

Сексуальная и психологическая дисфункция у супружеских пар при некоторых эндокринных и воспалительных заболеваниях половой сферы и их коррекция

П.Н. Веропотвелян¹, Т.Т. Нарытник², Н.П. Веропотвелян¹, И.В. Гужевская², О.М. Кравцова¹

¹ОКУ «Межобластной центр медицинской генетики и пренатальной диагностики» г. Кривой Рог

²Национальный медицинский университет им. А.А. Богомольца, г. Киев

Проведенный обзор литературы и собственные исследования свидетельствуют, что у пациенток с хроническим эндометритом и нарушением спермограммы у их партнеров сравнительно часто (61,7%) наблюдалось нарушение сексуальной функции.

При эндокринной патологии (синдроме поликистоза яичников с гипоталамической недостаточностью яичников с гиперпролактинемией) сексуальная дисфункция зарегистрирована в пределах 77,7–88,5%. При этом патогенезе на сексуальную функцию в первую очередь влияет фон нейрогуморальных психологических изменений и нарушение межличностных отношений в браке.

Применение Трибестана в комплексе с антимикробными средствами более эффективно в лечении воспалительных процессов матки, что обеспечивает клиническое выздоровление пациенток и позволяет нормализовать функциональное состояние вегетативной нервной системы. Терапия, проведенная в комплексе с Трибестаном, дает возможность достоверно улучшить кардинальные факторы сексуального здоровья у 77% пациенток второй группы по сравнению с 39,7% пациенток первой. У партнеров улучшилась спермограмма на 67,7% во второй группе, а в первой – на 31,7%. Достижение такого результата эффективности способствует повышению качества жизни у пациенток детородного возраста и их партнеров.

Ключевые слова: хронический эндометрит (ХЭ), поликистоз яичников, уретропростатит, препарат Трибестан.

Сексуальное здоровье – это счастье женщины при взаимной любви партнера.

Великий французский писатель Стендаль сказал: «Любить – значит испытать наслаждение, когда ты видишь, осознаешь, ощущаешь... которое ты любишь и которое любит тебя».

Исследования сексуального здоровья женщины являются весьма актуальными, поскольку сексуальная дисфункция – распространенный фактор, приводящий к снижению работоспособности и ухудшению качества жизни. Сексуальная близость является неотъемлемой частью жизни и это тесно связано с эмоциональным и физическим благополучием. Сексуальная дисфункция охватывает широкий спектр вопросов в психологической, физической, межличностных и физиологических сферах.

Б. Сэдк приводит шесть основных категорий сексуальной дисфункции:

- 1) расстройства сексуальных желаний;
- 2) расстройства сексуальной активации;
- 3) расстройства оргазма;
- 4) сексуальные болевые расстройства;
- 5) сексуальные расстройства, нигде более не классифицируемые;



б) другие сексуальные расстройства, резидуальная категория для смешанных групп расстройств, которые не были классифицированы ни в одной из перечисленных выше рубрик.

Как известно, сексуальная дисфункция возникает на фоне сердечно-сосудистых, почечных, эндокринных, неврологических, гинекологических заболеваний, а также алкоголизма, курения, наркомании и других.

Чаще всего у пациенток детородного возраста возникает сексуальная дисфункция на фоне воспалительных заболеваний внутренних половых органов.

Изучение и лечение данной патологии имеют множество важных аспектов.

Нарушенное сексуальное здоровье следует рассматривать как заболевание, требующие от врача изучения причинных факторов. Всеобщая информированность о необходимости такого подхода отмечается относительно недавно.

Основная цель терапии сексуального здоровья состоит в устранении причин или в конечном счете в предотвращении развития более серьезных заболеваний.

У партнера нарушения сексуальной функции также может возникать на фоне соматической и эндокринной патологии, алкоголизма, курения, наркомании. При данной патологии происходит нарушение в эндокринной системе, потери структуры и функции клеток, среди которых ключевую роль играет дисбаланс половых гормонов.

Данная патология вызывает нарушение рецепторного аппарата у мужчин, который обеспечивает эрекцию. Снижающаяся потенция становится трагедией для многих вполне молодых мужчин. Отношение женщины к сексу и ее готовность ответить на призыв своего партнера зависит от многих факторов, в первую очередь от состояния ее здоровья.

Нарушение отношений супружеских пар, бесплодие и, нередко, связанные с ним сексуальные расстройства подрывают прочность брака и могут стать причиной развода.

Кроме этого, независимо от демографических и социальных условий невозможность иметь своего ребенка является тяжелым психотравмирующим испытанием для каждого пациента.

Я. Жерновая (2006) обследовала 263 супружеские пары, среди которых основную группу составляли 243 супруга, у жен которых диагностировали эндокринное бесплодие и различные расстройства менструальной, сексуальной функции и супружескую дисгармонию. Контрольную группу составили 20 супружеских пар с нормальным репродуктивным и сексуальным здоровьем. Возраст исследуемых пациенток колебался от 19 до 35 лет.

