

*В.В.Воробьев***СЕКСОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ В ГЕНЕЗЕ МАСТОПАТИИ У ЖЕНЩИН**

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Ключевые слова: мастопатия, нарушение сексуального здоровья

Мастопатия – это дисгормональные доброкачественные заболевания молочных желез, характеризующиеся гиперплазией ее ткани. По определению Всемирной организации здравоохранения, мастопатия представляет собой фиброзно-кистозную болезнь, характеризующуюся нарушением соотношений железистого и соединительнотканного компонентов, широким спектром пролиферативных и регрессивных изменений тканей молочной железы.

Доброкачественные заболевания молочных желез диагностируются у каждой 4-й женщины в возрасте до 30 лет. У пациенток старше 40 лет различные патологические состояния молочных желез выявляются в 60% случаев. При этом наиболее часто – у половины больных – наблюдается диффузная форма фиброзно-кистозной ма-

стопатии, узловые формы мастопатии диагностируются у 20% пациенток позднего репродуктивного возраста, фиброаденомы – в 18% случаев, другие клинические формы – у 12% женщин. Таким образом, около 75–80% женщин репродуктивного возраста страдают различными заболеваниями молочных желез, часто объединяемыми термином «мастопатия» [1-4].

К сожалению, до последнего времени проблема изучения состояния сексуальной функции у больных мастопатией и влияния сексологических факторов на ее развитие и течение, оставалась вне поля зрения исследователей.

Учитывая вышеизложенное, целью настоящей работы стало изучение с позиций системного комплексного подхода сексуального здоровья женщин, страдающих мастопатией.

Материал и методы исследования

Всего обследовано 150 супружеских пар (СП), из них 100 – основная группа – в которых жены страдали мастопатией и 50 – контрольная группа, среди которых страдающих мастопатией не было. Супруги были в возрасте от 27 до 53 лет и в каждой паре входили в одну возрастную группу, не превышавшую 5 лет.

Анализ социально-демографических характеристик обследованных групп выявил однородность основных показателей, что стало основанием для вывода о репрезентативности полученных результатов исследования.

С позиции системного подхода к изучению сексуальности с учетом многомерности ее обеспечения, изучались биологические, социальные, психологические и социально-психологические аспекты ее формирования. Анализировался сексологический анамнез: сексуальные игры детского возраста; начало пробуждения платонического, эротического и сексуального либидо; наличие эротических сновидений, дневных поллюций, петтинга, сексуальных фрустраций; возраст первой эрекции, ойгархе (у мужчин), начало

menstruation (у женщин), их особенности; характеристика, тип, направленность и интенсивность мастурбации; начало половой жизни и ее особенности; либидональный гиператакис, процент оргастичности. Тип половой конституции у мужчин определялся по методике Г.С. Васильченко [5], согласно дизонтогенетичной концепции полового развития (В.М. Маслов, И.Л. Ботнева, Г.С. Васильченко, 1983), у женщин – с помощью векторной шкалы И.Л. Ботневой [6].

Оценку состояния сексуальной функции на момент обследования проводили с применением критериев состояния сексуального здоровья и проявлений сексуальности, разработанных В.В. Кришталем и соавт. [7]. Изучали закономерности сомато- и психосексуального развития обследованных, соответствие норме темпов полового созревания и синхронность прохождения его этапов, сформированность полового самосознания, стереотип полоролевого поведения и психосексуальную ориентацию. Степень реализации сексуальной функции оценивали с помощью количественных характеристик, уровня

осведомленности в вопросах секса, степени сформированности платонического, эротического и сексуального компонентов либидо (по В.В.Кришталю [7]), сексуальных фантазий (СФ) (по классификации Дж.Мастерс, В.Джонсон [8]), типов сексуальной культуры (ТСК), сексуальной мотивации (ТСМ), мотивов полового акта (МПА) (по В.В.Кришталю [7]), соответствия диапазона приемлемости и степени психосексуальной удовлетворенности.

