

СОСТОЯНИЕ СЕКСУАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИН ДО И ПОСЛЕ РАЗЛИЧНЫХ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ

Канд. мед. наук В. В. СВИРИДОВА

THE STATE OF FEMALE SEXUAL HEALTH BEFORE AND AFTER DIFFERENT GYNECOLOGICAL OPERATIONS

V. V. SVIRIDOVA

Донецкий медицинский университет им. М. Горького

Представлен анализ сексуального здоровья женщин, перенесших различные хирургические вмешательства по поводу гинекологической патологии. Показаны состояние сексуальной функции пациенток до и после проведенного лечения первичных и вторичных сексуальных нарушений и достигнутый терапевтический эффект.

Ключевые слова: гинекологические операции, сексуальное здоровье, система лечения.

Sexual health of the women who survived different surgical interventions for gynecological diseases is analyzed. The state of sexual function of the patients before and after the course of treatment for primary and secondary sexual disturbances and the achieved therapeutic effect are shown.

Key words: gynecological operations, sexual health, system of treatment.

В последние годы во всем мире отмечается рост частоты оперативных вмешательств по поводу различной гинекологической патологии [1, 2].

В связи с этим проблема влияния хирургического лечения заболеваний внутренних половых органов на состояние сексуальной функции женщин приобретает все большую актуальность. Частота хирургических вмешательств на гениталиях достигает у женщин до 30 лет 20%, а у пациенток 30–40 лет – 70%. При этом отмечается и тенденция к увеличению объема производимых операций, в частности тотальных и субтотальных гистерэктомий, и не только среди гинекологических, но и среди общехирургических оперативных вмешательств [3, 4]. Гистерэктомии нередко выполняются, помимо заболеваний внутренних гениталий, во время патологических родов по поводу маточных кровотечений или гнойно-септических осложнений.

Радикальное хирургическое вмешательство на внутренних органах является мощнейшим стрессогенным фактором и существенно отражается, в частности, на сексуальной функции женщин. Частота сексуальных расстройств после тотальной или субтотальной гистерэктомии с яичниками или без них составляет, по разным данным, от 10 до 67% [3]. Сексуальная дисфункция у женщин и супружеская дисгармония усугубляются изменением психологического состояния пациентки, которая начинает считать себя неполноценным половым партнером. Однако производивший операцию врач в большинстве случаев не обсуждает с пациенткой эту столь важную для нее проблему.

Сексуальные расстройства у жены, в силу парного характера сексуальной функции, неизбежно приводят к развитию супружеской дезадаптации, т. е. расстройству сексуального здоровья супружеской пары.

Однако нарушения сексуального здоровья далеко не всегда являются следствием хирургического лечения гинекологических заболеваний. Данные литературы и клиническая практика, в частности работы представителей сексологической школы В. В. Кришталя [1, 5, 6], свидетельствуют о том, что сексуальная дисфункция у женщин и расстройство сексуального здоровья могут быть не только вторичными, как это наблюдается при хирургическом вмешательстве на внутренних гениталиях женщин, но и первичными, т. е. наблюдавшимися до заболевания женщин и независимо от него. Операция в таких случаях усугубляет имеющиеся нарушения.

Первичной является дезинформационная форма сексуального расстройства, связанная с недостаточной и неправильной информированностью в области секса, которая приводит к неверной оценке супругами своих сексуальных проявлений.

К первичной относится паторефлекторная форма сексуальной дисфункции у женщин, при которой фиксируются патологические условные рефлексы вследствие неудачного первого полового сношения или сильной усталости. Проявлением этой формы гипосексуальности чаще всего служит гипосоргазмия или аноргазмия. Ее возникновению способствуют такие черты личности, как мнительность, склонность фиксировать свои неудачи и комплексовать. Дисрегуляторная форма сексу-

альной дисфункции может развиваться вследствие систематически прерванного коитуса. Клинически она проявляется гипестезией и гипооргазмией, реже аноргазмией или хронической тазовой болью. Обычно эта форма сексуальной дисфункции возникает у женщин со слабым типом нервной системы, тревожных, склонных к сомнениям, страхам и т. д. Абстинентная форма сексуальной дисфункции, проявляющаяся в гиполибидемии, связана с угашением условных рефлексов в результате продолжительного перерыва или нерегулярной половой жизни. Она носит обратимый характер и при восстановлении регулярной половой жизни, а также проведении специальной психотерапии сексуальная функция восстанавливается. Конституционально-генетическая форма сексуального расстройства наблюдается у женщин со слабой половой конституцией. В этих случаях сексуальные отношения их характеризуются гиполибидемией, гипестезией или даже анестезией и аноргазмией. Таким женщинам свойственны инфантильный тип телосложения и слабый тип нервной системы.

