



<sup>1</sup> Центр теоретических проблем физико-химической фармакологии

<sup>2</sup> Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова

# Особенности сексуальной дисфункции при псориазе

Е.В. Дворянкова, д.м.н.<sup>1</sup>, И.М. Корсунская, д.м.н., проф.<sup>1</sup>,  
Д.Р. Мильдзихова<sup>1</sup>, Н.А. Шевченко<sup>2</sup>

Адрес для переписки: Ирина Марковна Корсунская, marykor@bk.ru

Для цитирования: Дворянкова Е.В., Корсунская И.М., Мильдзихова Д.Р., Шевченко Н.А. Особенности сексуальной дисфункции при псориазе // Эффективная фармакотерапия. 2020. Т. 16. № 9. С. 36–39.

DOI 10.33978/2307-3586-2020-16-9-36-39

*Кожные заболевания значимо воздействуют на психоэмоциональный статус пациентов. В частности, клинические проявления псориаза влияют на самооценку, восприятие тела и, следовательно, сексуальную жизнь. Причиной сексуальной дисфункции у больных псориазом может быть как соматическая отягощенность (сердечно-сосудистые заболевания, метаболический синдром и др.), так и психологические факторы (выраженная тревожность, депрессия).*

**Ключевые слова:** псориаз, психоэмоциональный статус, сексуальная дисфункция

## Введение

Заболевания кожи признано считать менее серьезными, чем патологии других органов и систем, поскольку они не представляют угрозы для жизни пациентов. Однако хронический и рецидивирующий характер течения может значительно воздействовать на психоэмоциональную сферу и качество жизни больных. Так, клинические проявления дерматоза отрицательно влияют на восприятие тела как больными, так и окружающими, что приводит к снижению самооценки и уровня социальной адаптации. Кроме того, оценка тяжести патологии

часто зависит от степени ее воздействия на психоэмоциональную сферу пациентов, а не от физических проявлений. В немалой степени это относится к псориазу. Псориаз – хроническое воспалительное неинфекционное заболевание кожи мультифакториальной природы. В основе его развития лежит гиперпролиферация эпидермальных клеток, нарушение кератинизации и воспаление в дерме, которые поддерживаются Т-клеточными иммунными реакциями.

При псориазе наблюдаются нарушение роста и дифференцировки клеток эпидермиса, множествен-

ные биохимические, иммунологические и сосудистые изменения. Необходимо отметить, что механизм развития псориаза недостаточно изучен. Однако полигенный тип наследования патологии не вызывает сомнений.

В настоящее время установлено, что псориаз часто ассоциируется с некоторыми метаболическими и системными нарушениями. Речь, в частности, идет о сахарном диабете, атеросклерозе, метаболическом синдроме, сердечно-сосудистых заболеваниях, неалкогольном жировом гепатозе [1]. В то же время для больных псориазом свойственен ряд особенностей психоэмоциональной сферы: формирование негативных иррациональных установок в виде ослабления социальных контактов, избирательность в отношении определенных видов коммуникаций и мест, подчинение гардероба и макияжа хамелеонской мимикрии, разрушение привычного восприятия самого себя, наличие суицидальных мыслей и симптомов [2]. Это обуславливает создание специфической внутренней картины болезни. Внутренняя картина болезни представляет собой комплекс аффективно-когнитивного реа-



гирования, который непосредственно связан с имеющимся соматическим расстройством и проявляется в виде специфических клинико-психологических особенностей. Данный комплекс характеризуется взаимосвязью когнитивных, эмоциональных и поведенческих компонентов в самосознании и самоотношении больных и влияет на все стороны жизни, участвуя в изменении жизненных смыслов и непосредственно влияя на течение, прогноз и исход заболевания [3]. Высокий уровень тревоги и депрессии, чувство беспомощности, низкая самооценка, склонность к социальной изоляции, избегание создания семьи или рождения детей из-за возможности наследования болезни [4] – все это способно повлиять на половую функцию таких больных.

Согласно определению Всемирной организации здравоохранения, сексуальное здоровье – это состояние физического, эмоционального, психического и социального благополучия, связанное с сексуальностью [5].

