

# Особливості гормонального балансу та сексуального здоров'я у ВІЛ-інфікованих жінок із хронічними запальними захворюваннями статевих органів

**В.В. Подольський, З.Б. Хомінська, А.В. Волошин**

ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України», м. Київ

У роботі проведено гормональне дослідження та анонімне анкетування 120 ВІЛ-інфікованих жінок (основна група) репродуктивного віку із хронічними запальними захворюваннями статевих органів (ХЗЗСО). У контрольну групу ввійшли 30 здорових жінок репродуктивного віку. Групу порівняння склали 240 жінок, не інфікованих вірусом СНІДу. Доведено необхідність своєчасної профілактики та лікування порушень гормонального і сексуального здоров'я як невід'ємної частини ефективних заходів з попередження ВІЛ-інфікування у контингенту жінок фертильного віку з ХЗЗСО.

**Ключові слова:** гормональний статус, сексуальне здоров'я, хронічні запальні захворювання статевих органів, репродуктивний вік, ВІЛ-інфіковані жінки.

Останнім часом у країні епідемія ВІЛ/СНІД знаходиться на тому етапі, коли інфекція вийшла за межі традиційних груп ризику (наркомани, гомосексуалісти), зростає питома вага гетеросексуальних контактів у структурі шляхів інфікування ВІЛ, насамперед це стосується молодих сексуально-активних жінок. Саме тому все більшої актуальності при вивченні ВІЛ/СНІД набуває дослідження стану сексуального здоров'я жінок фертильного віку. Погіршення ситуації із захворюванням на ВІЛ-інфекцію та зростання кількості хворих на СНІД зумовлені низкою соціально-економічних та медичних причин. Погіршення соціально-економічної ситуації, недосконала система інформування та просвіти населення з питань запобігання ВІЛ-інфекції, недостатнє фінансування заходів профілактики та лікування, невідповідність наявної інфраструктури медичної та соціальної допомоги сприяє темпам поширення епідемії [5, 9].

Жінки складають 46% усіх людей, які живуть з ВІЛ, 70% нових випадків ВІЛ-інфікування серед жінок – це жінки, які захворіли на ВІЛ через зараження від своїх постійних статевих партнерів, у сім'ях. Така негативна тенденція залучення в епідемічний процес жінок зумовлена низкою біологічних і соціальних причин. Установлено, що частота передачі ВІЛ від чоловіка до жінки в два-три рази вища, ніж від жінки до чоловіка, при цьому до найбільшого ризику зараження схильні жінки в такому культурно-громадському оточенні, де вони позбавлені соціальної рівності [2].

В останні роки відзначено зниження середнього віку першого статевого контакту, підвищення сексуальної активності, збільшення кількості статевих партнерів, а також змінилась і сексуальна поведінка жінок це – ранній початок статевого життя, позашлюбні статеві стосунки, нетрадиційні форми сексуальних контактів стали зустрічатися приблизно в два рази частіше. Крім наведених вище груп, особливому ризику піддається молодь, насамперед дівчата, які в багатьох

країнах мають обмежений доступ до інформації та служб охорони здоров'я населення.

Результати проведених досліджень свідчать, що більшість ВІЛ-інфікованих жінок із хронічними запальними захворюваннями статевих органів (ХЗЗСО) відчули статевої потяг у віці 11–14 років – 68,3%. Ці дані відповідають загальносвітовим і віддзеркалюють тенденцію до “омолодження” віку пробудження лібідю, що можливо пов'язати як з процесами акселерації, розкутості, так і з доступністю інформативних джерел: телебачення, інтернету, засобів масової інформації, а це фактори, які викликають еротичну фіксацію [4].

