, речь идёт о перечислении отдельных симптомов тревоги и депрессии, выявленных при помощи шкал, что не позволяет судить о их нозологической принадлежности в полной мере. Аналогичная ситуация складывается и с симптомами сексуальной дисфункции, которые рассматриваются в отдельности как набор симптоматики, выявленной при помощи шкал, но практически нет работ, позволяющих судить о их нозологической принадлежности, их взаимосвязи с выявленной сопутствующей психопатологической симптоматикой.

Данная статья посвящена вопросу изучения связи депрессии и сексуальной дисфункции при СХТБ/ХП III.

Дефиниции

Нарушения сексуальной функции при СХТБ/ХП III включают эректильную дисфункцию (ЭД), преждевременную эякуляцию (ПЭ), снижение либидо, боли при эякуляции [1, 6].

Эректильная дисфункция

Эректильная дисфункция (ЭД) – невозможность достигать и поддерживать эрекцию, достаточную для проведения полового акта.

При этом пациент испытывает затруднения в достижении или сохранении достаточной ригидности полового члена на протяжении всего полового акта или на любом из его этапов. Также ещё одним признаком развития ЭД может являться сокращение продолжительности эрекции. В этом случае у мужчины сначала возникает эрекция, однако она не сохраняется достаточно долго для приносящего удовлетворение полового акта [8].

ЭД является весьма распространённой жалобой среди больных СХТБ/ХП. Распространённость ЭД у пациентов с СХТБ/ХП достигает 15 - 40,5% [1, 6]. Имеющиеся скудные данные о этиологии данной взаимосвязи [1, 6] высказывают многофакторную этиологию, включающую не только эндокринные, физиологические и органические причины ЭД, но и психологические и психопатологические, которые достоверно влияют на способность достижения и поддержания эрекции и могут играть ключевую роль в патогенезе ЭД у пациентов СХТБ/ХП [1,6].

Преждевременная эякуляция

Международное общество по вопросам сексуальной медицины (ISSM) в 2013 году пришло к мнению, что первичная и приобретённая ПЭ, хотя и представляют собой разные группы, отличающиеся различными этиологическими и демографическими показателями и разным патогенезом, объединяются между собой как отсутствие контроля эякуляции и наличие негативных личностных последствий при этом [1,8]. Поэтому ISSM было дано единое определение для ПЭ в целом на основе показателя времени от влагалищного проникновения до эякуляции, возможности сдерживать эякуляцию и отрицательном психическом влиянии ПЭ на пациентов:

- преждевременная эякуляция (ПЭ) – это сексуальная дисфункция мужчин, для которой характерны:
- эякуляция, всегда или в большинстве случаев возникающая до или в течение примерно 1 минуты после влагалищного проникновения (первичная ПЭ) или клинически значимое сокращение времени от влагалищного проникновения до эякуляции до 3 минут или менее (приобретённая ПЭ);
- невозможность задержать эякуляцию во всех или почти всех вагинальных проникновениях;
- сокращение времени от влагалищного проникновения до эякуляции субъективно значимо для больного и вызывает переживания, беспокойство по этому поводу и/или избегание сексуальных контактов [1, 8].

Хотя время от влагалищного проникновения до эякуляции менее 1 минуты встречается у немногих (около 2,5 %) мужчин в общей популяции, значительно большее число мужчин с нормальным временем от проникновения до эякуляции предъявляют жалобы на ПЭ [1, 8]. В связи с этим Вальдингером и Швейцаром было предложено четыре типа ПЭ на основании времени от влагалищного проникновения до эякуляции и частоты данной жалобы на протяжении жизни [1, 8]:

1. «Переменная» (эпизодическая) ПЭ – иногда наблюдающаяся ранняя эякуляция, которая рассматривается как вариант нормы

2. Преждевременная эякуляторная дисфункция (субъективная ПЭ) – пациенты предъявляют жалобы на ПЭ, фактически имея нормальное и даже более время эякуляции; их жалобы в данном случае связаны с индивидуальными представлениями и культуральными факторами о продолжительности полового акта

3. Врождённая/постоянная (первичная) ПЭ – в основе которой лежат нейробиологические функциональные нарушения

4. Приобретённая ПЭ – связанная с различными заболеваниями [1, 8].

В нескольких исследованиях сообщается, что ПЭ является часто встречающимся основным симптомом сексуального расстройства у мужчин с СХТБ/ХП (26-77,3% случаев [3] по сравнению с контролем (40%) [1, 3, 4].

