

Реабілітація сексуального здоров'я жінок із хронічними запальними захворюваннями статевих органів хламідійної етіології

О.В. Ромащенко, В.В. Білоголовська, М.О. Щербак
ДУ «Інститут урології НАМН України», м.Київ

У статті в порівняльному аспекті представлено клініко-паклінічний аналіз ефективності реабілітації сексуальної функції у жінок з хронічними запальними захворюваннями статевих органів хламідійної етіології із долученням до такої терапії на другому етапі її проведення препарату з діючою речовиною *Tribulus terrestris*.

Установлено підвищення ефективності лікування жінок з хронічними запальними хворобами органів малого таза хламідійної етіології за умови оцінювання їх сексуальної функції та проведення реабілітаційної терапії на другому етапі лікування з включенням препарату Трібестан.

Ключові слова: хронічні запальні захворювання статевих органів хламідійної етіології, жіночі сексуальні дисфункції, протизапальна терапія, реабілітаційна терапія, Трібестан.

За визначенням ВООЗ – сексуальне здоров'я не лише відсутність хвороби, а стан соматичного, емоційного, інтелектуального та соціального благополуччя щодо сексуальності [2]. Розуміння визначення сексуального здоров'я поєднує шанобливе ставлення до сексуальності та статевих стосунків, можливості безпечно вести статеве життя із досягненням задоволення, відсутності примусу, дискримінації та насильства [3].

Стан сексуального здоров'я жінки з хронічними запальними захворюваннями органів малого таза (ХЗЗОМТ), в тому числі хламідійної етіології, заслуговує на особливу увагу як суттєва складова репродуктивного здоров'я жінки, що впливає не лише на показники фертильності, а й на якість життя в цілому.

ХЗЗОМТ посідають провідне місце в структурі гінекологічної патології (60–80%) та є однією з найбільш поширених причин звернення за спеціалізованою гінекологічною допомогою, однак лише у виключних випадках при зверненні жінок із зазначеною вище патологією враховується стан їхнього сексуального здоров'я [1]. Водночас, проведені нами попередньо дослідження дозволили переконавшись, що у більшості жінок на тлі розвитку запального захворювання з боку статевих органів формується спектр сексуальних дисфункцій, які потребують адекватної корекції [4].

Мета дослідження: вдосконалити реабілітаційні заходи при проведенні етапної протизапальної терапії щодо відновлення сексуальної функції у жінок з хронічними запальними захворюваннями статевих органів хламідійної етіології.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Проведено клініко-паклінічне обстеження 142 жінок із хронічними запальними захворюваннями статевих органів хламідійної етіології віком від 18 до 42 років (основна група), паралельно проводили аналогічне обстеження 50 клінічно здорових жінок, співставних за віком (контрольна група). Для порівняльного оцінювання результатів терапії жінок основної групи було розподілено на дві підгрупи, співставні за віком, які відрізнялись тим, що в I підгрупу ввійшли пацієнтки, які отримували традиційне етапне про-

тизапальне лікування, а в II підгрупу – пацієнтки, які, крім традиційного, отримували на другому етапі лікування препарат Трібестан з діючою речовиною *Tribulus terrestris*.

Як відомо, це препарат природного походження (стандартизований екстракт якрівців сланких), отриманих за оригінальною технологією із надземної частини рослини *Tribulus terrestris* L., має перелік позитивних ефектів, що проявляються при усуненні гінекологічних, соматичних та сексуальних порушень у жінок різного віку, в тому числі репродуктивного [5].

Даний фітопрепарат має як загальнозміцнювальну, так і протизапальну дію, спрямовану на покращання репродуктивної та сексуальної функції. Останнє зумовлено саме тим, що активними компонентами препарату є стероїдні сапоніни, представники фураностанолового типу, серед яких переважає протодіосцин.

Водночас, під впливом даного препарату через 1–2 міс від початку вживання посилюється протективна спроможність місцевого імунітету.

Зазначені вище характеристики даного фітопрепарату, на наш погляд, є перспективними щодо його використання на етапі проведення реабілітаційної терапії, спрямованої на відновлення репродуктивної та сексуальної функції у жінок з хронічними запальними захворюваннями статевих органів, в першу чергу *S. trachomatis* [5].