Основним шляхом зараження ВІЛ в Україні продовжує залишатися ін'єкційне споживання наркотиків. Наркоманія вкрай негативно впливає на формування здоров'я жінок, охоплює все більше і більше жінок. Ендокринні порушення у хворих на наркоманію характеризуються гіпоестрогенією, недостатністю лютеїнової фази, гіперандрогенією, гіперпролактинемією на фоні посилення функції кори надниркових залоз. Ці зміни починаються приблизно через рік від початку регуляторного вживання наркотиків та в подальшому прогресують [11]. Дослідження щодо впливу наркотичних речовин на репродуктивну функцію жінок є недостатніми як у вітчизняній, так і в зарубіжній літературі.

Введення екзогенних опіатів призводить до порушення гонадотропної функції гіпофіза. Пошук можливої ланки, яка визначає розвиток фазових змін у ланцюгу гіпоталамус–гіпофіз–гонади, дозволив зробити висновок про первинність ураження наркотиками біохімічних систем, що регулюють синтез чи вивільнення ЛГ-релізінг-фактора. При введенні в організм опіати взаємодіють з тими самими рецепторами, які призначені для зв'язування ендогенних опіоїдних пептидів і призводять до їхньої надмірної стимуляції, що спричиняє порушення в системі гіпоталамус–гіпофіз–яєчники. Автори вважають, що ендогенні опіоїдні пептиди модулюють вплив статевих стероїдів на вміст РГ-ЛГ гіпоталамуса за механізмом зворотного зв'язку [12].

Дослідження останніх років [6, 10] свідчать, що жінки, хворі на наркоманію, складають групу високого ризику щодо розвитку гінекологічної патології: гіпоменструальний синдром, дисфункціональні маткові кровотечі, аменорея та порушення репродуктивної функції (безплідність, невиношування і недоношування). При цьому гіпоменструальний синдром та аменорея починають розвиватися на найбільш ранніх етапах захворювання протягом року [3].

Таким чином, за даними вітчизняної та зарубіжної літератури, проблема стану репродуктивної системи у хворих на наркоманію на тлі ВІЛ-інфікування є дуже актуальною [8, 11].

Об'єктивними критеріями репродуктивного здоров'я ВІЛ-інфікованої жінки є гормональні характеристики забезпеченості менструального циклу. Проведені дослідження дозволили визначити суттєві порушення функціонального стану системи гіпофіз-яєчники у жінок, інфікованих ВІЛ, які значною мірою залежали від супутніх медико-соціальних відхилень та порушень противірусного захисту організму при ВІЛ-інфікуванні. В організмі хворої жінки відбуваються ендокринні розлади, зокрема, у системі гіпоталамус-гіпофіз-щитоподібна залоза-надниркові залози та у яєчниках. У більшості випадків мають місце ановуляторні цикли, слабкість лютеїнової фази, іноді двофазний менструальний цикл.

Запальні захворювання жіночих статевих органів посідають важливе місце в структурі гінекологічної захворюваності. Хронічні запальні процеси органів малого таза складають 55–60%. Переважають спостереження із затяжним перебігом та частими загостреннями. Увагу гінекологів також привертає «омолодження» запальних захворювань статевих органів у жінок, що зумовлено змінами статевої поведінки дівчат на користь лібералізації статевих стосунків, а також латентний перебіг захворювання [4,7].

Запальні захворювання статевих органів в свою чергу призводять до розвитку порушення імунної, ендокринної, нервової та інших систем, а також стану сексуального здоров'я. У хворих із запальними процесами статевих органів спостерігаються порушення менструального циклу у вигляді циклічних та акушерських маткових кровотеч, олігоменореї, опсоменореї та альгодисменореї. Така патологія є наслідком порушень нейроендокринної регуляції менструального циклу, дискоординації секреції гонадотропних гормонів та функції яєчників. Не останню роль у цьому процесі відіграють стрес-асоційовані гормони [4, 7].