Нарушения либидо

Либидо обычно обозначается как сексуальное влечение, желание, при этом объединяются два разных по своей сути понятия (Кашченко Е.А., 2014) [9].

На сегодняшний день либидо рассматривается как понятие, включающее в себя сексуальное желание, влечение и сексуальную аттракцию [9].

Сексуальное желание - тяга к обладанию, получению или осуществлению чего-то в сексуальной сфере человеческих отношений. Предполагает индивидуальное желание, способность к сексуальной активности и присутствует на двух уровнях – осознанном (управляемым корой головного мозга) и бессознательном (управляемым гормонально) (Кашченко Е.А., 2014) [9].

Сексуальное влечение – направленность на объект сексуального предпочтения. Благодаря влечению к объекту своего внимания на основе базового желания появляется возбуждение и все последующие звенья цепи сексуальных реакций человека (Кашченко Е.А., 2014) [9].

Сексуальная аттракция представляет собой притяжение (привлечение, привлекательность) между конкретными людьми, является парным феноменом (Кашченко Е.А., 2014) и наименее изученным [9].

Снижение либидо отмечено у 15-57% пациентов с СХТБ/ХП III [1].

Эякуляторная боль

В общей популяции эякуляторная боль встречается редко (1%) [4], в тоже время при СХТБ/ХП эякуляторная боль признана симптомом, характерным для мужчин с СХТБ/ХП, а в некоторых случаях может являться его единственным проявлением [1, 3, 6]. Так, у пациентов с СХТБ болезненная эякуляция была зарегистрирована в 18,6% наблюдений и была связана с более выраженными симптомами нижних мочевых путей (СНМП) и 72% и 75% заболеваемости ЭД и ПЭ соответственно [1, 3, 6].

При СХТБ/ХП, а также при депрессии данные сексуальные нарушения могут встречаться изолированно, но чаще описаны как одновременно наблюдающиеся у большинства пациентов. Так, у 70% мужчин с СХТБ/ХП одновременно выявляется уменьшение сексуального желания, 40% сообщили об уменьшении возбуждения/эрекции при этом, а 37% сообщили также о снижении оргазмической функции [1, 3, 6].

Учитывая двустороннюю взаимосвязь сексуальной дисфункции при СХТБ/ХП III и психопатологии, представляется целесообразным их изучение.

Цель исследования: анализ сексуальной дисфункции у пациентов с СХТБ/ХП III и имеющейся аффективной патологией, а также сравнение особенностей сексуальной дисфункции в двух группах – пациентов с СХТБ/ХП IIIА и пациентов с СХТБ/ХП IIIБ.

Материалы и методы

Обследовано 65 пациентов с диагнозом СХТБ III. 9 пациентов, не имеющих регулярной сексуальной активности или сексуального партнёра и 15 пациентов, не соответствующих критериям включения, были исключены из исследования.

Всего в исследование были включены 41 пациент. Из них 12 пациентов с СХТБ/ХП IIIА, составивших 1 группу сравнения и 29 пациентов с СХТБ/ХП IIIБ, составивших 2 группу сравнения.

Все пациенты не имели эндокринологических нарушений, в том числе нарушений показаний тестостерона.

Пациенты были обследованы квалифицированным урологом в соответствии со стандартом обследования при СХТБ/ХП III, данные пациенты не отвечали на стандартную урологическую терапию.

Диагноз психического расстройства и сексуальной дисфункции устанавливался при помощи клинико-психопатологического метода; также для верификации сексуальной дисфункции применялась шкала «Международный индекс эректильной дисфункции» (МИЭФ). Выраженность боли оценивалась по визуальной аналоговой шкале (ВАШ).

Средние значения рассчитывались как медиана, разброс среднего оценивался в квартилях. Сравнение медиан в группах проводилось с помощью теста Манна-Уитни, частот – с помощью точного теста Фишера. Различия признавались статистически значимыми на уровне $p < 0,05$. Расчёты выполнялись в R (версия 3.2, R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria).

Результаты

У всех пациентов обеих групп был диагностирован депрессивный эпизод, как первичный, так и в рамках рекуррентного (повторяющегося) депрессивного расстройства, биполярного аффективного расстройства; у 1 пациента (группа 2) диагностировано коморбидное первичному депрессивному эпизоду обсессивно-компульсивное расстройство (табл. 1).

При этом депрессивный эпизод тяжёлой степени был выявлен только во 2 группе – у 7% (2) пациентов, депрессивные эпизоды умеренной и лёгкой степени преобладали также во 2 группе у 62% (18) и 28% (8) пациентов соответственно (табл. 1).