У нашому дослідженні ми проводили терапію з урахуванням стану хворих, особливостей клінічного перебігу захворювання, результатів етіологічної верифікації діагнозу, а також на всіх етапах спостереження. Традиційно складність терапії ХЗЗОМТ визначена широким спектром дії антибактеріальних препаратів. При тривалому використанні (10 та більше днів) вони призводять до розвитку порушень мікроекології слизової оболонки уrogenітального тракту: зниженню резистентності слизових оболонок та порушень місцевого імунітету, потенціюють виникнення ендогенної інфекції [6]. Відповідно призначення антибактеріальної терапії проводили на тлі препаратів протикандидозної дії (флуконазол), а на другому етапі лікування широко використовувались пробіотики – симбіформ, який призначався по 1 лікувальній дозі, розведеної з 100 мл теплої кип'яченої води, за 30 хв до їди 2 рази на добу per os протягом 10 днів.

Ураховували те, що традиційна протизапальна терапія з включенням антибіотиків широкого спектра дії не завжди пов'язана з досягненням повного позитивного клінічного, мікробіологічного, імунологічного та, особливо, реабілітаційного ефекту стосовно відновлення репродуктивної та сексуальної функції [6, 7].

Саме таку етапну терапію проводили жінкам як I, так і II підгрупи, однак обстеженим II підгрупи додатково в комплекс традиційного лікування задля розширення реабілітаційних заходів було включено препарат Трібестан, який призначали по 2 таблетки (кожна по 250 мг) 3 рази на день в період спостереження (3 міс).

При першому гінекологічному, сексологічному огляді та протягом подальшого спостереження всі жінки ретельно обстежувались відповідно до запланованої програми дослідження.

При виконанні комплексного обстеження для оцінювання показників сексуального здоров'я враховували рекомендації ВООЗ та Консенсусу, прийнятого в 2003 році в Парижі на Другому міжнародному семінарі з питань сексуальних дисфункцій чоловіків та жінок [8].

Жіночі сексуальні дисфункції (FSD) як нозологічна одиниця затверджено ВООЗ в 1999 році та поєднують порушення бажання (NHSD), сексуального збудження (FSAD), досягнення оргазму (OD), диспаревнію (Dyspareunia), посткоїтальний біль та вагінізм [9].

Обстеження жінок основної та контрольної груп проводили методом анкетування з використанням анкети McCoу та з урахуванням п'яти основних якісних показників (ступеня статевого потягу, збудження, лубрикації, досягнення оргазму, задоволення, сатисфакції, болю при статевих стосунках за 5-бальною шкалою), кількісних показників (з урахуванням частоти статевих стосунків на місяць). Водночас здійснювали ультразвуграфічне дослідження статевих органів з методом доплерографії судин зони клітора на ультразвуковій діагностичній системі експертного класу Xaria фірми «Toshiba» (Японія). При проведенні ультразвуграфічного дослідження з використанням методу доплерографії судин зони клітора нами вивчали такі показники доплерівського кровотоку: пікова (максимальна) систолічна швидкість кровотоку (V_{pscm}/c), індекс резистентності (IR), індекс пульсативності (IP), об'ємна швидкість кровотоку (V_{vo} 1 мл/хв) [10].

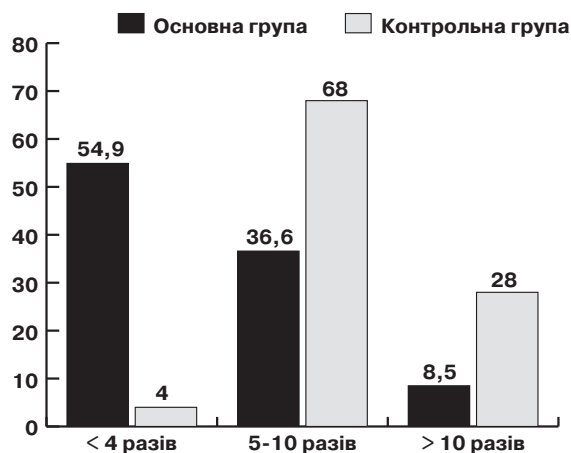
Оцінювання стану сексуального здоров'я обстежених жінок основної групи проводили протягом періоду спостереження (6 міс після лікування).

