

## РАССТРОЙСТВА СЕКСУАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ ПРИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ВНУТРЕННИХ ГЕНИТАЛИЙ У ЖЕНЩИН

В. В. САЛТАНИЮК

### SEXUAL HEALTH DISORDER AT INFLAMMATORY DISEASES OF INNER SEX ORGANS IN WOMEN

V. V. SOLTANIUK

*Городской специализированный центр семейного здоровья и андрогинекологии, Киев, Украина*

**При обследовании гинекологических больных выявлены развивающиеся у них разные варианты и формы сексуальной дезадаптации супружеской пары. Показаны их причины, механизмы формирования и клинические проявления.**

*Ключевые слова: гинекологические заболевания, сексуальное здоровье, системный анализ.*

**The investigation of gynecological patients revealed development of different variants and forms of sexual dysadaptation of the married couple. Their causes, formation mechanisms and clinical manifestations are shown.**

*Key words: gynecological diseases, sexual health, systemic analysis.*

Хронические воспалительные заболевания внутренних гениталий у женщин (ХВЗВГ), как свидетельствуют данные литературы и клиническая практика, часто сопровождаются сексуальными расстройствами. На это указывают наблюдения J. Raboch [1], Л. Б. Боровенской [цит. по 2], В. В. Кришталея [3] и других исследователей. В то же время существует и другое мнение, в частности, по данным Э. В. Рожановской [4], процент аноргазмии у женщин с гинекологическими воспалительными заболеваниями не имеет статистически достоверных различий по сравнению со здоровыми. Такие расхождения отражают недостаточную изученность рассматриваемой проблемы.

Патогенное действие воспалительного процесса на сексуальную функцию проявляется в первую очередь при нарушении ее нейрогуморального, психического обеспечения и межличностных отношений в браке. Воспалительные заболевания внутренних половых органов женщин в подавляющем большинстве случаев обуславливаются инфекционными факторами (вирусы, бактерии, бактериальные токсины и т. п.). Предрасполагают к ним аборт, переохлаждение, профессиональные вредности, а также некоторые нарушения психогиgiene половой жизни [5]. В патогенезе сексуальных расстройств при этих заболеваниях важная роль принадлежит сосудистым нарушениям (дефицит кровообращения и дистопия сосудов органов малого таза) [6].

В патологический процесс вовлекается и периферическая нервная система, в частности солнечное сплетение, аортальные и подчревные нервные

узлы. Имеются указания и на нарушение функций ЦНС. Патологический очаг в гениталиях при некоторых условиях может дезорганизовать интегративные аппараты мозга, влияющие на функциональное состояние ряда звеньев репродуктивной системы, вовлекая в процесс соматотропные и половые функции [7]. Взаимосвязь нервных и гуморальных процессов у больных с воспалительными заболеваниями отражается в расстройствах взаимоотношений гипоталамо-гипофизарной системы, также надпочечников, яичников и матки.

При гинекологическом исследовании определяются деструктивные изменения внутренних половых органов в зависимости от локализации, стадии и длительности воспалительного процесса, а также болезненность (локальная, разлитая, иррадирующая). Локализация процесса в придатках матки приводит к более выраженной сексологической симптоматике: стойкой аноргазмией и снижению либидо вплоть до его отсутствия. При локализации процесса в матке и клетчатке таза на первый план выступают нарушения оргазма, а нарушения либидо менее выражены. При изучении нарушений нейровегетативного контроля над трофической, иммунобиологической и пластической функциями соединительной ткани при воспалении отмечены значительные последствия этих нарушений на периферии [6].

Сексуальные расстройства у женщин с ХВЗВГ проявляются нарушениями оргазма, притуплением специфических ощущений фриക്ഷионного периода и снижением либидо. Из жалоб больных, как правило, выясняется, что вначале притупляется

оргазм, затем затрудняется его достижение и, наконец, снижается процент оргастичности. Далее присоединяются сексуальная гипестезия и аноргазмия. На первых стадиях сексуального расстройства пациентки обычно жалуются только на снижение либидо, на следующих стадиях и в ряде тяжелых случаев оно отсутствует. Тем не менее у женщин с сильной и средней половой конституцией либидо может сохраняться и при стойкой аноргазмии, и даже при гениталгиях. Такие состояния особенно тягостны. Этим чисто сексологическим симптомом обычно сопутствуют постоянные или периодические боли внизу живота, нередко иррадиирующие во влагалище, прямую кишку, нижние конечности и пояснично-крестцовую область. На поздних стадиях заболевания появляются неустойчивое настроение или его снижение, утомляемость, сонливость, головные боли, головокружения, раздражительность, вспыльчивость, сердцебиения и др.