Гормональні розлади при ХЗЗСО призводять до важких змін у репродуктивній системі жінки – безплідності, порушень менструальної функції, полікістозу яєчників, фібромиоми матки, гіперпластичних процесів ендометрія, утворення спайок в області органів малого таза [1]. На фоні ХЗЗСО погіршується сексуальне здоров'я, а це у свою чергу створює порочне коло: через свій соматичний стан жінка не може повною мірою реалізувати не тільки сексуальну, але й основну функцію – продовження роду [1].

Поняття „сексуальне здоров'я” було сформульовано і прийняте в 1977 р. на спеціальній нараді експертів ВООЗ: «Сексуальне здоров'я – це комплекс соматичних, емоційних і соціальних аспектів сексуального існування людини та, зокрема, жінки, що позитивно збагачують особистість, підвищують її комунікабельність і здатність до любові, в основі якого лежить право на інформацію в області сексуальності і статевої освіти». Сексуальне здоров'я містить у собі також волю від страху, почуття сорому і провини, неправильних уявлень та інших психологічних факторів, що пригнічують сексуальну реакцію і порушують сексуальні стосунки. Сексуальність жінки тісно пов'язана з її способом життя і здоров'ям та доведено, що стан сексуального здоров'я має велике значення в розвитку репродуктивної функції [4, 7].

До цього часу надзвичайно мало уваги приділяли питанням сексуального життя ВІЛ-інфікованої жінки, не існує інтегрального підходу до єдності проблем сексуального життя жінки з ХЗЗСО на тлі ВІЛ-інфікування та станом її репродуктивного здоров'я. Тому метою нашого дослідження стало з'ясування особливості стану гормонального балансу та сексуального здоров'я у жінок з ХЗЗСО та ВІЛ-інфікованих.

#### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Гормональне дослідження проведено у 120 ВІЛ-інфікованих жінок репродуктивного віку із хронічними запальними процесами статевих органів (основна група).

Із них 40 жінок із запальними процесами нижнього відділу статевих органів, 37 жінок – із запальними процесами верхнього відділу статевих органів, 43 жінки – із запальними процесами обох відділів статевих органів. До контрольної групи ввійшли 30 здорових жінок репродуктивного віку. Групу порівняння склали 240 жінок, неінфікованих вірусом СНІДу, із них 78 жінок із хронічними запальними процесами нижнього відділу статевих органів, 82 – верхнього відділу та 80 – із поєднанням хронічних запальних процесів верхнього та нижнього відділів статевих органів.

Концентрацію стероїдних гормонів: прогестерону (П) та тестостерону (Т), гонадотропних гормонів гіпофіза: фолікулостимулювального (ФСГ) та лютеїнізувального (ЛГ), а також пролактину (Прл) та кортизолу (К) в крові досліджено імуноферментним методом із використанням тест-систем виробництва ХЕМА (Росія), концентрацію естрадіолу (Е<sub>2</sub>) з використанням тест-систем виробництва фірми DRGC (Німеччина).

Оптичну щільність вимірювали на імуноферментному аналізаторі (фотометрі) MSR-1000 (США) при довжині хвилі 450 нм.

Дослідження статевих та гонадотропних гормонів проведено із урахуванням фаз менструального циклу. Робота метрологічно забезпечена.

#### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Під час аналізу даних анонімного анкетування серед ВІЛ-інфікованих жінок фертильного віку, які мали запальні процеси статевих органів, у 54,6% обстежених статевої потяг з'явився у віці від 11 до 14 років; у 27,6% – у віці від 7 до 10 років та у решти хворих – після 15 років, задоволення від кожного коїтусу мали 46,4% пацієнток, у 31,2% – інколи і 18,8% обстежених задоволення від статевого життя не відчували. Статеве задоволення з чоловіком відзначали 53,3% хворих, з чоловіком і іншими статевими партнерами задоволення відчували 28,6% жінок, з іншими статевими партнерами – 16,1% пацієнток, не було задоволення ні з ким із зазначених осіб у 18,8% хворих. Задоволення від статевого життя отримували 65% опитаних жінок і відповідно 35% – не отримують його.

