

Порушення та принципи діагностики сексуальної функції жінок у перименопаузальному віці

Ю.П. Вдовиченко, О.Ю. Гурженко

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ

У статті освітлюється питання порушення та принципи діагностики сексуальної функції жінок у перименопаузальному віці.

Мета дослідження: аналіз структури сексуальних розладів у жінок у період перименопаузи, розроблення методологічних підходів до ранньої діагностики сексуальних дисфункцій.

Матеріали та методи. У дослідженні взяли участь 34 жінки зі статевими розладами у період перименопаузи. Вік хворих варіював від 45 до 66 років. Середній вік пацієнток – $56,3 \pm 0,3$ року, при цьому переважали жінки 50–59 років – 28 (82,4%). Для вивчення особливостей перебігу сексуальних дисфункцій у жінок перименопаузального віку було призначено комплекс клініко-лабораторних та параклінічних методів дослідження.

Результати. Під час вивчення вікових особливостей жінок перименопаузального віку та впливу на стан їхнього сексуального здоров'я соматичних та психосоматичних порушень, було виділено певні особливості діагностики даної патології для призначення відповідної терапії.

Заключення. Визначені основні особливості сексуальних дисфункцій у жінок перименопаузального віку: частота сексуальних дисфункцій становить 76,5%. У спектрі сексуальних розладів переважали поєднані дисфункції: 85,3% – порушення лобрикації, 47,1% – порушення бажання, 44,1% – порушення збудження, 50,0% – первинна та 55,9% – вторинна аноргазмія, 70,6% – диспаревнія. Встановлено, що серед жінок з тривалістю менопаузи понад 2 роки 76,5% залишались сексуально активними, а 85,3% жінок у період перименопаузи вважають сексуальну активність одним з складових факторів якості життя. У жінок перименопаузального віку визначено зміни гормонального гомеостазу, такі, як гіпоестрогенія та гіпотестостеронемія, що є однією з передумов формування спектра сексуальних дисфункцій.

Ключові слова: сексуальні розлади, перименопаузальний вік, якість життя.

Проблема сексуальних розладів у жінок перименопаузального віку є надзвичайно актуальною у зв'язку зі значним поширенням статевих розладів серед даної категорії пацієнток та порушенням відповідно сімейних стосунків, психологічного стану, якості життя [1–3].

Перехід до перименопаузального віку включає в себе певні аспекти, кожен з яких потенційно впливає на стан жіночої сексуальної функції та зумовлює формування розладів, в основі яких лежать гормональні та фізіологічні зміни, психосоціальні фактори, анамнез життя, хірургічні втручання, неадекватна медикаментозна терапія [2, 3].

За даними Європейської асоціації сексуальної медицини, від 20% до 50% жінок в Європі середнього та старшого віку страждають на сексуальні розлади. Найбільша частота даної патології зустрічається у жінок перименопаузального віку [4, 5].

Сексуальна функція залежить від функціональної активності нервової та серцево-судинної системи, а також від аде-

кватної ендокринологічної регуляції при цьому. Відхилення у будь-якій з цих систем спричинює порушення в організмі, що впливають на сексуальне здоров'я [5, 6]. Це поліетіологічна патологія, тому важливим аспектом є виявлення груп ризику та профілактика сексуальних розладів у цих групах, а також їхнє лікування [5, 6].

Для жінок, у яких діагностована дана патологія, сексуальна дисфункція фізично дезорганізуюча, емоційно пригнічувальна та соціально руйнівна. Інший негативний фактор сексуальної дисфункції у жінок перименопаузального віку у тому, що ця сексуальна проблема має прогресуючий характер та недостатньо досліджена [1, 2, 5].

Водночас вчасне виявлення та створення оптимальних схем діагностики дозволить провести ефективну корекцію сексуальних розладів, їхніх можливих ускладнень, а також зберегти здоров'я жінки.

Сексуальне здоров'я жінок різних вікових груп

Перименопауза – це період вікового зниження функції яєчників, в основному після 45 років, включаючи пременопаузу, менопаузу та постменопаузу.

Пременопауза – період від початку зниження функціональної активності яєчників до менопаузи.

Менопауза – це остання самостійна менструація, зумовлена функціонуванням в єдиному контексті органів репродуктивної системи. Дата менопаузи встановлюється ретроспективно, а саме – після 12 місяців відсутності менструації. Менопауза настає в середньому у жінок близько 50 років [7].

Постменопауза – період від менопаузи до остаточного і максимального зниження функції яєчників. Поділяється на ранню (3–5 років) та пізню [7].

Ендокринологічно перименопауза характеризується:

- 1) прогресуючим виснаженням функції яєчників;
- 2) зміною чутливості фолікулів, що залишилися;
- 3) зміною секреції яєчникових гормонів [7].

До моменту народження в яєчниках дівчинки знаходиться близько двох мільйонів ооцитів, у пубертатний період – близько 300–400 тис, а до 50 років у більшості жінок їх залишається декілька сотень. З віком поряд з виснаженням фолікулів також знижується число рецепторів, чутливих до гонадотропінів. Це сприяє зниженню чутливості яєчників до власних гонадотропних стимулів і зменшення частоти овуляторних циклів [7].

Із зменшенням числа фолікулів виникає селективне зниження секреції імунореактивного інгібіну яєчниками, що частіше передуює зниженню секреції естрадіолу. Тому раннім маркером менопаузи є підвищення рівня ФСГ, оскільки між інгібіном і ФСГ існує зворотний зв'язок. Оскільки секреція ЛГ не взаємопов'язана з інгібіном, то підвищення ЛГ настає пізніше і рівень підвищення його менший, ніж ФСГ.

З моменту припинення овуляції зникає циклічність у секреції естрадіолу і прогестерону яєчниками. Отже, для перименопаузи характерні наступні зміни в гіпоталамо-гіпофізарно-яєчничовій системі [7]:

1. Прогресуюче виснаження фолікулярного апарату яєчників.

2. Епізодичне підвищення рівня ФСГ задовго до менопаузи і поступове стабільне підвищення його у міру наближення до менопаузи.

3. Прогресуюче зниження рівнів естрадіолу у крові.
4. Зменшення частоти овуляторних циклів.
5. Зниження репродуктивної функції.

Клінічним відзеркаленням зміненої функції яєчників у перименопаузі є менструальні цикли, які можуть охарактеризувати таким чином:

- регулярні цикли до моменту настання менопаузи;
- чергування регулярних циклів з пролонгованими;
- затримки менструацій від тижня до декількох місяців;
- чергування затримок менструацій різної тривалості з метрорагіями.

З початком перименопаузи і розвитком відповідних змін в організмі багато жінок констатують порушення з боку сексуального здоров'я. Проблема сексуальних розладів у жінок перименопаузального віку є надзвичайно актуальною у зв'язку зі значним поширенням жіночих сексуальних дисфункцій, що негативно впливає на міжособисті стосунки та психологічний стан жінки.

Перехід до перименопаузального віку включає в себе певні аспекти, кожен з яких потенційно впливає на жіночу сексуальну функцію і можливі розлади, зумовлені гормональними та фізіологічними змінами, психосоціальними факторами, перенесеними хірургічними втручаннями, неадекватною медикаментозною терапією [7].

За даними Європейської асоціації сексуальної медицини, від 20% до 50% жінок у Європі середнього та старшого віку страждають на сексуальні розлади [1, 8, 9].

Під егідою Всесвітньої Організації Охорони Здоров'я у 2002 році встановлено основне поняття сексуального здоров'я. Отже, сексуальне здоров'я – це не тільки відсутність хвороб, а стан повного соматичного, емоційного, інтелектуального благополуччя стосовно сексуальності, що базується на позитивному і поважному ставленні до сексуальності, сексуальних стосунків, можливості безпечно вести статеве життя, що приносить задоволення, відсутність примусу, дискримінації та насильства.

Дослідження та теорії жіночої сексуальної дисфункції еволюціонують швидко. Нові теорії і припущення розвиваються відповідно до появи нових знань, отриманих нових результатів багаточисельних досліджень, але чимало питань залишаються невирішеними. Незважаючи на прогрес і підвищення уваги до теми жіночої статевої дисфункції, досі існують фундаментальні розбіжності з приводу визначення і класифікації даної патології, а також підходів до лікування.