Для определения влияния социальных, социально-психологических, психологических и биологических факторов на особенности сексуальности и ее реализации, использовали метод системно-структурного анализа [7]. При этом руководствовались четырехфакторной системной концепцией сексуального здоровья, предложенной В.В.Кришталем (2002) [9], согласно которой оно обеспечивается взаимодействием биологических, психологических, социально-психологических и социальных факторов. Социальное обеспечение детерминируется степенью социализации сексуальности, которая проявляется в усвоении сексуальных и общественных норм, а также сексуальной культурой индивида, которая обусловлена половым воспитанием, сексуальным образованием и осведомленностью в вопросах психогигиены половой жизни. В.В.Кришталю выделяет информационно-оценочную и социокультурную составляющие социального компонента. Психологическое обеспечение сексуального здоровья определяется влиянием индивидуальных психологических особенностей на развитие и проявления сексу-

альности и психических процессов (как сознательных, так и бессознательных). Социально-психологическое обеспечение, в свою очередь, предопределено парным характером сексуальной функции, которая понимает под собой дифференциацию мужских и женских социальных ролей, стереотипов маскулинного и фемининного поведения, особенностей межличностных отношений. Биологическое обеспечение сексуальности детерминировано генетическими и анатомо-физиологическими факторами и процессами. Оно включает в себя наследственность, особенности соматосексуального развития, тип половой конституции, наличие или отсутствие психических заболеваний, органических поражений головного мозга, состояние функционирования нервной, эндокринной систем и половых органов и т.д. Поэтому биологический компонент сексуального здоровья рассматривали как совокупность четырех составляющих: нейрогуморальной, нейрорегуляторной, психической и генитальной.

Системный анализ проводили в пять этапов: на первом по критериям сексуального здоровья оценивали состояние всех его компонентов и составляющих у каждого из обследованных; на втором устанавливали уровень поражения компонентов, что дало возможность определить степень участия каждого из них в генезе нарушения сексуального здоровья; на третьем этапе определяли форму нарушения сексуальности; на четвертом формулировали клинический, психологический и социальный диагноз; на пятом давался заключительный диагностический вывод.

Результаты исследования и их обсуждение

У всех супругов СП основной группы диагностированы клинически выраженные расстройства сексуальности (отвечающие критериям МКБ-10). В контрольной группе не обнаружено ни клинически очерченных, ни донологических проявлений нарушения сексуального здоровья.

Нозологическая структура вышеупомянутых расстройств у супругов основной группы представлена в табл. 1. Так, практически у всех женщин выявлена оргазмическая дисфункция F 52.3 ($91 \pm 2,8\%$), относительная сексуальная аверсия и отсутствие сексуального удовлетворения F 52.1 (100%). Мужчинам были присущи относительные потеря полового влечения к партнерше ($29 \pm 4,6\%$), сексуальная аверсия ($24 \pm 4,3\%$) и отсутствие сексуального удовлетворения ($56 \pm 5,0\%$). Кроме того, у $14 \pm 3,6\%$ имела место

эректильная дисфункция F 52.2, а у $29 \pm 4,6\%$ – преждевременная эякуляция F 52.4.

В результате дальнейшего изучения состояния сексуального здоровья и проявлений сексуальности установлено, что у обследованных супругов основной группы имели место существенные отличия в клинических проявлениях нарушений сексуальности, а также в механизмах их возникновения. У 69 СП (первая подгруппа) наблюдались нарушения коммуникации мужчин и женщин вследствие наличия внутриличностного и межличностного конфликтов, нарушения взаимоотношений и неумения контактировать, выражать свои потребности и ожидания, в частности, в сексуальной сфере. Эти расстройства стали причиной развития коммуникативной формы сексуальной

дезадаптации (КФСД). В других случаях (31 СП, вторая подгруппа) диагностировано, в первую очередь, несоответствие диапазонов приемлемости, обусловленное расхождением ТСМ, МПА,

несоответствием техники секса, не отвечающей ожиданиям или желаемой модели партнера. Это стало причиной возникновения сексуально-эротической формы дезадаптации (СЭФСД).

