

Оцінювання стану сексуального здоров'я жінок з генітальним герпесом

О.В. Ромащенко, В.В. Білоголовська, І.М. Кащенко, Б.К. Лубенець

ДУ «Інститут урології НАМН України», м. Київ

При обстеженні 93 жінок з генітальним герпесом встановлено порушення сексуальної функції, особливо стосовно зростання показників диспаревнії. Невдоволеність значної частини жінок (65,6%) та, відповідно, їхніх чоловіків якістю статевих стосунків є підґрунтям формування дизрегуляторної сексуальної дисфункції.

Створюється «хибне коло», коли зміни сексуального здоров'я жінок є не лише ознакою генітального герпесу, а й підтримувальним фактором у формуванні гінекологічних порушень. Врахування таких змін в гінекологічній практиці дозволить своєчасно їх усунути, або, навіть, попередити і сприяти реабілітації гінекологічного та сексуального здоров'я жінок фертильного віку.

Ключові слова: сексуальне здоров'я, генітальний герпес, жіночі сексуальні дисфункції.

У резолюції, що була прийнята на 14-му Конгресі Європейської Асоціації Сексуальної Медицини в грудні 2011 року в Мілані, було зазначено, що стан сексуального здоров'я жінок значною мірою є віддзеркаленням гінекологічного статусу. А враховуючи те, що в умовах сьогодення значна частина гінекологічних порушень перебігає латентно (у першу чергу це стосується «мовчазних» запальних захворювань статевих органів) і супроводжується сексуальними дисфункціями, останні, певною мірою, слід розглядати як «індикатори» формування гінекологічної патології і враховувати в гінекологічній практиці [1–3].

Мета дослідження: визначити особливості впливу клінічного перебігу генітального герпесу на стан сексуального здоров'я жінок репродуктивного віку.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

У динаміці спостереження нами було проведено обстеження 93 жінок репродуктивного віку з генітальним герпесом (основна група) та 30 соматично та гінекологічно здорових, сексуально-активних жінок (контрольна група), співставних за віком.

Дефіцит клінічних спостережень, з одного боку, та відсутність розроблень в області жіночої сексології – з іншого, певною мірою пояснюють наявність несистематизованих діагностичних стандартів при дослідженні даної патології в гінекології.

Нами було враховано і взято за основу затверджену ВООЗ в 1999 році нозологічну одиницю жіночих сексуальних дисфункцій (ЖСД), що поєднує порушення бажання, збудження, досягнення оргазму, диспаревнії та вагінізму [4].

При дослідженні частоти і спектра ЖСД (FSD) у жінок з генітальним герпесом отримані результати співставляли з аналогічними у жінок репродуктивного віку контрольної групи з регулярними статевими стосунками.

Проведені попередньо дослідження свідчать, що під час оцінювання фізіологічних параметрів сексуального статусу жінок слід враховувати певні фізіологічні фактори, що безпосередньо впливають на сексуальну функцію, в тому числі вік обстежених, фази менструального циклу, ступінь соматичних та ендокринних порушень, застосування лікарських препаратів, психоемоційний статус [5].

На думку Eibl Eibesfeldt, досягнення сексуальної гармонії між чоловіком та жінкою при регулярних статевих стосунках сприяє не лише фізичному задоволенню, але й покращанню стану гінекологічного здоров'я. Аналогічно, А.М. Свядоц та В.І. Здравомислов наголошували, що регулярність статевого життя – один із позитивних моментів гармонії стосунків між чоловіком та жінкою [6].

Частоту статевих актів протягом місяця розцінюють в умовах сьогодення як індекс регулярності статевих стосунків. Регулярні статеві стосунки, що сформувалися, сприяють стабільності позитивного психоемоційного компонента жінки та чоловіка і значною мірою визначають якість життя кожної людини [7].

У контрольній групі обстежені жінки, які жили регулярним статевим життям певний час з одним статевим партнером, не мали ускладнень гінекологічного та соматичного статусу. Саме це стало підставою розглядати дану групу обстежених у якості порівняння, причому з 50 обстежених даної групи лише 30 погодилися на оцінювання сексуальної функції в динаміці спостереження. З кожною пацієнткою було узгоджено питання про можливість проведення досліджень відповідно до вимог Комітету з питань етики. Усі жінки надавали добровільну згоду на обстеження.