В останні десятиліття були сформовані основні положення у розумінні статевої психофізіології та фармакології, ролі статевих гормонів, а також культурних чинників, що впливають на сексуальність. За останні 50 років впорядковані знання про нормативну статево поведінку у жінок (і чоловіків), уточнені визначення нормальної і «проблематичної» статевої функції у жінок. Проте певні основні проблеми, як наприклад, роль стосунків і міжпартнерські чинники у визначенні статевої дисфункції залишаються відносно невивченими. На біологічні фактори, поза сумнівом, звертали більшу увагу протягом минулих десятиліть.

Важливі історичні зміни вплинули на медичні і наукові концепції жіночої сексуальності. Останні 50 років відзначилися сексуальною революцією 60-х і 70-х років ХХ ст. (основними проявами якої були сексуальна свобода стосунків, контроль народжуваності шляхом використання контрацепції), зростанням потужностей та різноманітності фармацевтичного ринку, розвитком рецептурної та безрецептурної продукції, яка також впливає на статево функцію.

Існують уявлення про відмінності в жіночій сексуальності між і в межах різних культурних груп. Цей контекстно-залежний погляд на жіночу сексуальність базується на значущості соціальних чинників у статевої поведінці. Дебати про переваги впливу культури і соціуму на жіночу сексуальність порівняно з біологічними і психічними чинниками тривають і сьогодні.

У минулому десятиріччі істотного розвитку набули медичні, біологічні і фармакологічні підходи до сексуальності. Це було описано як «медикалізація» сексуальності тими вченими, хто акцентує увагу на фармацевтичних або медичних рішеннях сексуальних проблем. Нові і потенційно ефективні напрямки у лікуванні вікових проблем у жінок дали поштовх у дослідженні жіночої статевої функції і дисфункції [2, 4].

Зміни поглядів на жіночу сексуальність проходили паралельно до розвитку дослідницьких методологій. Від оригінальної техніки опитування Kinsey, прямого спостереження людської сексуальної реакції Masters and Johnson's дослідження розширилися останніми роками, щоб об'єднати нові методи для вивчення фізіології мозку, гормональних змін, кровотоку в статевих органах під час статевої реакції. Нові кількісні і якісні дослідницькі методи і підходи також розвивалися.

Розпочинаючи з Masters and Johnson's чотирьохфазної концепції сексуальної реакції, моделі нормативної статевої функції піддалися істотним перетворенням. Нещодавно були описані нелінійні моделі статевої реакції у жінок (наприклад, Basson), які служили основою запропонованих діагностичних класифікацій і рекомендацій для жіночої сексуальної дисфункції.

Термінологія і діагностична класифікація сексуальних порушень у жінок відчутно еволюціонували проти раніше визначених і принизливих термінів 50-х років ХХ ст., як наприклад «фригідність» і «німфоманія», до більше описових і науково об'єктивних термінів, як наприклад «порушення сексуального збудження у жінок» і «знижене сексуальне бажання». Це термінологічні і концептуальні зміни розпочалися з Kinsey і тривають сьогодні.

Жіноча статева дисфункція у період перименопаузи поліетіологічна як медична проблема. Це означає, що не всі сексологічні скарги, які жінка повідомляє на даному етапі її життєвого циклу лікарю, базуються на гормональній недостатності гонад. Швидше сексуальна функція залежить від функціонування в єдиному поєднанні нервової та серцево-судинної систем відповідно до гармонії ендокринологічної цілісності. Будь-яке відхилення у системі спричиняє дисфункцію, що впливає на статеве здоров'я. Крім того, немедичні чинники також впливають на статеве здоров'я пацієнтки у період менопаузи.

Соматичні хвороби (цукровий діабет), сімейний стан (проблеми з дітьми, фінансові негаразди, хворий чоловік), соціальне довкілля (депресія клімактеричного періоду, пов'язана із старінням і втрати жіночої чарівності), релігійні переконання (сексуальна активність виключно з метою репродукції), попередній особистий сексуальний досвід (відсутність сексуальної гармонії), минуле або теперішнє сексуальне і домашнє насильство (від алкогольнозалежного або непрацюючого партнера) – важливі компоненти, що є основою для жіночої сексуальної дисфункції [10–12].

Хоча гормональні зміни перименопаузального періоду безпосередньо можуть пригнічувати і мають помітний негативний ефект щодо сексуального здоров'я, сексуальний дистрес, який ці зміни викликає у жінки у період менопаузи, більш за все, не має такого великого впливу на її якість життя порівняно з жінкою репродуктивного віку. Жінка протягом перименопаузи може бути одружена з партнером зі зниженою сексуальною активністю. Окрім того, у цей момент життєвого циклу більшість жінок завершило етап репродуктивності, тому вагітність і відтворення більше не є метою.

У порівнянні, жінка репродуктивного віку із статевою дисфункцією, яка має сексуально активного партнера і ще не у повному обсязі задовольнила своє сексуальне бажання, матиме більш значне порушення якості життя, ніж старша жінка. Проте можливо, що сексуальна дисфункція не матиме великого впливу на особисті і міжпартнерські стосунки. Дана патологія, що виникає з настанням перименопаузи, часто спричинює погіршення у стосунках між партнерами, втрату почуття власної гідності, зменшення якості життя. Для жінок у цей період сексуальні розлади є фізично дисконцентруючими, емоційно пригнічувальними, соціально руйнівними.

Іншим негативним аспектом сексуальної дисфункції у жінки у період перименопаузи є те, що сексуальна проблема зазвичай прогресуюча. Так, наприклад, вагінальна сухість і диспаревнія у жінки, що годує дитину після пологів, після завершення лактації мають зворотний стан. Проте у період перименопаузи пацієнтки з даною патологією з причини урогенітальної атрофії внаслідок зменшення концентрації естрогенів не мають ні зворотної етіології, ні іншого фактора, який зменшив би інтенсивність проявів через якийсь час. Навпаки, вагінальна сухість і симптоми болю стануть більш вираженими з часом. Відколи жіночі сексуальні дисфункції різко збільшуються у період перименопаузи, своєчасна допомога має бути метою усіх клінічних лікарів, що займаються пацієнтками даного віку.

Жіноча сексуальна дисфункція – багатовимірна і багатфакторна проблема, часто усі компоненти скарг не очевидні під час першого візиту до спеціаліста. Проте для багатьох жінок у період перименопаузи прихід до лікаря за допомогою та порадою зі скаргами на сексуальні порушення часто є ефективним першим кроком у лікуванні. Міжнародна класифікація хвороб та хворобливих станів Всесвітньої Організації Охорони Здоров'я (МКХ-10) визначає сексуальну дисфункцію як «розлад, внаслідок якого індивідуум не може брати участь у статевих стосунках, як він або вона того бажали б».

Сьогодні не існує обмежень у віці, коли пацієнт, маючи сексуальні розлади, не міг би звернутися до лікаря по допомогу. Проте для всіх жінок, особливо в період перименопаузи, скарги сексуального плану спричинюють особистий стрес. Згідно з Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (четверте видання), сексуальні дисфункції – це «розлади у статевому бажанні і в психофізіологічному стані, це характеризує статевою реакцію і спричиняє стрес та міжпартнерські труднощі» [1–3].

Класифікація сексуальних дисфункцій Американської асоціації психіатрів [13]:

I. Порушення сексуального бажання:

- гіпоактивне сексуальне бажання;
- сексуальна відраза.

II. Порушення збудження.

III. Порушення оргазмічної реакції.

IV. Больовий синдром:

- диспаревнія;
- вагінізм;
- інші больові синдроми.

Усі сексуальні скарги, що є у жінок репродуктивного віку, зустрічаються також (але з більшою частотою) у жінок у період перименопаузи. Кожен з цих діагнозів підрозділяють на довготривалий набутий тип, генералізований ситуативний тип, етіологічного походження (органічний, психогенний, змішаний і невідомий).

Багато жінок мають більше однієї сексуальної дисфункції (наприклад, втрата статевого бажання і біль під час статевого акту) і більш ніж одну причину, яка сприяє розвитку патології. Даний аспект поліетіології часто не виявляють

у пацієнтки у період перименопаузи під час визначення схеми лікування. Тобто, коли сексуальна функція не відновлюється на тлі терапії з естрогенами або андрогенами та естрогенами, можна передбачити, що не всі фактори були враховані, тому лікування не було ефективним. Оскільки жіночі сексуальні дисфункції – це багатофакторна проблема, часто усунення одного фактора (наприклад, терапія естрогенами) впливає тільки на один з чинників (урогенітальна атрофія) і не вирішує проблему сексуальних стосунків загалом.

