

## Лечение сексуальных расстройств в отдаленном периоде черепно-мозговой травмы в структуре комплексной нейрореабилитации

Б.Г. Драницына, Н.Д. Кибрик

Московский научно-исследовательский институт психиатрии – филиал ФГБУ  
«Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии» Минздрава России;  
Россия, 107076, Москва, ул. Потешная, 3, стр. 10

Контакты: Бибигуль Галиевна Драницына b.karasheva@gmail.com

В обзоре отражена актуальность проблемы последствий черепно-мозговой травмы (ЧМТ). Представлены результаты исследования группы мужчин с отдаленными последствиями ЧМТ, имеющих те или иные сексуальные дисфункции. В ходе работы были использованы клинико-сексологические, психопатологические, клинико-психометрические, статистические, а также дополнительные методы исследования. Все пациенты были разделены на 3 группы в зависимости от давности полученной травмы. Весь спектр проводимых нейрореабилитационных мероприятий носил комплексный характер и был направлен на восстановление утраченных функций с учетом выявленных сексуальных расстройств, психопатологической симптоматики. В рамках комплексной нейрореабилитации применяли медикаментозную терапию, психотерапию, логотерапию, а также лечебную физкультуру, массаж, физиотерапевтическое воздействие, иглорефлексотерапию. Базовым было симптоматическое лечение, направленное на коррекцию психопатологических проявлений (аффективных расстройств, астенических состояний, судорожного синдрома). Большое внимание уделяли психотерапевтической работе, так как ЧМТ приводит не только к нарушениям в работе организма человека, но и влечет за собой ряд социальных, коммуникативных проблем, в результате чего развивается семейно-сексуальная дисгармония. Описаны основные этапы психотерапии с учетом особенностей социального функционирования, межпартнерских отношений, сексуальных функций пациентов, а также их половой конституции. Приведены результаты оценки эффективности проведенной терапии при сравнении изучаемой группы с пациентами, которые не получали специфическую терапию (контрольная группа).

**Ключевые слова:** психиатрия, сексология, психотерапия, черепно-мозговая травма, сексуальная дисфункция, эректильная дисфункция, последствия травмы головы, тревога, депрессия, семейная дисгармония, нейрореабилитация, лечение сексуальных расстройств

DOI: 10.17650/2070-9781-2015-16-2-9-15

### Management of sexual disorders in long-term of craniocerebral injury within the complex neurorehabilitation

B.G. Dranitsyna, N.D. Kibrik

Moscow Research Institute of Psychiatry –  
branch of Federal Medical Research Center of Psychiatry and Addictology, Ministry of Health of Russia;  
3 bldg. 10 Poteshnaya St., Moscow, 107076, Russia

The article describes the importance of the problem of consequences of traumatic brain injury. The study included men with long-term consequences of traumatic brain injury with sexual dysfunction. The study used sexological, psychopathological, psychometric, statistical techniques and additional methods. All patients were divided into three groups depending on the time of the injury. All rehabilitation aimed at restoring lost functions, taking into account the identified sexual dysfunction symptoms. Drug therapy, psychotherapy, logotherapy, massage, physiotherapy effects, acupuncture is used in rehabilitation. Symptomatic treatment was aimed at correcting the underlying psychopathology (affective disorders, asthenic conditions, seizures). Much attention is paid to the psychotherapeutic work, because traumatic brain injury not only leads to a change in the functioning of the human, but also entails a number of social, communication problems, resulting in developing family and sexual disharmony. The basic stages of therapy, taking into account the peculiarities of social functioning, relationships, sexual function of patients and their sexual constitution. The results of evaluation of the effectiveness of the therapy in the study group compared with the control group of patients who were not receiving specific therapy.

**Key words:** psychiatry, sexology, psychotherapy, traumatic brain injury, sexual dysfunction, erectile dysfunction, consequences of head trauma, anxiety, depression, sexual disharmony, neurorehabilitation, treatment of sexual disorders

### Введение

По данным Всемирной организации здравоохранения, частота черепно-мозговой травмы (ЧМТ) с каждым годом увеличивается. Вместе с техническим прогрессом растет число тяжелых видов травм. В России частота ЧМТ составляет 4,5 на 1000 населения в год. Среди причин смертности в России травма занимает 2-е место, при этом ЧМТ составляет 50–60 % [1].