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

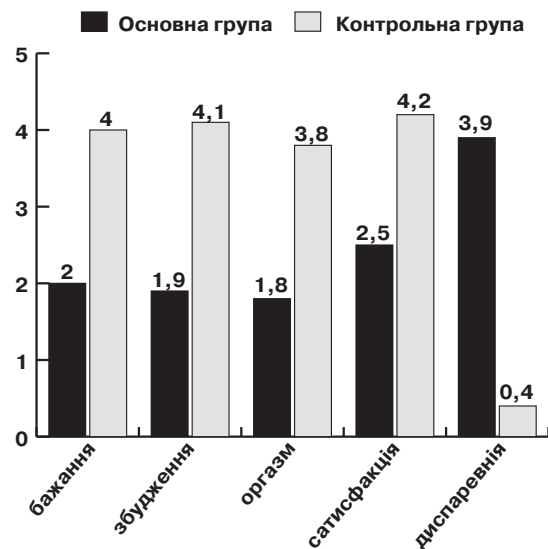
Установлено, що у жінок із ХЗЗОМТ хламідійної етіології частота інтимних стосунків була у 3,3 разу нижчою, ніж у жінок контрольної групи. Більшість з обстежених основної групи 130 (91,5%) на період першого обстеження відзначали частоту інтимних статевих актів до 5 разів на місяць, і лише 12 (8,5%) понад 10 разів на місяць. Саме ці показники свідчать про певну нерегулярність статевих стосунків у жінок основної групи у порівнянні з даними контролю. Так, у більшості жінок 36 (72,0%) контрольної групи частота статевих стосунків була до 10 разів на місяць, що відповідає в середньому стереотипові стосунків пари, характерній для даного вікового періоду (мал. 1).

Водночас у динаміці спостереження проведено анкетування обстежених жінок. У даний час віддають перевагу проведенню анкетування методом інтерв'ю, що дозволяє розкрити спектр можливих передумов формування сексуальних дисфункцій з більшою точністю. Нами було обрано анкету McCoу, враховуючи її результативність та зручність при оцінюванні сексуального здоров'я жінок різних вікових груп.

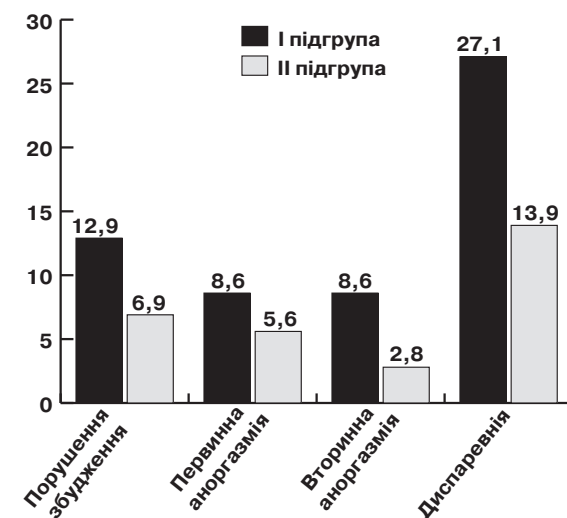
У порівняльному аспекті встановлено досягнення гармонії статевих стосунків за результатами анкетування серед жінок контрольної групи. Водночас представлені на мал. 2 показники свідчать, що на період обстеження у жінок на тлі перебігу ХЗЗОМТ хламідійної етіології відзначено зменшення бажання (порівняно з контрольною групою) в 2 рази, зменшення збудження в 2,1 разу, зменшення якості оргазму в 2,1 разу, зниження ступеня сатисфакції статевих стосунків в 1,9 разу та одночасно зростання ступеня диспаревнії – в 10,5 разу. Причому, високий ступінь диспаревнії зберігався у жінок з ХЗЗОМТ, зумовлених хламідіями, протягом менструального циклу, що певною мірою порушувало не лише гармонію статевих стосунків пари, а також призводило до формування стабільності негативної емоційної домінантності і навіть до унеможливлення статевого життя. Диспаревнія спостерігалась у 74 (52,1%) жінок основної групи.