Під час оцінювання стану сексуального здоров'я жінок контрольної та основної груп ми враховували результати анкетування за методом McCoу з урахуванням 5 основних якісних показників (ступеня бажання, збудження, досягнення оргазму, задоволення та сатисфакції за 5-бальною шкалою) та кількісних показників (з урахуванням частоти статевих стосунків за місяць), як уже зазначалось. Одночасно партнери незалежно один від одного проводили заповнення карти ерогенних зон жінки за методикою В.І. Здравомислова [8]. Для оцінювання показників ступеня зміни кровотоку судин піхви та клітора до та після штучної сексуальної стимуляції (проводили відеоеротичну стимуляцію протягом 15–20 хв), виконували доплерографію судин клітора та рН-метрію слизової оболонки піхви [9].

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

При обстеженні жінок контрольної групи оцінювали частоту сексуальних стосунків щомісячно протягом 6 міс. Установлено, що більшість з обстежених (від 70,0% до 73,3%) на період спостереження відзначали частоту інтимних статевих актів до 10 разів на місяць, що відповідає в середньому стереотипові стосунків подружньої пари, характерної для даного вікового періоду (мал. 1).

Оцінку якісних показників, що характеризують стан сексуального здоров'я жінок контрольної групи за анкетною McCoу, представлено на мал. 2.

Відповідно до даних мал. 2, серед обстежених жінок усі показники сексуального здоров'я свідчили про досягнення гармонії статевих стосунків. Поодинокі випадки диспаревнії (від 0,15 до 0,2) були пов'язані з особливостями психо-

Показники рН-метрії слизової оболонки піхви відповідно до фаз менструального циклу до та після штучної еротичної стимуляції у жінок контрольної групи (n=30)

Показники	Фази менструального циклу		
	фолікулярна	овуляторна	лютеїнова
рН до стимуляції	4,2±0,9	4,5±0,8	4,1±0,7
рН після стимуляції	7,6±1,1	7,8±1,3	6,7±1,1
p	p<0,05	p<0,05	p<0,05

емоційного стану у спілкуванні деяких обстежених. Крім того, збіг результатів заповнення карти ерогенних зон подружжям встановлено у 26 (86,7%) пар.

Тобто, досягнення гармонії статевих стосунків за цим показником у більшості з обстежених свідчить про позитивну емоційну доміную, яка формується на тлі регулярних та комфортних статевих стосунків подружжя.

Оцінювання стану сексуального здоров'я жінок контрольної групи проводилась нами в різні фази менструального циклу. Порівняння отриманих показників саме в такому аспекті, на наш погляд, повинно дозволити визначити якісні характеристики бажання, збудження, оргазму, сатисфакції та диспаревнії в період фолікулярної фази (фаза активності естрогенів), в овуляцію (пік рівнів в периферійній крові андрогенів та естрогенів) та в фазу функціонування жовтого тіла (фаза активності прогестерону).

Проведені дослідження свідчать, що за середніми результатами якісних показників шкали McCoу у жінок контрольної групи встановлено досягнення найвищих показників в період овуляції (бажання – 4,2±0,09; збудження – 4,3±1,1; оргазм – 4,1±0,08; сатисфакція – 4,5±0,9), що достовірно перевищувало (p<0,05) аналогічні показники в інші фази менструального циклу (див. мал. 2).

Нами було проведено рН-метрію слизової оболонки піхви серед жінок контрольної групи та співставлено отримані результати відповідно до фаз менструального циклу (табл. 1).

Проведені дослідження, результати яких представлені в табл. 1, свідчать, що показники рН слизової оболонки піхви у жінок контрольної групи в різні фази менструального циклу не мали достовірних відмінностей (p>0,05), однак після проведення штучної сексуальної стимуляції в різні (відповідні) фази менструального циклу прослідковано достовірне їхнє збільшення (p<0,05).

Отримані результати є опосередкованим свідченням адекватної судинної реакції з боку судин піхви у обстежених жінок даної групи у відповідь на проведення штучної сексуальної стимуляції.

