

## СОСТОЯНИЕ СЕКСУАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ СУПРУГОВ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА НА ВНУТРЕННИХ ГЕНИТАЛИЯХ ЖЕНЩИН

К. мед. н. В.В. СВИРИДОВА

*Донецкий государственный медицинский университет*

**Установлены влияние разных видов операции на сексуальную функцию женщин, причины развития и клинические формы дезадаптации супружеской пары. Сделано заключение о необходимости учитывать при психотерапевтической коррекции дезадаптации помимо объема операции психологические и социально-психологические факторы, способствующие формированию дезадаптации супругов, а в ряде случаев являющиеся ее причиной.**

Данные литературы и клиническая практика свидетельствуют о том, что хирургическое лечение гинекологических заболеваний может оказывать определенное влияние на сексуальную функцию. Однако эта проблема изучена недостаточно. Высказываются противоречивые точки зрения: одни авторы утверждают, что хирургическое вмешательство на внутренних гениталиях женщин приводит к неблагоприятным изменениям в сексуальной сфере [1], другие, напротив, говорят о положительной динамике в их сексуальных ощущениях [2]. Что касается сексуальной адаптации супружеской пары, в которой жена перенесла операцию по поводу какой-либо гинекологической патологии, то ее нарушения при таких обстоятельствах вообще практически не изучены и не освещены в литературе.

Известно, что при операции на половых органах тазовая иннервация нарушается вследствие повреждения при разъединении кардинальной связки основной ветви нервного сплетения, проходящей ниже маточных артерий; может быть повреждена при тупой отсепаровке мочевого пузыря от матки и шейки матки главная часть мочепузырной иннервации, которая начинается от основания пузыря и распределяется по поверхности musculus detrusor в виде сеточки. При обширном разрушении паравлагалищной клетчатки могут быть повреждены тазовые нейроны, отходящие от боковых стенок влагалища; удаление шейки матки приводит к потере большого сегмента, тесно связанного с тазовым сплетением [3, 4]. Влияние экстирпации матки на сексуальную функцию женщин может различаться в зависимости от ее вида — трансвагинальной или трансабдоминальной, поскольку при этом по-разному нарушается иннервация органов таза и тазового дна [5].

Описанные явления, естественно, могут приводить к ослаблению сексуальной функции, а следовательно, в силу парного ее характера и к сексуальной дезадаптации супругов, однако, как уже отмечалось, закономерности формирования последней пока не выявлены. В связи с этим мы предприняли исследование состояния сексуального здоровья супругов до и после хирургического вмешательства на половых органах женщин с целью установить причины, механизмы развития и клинические проявления дезадаптации супружеской пары, развивающейся в данных условиях.

Под наблюдением находились 180 супружеских пар в возрасте от 19 до 49 лет, в которых жене было проведено оперативное лечение по поводу того или иного гинекологического заболевания.

Супружеские пары были разделены на две группы: в первую вошли 70 пар, в которых у жен до операции наблюдались сексуальная дезадаптация и сексуальная дисфункция. Вторую группу составили 110 пар, в которых у женщин до хирургического вмешательства этих нарушений не было.

В зависимости от нозологической формы, по поводу которой было произведено хирургическое лечение, больные распределялись следующим образом: 1) 60 женщин перенесли операцию по поводу доброкачественных опухолей матки и придатков; 2) 30 женщинам операция (экстирпация матки) была проведена в молодом возрасте в связи с кровотечением в родах и в послеродовом периоде, а также в связи с гнойно-септическими осложнениями, развившимися в послеродовом периоде (перитонит, панметрит, токсикоинфекционный шок, сепсис); 3) 30 больных были прооперированы по поводу выпадения матки и опущения стенок влагалища (влагалищная экстирпация матки); 4) 30 больных перенесли подвлагалищную ампутацию матки с придатками по поводу гнойного воспаления придатков; 5) 30 больных были прооперированы по поводу наружно-внутреннего эндометриоза.