Класифікація жіночих сексуальних дисфункцій [13].

I. Відсутність або втрата сексуального бажання:

1) первинна (вроджена, конституційна, за умови відсутності сексуального бажання з початку формування сексуальних стосунків);

2) вторинна (набута, ситуативна та спричинена проведенням консервативного або хірургічного лікування, гормональними порушеннями, травмами тощо).

II. Порушення сексуального збудження:

1) недостатність генітальної реакції (порушення лубрикації, підвищення порога чутливості ерогенних зон першого порядку, порушення кровотоку судин статевих органів);

2) недостатність психоемоційної реакції (ситуативна, зумовлена відсутністю прелюдії статевих стосунків, міжособистих конфліктів);

3) поєднання недостатності генітальної та психоемоційної реакції.

III. Оргазмічна дисфункція.

1) первинна (виникла з початком сексуальних стосунків);

2) вторинна (набута, ситуативна).

IV. Сексуальна відраза і відсутність сексуального задоволення:

1) первинна;

2) вторинна.

V. Вагінізм неорганічного генезу:

VI. Сексуальний біль:

1) диспаревнія ятрогенна (після консервативного або хірургічного лікування захворювань органів малого таза);

2) диспаревнія післяпологова (протягом року після ускладнень під час надання допомоги в пологах);

3) диспаревнія вікова (на тлі дефіциту естрогенів у період постменопаузи, зумовлена порушенням лубрикації на тлі змін кровотоку статевих органів);

4) посткоїтальний біль (при порушенні техніки статевого акту, анатомічній невідповідності статевих органів чоловіка і жінки, ятрогенний).

VII. Надмірний статевий потяг:

1) гіперандрогенні стани;

2) німфоманія у постменопаузі.

VIII. Інші сексуальні порушення, не зумовлені органічними змінами або захворюваннями.

IX. Не уточнені сексуальні розлади, які не зумовлені органічними змінами або захворюваннями.

Жіночі статеві порушення відмічають у 20–50% жінок у США, не лише серед жінок старшого, а також і молодого віку. Отримані результати свідчать, що статеві дисфункції у жінок виникають протягом життєвого циклу, переважаючи у перименопаузальний період. Наприклад, зменшення статевого бажання зазвичай переважає у жінок, ніж у чоловіків (співвідношення жінок до чоловіків приблизно 2–3:1), і стає більш значущим у віці 60 років, а з віком вирівнюються в обох партнерів. Окрім того, згідно з даними National Health and Social Life Survey (США) приблизно 20% жінок віком 18–59 років зазначають наявність труднощів у лубрикації протягом статевої стимуляції, тоді як ця кількість підвищується до 44,2% для жінок у період постменопаузи.

Ця сама картина спостерігається і з порушенням оргазмічної реакції. Згідно з дослідженнями National Health and Social Life Survey, хоча не встановлено співвідношень між оргазмічною дисфункцією і расою, соціально-економічним статусом, і загальноосвітніми або релігійними знаннями, відзначається вища частота аноргазмії у самотніх жінок, ніж в одружених, і у жінок у період постменопаузи, ніж репродуктивного віку.

Диспаревнія – сексуальна дисфункція, що найчастіше зустрічається у період перименопаузи і є найчастішою скаргою жінок старшого віку. З очікуванням болю під час статевого акту у багатьох жінок з диспаревнією через якийсь час розвивається вагінізм, хоча загалом дана патологія має іншу етіологію, а саме – попереднє статеве насильство і травма в анамнезі. Біля 17% жінок з вагінізмом звертаються за допомогою до спеціаліста.

Фізіологічні особливості сексуальності у перименопаузальному віці [14].

Masters and Johnson, які уперше деталізували цикл жіночої сексуальної реакції, відтворили лінійну структуру сексуальної реакції у пре- та постменопаузальний період. Хоча чотири послідовні фази, починаючи зі збудження, розвиваються до плато, а потім до оргазму і остаточно до розв'язки, не змінюються зі старінням, відмічаються зміни, що виникають на тлі зменшення гонадної секреції у кожній з цих фаз. Наприклад, фаза збудження залежить як від активації центральної нервової системи, так і від адекватної гормональної відповіді, результатом чого є досягнення генітальної вазоконгестії, посилення кровотоку, розслаблення гладкої мускулатури і транссудації секрету залозами стінки піхви. Малі статеві губи збільшуються, клітор переповнюється кров'ю, піхва розширюється, матка піднімається.

При неадекватній кількості естрогенів фаза збудження тривала, і вазоконгестія може бути недостатньою, щоб досягти повноцінної вагінальної секреції, необхідної для адекватної коїтальної активності. Протягом фази плато відбувається подальший застій крові у малих статевих губах, втягування клітора, збільшення секреції бартолінієвої залози, спазм нижньої третини піхви, і, навпаки, розслаблення верхніх 2/3 піхви. Плато також послаблюється за умови недостатності естрогенів. Під час оргазму інтенсивність і число вагінальних і маткових скорочень може також зменшуватися у жінок у період перименопаузи. У завершальній фазі розв'язки, що характеризується поступовим, приємним зменшенням статевого напруження і реакції, схоже у жінок пре- та постменопаузального віку.

У 1979 році Karlan запропонував трьохфазну модель, що поєднує бажання, збудження та оргазм, з такими самими змінами, описаними у жінок перименопаузи, як у моделі Masters and Johnson. Було також зазначено, що сексуальне бажання піддається більш несприятливим змінам у пацієнток із хірургічною менопаузою, ніж природною внаслідок повного припинення секреції яєчникових андрогенів. Ця трьохфазна модель сексуальної реакції покладена в основу класифікації жіночої сексуальної дисфункції.

Система рекласифікації, запропонована Консенсусом Американського Фонду урологічних захворювань (1998), також ґрунтується на даній трьохфазній моделі. Інша сексуальна функціональна модель описана як цикл, що включає в себе чотири головних області – статеве бажання, збудження, оргазм, задоволення – більш точно описує жіночу сексуальну реакцію. У цій моделі сексуальна реакція скоріше має циркулярний, ніж лінійний характер. Це означає, що кожна з чотирьох областей частково перекриває одна одну, і кожна з них може дати позитивний або негативний зворотний вплив на інші. Дана модель пояснює модифікацію сексуальної ре-

акції за умов певних обставин (ситуативна втрата статевого бажання через невідповідність умов перебування та інших чинників, що впливають на остаточне сексуальне задоволення).

Внаслідок складності жіночої сексуальної реакції з урахуванням гормональних змін у жінок, у тому числі у період перименопаузи, багато біологічних, фізіологічних, психологічних і соціокультурних чинників, які впливають на статеву реакцію, часто посилюються. Тому необхідно оцінити усі компоненти сексуального здоров'я разом із гормональними змінами перед наданням рекомендацій щодо лікування. Використання фармакотерапії після оцінки лише біологічних або фізіологічних компонентів дисфункції може не досягти задовільних результатів лікування: лікування вагінальної атрофії з використанням вагінальних естрогенів може виявитися неефективним у лікуванні диспаревнії, якщо жінка живе в сім'ї, в якій присутнє тривале домашнє насильство.

Серед причинних факторів, які визначають ступінь порушень сексуального здоров'я, особливу увагу заслуговує гормональний гомеостаз.

У здорових жінок рівень естрогенів залишається у нормі до періоду перименопаузи. Дефіцит естрогенів спричинює клітинну дисфункцію в урогенітальній тканині, призводячи до вагінальної атрофії. Гіпоестрогенія викликає зміщення рН піхвового секрету від кислого до лужного, що, у свою чергу, вносить зміни у вагінальну флору до появи інфекцій, а також дискомфорту та неприємного запаху. При хронічній недостатності естрогенів через якийсь час судинна стінка, м'язова та сполучна тканини також атрофуються, і стінка піхви з витонченою слизовою оболонкою втрачає складчастість. Якщо статеві стосунки відновлюються після тривалого утримання на тлі недостатності естрогенів, відмічається скорочення і звуження піхви, що може спричинити диспаревнію і навіть неможливість статевих стосунків.

Недостатність естрогенів також впливає на функціональну активність сечового міхура. Скарги з боку сечової системи, такі, як, наприклад, зміна частоти сечовипускань, ніктурія, дизурія, нетримання сечі та посткоїтальні інфекції, за такої умови поширюються. Тканини клітора також фіброзуються на тлі естрогенової недостатності, у них зменшується кровоток. Було доведено, що зі зменшенням концентрації естрогенів порушується тактильна та вібраційна чутливість, повільніше проходять нервові імпульси від клітора, тому гальмується сексуальна реакція.

