

Сексуальное здоровье пары

О.В. Ромащенко, С.Н. Мельников, В.В. Билоголовская, А.В. Бабич, М.М. Ходжава
 ГУ «Институт урологии НАМН Украины», г. Киев

Цель исследования: оценка сексуального здоровья женщин, мужчины которых страдают преждевременной эякуляцией. **Материалы и методы.** Проведено гинекологическое, сексологическое, психологическое обследование 28 женщин репродуктивного возраста, у мужчин которых выявлена преждевременная эякуляция.

Результаты. Сексуальный дискомфорт и неудовлетворенность сексуальными отношениями отмечали 22 (78,6%) женщины. При этом снижение либидо установлено у 17 (60,7%) обследованных, первичную аноргазмию – у 2 (7,1%), вторичную аноргазмию – у 15 (53,6%), нарушение lubricации – у 22 (78,6%), диспареунию – у 25 (89,3%), сочетание сексуальных дисфункций – у 23 (82,1%).

Сексуальные нарушения, выявленные у пациенток, формировались в течение 1–2 лет на фоне сексуальной дисгармонии пары (у мужчин установлена преждевременная эякуляция), сопровождаясь в 89,3% случаев спектром гинекологической патологии.

Заключение. Проведение комплексной терапии с соблюдением принципов междисциплинарного подхода и гендерных соотношений является определяющим при восстановлении сексуальной гармонии пары. На клиническом примере продемонстрирована перспектива эффективного использования препарата дапоксетин (Priligy®, Прилиджи®) в терапии преждевременной эякуляции и восстановлении сексуального здоровья пары.

Ключевые слова: пара, сексуальное здоровье, женские сексуальные дисфункции, преждевременная эякуляция.

Основоположник семейной психотерапии Вирджиния Сатир подчеркивала: «Каждая пара – это единение трех составляющих: ты, я и мы». Именно неповторимость такого единения является определяющей при оценке «особенной атмосферы» пары и ее сексуального здоровья.

Сексуальное здоровье для человека любого возраста является состоянием благополучия в проявлении своей сексуальности, предотвращения нежелательной беременности, профилактики инфекций, передающихся половым путем, СПИДа и свободы от насилия в половых отношениях [1].

Сексуальность – категория человеческой индивидуальности, объединяющая личное мировоззрение и мировосприятие, семейные, культурно-этнические, религиозные традиции, обобщенные в опыте каждого человека и трансформированные в проявлениях личности, – свидетельствует о степени свободы и является критерием качества жизни.

Несомненно, сексуальность любого человека не может быть понята вне целостности личности, а личность – без учета особенностей сексуальных переживаний в паре.

Сексуальные отношения – интимная сторона человеческой жизни. Причем половая функция – единственная парная, в которой участвует как мужчина, так и женщина. Через интимные отношения предоставляется возможность глубже узнать не только близкого человека, но также открыть свой личный особенный чувственный мир, свое тело, по-другому оценить происходящие события, выделить жизненные ценности [2, 3].

Переоценить значимость сексуальных переживаний в любом возрасте невозможно. Так, в 2014 году Людмилой Слосарь в результате социального опроса, проведенного в Институте демографии и социальных исследований имени М.В. Птухи НАН Украины, установлено, что в Украине 4% пар расстаются по причине репродуктивных проблем и 5% пар – из-за сексуальной дисгармонии в браке.

Часто нарушения репродуктивного здоровья семьи могут быть предопределены сексуальными проблемами в отношениях партнеров. Так, среди женщин с сексуальными дисфункциями частота гинекологической патологии встречается в 2–3 раза чаще. В то же время, оценка показателей сексуального здоровья женщин (либидо, возбуждения, оргазма, реакции гратификации, lubricации и др.) в процессе оказания гинекологической помощи проводится в исключительных случаях. За пределами внимания специалистов, занимающихся изучением интимной сферы женщины, остаются проблемы сексуальной дисгармонии, которые зачастую являются основными звеньями в патогенетических механизмах развития опухолей матки и придатков, хронических воспалительных заболеваний половых органов, бесплодия, хронической тазовой боли, патологического климакса и других гинекологических нарушений. Нередко жалобы остаются деликатно незамеченными, а их решение связано с методологическими трудностями [4].

Потому среди основных аспектов Глобальной стратегии ВОЗ вопросы сексуального здоровья пары (в едином контексте) сохраняются на приоритетных позициях, а оценка показателей сексуального здоровья женщин с учетом сохранения сексуальной гармонии в семье является обязательной в повседневной практике врача акушера-гинеколога [5].

В подтверждение сказанному выше следует отметить, что проведенный нами опрос женщин (2461 пациенток в возрасте от 18 до 62 лет), обратившихся за специализированной гинекологической помощью, показал, что 41,2% хотели бы иметь интимную близость чаще, 40,5% – иногда имитировали оргазм, 41,2% испытывали оргазм менее чем при 50% половых актов, 15,8% не испытывали оргазм никогда, 32,9% изменяли своим партнерам из-за отсутствия гармонии половых отношений. При этом 1112 (45,2%) женщин отмечали снижение сексуального интереса и «рутинность» отношений в браке уже спустя 2–3 года совместной жизни, намного раньше своих мужей. Следует отметить, что сексуальные дисфункции у женщин сочетались с состоянием разочарования, снижения самооценки, угнетенности, что само по себе следует расценивать как предпосылки к формированию неврозов [4].

