

УДК 618.1

ВПЛИВ ПЕРЕРВАНОГО СТАТЕВОГО АКТУ, ЯК МЕТОДУ ПОПЕРЕДЖЕННЯ НЕБАЖАНОЇ ВАГІТНОСТІ, НА СТАН СЕКСУАЛЬНОГО ЗДОРОВ'Я ЖІНКИ

*РОМАЩЕНКО О.В., МЕЛЬНИКОВ С.М., БІЛОГОЛОВСЬКА В.В.,
ЯЩЕНКО Л.Б., КОВАЛЬ С.Б., КАЩЕНКО І.М.*

м. Київ

Сексуальне та гінекологічне здоров'я слід розглядати в єдиному контексті [1, 2, 3].

Загальновідомо, що адекватний вибір методу попередження небажаної вагітності сприяє досягненню максимальної інтимної довіри, сексуальної гармонії та гінекологічного благополуччя. Відповідно, позитивний вплив кожного з методів попередження небажаної вагітності визначається формуванням позитивної доміанти із забезпеченням надійного контрацептивного ефекту, що сприяє реалізацією максимального ступеню свободи в сексуальних стосунках.

Як відомо, метод попередження небажаної вагітності шляхом переривання статевого акту не є достатньо ефективним (ризик становить 18,5%), однак залишається досить поширеним серед пар з різною тривалістю стосунків.

Традиційно, з остраху на ймовірність небажаної вагітності, кожний з партнерів зусиллям волі перериває статевий акт в момент його кульмінації.

Попередньо проведенні нами дослідження показали, що саме серед жінок, чоловіки яких використовували перерваний статевий акт за для попередження небажаної вагітності, частота виявленої гінекологічної патології була порівняно високою (68,0%) [4].

Ми поставили за мету оцінити стан сексуального здоров'я жінок, чоловіки яких використовують перерваний статевий акт за для попередження небажаної вагітності.

Матеріали і методи дослідження

В динаміці спостереження (1 рік) нами проведено обстеження 100 жінок віком від 20 до 36 років, які зверталися за консультативною допомогою у відділ сексопатології і андрології ДУ „Інститут урології НАМН України”. Тривалість користування даним методом контрацепції у всіх обстежених була від 1 до 3 років. Обстежені жінки були порівнювані за віком, за характером і частотою соматичної патології.

При проведенні комплексного обстеження за для оцінки показників сексуального здоров'я було враховано рекомендації ВООЗ і Консенсусу, прийнятого у 2003 році в Парижі на Другому міжнародному семінарі з питань сексуальних дисфункцій у чоловіків та жінок [5]. Всі пацієнтки дали письмову згоду на користування інформацією та обстеження згідно вимог Комітету по етиці.

Враховуючи особливості параметрів даного дослідження та поставлених завдань, нами було розроблено анкету за для вивчення сексуальної функції жінки, яка складається з 4 частин (оцінка соціального, гінекологічного, соматичного, сексуального статусу) і містить 62 запитання. Анкетування проводилось шляхом інтерв'ю. За для бальної оцінки сексологічних складових було використано адаптовану нами анкету McCoу.

Оцінка судинного кровоплину судин клітору проводилась із застосуванням методу доплерографії на ультразвуковій діагностичній системі XARIO фірми TOSHIBA експертного класу до та після відео-еротичної стимуляції. Індекси доплерівських кривих отримували за сукупністю комбінацій декількох домінантних ознак судинної кривої. При дослідженні використовували один і той же кут сканування між променем і судиною, який складав від 0° до 40°, а також оцінювали сигнали гарної якості. Індекси доплерівських кривих отримували із комбінації ознак цих кривих та звертали увагу на показники об'ємної швидкості кровоплину (V_{vol} мл/хв.), максимальної систолічної швидкості (V_{ps}) см/сек. та індекс резистентності (IP).

Результати дослідження та їх обговорення

Встановлено, що серед обстежених жінок сексологічні скарги виявлялись частіше (61,0%), у порівнянні з аналогічними даними літературних джерел (34,0%) [1].

В динаміці спостереження ми оцінювали регулярність статевих стосунків в місяць (Рисунок 1).