Особенности клинической картины и динамических изменений сексуальных расстройств после ЧМТ недостаточно изучены. Дифференцированный подход к определению различных вариантов половых дисфункций (изолированных и комбинированных) представлен лишь фрагментарно.

В последнее время появляется все больше работ, связанных с изучением сексуальной функции в совокупности с другими последствиями ЧМТ (двигательная активность, социальное функционирование, нейропсихологические и психиатрические аспекты и т. д.) [2–7].

При повышенном интересе к проблеме последствий ЧМТ в последнее время в связи с новыми методами исследования [3, 4, 8, 9] недостаточное внимание уделяется восстановлению сексуальной функции. Несмотря на устойчивость и многомерность, половая функция зависима от психических последствий ЧМТ и требует учета их особенностей в разработке лечебно-реабилитационных мероприятий, направленных на восстановление сексуальной функции и улучшение качества жизни. Основная трудность лечения такого рода сексуальных расстройств обусловлена сложностью их этиопатогенетических механизмов, а также вовлеченностью клиничко-морфологических структур головного мозга [10, 11].

Проблема необходимости реабилитационных мероприятий, направленных на восстановление сексуального здоровья, поднимается в основном в зарубежных исследованиях [2, 5, 7, 9, 12].

### Материалы и методы

Обследованы 104 мужчины в возрасте 18–50 лет, средний возраст составил  $34,2 \pm 9$  лет. Средний возраст получения травмы –  $29,6 \pm 8,7$  года. Средняя продолжительность посттравматического периода составила  $4,5 \pm 4,5$  года и варьировала от 1 года до 25 лет.

В ходе работы была изучена медицинская документация всех пациентов и опрошены их супруги, партнеры и родители. Клиническую диагностику и отбор пациентов проводили на основании диагностических критериев сексуальных расстройств, а также критериев Международной классификации болезней 10-го пересмотра.

Критерии включения:

- наличие в анамнезе сведений о перенесенной ЧМТ. Диагноз – расстройство личности органической этиологии (F07.0), постконтузионный синдром (F07.2);

- длительность посттравматического периода более 1 года;
- наличие жалоб сексуального характера;
- информированное согласие на участие в исследовании.

Критериями исключения являлись эндокринные, соматические заболевания в стадии декомпенсации, психические расстройства (эндогенные, циклотимические), неврологическая патология (инсульт, опухоль головного мозга, энцефалит).

В исследовании применяли следующие методы:

- клиничко-психопатологический;
- клиничко-сексологический: анамнестические сведения о больном, квантифицированная шкала сексуальной формулы мужской (СФМ), шкала векторного определения половой конституции мужчин;
- клиничко-психометрический: Мюнхенский личностный тест (МЛТ) (Von Zerssen, 1988);
- тест-опросник удовлетворенности браком (В.В. Столин, Т.Л. Романова, Г.П. Бутенко, 1984).

Дополнительные методы исследования: нейровизуализационный метод (магнитно-резонансная томография головного мозга, компьютерная томография головного мозга, ультразвуковая доплерография и транскраниальная доплерография сосудов головного мозга), статистический метод.

В соответствии с длительностью посттравматического периода [1] все пациенты были разделены на 3 группы. Такое распределение позволило оценить все проявления половой функции в зависимости от давности полученной травмы. В 1-ю группу ( $n = 21$ ) были включены больные, которые перенесли ЧМТ не менее 1 года назад. Во 2-ю группу ( $n = 40$ ) входили пациенты с посттравматическим периодом 2–3 года. В 3-ю группу ( $n = 43$ ) были включены пациенты, перенесшие травму более 3 лет назад.

Последствия ЧМТ затрагивают все функциональные системы, соответствующие их проекциям тех или иных мозговых структур и проводящим путям: мотонейроны, афферентную импульсацию, т. е. двигательную активность, высшие психические функции и т. д.

Весь спектр проводимых нейрореабилитационных мероприятий носил комплексный характер и был направлен на восстановление утраченных функций. Помимо психопатологических последствий проблему составлял исход очагового поражения головного мозга.