Мал. 1. Частота статевих стосунків за місяць у жінок основної (n=142) та контрольної груп (n=50), %



Мал. 2. Показники стану сексуального здоров'я жінок основної (n=142) та контрольної (n=50) груп за анкету McCoу, %



Мал. 3. Частота та структура сексуальних дисфункцій у жінок I та II підгруп після лікування (через 3 міс), $n_1=70$, $n_2=72$ (%)

Показники кровотоку судин статевих органів у жінок основної (n=142) та контрольної груп (n=50)

Групи	Показники ультразвукографічного 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)		
	Фолікулярна фаза	Овуляція	Лютетінова фаза	Фолікулярна фаза	Овуляція	Лютетінова фаза	Фолікулярна фаза	Овуляція	Лютетінова фаза	Фолікулярна фаза	Овуляція	Лютетінова фаза	Фолікулярна фаза	Овуляція	Лютетінова фаза
Основна група 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
Основна група 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
Контрольна група 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
Контрольна група 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

Як відомо, виділено 3 ступені диспаревнії. Ми прослідкували залежність ступеня диспаревнії від тривалості запального процесу. У 21 (14,8%) жінки з тривалістю запального процесу до 2 років відзначали 1-й ступінь, у 42 (29,6%) та 11 (7,7%) жінок з тривалістю запального процесу більше 5 років відповідно 2-й та 3-й ступінь диспаревнії.

Проведене ультразвукографічне дослідження з використанням доплерографії судин зон клітора дозволило переконатись, що на тлі ХЗЗОМТ хламідійної етіології відзначено тенденцію до зменшення показників максимальної систолічної швидкості в 1,2 разу, об'ємної швидкості кровотоку – в 1,2 разу, IP після стимуляції – в 1,4 разу.

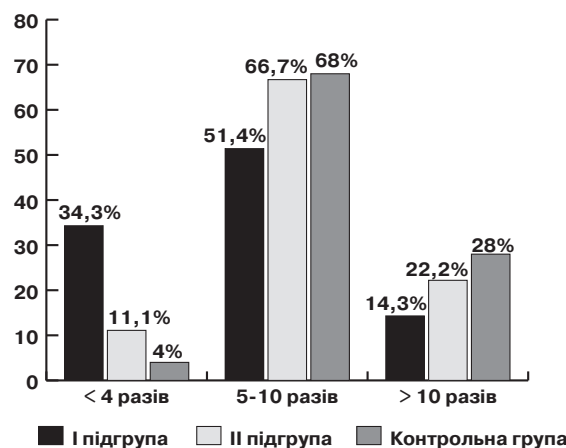
Водночас відзначено співставне зростання індексу резистентності (IR) в 0,3–0,8 разу. У стані сексуального спокою IR знаходився в діапазоні: в ранню фолікулярну фазу в межах 0,78, 0,74 – в період овуляції і 0,78 – в лютетінову фазу (табл. 1).

Проведене дослідження дозволило переконатися в тому, що на тлі ХЗЗОМТ спостерігається тенденція до зменшення показників максимальної систолічної швидкості; об'єму та швидкості кровотоку, IP, зростання IR. Саме ці характеристики можуть бути діагностично інформативними при оцінюванні сексуального здоров'я жінок в динаміці спостереження, а в даному випадку у пацієнток з ХЗЗОМТ хламідійної етіології, як на етапі виникнення захворювання так і протягом його перебігу.

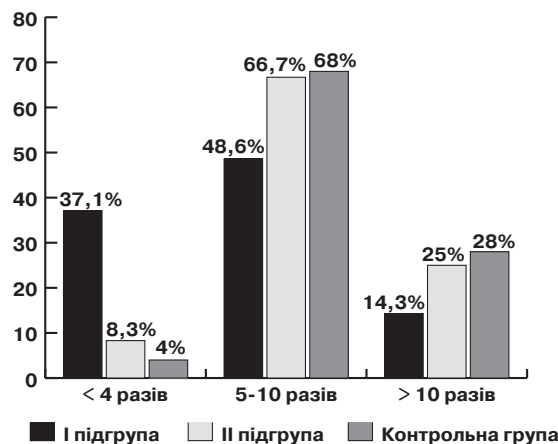
Отримані результати є безпосереднім підтвердженням виникнення порушення кровотоку на тлі формування хронічних запальних захворювань статевих органів зі створенням в подальшому передумов порушення сексуальної функції.