Одной из наиболее частых форм первичного нарушения сексуального здоровья является коммуникативная форма, развивающаяся при несоответствии характерологических черт и наличии межличностного конфликта супругов.

Поскольку сексуальное здоровье имеет многомерное обеспечение, установить причины его нарушения и, в частности, выявить прямую связь между характером и глубиной основного заболевания женщины и имеющимся у нее сексуальным расстройством достаточно сложно. К тому же последнее очень часто формируется у пациенток с невротическими расстройствами и расстройствами личности, которые обуславливают специфические особенности сексуальности больных [7].

Существуют данные исследований, которые подтверждают мысль о решающей роли психологических и социально-психологических факторов в развитии сексуальной дезадаптации супружеской пары. Если она существовала до операции на гениталиях, то после хирургического вмешательства, как правило, усугубляется. При этом усиливаются расхождения направленности личности супругов, их ценностных ориентаций, самооценки и взаимной оценки, уровня притязаний и других психологических характеристик. Неблагоприятное сочетание в супружеской паре психосексуальных типов жены и мужа, несоответствие их сексуальной мотивации и мотивов полового акта, отсутствие взаимной любви и уважения друг к другу, а следовательно, и дезадаптивное поведение в целом способствуют дисгармонии супружеской пары. Учитывая этот важнейший аспект нарушения сексуального здоровья супружеской пары, в которой жена перенесла гинекологическую операцию, следует считать необходимым проведение психотерапевтической коррекции и реабилитационных мероприятий еще до наступления хирургической

менопаузы. Мы солидарны с В. И. Кулаковым [7], который полагает, что реабилитация пациенток, перенесших гистерэктомию, должна состоять из трех следующих этапов:

1. Первый этап — психотерапия до операции, направленная на разъяснение сути операции, что поможет женщине избежать ощущения неопределенности, даст возможность лучше адаптироваться к своему изменившемуся состоянию.

2. Второй этап — выбор адекватного объема гистерэктомии и сопутствующих симультанных операций.

3. Третий этап — психотерапия, проводимая с целью преодолеть реальные последствия операции: при возникновении гипоэстрогении — заместительная гормональная терапия, при наличии противопоказаний — возможная терапия фетальными тканями (с учетом особенностей организма пациентки и после полного клинико-лабораторного обследования).

Рассматриваемая нами проблема помимо своего бесспорного медицинского и медикопсихологического значения имеет и большую социальную значимость, поскольку нарушение сексуальной и межличностной адаптации супружеской пары подрывает прочность брака и нередко становится причиной распада семьи. Между тем сексуальное здоровье супружеской пары, в которой жена перенесла гинекологическую операцию, изучено совершенно недостаточно и практически не освещено в отечественной литературе.

Учитывая все сказанное, мы провели исследование с целью установить состояние сексуальной функции женщин до и после различных гинекологических оперативных вмешательств и его причинно-следственной связи с нарушением сексуального здоровья супружеской пары.

Под нашим наблюдением находились 240 супружеских пар, в которых жены в возрасте от 18 до 49 лет перенесли различные операции на внутренних гениталиях. Имевшаяся у женщин гинекологическая патология и перенесенные ими хирургические вмешательства (по возрастным группам) представлены в табл. 1.

Как видно из данных таблицы, наиболее часто производимой операцией была тотальная гистерэктомия (62±3%), существенно более редкой (25±3%) была субтотальная гистерэктомия, особенно с придатками матки, и реже всего осуществлялось удаление единственной маточной трубы.

Всем женщинам до оперативного лечения и после него было проведено сексологическое обследование с помощью специально разработанного нами опросника и системно-структурного анализа сексуального здоровья по В. В. Кришталю [6]. Результаты этого исследования иллюстрируются данными табл. 2.