Кореляція низьких рівнів естрадіолу з вагінальною атрофією і диспаревнією дуже висока. Значно більше жінок з рівнем естрадіолу менше ніж 50 пг/мл відмічають вагінальну сухість, диспаревнію та біль, ніж жінки з рівнем естрадіолу понад 50 пг/мл; жінки з рівнем естрадіолу менше ніж 35 пг/мл скаржаться на зниження сексуальної активності.

Слід врахувати також вплив андрогенів на сексуальні реакції. Як у чоловіків, так і у жінок тестостерон дуже важливий для підтримки сексуальної єдності, а також для розвитку статевого бажання й оргазму. Андрогени сприяють іншим не-сексуальним фізіологічним функціям, у тому числі метаболізму у кістковій тканині, таким ментальним функціям, як пізнання, відчуття благополуччя. Загальний тестостерон та андростендіон навіть у молодих жінок репродуктивного віку продовжують зменшуватися з роками. Пік рівнів андрогенів приходиться на 25 років і після 30 років відмічається їхнє поступове зниження.

Проте хірургічно спричинений клімактеричний період є головним чинником не лише зниженого статевого потягу і погіршеної сексуальної активності, але і втрати м'язової маси, остеопорозу, втрати енергії, зміни настрою, депресії. До періоду перименопаузи зниження андрогенної секреції

пов'язано з патологією, в основному, надниркових залоз, а з настанням перименопаузи зниження концентрації андрогенів є наслідком гіпофункції як наднирників, так і яєчників. Рівень у крові дегідроепіандростерону, дегідроепіандростерону сульфату, андростендіону та тестостерону зменшуються. Крім того, рівень глобуліну, зв'язуючого статеві стероїди, що сполучається із тестостероном і тим самим зменшує кількість вільного тестостерону, вірогідно підвищується у жінок постменопаузального віку, особливо у тих, які лікувалися оральними естрогенами. Головна складність в оцінюванні андрогенного статусу – це відсутність чутливих методів визначення низьких рівнів тестостерону у жінок.

Разом з очевидними гормональними чинниками психологічним і соціальним також належить суттєва роль у досягненні сексуального комфорту. Порушення гормонального фону, що відбувається під час перименопаузального періоду, несприятливо впливає на статеву функцію. Суттєва роль притаманна і поширеним статевим проблемам чоловіка. Статеві зміни у чоловіка, такі, як еректильна дисфункція і тривала преоргазмична фаза плато, що призводить до гальмування збудження та оргазму, зустрічаються найчастіше у 50–60 років. Це у той час, коли релігійні і культурні переконання часто диктують, що сексуальна роль жінки закінчується тоді, коли вона більше не може завагітніти.

Зважаючи на те, що жінки зазвичай одружуються з чоловіками старшими за себе, сексуальні проблеми в обох партнерів часто поглиблюються. Окрім того, більша тривалість життя жінок призводить до нестачі чоловіків-партнерів у більш пізній період життя, що також сприяє сексуальній стриманості у багатьох жінок старшого віку. Несприятливі зміни у психологічному здоров'ї, як наприклад депресія, порушення настрою та інше, також істотно визначають сексуальний стан здоров'я протягом періоду перименопаузи.

Соматичні захворювання, хоча вони можуть зустрічатися у будь-який момент в житті людини, все-таки переважають у період перименопаузи. Гострі та хронічні захворювання можуть мати як зворотний, так і незворотний впливи на жіночу статеву дисфункцію. Хвороби, що часто починаються під час перименопаузи (хвороби коронарних артерій, артрити) негативно впливають на збудження та здатність до оргазму. Неврологічні хвороби, як наприклад хвороба Паркінсона, або ендокринологічні (цукровий діабет з прогресуючою патологією мікроциркуляторного русла) також відіграють надзвичайно важливу роль у розвитку сексуальної дисфункції.

До того ж, більш активне використання лікарських засобів впливає на жіночу статеву функцію, спричиняючи зміну кровотоку (гіпотензивні лікарські засоби), або вплив на центральну нервову систему (психотропні лікарські засоби). Окрім того, вплив лікарських засобів менше впливає на сексуальний стан молодої жінки, ніж пацієнтки у період перименопаузи. Наприклад, ефект підсушування слизової оболонки антигістамінними засобами не чинить проблем у жінок репродуктивного віку. Проте додатковий підсушувальний ефект лікарського засобу на вже атрофовану вагінальну стінку буде шкідливим для жінки більш старшого віку.

Одним із найголовніших класів лікарських засобів, що має серйозний негативний вплив на сексуальність жінки перименопаузального віку, є селективні інгібітори зворотнього захвату серотоніну, якщо жінки цієї вікової категорії часто користуються ними. Фактично селективні інгібітори зворотнього захвату серотоніну часто призначаються для лікування депресії у перименопаузі. З класу антидепресантів бупропіон має найбільш сприятливий вплив на статеву функцію.

Слід також врахувати, що зовнішній вигляд жінки змінюється у період перименопаузи. Жінки перестають собі подобатись, що спричинює психологічні та сексуальні проблеми, для вирішення яких вони звертаються до хірургічних

методів. Пластична хірургія грудей, зовнішніх статевих органів інколи негативно впливають на сексуальність. Наприклад, після простої гістеректомії без видалення яєчників, що проводиться при лікуванні пролапсу або хронічних кровотеч, жінки зазвичай звертають увагу на покращання сексуальної функції. Коли гістеректомія супроводжується оофоректомією – існує висока вірогідність виникнення сексуальної дисфункції, особливо порушення сексуального бажання.

Дослідження свідчать, що несприятливі зміни лібідо та оргазму відбуваються вірогідніше у жінок, які перенесли оварієктомію. Вони повільніше одужують порівняно з жінками, яким була проведена гістеректомія без оофоректомії (55,0% проти 74,0% відповідно). Такі жінки частіше відмічають погіршення загального самопочуття та якості життя у цілому. Були проведені дослідження, в яких брали участь сексуально активні жінки залежно від віку. Під час дослідження виявилось, що жінки з хірургічною менопаузою мають значно знижене сексуальне бажання, збудження, частоту статевих стосунків, задоволення, оргазм. До того ж, збереження шийки матки при субтотальній гістеректомії сприяє уникненню негативних змін у сексуальній реакції, проте ці дані не остаточні. Жінка та її партнер обов'язково мають пройти доопераційну консультацію щодо потенційних сексуальних змін, які можуть виникнути внаслідок хірургічного лікування.

Інші види хірургічних втручань, як наприклад коронарне шунтування, для жінки та її партнера також може спричинити фізичний і емоційний спад у сексуальній активності.

Лікарі, які консультують жінок перименопаузального віку, повинні фіксувати ознаки сексуальної дисфункції як при вивченні анамнезу, так і під час огляду, особливо, якщо спостерігається уrogenітальна атрофія. Жінки у період перименопаузи не налаштовані на обговорення теми статевих проблем безпосередньо без прямого опитування, оскільки більшість із них вихована в епоху, коли про ці проблеми не прийнято було відкрито говорити. Окрім того, хоча обстеження на гормональний профіль виконується у деяких випадках, немає необхідності це робити у всіх пацієнток, бо найчастіше якісне опитування та фізичне обстеження для більшості жінок є достатнім, щоб встановити гормональну недостатність як етіологічний фактор [4].

Під час збору сексуального анамнезу оцінюють сексуальний інтерес, збудження, оргазм і біль. Звертають увагу на дійсну сексуальну активність (сексуальна орієнтація, кількість партнерів, контрацепція, хвороби, що передаються статевим шляхом, больові відчуття, мастурбація), суб'єктивну якісну оцінку сексуального бажання (незначне, велике, різне, залежно від партнера), збудження (любрикація), оргазм (частота та легкість), задоволення, сексуальне насильство, загальні захворювання та їхня терапія, що впливають на сексуальну функцію. Лікування призначається, якщо жінка стурбована з приводу статевих проблем. Проте необхідно зазначити, що жінки даного віку частіше приймають лікарські засоби порівняно з молодими жінками, тому необхідно оцінити, насамперед, вплив цих препаратів, а також їхню взаємодію [4].