Основываясь на классификации ВОЗ (1986), пациенты с эндокринным бесплодием были распределены на 3 клинические группы. В первую группу вошли 35 пациенток с гипофизарной недостаточностью яичников, вторую группу составляли 124 пациентки с синдромом поликистозных яичников (СПКЯ) только овариального генеза. Третья группа включала 84 женщины с гиперпролактинемическим гипогонадизмом.

Исследования показали, что для женщин с эндокринным бесплодием характерна ретардация и дисгармоничное половое развитие.

Кроме того, при эндокринном бесплодии у жен страдают сексуальное здоровье супружеской пары и супружеская адаптация, поэтому систему коррекции желательно проводить как при нарушении репродуктивной, так и супружеской дезадаптации.

М. Жуликова (2006) изучала сексуальное здоровье у 124 бесплодных пациенток с СПКЯ, которые составили основную группу. Вторая группа сравнения состояла из 20 женщин с нормальным репродуктивным и сексуальным здоровьем. Автор показала в своих исследованиях, что важную роль играют наследственность и экологические факторы в генезе СПКЯ. Так, установлено, что в семьях пациенток происходит накопление нарушений не только менструальной, но и репродуктивной функции. Такие расстройства они наблюдали в 44 семьях наших пациенток, что составило 34,4%. К тому же у 28% или 20,85% женщин отмечено объединение нескольких факторов, а перинатальный анамнез был неблагоприятным у 8,1±1,4% женщин.

Исследование показало, что у 53,4% женщин и 50,4% мужчин наблюдался низкий уровень самооценки и значительное расхождение с идеальным образом «Я».

Коэффициент корреляции был в пределах 0,2–0,3, при норме его 0,45–0,5, что свидетельствовало о психологической неприспособленности и о невротической структуре личности.

В результате психологических исследований удалось установить, что бесплодие жен и сексуальная дисгармония отрицательно влияли на прочность отношений супругов: 44 (34,4%) женщины и 86 (67,1%) мужчин думали о разводе и намеревались это сделать. Однако у трети супружеских пар бесплодие не только не ослабило прочность брака, но даже стала фактором сплочения семьи.

Итак, СПКЯ приводит к расстройствам сексуального здоровья и психосоциальной дезадаптации супружеских пар. Представляют интерес исследования О. Ромащенко и соавторов (2012) – сексуальное здоровье женщин элегантного возраста. Авторы отмечают, что в соответствии с результатами анализа анкетирования пациенток, вступивших в состояние качественной возрастной перестройки, данный возрастной период воспринимается как состояние зрелости и важности реализации осмысленных желаний. Потому именно этот возраст уже традиционно в сексологии называют элегантным.

L. Smith и соавторы (2007) считают, что сексуальная активность – важный критерий качества жизни для каждого человека, однако переоценка составляющих данного компонента происходит в течение всей жизни и предопределена широким спектром объективных и, особенно, субъективных факторов, в значительной мере изменяющихся с возрастом.

Masters and Johnson's sexual response model

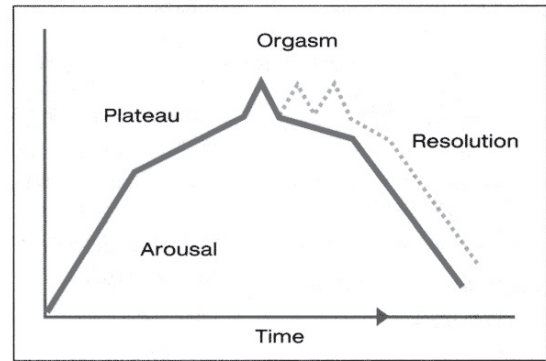


Рис. 1. Мастерс и Джонсон описывает модель возбуждения цикла у женщины, состоящую из четырех этапов: возбуждение, плато, оргазм и разрешение [23]

Basson's model of the female sexual response cycle

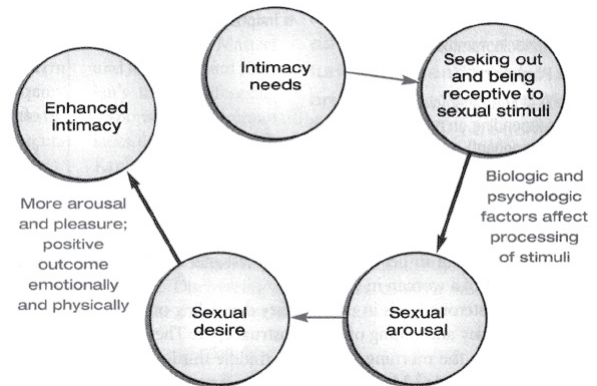


Рис. 2. Модель Basson женской сексуальной реакции сочетает в себе элементы Мастера и модели Джонсона (возбуждение, плато, оргазм, разрешение) и модель Каплана (желание, возбуждение и оргазм), а также включение желания близости и важности эмоциональных потребностей [23]

A. Nicolosi и другие (2004) приводят данные, что за последние годы прослеживается изменение демографической ситуации в мире в сторону увеличения числа женщин старшего возраста (количество женщин старше 60 лет увеличилось на 15%, каждая вторая старше 45 лет, 70% – пересекают рубеж менопаузы и 55% достигают возраста 75 лет).