Всем супругам было проведено всестороннее комплексное обследование; изучалось соматическое, неврологическое и психическое состояние больных и их мужей, гинекологическое состояние женщин; выполнены клиничко-психопатологические исследования; проведены специальное сексологическое обследование и системно-структурный анализ сексуального здоровья супругов, психодиагностическое и социологическое обследование.

Сексуальную функцию супругов изучали с позиций концепции четырехфакторного обеспечения сексуальности [6].

Механизмы развития супружеской дезадаптации изучали методом системно-структурного анализа сексуального здоровья по его интегральным критериям, компонентам и составляющим [6]. Для определения эрогенных зон и диапазона приемлемости супругов применяли специальную методику В.И. Здравомышлова [7]. Тип половой конституции женщин определяли с помощью векторной шкалы И.Л. Ботневой [8], тип половой конституции мужчин — по шкале Г.С. Васильченко [9], психосексуальные типы мужчины и женщины — по С.С. Либиху [10].

Обследование пациенток и их мужей проводилось через 3 мес, 1 год и 5 лет после хирургического вмешательства у женщин.

Как выяснилось при анамнестическом анализе, большинство ( $76\pm 3\%$ ) женщин перенесли в прошлом воспалительные заболевания внутренних гениталий (оофорит, аднексит, параметрит), которые у части из них привели к нарушению сексуальной функции. При этом локализация процесса в придатках матки обуславливала более выраженную сексопатологическую симптоматику — стойкую аноргазмию и снижение либидо, вплоть до его отсутствия. В тех случаях, когда патологический процесс локализовался в матке и клетчатке таза, на первый план выступали нарушения оргазма, а нарушение либидо было менее выражено. Следует, однако, отметить, что указанные сексуальные расстройства в определенной степени зависели от типа половой конституции: при сильном и среднем ее типе либидо оставалось сохранным и при стойкой аноргазмии, и даже при генитальгиях, что определяло особенно тягостное состояние больных.

У  $22\pm 5\%$  женщин первой группы до операции отмечалось снижение генитальных реакций и более чем у половины — оргазмическая дисфункция и отсутствие психосексуального удовлетворения. Среди их мужей у  $30\pm 5\%$  наблюдалось преждевременное семяизвержение в сочетании с гипорекцией.

При обследовании выяснилось, что у  $31\pm 5\%$  супружеских пар имело место нарушение взаимоотношений супругов, отражавшееся на состоянии их сексуальной функции и сексуальных контактах. Эти нарушения были связаны с неблагоприятным сочетанием в паре характерологических и личностных черт мужа и жены, в ряде случаев — расхождением направленности личности, в частности ценностных ориентаций, самооценки и взаимооценки, уровня притязаний супругов. Дисгармонирующую роль играло также неблагоприятное сочетание в паре психосексуальных типов ( $20\pm 5\%$ ) и полоролевого поведения супругов ( $19\pm 5\%$ ), несоответствие их сексуальной мотивации, неправильная информированность в вопросах психигиены половой жизни, отсутствие чувства взаимной любви и уважения друг к другу ( $23\pm 5\%$ ). В таких случаях у женщин, даже при отсутствии проявлений гинекологической патологии, наблюдалось снижение процента оргастичности, особенно после супружеских конфликтов, у мужчин снижалась сексуальная активность и предприимчивость и оба супруга страдали от психосексуальной неудовлетворенности.

До операции со всеми больными и их мужьями были проведены семинары, на которых обсуждались сексуальные проявления женщин в норме и факторы, которые могут влиять на состояние сексуальной функции, в частности роль психологических и социально-психологических факторов в сексуальной адаптации супружеской пары. Эта информация позволила супругам впоследствии, после оперативного лечения женщин, более четко ориентироваться в оценке своего сексуального здоровья. Обследование супругов с помощью системно-структурного анализа до операции показало, что у  $21\pm 5\%$  из них был поражен социальный компонент сексуального здоровья за счет его информационно-оценочной составляющей, у  $39\pm 6\%$  — психологический, у  $20\pm 5\%$  — социально-психологический и у  $20\pm 5\%$  — психическая составляющая аномато-физиологического компонента.