Лікар повинен також провести повний медичний огляд, щоб виключити інші коморбідні стани, які могли б викликати статеву дисфункцію. Звертають увагу на конституціональні особливості, шкірні покриви та слизові оболонки, серцево-судинну, легеневу, ниркову, гепато-біліарну, ендокринну, неврологічну патологію, на колагенози.

Гінекологічний огляд відіграє важливу роль для виявлення вагінальної атрофії, сухості, травми, інфекції, тону мускулатури у жінки у період перименопаузи. Важливим є визначення вагінального рН. Відомо, що рН > 5 свідчить про атрофію навіть у молодих жінок перименопаузального віку,

Розподіл хворих залежно від сімейних відносин

Взаємовідносини у сім'ї	Кількість хворих	
	Абс. число	%
Спокійно-доброзичливі	10	29,4
Нерівні	6	17,6
Формально-спокійні	7	20,5
Конфлікти, що порушують єдність сім'ї	11	32,5
Усього	34	100

Таблиця 2

Розподіл хворих залежно від появи перших ознак захворювання до першого звернення до лікаря

Показник	Кількість хворих	
	Абс. число	%
Від 1 міс	2	5,9
Від 2 до 3 міс	2	5,9
Від 4 до 6 міс	4	11,8
Від 7 до 9 міс	9	26,5
Від 10 до 12 міс	9	26,5
До 24 міс	7	20,6
Понад 24 міс	1	2,9
Усього	34	100

якщо відсутній будь-який інфекційний агент. Під час гінекологічного огляду оцінюють анатомічні особливості зовнішніх статевих органів, колір і цілісність шкіри та слизових оболонок, проводять пальпацію статевих органів (з метою визначення больових відчуттів, зволоження слизових оболонок), огляд в дзеркалах з визначенням рН та взяттям мазків, бімануальну пальпацію матки та придатків з оцінюванням стану тазового дня. Наприкінці обстеження проводять ректовагінальне дослідження [4].

У жінок із статевою дисфункцією бажано проводити ендокринний аналіз із визначенням рівнів у сироватці крові фолікулоstimулювального, лютетінізуючого гормонів, естрадіолу, дегідроепіандростерону, загального та вільного тестостерону, глобуліну, зв'язуючого статеві стероїди (ГЗСС), пролактину, окситоцину [4].

Психосоціологічні чинники суттєво впливають на жіночу сексуальну функцію як у молодих, так і більш старших жінок. Потрібно завжди виключати соціальні проблеми, статеві переконання, емоційні аспекти та інші психіатричні порушення.

Багато суб'єктивних і об'єктивних показників були використані у клінічних випробуваннях у спробі стандартизувати визначення і результати. Клінічне дослідження жіночої сексуальної дисфункції у період перименопаузи не включає багато об'єктивних даних, окрім очевидних змін під час гінекологічного огляду та у вагінальному рН. Об'єктивне дослідження включає визначення генітального кровотоку, вагінальної смазки та рН, вагінальної еластичності та чутливості (вібраційне та пороги температурного сприйняття) [15–18].

Суб'єктивні дані включають анкетування, щоденники та записники подій. Це надійний, стандартизований, недорогий, легкий у застосуванні та оцінюванні метод дослідження. Анкетування загалом оцінює сексуальне бажання, збудження, оргазм і статевий біль. Загалом використовують Brief Sexual Function Index for Women, Female Sexual Function, and the Derogatis Interview for Sexual Functioning. Щоденники та записи подій визначають частоту сексуальної активності, якість, задоволення.

Мета дослідження: аналіз структури сексуальних розладів у жінок у період перименопаузи, розроблення методологічних підходів до ранньої діагностики сексуальних дисфункцій.

Завдання дослідження:

- Визначити частоту та структуру сексуальних розладів у жінок перименопаузального віку та передумови їхнього виникнення.
- Розробити методологічні підходи до ранньої діагностики сексуальних дисфункцій у жінок перименопаузального віку.
- Дослідити вплив розладів сексуальної функції у жінок перименопаузального віку на якість життя.
- Узагальнити отримані результати та сформулювати практичні рекомендації.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

У дослідженні взяли участь 34 жінки зі статевими розладами у період перименопаузи, які перебували на лікуванні на базі відділу сексопатології та андрології ДУ «Інститут урології НАМН України» та жіночої консультації інституту репродуктології при поліклініці № 2 Шевченківського району м. Києва. Пацієнткам було запропоновано заповнити спеціально розроблену анкету для отримання анамнестичних, клінічних, лабораторних даних.

Вік хворих варіював від 45 до 66 років. Середній вік пацієнток – $56,3 \pm 0,3$ року, при цьому переважали жінки 50–59 років – 28 (82,4%).

Враховуючи, що статева дисфункція у жінок перименопаузального віку часто спричинює порушення або неможливість виконання статевого акту, виникнення таких ускладнень у жінок здебільшого працездатного віку має негативне соціальне значення. Статева дисфункція може бути причиною порушення міжособистісних і сексуальних стосунків у сім'ї. Це підтверджується результатами проведеного аналізу родинних стосунків.

Порушення взаємовідносин різного ступеня у родинах пацієнток, за нашими даними, спостерігаються у 70,6% випадків (24 з 34 хворих) (табл. 1).

Сімейний стан жінок з сексуальними дисфункціями

Стан	Кількість хворих	
	Абс. число	%
Одружена	28	82,4
Неодружена	2	5,9
Розлучена	4	11,8
Разом	34	100

Таблиця 4

Розподіл хворих залежно від наявності супутніх захворювань

Супутні хвороби	Кількість хворих	
	Абс. число	%
Ішемічна хвороба серця	15	44,1
Геморой	11	32,3
Гіпертонічна хвороба	13	38,2
Варикозне розширення вен	9	26,5
Цукровий діабет	12	35,3
Хронічний холецистит, жовчокам'яна хвороба	17	50,0
Остеохондроз хребта	8	23,5
Хронічний гастрит	8	23,5
Сечокам'яна хвороба	7	20,6
Хронічний гепатохолецистит	7	20,6
Бронхіальна астма, обструктивний бронхіт	3	8,8
Інші	11	32,3

Таблиця 5

Показники репродуктивного здоров'я обстежених жінок

Показник	Кількість хворих	
	Абс. число	%
1 пологи	13	38,2
2 пологів	16	47,1
3 та більше пологів	2	5,9
Кесарів розтин	8	23,5
1-3 абортів	12	35,35
1-3 мимовільних викиднів	7	20,6
1-2 передчасних пологів	0	0
1-2 пізніх абортів	0	0

Враховуючи, що важливою умовою ефективності лікування є раннє виявлення захворювання, було вивчено анамнез для визначення періоду часу від появи перших ознак хвороби до звернення за допомогою до лікаря. Як видно з наведених у табл. 2 даних, тільки 2 (5,9%) пацієнтки прийшли на прийом до лікаря у перший місяць виникнення патології. Вартий уваги той факт, що 26 (76,5%) хворих звернулися за медичною допомогою лише через 7 міс та більше після появи перших симптомів захворювання.

Було встановлено дві основні причини пізнього звернення до лікаря. Першою є проградієнтний перебіг захворювання, коли інтенсивність симптоматики посилюється поступово. Наступна причина пов'язана з інтимним характером захворювання та сором'язливістю пацієнток. Під час аналізу факторів, які спонукають пацієнтів шукати медичну допомогу, виявлено, що основною причиною є неможливість здійснення статевих актів.

Враховуючи наведене вище, можна припустити, що у випадку мізерної симптоматики захворювання, що не викликає порушення статевих актів, без прогресування хвороби, а також зва-

жаючи на інтимний характер захворювання, частина пацієнток взагалі не звертається до лікаря. Цей факт частково пояснює відносно малу частоту даної патології у деяких дослідженнях.

Сімейний стан пацієнток наведено у табл. 3.

Дані табл. 3 свідчать про те, що статеві дисфункції у жінок перименопаузального віку відіграє певну роль у розлученні вже створених сімейних пар, особливо за наявності статевих порушень, тобто має соціально-економічне значення.

У більшості випадків статеві дисфункції у жінок перименопаузального віку поєднуються із спектром захворювань, характерних для цього віку, що ускладнює перебіг дисфункції (табл. 4).

Двадцять п'ять (73,5%) з 34 жінок перименопаузального віку зверталися за допомогою до гінеколога із скаргами на клімактеричні порушення, але на наявність сексуальних дисфункцій не звертали уваги ні пацієнти, ні лікарі, що з часом спричинило неможливість статевих стосунків.