A. Schwenkhagen и другие авторы научных исследований последних лет приводят данные о том, что женщины перименопаузального возраста отмечают повышенную сексуальную раскрепощенность, которая объясняется достижением определенного социального положения в обществе, отсутствием страха нежелательной беременности в силу физиологических особенностей, переоценки жизненных ценностей.

О. Ромащенко, И. Горпинченко, С. Мельников (2006) отмечают, что 32,4% женщин после 60 лет и 18,7% – после 70 лет связывают реализацию сексуальных переживаний с утверждением жизненного потенциала.

По данным Американского Национального Совета по Старению 60% из 1000 мужчин и женщин в возрасте старше 50 лет были удовлетворены своей сексуальной жизнью. При этом 61% респондентов отмечали, что их сексуальные отношения были более эмоционально насыщенными, чем в молодом возрасте, в то же время 70% – имели сексуальный контакт по крайней мере один раз в неделю.

К тому же, большинство мужчин и женщин более зрелого возраста вместе с положительными изменениями общественно-го мнения и терпимостью общества относительно сексуальной раскованности человека, независимо от возраста, хотели бы получить компетентную сексологическую помощь. Это, вероятно, является современной особенностью сексуальных отношений в цивилизованном мире, продолжением сексуальной революции начала 60-х годов прошлого столетия. Не случайно, обсуждение вопросов сексуального здоровья женщин в различные возрастные периоды находится в эпицентре исследований и дискуссий, научных программ сексуальной медицины, а ученые всего мира рассматривают данные проблемы под различным углом зрения, учитывая их многомерность.

По данным публикаций, можно утверждать, что соотношение возраста и активной жизненной позиции непосредственно зависит от потенциала внутренних возможностей и совпадения гармонии во взаимодействии с окружающим миром.

Но в то же время, по мнению R. Nappi и других (2005), для женщин менопауза, которая в среднем начинается в 50-летнем возрасте, представляется явным маркером старения. И потому в период менопаузы отмечаются изменения в поведении женщины, сопряженные с отмеченными выше психоэмоциональными, вегетососудистыми и нейроэндокринными преобразованиями.

О. Ромащенко и соавторы проводили обследование 42 пациенток в возрасте от 46 до 58 лет в состоянии физиологической (20 обследованных – первая группа) и хирургической (22 пациентки после надвлагалищной ампутации матки с придатками по поводу лейомиомы матки – вторая группа).

Продолжительность менопаузы у пациенток первой группы была от 2 до 9 лет, второй – от 2 до 10 лет.

Все женщины получали препарат Трибестан по 2 таблетки (каждая по 250 мг) 3 раза в день в течение всего периода наблюдения (3 мес). Ни одна из обследованных пациенток не получала гормонального лечения в течение не менее 6 мес до начала исследования.

Авторы отмечают, что менопауза – один из наиболее убедительных доказательных моментов, подтверждающих наличие прямой связи между изменениями концентрации половых гормонов, частотой и степенью возрастных нарушений, непосредственно воздействующих на состояние сексуального здоровья женщины.

Причем, наиболее частыми сексологическими жалобами у обследованных пациенток менопаузального возраста являются:

- а) недостаточное или сниженное сексуальное желание;
- б) физические или психологические трудности при формировании сексуального возбуждения;
- в) затруднения при достижении оргазма;
- г) снижение либидо на фоне атрофических изменений уrogenитального тракта;
- д) дискомфорт и болевые ощущения непосредственно при половом соитии;
- е) дискомфорт при общении с половым партнером.

В дополнении к этим проблемам женщины высказывают сожаление об изменении формы, размеров, эластичности их тела по сравнению с его характеристиками в прошлом.

В результате проведенных исследований установлено, что Трибестан оказывает положительное системное воздействие на различные параметры функционального состояния в период возрастных изменений, что в значительной мере определяет степень сохранения сексуального здоровья женщин данной возрастной группы. Достижение такого результата, несомненно, способствует повышению качества жизни женщины элегантного возраста.

W. Masters, V. Jonuson (1970) разработали линейную, 4-ступенчатую модель сексуальной реакции, которая включала фазы возбуждения, плато, оргазм и разрешение.

Г. Каплан предложил в 1979 году модель, в которую было введено понятие «желание» как первый этап нормального полового цикла ответ. Затем различными исследователями был разработан ряд других моделей сексуальной реакции.

Так «золотым стандартом» для практического врача является руководство А. Возианова, И. Горпинченко «Клиническая сексология и андрология» (1996).

По мнению И. Горпинченко, Л. Имшинецкой (2001), самым эффективным признана заместительная гормональная терапия для лечения состояний при заболеваниях с дефицитом тестостерона. Однако часто отмечаются случаи, когда терапия гормонами проведена, а эффект от этого слабый или кратковременный.

Л. Имшинецкая (2006) сообщает, что в литературе описаны случаи, когда после лечения препаратами тестостерона, по разным причинам, требовалась дальнейшая коррекция возникающих при этом побочных эффектов.

Известно, что заместительная гормонотерапия, к сожалению, не может «плавно» корректировать гомеостаз половых гормонов, а колебания последних усугубляет дисбаланс и не способствуют стабилизации положительных эффектов.