В рамках комплексной нейрореабилитации применяли медикаментозную терапию (психофармакотерапию, нейропротективную), психотерапию (парную, секс-терапию, рациональную), логотерапию, а также лечебную физкультуру, массаж, физиотерапевтическое воздействие, иглорефлексотерапию.



К базовой терапии относится симптоматическое лечение: при астенических состояниях — общеукрепляющие, нейрометаболические, витаминные и ноотропные препараты; при судорожном синдроме и дисфорических состояниях — противоэпилептические препараты в эквивалентных дозах. При этом следует учитывать побочное воздействие их на сексуальные проявления. Прием половых гормонов показан при гипогонадизме вследствие гипоталамических нарушений. Вазоактивные препараты применяли как для общего действия при дисциркуляциях, так и для селективного, в большей степени для психотерапевтической коррекции. Особые состояния в виде лобного синдрома с мориеподобными проявлениями, сексуальной расторможенностью требуют назначения нейролептической терапии. При аффективных расстройствах в виде депрессивных симптомов следует назначать антидепрессанты группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС), в тяжелых ситуациях можно использовать трициклические антидепрессанты. Стабилизация эмоционально-личностных проявлений улучшает эффективность психотерапевтического воздействия.

Ввиду неизбежной сопутствующей психической патологии применяли психофармакотерапию в виде транквилизаторов, противоэпилептических препаратов и антидепрессантов. Среди лекарственных препаратов предпочтение отдавали ноотропным средствам (пантогам 500–1000 мг, фенотропил 100 мг), антиоксидантным (мексидол 125 мг), нейропротективным (кортексин 10 мг) и вазоактивным (кавинтон 5–10 мг/сут) препаратам. Для лечения невротических расстройств с проявлением тревожности использовали анксиолитики: атаракс 25–50 мг/сут, грандаксин 50–100 мг/сут. Антидепрессанты назначали в виде трициклических (азафен) препаратов, СИОЗС (сертралин 50–100 мг/сут), тразодона 150 мг/сут, последний был препаратом выбора. При судорожной активности головного мозга применяли антиконвульсанты: карбамазепин 200–800 мг/сут, препараты вальпроевой кислоты 400–900 мг/сут.

Противоэпилептические препараты назначали при 2 и более приступах в анамнезе. Пациенты, как правило, поступали в стационар уже с назначенной терапией антиконвульсантами. В 6 случаях пациентам назначали терапию на момент исследования.

В целях снижения утомляемости и улучшения общего самочувствия применяли адаптогены (витаминные комплексы с содержанием женьшеня, настойка лимонника).

Тяжесть состояния, т. е. наличие депрессивного эпизода средней степени выраженности, определяла назначение антидепрессивной терапии. Сами по себе антидепрессанты, а именно СИОЗС (сертралин), могут приводить к сексуальным дисфункциям, поэтому пред-

почтение отдавали тразодону. Со всеми пациентами проводили психотерапевтическую работу. С учетом того, что депрессивная симптоматика была реактивной, это увеличивало эффективность проводимой терапии.

Выраженность тревожной симптоматики в рамках депрессивного эпизода определяла выбор анксиолитического препарата. При сопряженности недостаточной эрекции с ускоренным семяизвержением предпочтение отдавали антидепрессантам. Однако большое внимание уделяли психотерапевтическому воздействию, так как наличие установок, психотравмирующих ситуаций приводило к дезадаптации и последующим проблемам сексуального характера и дисгармоничным отношениям в паре.

Среди психотерапевтических методик применяли рациональную, когнитивную и поведенческую терапию, интегрированную в секс-терапию. Также использовали элементы гипнотерапии.

В психотерапевтической работе выделяли аффективный, когнитивный и поведенческий компоненты. Аффективная окраска была обусловлена личностными характеристиками, выраженностью дефекта после ЧМТ и проявлялась тревогой, депрессией, тоской, обидой и стремлением к одиночеству.

В когнитивный компонент входило ощущение пациентом своей несостоятельности, никчемности, многие считали себя «обузой» для близких. При этом хорошее отношение и опека со стороны партнеров и родственников не обеспечивали комфортное состояние пациентов. Чаще всего дискомфорт был обусловлен выраженностью дефекта и критичностью к своему состоянию. Последнее было напрямую сопряжено с локализацией патологического очага. Пациенты с дефектом мозговой ткани в лобной области отличались благодушием, снижением критики, в более тяжелых случаях — дурашливостью, мориеподобными проявлениями. У лиц с поражением правого полушария наблюдались аффективные изменения в виде депрессивной симптоматики, несмотря на более легкие речевые нарушения по сравнению с сенсомоторной афазией при левополушарном поражении.