Рівень сексуальної незадоволеності жінок, виявлений за різними даними, може стати основою для розвитку сексуальних, психологічних та неврологічних розладів, підвищує ризик розвитку неврозів, гінекологічної захворюваності, а також сприяти міжособистим конфліктам та розлученням. Результатом сексуальної незадоволеності стало те, що 23,3% обстежених жінок відзначили необхідність у додаткових статевих стосунках, одного партнера мали 68,3% обстежених жінок, а двох та більше – 31,7%, що є суттєвим фактором ризику для поширення ВІЛ.

Цікаві дані отримані при аналізі питання про зниження або відсутність статевого потягу і з чим це пов'язано. Так, з неправильними вихованням в дитинстві це пов'язано у 15,2% обстежених, з невдалою спробою початку статевого життя – у 7,1% хворих, з відсутністю сімейних вуз – у 25,9% пацієнток, з перенесеними в минулому гінекологічними захворюваннями, в тому числі ХЗЗСО, – у 83,0% хворих, з фінансово-економічними труднощами – у 86,6% обстежених, із захворюваннями чоловіка або статевого партнера – у 69,6% ВІЛ-інфікованих жінок.

У здорових жінок контрольної групи секреція гонадотропних та статевих гормонів мала циклічний характер, їхня концентрація відповідала загальноновизначеній нормі.

У ВІЛ-інфікованих жінок визначали значні зміни секреції гонадотропних гормонів відносно жінок контрольної

Концентрація гормонів гіпофіза та кортизолу в крові ВІЛ-інфікованих жінок з ХЗЗСО

Група жінок	n	Фаза менструального циклу	Значення гормонального показника			
			ФСГ, МО/л	ЛГ, МО/л	Прл, нг/мл	К, нмоль/мл
ВІЛ-інфіковані з хронічними запальними процесами нижнього відділу статевих органів	40	I	(6,4±0,5)*,**	(8,4±0,6)*	(13,0±0,6)**	(433,9±13,7)*,**
		II	(6,7±0,3)**	7,1±0,3		
ВІЛ-інфіковані з хронічними запальними процесами верхнього відділу статевих органів	37	I	(6,8±0,2)*,**	(6,6±1,2)*	(17,0±0,8)**,**	(356,1±11,9)**
		II	4,8±0,9	6,8±0,2		
ВІЛ-інфіковані з хронічними запальними процесами верхнього відділу статевих органів	43	I	(6,2±0,6)*,**	(7,0±0,5)*	(13,0±0,8)**	(362,2±12,1)**
		II	(6,3±0,8)**	(6,8±0,4)**		
Хронічні запальні процеси нижнього відділу статевих органів	78	I	(4,3±0,2)*	(7,9±0,8)*	11,1±0,6	359,9±6,6
		II	(3,8±0,1)*	6,6±0,2		
Хронічні запальні процеси верхнього відділу статевих органів	82	I	(5,1±0,5)*	(8,6±0,1)*	(7,9±0,6)**	353,6±8,2
		II	(3,5±0,2)*	5,1±0,7		
Хронічні запальні процеси нижнього та верхнього відділів статевих органів	80	I	(3,2±0,1)*,**	(5,2±0,2)*,**	9,5±1,1	362,0±12,4
		II	(4,0±0,2)*	6,0±0,3		
Контрольна (здорові жінки)	30	I	10,2±1,2	12,0±0,9	13,6±2,6	373,4±25,3
		II	6,6±1,1	6,1±0,4		

## Примітки:

\* – різниця достовірна відносно показників жінок контрольної групи,  $p < 0,05$ ;\*\* – різниця достовірна відносно показників жінок групи порівняння, неінфікованих ВІЛ,  $p < 0,05$ ;\*\*\* – різниця достовірна відносно показників жінок із хронічними запальними процесами нижніх відділів статевих органів,  $p < 0,05$ .