Про стан репродуктивного здоров'я обстежених жінок у групах спостереження свідчать дані, представлені у табл. 5.

Під час аналізу отриманих даних було з'ясовано, що у 31 (91,2%) пацієнтки в анамнезі було від 1 до 4 пологів.

Тільки 14 (41,2%) хворих, яким раніше не проводили лікування, уперше звернулися по допомогу до лікаря. Патогенетичне лікування у різних медичних установах (за даними анамнезу) отримали тільки 4 (11,8%) пацієнтки.

Професійний склад хворих був різноманітним. Серед пацієнок були «бізнесвумен», вчителі, інженери, митці, робітнички, наукові працівники, будівельники, водії тощо. Працівники розумової праці – 22 (64,7%) жінки, а робітнички фізичної праці – 12 (35,3%) пацієнок.

Серед 34 пацієнок було 6 (17,6%) мешканок села, 28 (82,4%) – мешканок міст і селищ міського типу. Це свідчить про кращу діагностику захворювання та про більш уважне відношення до свого здоров'я мешканок міста.

Отже, не встановлено залежності між частотою захворюваності, соціальною, а також професійною приналежністю, місцем проживання.

Для вивчення особливостей перебігу сексуальних дисфункцій у жінок перименопаузального віку було призначено комплекс клініко-лабораторних та параклінічних методів дослідження. Можливість проведення даних досліджень було узгоджено з комітетом з етики. Усі обстежені жінки надали добровільну згоду на обстеження.

Обстеження включало в себе:

- вивчення анамнезу життя;
- гінекологічне обстеження пацієнок;
- соматична оцінка пацієнок;
- вивчення характеру сексуальної функції.

Вивчаючи дані анамнезу хвороби було звернуто увагу на:

- причини виникнення сексуальних порушень;
- зв'язок із гінекологічними захворюваннями;
- передумови виникнення, характер та час перебігу дисфункцій;

– частоту поєднання різних видів порушень;

– особливості перебігу дисфункції на тлі терапії гінекологічних захворювань та оцінювання її ефективності.

Вивчаючи дані анамнезу життя було звернуто увагу на умови виховання пацієнок, рівень загальної та сексуальної культури, наявність факторів дистресу на роботі чи в сім'ї, наявність шкідливих звичок.

Був проаналізований гінекологічний та сексологічний анамнез:

- характер менструальної функції, її зміни у різні періоди життя;
- вік початку статевих стосунків, їхній характер, чисельність статевих партнерів та рівень сексуальної культури;
- особливості перебігу вагітності та пологів, післяпологового періоду, періоду лактації;
- наявність переривання вагітності в анамнезі;
- використання сучасних методів контрацепції з метою попередження небажаної вагітності та запобігання інфекцій, що передаються статевим шляхом.

Окрім того, враховували перенесені соматичні та інфекційні захворювання, хірургічні втручання на органах малого таза.

Об'єктивне обстеження включало:

- вивчення конституційних особливостей;
- вивчення кольору шкіри та видимих слизових оболонок, характеру волосяння;
- вивчення показників артеріального тиску, частоти пульсу, стан серцево-судинної системи, травного тракту, сечової системи.

Гінекологічне обстеження пацієнок дозволило вивчити:

- особливості розвитку малих та великих статевих губ;
- анатомічні особливості залишків дівочої плівки;
- стан піхви та її слизової оболонки;
- характер виділень із статевих шляхів, шийки матки;

– особливості каналу шийки матки: наявність слизу, симптому «вчка»;

– наявність анатомічних змін з боку зовнішніх статевих органів;

– функціональний стан м'язового апарату промежини;

– наявність гінекологічних захворювань, хронічних запальних захворювань органів малого таза;

– характер слизової оболонки піхви, форму та величину матки;

– співвідношення шийки до тіла матки;

– розміри придатків матки, їхню консистенцію, рухомість, болючість під час пальпації;

– стан склепінь, болючість під час пальпації при дослідженні органів малого таза;

– особливості сечового міхура та сечівника.

Окрім того, всім пацієнткам було проведено комплексне мікробіологічне та вірусологічне дослідження для визначення запалення статевих органів. За їхньої наявності ці пацієнтки були виключені з дослідження.

Було використано анкету дослідження сексуальної функції жінок, розроблену проф. О.В. Ромашенко та проф. С.М. Мельниковим. Анкета складається з 4 частин (оцінювання соціального, гінекологічного, соматичного, сексуального статусу) та нараховує 62 питання. Анкетування проводили методом інтерв'ю. Одночасно пацієнткам рекомендували вести щоденник сексуальних переживань та вражень.

Окрім того, було використано анкетування за методом McCoу з урахуванням п'яти основних якісних показників (ступінь статевого потягу, збудження, любрикації, досягнення оргазму, задоволення, сатисфакції, біль під час статевих стосунків за 5-бальною шкалою) та кількісних показників (з урахуванням частоти статевих стосунків у місяць). Оцінювали результати у динаміці (0–2 бали – виражена дисфункція; 3 бали – низький ступінь можливої сексуальної дисфункції; 4–5 бали – стан сексуальної комфорту). Також було проведено оцінювання збігу відповідей партнерів щодо ерогенних зон жінки за методом В.І. Здравомислова. Карти заповняли окремо чоловік та жінка, що дозволило проаналізувати ступінь збігу інформації.

Також анкетування жінок перименопаузального віку проводили шляхом інтерв'ю-опитування за 5-бальною шкалою, що дозволило проаналізувати суб'єктивну оцінку самопочуття пацієнок.

Було проведено дослідження рівнів статевих гормонів (естрадіолу, тестостерону загального, тестостерону вільного, ГЗСС) у периферійній крові стандартним імуноферментативним методом.

Статистичне оброблення результатів дослідження проведено за загальноприйнятими методиками за допомогою програм автоматичного оброблення інформації з використанням варіаційного статистичного аналізу на персональному комп'ютері.

Встановлення діагнозу проводили з урахуванням Міжнародної статистичної класифікації хвороб та споріднених проблем десятого перегляду, які було прийнято в 1989 році 43 сесією Всесвітньої Асамблеї охорони здоров'я, а також рекомендації ВООЗ та Консенсусу, прийнятого у 2003 році в Парижі на міжнародному семінарі з питань сексуальних дисфункцій у чоловіків та жінок.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Менопаузальні характеристики обстежених пацієнок:

- Вік початку менопаузи – $47,5 \pm 1,3$ року.
- Тривалість менопаузи – $7,4 \pm 0,4$ року.

Показники сексуальності обстежених пацієнок:

- Початок статевого життя серед обстежених пацієнок – $19,2 \pm 0,2$ року.

Частота статевих стосунків в обстежених жінок

Сексологічні порушення	Кількість пацієнток	
	Абс. число	%
Не живуть статевим життям	8	23,5
1-3 рази в місяць	19	55,9
4-8 разів у місяць	5	14,7
9 та більше разів	2	5,9

Таблиця 7

Частота сексуальних дисфункцій в обстежених жінок

Сексологічні порушення	Загальна кількість обстежених жінок, n=34	
	Абс. число	%
Порушення lubricації	29	85,3
Порушення бажання	16	47,1
Порушення збудження	15	44,1
Первинна аноргазмія	17	50,0
Вторинна аноргазмія	19	55,9
Диспаревнія	24	70,6

- Кількість статевих партнерів – $2,3 \pm 0,2$.
- Статеві стосунки підтримували 26 (78,9%) пацієнток, із них 6 (17,6%) залишалися відносно сексуально активними, 15 (44,1%) – відмічали нерегулярні статеві стосунки, а 8 (23,5%) обстежених пацієнток не мали статевих стосунків.
- Частота статевих стосунків серед обстежених жінок перименопаузального віку з віком зменшується, при цьому збільшується кількість пацієнток, які не підтримували статевих стосунків (табл. 6).

Середня частота сексуальних стосунків у місяць серед всіх обстежених жінок становила 3,7 разу. Кількісний показник відображає вікові якісні зміни в інтимному житті обстежених жінок, що зумовлено фізіологічними змінами, пов'язаними з віком і соматичним статусом партнерів, а також станом андрологічного здоров'я партнера. Значна частина пацієнток – 27 (79,4%) зазначали, що якість сексуальних стосунків їх не задовольняла, вони вважали за потрібне звернутися за спеціалізованою медичною допомогою.