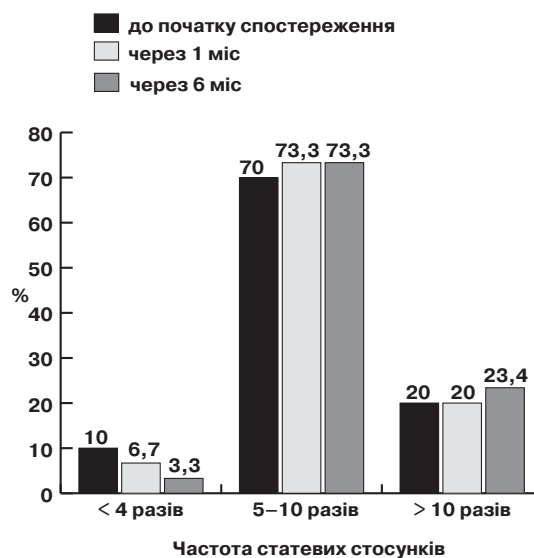
Дана методика відповідно до протоколу обстеження запропонована для використання в системі планування сім'ї Європейською асоціацією сексуальної медицини, є скринінговою і може бути широко впроваджена для застосування в практичній системі охорони здоров'я.

Метод доплерографії судин клітора відрізняється чутливістю та інформативністю при діагностиці сексуальних дисфункцій у жінок фертильного віку. Дослідження також проводили до та після штучної сексуальної стимуляції в динаміці спостереження.

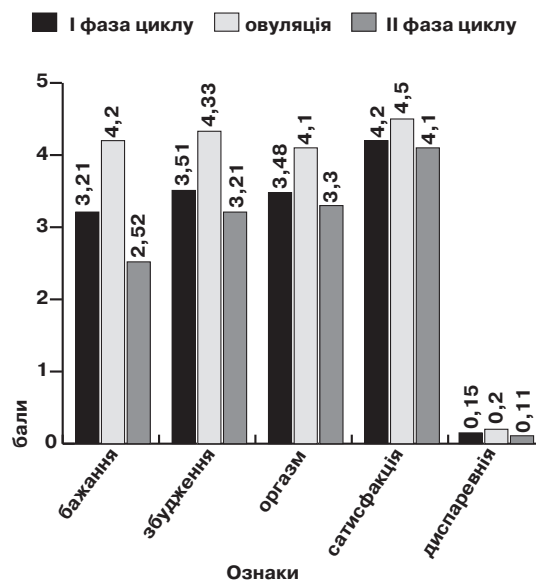
Було досліджено 30 сексуально та гінекологічно здорових жінок контрольної групи в різні фази менструального циклу (фолікулярну, овуляторну, лютеїнову).

Обстеження проводили на 5–7-й; 12–15-й; 23–25-й дні менструального циклу.

Дослідження в В-режимі дозволило візуалізувати праве та ліве кавернозне тіло в поперечній, повздовжній та сагітальній площинах, а також визначити об'єм кавернозних тіл як у стані спокою, так і у стані сексуального збудження. Розміри клітора у жінок контрольної групи становили



Мал. 1. Частота статевих стосунків за місяць у жінок контрольної групи (n=30), %



Мал. 2. Показники стану сексуального здоров'я жінок контрольної групи за анкетой McCoу, %

1,1±0,05 см, 0,8±0,05 см, 0,9±0,05 см відповідно, об'єм (V см³) кліторних тіл становив 1,32±0,5 см³.

Корінь клітора складається із двох кліторальних тіл та овулів (цибулін), які розташовані нижче кліторальних тіл.

Характер цих зон – ізоехогенний, вони були подібні за будовою до кліторальних тіл. Між кліторальними тілами та овулями візуалізувалися дві гіпоехогенні зони, так звані судинні озера – Plexus Kobelt.