групи. Концентрація ФСГ та ЛГ в крові жінок основної групи у I фазу менструального циклу була достовірно знижена, а в II фазу не відрізнялась. Ці гормональні зміни не залежали від локалізації хронічного запального процесу. У той самий час, концентрації гонадотропних гормонів у I та II фази менструального циклу були близькими, що репрезентувало відсутність циклічності та їхньої секреції у ВІЛ-інфікованих жінок за умов ХЗЗСО.

Цифрові дані наведені у табл. 1. Зміни секреції гонадотропних гормонів у жінок групи порівняння були близькими до жінок основної групи і характеризувались як зниженням концентрації гонадотропних гормонів в крові: переважно у I фазу циклу, так і їхньою одноманітною секрецією. Тобто, за своїм характером порушення гонадотропної функції гіпофіза у жінок обох груп із ХЗЗСО були близькими і не залежали від наявності ВІЛ-інфікування. Проте у ВІЛ-інфікованих жінок показники концентрації ФСГ в крові у I фазу циклу були дещо вищими, ніж у жінок із ХЗЗСО без ВІЛ-інфікування (див. табл. 1).

Концентрація іншого гіпофізарного гормону – Прл – у крові жінок основної групи статистично не відрізнялась від показників жінок контрольної групи. Достовірних відмінностей від показників здорових жінок не визначено також і у жінок групи порівняння. Проте, за умов інфікування ВІЛ концентрація Прл в крові була дещо вищою, ніж при ХЗЗСО без ВІЛ-інфікування (табл. 2). Результати попередніх досліджень свідчать, що на секрецію Прл у ВІЛ-інфікованих жінок значною мірою впливають шкідливі

звички, характерні для цього контингенту хворих. Так, вживання психоактивних сполук наркотичної дії сприяє підвищенню концентрації Прл в крові. Такі впливи не можна виключити і в обстежених ВІЛ-інфікованих жінок із ХЗЗСО.

Концентрація іншого стрес-асоційованого гормону – К – у ВІЛ-інфікованих жінок із хронічними запальними процесами нижніх відділів статевої системи підвищувалась як відносно показника жінок контрольної групи, так і групи порівняння. В інших групах концентрація гормону не відрізнялась від показників здорових жінок та жінок із хронічними запальними процесами статевих органів без ВІЛ-інфікування (див. табл. 1).

Секреція статевих гормонів у обстежених жінок основної групи також зазнавала значних змін. Хоча середні показники концентрації  $E_2$  в крові в обидві фази циклу не репрезентували значних змін, суттєве зниження у II фазу циклу відносно показників жінок контрольної групи свідчило про порушення процесів фолікулогенезу та формування жовтого тіла за умов хронічних запальних процесів статевих органів у ВІЛ-інфікованих жінок (див. табл. 2).

Дійсно, аналіз індивідуальних показників виявив, що низька концентрація  $E_2$  в крові, менша за нижню межу цього показника в групі контролю, яка складає 0,25 нмоль/л, спостерігалась у ВІЛ-інфікованих жінок із хронічним запаленням нижнього відділу статевих органів в 47,3% випадків, верхніх – в 42,1%, за умов їхнього поєднання – в 39,5% спостережень.