Отже, жіночі сексуальні дисфункції, що виникали на тлі ХЗЗОМТ хламідійної етіології, та супроводжували його перебіг, є, на нашу думку, ознакою даного захворювання і повинні враховуватись в гінекологічній практиці.

Аналіз отриманих даних щодо впливу запального процесу статевих органів на показники сексуального здоров'я свідчить про їхнє погіршення на тлі розвитку захворювання, особливо зосовно зростання частоти та ступеня диспаревнії. Невдоволеність значної частини жінок (65,6%) та відповідно їхніх чоловіків якістю статевих стосунків є підґрунтям щодо формування дизрегуляторної 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 за таких умов. До того ж, негативні вражен-



Мал. 4. Частота статевих стосунків за місяць у жінок I та II підгруп через 3 міс після лікування та контрольної групи (n₁=70, n₂=72, n₃=50), %



Мал. 5. Частота статевих стосунків за місяць у жінок I та II підгруп через 6 міс після лікування та контрольної групи (n₁=70, n₂=72, n₃=50), %

Показники кровотоку судин клітора у жінок I та II підгруп після лікування (n=142)

		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)		
		Фолікулярна фаза	Овуляція	Лютеїнова фаза	Фолікулярна фаза	Овуляція	Лютеїнова фаза	Фолікулярна фаза	Овуляція	Лютеїнова фаза	Фолікулярна фаза	Овуляція	Лютеїнова фаза	Фолікулярна фаза	Овуляція	Лютеїнова фаза
До стимуляції	I підгрупа	1,29±0,05	1,30±0,06	1,26±0,04	7,1±0,25	7,7±0,31	7,0±0,23	3,0±0,04	4,0±0,08	3,0±0,03	0,76±0,03	0,66±0,04	0,56±0,06	1,11±0,05	1,33±0,04	1,10±0,02
	II підгрупа	1,31±0,05	1,32±0,06	1,32±0,04	7,2±0,25	7,9±0,31	7,1±0,23	3,2±0,04	4,1±0,08	3,4±0,03	0,77±0,03	0,68±0,04	0,58±0,06	1,22±0,05	1,34±0,04	1,11±0,02
Після стимуляції	I підгрупа	1,9±0,04	2,0±0,08	2,1±0,07	11,0±0,62	12,3±0,43	10,1±0,21	6,0±0,07	8,0±0,09	5,90±0,04	0,67±0,04	0,68±0,08	0,68±0,06	1,5±0,06	1,4±0,03	1,1±0,02
	II підгрупа	2,0±0,04	2,3±0,08	2,1±0,07	11,2±0,62	12,5±0,43	10,4±0,21	6,1±0,07	8,2±0,09	6,1±0,04	0,69±0,04	0,69±0,08	0,70±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

ня, що при цьому формуються, впливають на зниження самооцінки та якості життя як чоловіка, так і жінки.

Саме серед жінок із диспарівнею, що проявилась на тлі епізодів загострення ХЗЗОМТ хламідійної етіології і супроводжувала черговий рецидив захворювання, з часом дана сексуальна дисфункція досягла стабільності в періоди між рецидивами захворювання. Поєднання цих прогресуючих змін, на наш погляд, лежить в основі подальшого формування порушень сексуального бажання, збудження, оргазму та хронічного тазового болю.

Виявлені зміни сексуального здоров'я у обстежених жінок основної групи призводили до формування дисгармонії статевих стосунків пари, однак пацієнтки на такі порушення не звертали увагу і за спеціалізованою сексологічною допомогою не зверталися.

На нашу думку, розроблення нових методів реабілітації сексуальної функції у жінок із ХЗЗОМТ хламідійної етіології дозволить усунути дискомфорт в інтимному житті пари.