Большинство из женщин не знали, где получить советы для решения возникших проблем и хотели бы, чтобы консультирующий их доктор был компетентен в вопросах сексологии. Так, к примеру достаточно часто от пациенток, обращающихся за специализированной гинекологической помощью, можно услышать подобные вопросы:

- «В последнее время мы с мужем отдалились друг от друга, что совпало с появлением у меня боли во время полового акта. Как мне правильно себя вести?»

- «Почему так трудно говорить об интимных моментах нашей жизни с человеком, которого ты любишь?».
- «После родов я перестала получать удовлетворение в сексе. Что нужно предпринять, чтобы изменить ситуацию?».
- «С момента прекращения месячных я испытываю трудности в интимных отношениях: сухость во влагалище и дискомфорт мешают мне расслабиться. Моя обеспокоенность передается моему мужу. Мне неловко было обсуждать возникшую проблему, но и умалчивать ситуацию я тоже не могу».
- «Я уже хорошо знаю, что в постели будет каждое последующее мгновение. Наши интимные отношения превратились в минутную встречу. Мне это невыносимо, но мужу признаться стесняюсь, что меня не устраивает эта странная поспешность... Начала испытывать боль при половой близости, отсутствует не только физическое, но и эмоциональное удовлетворение. Все меня огорчает в интимных отношениях. Что мне делать?» [6]

Для женщин важно своевременно обсудить любой возникший вопрос интимного характера, поскольку врачебная тактика замалчивания или деликатного уклонения от решения таких проблем приводит порой к хронизации заболеваний, формированию более глубоких нарушений гинекологического и сексуального здоровья [7].

Мы попытались остановиться на некоторых вопросах сексуального здоровья пары, позволяющих расширить горизонт возможностей врача акушера-гинеколога, андролога, сексопатолога с учетом принципов междисциплинарного подхода. При этом следует отметить, что клинические исследования по изучению сексуальных дисфункций у женщин остаются немногочисленными, несмотря на их многообразие и распространенность. В противовес этому, исследования, посвященные изучению сексуального здоровья мужчин, отличаются своей многомерностью и логической завершенностью [8].

Дефицит клинических наблюдений и научных обоснований в области женской сексологии объясняет наличие до конца еще несистематизированных диагностических стандартов при исследовании данной патологии. Принятая в 1999 г. ВОЗ нозологическая единица сексуальных дисфункций у женщин – (FSD), является понятием ассоциативным. Эта обобщенная категория объединяет широкий спектр сексуальных нарушений у женщин: желание (FHSD), возбуждение (FAD), достижение оргазма (FOD), посткоитальная боль, диспареуния (различной степени выраженности), вульводиния, вестибулодиния, вагинизм [9].

При проведении комплексного, в том числе сексологического, обследования 2461 женщины (с 2004 по 2015 годы) разных возрастных групп в Украине, мы убедились, что частота сексуальной дисфункции с возрастом увеличивается и коррелирует с фактором стресса, экономической нестабильности, отсутствия доверия в интимных отношениях, неблагоприятия в семье и обществе и нарушениями гинекологического и соматического здоровья [4]. В то же время, проведенные исследования позволили убедиться в том, что ощущение сексуальной востребованности ассоциируется с продолжением жизненной активности и молодости у 32,45% женщин после 60 лет и у 18,7% – после 70 лет [10].

Сексуальная функция женщины по своей природе многомерна. Высокая или более низкая степень сексуального желания определяется гаммой психоэмоциональных факторов межличностного общения, степенью социального комфорта, состоянием соматического, гинекологического благополучия в различные возрастные периоды, даже фазы менструального цикла и, конечно же, сексуального здоровья партнера.

Важно при этом учитывать предпосылки возникновения FSD, а именно:

- факторы, негативно повлиявшие на сексуальный опыт, особенно в дебюте половых отношений;
- факторы, способствовавшие закреплению негативного сексуального опыта в подсознании;
- негативное влияние на сексуальную функцию нарушений психосоматического состояния, последствий хирургического или медикаментозного лечения;
- нарушение гармонии сексуальных отношений в паре на всех этапах жизни [11].

Поэтому дисгармония половых отношений между партнерами всегда лежит в основе сексуальных дисфункций, а не наоборот. Оценка степени достижения сексуальной гармонии пары является ключевым моментом и должна учитываться, в первую очередь при понимании механизмов нарушений гинекологического здоровья женщины и андрологического состояния мужчины.

В научной литературе до настоящего времени данные об оценке сексуального здоровья женщин, мужчины которых страдают преждевременной эякуляцией, представлялись эпизодически и полученные результаты имели порой взаимоисключающий характер [12].

Преждевременная эякуляция, как правило, наступает до имиссии полового члена при соприкосновении с малыми половыми губами или при входе во влагалище. Эрекция при этом может протекать нормально или быть частичной. В некоторых случаях эякуляция наступает при полном отсутствии эрекции, до ее появления.