Поведенческие реакции проявлялись агрессивным поведением, отчуждением и нежеланием восстанавливать утраченные функции. Однако нередко это было обусловлено депрессивными симптомами.

Вклад личностных особенностей пациента в развитие семейных дисгармоний был значителен. Полученные данные МЛТ позволили оценить возможности и продолжительность применяемой терапии.

Психотерапевтическая работа, проводимая с каждым из партнеров, способствовала изменению супругами своих сексуальных возможностей, их сексуального поведения. Повышение уровня осведомленности пациентов и их партнерш достигалось путем бесед, тренингов.



Для восстановления речевого аппарата для всех пациентов применяли логопедическую терапию, методики подбирали в зависимости от вида и степени выраженности того или иного расстройства высших психических функций. Использовали также аппаратный метод для воздействия на мышечный компонент речевой деятельности (при дизартриях). Восстановление высших психических функций способствовало не только улучшению коммуникативных возможностей, но и придавало уверенности пациентам при налаживании новых социальных связей, снижало барьеры при общении с людьми, что развивало новые партнерские отношения.

Сексуальность — классический пример интегративной функции, базисом которой являются познавательные, физические и поведенческие компоненты пациента. Особое внимание уделяется коррекции нарушений высших психических функций (памяти, речи, праксиса, гнозиса), восстановление которых способствует семейной и социальной адаптации. Нейрореабилитационные мероприятия, направленные на восстановление речи при травматической болезни мозга, приводят к нормализации сексуальной функции, что, в свою очередь, улучшает качество жизни. Эффективность нейрореабилитации возрастает при вовлечении в реабилитационный процесс близкого окружения пациента, в том числе партнерши, для гармонизации семейных отношений, улучшения восстановления утраченных функций.

На этапе психотерапии применяли семейную, парную, а также секс-терапию, так как новое для пациента состояние (физический дефект, речевое нарушение и т. д.) является дополнительным травмирующим фактором и требует поддержки со стороны близких и окружающих людей, дезактуализации соматической отягощенности. Изменение сексуальности, а также вероятность развития сексуального расстройства после травмы были освещены при консультации пациента, так как дополнительное информирование способствовало уменьшению тревоги при появлении новых жалоб сексуального характера. Немаловажное значение в терапии сексуальных расстройств и семейных дисгармоний имели гипнотерапия, поведенческая, интегрированная в секс-терапию, когнитивная и супружеская терапия. Парная терапия усиливает эффективность проводимого лечения сексуальных расстройств.

Семейные проблемы могут возникать в разнообразных ситуациях: у лиц, живущих с родителями, женатых людей, проживающих с супругами, и у родителей с детьми, перенесших ЧМТ.

Во-первых, лица с ЧМТ (как правило, это молодой контингент больных), проживающие с родителями, обычно не в состоянии поддерживать сексуальные отношения, установленные до травмы, или установить новые после ЧМТ ввиду физического дефицита.

Ко второй категории взаимоотношений в семье относятся пациенты с ЧМТ, которые не в состоянии поддерживать ранее налаженные отношения. Эти люди были в браке или жили с партнером. Уменьшение частоты общения связано с психологическими или физическими проблемами.

Третий вариант семейных отношений представляет собой ситуацию, когда сексуальные проблемы могут возникнуть между женатыми людьми. Трудности взаимоотношений связаны с новыми условиями существования, изменением жизни по сравнению с предшествующим ЧМТ периодом. Трудности ухода могут привести к различного рода психологическим реакциям, включая эмоциональное выгорание, чувство вины, в результате чего возникают отчуждение между супругами, отсутствие сексуальной заинтересованности и нередко сексуальные дисфункции.

При работе с такими парами учитывали все факторы: неврологические, психиатрические, психологические и социальные, которые могли усугубить семейные дисгармонии.