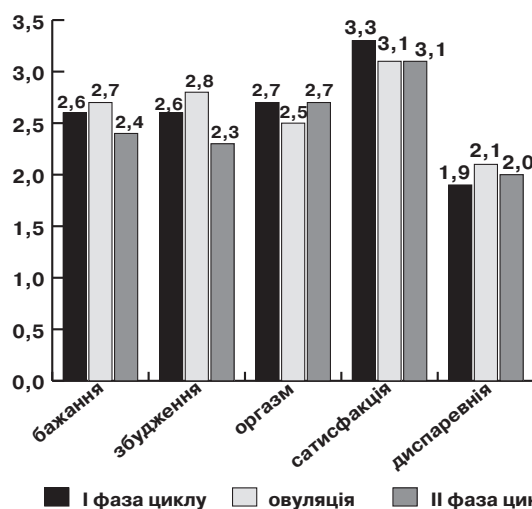
При проведенні базисної терапії в обох підгрупах хворих спостерігалася позитивна клінічна динаміка (зменшення виділень зі статевих шляхів, болювого синдрому).

Позитивна клінічна динаміка була прослідкована і при дослідженні стану сексуального здоров'я в обох підгрупах обстежених. Так, збільшення частоти статевих контактів серед жінок обох підгруп свідчить про покращання саме індексу сексуальності внаслідок проведеної протизапальної терапії. Ми переконалися в цьому під час аналізу частоти та спектра сексуальних дисфункцій у жінок через 3 міс від початку проведення етапної протизапальної та реабілітаційної терапії.

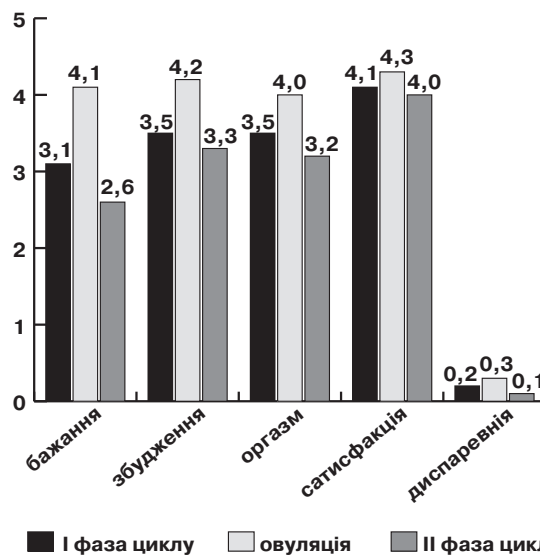
Як видно з мал. 3, серед жінок I підгрупи було досягнуто покращання стану сексуального здоров'я обстежених пацієнток на тлі покращання гінекологічного стану, що наочно представлено зменшенням частоти (в 1,6 разу) диспарівнею у обстежених жінок, а серед обстежених II підгрупи – в 3,2 разу.

Під час оцінювання сексуальної функції у жінок обох підгруп спостерігалась позитивна динаміка. Однак при деталізації отриманих даних у жінок II підгрупи реабілітація сексуальної функції відбувалась швидше. Так, встановлено, що 10 (14,3%) жінок I підгрупи мали статеві стосунки більше 10 разів на місяць, а 16 (22,5%) жінок II підгрупи мали таку саму регулярність (мал. 4).

Через 6 міс показники регулярності статевих стосунків у жінок I підгрупи залишалися сталими: у 10 (14,3%) жінок мали статеві стосунки більше 10 разів на місяць, а у жінок II підгрупи після проведення другого етапу лікування, спрямованого як на відновлення гінекологічного, так і сексуального



Мал. 6. Показники стану сексуального здоров'я жінок I підгрупи за анкетною McСоу через 6 міс після лікування (n=70), %



Мал. 7. Показники стану сексуального здоров'я жінок II підгрупи за анкетною McСоу через 6 міс після лікування (n=72), %

здоров'я, показники збільшилися та залишалися сталими протягом 6 міс. Показники частоти статевих стосунків у жінок II підгрупи відповідали аналогічним показникам у порівнянні з жінками контрольної групи (мал. 5).

Так, збільшення частоти статевих контактів серед жінок обох груп свідчить про покращення саме індексу сексуальності внаслідок проведеної протизапальної терапії, однак показники жінок II підгрупи після проведення відновної терапії залишалися сталими протягом 6 міс і відповідали показникам здорових жінок.