Описанные нарушения этиологически и патогенетически связаны с возникающим в ряде случаев особым синдромом, обозначаемым как вторичная патогенетическая титуляризация — это изменение межцентральных нервных отношений, персистирующее после санации местного воспалительного гинекологического очага. Оно сопровождается морфологическими изменениями в нервных сплетениях, узлах симпатической нервной системы и других отделах нервной системы, обнаруженными при различных заболеваниях органов брюшной полости. Г. С. Васильченко [2] подчеркивал, что при титуляризации ликвидация патологического процесса в органах малого таза может не привести к излечению, так как нарушения, возникшие в отдаленных иннерваторных сегментах в разгаре патологического процесса, могут персистировать. В таких случаях восстановление нормальных функциональных взаимосвязей требует иных терапевтических воздействий.

Сексуальные расстройства у больных ХВЗВГ, как правило, в силу парного характера сексуальной функции, влекут за собой развитие сексуальной дезадаптации супружеской пары.

Целью настоящего исследования явилось изучение состояния сексуальной сферы гинекологических больных и влияния имеющихся ее нарушений на супружескую адаптацию.

Под нашим наблюдением находились 140 дезадаптированных супружеских пар, в которых жены страдали ХВЗВГ (воспаление яичников, придатков матки, шейки матки). В качестве контрольной группы были обследованы 50 пар, у которых, несмотря на наличие ХВЗВГ у жены, супружеская дезадаптация не наблюдалась.

В соответствии с результатами обследования методом системно-структурного анализа сексуального здоровья [3] дезадаптированные супружеские пары были разделены на две группы: первую составили 50 (43±3%) пар, в которых у жен имелась вторичная сексуальная дисфункция, об-

условленная ХВЗВГ; во вторую группу вошли 70 (57±3%) пар, в которых у женщин сексуальная дисфункция наблюдалась до гинекологического заболевания, усугубившего уже имеющиеся нарушения. Во второй группе супружеских пар были выделены три подгруппы: к 1-й из них были отнесены 35 пар, в которых сексуальное расстройство у жен и дезадаптация возникли вследствие расхождения типов сексуальной культуры; ко 2-й — 32 пары, у которых к дезадаптации привели несоответствие личностных особенностей и нарушения межличностных отношений супругов; 3-я подгруппа состояла из 23 пар, где дезадаптация возникла в результате несоответствия половой конституции мужа и жены.

Супруги были в возрасте от 25 до 40 лет, и жены входили в одну возрастную группу, составляющую 5 лет. Как видно из табл. 1, подавляющее большинство обследованных составляли лица молодого возраста — до 35 лет.

Стаж семейной жизни супругов показан в табл. 2

Давность гинекологического заболевания составляла от 1 до 2 лет. Данные о давности сексуальной дезадаптации у находившихся под наблюдением супружеских пар приведены в табл. 3.

В первой группе продолжительность дезадаптации соответствовала длительности ХВЗВГ; в 1-й и 3-й подгруппах второй группы дезадаптация наблюдалась с самого начала супружеской жизни, а во 2-й подгруппе этой группы она возникла через 1–2 года после ее начала.

Изучение клинической картины сексуальной дисфункции у женщин показало, что основным ее проявлением у больных первой группы была гипо- или аноргазмия. Мужья больных испытывали психосексуальную неудовлетворенность. Во второй группе у женщин имел место низкий процент оргастичности (не более 30%) и психосексуальную неудовлетворенность испытывали все супруги первых двух подгрупп и большинство обследованных 3-й подгруппы (мужья или жены лиц со слабой половой конституцией).

Системно-структурный анализ сексуального здоровья позволил установить, что в первой группе супружеских пар имело место стержневое поражение генитальной составляющей биологического компонента у женщин. Оно было следствием имеющегося у них гинекологического заболевания и стало причиной сексуальной дезадаптации супругов. Нарушение психической составляющей данного компонента как результат их личностной реакции на дезадаптацию способствовало развитию и усугубляло ее. Во второй группе супружеских пар было выявлено сочетанное стержневое поражение социального, психологического, социально-психологического компонентов, а в 3-й подгруппе — и нейрогуморальной составляющей биологического.