Термин «слишком раннее семяизвержение» употребляется тогда, когда семяизвержение наступает после имиссии полового члена, но до достижения оргазма у женщины. Слишком ранним считается семяизвержение, наступающее до истечения 2 мин с момента введения полового члена во влагалище, если при этом у партнерши не наступил оргазм. Некоторые авторы считают, что слишком ранним является семяизвержение, наступающее до совершения 25 фрикционных движений [13].

Попытка определить время нормального полового акта в абсолютных показателях имеет лишь относительное значение, так как продолжительность его зависит от скорости протекания сексуальных реакций у обоих партнеров.

Слишком ранним считается семяизвержение, наступающее через 1 мин после начала полового акта, если женщина не достигла оргазма, но в то же время его можно рассматривать как нормальное, даже если оно произойдет до истечения 1 мин, в случае наступления оргазма у женщины [14].

Окончательным критерием, в соответствии с которым семяизвержение определяется как нормальное или преждевременное, является наличие оргазма у женщины и абсолютная продолжительность полового акта, равная не менее 2 мин.

Masters W. и Johnsons V. предложили определение, в соответствии с которым преждевременная эякуляция наступает тогда, когда мужчина не может контролировать семяизвержение после имиссии полового члена в течение времени, необходимого для того, чтобы партнерша, по крайней мере в 50% случаев, получила сексуальное удовлетворение. Эта дефиниция относится лишь к такой партнерской паре, в которой женщина способна переживать состояние оргазма, достигая графикации при условии проведения адекватной и продолжительной сексуальной прелюдии [15]. В то же время преждевременный оргазм у женщин отмечается значительно реже и, кроме того, не мешает дальнейшему течению полового акта и не имеет клинического значения.

Раннему или преждевременному семяизвержению способствует атмосфера спешки и нервозности, если она сопутствует половому акту, необходимость быстрого выведения

полового члена из влагалища при практикуемом прерванном половом акте, потребности быстро закончить половой акт при опасении внешних помех, в том числе появление посторонних людей.

Преждевременное семяизвержение нельзя рассматривать как прямое следствие высокого уровня сексуального возбуждения, поскольку оно является результатом маловыраженной способности к контакту с другим человеком. Однако такое объяснение относится только к нормальным условиям и касается лишь некоторых случаев особенностей взаимоотношений партнеров. Его нельзя распространять на все клинические ситуации, так как причиной раннего семяизвержения могут быть различные факторы (сексуальная абстиненция, сексуальная возбудимость и другое), связанные с влиянием женщины на мужчину. Возможны также воздействия «технического» порядка, или личностные. Все это важно учитывать при оценке сексуального здоровья пары и проведения коррекции возможных сексуальных нарушений с включением психотерапевтических и медикаментозных подходов, а также при необходимости проведения хирургического лечения [16].

Перспективным является использование в комплексе терапевтических подходов дапоксетина, единственного из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС), который имеет прямое показание для лечения преждевременной эякуляции «по требованию». Дапоксетин (Priligy®, Прилиджи®) оказывает контролирующее воздействие на функции головного мозга, участвующие в потреблении серотонина. Под воздействием дапоксетина блокируется обратный захват серотонина клетками мозга и увеличивается его концентрация, что способствует задержке момента наступления семяизвержения и продлению полового акта.

Цель исследования: оценка сексуального здоровья женщин, мужчины которых страдают преждевременной эякуляцией.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведена клиническая оценка гинекологического состояния и сексуального здоровья 28 женщин активного репродуктивного возраста (от 28 до 39 лет), мужчины которых страдали преждевременной эякуляцией (в большинстве случаев эякуляция наступала в течение 1 мин после имиссии полового члена).

Нами была разработана специальная анкета с учетом общего состояния, показателей гинекологического и сексуального здоровья обследованных женщин. Анкета заполнялась врачом при беседе с пациенткой неоднократно в динамике наблюдения.

Как известно, определяющим фактором в сохранении гармонии отношений партнеров является достижение интимного доверия, совпадения сексуального потенциала, сохранение яркости сексуальных переживаний и сексуального интереса при регулярном ритме половых отношений. По мнению В.И. Здравомыслова, понятие нормы в сексологии связано часто с субъективной оценкой происходящего. Стандартизация результатов диагностики женских сексуальных дисфункций по-прежнему совершенствуется. В.И. Здравомысловым было предложено изучение эрогенных зон женщины (участки кожного покрова или слизистых оболочек, раздражение которых вызывает половое возбуждение), которые включают также органы зрения, слуха, обоняния, осязания, вкуса и вошедшие в схему эрогенных зон женщины [18].

На наш взгляд, представляется информативным одно-временное и независимое заполнение карты эрогенных зон женщины партнерами, что непосредственно было использовано в представленном исследовании. Клинический анализ

результатов данного теста позволяет оценить степень интимного доверия и достижения гармонии в отношениях между женщиной и женщиной.

Определение спектра и характера сексуальных дисфункций у женщин с оценкой сосудистых нарушений осуществлялось при использовании ультразвукографического исследования с включением метода доплерографии сосудов зоны клитора на ультразвуковой диагностической системе XARIO фирмы TOSHIBA экспертного класса в динамике наблюдения. При использовании цветного доплеровского картирования проводили оценку сосудистой ангиоархитектоники, особенностей паренхиматозного кровотока (его наличие, усиление или отсутствие). Также проводили импульсную доплерографию с оценкой индексов доплерографии.