Якісні показники сексуального здоров'я в обох підгрупах за анкетой McCoу оцінювали через 6 міс після проведеної терапії. Дані наведені на мал. 6 та 7.

Як видно з мал. 6 та 7, серед жінок I підгрупи спостерігалось покращання сексуального стану, але не повного його відновлення. Натомість, у пацієток II підгрупи було досягнуто покращання стану сексуального здоров'я обстежених пацієток на тлі покращання гінекологічного стану, що наочню представлено зменшенням частоти диспаревній в 3,2 рази.

Проведене ультразвуграфічне дослідження з використанням доплерографії судин зон клітора дозволило переконатись, що отримані результати є опосередкованим свідченням адекватної судинної реакції з боку судин піхви у жінок даної групи у відповідь на виконання штучної сексуальної стимуляції після проведеного лікування та характеризує нормалізацію сексуального здоров'я жінок II підгрупи.

Динаміку змін показників кровотоку судин клітора у жінок обох підгруп після проведеного лікування представлено в табл. 2.

З огляду на дані, наведені в табл. 2, серед жінок обох підгруп після проведеної терапії 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 ($p < 0,05$). Об'єм кавернозних артерій в стані спокою у жінок I підгрупи після проведеного лікування становив у фолікулярну та лютеїнову фази циклу $1,29 \pm 0,05$ см, $1,3 \pm 0,2$ відповідно та $1,26 \pm 0,4$ – в овуляторну фазу, у жінок II підгрупи $1,31 \pm 0,05$ см, $1,32 \pm 0,2$ відповідно та $1,32 \pm 0,4$ у відповідні фази менструального циклу.

При аналізі показників IP та IR у різні фази менструального циклу до та після штучної сексуальної стимуляції визначено достовірну залежність зміни цих показників ($p < 0,05$).

Згідно з нашими даними IR в судинах клітора в ранню фолікулярну фазу у жінок I підгрупи знаходився в межах від 0,76, зменшуючись до 0,66 в період овуляції, і в період лютеїно-

вої фази знаходився в межах 0,56. Після штучної стимуляції ці показники становили 0,67, 0,68 та 0,68 відповідно до фаз менструального циклу. При цьому, IP знаходився в діапазонах: в ранню фолікулярну фазу в межах 1,5–1,28, зменшуючись до 1,33–1,4 в період овуляції, і в лютеїнову фазу – 1,10–1,11.

У жінок II підгрупи IR знаходився в межах від 0,77 до 0,69, зменшуючись від 0,68 до 0,69 в період овуляції, і в лютеїнову фазу знаходився в межах 0,58–0,70 відповідно до та після штучної стимуляції. При цьому, IP знаходився в діапазонах: в ранню фолікулярну фазу в межах 1,22–1,6, зменшуючись до 1,34–1,4 в період овуляції, і в лютеїнову фазу – 1,11–1,11, що відповідає показникам жінок контрольної групи.

Аналізуючи отримані дані, щодо стану сексуального здоров'я на тлі протизапальної терапії у жінок зі ХЗЗОМТ хламідійної етіології свідчить про необхідність проведення реабілітаційної терапії з включенням препаратів, що сприяють покращанню сексуальної функції жінок. Проведення зазначеної вище терапії нормалізують сексуальне життя жінок та відповідно їх чоловіків.

Можна передбачити, що проведені дослідження свідчать про ефективність терапії, особливо переконливо за умови включення на другому етапі лікування препарату Трібестан з діючою речовиною *Tribulus terrestris*.

ВИСНОВКИ

Комплексні підходи до терапії хронічних запальних захворювань органів малого таза хламідійної етіології потребують корекції з огляду на порушення не лише репродуктивного, а й сексуального здоров'я жінки як протягом лікування, так і на подальших етапах після його завершення.

Саме жіночі сексуальні дисфункції є, на нашу думку, типовою клінічною ознакою з різним ступенем прояву при хронічних запальних захворюваннях статевих органів хламідійної етіології, серед яких переважає диспаревнія. Частота та ступінь жіночих сексуальних дисфункцій залежить від ступеня анатомо-функціональних змін з боку органів малого таза та тривалості хронічного запального захворювання.