Показники кровотоку судин статевих органів у жінок контрольної групи (n=30) до та після штучної сексуальної стимуляції

Період	Показники ультразвукографічного дослідження із залученням методу доплерографії														
	Об'єм кавернозних тіл, см ³			Максимальна систолічна швидкість (V _{ps}) см/с			Об'ємна швидкість кровоплину (V _{vol}) мл/хв			Індекс резистентності (IR)			Індекс пульсативності (IP)		
	Фол. фаза	Овул. фаза	Лют. фаза	Фол. фаза	Овул. фаза	Лют. фаза	Фол. фаза	Овул. фаза	Лют. фаза	Фол. фаза	Овул. фаза	Лют. фаза	Фол. фаза	Овул. фаза	Лют. фаза
До стимуляції	1,32±0,05	1,33±0,06	1,31±0,04	7,2±0,25	8,1±0,31	7,1±0,23	3,19±0,04	4,2±0,08	2,0±0,03	0,77±0,03	0,67±0,04	0,58±0,06	1,22±0,05	1,35±0,04	1,11±0,02
Після стимуляції	2,1±0,04	2,4±0,08	1,9±0,07	11,1±0,62	12,7±0,43	10,5±0,21	6,0±0,07	8,3±0,09	6,0±0,04	0,69±0,04	0,69±0,08	0,71±0,06	1,6±0,06	1,4±0,03	1,1±0,02
Статистичні показники	<0,05	<0,05	<0,05	<0,05	<0,05	<0,05	<0,05	<0,05	<0,05	<0,05	>0,05	>0,05	<0,05	>0,05	>0,05

Примітки: Фол. фаза – фолікулярна фаза; Овул. фаза – овуляторна фаза; Лют. фаза – лютеїнова фаза.

Між двома кліторальними тілами візуалізувалась стріло-подібна зона, яка безпосередньо умовно розподіляла кавернозні тіла клітора на ліве та праве.

Кавернозні тіла клітора досліджували з використанням кольорового доплерівського обстеження.

Саме такий підхід дозволив в динаміці спостереження дослідити не лише діаметр, але й розташування артерій, особливості кровотоку периваскулярних тканин та визначити доплерівські індекси.

Об'єм кавернозних артерій у стані спокою в сексуально здорових жінок становив у фолікулярну та лютеїнову фази циклу 0,7±0,5 см, 0,7±0,2 відповідно, та 0,9±0,4 – в овуляторну фазу.

Динаміку змін показників кровотоку судин клітора у жінок репродуктивного віку (контрольна група) представлено в табл. 2.

Як свідчать дані табл. 2, серед сексуально активних жінок контрольної групи встановлено достовірне збільшення об'єму кавернозних тіл, максимальної систолічної швидкості, об'ємної швидкості кровотоку після штучної сексуальної стимуляції у фазу овуляції порівняно з аналогічними показниками в фолікулярну та лютеїнову фази ($p < 0,05$).

При аналізі показників індексу пульсативності та індексу резистентності у різні фази менструального циклу до та після штучної сексуальної стимуляції визначено достовірну залежність зміни цих показників ($p < 0,05$). Ця зміна є особливо вираженою в яєчниковій артерії і судинах клітора, в яких у час розвитку corpus luteum виявлявся низькорезистентний тип кровотоку. Однак у різних літературних джерелах наведені суттєві коливання нормальних показників кровотоку в стромі яєчників і в яєчниковій артерії. Згідно з нашими даними індекс резистентності в судинах клітора в ранню фолікулярну фазу знаходився в межах 0,71, зменшуючись до 0,67 в період овуляції, а в лютеїнову фазу знаходився в межах 0,58–0,65. Після штучної стимуляції ці показники становили 0,69, 0,67 та 0,71 відповідно до фаз менструального циклу. При цьому, індекс пульсативності у стані сексуального спокою знаходився в таких діапазонах: в ранню фолікулярну фазу – в межах 1,8–2,2, зменшуючись до 1,0–1,35 в період овуляції і в лютеїнову фазу – 1,11–1,8 (табл. 2).

Після штучної стимуляції ці показники становили 1,6–1,4 та 1,1 відповідно до фаз менструального циклу. Проте, опубліковані в науковій літературі показники індексу резистентності у жінок фертильного віку в стані сексуального спокою в нормі коливаються між 0,4 і 0,8, а індексу пульсативності – між 0,6 і 2,5 [10].

Отже, нами вперше представлено характер змін об'єму кавернозних тіл та показників кровотоку судин статевих органів у сексуально активних жінок, (контрольна група) після штучної сексуальної стимуляції у різні фази менструального циклу, які є підтвердженням природних судинних реакцій на сексуальний стимул у жінок репродуктивного віку у різні фази циклу.