Показатели сосудистого кровотока базировались на оценке артериального кровотока маточной артерии, яичниковых артерий, а также сосудов влагалища и клитора. Индексы доплеровских кривых получали при совокупности комбинаций нескольких доминантных признаков сосудистой кривой. При исследовании использовали один и тот же угол сканирования между лучом и сосудом, который составлял от 0 до 40 градусов, а также проводили оценку доплеровских сигналов хорошего качества. Индексы доплеровских кривых получали из комбинации признаков этих кривых [19].

Оценку рН-метрии слизистой оболочки влагалища проводили до и через 30–40 мин после стимуляции (при использовании видеоэротической стимуляции и локально возбуждающего lubricанта с афродизиаками) [20].

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В группе обследованных преобладали женщины от 31 до 35 лет (64,3%), в то же время были обследованы пациентки от 28 до 30 лет (25,0%) и от 36 до 39 лет (10,7%). Оценка состояния соматического здоровья показала, что несмотря на молодой возраст женщин, у большинства из них выявлен спектр общетерапевтических заболеваний: патологию щитовидной железы без нарушения функции (10,7%), вегето-сосудистую дистонию (25,0%), заболевания пищеварительного тракта (28,5%), варикозную болезнь вен нижних конечностей (17,8%), остеохондроз (32,1%).

Оценку показателей гинекологического здоровья проводили традиционно: с учетом анамнеза, изучения особенностей становления менструальной функции, гинекологического осмотра, показателей репродуктивного здоровья.

Средний возраст менархе у обследованных женщин 17 (60,7%) был в пределах 12–13 лет, что соответствует возрастному физиологическому диапазону начала менструации. В то же время у 6 (21,4%) женщин появление менструации отмечено с 14–15 лет и у 2 (7,2%) пациенток – после 16 лет.

Изучение акушерского анамнеза выявило, что из 15 (53,6%) пациенток были беременности, завершившиеся одними родами у 9 (32,1%) женщин и двумя родами – у 6 (21,4%). В то же время у 7 (25%) женщин в анамнезе были искусственные аборты, у 1 (3,6%) – самопроизвольные аборты; трубное и перитонеальное бесплодие установлено у 2 (7,1%) женщин, 6 (21,4%) пациенток использовали гормональную контрацепцию с целью предупреждения нежелательной беременности, у 2 (7,1%) в течение 1 года была внутриматочная спираль.

Среди обследованных пациенток нарушения менструальной функции диагностированы у 14 (50,0%): по типу альгодисменореи – у 9 (32,2%), олигоменореи – у 2 (7,1%), гиперполименореи – у 3 (10,7%).

При гинекологическом осмотре изменения со стороны половых органов были установлены у 25 (89,3%) пациенток: хронические воспалительные заболевания органов малого

таза – у 17 (60,7%), эндометриоз половых органов – у 6 (21,4%), лейомиома матки – у 6 (21,4%), кисты яичников – у 1 (3,6%), причем у 5 (17,8%) отмечено сочетание гинекологической патологии. Среди обследованных женщин преобладали пациентки (60,7%) с хроническими воспалительными заболеваниями органов малого таза, основной жалобой которых была диспареуния.

Анкетирование показало, что все пары поддерживали сексуальные отношения в сформировавшемся индивидуальном физиологическом ритме. Сексуальный дискомфорт и неудовлетворенность сексуальными отношениями отмечали 22 (78,6%) женщины. При этом снижение либидо наблюдалось у 17 (60,7%) обследованных, первичная аноргазмия – у 2 (7,1%), вторичная аноргазмия – у 15 (53,6%), нарушение lubricации – у 22 (78,6), диспареуния различной степени выраженности – у 25 (89,3%), сочетание сексуальных дисфункций – у 23 (82,1%).

Определяющим фактором в сохранении гармонии отношений партнеров является достижение интимного доверия, совпадения сексуального потенциала и сохранение яркости сексуальных переживаний и сексуального интереса в неповторимом сценарии сексуальных отношений.

Проведение одновременного и независимого заполнения карт эрогенных зон мужчиной и женщиной позволило убедиться в несовпадении ответов в 20 (71,4%) случаях, что свидетельствует о нарушении интимного доверия партнеров, их отдаленности друг от друга и, возможно, напряженности межличностных отношений в момент обследования.

У 19 (67,6%) женщин впервые выявлены сексуальные дисфункции после проведенного специализированного сексологического обследования. При этом пациентки игнорировали нарушения и не знали куда обращаться за помощью. В то же время 18 (64,3%) из них возникшие сексуальные дисфункции (диспареунию, изменения lubricации) связывали с нарушениями гинекологического состояния (хронические воспалительные заболевания половых органов, эндометриоз половых органов, лейомиома матки).

Понимая условность формирования первичности гинекологических или сексологических нарушений, а также значимости их оценки в неразрывной взаимосвязи по принципу «порочного круга», мы оценивали сексуальное состояние обследованных женщин в соответствие с протоколом диагностики сексуальных дисфункций, принятых Европейской Ассоциацией Сексуальной Медицины (ESSM).