Поражение социокультурной составляющей социального компонента было обусловлено низ-

Таблица 1

## Распределение супружеских пар по возрасту

Возрастная группа, лет	Группы супружеских пар				Контрольная группа, n = 50
	Первая, n = 50	Вторая, n = 70			
		подгруппы			
		1-я, n = 35	2-я, n = 32	3-я, n = 23	
25–30	48±7	43±8	44±9	56±11	42±7
31–35	32±6	30±8	34±8	35±10	46±7
36–40	20±6	26±8	22±7	9±6	12±5

Таблица 2

## Продолжительность брака обследованных супругов

Стаж семейной жизни, лет	Группы супружеских пар				Контрольная группа, n = 50
	Первая, n = 50	Вторая, n = 70			
		подгруппы			
		1-я, n = 35	2-я, n = 32	3-я, n = 23	
1–5	8±4	9±6	34±8	39±10	42±7
6–10	14±5	26±8	12±6	9±6	20±6
11–15	58±7	37±5	31±8	26±9	34±7
16–20	20±6	28±8	22±7	26±9	4±3

Таблица 3

## Давность сексуальной дезадаптации обследованных

Давность дезадаптации, лет	Группы супружеских пар				Всего, n = 120
	Первая, n = 50	Вторая, n = 70			
		подгруппы			
		1-я, n = 35	2-я, n = 32	3-я, n = 23	
1–5	34±7	34±8	34±8	39±10	35±3
6–10	36±7	26±8	12±6	9±6	24±3
11–15	16±5	11±5	31±8	22±9	18±3
16–20	14±5	28±8	22±7	30±10	22±3

кой общей и сексуальной культурой супругов и несоответствием последней у мужа и жены: у женщин чаще отмечался патриархальный, у мужчин примитивный или либеральный тип сексуальной культуры. Поражение информационно-оценочной составляющей этого компонента было результатом низкого уровня осведомленности супругов в области психогигиены половой жизни и неправильной оценки ими своих сексуальных проявлений. Причиной поражения психологического компонента было неприятие характерологических и личностных черт одного из супругов другим, причиной поражения социального компонента межличностный конфликт супругов. Нейрогуморальная составляющая биологического компонента была поражена по причине задержки пубертатного развития, обусловившей слабую половую конституцию мужчины или женщины.

Нарушение генитальной составляющей данного компонента во второй группе супружеских

пар служило патопластическим фактором формирования супружеской дезадаптации и усугубляло ее течение.

Результаты системно-структурного анализа сексуального здоровья дали возможность выделить следующие варианты и формы его нарушения.

I вариант — сексуальная дисфункция, обусловленная ХВЗВГ у женщин, — 36±3%.

II вариант — 64±3% — сексуальная дезадаптация, включающая три клинические формы:

1) социокультурная — 39±5%;

2) психологическая (социально-психологическая) — 36±5%;

3) конституциональная — 26±5%.

Таким образом, хронический воспалительный процесс во внутренних гениталиях приводит к нарушению сексуального здоровья менее чем у половины больных женщин, в большинстве же случаев сексуальная дезадаптация является следствием расхождения в супружеской паре типов сексуальной культуры, информационного

дефицита, психологической несовместимости или межличностного конфликта супругов, несоответствия их половой конституции. Это обстоятельство диктует необходимость системной

диагностики при дезадаптации супружеской пары, в которой жена страдает ХВЗВГ, и учета полученных данных в ее психотерапевтической коррекции.

#### Литература

1. *Raboch J.* Studies in the sexuality of women // The sexuality of women.— London, 1970.— P. 45–94.
2. Частная сексопатология: Руков. для врачей / Под ред. Г. С. Васильченко.— Т. 2.— М.: Медицина, 1983.— 352 с.
3. *Кристалъ В. В., Григорян С. Р.* Сексология.— М.: Per Se, 2002.— 879 с.
4. *Рожановская З. В.* Половое воспитание и просвещение как профилактика сексуальных нарушений у женщин // Психоневрология, психотерапия, психология.— Алма-Ата, 1972.— С.139–140.
5. *Здравомыслов В. И.* Функциональные сексологические расстройства у женщин, их классификация и терапия // Пробл. совр. сексопатол.— М., 1972.— С. 409–425.
6. *Здравомыслов В. И., Анисимова З. Е., Либих С. С.* Функциональная женская сексопатология.— Алма-Ата: Казахстан, 1985.— 272 с.
7. *Лебедев А. А., Куррянова Е. М.* Особенности хронического воспалительного процесса женских гениталий в форме плексита вегетативных нервных сплетений малого таза (невралгия малого таза) // Вопр. патогенеза и тер. воспалит. забол. жен. гениталий.— М., 1970.— С. 44–47.

Поступила 03.12.2007