Социальная адаптация достаточно тяжело давалась пациентам. Сформировавшейся личности с устоявшимися привычками, двигательной активностью и отсутствием каких-либо препятствий для коммуникативных связей до травмы после нее приходилось находиться в непривычной для себя сфере — с ограничением моторной деятельности, речевой функции и др. Такие последствия ЧМТ, как аффективная лабильность, быстрая утомляемость и нарушения высших психических функций (письма, памяти, внимания и т. д.), усугубляли трудности повседневной жизни. Пациенты нередко замыкались в себе, пытались сдерживать реакцию на дистресс. Поддержка партнера и близких людей помогала в данной ситуации. Однако в силу посттравматических последствий (сопутствующей психопатологии) менялось функционирование в паре, что влекло за собой семейно-сексуальные дисгармонии. Развитие сексуальных расстройств было обусловлено отсутствием или дефицитом взаимопонимания, взаимоподдержки и уважения — основополагающих характеристик парных отношений.

Жизненные установки и требования, предъявляемые больными с ЧМТ к себе и к партнеру, новые условия сексуального функционирования, отсутствие желания изменить стереотипы поведения, а также дезинформированность пациентов по поводу того, как вести себя в данных условиях, неизбежно приводили к конфликтной ситуации в паре, самообвинению больного, развитию у него различных неразрешимых психологических комплексов и внутренних конфликтов. Многие пациенты в ранний период после ЧМТ, в период госпитализации или после выписки отмечали суицидальные мысли, попыток при этом никто не предпринимал.



Наличие речевого дефекта влекло за собой такие последствия, как ограничение общения, раздражительность при непонимании окружающих, что оказывало опосредованно и напрямую негативное влияние на взаимоотношения в паре. Нередко именно это становилось основной причиной парной дистармонии.

Существуют многочисленные спорные вопросы, связанные с сексуальностью у пациентов с ЧМТ, которые влияют на медицинские и этические аспекты. Среди них много вопросов, касающихся психосоциальной адаптации. Довольно часто пациенты с ЧМТ предполагают, что они будут не в состоянии найти сексуального партнера из-за имеющихся последствий, затрудняющих межпартнерскую интеграцию (речевая, двигательная дисфункция). Различные рекомендации могут максимизировать социальную активность, включая участие в общественной жизни, в сообществах людей с такими же проблемами. Помимо этого существует проблема взаимодействия с партнершей в новых условиях. Нередко после значительных трудностей в преодолении барьеров коммуникации пациенты закрываются от общения, предпочитают или вынужденно принимают одиночество.

Однако поведение мужчин определялось половой конституцией. Значимость половой конституции для восстановления сексуальной функции после ЧМТ была подтверждена при использовании стандартной модели множественной регрессии. Слабая половая конституция увеличивала вероятность развития сексуальных дисфункций ( $\beta = 0,50$ ). Мужчины с сильной половой конституцией реализовывали сексуальную функцию, несмотря на отягощающие факторы (физический дефект, отсутствие постоянной партнерши).

Исследование взаимоотношений в паре основывалось на анамнестических данных, перекрестном опросе и анкетировании.

Работа с таким сложным контингентом больных не могла обойтись без содействия родственников, супруги (партнерши). Психотерапевтическая работа с пациентами проводилась при вовлечении в процесс партнерши, при ее отсутствии давались рекомендации с учетом особенностей физического и сексуального статуса пациента.

С учетом вариабельности сексуальных расстройств и межпартнерских отношений применяли психотерапию (парную, секс-терапию, элементы гипнотерапии, рациональную). Психотерапевтическая работа была направлена на становление гармоничных семейных отношений, нормализацию половой активности, социальную адаптацию. При этом учитывали личностные особенности пациента, характер партнерских взаимоотношений в паре. В целях повышения эффективности воздействия работу проводили не только с пациентом, но и с его партнершей (супругой). В работе с парой уделяли внимание не только улучшению партнерских отношений, но и проводили дезактуализацию установок,

связанных с физическим дефектом (парез конечностей, трудности в коммуникационной сфере), что способствовало адаптации к новым условиям, учитывали уровень взаимодействия с партнершей, наличие конфликтных ситуаций, комплаентность партнеров.