Так, оценка женских сексуальных механизмов ответа на любую сексуальную прелюдию технически сводится к стимулирующим методикам. Стимуляция возбуждения достигается демонстрацией эротического видео продолжительностью от 3–6 мин до 20–30 мин у женщин репродуктивного возраста, применением возбуждающих lubricантов. Сопоставление физиологических показателей и других объективных критериев с субъективными жалобами позволяет обобщить собственные данные с более объективными стандартизованными показателями. Весьма важно учитывать при этом степень воздействия различных факторов на характер васкуляризации половых органов, исключить возможные неврологические и эндокринологические факторы, определяющих характер и результаты показателей.

В норме регистрируется существенное увеличение скорости кровотока во влагалище, мочеиспускательном канале, клиторе и половых губах на фоне сексуального возбуждения. С началом сексуального возбуждения у женщины центростремительные сенсорные импульсы активизируют центральную нервную систему и вызывают расслабление гладкомышечных волокон в клиторе и влагалище, при этом наблюдается увеличение скорости объемного кровотока, сопровождающей половое возбуждение.

Эти физиологические механизмы последовательно обеспечивают удлинение и расширение влагалища и клитора, влагалищная стенка пропитывается транссудатом, который выделяется в просвет влагалища, обеспечивая необходимую lubricацию, увеличивается концентрация ионов Na^+ и Cl^- . При lubricации изменяется pH влагалищного транссудата (увеличивается до 7,8), что используется как диагностический критерий при оценке сексуального здоровья женщины. Достижение таких механизмов возможно при сбалансированном соотношении нейрогуморальных связей, адекватной выработке андрогенов и эстрогенов, которые обеспечивают ответную сексуальную реакцию при их общем и локальном воздействии (на половые органы) в организме женщины.

При оценке состояния сексуального здоровья женщин мы использовали метод определения скорости объемного кровотока клитора методом доплерографии на аппарате XARIA TOSHIBA до и после эротической стимуляции с местным применением гелей с афродизиаками.

При определении скорости объемного кровотока половых органов (клитора) методом доплерографии были установлены соответствующие показатели, которые мы сравнивали с референтными значениями у женщин репродуктивного возраста, установленными нами ранее [20]. Так, у сексологически здоровых женщин скорость объемного кровотока составляла 2,0–4,0 см/с в покое, а после стимуляции с использованием видеоэротической стимуляции и возбуждающих lubricантов в течение 15–20 мин скорость кровотока возрастала до 4,0–8,0 см/с.

У 17 (60,7%) пациенток с аноргазмией как первичной, так и вторичной, результаты доплерографии сосудов клитора имели определенные особенности. Показатели скорости кровотока у этих женщин составляли в состоянии покоя от 0,81 до 0,91 см/с, а после стимуляции – 1,2–2,5 см/с, что свидетельствует о нарушении сосудистых реакций у обследованных женщин и формировании застойных явлений со стороны кровотока.

Референтные показатели pH-метрии слизистой оболочки влагалища у сексологически здоровых женщин репродуктивного возраста в состоянии покоя находились в пределах 3,8–4,2, а после стимуляции – 6,7–7,8.

У пациенток с сексуальными дисфункциями стартовые показатели pH составляли 3,5–4,5, а после стимуляции не превышали 5,2, что свидетельствует об изменении сосудистых реакций на сексуальный стимул у большинства (82,1%) из обследованных женщин.

Ретроспективный анализ определения первоначальных причин возникновения сексуальных дисфункций у 22 (78,6%) женщин позволил убедиться в снижении либидо и нарушении возбуждения, сопровождающихся изменением lubricации и формированием диспареунии, вторичной аноргазмии в течение 1–2 лет на фоне нарушения сексуального здоровья супруга (ранняя и преждевременная эякуляция). Возникшие женские сексуальные дисфункции еще больше усугубляли «кризис межличностных отношений» и способствовали закреплению сексуальных дисгармоний супружеской пары. В качестве иллюстрации возникшей ситуации представляем клинический случай одной из обследованных женщин.

Клинический случай. Пациентка Л., 35 лет, обратилась в клинику с жалобами на снижение яркости желаний, нарушение lubricации, диспареунию, аноргазмия, появившиеся в последние 1,5 года.

Информация о пациентке. Работает в средней школе учителем математики. Свою работу любит, отношениями в коллективе удовлетворена. Во втором браке 12 лет, муж старше на 3 года. Вредных привычек нет. Отмечает склонность к полноте.

Психологическое состояние и проведение психотерапии в прошлом:

Лечение ранее не проводилось. Воспринимает себя как эмоционально-стабильную; любимая жена и любящая мать.

Оценка общего состояния:

В течение последнего года отмечает:

- спорадические подъемы АД 130/90 мм рт.ст. (ранее была склонность к гипотонии);
- раздражительность, доходящая порой до агрессивности (не свойственная ранее), обидчивость, плаксивость;
- поверхностный сон.

Акушерско-гинекологический анамнез и его осложнения:

Менархе с 12 лет, менструации регулярные, ранее безболезненные. В последний год стали болезненными, обильными, со сгустками, более длительными (до 7–8 дней). Две желанные беременности с физиологическим течением завершились родами *per vias naturalis* без осложнений. Грудное вскармливание после первых родов – 1 год, после вторых – 7 мес.