Концентрація статевих гормонів у крові ВІЛ-інфікованих жінок з ХЗЗСО, нмоль/л

Група жінок	n	Фаза менструального циклу	Значення гормонального показника		
			E <sub>2</sub>	П	Т
ВІЛ-інфіковані з хронічними запальними процесами нижнього відділу статевих органів	40	I	0,48±0,02	(2,0±0,2)**	(1,90±0,07)**
		II	0,44±0,05	(10,7±0,9)*	
ВІЛ-інфіковані з хронічними запальними процесами верхнього відділу статевих органів	37	I	(0,26±0,02)**	(2,9±0,3)**	(1,99±0,10)**
		II	0,35±0,07	(5,8±0,7)*,***	
ВІЛ-інфіковані з хронічними запальними процесами верхнього відділу статевих органів	43	I	(0,33±0,03)**	(2,7±0,3)**	(2,0±0,10)**
		II	0,30±0,02	(5,7±0,9)*,***	
Хронічні запальні процеси нижнього відділу статевих органів	78	I	0,54±0,06	3,4±0,2	(1,42±0,04)*
		II	0,52±0,08	(11,8±0,8)*	
Хронічні запальні процеси верхнього відділу статевих органів	82	I	0,42±0,03	(4,0±0,3)*	(1,7±0,05)*
		II	0,52±0,09	(8,2±1,1)*	
Хронічні запальні процеси нижнього та верхнього відділів статевих органів	80	I	0,46±0,04	(3,5±0,3)*	(1,39±0,06)*
		II	0,43±0,08	(8,8±1,1)*	
Контрольна (здорові жінки)	30	I	0,41±0,08	2,5±0,6	1,8±0,09
		II	0,38±0,06	28,3±4,5	

## Примітки:

\* – різниця достовірна відносно показників жінок контрольної групи, p&lt;0,05;

\*\* – різниця достовірна відносно показників жінок групи порівняння, неінфікованих вірусом СНІДу, p&lt;0,05;

\*\*\* – різниця достовірна відносно показників жінок із хронічними запальними процесами нижніх відділів статевих органів, p&lt;0,05.

Привертає увагу той факт, що середні показники E<sub>2</sub> у ВІЛ-інфікованих із хронічними запальними процесами верхніх відділів статевої системи та поєднанні верхніх та нижніх відділів були нижчими, ніж відповідні показники групи порівняння. Це свідчило про більш значні порушення фолікулогенезу за умов ВІЛ-інфікування. Певну тенденцію до зниження відносно показника групи порівняння мала також концентрація E<sub>2</sub> в крові у ВІЛ-інфікованих жінок із хронічними запаленнями нижнього відділу статевих органів. Саме відносне зниження секреції E<sub>2</sub> в I фазу циклу зумовило деяке підвищення концентрації ФСГ в I фазу циклу за принципом зворотного зв'язку у ВІЛ-інфікованих жінок відносно показників жінок групи порівняння.

Особливо значних змін у жінок основної групи зазнала секреція П у II фазу циклу. Цей показник достовірно знижувався відносно такого у жінок контрольної групи і був особливо низьким у жінок із хронічними запаленнями верхніх відділів та сполучення верхніх та нижніх відділів статевої системи, тобто при залученні яєчника у запальний процес. У I фазу циклу визначали достовірне зниження П у ВІЛ-інфікованих жінок відносно жінок без ВІЛ-інфікування (див. табл. 2).

Концентрація Т в крові ВІЛ-інфікованих жінок основної групи не відрізнялась від показників жінок контрольної групи та була дещо вищою за показники жінок групи порівняння. У той самий час, всі ці показники не виходили за межі референтної норми для використаної тест-системи (див. табл. 2).

## ВИСНОВКИ

1. ХЗЗСО у ВІЛ-інфікованих жінок супроводжуються достовірним зниженням концентрації гонадотропних гормонів в крові в I фазу циклу відносно показників здорових жінок, незалежно від локалізації хронічного запального процесу. Помірне підвищення концентрації ФСГ в I фазу менструального циклу у ВІЛ-інфікованих жінок відносно такої у жінок групи порівняння, без інфікування вірусом СНІДу, може бути пов'язано із відповіддю цієї гіпофізарної ланки регуляції стероїдогенезу на відносне зниження концентрації E<sub>2</sub> у жінок основної групи в I фазу менструального циклу.

2. Концентрація E<sub>2</sub> в крові ВІЛ-інфікованих жінок із ХЗЗСО не відрізняється від такої у здорових жінок контрольної групи, проте достовірно знижується відносно показників жінок із хронічною патологією статевих органів без інфікування вірусом СНІДу.