Таблица 1

Нозологическая структура нарушений сексуальности у супругов основной группы, %±m

Нозологические кластеры нарушения сексуальности	Всего	
	ж, n=100	м, n=100
Оргазмическая дисфункция F 52.3	91±2,8	–
Отсутствие или потеря полового влечения F 52.0 (относительное)	59±4,9	29±4,6
Сексуальное отвращение и отсутствие сексуального удовлетворения F 52.1 (относительные)		
F 52.10 Сексуальное отвращение (относительное)	33±4,7	24±4,3
F 52.11 Отсутствие сексуального удовлетворения (относительное)	60±4,9	56±5,0
Диспареуния неорганической природы F 52.6	28±4,5	–
Отсутствие генитальной реакции F 52.2 (относительное)	–	14±3,6
Преждевременная эякуляция F52.4	–	29±4,6

Результаты изучения клиники нарушений сексуального здоровья в зависимости от фор-

мы сексуальной дезадаптации представлены в таблице 2.

Таблица 2

Нозологическая структура нарушений сексуальности у супругов основной группы в зависимости от формы дезадаптации, %±m

Нозологическая структура нарушения сексуального здоровья	Формы дезадаптации			
	коммуникативная		сексуально-эротическая	
	ж, n = 69	м, n = 69	ж, n = 31	м, n = 31
Оргазмическая дисфункция F 52.3	85,5±3,5	–	100,0	–
Отсутствие или потеря полового влечения F 52.0 (относительная)	33,3±4,7	18,8±3,9	100,0	45,2±5,0
F 52.10 Сексуальная аверсия (относительная)	5,8±2,3	–	77,4±4,2	61,3±4,9
F 52.11 Отсутствие сексуального удовлетворения (относительная)	34,8±4,8	27,5±4,5	100,0	100,0
Диспареуния неорганической природы F 52.6	13,0±3,4	–	54,8±5,0	–
Отсутствие генитальной реакции F 52.2 (относительная)	–	4,3±2,0	–	32,3±4,7
Преждевременная эякуляция F52.4	–	17,4±3,8	–	48,4±5,0

Из табл.2 видно, что у большинства женщин обеих подгрупп наблюдалась аноргазмия, чаще сочетанная с гиполибидемией разной степени выраженности, а также психосексуальная неудовлетворенность. Во второй подгруппе коморбидность синдромов оргазмичной и либидинозной дисфункции была присуща всем женщинам. Кроме того, пациентки второй подгруппы в 100%

случаев отмечали относительную психосексуальную неудовлетворенность и в 77,4 ± 4,2% случаев относительную сексуальную аверсию. У значительного количества мужчин также выявлены сексуальные нарушения, но удельный вес их был большим среди обследованных второй подгруппы. Так, у 32,3 ± 4,7% мужчин второй подгруппы имела место относительная эрек-

тильная дисфункция, изолированная или сочетанная с гиполибидемией ($45,2 \pm 5,0\%$), преждевременное семяизвержение – у $48,4 \pm 5,0\%$. Кроме того, отсутствие психосексуального удовлетворения констатировали все мужчины второй и $27,5 \pm 4,5\%$ первой подгруппы, к тому же, $61,3 \pm 4,9\%$ мужей второй подгруппы отмечали наличие относительной сексуальной аверсии.

Необходимо отметить, что супруги первой подгруппы отмечали постепенное развитие КФСД, с прогрессированием ухудшения межличностных отношений, в то время как у СП второй подгруппы СЭФСД развивалась сразу на начальных этапах создания семьи, главным образом, за счет дискомплементарности реализации сексуальности супругов. Углубленное клинико-анамнестическое исследование позволило установить, что во всех случаях независимо от формы сексуальной дезадаптации, у всех СП основной группы нарушения реализации сексуальности возникали раньше, чем заболевание мастопатией у жены.

Темп полового развития оказался нарушенным и у мужчин, и у женщин основной группы. Ускоренное соматосексуальное и/или психосексуальное развитие наблюдалось только в первой подгруппе, при КФСД. Среди расстройств темпа полового созревания чаще всего имела место ретардация его психосексуальной составляющей: она отмечалась у большинства супругов из обеих подгрупп, но преимущественно – во второй, у лиц из СЭФСД.