Анализ представленных в таблице данных свидетельствует о том, что до хирургического вмешательства у женщин нередко, особенно часто у тех,

Гинекологическая патология и виды хирургического лечения женщин

Гинекологическая патология	Возраст, лет	Вид оперативного вмешательства				
		тотальная гистерэктомия		субтотальная гистерэктомия		удаление единственной маточной трубы
		с придатками матки с обеих сторон	без придатков матки	с придатками матки с обеих сторон	без придатков матки	
Опухоли матки, $n = 60$	18–49	83±5	17±5	—	—	—
Опухоли яичников, $n = 30$	30–49	—	—	33±9	67±9	—
Акушерская патология (кровотечения, септические осложнения), $n = 30$	18–30	—	100–3	—	—	—
Выпадение матки и влагалища, $n = 30$	40–49	—	100–3 (трансвагинальная гистерэктомия)	—	—	—
Гнойное воспаление придатков матки, $n = 30$	30–45	—	—	100–3	—	—
Наружно-внутренний эндометриоз, $n = 30$	30–49	100–3	—	—	—	—
Повторная внематочная беременность, $n = 3$	18–35	—	—	—	—	100–3
Всего, $n = 240$		33±3	29±3	4±2	21±3	12±3

Примечание. Во всех приведенных в статье таблицах — данные в процентах.

кому впоследствии пришлось перенести тотальную гистерэктомию, т. е. пациенток с опухолями матки или яичников и с наружно-внутренним эндометриозом, наблюдались алибидемия, гипо- и аноргазмия, отсутствие психосексуальной удовлетворенности, нарушение генитальных реакций. После оперативного лечения указанные нарушения имели место у всех этих женщин, значительно чаще отмечалась также оргазмическая дисфункция, психосексуальная неудовлетворенность, отсутствие lubricации и у значительного числа пациенток появились нарушения, которых не было до операции — диспареуния и отказ от половой жизни из-за страха болезненных ощущений и боязни возвращения болезни.

При проведении системно-структурного анализа сексуального здоровья у 90 пациенток была выявлена первичная сексуальная дисфункция, которая имела место у них до гинекологического заболевания и оперативного лечения.

Она проявлялась в следующих клинических формах: 1) психологической и сексуальной аверсии (33±5%); 2) паторефлекторной (26±5%) и 3) сексуально-эротической (41±5%).

Первая из этих форм развилась на основе дефекта психоэмоционального предпочтения, вторая — вследствие выработки при мастурбации патологического условного рефлекса и его фиксации. К развитию сексуально-эротической

формы дисфункции привело несоответствие тактильных предпочтений женщин сексуальному поведению супругов.

Основным механизмом формирования вторичной сексуальной дисфункции явилось притупление у женщин после операции сексуальных ощущений, которое обусловило снижение оргастичности; большее влияние на сексуальность пациенток оказал также такой негативный психологический фактор, как изменение отношения к сексу.

Женщинам со вторичной сексуальной дисфункцией, наряду с заместительной гормональной терапией, назначали физио-, витаминотерапию и различные методы секс-терапии — психоэмоциональный, телесно ориентированный, сексуально-эротический и сексуально-поведенческий тренинг. При первичной сексуальной дисфункции, помимо указанных методов, применяли такие психотерапевтические методики, как информационная, разъяснительная, персоналистическая психотерапия, коммуникационный и сексуально-эротический тренинг.

В результате проведенного лечения высокий терапевтический эффект, а именно полное восстановление сексуальной адаптации супругов при первичной дисфункции, усугубленной оперативным лечением, был достигнут у 70±5% и значительное улучшение — у 17±4% супружеских пар. При вторичной сексуальной дисфункции