И. Горпинченко и соавторы (2010) [17] обследовали 96 мужчин (основная группа) в возрасте от 24 до 46 лет (в среднем 29,5 года) с признаками хронического уретропростатита. Длительность заболевания в среднем составила $3,5 \pm 0,7$ года.

Верификацию заболевания и его осложнений проводили согласно рекомендациям ВОЗ и Института урологии НАМН Украины.

Контрольную группу составляли студенты-добровольцы ($n=11$), являющиеся практически здоровыми. На протяжении 90 сут исследуемые принимали Трибестан по 1 таблетке 3 раза в сутки после еды.

Авторы отмечают положительный эффект экстракта якорцов стелющихся (ЭЯ) (Трибестан) при лечении воспалительных заболеваний уrogenитального тракта у мужчин обусловлен стимуляцией общего и местного гормонального гомеостаза, что способствует более эффективной эрадикации различной неспецифической флоры половых путей.

Терапия олигозооспермии I–II степени у мужчин с экскреторно-токсическим бесплодием заключается в улучшении трофической функции половых органов (яички, предстательная железа).

Использование растительного индуктора эндогенного тестостерона – ЭЯ (Трибестан) дает возможность достоверного улучшения кардинальных показателей спермограммы (увеличение количества сперматозоидов в 1 мл на 58,4%, (увеличение морфологически нормальных форм сперматозоидов на 47,9%).

Целью исследования явилось изучение социально-клинических факторов нарушения сексуальной функции у женщин с хроническим эндометритом (ХЭ) и сравнительная оценка эффективности препарата Трибестан и безопасности лечения в комплексной терапии.

Tribestan – оригинальный болгарский препарат, произведенный компанией Sopharma. Активные составляющие – стероид сапонина типа фураностанол, выделенный из растения *Tribulus Terrestris L.* Лекарство было стандартизировано на основе главного составляющего протодиосцина (не менее 45 % от общего количества).

ХЭ достаточно часто характеризуются преобладанием дистрофических и сосудистых изменений над чисто воспалительными. К процессу присоединяется и периферическая нервная система. Стойкий патологический очаг в половых органах, который формируется при определенных условиях, в разной степени дезорганизует интегративные процессы мозга, которые влияют на функциональное состояние ряда звеньев репродуктивной системы, втягивая в процесс соматотропные и половые функции. Изучение социально-клинических вопросов половой жизни имеет практическое значение,

потому что сексуальные расстройства нередко являются одной из главных и существенных причин распада семьи и несчастных браков [20].

Социально-клинические аспекты сексуальных дисгармоний при ХЭ изучают с целью выбора оптимальных подходов и направлений гармонизации внутрисемейных межличностных отношений. Использовали комплексную характеристику состояния сексуальных проявлений у 97 женщин с ХЭ. Применяли методику опроса, которая включала медико-демографическую и социально-психологическую характеристики изучаемого контингента, а также вопросы, которые касаются разных аспектов взаимоотношений с половыми партнерами и характеризуют состояние специфических функций женского организма. Полученные сведения были дополнены скопированной информацией из медицинской документации. Женщины, у которых выявлено постоянное отсутствие сексуального влечения, диспареунию и негативные отношения к половому акту, прошли специальное обследование у сексопатолога. В процессе исследования были выделены две клинические группы женщин: первая – 66 (68,%) женщин с ХЭ, вторая – 31 (31,9%) женщина с ХЭ и нарушениями менструального цикла (МЦ). Возраст обследованных варьировал от 18 до 42 лет. Установлено, что 61,3% женщин с ХЭ имели разные нарушения сексуальной функции.

Средний возраст менархе составил $14,8 \pm 0,08$ года. У 50% обследованных либидо появилось до 25 лет, у 34% – этого ощущения не было совсем и 16% женщин не могли дать определенного ответа.

Отмечено, что ретардация либидо или его отсутствие чаще всего встречаются у женщин с поздним наступлением и установлением менструаций, опсо- и олигоменореей, а также аменореей.

Все обследованные находились в браке, из них в первом – 72%, в повторном – 28%. До замужества имели половые связи 24,4%, после вступления в брак – случайные связи имели 5,6% обследованных. Женились по взаимной любви 81,2% опрошенных, по жизненным соображениям – 14%, по настойчивости будущего мужа – 4,6%. Обращал внимание несколько повышенный уровень невротизации у женщин, которые имели добрые сексуальные отношения. Такие женщины отличались большой комфортностью и в большей степени поддавались групповому влиянию, влиянию друзей по сравнению с женщинами, которые не имели доброго сексуального опыта. Анализ исследования показал, что чаще (в 36%) полная фригидность, преимущественно ретардационная и конституциональная, наблюдалась у женщин второй группы. У обследованных первой группы она составляла 18% и в большинстве случаев имела симптоматический и психогенный характер. Аналогичная картина наблюдалась при аноргазмии и отсутствии либидо (соответственно по группам у 27% и 33% женщин).