В настоящее время выделяют три основных компонента сексуального здоровья:

- 1) способность к наслаждению и контролю сексуального и детородного поведения в соответствии с нормами социальной и личной этики;
- 2) свобода от страха, чувства стыда и вины, ложных представлений и других психологических

факторов, подавляющих сексуальную реакцию и нарушающих сексуальные взаимоотношения;

- 3) отсутствие органических расстройств, заболеваний и недостаточностей, мешающих осуществлению сексуальных и детородных функций.

Развитие сексуальной дисфункции у больных псориазом в первую очередь связывают с тревогой и депрессией, злоупотреблением алкоголем, а также коморбидными состояниями и заболеваниями (патологией сердечно-сосудистой системы, метаболическим синдромом, сахарным диабетом и др.). Однако исследование, проведенное в 1997 г. М.А. Gupta и соавт., показало, что сексуальная функция нарушена у 40,8% пациентов с псориазом, даже после исключения таких факторов, как чрезмерное употребление алкоголя и депрессия [6].

О снижении сексуальной активности после развития заболевания сообщает примерно четверть больных [7].

В настоящее время характер и механизмы влияния псориаза на сексуальное здоровье не до конца установлены. Как отмечалось ранее, снижение либидо может быть связано с косметическим дефектом кожного покрова, чувством неловкости, неудобства из-за шелушения кожи, а также из-за необходимости применять топические препараты, депрессией, эректильная дисфункция

может развиваться вследствие малоподвижного образа жизни, сопутствующих заболеваний, таких как атеросклероз, дислипидемия, артериальная гипертензия, сахарный диабет, ожирение, метаболический синдром [8].

Сексуальная функция у мужчин и женщин имеет свои особенности. Следовательно, нарушения, развивающиеся под воздействием тех или иных факторов, в том числе хронических заболеваний, у лиц разного пола будут различаться.

### Сексуальная дисфункция у женщин

Многие пациентки с псориазом указывают на трудности в сексуальных отношениях, которые приводят к сильному стрессу и снижению качества жизни [9]. Однако исследований сексуальной функции у женщин, страдающих псориазом, было проведено мало. Поэтому до сих пор не сформировано единого мнения о характере и причинах сексуальной дисфункции у этой категории больных, а также не определен инструмент для ее оценки.

Необходимо отметить, что заключение о трудностях в сексуальных отношениях у женщин с псориазом основывалось главным образом на анализе соответствующих разделов разных опросников для оценки качества жизни. Однако существует ряд исследований, подтвердивших этот факт.

Так, результаты исследования, проведенного в Бразилии, свидетельствовали, что из 150 респонденток с псориазом у 68% имела место сексуальная дисфункция [9]. Другое аналогичное исследование по оценке сексуальной функции у женщин с псориазом было проведено в Великобритании. Ученые использовали опросник для определения индекса женской сексуальной функции (Female Sexual Function Index – FSFI). Из 102 пациенток, принявших участие в исследовании, у 48,7% были обнаружены признаки сексуальной дисфункции (изменение во влечении, воз-

Снижение либидо может быть связано с косметическим дефектом кожного покрова, чувством неловкости, неудобства из-за шелушения кожи, а также из-за необходимости применять топические препараты, депрессией, эректильная дисфункция может развиваться вследствие малоподвижного образа жизни, сопутствующих заболеваний (атеросклероз, дислипидемия, артериальная гипертензия, сахарный диабет, ожирение, метаболический синдром)



буждении, получении оргазма и удовлетворении от полового контакта) [7].

Большое значение в развитии сексуальной дисфункции у пациентов с псориазом имеет локализация высыпаний – на половых органах. По разным данным, распространенность псориатических поражений на гениталиях варьируется от 35 до 42% [10].

Кроме того, у женщин отмечена корреляция между тяжестью псориаза и выраженностью сексуальной дисфункции [11].

Как было отмечено ранее, нарушение сексуальной функции при псориазе чаще связывают с депрессией. В то же время в одном из исследований установлено, что депрессия не оказывала дополнительного негативного влияния на сексуальную функцию у пациентов с псориазом [12]. Это противоречие может быть объяснено следующим образом. Псориаз приводит к изменению восприятия больным собственного тела, низкой самооценке, воспринимаемой стигматизации и потере уверенности в себе, что может способствовать развитию сексуальной дисфункции независимо от наличия депрессии.

### **Эректильная дисфункция у мужчин**

Сексуальная дисфункция у мужчин с псориазом может развиваться по тем же причинам, что и у женщин, а также на фоне снижения эрекции.