Важливим моментом в досягненні статевої гармонії пари є саме відсутність подразників та негативних передумов стосовно гінекологічного, а також соматичного статусу, що безпосередньо або ж опосередковано впливають на сексуальну функцію. Для нас було важливим оцінити залежність проявів сексуальної функції від особливостей перебування генітального герпесу.

Проведені нами дослідження свідчать, що саме серед жінок з генітальним герпесом виникнення клінічних ознак захворювання (висипання на статевих губах, в ділянці відхідника та сідниць, а також локально з боку інших зон статевих органів та промежини, больові відчуття та дискомфорт при цьому) мали негативний вплив не лише на самопочуття, а також порушували гармонію сексуальних стосунків.

Ми намагались у динаміці спостереження дослідити стан сексуального здоров'я жінок основної групи, акцентуючи увагу на клінічних особливостях їхнього формування на тлі генітального герпесу.

В основній, як і попередньо в контрольній, групі жінок ми традиційно враховували та оцінювали регулярність статевих стосунків за місяць – визначали індекс регулярності статевих стосунків (мал. 3).

Слід зазначити, що частота статевих стосунків серед більшості обстежених контрольної групи (від 70,0% до 73,3%) становила від 5 до 10 разів на місяць, а серед обстежених основної групи таку частоту відзначали рідше (60,2%).

Як свідчать дані, наведені на мал. 3, серед обстежених жінок основної групи індекс регулярності статевих стосунків відрізнявся від аналогічних показників пацієнток контрольної групи і в бік зменшення частоти: так, найменша частота статевих стосунків (до 4 разів на місяць) серед молодих жінок основної групи спостерігалась у 3,3 рази частіше, ніж серед обстежених контрольної групи.

При аналізі ситуації більшість з обстежених – 61 (65,6%) жінка основної групи в період рецидиву генітального герпесу скаржилась взагалі на неможливість статевих стосунків. Тобто, аналіз даного спостереження засвідчив, що на тлі загострення генітального герпесу зменшувалась частота статевих стосунків.

При заповненні карти ерогенних зон партнерами жінок основної групи збіг результатів встановлено у 16 (53,3%) випадках. Оцінка сексуального стану жінок основної групи за умови загострення генітального герпесу показала, що подразнення ерогенних зон першого і другого порядку у 60 (64,5%) обстежених поєднувалось із відчуттями болю та печіння, а з часом – зменшенням або повною відсутністю графікації на прояви сексуальної прелюдії.

Отримані результати свідчать, що саме у 80 (86,1%) жінок з генітальним герпесом, що супроводжувався частими рецидивами, формувалась або досягла стабільності певна дизадаптація статевих стосунків пари, що значною мірою можна пов'язати із її формуванням на тлі прояву клінічних ознак генітального герпесу.

Дослідження якісних показників сексуальної функції у жінок з генітальним герпесом дозволило переконатися в особливості таких змін.

Представлені на мал. 4 показники свідчать, що за період спостереження на тлі перебігу генітального герпесу встановлено зменшення бажання (порівняно з контрольною групою) в період овуляції – в 1,9 разу, збудження – в 2,1 разу, досягнення оргазму – в 1,96 разу та одночасно зростання ступеня диспаревнії – в 17,5 разу. Причому, високий ступінь диспаревнії зберігався у жінок з генітальним герпесом протягом менструального циклу, що певною мірою порушувало не лише гармонію статевих стосунків пари, а також призводило до формування стабільно негативної емоційної домінанти і навіть до унеможливлення статевого життя.

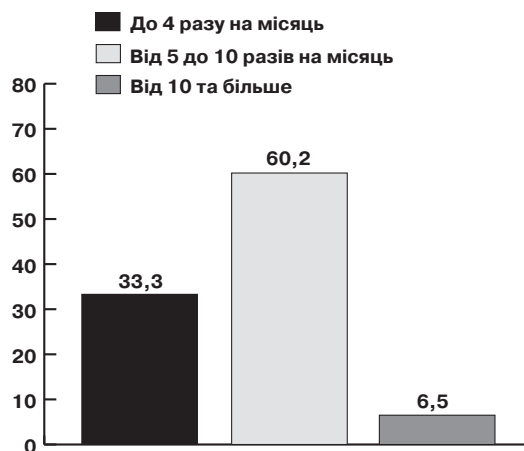
При проведенні рН-метрії слизової оболонки піхви на початку дослідження серед жінок основної групи у стані спокою, рН знаходилось у межах 4,2–5,4 (що є певним свідченням наявності запального захворювання статевих органів). Після проведення штучної сексуальної стимуляції даний показник знаходився в межах 5,6–7,2, тобто, інтервал (у порівнянні з аналогічними даними жінок контрольної групи) був меншим, ніж аналогічний у обстежених контрольної групи.