Результаты анализа выявленных до оперативного лечения женщин форм супружеской дезадаптации представлены в табл. 1 (при сопоставлении с перенесенными впоследствии видами оперативного вмешательства).

Из таблицы видно, что среди первичных форм супружеской дезадаптации чаще наблюдалась сексуально-эротическая форма дезадаптации, а наиболее редкой была полоролевая форма.

При обследовании после оперативного лечения через 3 мес оказалось, что у женщин, которым удалили яичники, имело место снижение сексуальной активности, гипо- и аноргазмия, сохранялись болевые ощущения во время полового акта (диспареуния). Но при проведении заместительной терапии (прием тиболона и препаратов кальция) в течение года сексуальная функция восстанавливалась, хотя оргастичность была снижена на  $10 - 20\%$ . У женщин, которым были сохранены яичники и шейка матки, сексуальная функция пришла к исходному уровню в течение 1–2 мес.

Проявления сексуальной дисфункции у женщин в зависимости от вида перенесенной операции (в ближайший период) показаны в табл. 2, из которой следует, что все типы нарушения сексуальной функции чаще всего наблюдались после операций по поводу опухолей матки и ее придатков; на втором месте по частоте сексуальных нарушений были операции по поводу гнойного воспаления придатков. Эти операции чаще всего приводили и к ослаблению или отсутствию генитальных реакций. Диспареуния, наблюдавшаяся у всех больных с наружно-внутренним эндометриозом, после операции исчезла.

При обследовании через 5 лет после операции сексуальная функция оказалась сохраненной у  $72\pm 4\%$  женщин, у остальных  $28\pm 3\%$  отмечалось только некоторое снижение процента оргастичности.

У большинства ( $72\pm 3\%$ ) мужчин после оперативного лечения их жен изменилось сексуальное поведение, они проявляли меньшую сексуальную активность, в том числе при проведении предварительного и заключительного периода половых актов.

Анализ результатов проведенного оперативного лечения женщин показал, что в обеих группах обследованных после операций с удалением яичников (по поводу опухолей матки и придатков, по поводу гнойного воспаления придатков) у пациенток имело место нарушение сексуальной функции (снижение либидо, аноргазмия, отсутствие генитальных реакций), которая нормализовалась при проведении заместительной терапии, приводящей к восстановлению либидо и сексуальной чувствительности. В остальных случаях состояние сексуальной функции либо соответствовало наблюдавшемуся в дооперационный период, либо, а именно у женщин, прооперированных по поводу наружно-внутреннего эндометриоза, наступало улучшение: у больных с генитальгиями улучшение было связано с исчезновением синдрома хронических тазовых болей, а у пациенток с сексуальным фобическим неврозом — с тем, что исчез страх забеременеть и отпала необходимость пользоваться средствами контрацепции.

При этом в первой группе супружеских пар после перенесенной женщинами операции усугубилась сек-

Таблица 1

Распределение супружеских пар с первичным нарушением сексуального здоровья по видам оперативного лечения женщин

Форма супружеской дезадаптации	Виды операции					Всего, n = 70
	1, n = 14	2, n = 12	3, n = 13	4, n = 16	5, n = 15	
Социокультурная, n = 15	34±13	13±9	7±7	20±11	27±12	21±5
Сексуально-эротическая, n = 16	25±11	19±10	12±8	25±11	19±10	23±5
Полоролевая, n = 11	18±12	27±14	36±15	18±12	—	16±4
Коммуникативная, n = 14	14±10	14±10	28±13	28±13	14±10	20±5
Обусловленная фобическим сексуальным неврозом, n = 14	7±7	14±10	14±10	21±11	44±14	20±5

Примечание. Данные в процентах. То же в последующей таблице.

