

# Жіноча сексологія. Звіт про роботу 19-го Конгресу Європейської Асоціації Сексуальної Медицини (ESSM)

О.В. Ромащенко

З 2 по 4 березня 2017 року у місті мрії, творчої наснаги, а саме у Ніці (Франція) проходив 19-й Конгрес Європейської Асоціації Сексуальної Медицини (ESSM). Програма конгресу була присвячена питанням сексуального здоров'я жінок та чоловіків різних вікових груп. Формат спілкування мав різноплановий характер: від обміну враженнями та досвіду у перерві між засіданнями – до роботи на тематичних засіданнях, дискусіях в робочих групах, круглих столах, майстер-класах та під час висвітлення програмних доповідей.

Широко було представлено сесію стендових доповідей, серед яких дослідження з жіночої сексології стосувалися спектру порушень сексуального здоров'я жінок на тлі різнобічних гінекологічних проблем, соматичних розладів, а також висвітлення нових розроблень щодо діагностики та лікування жіночих сексуальних дисфункцій (ЖСД). Доповіді, що заслуговували на особливу увагу (з жіночої сексології їх було 8), були відібрані для презентації у вигляді highlighted poster tour. Саме у цей перелік увійшли дві презентації українських вчених, які були сприйняті з великою увагою.

Так, доповідь О.В. Ромащенко, В.М. Григоренко, В.В. Білоголовської, М.О. Косюхно, С.М. Мельникова «Ідентифікація жіночої передміхурової залози» відбулася 4 лютого. Відомо, що у 2002 році федеральний комітет з анатомічної термінології (FICAT) офіційно перейменував парауретральні залози у жіночу передміхурову залозу, включив термін «жіноча передміхурова залоза» до переліку анатомічних структур.

Метою дослідження стала оптимізація вивчення структури та ангіоархітектоніки жіночої передміхурової залози. Було проведено сексологічне, гінекологічне, урологічне обстеження 22 сексуально активних жінок віком від 24 до 42 років, середній вік яких становив  $32,1 \pm 0,4$  року. Ультрасонографічне дослідження з використанням доплерографії судин парауретральної зони проводили на ультразвуковій діагностичній системі XARIO фірми TOSHIBA експертного класу в режимі сірої шкали. Перед дослідженням виконували катетеризацію сечового міхура та уведення у піхву еластичного балона (50 мл) з гелем. Визначали простатоспецифічний антиген (PSA total, free) у сироватці крові.

У результаті проведених досліджень встановлено накопичення тканини парауретральних залоз у проекції дистальної частини сечівника – у 7 (31,8%) жінок, у проксимальній – у 12 (54,5%), вздовж усього сечівника – у 3 (13,7%) у вигляді утворення овальної форми: довжина –  $2,2 \pm 0,25$  см, ширина –  $1,52 \pm 0,14$  см, товщина –  $1,3 \pm 0,16$  см, об'єм –  $4,75 \pm 0,65 \text{ см}^3$  (передбачувана жіноча передміхурова залоза). Діаметр судин у досліджуваних органах –  $0,28\text{--}0,36$  см, швидкість кровотоку (Vps) – від 8,7 до 11,0 см/с, індекс резистентності (IR) –  $0,6\text{--}0,62$ , індекс пульсативності (IP) –  $1,44\text{--}1,21$ . На тлі відеоеротичної стимуляції спостерігали посилення кровотоку у зазначених анатомічних структурах: діаметр судин становив  $0,28\text{--}0,41$  см, Vps –  $8,9\text{--}11,9$  см/с, IR –  $0,67\text{--}0,74$ , IP –  $1,5\text{--}1,6$ .



У 19 (86,4%) жінок у проекції передньої стінки піхви на відстані 3,2–5,3 см від introitus vaginae та задньої стінки сечівника за 4–4,5 см від зовнішнього отвору сечівника діагностовано утворення у вигляді чіткого ізоехогенного овалу, довжина якого становила  $1,24\text{--}1,3$  см, ширина –  $0,68\text{--}0,9$  см (передбачувана зона G), що збільшувалось за розмірами під час сексуальної стимуляції (довжина  $1,28\text{--}1,41$  см, ширина  $0,8\text{--}1,1$  см).