До того ж, при деталізації певних результатів виявлено, що у жінок із диспаревнією показники рН до стимуляції були в межах 4,8–5,6, а після стимуляції – не перевищували 6,0. Отримані результати за даним показником при розвитку диспаревнії свідчать про зміни кровотоку, тобто його погіршення щодо оцінювання судинних реакцій. Проведені у подальшому дослідження із залученням доплерографії судин клітора дозволили дослідити таку ситуацію більш ретельно (табл. 3).

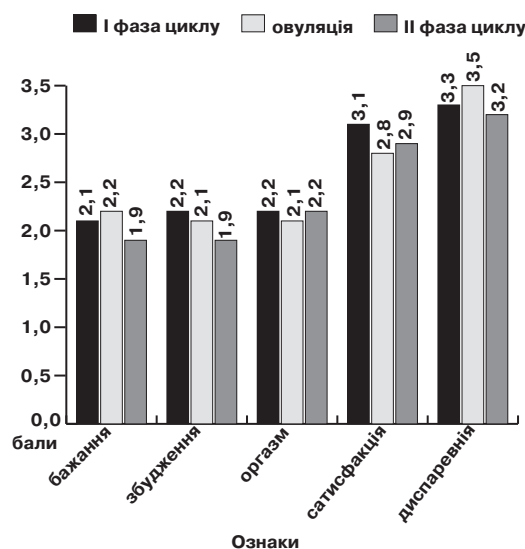
При аналізі показників індексу пульсативності та індексу резистентності у різні фази менструального циклу до та після штучної сексуальної стимуляції у жінок основної групи визначено певну динаміку зміни цих показників. Згідно з нашими даними індекс резистентності в судинах клітора в ранній фолікулярній фазі знаходився в межах 0,78, зменшуючись до 0,74 в період овуляції і повертаючись до показників ранньої фолікулярної фази в лютеїновій фазі в межах 0,78. Після штучної стимуляції ці показники склали 0,65, 0,61 та 0,63 відповідно до фаз менструального циклу. При цьому, індекс пульсативності у стані сексуального спокою знаходився в діапазонах: в ранній фолікулярній фазі в межах 1,1, зменшуючись до 1,2 в період овуляції та в лютеїновій фазі – 1,2.

Після штучної стимуляції ці показники становили 1,5, 1,44 та 1,97 відповідно до фаз менструального циклу. Проте опубліковані в науковій літературі показники індексу резистентності у жінок фертильного віку в стані сексуального покою в нормі коливаються між 0,4 і 0,8, а індексу пульсативності – між 0,6 і 2,5 [10].

Максимальна систолічна швидкість відповідно до фаз менструального циклу була наступною: 7,2, 7,4, 6,4 – до стимуляції та 9,4, 9,8, 8,7 – після стимуляції.



Мал. 3. Частота статевих стосунків за місяць серед жінок основної групи, n=93



Мал. 4. Показники стану сексуального здоров'я жінок з генітальним герпесом в різні фази менструального циклу (n=93)

Проведене дослідження дозволило переконатися, що на тлі генітального герпесу відзначено тенденцію до зменшення показників максимальної систолічної швидкості в 1,2 разу, об'ємної швидкості кровотоку – в 1,2 разу, індексу пульсативності після стимуляції – в 1,4 разу.