Таблица 2

Зависимость типов сексуальной дисфункции у женщин от вида перенесенного оперативного вмешательства

Сексуальная дисфункция	Виды операции				
	1, n = 46	2, n = 18	3, n = 17	4, n = 14	5, n = 15
Снижение % оргастичности	41±7	36±9	6±6	36±13	—
Аноргазмия	59±7	6±6	12±8	—	—
Гиполибидемия	34±7	11±8	—	64±13	—
Алибидемия	66±7	—	18±10	57±14	—
Ослабление или отсутствие генитальных реакций	100-2	—	18±10	100-7	—

сексуальная дезадаптация супругов, вызванная такими патогенными факторами, как недостаточная и неправильная информированность в области секса, полоролевое несоответствие, нарушение взаимоотношений супругов и т.п.

Таким образом, проведенное системное исследование дает основание считать, что в развитии сексуальной дезадаптации супружеской пары при хирургическом вмешательстве на гениталиях у женщин кроме объема перенесенной операции большую роль играют

социогенные, психогенные и негативные социально-психологические факторы.

Это необходимо учитывать при разработке и проведении психотерапии дезадаптации супружеской пары, в которой жена перенесла хирургическое вмешательство на внутренних половых органах. Проводимые психотерапевтические мероприятия должны обеспечивать снятие невротических реакций больных и их мужей на последствия оперативного лечения женщин и нормализацию сексуального поведения супругов.

#### Литература

1. Жернова А.С. Особливості порушень репродуктивного і сексуального здоров'я жінок при ендокринній неплідності (клініка, інтегративна оцінка та система корекції): Автореф. дис. ... д-ра мед. наук.— К., 1995.— 39 с.
2. Psychiatric and sexual sequelae of hysterectomy—a comparison of different surgical methods / B. Strauss, I. Jakel, M. Koch-Dorfler et al. // Geburt. Frauen.— 1996.— Vol. 56, № 9.— S. 437–481.
3. Rozenman D., Janssen E. Sexual function after hysterectomy // JAMA.— 2000.— Vol. 282, №20.— P. 1934–1941.
4. Disorders in sexual function following hysterectomy / I. Popov, S. Stoikov, M. Boiadzhieva, P. Khristova // Akush. Ginekol. (Sofia).— 1998.— Vol. 37, № 3.— P. 38–41.
5. Eicher W. Total and subtotal hysterectomy — psychosexual aspects // Arch. Gynecol. Obst.— 1994.— Vol. 255 (2).— S. 359–366.
6. Кришталь В.В., Григорян С.Р. Сексология.— М.: Пер Се, 2002.— 879 с.
7. Здравомыслов В.И., Анисимов З.У., Либих С.С. Функциональная женская сексопатология.— Алма-Ата: Казахстан, 1985.— 271 с.
8. Ботнева И.Л. Половая холодность: БМЭ.— 3-е изд.— 1989.— Т. 20.— С. 205–206.
9. Сексопатология: Справочник / Под ред. Г.С. Васильченко.— М.: Медицина, 1990.— 576 с.
10. Частная сексопатология: Руковод. для врачей / Под ред. Г.С. Васильченко.— М.: Медицина, 1983.— Т. 1.— 301 с.

Поступила 04.03.2005

#### THE STATE OF SEXUAL HEALTH OF THE SPOUSES AFTER GENITAL SURGERY IN WOMEN

V.V. Sviridova

#### Summary

The influence of various types of surgery on sexual function of women as well as the causes of development and clinical forms of spouse deadaptation were established. The author concludes about the necessity to consider mental and social-psychological factors contributing formation of spouse deadaptation and its cause in a number of cases in addition to the volume of the surgery at psychotherapeutic correction of deadaptation.