У всіх жінок виявлено PSA у сироватці крові: середні рівні для PSA total –  $4,22 \pm 1,22$  нг/мл, free –  $0,11 \pm 0,02$  нг/мл. У результаті проведених досліджень визначено, що УЗД з використанням методу доплерографії судин парауретральної зони на попередньо закатетеризованому сечовому міхурі дозволяє визначити жіночу передміхурову залозу та зону G як окрему анатомічну структуру.

В іншій доповіді І.І. Горпинченка, О.В. Ромащенко, С.М. Мельникова, В.В. Білоголовської, Н.О. Мироненко, М.М. Ходжави, С.Б. Коваль «Сексуальні дисфункції у жінок з хірургічною менопаузою» висвітлено мету досліджень: визначити частоту та структуру сексуальних дисфункцій у жінок з хірургічною менопаузою. Проведено сексологічне, гінекологічне, психологічне обстеження 37 жінок віком від 38 до 52 років з хірургічною менопаузою. Жінки були розподілені на дві групи: I група – 14 пацієнток після гістеректомії з оваріоектомією, II група – 23 пацієнтки після гістеректомії без оваріоектомії.

Було проведено сексологічне обстеження, яке включало: анкетування методом інтерв'ю, оцінювання судинних реакцій статевих органів (доплерографія судин клітора на апараті XARIO TOSHIBA, рН-метрія піхви) до та після відеоеротичної стимуляції, визначення рівнів естрадіолу (E2), загального та вільного тестостерону, глобуліну, що зв'язує статеві стероїди (SHBG), індекс вільного тестостерону (FT). Концентрацію нітрит-аніона NO2 визначали у безбілкових екстрактах піхвового слизу за допомогою реактиву Griess спектрофотометричним методом на фотометрі Screen Master.

Вміст загального білка у пробах визначали за методом М.М. Bradford (1976).

Встановлено, що диспаревнія формувалася через 1–2 роки після хірургічного лікування у 85% жінок I групи і у 69,6% II групи на тлі порушення любрикації, атрофічних змін з боку уrogenіталій. У жінок з диспаревнією швидкість об'ємного кровотоку була від 0,6 до 1,3 см/с як до, так і після сексуальної стимуляції на тлі зменшення концентрації E2 (в 1,7–2,1 разу – у I групі, в 1,3–1,9 разу – у II групі) і рівнів метаболітів оксиду азоту у піховому слизі (9,9±1,1 нмоль/мг – у I групі, 12,3±2,5 нмоль/мг – у II групі).

Отже, диспаревнія формувалася у 85% жінок через 1–2 роки після гістеректомії з додатками і у 69,6% без додатків на тлі естрогенового дефіциту, зниження продукції оксиду азоту, зменшення швидкості об'ємного кровотоку статевих органів, зменшення любрикації, прояву атрофічних змін з боку уrogenітального тракту.

З першого дня роботи Конгресу в атмосфері особливої зацікавленості спеціалістів різних галузей (акушерів-гінекологів, андрологів, урологів, психотерапевтів, терапевтів) проведено робоче засідання за темою «Безпліддя та вагітність. Чи супроводжують їх проблеми, що вбивають секс?»

На засіданні, яке координував професор Ates Kadioglu (Турція) розглядалися питання стосовно особливостей сексуального здоров'я пари протягом вагітності та за умови безплідного шлюбу. Так, Ahmet Baris Altay (Турція) сконцентрував свою доповідь «Чоловіче безпліддя та сексуальні дисфункції: попередження, діагностика та лікування» на стані сексуального та репродуктивного здоров'я чоловіка, а Liior Lowenstein (Ізраїль) у доповіді «Жіноче безпліддя, вагітність та сексуальні дисфункції: попередження, діагностика та лікування» – на стані сексуального та репродуктивного здоров'я жінки. Ahmet Baris Altay у своїй доповіді наголосив, що за умови формування безпліддя стосунки між чоловіком та жінкою психологічно ускладнюються, безпосередньо впливаючи на стан сексуального здоров'я пари.

Дослідження, що було проведено нещодавно у Китаї показало, що серед 1468 подружніх пар з безпліддям сексуальне здоров'я 18% чоловіків заслуговувало на особливу увагу з приводу формування у них еректильної дисфункції. За таких умов створюється «хйбне коло», коли негативна атмосфера у сім'ї сприяє формуванню різних порушень сексуальної функції чоловіків, а з часом і сексуальних дисфункцій у жінок.