3. ХЗЗСО у жінок репродуктивного віку перебігають на тлі зниження секреції П у II фазу циклу за умов запалення верхнього відділу статевих органів або сполучення верхнього та нижнього відділів і незалежно від наявності ВІЛ-інфікування. Проте в I фазу циклу концентрація П в крові за умов інфікування вірусом СНІДу значно нижча, ніж без такого.

4. Одержані результати свідчать про порушення процесів фолікулогенезу, овуляції та формування жовтого тіла у ВІЛ-інфікованих жінок із ХЗЗСО, особливо значні при локалізації запального процесу у верхньому відділі або сполученні верхнього та нижнього відділу статевих органів. ВІЛ-

інфікування сприяє подальшому ослабленню процесів стероїдогенезу в яєчниках, репрезентованому більш низькими концентраціями Е<sub>2</sub> та П в разі фази менструального циклу, ніж у жінок із хронічними запальними процесами статевих органів без інфікування вірусом СНІДу.

5. Концентрація Прл в крові ВІЛ-інфікованих жінок із хронічними запальними процесами статевих органів достовірно не відрізняється від такої у здорових жінок і дещо збільшується відносно показників за умов хронічних запальних процесів статевих органів без поєднання із ВІЛ-інфікуванням.

6. Секреція К у ВІЛ-інфікованих жінок основної групи не виходить за межі загальновизначеної норми, проте концентрація гормону в крові із запальними процесами нижнього відділу статевої системи перевищує показники жінок контрольної групи та групи порівняння. Останнє, поруч із відносним підвищенням секреції Прл, свідчить про вищий ступінь напруження стрес-асоційованих ланок адаптації, ніж у жінок, не інфікованих вірусом СНІДу, і може слугувати додатковим фактором порушення регуляторних механізмів менструального циклу.

7. Концентрація Т в крові жінок основної групи не змінюється відносно показників здорових жінок і помірно збільшується відносно такої у жінок із хронічними запальними процесами статевих органів без інфікування на ВІЛ.

Таким чином, своєчасна профілактика та лікування порушень гормонального і сексуального здоров'я повинна бути невід'ємною часткою ефективних заходів з попередження ВІЛ-інфікування у контингенту жінок фертильного віку з ХЗЗСО. Здебільшого поширення інформаційно-профілактичної діяльності спрямоване на досягнення таких цілей, як популяризація здорового способу життя, інформування громадськості, в даному разі жінок даного контингенту, про ризик поширення інфікування ВІЛ та засоби захисту від ВІЛ/СНІДу.

### Особенности гормонального баланса и сексуального здоровья у ВИЧ-инфицированных женщин с хроническими воспалительными заболеваниями половых органов В.В. Подольский, З.Б. Хоминская, А.В. Волошин

В работе проведено гормональное исследование и анонимное анкетирование 120 ВИЧ-инфицированных женщин (основная группа) репродуктивного возраста с хроническими воспалительными заболеваниями половых органов (ХВЗПО). В контрольную группу вошли 30 здоровых женщин репродуктивного возраста. Группу сравнения составили 240 женщин, не инфицированных вирусом СПИДа. Доказана необходимость своевременной профилактики и лечения нарушений гормонального и сексуального здоровья как неотъемлемой части эффективных мер по предупреждению ВИЧ-инфицированных у контингента женщин фертильного возраста с ХВЗПО.

**Ключевые слова:** гормональный статус, сексуальное здоровье, хронические воспалительные заболевания половых органов, репродуктивный возраст, ВИЧ-инфицированные женщины.