Водночас відзначено співставна зростання індексу резистентності в 0,3–0,8 разу. У стані сексуального спокою індекс

Таблиця 4

Показники кровотоку судин клітора у жінок основної групи

Період	Показники ультрасонографічного дослідження із залученням методу доплерографії														
	Об'єм кавернозних тіл, см ³			Максимальна систолічна швидкість (Vps), см/с			Об'ємна швидкість кровотоку (Vvol), мл/хв			Індекс резистентності (IR)			Індекс пульсативності (IP)		
	Фол. фаза	Овул. фаза	Лют. фаза	Фол. фаза	Овул. фаза	Лют. фаза	Фол. фаза	Овул. фаза	Лют. фаза	Фол. фаза	Овул. фаза	Лют. фаза	Фол. фаза	Овул. фаза	Лют. фаза
Початок обстеження															
До стимуляції	1,26±0,3	1,28±0,3	1,24±0,4	7,1±0,91	7,8±0,31	6,9±0,7	3,1±0,7	3,9±0,8	3,5±0,7	0,78±0,4	0,74±0,6	0,78±0,7	1,1±0,5	1,2±0,4	1,2±0,4
Після стимуляції	1,81±0,4	1,82±0,5	1,78±0,5	10,1±0,24	11,3±0,31	10,2±0,32	6,1±0,8	6,8±0,9	6,2±0,8	0,65±0,5	0,61±0,07	0,63±0,7	1,9±0,6	1,85±0,7	2,37±0,6
p	p>0,05	p>0,05	p>0,05	p<0,05	p<0,05	p<0,05	p<0,05	p<0,05	p<0,05	p>0,05	p>0,05	p>0,05	p>0,05	p>0,05	p>0,05

Примітки: Фол. фаза – фолікулярна фаза; Овул. фаза – овуляторна фаза; Лют. фаза – лютеїнова фаза

резистентності знаходився в діапазонах: в ранню фолікулярну фазу – 0,78, в період овуляції – 0,74, і в лютеїнову фазу – 0,78. Ці показники становили відповідно 0,82, 0,79, 0,81 – до стимуляції та 0,74, 0,72, 0,71 – після стимуляції.

Проведене дослідження дозволило переконатися в тому, що на тлі генітального герпесу відзначено тенденцію до зменшення показників максимальної систолічної швидкості; об'єму та швидкості кровотоку, індексу пульсативності після стимуляції. Водночас відзначено співставне зростання індексу резистентності.

Отримані результати є безпосереднім підтвердженням формування порушення кровотоку на тлі перебігу генітального герпесу зі створенням в подальшому передумов до формування жіночих сексуальних дисфункцій.

Так, зростання диспаревнії на тлі загострення генітального герпесу серед жінок основної групи сприяло не лише зменшенню ініціації сексуальних стосунків жінкою, а й частоті ініціації сексуальної прелюдії чоловіком, що за принципом «хибного кола» посилювало причинність порушень сексуального комфорту більшості з обстежених жінок даної групи.

ВИСНОВКИ

Отже, жіночі сексуальні дисфункції, що виникали на тлі генітального герпесу і супроводжували його перебіг є, на нашу думку, ознакою даного захворювання і повинні враховуватися під час оцінювання як розвитку захворювання, так і ефективності його лікування.

Оценка состояния сексуального здоровья женщин с генитальным герпесом

О.В. Ромащенко, В.В. Белоголовская, И.Н. Кашченко, Б.К. Лубенец

При обследовании 93 женщин с генитальным герпесом установлено нарушение сексуальной функции, особенно по росту показателей диспареунии. Недовольность значительной части женщин (65,6%) и, соответственно, их мужей качеством половых отношений является основой формирования дисрегуляторной сексуальной дисфункции. Создается «порочный круг», когда изменения сексуального здоровья женщин являются не только признаком генитального герпеса, но и поддерживающим фактором в формировании гинекологических нарушений. Учет таких изменений в гинекологической практике позволит своевременно их устранить или даже предупредить и способствовать реабилитации гинекологического и сексуального здоровья женщин фертильного возраста.

Ключевые слова: сексуальное здоровье, генитальный герпес, женские сексуальные дисфункции.

Аналіз отриманих даних щодо впливу рецидивного перебігу герпесу на показники сексуального здоров'я свідчить про їхнє погіршення на тлі розвитку захворювання, особливо, стосовно зростання показників диспаревнії. Недовolenість значної частини жінок (65,6%) та відповідно їхніх чоловіків якістю статевих стосунків є підґрунтям до формування дисрегуляторної сексуальної дисфункції. Відсутність повної емоційної та фізичної розрядки у жінки в області статевих органів та органів малого таза створюють ділянки підвищеного кровонаповнення та застійних явищ. До того ж, негативні враження, що при цьому формуються, впливають на зниження самооцінки та якості життя.