Полоролевое поведение было нарушено, главным образом, у супругов первой подгруппы (с КФСД), причем в подавляющем количестве имела место его трансформация. При СЭФСД нарушение полоролевого поведения встречалось в достоверно меньшем количестве случаев.

Подавляющее число обследованных основной группы страдали от недостаточной информированности в области секса, за счет чего происходила неправильная оценка своих и партнера сексуальных проявлений.

Среди ТСМ у мужчин преобладал агрессивно-эгоистический ($27,5 \pm 4,5\%$ в первой и $35,5 \pm 4,8\%$ второй подгруппах соответственно), генитальный ($32,3 \pm 4,7\%$ случаев второй подгруппы) и легкомысленно-безответственный ($23,2 \pm 4,2\%$ и $22,6 \pm 4,2\%$ соответственно). Для женщин первой подгруппы присущими оказались игровой ($27,5 \pm 4,5\%$), агрессивно-эгоистический ($17,4 \pm 3,8\%$) и легкомысленно-безответственный ($18,8 \pm 3,9\%$) ее типы, а во второй подгруппе преобладали шаблонно-регламентированный ($41,9 \pm 4,9\%$) и пассивно-подчиняемый

($19,4 \pm 4,0\%$) типы. Такое несоответствие сексуальной мотивации, равно как и отсутствие у мужчин и женщин основной группы гармоничного (взаимно-альтруистичного коммуникативно-гедонического) ее типа служило существенным дисгармонирующим фактором, который препятствовал сексуальной адаптации супругов. Из мотивов полового акта у мужчин и женщин с КФСД чаще всего встречались: достижение оргазма ($27,5 \pm 4,5\%$ и $33,3 \pm 4,7\%$ соответственно) и выполнение долга ($27,5 \pm 4,5\%$ и $43,5 \pm 5,0\%$ соответственно); среди лиц из СЭФСД также преобладало стремление получить наслаждение ($38,7 \pm 4,9\%$ мужчин и $32,3 \pm 4,7\%$ женщин), хотя для $22,6 \pm 4,2\%$ мужей половой акт оказался просто релаксационным, а для $29,0 \pm 4,5\%$ жен – коммуникационным средством. Нужно отметить, что ни у кого из исследованных основной группы среди МПА не встречалось стремления предоставить чувственное наслаждение партнеру.

Половая конституция у большинства лиц с КФСД оказалась средней ($53,6 \pm 5,0\%$ мужчин и $44,9 \pm 5,0\%$ женщин), а у супругов с СЭФСД – слабой ($54,8 \pm 5,0\%$ мужей и $41,9 \pm 4,9\%$ жен). Также обращал внимание факт отсутствия лиц с сильной половой конституцией среди мужчин с СЭФСД. Эти данные полностью совпадали с результатами изучения выраженности либидо. Так, среди супругов второй подгруппы в подавляющем количестве случаев имела место слабость всех (платонического, эротического и сексуального) его компонентов: $87,1 \pm 3,4\%$ – $61,3 \pm 4,9\%$ – $48,4 \pm 5,0\%$ соответственно, у мужчин и $80,6 \pm 4,0\%$ – $90,3 \pm 3,0\%$ – $100,0\%$ соответственно, у женщин.

Содержанием сексуальных фантазий при КФСД у мужчин часто был орально-генитальный ($29,0 \pm 4,5\%$) или генитально-анальный секс ($27,5 \pm 4,5\%$), а у женщин – половой акт с воображаемым партнером ($34,8 \pm 4,8\%$). При СЭФСД сексуальные фантазии у мужчин содержали мысли о групповом ($35,5 \pm 4,8\%$) или генитально-анальном сексе ($25,8 \pm 4,4\%$), у женщин – орально-генитальном ($25,8 \pm 4,4\%$) или также групповом ($25,8 \pm 4,4\%$).

Притупленность сексуальных ощущений отмечали все супруги с СЭФСД и значительное количество – с КФСД.