Liior Lowenstein, висвітлюючи проблеми сексуального здоров'я жінок, також зосередив свою увагу на важливості відтінків «емоційного клімату» в сім'ї. Автор зазначив, що на тлі безпліддя у жінок формується комплекс сексуальних розладів поетапно, починаючи від порушення бажання, збудження, оргазму до диспаревнії, вульводинії, вагінізму. Тому для жінок із безпліддям притаманний термін «сексуальне збідніння». За таких умов усунення гінекологічних порушень та психологічна підтримка пари – ключ до вирішення проблеми. Liior Lowenstein продемонстрував власну методику покращення сексуального здоров'я жінок із безпліддям на етапі реабілітації сексуальної функції. Було зазначено, що відновлення репродуктивної та сексуальної функції в єдиному контексті за таких умов є принциповою позицією успішної терапії.

Автор, зокрема, наголосив на доцільності підготовки пари до запланованої вагітності з урахуванням особливостей змін «сексуального клімату сім'ї». Саме розуміння зв'язку гормональних коливань у жіночому організмі протягом

вагітності, пологів, у період лактації дозволяє визначити критичні періоди у стосунках пари. За даними автора 12% жінок протягом вагітності вважають себе більш привабливими для чоловіків, а 25–50% – навпаки. Сексуальні дисфункції у жінок можуть зберігатися у післяпологовий період від 3 міс до 3–4 років. Профілактична робота стосовно упередження можливих криз спілкування протягом вагітності та в післяпологовий період сприятимуть збереженню сексуального здоров'я пари.

З особливим інтересом в активних дискусіях пройшла робота круглого столу на тему «Особливості сексуальності у підлітковому віці» за координацією Carol Burte (Франція) та Gogan Arbanase (Хорватія). Визначено основні напрямки у проведенні статевої освіти серед дітей та підлітків відповідно до вікових характеристик (Sanderign Van der Doef, Нідерланди та Ana Cristina Rocha, Португалія), підходи щодо вибору контрацепції, починаючи з дебюту статевих стосунків (Gioden Sartorius, Швейцарія), ризики у формуванні сексуальних дисфункцій, починаючи з дитячого та підліткового віку (Koen Ponnet, Бельгія).

Наступного дня відбулося активне обговорення теми «Пре- та перименопаузальні сексуальні розлади у жінок» під час роботи круглого столу за координацією Ilan Gruenwald (Ізраїль) та Gideon Sartorius (Швейцарія).

Johannes Bitzer (Швейцарія) зупинився на основних механізмах формування жіночих сексуальних дисфункцій на тлі гормональної перебудови у даному віці. Вчений розкрив послідовність вікових перетворень у жіночому організмі відповідно до каскаду ендокринних змін та їхній вплив на стан сексуального здоров'я.

З особливим інтересом сприймалося повідомлення Alessandra Graciottin «За яких умов проводиться оваріоектомія у разі гістеректомії? Чи можлива дискусія з пацієнтом на таку тему?» Вчена рекомендувала збереження яєчників у разі проведення гістеректомії у жінок до 50 років. Сконцентровано увагу на необхідності використання менопаузальної гормональної терапії (МГТ) у післяопераційний період (за умови виключення протипоказань). Продемонстровано результати, що підтверджують профілактичну спроможність МГТ стосовно попередження колатерального раку та раку грудних залоз. Виділено лінійку препаратів, які можуть бути використані при цьому і потребують диференційованого підходу щодо призначення у кожному випадку окремо. Висвітлено механізми формування диспаревнії у жінок з хірургічною менопаузою.

Цього самого дня під час роботи круглого столу «Рак та жіноча сексуальність» з головуючими Chiara Simonelli (Італія), Yacov Reisman (Нідерланди) Lucia Ucsnik (Австрія) виділено особливості формування сексуальних розладів у жінок з колоректальним раком. Tracie Miles (Великобританія) зупинився на особливостях впливу радикальної хірургії та радіотерапії на сексуальному стані жінки. Christine Segeren та Woet L. Gianotten (Нідерланди) дали оцінку психоемоційного стану пари, коли жінка зазнає драматичних переживань з приводу онкологічного захворювання та методів його лікування.

Наступного дня (4 березня) Yacov Reisman (Нідерланди) презентував для учасників конференції свою монографію «Рак, близькість та сексуальність». Він зазначив, що сексуальне здоров'я жінок залишається актуальним на будь-якому віковому етапі, на тлі перенесених хвороб і складної терапії, навіть тоді, коли питання життя стоїть на першому місці.