Отримані результати свідчать, що при ХЗЗОМТ хламідійної етіології слід проводити етапну протизапальну терапію, спрямовану на відновлення не лише репродуктивної, а й сексуальної функції жінок, які слід розглядати в єдиному контексті.

Досягнення терапевтичного ефекту із відновленням стану сексуальної функції, яка сама по собі є складовою репродуктивного здоров'я, можливо, за умови оцінки стану сексуального здоров'я жінки та корекції можливих порушень при залученні на другому етапі реабілітаційної терапії, а саме препарату рослинного походження Трібестан.

Реабілітація сексуального здоров'я жінки с хронічними запальними захворюваннями статевих органів хламідійної етіології О.В. Ромащенко, В.В. Білоголовська, М.А. Щербак

В статье в сравнительном аспекте представлен клинико-параclinical анализ эффективности реабилитации сексуальной функции у женщин с хроническими воспалительными заболеваниями половых органов хламидийной этиологии с приобщением к такой терапии на втором этапе ее проведения препарата с действующим веществом *Tribulus terrestris*.

Установлено повышение эффективности лечения женщин с хроническими воспалительными заболеваниями органов малого таза хламидийной этиологии при оценке их сексуальной функции и проведения реабилитационной терапии на втором этапе лечения с включением препарата Трібестан.

Ключевые слова: хронические воспалительные заболевания половых органов хламидийной этиологии, женские сексуальные дисфункции, противовоспалительная терапия, реабилитационная терапия, Трібестан.

Rehabilitation sexual health of women with chronic inflammatory diseases of genital chlamydial etiology O.V. Romashchenko, V.V. Biloholovska, M.O. Shcherbak

The paper presents the comparative aspect of clinical and paraclinical analysis of the effectiveness of rehabilitation of sexual function in women with chronic inflammatory diseases of genital chlamydial etiology of attachment to such treatment in the second stage of its preparation of the active ingredient *Tribulus Terrestris*.

The increasing effectiveness of treatment of women with chronic inflammatory diseases of the pelvic organs chlamydial etiology provided their assessment of sexual function and rehabilitation therapy for stage II with the inclusion of drug treatment Tribestan.

Key words: chronic inflammatory diseases of genital chlamydial etiology, female sexual dysfunction, anti-inflammatory therapy, rehabilitation therapy, Tribistan.

Сведения об авторах

Ромашенко 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

Щербак Мария Александровна – ГУ «Институт урологии НАМН Украины», 04053, г. Киев, ул. Юрия Коцюбинского, 9а

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Reproductive Health Strategy. Geneva:Department of Reproductive Health and Research; 2004.
2. Ross J., Judlin P., Nilas L. European guideline for the management of pelvic inflammatory disease //International Journal of STD and AIDS-2007-Vol.18-P.662-666.
3. Goldstein A., Pukall C.F., Goldstein I. When sex hurts:A woman's guide to banishing sexual pain. De Capo Press; 2011.
4. Sadeghi-Nejad H.,Wasstrman M., Weidner W., Richardsson D., Goldmeier D. Sexually Transmitted Diseases and sexual function //Journal of Sexual Medicine. – 2010. – Vol. 7. – P. 389–413.
5. Berman JR, Berman LA, Toler SM, Gill J, Haughie S. Sildenafil Study Group. Safety and efficacy of sildenafil citrate for the treatment of female sexual arousal disorder: a double-blind, placebo controlled study. J Urol 2003;170:2333–8.
6. Center for Disease control and Prevention. Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines.MMWR Weekly issue. – 2010. – 17–59 p.
7. Basson R., Leiblum S., Brotto L., Derogatis L., Fourcroy J., Fugl-Meyer K. et al. Revised difinitions of women's sexual dysfunction //The journal of sexual medicine. – 2004. – Vol. 1 (1). – P. 40–48.
8. Nusbaum M, Gamble G, Skinner B, Heiman J. The high prevalence of sexual concerns among women seeking routine gynecological care. J Fam Pract 2000;49:229–32.
9. Lue T.F., Basson R., Rosen R., et al.. Sexual Medicine. Sexual Dysfunction in Men and Women. 2nd International Consultation on Sexual Dysfunction–Paris. Edition, 2004. – 991 p.

Статья поступила в редакцию 05.03.2015