Саме серед жінок із диспаревнією, що проявлялась на тлі епізодів загострення генітального герпесу, і супроводжувала черговий рецидив захворювання, з часом дана сексуальна дисфункція досягла стабільності в період між рецидивами захворювання. Поєднання цих прогресивних змін, на наш погляд, лежить в основі подальшого формування порушень сексуального бажання, збудження, оргазму та хронічного тазового болю.

Створюється «хибне коло», коли зміни сексуального здоров'я жінок є певним підтримувальним фактором у формуванні гінекологічних порушень, що саме і було зазначено нами у жінок з генітальним герпесом. Урахування таких змін в гінекологічній практиці дозволить своєчасно їх усунути або, навіть, попередити і сприяти реабілітації репродуктивної та сексуальної функцій жінок фертильного віку.

Assessment of State of Sexual Health in Women with Genital Herpes

O.V. Romashchenko, V.V. Bilogolovska, I.M. Kashchenko, B.K. Lubenec

During the examination of 93 women with genital herpes sexual dysfunctions has been established, namely in regard to the increase of dyspareunia indicators. Dissatisfaction of most women (65,6%) and respectively their husbands by the quality of sex relations is a basis for the formation of dysregulatory sexual dysfunction.

A «bad circle» is created, when changes of female sexual health are not only a feature of genital herpes, but also a supporting factor in the formation of gynaecological violations. Consideration of these changes in gynaecological practice will allow to remove them in time or even to prevent them and then to promote rehabilitation of gynaecological and sexual health of women of fertile age.

Key words: sexual health, genital herpes, female sexual dysfunctions.

Сведения об авторах

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

Билоголовская Валентина Васильевна – ГУ «Институт урологии НАМН Украины», 04053, г. Киев, ул. Юрия Коцюбинского, 9а

Кашченко Ирина Николаевна – ГУ «Институт урологии НАМН Украины», 04053, г. Киев, ул. Юрия Коцюбинского, 9а

Лубенец Бронислава Кирилловна – ГУ «Институт урологии НАМН Украины», 04053, г. Киев, ул. Юрия Коцюбинского, 9а

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

- Gupta R., Warren T., Wald A. Genitalherpes //Lancet. – 2007. – Vol. 370. – P. 2127–2137.
- Brotto L.A., Bitzer J., Laan E., Leiblum S., Luria M. Women's sexual desire and arousal Disorders // The Journal of Sexual Medicine. – 2010. – Vol. 7. – P. 586–614.
- Romashchenko O., Melnikov S., Bilogolovskaya V., Shcherbak M., Jashchenko L., Koval S. Frequency and Structure of Sexual Dysfunction in Women With Chronic Pelvic Inflammatory Diseases// The Journal of Sexual Medicine. – 2014. – Vol. 11. – P. 16.
- Basson R., Berman J., Burnett A., Derogatis L., Ferguson D., Fourcroy J., et al. Reportofthe International Consensus Development Conferenceon Female Sexual Dysfunction: definition sandclassifications// J Urol. – Vol. 163. – 2001. – P. 888–896.
- Nappi R., Salonia A., Traish A., Kodiglu A., Goldstein I. Clinical biologic pathophysiology of women's sexual dysfunction.//J Sex Med. – 2005. – Vol. 2. – P. 4–25.
- Святощ А.М. Женская сексопатология. – М.: Медицина, 1990.
- Hayes R.D., Bennett C.M., Fairley C.K., Dennerstein L. What can prevalence studies tell us about female sexual difficulty and dysfunction? // The Journalof Sexual Medicine. – 2006. – Vol. 3. – P. 589–595.
- Здравомыслов В.И., Анисимова З.Е., Либих С.С. Функциональная женская сексология. – Алма-Ата «Казхстан», 1985. – 269 с.
- Wagner G. Human vaginal Handsexual arousal //FertilSteril – Vol. 41. – 1984. – P. 389–394.
- Lue T.F., Basson R., Rosen R., et al. SexualMedicine. Sexual Dysfunctionin Menand Women. 2ndInternational Consultationon Sexual Dysfunction. – Paris. Edition, 2004. – 991 p.