Из общего количества обследованных основной группы только $26,3 \pm 4,4\%$ мужчин и $31,6 \pm 4,6\%$ женщин чувствовали любовь к своему партнеру, среди других чувств преобладали любопытство ($36,2 \pm 4,8\%$ мужей и $30,4 \pm 4,6\%$ жен первой подгруппы), привычка ($16,1 \pm 3,7\%$

мужчин и $22,6 \pm 4,2\%$ женщин второй подгруппы), безразличие ($22,6 \pm 4,2\%$ мужчин и $19,4 \pm 4,0\%$ женщин из СЭФСД) или расчет ($16,1 \pm 3,7\%$ мужчин и $29,0 \pm 4,5\%$ женщин второй подгруппы).

Среди ТСК одним из более распространенных оказался примитивный (у мужчин: $18,8 \pm 3,9\%$ первой и $25,8 \pm 4,4\%$ второй подгрупп; среди женщин: $14,5 \pm 3,5\%$ первой и $16,1 \pm 3,7\%$ второй подгрупп), для мужчин с КФСД присущими оказались также либеральный ($17,4 \pm 3,8\%$) и патриархальный ($18,8 \pm 3,9\%$), а для $29,0 \pm 4,5\%$ мужчин с СЭФСД – невротический тип. Среди женщин для $18,8 \pm 3,9\%$ лиц с КФСД характерным выявился гиперролевой, а для $19,4 \pm 4,0\%$ с СЭФСД – репрессивный типы сексуальной культуры. Таким образом, среди супругов с КФСД распространенными оказались дисгармоничные типы СК, а супругам с СЭФСД присущими оказались девиантофильные и асексуальные ТСК.

Степень сексуальной привлекательности партнера у супругов с КФСД находилась в пределах «высокой» ($44,9 \pm 5,0\%$ мужчин и $42,0 \pm 4,9\%$ женщин) и «средней» ($39,1 \pm 4,9\%$ мужчин и $47,8 \pm 5,0\%$ женщин), а у супругов с СЭФСД – «средней» ($58,1 \pm 4,9\%$ мужчин и $41,9 \pm 4,9\%$ женщин) и «низкой» ($32,3 \pm 4,7\%$ мужчин и $54,1 \pm 4,9\%$ женщин).

Почти у всех обследованных мужчин основной группы ($86,0 \pm 3,5\%$) обнаружено отсутствие умения регулировать эякуляцию, особенно среди лиц второй подгруппы (100%), что прямо коррелировало с данными о крайне низкой оргастичности их жен, которая наблюдалась в $85,5 \pm 3,5\%$ в первой и в 100% во второй подгруппах. Сексуальная активность супругов с КФСД в целом отвечала их половой конституции, а среди лиц с СЭФСД была снижена, особенно среди женщин, $84,4 \pm 3,6\%$ которых желали бы иметь половые отношения не больше, чем 1 раз в 10 дней.

При сравнении степени соответствия сексуально-эротического поведения супругов основной группы четко прослеживалась разница между формами имеющейся у них сексуальной дезадаптации. При КФСД диапазон приемлемости, проведение предыдущего периода полового акта, его техника, и поза, а также активность, полностью (реже частично), отвечали ожиданиям и желанием партнеров. При СЭФСД отмеча-

лись абсолютное несоответствие поведения мужчины и женщины по всем перечисленным показателям. Психосексуальная неудовлетворенность наблюдалась у $56,1 \pm 5,0\%$ мужчин и $60,5 \pm 4,9\%$ женщин из общего количества обследованных основной группы, из них у супругов с СЭФСД – в 100% случаев.

В то же время, показатели реализации сексуальности у СП контрольной группы свидетельствовали о наличии гармоничных сексуальных отношений между супругами. Так, для них выявились характерными гармоничный ($66,0 \pm 4,7\%$ женщин и $56,0 \pm 5,0\%$ мужчин) и игровой ($34,0 \pm 4,7\%$ и $44,0 \pm 5,0\%$, соответственно) ТСМ, среди МПА преобладало стремление доставить наслаждение партнеру ($92,0 \pm 2,7\%$ женщин и $88,0 \pm 3,2\%$ мужчин), к друг другу супруги испытывали любовь ($84,0 \pm 3,7\%$ жен и $88,0 \pm 3,2\%$ мужей) или интерес ($16,0 \pm 3,7\%$ женщин и $12,0 \pm 3,2\%$ мужчин), им были присущи аполлоновский ($78,0 \pm 4,1\%$ женщин и $86,0 \pm 3,5\%$ мужчин) и мистический ($22,0 \pm 4,1\%$ и $14,0 \pm 3,5\%$, соответственно) ТСК, $96,0 \pm 2,0\%$ женщин испытывали оргазм более чем в 50% половых актов, супруги имели высокую сексуальную привлекательность друг для друга и полное соответствие сексуально-эротического поведения желаниям и потребностям друг друга.