Вивчаючи стан гінекологічного здоров'я у пацієнток, було виявлено ознаки клімактеричних розладів: психологічні розлади – у 5 (14,7%) пацієнток, вазомоторні і емоційно-вегетативні порушення – у 4 (11,7%) жінок, урогенітальні розлади – у 18 (52,9%) пацієнток.

Проведені дослідження показали, що серед пацієнток перименопаузального віку сексуальні дисфункції спостерігалися у 27 (79,4%) жінок (табл. 7).

Аналізуючи дані, наведені у табл. 7, частота сексуальних дисфункцій у жінок перименопаузального віку поєднує кілька складових статевого циклу жінки.

Під час аналізу гінекологічного статусу за наявності сухості слизової оболонки піхви 24 (70,6%) жінки скаржились на диспаревнію. Ступінь вираженості сексуального дискомфорту співпадав з інтенсивністю проявів сухості з боку піхви.

Крім того, було визначено, що у зв'язку з диспаревнією частина жінок ухиляється від статевої близькості «завжди» – 17 (70,8%) та «іноді» – 7 (29,2%) пацієнток.

Статевим стероїдам належить ключова роль у модулюванні координуючих та контролюючих сигналів при формуванні сексуальних реакцій у жінок. Саме вони визначають безпосередній або опосередкований вплив на формування складових бажання, збудження, досягнення оргазму у жінок. Доведено, що ступінь вираженості цих показників перебуває у прямій залежності від рівнів концентрації гормонів у крові.

Найбільш важливий біологічно активний андроген – тестостерон – циркулює в активному взаємозв'язку з ГЗСС. При цьому вільний тестостерон зв'язаний з альбуміном. Клінічно інформативним є визначення у крові показників вільного тестостерону та ГЗСС. У нормі концентрація вільного тестостерону у жінок становить у фолікулінову фазу менструального циклу $0,14\text{--}3,5$ пг/мл, у лютеїнові фазу – $0,24\text{--}3,4$ пг/мл, у період овуляції – $0,20\text{--}3,8$ пг/мл. Показники загального тестостерону становлять $0,11\text{--}0,73$ нмоль/л, $0,13\text{--}0,94$ нмоль/л, $0,15\text{--}1,04$ нмоль/л відповідно. Показники ГЗСС у нормі становлять $13,2\text{--}206,0$ нмоль/л; $16,0\text{--}257$ нмоль/л; $16,0\text{--}279,0$ нмоль/л. Показники концентрації естрадіолу становлять $10,9\text{--}406,2$ пг/мл, $51,0\text{--}527,1$ пг/мл, $13,2\text{--}584,9$ пг/мл відповідно.

Була досліджена концентрація статевих гормонів у жінок перименопаузального віку, а також концентрація гормонів у крові жінок без статевих розладів та у жінок зі статевими розладами.

У жінок без сексуальних розладів у період перименопаузи концентрація вільного тестостерону становила $1,48 \pm 0,09$ пг/мл. Показник загального тестостерону – $0,48 \pm 0,07$ нмоль/л. Показник ГЗСС – $78,4 \pm 5,7$ нмоль/л. Показник концентрації естрадіолу – $87,2 \pm 18,3$ пг/мл.

У жінок із сексуальними розладами у період перименопаузи концентрація вільного тестостерону – $0,83 \pm 0,05$ пг/мл, що становить 56,1% від аналогічного показника жінок зі статевими розладами у перименопаузі. Показник загального тестостерону – $0,26 \pm 0,03$ нмоль/л, що становить 54,2% від аналогічного показника жінок зі статевими розладами у перименопаузі. Показник ГЗСС – $122,1 \pm 8,3$ нмоль/л, що становить 155,8% від аналогічного показника жінок зі статевими розладами у перименопаузі.

Показник концентрації естрадіолу – $44,0 \pm 5,7$ пг/мл, що становить 50,1% від аналогічного показника жінок зі статевими розладами у перименопаузі. Розбіжність показників естрадіолу становила від 29 пг/мл до 66 пг/мл. Пацієнток, у яких рівень естрадіолу дорівнював $50\text{--}60$ пг/мл, турбувало зменшення lubricації під час статевого акту, а у жінок, в яких рівень естрадіолу був нижче 35 пг/мл, взагалі не було статевого потягу та відраза від статевого життя.

Дослідження, проведені у клініці, довели практичну значущість діагностики сексуальних дисфункцій у жінок перименопаузального віку. Мала кількість інформації при наданні медичної допомоги пацієнткам із статевою патологією, що суттєво порушує якість життя жінок у перименопаузальному віці, при-

зводить до того, що хворі лікуються у лікарів різних спеціальностей роками та не отримують спеціалізованої допомоги.

Під час вивчення вікових особливостей жінок перименопаузального віку та впливу на стан їхнього сексуального здоров'я соматичних та психосоматичних порушень, було виділено певні особливості діагностики даної патології для призначення відповідної терапії.

Враховуючи особливості параметрів обстеження та поставлене завдання, нами були використані відповідні анкети щодо вивчення показників стану сексуальної функції жінок даної вікової групи. Анкетування проводили шляхом інтерв'ю-опитування, що дозволило проаналізувати суб'єктивне оцінювання самопочуття пацієнок, оцінити характер скарг.

Дані дослідження свідчать, що розлади статевої функції спостерігалися у більшості жінок вже через 6 міс з моменту менопаузи. Пацієнок турбували порушення лубрикації з наступним формуванням диспаревнії, зниження статевого потягу. Це вплинуло на характер інтимних стосунків партнерів і стало однією з основних причин зменшення частоти статевих актів та ухилення від інтимних стосунків.

Оцінюючи ступінь сексуальної дезадаптації пари, було визначено показник сексуальної активності жінки – частоту статевих стосунків в місяць та ступень ухилення від статевих стосунків.

Проведені дослідження дозволили переконатись у тому, що 26 (76,5%) з 34 обстежених жінок перименопаузального віку продовжували статеві стосунки. Серед сексуально активних жінок частота статевих актів становила від 1 до 5 разів на місяць. Двадцять дев'ять (85,3%) мали побажання збільшити кількість статевих стосунків, що покращило б якість життя.

Були визначені основні особливості сексуальних дисфункцій у жінок перименопаузального віку:

1. Диспаревнія як наслідок порушення лубрикації (70,6%) та зниження сексуального бажання (47,1%).

Нарушение и принципы диагностики сексуальной функции женщин перименопаузального возраста Ю.П. Вдовиченко, О.Ю. Гурженко

В статье освещается вопрос нарушения и принципы диагностики сексуальной функции женщин перименопаузального возраста.

Цель исследования: анализ структуры сексуальных расстройств у женщин в период перименопаузы, разработка методологических подходов к ранней диагностике сексуальных дисфункций.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 34 женщины с половыми расстройствами в период перименопаузы. Возраст больных варьировал от 45 до 66 лет. Средний возраст пациенток – 56,3±0,3 года, при этом преобладали женщины 50–59 лет – 28 (82,4%). Для изучения особенностей течения сексуальных дисфункций у женщин перименопаузального возраста был назначен комплекс клинико-лабораторных и параclinicalных методов исследования.

Результаты. При изучении возрастных особенностей женщин перименопаузального возраста и влияния на состояние их сексуального здоровья соматических и психосоматических нарушений, были выделены определенные особенности диагностики данной патологии для назначения соответствующей терапии.

Заключение. Определены основные особенности сексуальных дисфункций у женщин перименопаузального возраста: частота сексуальных дисфункций составляет 76,5%. В спектре сексуальных расстройств преобладали объединенные дисфункции: 85,3% – нарушение лубрикации, 47,1% – нарушение желания, 44,1% – нарушение возбуждения, 50,0% – первичная и 55,9% – вторичная аноргазмия, 70,6% – диспаревния. Установлено, что среди женщин с продолжительностью менопаузы более 2 лет 76,5% оставались сексуально активными, а 85,3% женщин в период перименопаузы считают сексуальную активность одним из составляющих факторов качества жизни. У женщин перименопаузального возраста определены изменения гормонального гомеостаза, такие, как гипострогенная и гипотестостеронемия, что является одной из предпосылок формирования спектра сексуальных дисфункций.

Ключевые слова: сексуальные расстройства, перименопаузальный возраст, качество жизни.