Терапевтическое воздействие было основано на этапности проводимых мероприятий:

- информирование пациентов об особенностях нового функционирования и сексуальных проявлений;
- дезактуализация значимости психотравмирующих факторов (двигательный, речевой дефект, инвалидизация, развод с супругой) на момент начала работы;
- формирование новых установок, направленных на преодоление барьеров для улучшения коммуникативных, социальных, межпартнерских взаимодействий;
- привлечение к сотрудничеству партнера для укрепления и стабилизации семейных (партнерских) отношений.

Для решения семейно-сексуальных проблем применяли секс-терапию, которая способствовала обсуждению в паре вопросов сексуального поведения и реализации сексуальных функций с учетом возможностей пациента. Немаловажное значение имела дезактуализация значимости соматического состояния пациентов (парез конечностей, трудности в коммуникационной сфере), снижение аффективного напряжения, тревоги.

К концу госпитализации, которая длилась 45 дней, ориентировочно на 41-й день, повторно были проведены тесты у всех пациентов, подверженных терапевтическому воздействию. Результаты данных тестов приведены в табл. 1.

По всем показателям были получены результаты, которые могут свидетельствовать о благоприятном влиянии проводимой терапии. Самой «податливой» оказалась тревожная симптоматика, которая и ранее носила умеренно выраженный характер. Наибольшее улучшение наблюдалось в 1-й и 2-й группах. Лучший эффект имела психотерапевтическая работа, что свидетельствует о том, что раннее начало реабилитационных мероприятий приводит к большей эффективности проводимой терапии.

Для оценки эффективности проводимой терапии у мужчин с последствиями ЧМТ была выделена группа пациентов, которые не получали специфическую терапию (контрольная группа), — 16 человек. Анкетирование проводилось по тем же шкалам, что и в основных группах (табл. 2).

Сравнение в группах с/без терапии показало результаты, подтверждающие обоснованность лечения.

Таким образом, доказана эффективность проводимого лечения у мужчин после ЧМТ. Следует отметить, что раннее терапевтическое воздействие, направленное на улучшение сексуальной функции, семейных взаимоотношений, приводит к более высокой результативности, что подтверждается при сравнении эффективности

**Таблица 1.** Сравнение результатов проведенных тестов на 41-й день лечения

Показатель*	Группа (n)	В начале исследования	На 41-й день реабилитации	Критерий Вилкоксона
СФМ, баллы	1-я (21)	22,3 ± 5,6	24,1 ± 3,8	0,01
	2-я (40)	23,5 ± 6,2	24,5 ± 5,6	0,004
	3-я (43)	23,2 ± 6,0	24,0 ± 5,6	0,01
Личностная тревожность (по Ч.Д. Спилбергеру), баллы	1-я (21)	35,2 ± 6,7	32,5 ± 5,8	0,000
	2-я (40)	43,0 ± 10,5	37,8 ± 7,7	0,001
	3-я (43)	41,2 ± 7,4	39,7 ± 6,9	0,002
Реактивная тревожность (по Ч.Д. Спилбергеру), баллы	1-я (21)	22,6 ± 7,9	21 ± 7,1	0,002
	2-я (40)	28,2 ± 9,1	24,8 ± 8,9	0,000
	3-я (43)	24,9 ± 8,2	23,3 ± 6,3	0,001
Депрессивность (по Э. Беку), баллы	1-я (21)	5,3 ± 3,5	3,6 ± 2,9	0,000
	2-я (40)	6,7 ± 5,0	5,9 ± 3,9	0,002
	3-я (43)	6,9 ± 5,3	6,3 ± 4,2	0,03
Удовлетворенность браком (по В.В. Столину), баллы	1-я (7)	33,0 ± 4,1	34,1 ± 3,2	0,04
	2-я (28)	30,1 ± 6,1	32,3 ± 4,9	0,000
	3-я (15)	27,0 ± 6,5	27,9 ± 5,8	0,05

\* Статистически значимых различий по перечисленным показателям между группами не выявлено ( $p > 0,05$ ).