С целью предупреждения нежелательной беременности традиционно использует местно свечи Фарматекс. Наблюдается у гинеколога, профилактически с регулярностью 1 раз в год.

Сексуальный дебют – с 17 лет.

Особенности сексуального опыта:

- отрицает сексуальное насилие и извращения в прошлом;
- гетеросексуальна;
- отмечает стабильные половые отношения с одним партнером до первого брака (продолжался 1 год) и в настоящее время во втором благополучном браке.

Сексуальные жалобы:

Жалобы на сексуальные дисфункции появились полтора года назад, ранее никаких нарушений со стороны сексуального здоровья не наблюдалось: сексуальные отношения ранее были регулярными (2–3 раза в неделю), в большинстве случаев с достижением эмоционального и физического удовлетворения, с адекватной прелюдией в виде ласк на фоне эмоционального подъема.

После совместного обсуждения особенностей сексуальных отношений в паре установлено, что у мужа в последнее время появились проблемы на работе, которой он очень дорожит. В интимных отношениях начала присутствовать некоторая небрежность, «рутинность», как отметила пациентка. Не было уже ставшей ранее традиционной прелюдии отношений, ласк и поцелуев. Сам половой акт стал намного короче (до 1 мин), женщина перестала достигать удовлетворения при этом. Страх перед возможностью искренне обсудить возникшую ситуацию и каким-то образом травмировать любимого мужчину негативно сказался на открытости отношений пары. Со временем женщина стала более раздражительной, вспыльчивой, обидчивой. Появилась боль при половой близости на фоне снижения желания и lubricации. Использование лубрикантов перед половым актом не помогает в устранении сухости и диспареунии при половой близости. Все чаще женщина избегает половых отношений под предлогом различных причин. Это негативно сказывается на отношениях с супругом.

Независимое общение с мужем пациентки также позволило убедиться на негативном влиянии сексуальных нарушений супруги на их семейные отношения. В то же время ни муж, ни жена не осмелились обсудить вопросы интимного характера друг с другом, понимая при этом их неоднозначность и сложность.

При гинекологическом осмотре женщины отмечен умеренный тонус тазовых мышц. Со стороны наружных половых органов патологии не выявлено. Шейка матки цилиндрической формы, слизистая оболочка розового цвета. Канал шейки матки щелевидный. Соотношение шейки к телу матки 1:2,5. Матка в *anteflexio-versio*, увеличена диффузно до 6–7 нед беременности, болезненная при пальпации, несколько ограничена ее подвижность. При пальпации придатков определяется небольшая тяжесть, повышенная болевая чувствительность. Своды свободны. Выделения скудные в виде белей со слизью без запаха.

Был установлен диагноз: Лейомиома матки. Хронический сальпингит. Диспареуния.

При проведении параклинического обследования установлено: в анализах выделений из половых путей L – 20–30 в поле зрения, флора – кокковая, обнаружены грибы рода *Candida* 3×10^5 . Проведение дополнительного обследования с включением метода амплификации нуклеиновых кислот (в частности ПЦР) – патогенные микроорганизмы не выявлены.

Уровни половых стероидов, гонадотропных гормонов в крови – в пределах референтных значений.

Ультрасонография анатомических структур органов малого таза с использованием метода доплерографии сосудов зоны клитора позволила убедиться в наличии диффузного увеличения матки до 6–7 нед беременности за счет лейоматозных узлов в миометрии, гиперплазии эндометрия (до 16 мм) на 10-й день менструального цикла. Отмечено увеличение индекса резистентности сосудов клитора ($IR=0,81-0,84$), уменьшение скорости и объема кровотока ($Vs=4,0-4,6$ cm/s).

При вибротестировании эрогенных зон первого порядка отмечалось снижение порога вибрационной чувствительности.

Лечение пары с учетом рекомендаций Европейской Ассоциации Сексуальной Медицины (ESSM)

1. Проведение противовоспалительной терапии с коррекцией цитокинового статуса, восстановлением микробиотоза уrogenиталий.
2. *Step-by-step* обсуждение особенностей отношений партнеров вместе и с каждым в отдельности совместно с психотерапевтом:
 - рекомендации относительно восстановления сексуальной гармонии в паре;
 - совместное обсуждение сложившейся ситуации с супругами способствовало достижению компромисса с исключением взаимных обвинений в интимных отношениях и устранению сформировавшихся сексуальных стереотипов.
3. Назначение супругу терапии с включением препарата Прилиджи® (1 таблетка 30 мг «по требованию»). Рекомендовано прием Прилиджи® за 1 ч до половой близости врачом-androлогом.

Результаты терапии через 3 мес:

- сексуальная гармония в паре восстанавливается;
- общее состояние пациентки улучшилось;
- исчезли раздражительность, плаксивость, обидчивость;
- давление нормализовалось, головная боль не беспокоит;
- сон улучшился, стал более глубоким;
- пациентка чувствует себя отдохнувшей после сна.