Таблица 2

Состояние сексуальности обследованных женщин

Сексуальная дисфункция	Вид оперативного вмешательства					
	тотальная гистерэктомия		субтотальная гистерэктомия		удаление единственной маточной трубы	
	с придатками матки с обеих сторон	без придатков матки	с придатками матки с обеих сторон	без придатков матки		
	Начало половой жизни через, мес					
3	2-3	1,5-2	3	2	1,5	
Либидемия	$\frac{58 \pm 6}{100-2}$	$\frac{30 \pm 9}{100-3}$	$\frac{10 \pm 6}{33 \pm 9}$	$\frac{13 \pm 6}{30 \pm 9}$	$\frac{20 \pm 11}{47 \pm 13}$	$\frac{13 \pm 9}{7 \pm 7}$
Диспареуния	$\frac{-}{17 \pm 5}$	$\frac{-}{3 \pm 3}$	$\frac{-}{7 \pm 5}$	$\frac{-}{13 \pm 6}$	—	$\frac{-}{13 \pm 9}$
Уменьшение частоты половых актов	$\frac{-}{100-2}$	$\frac{-}{100-3}$	$\frac{-}{50 \pm 9}$	$\frac{-}{37 \pm 9}$	$\frac{-}{40 \pm 13}$	$\frac{-}{27 \pm 12}$
Отсутствие психосексуальной удовлетворенности	$\frac{42 \pm 6}{100-2}$	$\frac{13 \pm 6}{100-3}$	$\frac{-}{70 \pm 9}$	$\frac{13 \pm 6}{30 \pm 9}$	$\frac{13 \pm 9}{47 \pm 13}$	$\frac{-}{27 \pm 12}$
Нарушение генитальных реакций (отсутствие lubricации)	$\frac{42 \pm 6}{100-2}$	$\frac{50 \pm 9}{83 \pm 7}$	$\frac{13 \pm 6}{24 \pm 8}$	$\frac{13 \pm 6}{30 \pm 9}$	$\frac{13 \pm 9}{47 \pm 13}$	$\frac{-}{71 \pm 12}$
Гипо- или аноргазмия	$\frac{42 \pm 6}{100-2}$	$\frac{37 \pm 9}{100-3}$	$\frac{10 \pm 6}{37 \pm 9}$	$\frac{13 \pm 6}{56 \pm 9}$	$\frac{13 \pm 9}{47 \pm 13}$	$\frac{13 \pm 9}{100-7}$
Причины отказа от половой жизни						
страх болезненных ощущений	$\frac{-}{17 \pm 5}$	$\frac{-}{44 \pm 9}$	$\frac{-}{13 \pm 6}$	$\frac{-}{13 \pm 6}$	—	—
ожидание сексуальной неудачи	$\frac{-}{28 \pm 6}$	$\frac{-}{13 \pm 6}$	$\frac{-}{10 \pm 6}$	$\frac{-}{13 \pm 6}$	$\frac{-}{27 \pm 12}$	$\frac{-}{7 \pm 7}$
страх возвращения болезни	$\frac{-}{35 \pm 6}$	$\frac{-}{27 \pm 8}$	$\frac{-}{3 \pm 3}$	$\frac{-}{30 \pm 9}$	$\frac{-}{7 \pm 7}$	$\frac{-}{7 \pm 7}$

Примечание. В числителе — показатели до оперативного лечения, в знаменателе — после операции.

выздоровление было достигнуто у 72±4% и значительное улучшение — у 14±3% женщин. Без изменений осталось состояние соответственно 13±4 и 14±3% пациенток. Таковы были непосредственные результаты проведенной терапии. Однако катamnестические наблюдения в течение года показали, что у части пациенток, а именно у 21±3% с первичной и у 14±3% со вторичной сексуальной дисфункцией, наступили рецидивы сексуальной дезадаптации.

Таким образом, отдаленные результаты лечения оказались стойкими и достаточно высокими у 66±3% женщин с первичным и у 72±3% — со вторичным нарушением сексуального здоровья. Эти результаты подтверждают необходимость проведения женщинам, перенесшим различные гинекологические операции, системы лечения, включающей, с одной стороны, заместительную гормональную терапию и с другой — психотерапевтическую коррекцию сексуальной дисфункции и дезадаптации.

Литература

1. Кришталь В. В., Кришталь Е. В., Кришталь Т. В. Сексология: Навч. посібник.— Харків: Фолю, 2008.— 990 с.
2. Ботнева И. Л. Особенности сексуальной сферы женщины // Общая сексопатология / Под ред. Г. С. Васильченко.— М.: Медицина, 2005.— С. 185–193.
3. Psychiatric and sexual sequelae of hysterectomy comparison of different surgical methods / В. Strauss, I. Jakel, M. Koch-Dorfler et al. // Geburt Frauen.— 1996.— Vol. 56, № 9.— P. 437–481.
4. Rosenman D., Jassen E. Sexual Function after hysterectomy // JAMA.— 2000.— Vol. 282, № 20.— P. 1934–1941.
5. Нарушения сексуального здоровья при неврозах и психопатиях / Коллектив авторов под ред. проф. В. В. Кришталь.— Сочи, 1988.— 119 с.
6. Кришталь В. В., Григорян С. Р. Сексология.— М.: Per Se, 2002.— 879 с.
7. Кулаков В. И., Пшеничникова Г. Я., Вихляева Е. М. Проблемы и перспективы исследований по проблеме «Бесплодный брак» // Акуш. и гинекол.— 1989.— № 7.— С. 1–7.

Поступила 03.10.2008