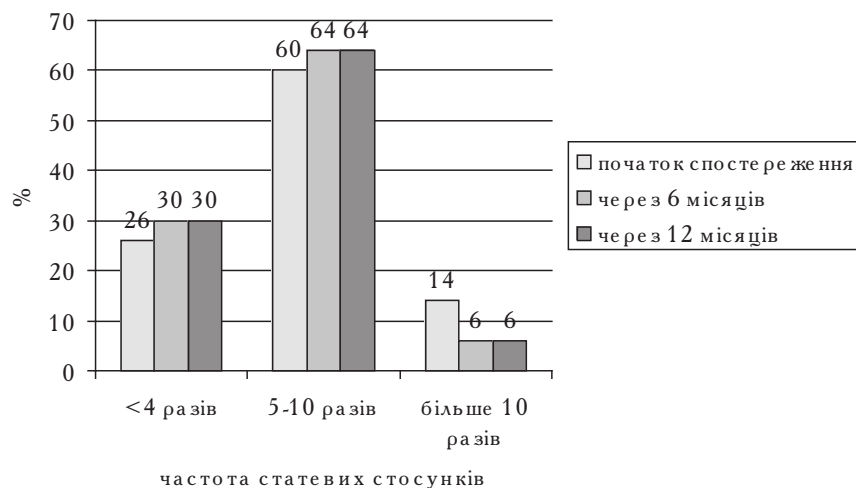


Рис. 1. Частота статевих стосунків в місяць серед обстежених жінок, n=100.

Як свідчать дані, представлені на рисунку 1, серед обстежених жінок частота статевих стосунків у більшості (60,0%) була від 5 до 10 разів на місяць. На початку дослідження 14,0% обстежених відмічали активні статеві стосунки (понад 10 разів на місяць), а вже через 6 місяців і до завершення дослідження вони зберігалися такими лише у 6,0%.

Оцінку якісних показників сексуального здоров'я жінок, чоловіки яких з метою попередження небажаної вагітності використовували перерваний статевий акт, представлено на рисунку 2.

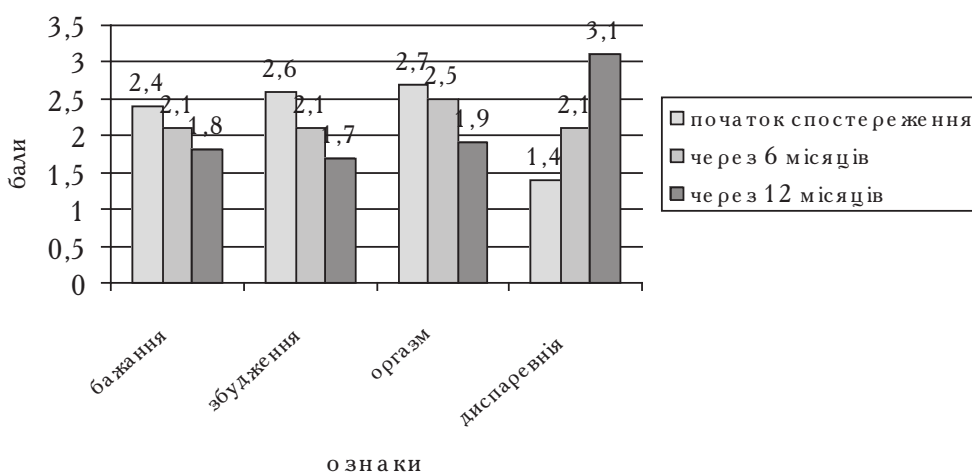


Рис. 2. Показники стану сексуального здоров'я жінок в динаміці спостереження, n=100.

З рисунку 2 видно, що використання даного засобу попередження небажаної вагітності супроводжувалось поступовим (в динаміці спостереження) зменшенням показників сексуального бажання в 1,3 рази, збудження - в 1,5 разів, порушеннями в досягненні оргазму - в 1,4 рази та зростанням ступеню диспаревнії в - 2,2 рази.