Основными жалобами пациентов обеих групп являлись жалобы на нарушение сексуальной функции, которые по значимости занимали второе место после боли (при субъективном оценивании).

В обеих группах выявлено снижение эректильной функции – недостаточность эрекции при стимуляции, мастурбации, после стимуляции при попытке проведения коитуса, трудности сохранения эрекции во время коитуса и мастурбации. ЭД была выявлена у подавляющего числа пациентов обеих групп: у 75% (9 чел.) в 1 группе, в 93% случаев (27 чел.) у пациентов 2 группы, $p \leq 0.1$. Средние баллы по шкале МИЭФ для 1 группы составили 21,5 [5; 13; 24], для 2 группы 17 [10; 21], $p \leq 0.2$ – данные представлены в таблице 2.

Практически у всех пациентов обеих групп наблюдалось снижение сексуального желания и параллельно снижение сексуального влечения: в 1 группе у 92% (11 чел.), во 2 группе у 100% (29 чел.), $p \leq 0.3$. Снижение сексуальной аттракции выявлено у 59% (7 чел.) в 1 группе, у 92% (26 чел.) – во 2 группе сравнения.

Таблица 1. Психические расстройства, выявленные в обеих группах
Table 1. Psychiatric disorders identified in both groups

Диагноз, тяжесть психического расстройства / <i>Diagnosis, severity of mental disorder</i>	1 группа (III А) / Group 1 (III A) N=12	2 группа (III Б) / Group 2 (III B) N=29	p
Биполярное аффективное расстройство, текущий депрессивный эпизод / <i>Bipolar affective disorder, current depressive episode</i>	0 (0%)	2 (7%)	0,2
Депрессивный эпизод первичный / <i>Depressive episode primary</i>	9 (75%)	23 (80%)	0,2
Рекуррентное депрессивное расстройство / <i>Recurrent depressive disorder</i>	3 (25%)	2 (7%)	0,2
Депрессивный эпизод первичный. Обсессивно-компульсивное расстройство / <i>Depressive episode primary. Obsessive compulsive disorder</i>	0 (0%)	1 (3%)	0,2
Депрессивный эпизод лёгкой ст. / <i>Depressive episode of light art.</i>	1 (8%)	8 (28%)	0,2
Депрессивный эпизод умеренной ст. / <i>Depressive episode of moderate st.</i>	11 (92%)	18 (62%)	0,2
Депрессивный эпизод тяжёлой ст. / <i>Depressive episode of severe art.</i>	0 (0%)	2 (7%)	0,2

Таблица 2. ЭД в баллах по шкале МИЭФ в обеих группах
Table 2. Erectile dysfunction in balls on the scale International Index of Erectile Dysfunction in both groups

	1 группа (III А) / Group 1 (III A) N=12	2 группа (III Б) / Group 2 (III B) N=29	p
МИЭФ, баллы / <i>IEEF, balls</i>	21,5 [13; 24,5]	17 [10; 21]	0,2

Таблица 3. Симптомы сексуальной дисфункции
Table 3. Symptoms of sexual dysfunction

Симптом сексуальной дисфункции / <i>Symptom of sexual dysfunction</i>	1 группа (III А) / Group 1 (III A) N=12	2 группа (III Б) / Group 2 (III B) N=29	p
Эректильная дисфункция / <i>Erectile dysfunction</i>	9 (75%)	27 (93%)	0.1
Снижение либидо / <i>Decreased libido</i>	11 (92%)	29 (100%)	0.3
Неудовлетворенность половым актом / <i>Dissatisfaction with sexual intercourse</i>	8 (67%)	27 (93%)	0.05
Нарушение оргазмической функции / <i>Violation of the orgasmic function</i>	1 (8%)	0 (0%)	0.3
Боль при эякуляции / <i>Pain during ejaculation</i>	4 (33%)	8 (28%)	0.7
Преждевременная эякуляция / <i>Premature Ejaculation</i>	7 (58%)	13 (45%)	0.5

Нарушение оргазмической функции – отсутствие оргазма при эякуляции (меньше, чем в половине случаев коитусов) выявлено только в первой группе пациентов – 8% (1 чел.), $p \leq 0,3$.

Преждевременная эякуляция выявлена в 1 группе у 58% (7 чел.), во 2 группе у 45% (13 чел.). При этом преждевременная эякуляция являлась приобретённой (вторичной) в обеих группах, появилась в клинической картине на фоне сочетания СХТБ/ХП и аффективной патологии, $p \leq 0.5$. Неудовлетворён-

ность половым актом в целом выявлена у 67% (8 чел.) пациентов 1 группы и у 93% (27 чел.) пациентов 2 группы (табл. 3).