Отсутствие либидо при наличии оргазма было приблизительно одинаковым (около 15%) у женщин первой и второй групп. В то же время женщины последней группы значительно чаще отмечали болезненный коитус (12%) по сравнению с обследованными второй (5%) группы. Полная гармония половой жизни отмечена у 39,7% опрошенных. Разной была половая активность: ежедневные половые акты отмечали 13,8%, еженедельные – 48,4%, один-два раза в месяц – 38,6%. Как отмечали многие пациентки (32%), спиртные напитки обычно были средством, которое облегчало коммуникативное общение и социальные контакты, а также снижало проявления тревоги, неприятных ощущений и фрустрации, что согласуется с отдельными данными литературы [21]. На этом фоне у 24% пациенток проявились отдельные сексуальные девиации. Фактором риска возникновения расстройств сексуального поведения и влечения могут быть экстравертность, дефекты воспитания, неблагоприятный семейный микроклимат, неправильное формирование самооценки личности, акцентуации, психопатические черты характера, невротизм [20].

Среди обследованных была выявлена достаточно однотипная группа больных с постоянной алибидимией и стойким негативным отношением к половому акту. У многих из них отмечались очень редкие спорадические оргазмы (реже при коитусе, чаще экстракоитальные во сне, при мастурбации), но они обычно не сопровождалась эмоциональным компонентом. Половых извращений не выявлено, зато треть пациенток слегка эротизировалась изображением голых женщин, причем у большинства из них практически отсутствовали такие черты женственности, как кокетство, артистичность. В анамнезе у всех женщин отмечался редуцированный период эротического либидо, но вскоре после начала регулярной половой жизни (18–20 лет) оно практически исчезло. Это часто сочеталось с беременностью и родами, которые, за редким исключением, протекали без осложнений.

Мужчины пациенток, как правило, были достаточно информированы в вопросах сексуального воспитания, имели нормальную потенцию, но нередко отличались мягким характером, невыраженностью либидонозного напора. Отношения супругов более часто были полностью удовлетворительными, конфликты возникали в основном на сексуальной почве. В связи с этим во многих семьях появилась угроза распада, которую женщины очень хотели сохранить. Последнее было основной причиной обращения к сексопатологу.

Большее половины женщин с разными нарушениями сексуальных функций отмечали, что ряд внешних условий реализации сексуальных отношений – фрустрации, абстиненции, неадекватная контрацепция, «отдельная постель» и тому подобное – сами по себе имели патогенное значение в формировании сексуальных расстройств.

Обследованных женщин проинформировали о наличии 11 условий, необходимых для счастливой семейной жизни, а именно: «главное, как избавиться от гинекологической патологии», а затем – отдельная квартира, дети, материальный достаток, взаимопонимание между супругами, любовь, сексуальная гармония в браке, психическая уравновешенность и тому подобное, а потом предлагали выбрать три самые главные. Любовь как условие семейного счастья женщины поставили лишь на четвертое место, отдельную квартиру – на пятое, детей – на шестое, психическую уравновешенность супругов – на седьмое. Первые же четыре места распределились так: первое место занимало гинекологическое здоровье, второе – взаимопонимание, третье – материальный достаток, четвертое – сексуальная гармония супругов.

Сексуальные отношения в семье в результате сверхобычной интимности, неформальности требуют от супругов особенно высокой способности к эмпатии, правильной оценки себя и партнера относительно общения и других коммуникативных качеств. Эти и другие рекомендации индивидуально давали каждой пациентке.

Лечение ХЭ с нарушенной сексуальной функцией – непростая задача. В современных условиях ХЭ характеризуется рядом особенностей: изменением этиологических факторов с увеличением значимости вирусной и условно-патогенной микрофлоры, ростом резистентности условно-патогенных микроорганизмов к фармакотерапии. Антибактериальная терапия ХЭ была оценена наиболее полно в исследовании Pelvis Inflammatory Evaluation and Clinical Health (PEACH, 2002), которое показало, что в хронической стадии эндометрита используют антибактериальные средства без включения препарата Трибестан.

Под нашим наблюдением находились 97 пациенток с ХЭ и нарушенной сексуальной функцией. Возраст женщин колебался от 19 до 42 лет. Всем пациенткам, кроме традиционного общеклинического, ультразвукового обследования, кольпоскопии проводили иммунологические и специальные лабораторные исследования.

Микробиологическое обследование пациенток состояло из изучения микробиоценоза влагалища. Проводили микроскопию

мазков из мочеиспускательного канала, канала шейки матки и влагалища, окрашенных по методу Романовского–Гимзы и по Грамму, бактериологические посевы из канала шейки матки и эндометрия, а также молекулярно-биологические исследования ДНК генитальных инфекций методом ПЦР.

Иммунологическое обследование проводили до лечения препаратом Трибестан, которое состояло в анализе иммунологического статуса (определение содержания основных субпопуляций лимфоцитов, антител IgG и IgM к HPV, ЦМВ, фагоцитарной активности нейтрофильных гранулоцитов). Клеточное звено иммунитета оценивали по относительному и абсолютному содержанию лейкоцитов, лимфоцитов, субпопуляций Т-лимфоцитов (CD3+, CD4+), количеству естественных киллеров (CD16+ или NK-клеток), иммунорегуляторному индексу (соотношение CD+/CD+), количеству β-лимфоцитов (CD 20+).