Гинекологическое состояние. Месячные регулярные, безболезненные, в течение 3–4 дней, умеренные. При гинекологическом осмотре отмечено уменьшение размеров матки (5–6 нед беременности), матка легко и безболезненно смещается, придатки тяжистые, однако безболезненные. Выделения слизистые, прозрачные, умеренные.

Состояние сексуального здоровья улучшилось: восстановились сексуальное желание и lubricация, диспареуния исчезла. В большей половине половых актов, частота

которых возросла, отмечает достижение эмоционального и физического удовлетворения. Со слов пациентки позитивная атмосфера отношений супругов и курс проведенного лечения способствуют продлению сексуальной прелюдии и самого полового акта, закреплению эмоциональной доминанты в паре, а также раскрытию новых элементов чувственных отношений после вместе пережитых временных трудностей общения.

Ультрасонография зоны клитора с использованием метода доплерографии сосудов данной зоны: увеличение скорости кровотока ($V_s=8,6-8,8$ см/с) и уменьшение индекса резистентности ($IR=0,62-0,64$).

Как свидетельствует представленный клинический пример, женские сексуальные дисфункции, сформировавшиеся на фоне сексуальных проблем партнера (преждевременная эякуляция), являются признаком качественных изменений в организме женщины репродуктивного возраста, а также триггером их возникновения и дисгармоний пары по принципу «порочного круга» взаимосвязей. Несомненно, эффективность терапии пациентки непосредственно зависит от восстановления сексуального здоровья мужа и в данном случае обусловлена соблюдением принципов междисциплинарного подхода и гендерных соотношений.

Сексуальное здоров'я пари

**О.В. Ромащенко, С.М. Мельников,
В.В. Білоголовська, О.В. Бабич, М.М. Ходжава**

Мета дослідження: оцінювання сексуального здоров'я жінок, чоловіки яких страждають на передчасну еякуляцію.

Матеріали та методи. Проведено гінекологічне, сексологічне, психологічне обстеження 28 жінок репродуктивного віку, у чоловіків яких встановлено передчасну еякуляцію.

Результати. Сексуальний дискомфорт та невдоволеність сексуальними стосунками зазначали 22 (78,6%) жінки. Зниження лібідо встановлено у 17 (60,7%) обстежених, первинну аноргазмію – у 2 (7,1%), вторинну аноргазмію – у 15 (53,6%), порушення лубрикації – у 22 (78,6%), диспареунію – у 25 (89,3%), поєднання сексуальних дисфункцій – у 23 (82,1%).

Сексуальні розлади, виявлені у обстежених пацієнток, формувалися протягом 1–2 років на тлі сексуальних дисгармоній в парі (у чоловіка встановлено передчасну еякуляцію), супроводжувалися в 89,3% випадків спектром гінекологічної патології.

Заключення. Проведення комплексної терапії із дотриманням принципів міждисциплінарного підходу та гендерних співвідношень є принциповим за умови відновлення сексуальної гармонії пари. На клінічному прикладі продемонстровано перспективу ефективного використання препарату дапоксетин у комплексній терапії передчасної еякуляції та відновлення сексуального здоров'я пари.

Ключові слова: пара, сексуальне здоров'я, жіночі сексуальні дисфункції, передчасна еякуляція.

Препарат Прилиджи® (Priligy®) является перспективным в обеспечении эффективной терапевтической помощи при устранении нарушений сексуального здоровья пары и остается объектом наших дальнейших наблюдений. Лечение должно быть комплексным, этапным, проводиться с учетом соматического и гинекологического состояния, сексуального здоровья женщины, а также ее полового партнера с сохранением комфортной психологической атмосферы пары.

ВЫВОДЫ

Проведенные исследования показали, что состояние сексуального здоровья пары должно оцениваться в едином контексте, с пониманием и оценкой взаимосвязи сексуального статуса как женщины, так и мужчины. Формирование сексуальных нарушений у мужчины, а именно преждевременной эякуляции, способствуют возникновению сексуальных дисфункций у 78,6% женщин по принципу «обратной связи» и возникновению спектра гинекологической патологии. Устранение преждевременной эякуляции у мужчины с соблюдением комплексного междисциплинарного подхода и с учетом гендерных аспектов данной проблемы является ключевым моментом в восстановлении сексуальной гармонии пары.

Sexual Health of a Couple

**O.V. Romashchenko, S.M. Melnikov,
V.V. Bilogolovska, O.V. Babich, M.M. Hodjava**

The objective: to evaluate sexual health of women, whose men suffer from precocious ejaculation.

Patients and methods. A gynaecological, sexological and psychological examination of 28 women of reproductive age, whose husbands were reported to have precocious ejaculation, was carried out.

Results. Sexual discomfort and dissatisfaction of sexual relationships were reported by 22 (78,6%) women. Reduction of libido was established in 17 (60,7%) of the examined, primary anorgasmia – in 2 (7,1%), secondary anorgasmia – in 15 (53,6%), violation of lubrication – in 22 (78,6%), dyspareunia – in 25 (89,3%), and combination of sexual dysfunctions – in 23 (82,1%).

Sexual disorders, revealed in the examined patients, were formed during 1–2 years at the background of sexual disharmonies in a couple (precocious ejaculation was established in husband's body), accompanied in 89,3% of cases by the spectre of gynaecological pathology.