Жалобы на боли при эякуляции в 1 группе предъявляли 33% (4 чел.), во 2 группе – 28% (8 чел.), $p \leq 0.7$. Выраженность боли при эякуляции в обеих группах составляла 2-3 бала из 10 по визуальной аналоговой шкале боли и по продолжительности – от 1 до 15 минут во время полового акта и 15-30 минут после полового акта. (табл. 3).

Обсуждение и выводы

Эд, снижение либидо (сексуальных влечения, желания и аттракции), преждевременная эякуляция, общая неудовлетворённость половым актом наблюдались в обеих группах больных СХТБ/ХП III на фоне депрессивных эпизодов (одновременно с началом развития аффективных симптомов или в структуре СХТБ/ХП III на фоне уже развившейся депрессивной симптоматики).

Обращает на себя внимание, что эректильная дисфункция и снижение либидо преобладали практически у всех пациентов обеих групп сравнения, наблюдались на фоне депрессивных эпизодов и, возможно, могут расцениваться как симптомы нарушения витальных функций в рамках атипичного депрессивного синдрома расстройств депрессивного спектра в обеих группах.

Сексуальная дисфункция при СХТБ/ХП III как при абактериальной воспалительной, так и невоспали-

тельной его форме включает разнообразный спектр симптомов: эректильную дисфункцию, снижение сексуального влечения, болезненное семяизвержение и преждевременную эякуляцию. При этом сравнение частот встречаемости симптомов сексуальной дисфункции не выявляет значимых различий в сравниваемых группах.

Представляется целесообразным дальнейшее изучение симптомов сексуальной дисфункции при СХТБ/ХП III и психопатологии, их развитие в длиннике заболевания и взаимосвязь. Что позволит сформировать более полное представление об особенностях клинического фенотипа мужчин с СХТБ/ХП III, этиологии и патогенезе данного расстройства. А также приведёт к дальнейшей разработке комплексной терапии СХТБ/ХП III, учитывающей все компоненты заболевания и совокупность причинных факторов, так как только патогенетический подход к терапии, имеет эффективность при оказании помощи этой категории пациентов [1, 2].

ЛИТЕРАТУРА

1. Tran CN, Shoskes DA. Sexual dysfunction in chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. *World J Urol.* 2013;31(4):741-6. DOI: 10.1007/s00345-013-1076-5
2. Крючкова М.Н., Солдаткин В.А. Синдром хронической тазовой боли: психопатологические аспекты. *Вестник урологии.* 2017;5(1):52-63. DOI: 10.21886/2306-6424-2017-5-1-52-63
3. Anderson RU, Wise D, Sawyer T, Chan CA. Sexual dysfunction in men with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: improvement after trigger point release and paradoxical relaxation training. *J Urol.* 2006;176(4 Pt 1):1534-8; discussion 1538-9. PMID: 16952676 DOI: 10.1016/j.juro.2006.06.010
4. Shoskes DA. The challenge of erectile dysfunction in the man with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. *Curr Urol Rep.* 2012;13(4):263-7. DOI: 10.1007/s11934-012-0254-0
5. *Психиатрия. Ростовская научно-педагогическая школа.* Под ред. Солдаткина В.А. Ростов н/Д.: Профпресс; 2017.
6. Crofts M, Mead K, Persad R, Horner P. How to manage the chronic pelvic pain syndrome in men presenting to sexual health services. *Sex Transm Infect.* 2014;90(5):370-3. DOI: 10.1136/sextrans-2013-051432
7. Dimitrakov J, Joffe HV, Soldin SJ, Bolus R, Buffington CA, Nickel JC. Adrenocortical hormone abnormalities in men with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. *Urology.* 2008;71(2):261-6. DOI: 10.1016/j.urology.2007.09.025
8. Кочарян Г.С. Преждевременная эякуляция: общие представления. *Мир сексологии.* 2018;14. [Электронный доступ]. Доступно по: <http://1sexology.ru/prezhdevremennaya-eyakulyatsiya-obshhie-predstavleniya/> Ссылка активна на 02.09.2018.
9. Кащенко Е.А. Либидо: современный взгляд на вечное понятие. *Мир сексологии.* 2014;7. [Электронный доступ]. Доступно по: <http://1sexology.ru/7-libido-sovremennyy-vzglyad-na-vechnoe-ponyatie-2/> Ссылка активна на 02.09.2018.
10. Раснер П.И., Пушкарь Д.Ю. Эректильная дисфункция – разные решения одной проблемы или размышления на заданную тему. *Медицинский совет.* 2014;(19):64-71. DOI: 10.21518/2079-701X-2014-19-64-71