Так, на початку спостереження ступінь диспаревнії становив $1,4 \pm 0,09$ балів, а через 12 місяців спостереження - $3,1 \pm 0,12$. Якісна характеристика складових сексуальної реакції на початку спостереження і через 12 місяців у обстежених жінок становила: бажання - $2,4 \pm 0,15$ і $1,8 \pm 0,12$ балів, збудження $2,6 \pm 0,15$ і $1,7 \pm 0,12$, оргазму - $2,7 \pm 0,15$ і $1,9 \pm 0,12$. При співставленні отриманих результатів достовірної різниці між цими показниками не встановлено ($p > 0,05$), але простежено тенденцію що до погіршення досліджуваних показників.

Саме серед жінок з диспаревнію (28 обстежених) було встановлено хронічні запальні захворювання геніталій (35,7%), порушення менструальної функції за типом альгодисменореї (32,1%), лейоміому матки (14,3%).

При проведенні ультрасонографічного обстеження методом доплерографії судин клітору досліджувались показники кровоплину в судинах геніталій у обстежених жінок відповідно до фаз менструального циклу. Отримані результати на початку і через 12 місяців спостереження представлено в таблиці 1.

Як видно з представлених даних (таблиця 1.), на початку обстеження у жінок максимальна систолічна швидкість з урахуванням фаз менструального циклу становила: $7,1 \pm 0,072$, $7,8 \pm 0,072$ і $6,9 \pm 0,072$ см/сек - до стимуляції, та $10,9 \pm 0,084$, $11,3 \pm 0,084$ і $10,2 \pm 0,084$ см/сек - після стимуляції, відповідно через 12 місяців - $7,0 \pm 0,072$, $7,4 \pm 0,072$ і $6,5 \pm 0,072$ см/сек - до стимуляції, та $9,4 \pm 0,079$, $10,8 \pm 0,079$ і $9,7 \pm 0,079$ см/сек - після стимуляції. Отримані дані свідчать про коливання показників максимальної систолічної швидкості в динаміці спостереження у обстежених жінок.

При урахуванні показників об'ємної швидкості кровоплину, з'ясовано що на початку спостереження (відповідно до фаз менструального циклу) визначено показники: $3,12 \pm 0,069$, $3,25 \pm 0,069$ і $3,21 \pm 0,069$ мл/хв - до стимуляції, та $6,87 \pm 0,081$, $6,92 \pm 0,081$ і $6,84 \pm 0,081$ мл/хв. - після стимуляції, відповідно через 12 місяців - $2,82 \pm 0,069$, $2,93 \pm 0,069$ і $2,89 \pm 0,069$ мл/хв - до стимуляції, та $6,63 \pm 0,081$, $6,82 \pm 0,081$ і $6,61 \pm 0,081$ мл/хв. - після стимуляції.

Таблиця 1

Показники кровоплину судин геніталій, визначених методом доплерографії, до та після штучної сексуальної стимуляції, n=100.

	Показники ультрасонографічного дослідження із залученням метода доплерографії								
	Максимальна систолічна швидкість, (Vps) см/сек			Об'ємна швидкість кровоплину (Vvol) мл/хв.			Індекс резистентності (IR)		
	Фази менструального циклу								
	фолікулінова	овуляторна	лютеїнова	фолікулінова	овуляторна	лютеїнова	фолікулінова	овуляторна	лютеїнова
Початок обстеження									
До стимуляції	$7,1 \pm 0,072$	$7,8 \pm 0,072$	$6,9 \pm 0,072$	$3,12 \pm 0,069$	$3,25 \pm 0,069$	$3,21 \pm 0,069$	$0,71 \pm 0,002$	$0,65 \pm 0,002$	$0,7 \pm 0,002$
Після стимуляції	$10,9 \pm 0,084$	$11,3 \pm 0,084$	$10,2 \pm 0,084$	$6,87 \pm 0,081$	$6,92 \pm 0,081$	$6,84 \pm 0,081$	$0,77 \pm 0,003$	$0,74 \pm 0,003$	$0,76 \pm 0,003$
Через 12 місяці від початку спостереження									
До стимуляції	$7,0 \pm 0,072$	$7,4 \pm 0,072$	$6,5 \pm 0,072$	$2,82 \pm 0,069$	$2,93 \pm 0,069$	$2,89 \pm 0,069$	$0,74 \pm 0,002$	$0,70 \pm 0,002$	$0,73 \pm 0,002$
Після стимуляції	$9,4 \pm 0,079$	$10,8 \pm 0,079$	$9,7 \pm 0,079$	$6,63 \pm 0,081$	$6,82 \pm 0,081$	$6,61 \pm 0,081$	$0,82 \pm 0,003$	$0,79 \pm 0,003$	$0,81 \pm 0,003$