Эректильная дисфункция определяется как персистирующая неспособность достичь и/или поддерживать эрекцию во время полового акта. Эректильная дисфункция – один из факторов здоровья, который оказывает большее влияние на самооценку. Известно, что эректильная дисфункция ассоциируется с утратой уверенности в себе, развитием стресса и депрессии.

Сильный психоэмоциональный стресс, под воздействием которого находятся больные псориазом, также приводит

Причиной снижения половой функции могут быть гормональные нарушения. Так, у страдающих псориазом мужчин наблюдается снижение уровня общего тестостерона и повышение уровня эстрадиола в периферической крови.

С возрастом тяжесть эректильной дисфункции и ее распространенность повышаются

к нарушениям в половой сфере и эрекции. Порядка 44,7% мужчин с псориазом считают, что они вызывают отвращение. Ощущение собственной непривлекательности или неловкости во время обострения псориаза часто усугубляет и без того низкую самооценку, что может приводить к развитию эректильной дисфункции [13].

Помимо психоэмоциональных факторов на нарушение сексуальной функции у пациентов с псориазом могут оказывать влияние сопутствующие заболевания. Так, атеросклероз считается основной причиной эректильной дисфункции, особенно при поражении сосудов органов малого таза. Эндотелиальная дисфункция приводит не только к развитию сердечно-сосудистых событий, но и негативно влияет на половую функцию, в том числе эрекцию [14].

Распространенность сексуальной дисфункции среди мужчин, страдающих дерматологическими заболеваниями, достигает 60% при оценке, проведенной с использованием пяти пунктов Международного индекса эректильной функции (International Index of Erectile Function 5 – IIEF-5) [15]. Согласно результатам исследований, данным расстройством страдает 56% пациентов с легкой формой псориаза, 46,6% – с тяжелой формой заболевания, 23,3% лиц контрольной группы [16].

Факторами риска развития эректильной дисфункции у больных псориазом признаны дислипидемия, артериальная гипертензия, сахар-

ный диабет, ожирение, метаболический синдром и депрессия. Независимо от наличия сахарного диабета и курения эректильная дисфункция является фактором сердечно-сосудистого риска, причем уровень этого риска аналогичен уровню риска у умеренных курильщиков [17]. Между возникновением эректильной дисфункции и развитием сердечно-сосудистых событий в среднем проходит от трех до пяти лет [18]. Таким образом, нарушение в сексуальной сфере у мужчин с псориазом может служить дополнительным признаком дебюта сердечно-сосудистых заболеваний.

Развитие эректильной дисфункции у больных псориазом также может объясняться особенностями образа жизни: снижением либо отсутствием физической нагрузки, наличием вредных привычек.

Кроме того, причиной снижения половой функции могут быть гормональные нарушения. Так, у страдающих псориазом наблюдается снижение уровня общего тестостерона и повышение уровня эстрадиола в периферической крови.

При этом с возрастом тяжесть эректильной дисфункции и ее распространенность повышаются [19, 20].

### **Заключение**

Сексуальное здоровье – важная составляющая общего здоровья. У пациентов с псориазом высок риск развития сексуальной дисфункции. Основными фак-



торами возникновения такой считаются возраст, тяжесть заболевания, высыпания в области половых органов, псориатический артрит и психоэмо-

циональные нарушения. Роль в этом процессе соматических сопутствующих заболеваний, включая метаболический синдром, остается спорной.

Косвенным подтверждением влияния псориаза на состояние половой функции является ее улучшение на фоне лечения заболевания кожи. ●