REFERENCES

1. Tran CN, Shoskes DA. Sexual dysfunction in chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. *World J Urol.* 2013;31(4):741-6. DOI: 10.1007/s00345-013-1076-5
2. Kryuchkova MN, Soldatkin VA. Chronic pelvic pain syndrome: a psychopathological aspects. *Vestnic urologii.* 2017;5(1):52-63. DOI: 10.21886/2308-6424-2017-5-1-52-63
3. Anderson RU, Wise D, Sawyer T, Chan CA. Sexual dysfunction in men with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: improvement after trigger point release and paradoxical relaxation training. *J Urol.* 2006. 176(4 Pt 1):1534-8; discussion 1538-9. PMID: 16952676 DOI: 10.1016/j.juro.2006.06.010
4. Shoskes DA. The challenge of erectile dysfunction in the man with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. *Curr Urol Rep.* 2012;13(4):263-7. DOI: 10.1007/s11934-012-0254-0
5. Soldatkin VA, eds. *Psikhiatriya. Rostovskaya nauchno-pedagogicheskaya shkola.* Rostov n/D: Profpress; 2017. (In Russ.)
6. Crofts M, Mead K, Persad R, Horner P. How to manage the chronic pelvic pain syndrome in men presenting to sexual health services. *Sex Transm Infect.* 2014;90(5):370-3. DOI: 10.1136/sextrans-2013-051432
7. Dimitrakov J, Joffe HV, Soldin SJ, Bolus R, Buffington CA, Nickel JC. Adrenocortical hormone abnormalities in men with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. *Urology.* 2008;71(2):261-6. DOI: 10.1016/j.urology.2007.09.025
8. Kocharyan GS. Prezhdevremennaya eyakulyatsiya: obshchiye predstavleniya. *Mir seksologii.* 2018;14. Available at: <http://1sexology.ru/prezhdevremennaya-eyakulyatsiya-obshhie-predstavleniya/> Accessed September 02, 2018. (In Russ.)
9. Kashchenko EA. Libido: sovremennyy vzglyad na vechnoye ponyatiye. *Mir seksologii.* 2014;7. Available at: <http://1sexology.ru/mir-seksologii/7-2/> Accessed September 02, 2018. (In Russ.)
10. Rasner PI, Pushkar' DYu. Erectile dysfunction is a different solution to one problem. *Meditinskii sovet.* 2014;(19):64-71. (In Russ.) DOI: 10.21518/2079-701X-2014-19-64-71
11. Mikhalev MA, Yagubov MI, Kibrik MD. Sexual dysfunction in men with depressive disorders. *Zhurnal nevrolo-*

11. Михалев М.А., Ягубов М.И., Кибрик М.Д. Сексуальные дисфункции у мужчин с депрессивными расстройствами. *Журнал неврологии и психиатрии*. 2015;4:108-112. DOI: 10.17116/jnevro201511541108-112.
12. Клиническая психометрика. Под ред. Солдаткина В.А. Ростов н/Д: Профпресс, 2015.
- gii i psikiatrii*. 2015;4:108-112. (In Russ.) DOI: 10.17116/jnevro201511541108-112
12. Soldatkin VA, eds. *Klinicheskaya psikhometrika*. Rostov n/D: Profpress; 2015. (In Russ.)

Сведения об авторах

Крючкова Марина Николаевна – ассистент кафедры психиатрии и наркологии ФПК и ППС ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России

ORCID iD: 0000-0002-1675-9906

e-mail: marina.gemchugina@yandex.ru

Перехов Алексей Яковлевич – к.м.н., доцент кафедры психиатрии и наркологии ФПК и ППС ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России

ORCID iD: 0000-0002-6629-7404

e-mail: perekhov_a@mail.ru

Information about the authors

Marina N. Kryuchkova – M.D.; Assistant of the Department of Psychiatry and Narcology, Rostov State Medical University
ORCID iD: 0000-0002-1675-9906

e-mail: marina.gemchugina@yandex.ru

Alexey Ya. Perekhov – M.D., Ph.D. doctoral candidate (M); Associate Professor, of the Department Psychiatry and Narcology, Rostov State Medical University

ORCID iD: 0000-0002-6629-7404

e-mail: perekhov_a@mail.ru