### Particularly hormonal balance and sexual health in HIV-infected women with chronic inflammatory diseases of the genital organs V.V. Podolsky, Z.B. Hominskaya, A.V. Voloshin

This paper contains hormonal examination and anonymous survey of 120 HIV-infected women (basic group) of reproductive age with chronic inflammatory genitalia diseases. The control group included 30 healthy women of reproductive age. The comparison group contained 240 AIDS-negative women. The necessity of timely prevention and treatment of hormonal and sexual disorders as an integral part of effective measures for prevention of HIV transmission to women of reproductive age with chronic inflammatory genitalia diseases was proved.

**Key words:** hormonal state, sexual health, chronic inflammatory genitalia diseases, reproductive age, HIV-infected women.

#### Сведения об авторах

**Подольский Василий Васильевич** – ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины», 04050, г. Киев, ул. Платона Майбороды, 8; тел.: (044) 447-57-99, E-mail: ipag@ukr.net

**Хоминская Зинаида Борисовна** – ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины», 04050, г. Киев, ул. Платона Майбороды, 8; тел.: (044) 483-16-59.

**Волошин Андрій Вікторович** – ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины», 04050, г. Киев, ул. Платона Майбороды, 8; тел.: (063) 292-15-72.

#### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Жилка Н.Я. Удосконалення організації амбулаторної акушерсько-гінекологічної служби в Україні / Н.Я. Жилка // Асоціація акушерів-гінекологів України: Збірник наукових праць. – К.: Фенікс, 2003. – С. 3–9.
2. Каденко О.А. Первичная сексуально-эротическая дезадаптация как причина внебрачных связей / О.А. Каденко // Международный медицинский журнал. – 2006. – № 3. – С. 31–33.
3. Каменева Н.М. Особливості патогенезу аменореї у жінок, хворих на наркоманію / Н.М. Каменева, Я.С. Яким // Вопросы наркомании. – 1997. – № 4. – С. 72–73.
4. Кришталь В.В. Нарушение сексуального здоровья и психосоматические отношения / В.В. Кришталь, М.В. Маркова // Doctor. – 2002. – № 6. – С. 25–27.
5. Марциновская В.А. Эпидемиологические особенности ВИЧ-инфекции у женщин репродуктивного возраста в Украине / В.А. Марциновская // Репродуктивное здоровье женщины. – 2005. – № 4 (24). – С. 33–37.
6. Москаленко В.Д. Наркотики и беременность / В.Д. Москаленко // Вопросы наркомании. – 1991. – № 1. – С. 39–41.
7. Подольский В.В. Состояние сексуального здоровья у женщин с хроническими воспалительными заболеваниями половых органов / В.В. Подольский, В.Л. Дронова, З.М. Латышева // Здоровье женщины. – № 3 (11). – 2002. – С. 72–76.
8. Подольский В.В., Особливості репродуктивного здоров'я жінок груп ризику та ВІЛ-інфікованих жінок фертильного віку / В.В. Подольський, В.Л. Дронова, В.В. Тетерін, О.В. Луценко // В кн.: «Четвертий конгрес з білетики з міжнародною участю». – 20–23.10.2010. – С. 178–179.
9. Щербінська А.М. ВІЛ-інфекція: медичні аспекти подолання епідемії ВІЛ/СНІДу в Україні / А.М. Щербінська, Г.П. Коломієць, Я.С. Зялюк // Журнал практичного лікаря. – 2006. – № 4. – С. 2–6.
10. Dashe J.S. Opioid detoxification in pregnancy / J.S. Dashe, G.L. Jackson // Obstet a Gynecol. – 1998. – Vol. 92, № 5. – P. 854–858.
11. Erickson T.B. Analysis of chronotoxicology in an urban ED / T.B. Erickson, J. Lee, J.K. Zauteteke // Amer. J. of Emerg. Med. – 1998. – Vol. 16, № 6. – P. 568–571.
12. Jantsen K. Types of abuse and cocaine use in pregnant women / K. Jantsen, S.A. Ball, J.M. Leventhal // J. of Subst. Abuse Treat. – 1998. – Vol. 15, № 4. – P. 319–323.

Статья поступила в редакцию 26.02.2013