## Литература

1. Yang Y.W., Keller J.J., Lin H.C. Medical comorbidity associated with psoriasis in adults: a population-based study // Br. J. Dermatol. 2011. Vol. 165. № 5. P. 1037–1043.
2. Kouris A., Platsidaki E., Kouskoukis C., Christodoulou C. Psychological parameters of psoriasis // Psychiatriki. 2017. Vol. 28. № 1. P. 54–59.
3. Ружинских Г.А. Клинико-психологические особенности внутренней картины болезни у больных псориазом и псориатическим артритом // Неврологический вестник. 2015. № 4. С. 34–39.
4. Jones J.B. Psoriasis // Medicines. 2005. Vol. 33. № 1. P. 55–56.
5. www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual\_health/sh\_definitions/en/.
6. Gupta M.A., Gupta A.K. Psoriasis and sex: a study of moderately to severely affected patients // Int. J. Dermatol. 1997. Vol. 36. № 4. P. 259–262.
7. Meeuwis K.A., de Hullu J.A., van de Nieuwenhof H.P. et al. Quality of life and sexual health in patients with genital psoriasis // Br. J. Dermatol. 2011. Vol. 164. № 6. P. 1247–1255.
8. Wojciechowska-Zdrojowy M., Reid A., Szepietowski J.C., Wojciechowski A. Analysis of sexual problems in men with psoriasis // J. Sex Marital Ther. 2018. Vol. 44. № 8. P. 737–745.
9. Kurizky P.S., Mota L.M. Sexual dysfunction in patients with psoriasis and psoriatic arthritis – a systematic review // Rev. Bras. Reumatol. 2012. Vol. 52. № 6. P. 943–948.
10. Meeuwis K.A.P., Potts Bleakman A., van de Kerkhof P.C.M. et al. Prevalence of genital psoriasis in patients with psoriasis // J. Dermatolog. Treat. 2018. Vol. 29. № 8. P. 754–760.
11. Al-Mazeedi K., El-Shazly M., Al-Ajmi H.S. Impact of psoriasis on quality of life in Kuwait // Int. J. Dermatol. 2006. Vol. 45. № 4. P. 418–424.
12. Sarbu M.I., Tampa M., Sarbu A.E., Georgescu S.R. Sexual dysfunctions in psoriatic patients // JMMS. 2014. Vol. 1. № 1. P. 19–27.
13. Hackett G., Dean J., Kell P. British society for sexual medicine guidelines on the management of erectile dysfunction // www.bssm.org.uk/downloads/BSSM\_ED\_Management\_Guidelines\_2007.
14. Шевченко О.П., Дворянкова Е.В., Шевченко А.О. Статины у больных хроническими воспалительными заболеваниями кожи: эффективность, безопасность, перспективы клинического применения // Consilium Medicum. 2010. № 5. С. 135–140.
15. Goulding J.M., Price C.L., Defty C.L. et al. Erectile dysfunction in patients with psoriasis: increased prevalence, an unmet need, and a chance to intervene // Br. J. Dermatol. 2011. Vol. 164. № 1. P. 103–109.
16. Bardazzi F., Odorici G., Ferrara F. et al. Sex and the PASI: patients affected by a mild form of psoriasis are more predisposed to have a more severe form of erectile dysfunction // J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol. 2016. Vol. 30. № 8. P. 1342–1348.
17. Thompson I.M., Tangen C.M., Goodman P.J. et al. Erectile dysfunction and subsequent cardiovascular disease // JAMA. 2005. Vol. 294. № 23. P. 2996–3002.
18. Jackson G., Boon N., Eardley I. et al. Erectile dysfunction and coronary artery disease prediction: evidence-based guidance and consensus // Int. J. Clin. Pract. 2010. Vol. 64. № 7. P. 848–857.
19. Eltaweel A.E.A.I., Mustafa A.I., El-Shimi O.S., Algaod F.A. Sex hormones, erectile dysfunction, and psoriasis; a bad friendship! // Int. J. Dermatol. 2018. Vol. 57. № 12. P. 1481–1484.
20. Feldman H.A., Goldstein I., Hatzichristou D.G. et al. Impotence and its medical and psychosocial correlates: results of the Massachusetts Male Aging Study // J. Urol. 1994. Vol. 151. № 1. P. 54–61.

## Features of Sexual Dysfunction in Psoriasis

Ye.V. Dvoryankova, MD, PhD<sup>1</sup>, I.M. Korsunskaya, MD, PhD, Prof.<sup>1</sup>, D.R. Mildzikhova<sup>1</sup>, N.A. Shevchenko<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Center for Theoretical Problems of Physical and Chemical Pharmacology

<sup>2</sup> N.I. Pirogov Russian National Research Medical University

Contact person: Irina M. Korsunskaya, marykor@bk.ru

*Skin diseases significantly affect the psycho-emotional status of patients. In particular, clinical manifestations of psoriasis affect self-esteem, body perception, and, consequently, the sexual life of patients. The cause of sexual dysfunction in psoriasis can be both somatic severity (cardiovascular diseases, metabolic syndrome, etc.), and psychological factors (severe anxiety, depression).*

**Key words:** psoriasis, psycho-emotional status, sexual dysfunction

дерматовенерология