В основном пациентки жаловались на тупую и ноющую боль и тяжесть в нижних отделах живота. Приведенные выше симптомы усиливались при охлаждении, интеркуррентных заболеваниях, особенно перед или во время менструации. У некоторых пациенток боль была связана не с ХЭ, а с неврозом, который доминировал при длительном течении с воспалительными изменениями матки и особенно при рецидивах заболевания.

Данные анамнеза свидетельствуют, что у 87,7% пациенток отмечалась высокая частота перенесенных ранее гинекологических заболеваний: заболевание шейки матки – 17,7%, кольпиты – 37,7%. В прошлом гонорее и трихомониазом перенесли 11,7%, а также 20,6% женщин лечились по поводу заболевания мочевых путей (острый и хронический цистит, хронический пиелонефрит).

Проведенное бактериологическое исследование у пациенток с ХЭ выявило наличие полимикробной инфекции у 41 (42,2%), микоплазмы – у 33 (34%), у 26 (26,8%) – обнаружили микоплазму в сочетании с уреоплазмами, хламидиями, кандидами, клебсиеллой, кишечной палочкой, мобилункусом, гарднерелами и др., а также персистенцию вируса простого герпеса у 18 (18,5%) пациенток, ЦМВ – у 12 (12,3%).

Результаты проведенного исследования свидетельствуют, что показатели клеточного иммунитета у всех обследованных женщин достоверно отличались от нормативных значений ($p < 0,05$) и указывали на наличие выраженного дисбаланса иммунокомпетентных субпопуляций лимфоцитов с развитием вторичной иммунологической недостаточности Т-клеточного звена иммунитета.

Фагоцитарная активность нейтрофильных гранулоцитов периферической крови исходно была снижена у 77 (79,3%) женщин. При этом отмечалось снижение показателей активности нейтрофильных гранулоцитов и гиперактивация биоцидного потенциала фагоцитов, о чем свидетельствовало повышение НСТ-теста, наши результаты согласуются с исследованиями И. Манухина [18].

На основании оценки клинических данных и состояния иммунного статуса пациенткам назначали комплексную терапию. У всех пациенток получено информированное согласие на проведение исследования и комплексного лечения. 97 пациенток были разделены на 2 группы. Первая группа состояла из 48 женщин, которым назначали антибиотики широкого спектра действия (фторхинолоны, цефалоспорины III поколения, макролиды) в сочетании с нитронидазолами; противовирусные и антимикотические препараты.

Во вторую группу вошли 49 пациенток, получивших препарат Трибестан в комплексном лечении так же, как и пациентки первой группы. Все пациентки второй группы получали лечение в течение 6 мес (период наблюдения) по следующей методике: первые 3 мес по 2 таблетки (каждая по 250 мг) 3 раза в день.

Затем следующие 3 мес: первый месяц по 2 таблетки – 2 раза в день; второй месяц по 2 таблетки – 3 раза в день, третий ме-

сяц по 2 таблетки – 2 раза в день до 15-го дня МЦ, а с 16-го дня цикла по 2 таблетки – 3 раза в день по 22-й день МЦ и с 23-го дня МЦ по 2 таблетки – 2 раза в день. Партнеры второй группы получали такую же терапию, как их женщины, по следующей схеме: 3 мес по 1 таблетке – 3 раза в день; следующие 3 мес по 2 таблетки – 3 раза в день,

Нами был проведен анализ исследования у 97 больных с ХЭ. Первая группа состояла из 48 женщин, которые получали этиотропную противовоспалительную терапию. Во вторую группу вошли 49 пациенток, которые наряду с комплексной терапией, как и женщины первой группы, получали Трибестан по разработанной нами методике. Оценку эффективности терапии обеих групп проводили после окончания курса лечения 6 мес.

Характерным для больных ХЭ явилось наличие стойкого болевого синдрома, выраженных эмоционально-невротических расстройств ипохондрического характера, определенная сезонность (в осенне-зимний период) обострений, нарушение репродуктивной функции.

При применении Трибестана отмечены достоверно значимые ($p < 0,05$) положительные изменения иммунного статуса. На фоне комплексной терапии, включающей Трибестан, активность НК-клеток, моноцитов и гранулоцитов снизилась на 17,7%, при этом у 79,7% пациенток отмечалась нормализация данного показателя.

В первой группе пациенток снижение CD16+ составило 12,7%, а в 24% наблюдений сохранялась гиперактивность данного звена. В этой группе женщины значительное улучшение всех параметров отмечено у 36 пациенток из 48, что составляет 75%.

Во второй группе на фоне лечения эффективность Трибестана в комплексной терапии отмечена у 46 пациенток из 49 (93,8% наблюдений).

Следовательно, Трибестан обладает иммунорегулирующим влиянием, что способствует быстрой ликвидации нарушений и иммуно-биологической реактивности организма и нормализации воспалительного процесса при ХЭ.

В результате проведенного лечения тазовая боль купировалась у 98,7% пациенток во второй группе, а в первой группе – у 77,7% пациенток.