При аналізі показників індексу резистентності у різні фази менструального циклу до та після штучної сексуальної стимуляції у обстежених жінок визначено достовірну зміну цих

показників ($p < 0,05$). На початку спостереження індекс резистентності в судинах клітору в ранню фолікулінову фазу знаходився в межах $0,71 \pm 0,002$, зменшуючись до $0,65 \pm 0,002$ в період овуляції і повертаючись до показників ранньої фолікулінової фази в лютеїновій фазі - $0,7 \pm 0,002$. Після штучної стимуляції ці показники становили $0,77 \pm 0,003$, $0,74 \pm 0,003$ та $0,76 \pm 0,003$ відповідно до фаз менструального циклу. Через 12 місяців спостереження було з'ясовано достовірне підвищення цього індексу: до стимуляції - $0,74 \pm 0,002$, $0,7 \pm 0,002$ і $0,73 \pm 0,002$ та після стимуляції - $0,82 \pm 0,003$, $0,79 \pm 0,003$ і $0,81 \pm 0,003$ відповідно до фаз менструального циклу.

Проведене дослідження дозволило переконатись, що на тлі використання перерваного статевого акту, як засобу попередження небажаної вагітності, відмічено тенденцію до зменшення показників максимальної систолічної швидкості судин клітора після сексуальної стимуляції при одночасному достовірному зростанні індексу резистентності.

За результатами доплерографії судин клітора встановлено, що на тлі перерваного статевого акту, як метода попередження небажаної вагітності, створюються передумови (застійні ознаки кровоплину та підвищенні судинного опору судин геніталій) розвитку гінекологічних порушень (хронічних запальних захворювань геніталій та синдрому тазового болю).

Висновок

Таким чином, проведені дослідження дозволили переконатись, що при використанні перерваного статевого акту, як методу попередження небажаної вагітності, створюється «хибне коло», коли зміни сексуального здоров'я жінок є певним пусковим механізмом у формуванні подальших порушень гінекологічного здоров'я.

В черговий раз ми відмітити, що при виборі того чи іншого методу попередження небажаної вагітності слід враховувати показники сексуального здоров'я як жінки, так і чоловіка, з профілактикою можливих порушень сексуального здоров'я пари, а значить і гінекологічних ускладнень.

ЛІТЕРАТУРА

1. *Basson R., Wierman M.E., van Lankveld J., Brotto I.* Summary of the Recommendations on Sexual Dysfunctions in Women // *J Sex Med* 2010;7:314-326.
2. *Здравомыслов В.И. Анисимова З.Е., Либих С.С.* Функциональная женская сексопатология.- Алма-Ата «Казахстан», 1985. – 269 с.
3. *Свядош А.М.* Женская сексопатология. Москва: Медицина, 1990.
4. *Ромащенко О.В., Ворник Б.М., Мельников С.М., Білоголовська В.В., Яценко Л.Б.* Обґрунтування алгоритму діагностики жіночих сексуальних дисфункцій в системі планування сім'ї // *Зб. наук. праць Асоціації акушерів-гінекологів України.* – Київ: Інтермед, 2011.-С.743-748.
5. *Lue TF, Basson R, Rosen R, Giuliano F, Khoury S, Montorsi F.* Sexual medicine. Sexual dysfunctions in men and women. 2nd Internation Consultation on Sexual Dysfunctions. Paris: Health Publications; 2004.
6. *Kirana P.S., Tripodi F., Reisman Y., Porst H.* The EFS and ESSM Syllabus of Clinical Sexology. Amsterdam: MEDIX Publishers; 2013.