Conclusions. Complex therapy in compliance with the principles of interdisciplinary approach and intergender correlations is a principle under the condition of restoration of sexual harmony in a couple. The clinical sample has demonstrated the trend of effective use of dapoxetine medicine in a complex therapy of precocious ejaculation and restoration of couple's sexual health.

Key words: couple, sexual health, female sexual dysfunctions, precocious ejaculation.

Сведения об авторах

Ромащенко Оксана Васильевна – ГУ «Институт урологии НАМН Украины», 04053, г. Киев, ул. В. Винниченко, 9а; тел.: (044) 486-98-90

Мельников Сергей Николаевич – ГУ «Институт урологии НАМН Украины», 04053, г. Киев, ул. В. Винниченко, 9а

Білоголовська Валентина Васильевна – ГУ «Институт урологии НАМН Украины», 04053, г. Киев, ул. В. Винниченко, 9а

Бабич Александр Васильевич – ГУ «Институт урологии НАМН Украины», 04053, г. Киев, ул. В. Винниченко, 9а

Ходжава Мадонна Малхазиевна – ГУ «Институт урологии НАМН Украины», 04053, г. Киев, ул. В. Винниченко, 9а

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Сексуальное здоровье: Определение ВОЗ. – Режим доступа: http://www.who.int/topics/sexual_health/ru/.
2. Giraldi A., Rellini A.H., Pfau J., Laan L. Female sexual arousal disorders // J. Sex Med. – 2013. – Vol. 10. – P. 58–73.

3. Bancroft J., Loftus J., Long J.S. Distress about sex: A national survey of women in heterosexual relationships // Arch. Sex. Behav. – 2003. – Vol. 32. – P. 193–211.
4. Ромащенко О.В., Мельников С.М., Білоголовська В.В., Мироненко Н.О.,

- Коваль С.Б., Ходжава М.М. Ураховання стану сексуального здоров'я жінок в гінекологічній практиці. Збірник наукових праць Асоціації акушерів-гінекологів України. – Випуск 2 (36). – 2015. – С. 213–218).
5. WHO. Standards of Sexuality

- Education in Europe/Guidance for Implementation Cologne: WHO Regional Office for Europe-Federal Center for Health Education, 2013.
6. Горпинченко И.И., Ромащенко О.В., Мельников С.Н., Білоголовська В.В. Женская сексология в по-

вседневной практике врача акушера-гинеколога. Методическое пособие. – «Доктор Дизайн», Минск-2009. – 71 с.

7. Lancveld J., Hubben D., Dewitte M. The partner's presence in the sex research lab differentially affect sexual arousal in women and men // J. Sex Med. – 2014. – Vol. 11. – P. 697–708.

8. Laumann E.O., Nicolosi A., Glasser D.B., et al. Sexual problems among women and men aged 40–80: prevalence and correlates identified in the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors // Int J Impot Res. – 2004 advance online publication, 24 June.

9. Basson R., Berman J., Burnett A., Derogatis L., Ferguson D., Fourcroy J.,

et al. Report of the International Consensus Development Conference on Female Sexual Dysfunction: definitions and classifications // J Urol. – Vol. 163. – 2001. – 888 p.

10. Ромащенко О.В., Мельников С.М., Билоголовская В.В., Ходжава М.М. Сексуальное здоровье женщин в постменопаузе // Матеріали науково-практичної конференції «Урологія, андрологія, нефрологія – 2015», Харків. – С. 168–171.

11. Ворник Б.М., Ромащенко О.В., Коган М.И. Женская сексология и сексопатология. Руководство для врачей. – К., 2016. – ИЦ «Семья». – 365 с.

12. Lancveld J., Hubben D., Dewitte M. The partner's presence in the sex research lab differentially affect

sexual arousal in women and men. J. Sex Med 2014; 11:697–708.

13. Buvat J., Tesfaye F., Rothman M. Dapoxetine for the Treatment of Premature Ejaculation: Results from a Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Phase 3 Trial in 22 Countries // European urology, 2009. – Vol. 55. – P. 957–968.

14. Ивелинский К. Сексология и сексопатология. – Москва, Медицина. – 1986-423с.

15. Masters W., Johnson V. Human Sexual Response. – Boston: Little, Brown, 1966.

16. Кришталь В.В., Григорян С.Р. Сексология. – М.: ПЕР СЭ, 2002. – 879 с.

17. Здравомыслов В.И., Анисимова З.Е., Либих С.С. Функциональная

женская сексология. – Алма-Ата «Казахстан», 1985. – 269 с.

18. McMahon C. G. Dapoxetine: a new option in the medical management of premature ejaculation // Ther Adv Urol. 2012 Oct; 4(5): 233–251.

19. Горпинченко И.И., Ромащенко О.В., Мельников С.Н., Головинов В.А., Билоголовская В.В.. Диагностика сексуальных дисфункций у женщин // Репродуктивное здоровье женщины. – 2007. – № 4 (33). – С. 49–53.

20. Горпинченко И.И., Ромащенко О.В., Мельников С.М., Билоголовська В.В. Спосіб діагностики порушень кровоплину судин геніталій у жінок репродуктивного віку. – Патент № 48650 від 25.03.2010.

Статья поступила в редакцию 23.06.17