ВЫВОДЫ

Результаты проведенных комплексных исследований свидетельствуют, что у женщин с ХЭ сравнительно часто (61,7%) наблюдаются нарушения сексуальных функций. При этом патогенное влияние ХЭ на сексуальную функцию проявляется в первую очередь на фоне нейрогуморальных и психологических изменений и при нарушении межличностных отношений в браке. Снизить частоту сексуальной дисгармонии можно путем повышения сексуальной культуры, лечения ХЭ, а также с помощью широкого применения всех средств массовой информации о возможности предотвращения и устранения сексуальной дисгармонии при своевременном обращении к врачам сексопатологам и акушерам-гинекологам.

Применение Трибестана в комплексе с антимикробными средствами более эффективно в лечении воспалительных процессов матки, которые обеспечивают клиническое выздоровление пациенток и позволяет нормализацию функционального состояния вегетативной нервной системы. Терапия, проведенная в комплексе с Трибестаном, дает возможность достоверно улучшить кардинальные факторы сексуального здоровья у 77% пациенток второй группы по сравнению с 39,7% пациенток первой. У партнеров, как отмечалось ранее, проходивших лечение у врача-сексопатолога, улучшилась спермограмма на 67,7% во второй группе, а в первой – на 31,7%. Достижение такого результата эффективности способствует повышению качества жизни у пациенток детородного возраста.

Сексуальна та психологічна дисфункція у подружніх пар при деяких ендокринних запальних захворюваннях статеві сфери та їхня корекція
П.Н. Веропотвелян, Т.Т. Наритнік, Н.П. Веропотвелян, І.В. Гужевська, О.М. Кравцова

Sexual and psychological dysfunction in couples in some endocrine inflammatory genital diseases and their correction
P.N. Veropotvelyan, T.T. Narytnik, N.P. Veropotvelyan, I.V. Guzhevskaya, O.M. Kravtsova

Проведений огляд літератури та власні дослідження свідчать, що у пацієнток з хронічним ендометритом і з порушеннями спермограми у їхніх партнерів порівняно часто (61,7%) спостерігалася порушення сексуальної функції.

У разі ендокринної патології (синдром полікістозу яєчників з гіпофізарною недостатністю яєчників з гіперпролактинемією) сексуальна дисфункція зареєстрована в межах 77,7–88,5%. При цьому патогенез на сексуальну функцію в першу чергу впливає фон нейрогормональних психологічних змін і порушення міжособистісних стосунків у шлюбі. Застосування Трібестану в комплексі з антимікробними засобами є більш ефективним у лікуванні запальних процесів матки, що забезпечує клінічне одужання пацієнток і дозволяє нормалізувати функціональний стан вегетативної нервової системи. Терапія, проведена в комплексі з Трібестаном, дає можливість достовірно поліпшити кардинальні фактори сексуального здоров'я. У 77% пацієнток другої групи в порівнянні з 39,7% пацієнток першої. У партнерів покращилася спермограма на 67,7% у другій групі, і на 31,7% в першій. Досягнення такого результату ефективності сприяє підвищенню якості життя у пацієнток дітородного віку та їхніх партнерів.
Ключові слова: хронічний ендометрит (ХЕ), полікістоз яєчників, уретропростатит, препарат Трібестан.

A review of the literature and our own research suggests that patients with chronic endometritis relatively frequent violation and 61.7% of the partners sperm observed sexual dysfunction.

When endocrine diseases: polycystic ovarian syndrome with pituitary ovarian failure with hyperprolactinemia – registered sexual dysfunction ranging from 77.7% to 88.5%. At the same pathogenesis sexual function affects by psychological background neurohormonal changes and disruption of interpersonal relationships in marriage.

Application Tribestan in combination with antimicrobial agents more effective in treating inflammation of the uterus, which provide clinical improvement of patients and normalization function allows the state of the autonomic nervous system. Therapy held in conjunction with Tribestanom enables significant improvement in the cardinal factors of sexual health. In 77% of patients of the second group compared with 39.7% of patients first. Semen improved by 67.7% in the second group, and in the first it was –31.7%. Outcomes improves quality of patients in fertile age life and their partners.

Key words: chronic endometritis (CE), polycystic ovaries, uretroprostatitis, drug Tribestan.