**Таблица 2.** Сравнение эффективности проводимой терапии

Показатель*	На фоне проводимой терапии	Контрольная группа	Критерий Вилкоксона
СФМ, баллы	22,1 ± 5,9	21,9 ± 4,3	0,001
Личностная тревожность (по Ч.Д. Спилбергеру), баллы	32,5 ± 5,8	42,1 ± 4,3	0,000
Реактивная тревожность (по Ч.Д. Спилбергеру), баллы	24,8 ± 8,9	28,2 ± 9,1	0,002
Депрессивность (по Э. Беку), баллы	4,3 ± 2,3	6,8 ± 5,1	0,0003
Удовлетворенность браком (по В.В. Столину), баллы	33,0 ± 2,3	26,5 ± 4,7	0,001

\* Статистически значимых различий по перечисленным показателям между группами не выявлено ( $p > 0,05$ ).

лечения в группах (в 1-й и 2-й группах показатели выше, чем в 3-й). Это можно объяснить не только эффективностью терапии в первых 2 группах, но и отсутствием устойчивых взаимоотношений в паре у пациентов в 3-й группе, а также тем, что в 3-й группе по сравнению с остальными у больных менее выражены сексуальные дисфункции.

#### Заключение

В результате проведенного обследования сделаны следующие выводы.

1. Ряд факторов увеличивает эффективность проводимой терапии сексуальных расстройств в посттравматическом периоде ЧМТ: сильная половая конституция у мужчины, наличие постоянной партнерши, комплексный подход к терапии, раннее начало нейрореабилитационных мероприятий.

2. Молодой возраст способствует увеличению реабилитационного потенциала в посттравматическом периоде ЧМТ.

3. Тревожно-депрессивная симптоматика усугубляет имеющиеся сексуальные дисфункции.

**Л И Т Е Р А Т У Р А**

1. Коновалов А.Н., Лихтерман Л.Б., Потапов А.А. Классификация черепно-мозговой травмы. Клиническое руководство по черепно-мозговой травме: в 3 томах. М.: АНТИД, 2002. Т. 3. С. 516–56. [Kononov A.N., Likhterman L.B., Potapov A.A. Classification of craniocerebral injury. Clinical manual for craniocerebral injury: in 3 volumes. Moscow: ANTID, 2002. V. 3. Pp. 516–56. (In Russ.)].
2. Hibbard M.R., Gordon W.A., Flanagan S. et al. Sexual dysfunction after traumatic brain injury. *NeuroRehabilitation* 2000;15(2):107–20.
3. Sandel M.E., Williams K.S., Dellapietra L., Derogatis L.R. Sexual function following traumatic brain injury. *Brain Inj* 1996;10(10):719–28.
4. Sander A.M., Maestas K.L., Nick T.G. et al. Predictors of sexual functioning and satisfaction 1 year following traumatic brain injury: a TBI model systems multicenter study. *J Head Trauma Rehabil* 2013;28(3):186–94.
5. Sandhaug M., Andelic N., Vatne A. et al. Functional level during sub-acute rehabilitation after traumatic brain injury: course and predictors of outcome. *Brain Inj* 2010;24(5):740–7.
6. Sjögren K., Damber J.E., Liliequist B. Sexuality after stroke with hemiplegia. Aspects of sexual function. *Scand J Rehabil Med* 1983;15(2):55–61.
7. Zasler N.D., Kreutzer J.S. Family and sexuality after traumatic brain injury: In Impact of head injury on the family system. An overview for professionals. Williams J., Kay T., Baltimore M.D. et al. (eds.). 1991. P. 253–70.
8. Aloni R., Katz S. A review of the effect of traumatic brain injury on the human sexual response. *Brain Inj* 1999;13(4):269–80.
9. Dyer K., das Nair R. Talking about sex after traumatic brain injury: perceptions and experiences of multidisciplinary rehabilitation professionals. *Disabil Rehabil* 2014;36(17):1431–8.
10. Порудоминский И.Б. Половые расстройства у мужчин. М.: Медицина, 1960. С. 82–92. [Porudominsky I.B. Sexual disorders in men. Moscow: Medicine, 1960. Pp. 82–92. (In Russ.)].
11. Частная сексопатология: в 2 томах. Под ред. Г.С. Васильченко. М., 1983. Т. 1. 177 с. [Private sexopathology: in 2 volumes. G.S. Vasilchenko (ed.). Moscow, 1983. V. 1. 177 p. (In Russ.)].
12. Bellamkonda E., Zollman F. Relationship between employment status and sexual functioning after traumatic brain injury. *Brain Inj* 2014;28(8):1063–9.