2. Патология оргастической функции. Так, достижения оргазма в 50% статевых актов протягом перших 1–2 років менопаузи спостерігалося у 50,0% випадках з наступним формуванням стійкої вторинної аноргазмії у 55,9% випадках.

ВИСНОВКИ

1. Встановлено, що частота сексуальних дисфункцій у жінок перименопаузального віку становить 76,5%. Показано, що у жінок перименопаузального віку в спектрі сексуальних розладів переважали поєднані дисфункції: 85,3% – порушення лубрикації, 47,1% – порушення бажання, 44,1% – порушення збудження, 50,0% – первинна та 55,9% – вторинна аноргазмія, 70,6% – диспаревнія, вираженість клінічних ознак яких зростала з тривалістю менопаузи.

2. З'ясовано, що серед жінок з тривалістю менопаузи понад 2 роки 76,5% залишались сексуально активними. У 85,3% жінок у період перименопаузи сексуальну активність вважають одним із складових факторів якості життя.

3. Встановлено, що у жінок перименопаузального віку виявлені зміни гормонального гомеостаза, що є однією з передумов формування спектра сексуальних дисфункцій:

– гіпострогенія (рівень естрадіолу знижено на 49,9% від рівня естрадіолу у жінок перименопаузального віку без статевих розладів);

– гіпотестостеронемія (концентрація тестостерону вільного становить 43,9%, а загального – 45,8% від рівня у жінок перименопаузального віку без статевих розладів);

– показник ГЗСС збільшився в 1,5 разу та становив 155,8% від рівня у жінок перименопаузального віку без статевих розладів).

4. Оцінювання сексуального та гінекологічного статусу жінок у період перименопаузи повинно проводитися в єдиному контексті.

Violation and principles of diagnostics of sexual function of women in perimenopausal age Yu.P. Vdovichenko, O.Yu. Gurzhenko

The paper highlights the issue of violations and the principles of diagnosis of the sexual function of women at the perimenopausal age.

The objective: analysis of the structure of sexual disorders in women during perimenopause, development of methodological approaches to early diagnosis of sexual dysfunctions.

Materials and methods. The study involved 34 women with sexual disorders during the perimenopause. The age of the patients ranged from 45 to 66 years. The average age of patients was 56.3±0.3 years, with women 50-59 years old predominating - 28 (82.4%). To study the characteristics of the course of sexual dysfunctions in women of perimenopausal age, a set of clinical and laboratory and paraclinical methods of research was assigned.

Results. When studying the age-related features of women of perimenopausal age and the impact on their sexual health of somatic and psychosomatic disorders, certain features of the diagnosis of this pathology were identified for the purpose of appropriate therapy.

Conclusions. The main features of sexual dysfunctions in women of perimenopausal age are determined: the incidence of sexual dysfunctions is 76,5%. In the spectrum of sexual disorders, dysfunctions predominated: 85,3% – violation of lubrication, 47,1% – desire disability, 44,1% – excitation disorders, 50,0% – primary and 55,9% – secondary anorgasmia, 70,6% – discrepancy. It was found that among women with a menopause duration of more than 2 years 76,5% remained sexually active, and 85,3% of women in the perimenopause period consider sexual activity to be one of the components of quality of life factors. In addition, in women of perimenopausal age, changes in hormonal homeostasis, such as hypoestrogenia, hypotestosteronemia, have been identified, which is one of the prerequisites for the formation of a spectrum of sexual dysfunctions.

Key words: sexual disorders, perimenopausal age, quality of life.

Вдовиченко Юрий Петрович – Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика, 04112, г. Киев, ул. Дорогожицкая, 9. E-mail: *prore-first@nmapo.edu.ua*

Гурженко Елена Юрьевна – Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика, 04112, г. Киев, ул. Дорогожицкая, 9. E-mail: *7espoir@rambler.ua*

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Горпинченко И.И., Ромащенко О.В., Мельников С.Н. Клинические исследования в области женской сексологии: результаты и перспективы // Здоровье мужчины. – 2005. – № 1 (12). – С. 35–37.
2. Горпинченко И.И., Ромащенко О.В., Мельников С.Н., Білоголовська В.В. Оцінка показників стану сексуального здоров'я жінок різних вікових груп // Репродуктивное здоровье женщины. – 2006. – № 1 (25). – С. 27–30.
3. Ромащенко О.В., Мельников С.М., Білоголовська В.В., Головинов В.О., Ященко Л.Б. Сексуальне здоров'я жінок різних вікових груп // Репродуктивное здоровье женщины. – 2007. – № 1 (30). – С. 56–59.
4. Горпинченко И.И., Ромащенко О.В., Мельников С.Н., Білоголовская В.В. Женская сексология в повседневной практике врача акушера-гинеколога // Учебно-методическое пособие. «ОРЖИН». – К., 2007. – 58 с.
5. Горпинченко И.И., Ромащенко О.В., Мельников С.Н., Білоголовська В.В., Ященко Л.Б. Оценка сексуального здоровья женщины в гинекологической практике // Медицинская психология. – 2009. – Т. 4. – № 2–3 (14–15). – С. 10–13.
6. Ромащенко О.В., Мельников С.Н., Білоголовская В.В., Білошицкая В.Д., Химич В.И. Сексуальное здоровье как составляющая качества жизни женщин в постменопаузе // Здоровье мужчины. – 2010. – № 1 (32). – С. 118–123.
7. Сметник В.П., Кулаков В.И. (ред.) Руководство по климактерию. – М.: Медицинское информационное агентство, 2001.
8. Gorynchenko I.I., Romashchenko O., Melnikov S.N., Bilogolovska V., Sokolova M.N. Female Sexual Dysfunction in the Period of Menopause // J Sex Med. – 2009. – Suppl. 2, Vol. 6. – UP-245. – P. 193.
9. Cutler WB, Garcia CR, McCoy N. Perimenopausal sexuality. Arch Sex Behav 1987; 16: 225–34.
10. Ромащенко О.В., Мельников С.Н., Білоголовская В.В., Головинов В.О., Ященко Л.Б., Гурженко Е.Ю. Состояние сексуального здоровья женщин, мужчины которых страдают эректильной дисфункцией // Репродуктивное здоровье женщины. – 2008. – № 3 (37). – С. 80–84.
11. Горпинченко И.И., Ромащенко О.В., Нуриманов К.Р., Мельников С.Н., Лебедь Л.А. Гендерные проблемы при супружеском бесплодии // Збірник наукових праць Асоціації акушерів-гінекологів України. – К.: Інтермед, 2004. – С. 443–446.
12. Ромащенко О.В., Мельников С.Н. Влияние андрогенов на сексуальную функцию женщины в период менопаузы // Здоровье мужчины. Материалы Первого Съезда сексологов и андрологов Украины. – 2004. – № 3 (10). – С. 186–190.
13. Горпинченко И.И., Ромащенко О.В., Мельников С.Н., Білоголовская В.В., Білошицкая В.Д., Ященко Л.Б. Классификация женских сексуальных дисфункций // Здоровье мужчины. – № 2 (33). – 2010. – С. 150–152.
14. Ромащенко О.В., Мельников С.Н., Білоголовская В.В., Соловьев А.И., Никитаев С.В. Достижение сексуального комфорта у женщин в постменопаузе // www.eaad2011.org 1-й Конгресс Евро-Азиатская Ассоциация Дерматовенерологов.
15. Ромащенко О.В., Мельников С.Н., Головинов В.О. Метод анкетирования в практике женской сексологии // Здоровье мужчины. – 2007. – № 2 (21). – С. 41–44.
16. Ромащенко О.В., Мельников С.Н., Білоголовская В.В., Білошицкая В.Д., Ященко Л.Б., Ворник Б.М., Коваль С.Б., Щербак М.О. // Обґрунтування алгоритму діагностики жіночих сексуальних дисфункцій в системі планування сім'ї. – Збірник наукових праць Асоціації акушерів-гінекологів України. – К.: Інтермед, 2011. – С. 743–748.
17. Ромащенко О.В., Мельников С.Н., Білоголовская В.В., Ященко Л.Б., Щербак М.О. Оценка состояния сексуального здоровья женщин методом анкетирования // Репродуктивная эндокринология. – 2011. – № 2. – С. 48–51.
18. Мельников С.Н. Метод анкетування при оцінюванні стану сексуального здоров'я жінок менопаузального віку // Здоровье женщины. – 2011. – № 6. – С. 64–66.

Статья поступила в редакцию 22.12.17