Сведения об авторах

- Веропотвелян Пётр Николаевич** – ОКУ «Межобластной центр медицинской генетики и пренатальной диагностики», 50000, г. Кривой Рог, пл. Освобождения, 3а; тел.: (0564)92-36-09. E-mail: genetika@ukrpost.ua
Веропотвелян Николай Петрович – ОКУ «Межобластной центр медицинской генетики и пренатальной диагностики», 50000, г. Кривой Рог, пл. Освобождения, 3а; тел.: (0564)92-36-09. E-mail: genetika@ukrpost.ua
Наритник Татьяна Теодоровна – Национальный медицинский университет им. А.А. Богомольца, 03150, г. Киев, ул. Предславинская, 9, тел.: (050)547-33-66. E-mail: naritnikt@bigmir.net
Гужевская Ирина Витальевна – Национальный медицинский университет им. А.А. Богомольца, 03150, г. Киев, ул. Предславинская, 9, тел.: (050)394-95-50. E-mail: gujevskaja.i@ukr.net
Кравцова Ольга Михайловна – ОКУ «Межобластной центр медицинской генетики и пренатальной диагностики», 50000, г. Кривой Рог, пл. Освобождения, 3а; тел.: (0564) 92-37-93.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Тузиков И.А. Андрогенный дефицит у мужчин как междисциплинарная проблема // Медицинские аспекты здоровья мужчины. – 2013. – № 3. – С. 26–30.
2. Жерновая Я.С. Сексуальное здоровье супружеских пар с эндокринным бесплодием жены. Збірник наукових праць Асоціації акушерів-гінекологів України. – 2006. – С. 264–266.
3. Ромашенко О.В., Мельников С.Н., Билоговская В.В., Коваль С.Б., Яценко Л.Б.. Сексуальное здоровье как составляющая качества жизни женщин элегантного возраста // Здоровье женщины, № 9 (75). – 2012. – С. 36–41.
4. Smith L., Mulhall J., Devenci S., Monaghan N., Reid M. Sex after seventy: a pilot study of sexual function in older persons// J Sex Med. – 2007. – Vol. 4, № 5. – P. 1247–1253.
5. Nicolosi A., Laumann E., Glasser D., Moreira E., Paik A., Gingell C. Sexual behavior and sexual dysfunctions after age 40: The global study of sexual attitudes and behaviors // Urology. – 2004. – Vol. 64. – P. 991–7.
6. Schwenkhagen A. Hormonal changes in menopausal and implication sexual health. // J Sex Med. – 2007. – Vol. 4, № 3. – P. 220–6.
7. Romashchenko O., Gorpichenko I., Melnikov S. Estimation of the indices of the sexual health of women of the reproductive and menopausal age // J Sex Med. – 2006. – Suppl. 3, Vol. 3. – MP 04 116. – P. 214.
8. Treatment of hypoactive Sexual Desire Disorder in Premenopausal Women: Efficacy of Flibanserin in the DAISY Study. Throp J., Simon J Dattani D., Taylor I., Kimura T // J Sex Med. – 2012. – Vol. 9. – P. 793–804.
9. Moynihan R.. The making of a disease: female sexual dysfunction. BMJ 2003; 326: 45–7.
10. Nappi R., Salonia A., Traish A., Kodiglu A., Goldstein I. Clinical bio logic athophysiology of women's sexual dysfunction // J Sex Med. – 2005. – Vol. 2. – P. 4–25.
11. Жуликова М.О. Вивчення сексуального здоров'я подружніх пар при хворобі полікустозних яєчників. Збірник наукових праць Асоціації акушерів гінекологів України. – 2006. – С. 282–284.
12. Канаян Г.И., Сэдок Б.Дж.. Клиническая психиатрия. 2 т. – М.: Медицина. – 1998.
13. Masters W.H., Jahnson V.E. Human sexual inadequacy. Little Brown and Co., Boston – 1970.
14. Возианов О.Ф., Горпинченко И.И. Клиническая сексология и андрология. – К.: Здоровья. – 1996. – С. 400.
15. Горпинченко И.И., Имшинецкая Л.П. Гормонотерапия половых расстройств у мужчин и другие методы медикаментозного лечения. – К.: Комполис. – 2011. – С. 220.
16. Имшинецкая Л.П.. Опыт консервативного лечения гипогонадизма у детей и подростков мужского пола// Здоровье мужчины, 2006. – № 2 (17). – С. 225–229.
17. Рекомендации для практических врачей. Применение экстракта якорцов стелющихся (Трибестан) в терапии хронического простатита и мужского бесплодия. – К., 2010. – С. 1–16.
18. Веропотвелян П.М., Веропотвелян М.П., Олфір Е.Д., Кроча О.М. Соціально-клінічні фактори порушення сексуальної функції у жінок з хронічними запальними захворюваннями внутрішніх геніталій // Педіатрія, акушерство та гінекологія, 1996. – № 4. – С. 88–90.
19. Тимошенко Л.В., Коханевич Е.В., Травянюк Т.Д.. Практическая гинекология. – К.: Здоров'я, 1988.
20. Кришталь В.В. Системный подход к диагностике и коррекция нарушений сексуального здоровья: Тез. докл. I Всесоюз. конф. сексопатологов. – М.: Изд. Московского НИИ психиатрии МЗ РСФСР, 1986. – С. 7–8.
21. Боро М.П., Табачников С.И., Листяк А.А. О некоторых особенностях клиники и лечения сексуальных нарушений у женщин, больных хроническим алкоголизмом// Пути снижения материнской и перинатальной заболеваемости и смертности: Тез. докл. – Донецк: Радянська Донеччина, 1989. – С. 71–72.
22. Манухин И.Б., Колесов А.А., Семенов Н.А., Чабонян А.Г. Профилактика привычного невынашивания у пациенток с неразвивающейся беременностью на фоне хронического эндометрита // Акушерство и гинекология, 2013. – С. 76–80.

Статья поступила в редакцию 03.02.2014