Системно-структурный анализ сексуального здоровья по его компонентам и составляющим позволил выявить их сочетанное стержневое поражение как причину развития сексуальных расстройств и сексуальной дезадаптации у СП основной группы. У всех обследованных основной группы имело место сочетанное поражение компонентов и составляющих сексуального здоровья, причем чаще всего (у женщин) психологического, социально-психологического компонентов, а также нейрогуморальной и психической составляющей биологического компонента.

В целом, проведенное исследование позволило установить существования разнообразного спектра нарушений сексуального здоровья у женщин, страдающих мастопатией, выделить различные клинические формы сексуальной дезадаптации СП, в которой у супруги выявлена мастопатия, а также - сделать вывод об имеющемся негативном влиянии сексологических факторов в генезе мастопатии у женщин.

СЕКСОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ В ГЕНЕЗІ МАСТОПАТІЇ У ЖІНОК

Харківська медична академія післядипломної освіти

В роботі приведені дані аналізу стану сексуального здоров'я у жінок з мастопатією порівняльно з відносно здоровими жінками. Встановлено, що усі жінки з мастопатією страждають на порушення сексуального здоров'я подружню сексуальну дезадаптації, на відміну від відносно здорових жінок. Зроблено висновок про негативний вплив сексологічних факторів в генезі мастопатії у жінок. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2008. — № 2 (19). — С. 10-15).

V.V. Vorob'ev

SEXOLOGICAL ASPECTS IN GENESIS OF MASTOPATHY FOR WOMEN

Kharkiv medical academy of postdiplome education

The information to the analysis of the state of sexual health for women from mastopathy comparatively from relatively by healthy women are resulted. It is set that all women from mastopathy suffer on violation of sexual health matrimonial sexual dezadaptation, unlike in relation to healthy women. A conclusion about negative influence of sexological factors in genesis of mastopathy for women is done. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2008. — № 2 (19). — P. 10-15).

Литература

1. Тагиева Т.Т. Мастопатия: негормональные методы лечения // Гинекология. Журнал практикующих врачей. — 2004. — Т. 06, № 5 // <http://www.consilium-medicum.com>.
2. Сидоренко Л.Н. Мастопатия: психосоматические аспекты. - 2-е изд., перераб. - Л.: Медицина, 1991. — 264 с.
3. Мастопатия: болезнь благополучных http://www.wlal.ru/womans-health/womans-health_50.html.
4. Сидоренко Л.Н. Причины мастопатии, ч. 2 // <http://www.rasmas.info/archive.phtml?did=691&y=2004&m=2&d=24>.
5. Частная сексопатология: Руководство для врачей / Под ред. проф. Г.С.Васильченко. — М.: Медицина, 1983. — Т. 2. — 243 с.
6. Ботнева И.Л. Особенности структурного анализа сексуальных расстройств у женщин // Общ. сексопатология / Под ред. Г.С.Васильченко. — Москва: Медицина, 1983. — Т. 1. — С. 69-89.
7. Кришталь В.В., Кришталь С.В., Кришталь Т.В. Сексология: навчальний посібник: в 4-х ч. - Харків: Фоліо, 2008. - 990 с.
8. Masters W.H., Johnson V. and Kolodny R. Textbook of Sexual Medicine (2nd edition). — Boston, Mass., Little Brown — 1984.
9. Кришталь В.В., Григорян С.Р. Сексология. Учебное пособие. — М.: ПЕР СЭ, 2002. — 879 с.

Поступила в редакцию 9.09.2008