

ВЛИЯНИЕ ОДНОСТОРОННЕЙ ОВАРИОЭКТОМИИ НА СЕКСУАЛЬНУЮ ФУНКЦИЮ И СОМАТИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ ОПЕРИРОВАННЫХ ЖЕНЩИН

После односторонней овариоэктомии по поводу доброкачественных заболеваний яичников интервьюированы 93 пациентки. Исследователей интересовало их мнение по поводу последствий выполненной операции в отношении соматического состояния, психологического здоровья и сексуальной жизни до, во время болезни и после операции. Результаты комплексного обследования показали, что у 38,7% женщин изменений в сексуальной сфере после односторонней овариоэктомии не произошло, у 37,6% наступило улучшение, а у 23,6% — снижение качества половой жизни. Улучшение сексуальности было вызвано устранением диспареунии (31,4%) посредством оперативного вмешательства, улучшением межличностных отношений и естественным процессом сексуальной адаптации (68,6%). Ухудшение качества сексуальной жизни было вызвано возникновением после операции разнообразных эндокринных нарушений и дефицитом эстрогенов (59,1% пациенток), что привело к снижению либидо, уменьшению lubricации, повлекшему за собой диспареунию. У 40,9% пациенток сексуальная дисфункция была вызвана различными психотравмирующими ситуациями, как связанными с операцией, так и не связанными с ней.

В жизни человека большое внимание стало уделяться изучению сексуальной функции женщины. Известно, что сексуальные расстройства могут приводить к ухудшению взаимоотношений в семье и нередко к ее распаду [1]. Неудовлетворенность женщины половой жизнью является одной из частых причин функциональных расстройств нервной системы и внутренних органов. Отсюда понятен интерес к проблеме последствий односторонней овариоэктомии как достаточно часто проводимой гинекологической операции в плане возможных психосексуальных изменений. Изучение данных литературы [1, 2, 3, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15] показало, что сексуальная функция женщин в зависимости от объема оперативного вмешательства на яичниках изучена недостаточно. Выводы по данной проблеме крайне противоречивы, что, возможно, обусловлено несовершенством методик обследования и выбора контингента больных. В связи с этим нами было решено оценить влияние односторонней овариоэктомии на сексуальную функцию женщин.

Материал и методы исследования

Произведено обследование 93 пациенток в возрасте от 18 до 50 лет, каждая из которых была тщательно интервьюирована. Полученную информацию заносили в статистические карты, разработанные на кафедре сексологии Санкт-Петербургской МАПО. Все обследованные женщины были замужем или имели постоянного полового партнера. У них изучали симптоматику заболевания, отношение к оперативному вмешательству и его

последствиям, варианты течения имеющихся экстрагенитальных заболеваний или возникновение новых после операции. У каждой оперированной женщины оценивали классические показатели сексуальности (половое влечение, оргазмическую функцию, удовлетворенность половой жизнью), сексуальную адаптацию к моменту проведения операции, партнерские взаимоотношения (сексуальные и межличностные отношения). Проводили структурный анализ сексуальных расстройств и выявляли, поражение какой составляющей копулятивного цикла (нейрогуморальной, психической или генитосегментарной) преобладает. Сексуальную функцию изучали после операции, однако при выяснении анамнеза обращали внимание на ее изменение в динамике: до заболевания, во время болезни, послужившей причиной оперативного вмешательства, и после операции. Всем женщинам проводили общий осмотр, определение половой конституции и гинекологическое обследование. Производили расчёт отношения коэффициента уровня сексуальности ($Ky.c.$) к коэффициенту генотипическому ($Kг.$). Отношение $Ky.c./Kг.$, приближающееся к единице (от 0,90 до 1,09), характеризует наибольшее соответствие между уровнем половой активности и показателем половой конституции, $Ky.c./Kг.$ больше единицы (1,10 и более) — превышение половой активности над половой конституцией, $Ky.c./Kг.$ меньше единицы (0,89 и ниже) — снижение половой активности ниже индивидуальных нормативных показателей, соответствующих половой конституции. Об уровне эстрогенных влияний судили по данным кольпоцитограм-

мы. Эстрогенную стимуляцию расценивали как достаточную в тех случаях, когда имели место либо нормальные овуляторные менструальные циклы, либо ановуляторные, в которых уровень кариопикнотического индекса (КПИ) достигал 50 – 70%. У каждой оперированной женщины выявляли развитие клинического симптомокомплекса с вегетососудистыми, обменно-эндокринными и психоэмоциональными нарушениями. Степень выраженности возникших нарушений оценивали при помощи менопаузального индекса Куппермана в модификации Е. В. Уваровой [2]. При этом нейровегетативные нарушения оценивали до 10 баллов при отсутствии проявлений, 10-20 – при слабой выраженности, 21-30 – при средней и 31 и более – при резкой выраженности симптомокомплекса; обменно-эндокринные и психоэмоциональные нарушения оценивали: 0 баллов при отсутствии проявлений, 1-7 – при слабой выраженности, 8-14 – при средней, а 15 и более – при резкой выраженности симптомокомплекса.

Исследование половой функции оперированных женщин позволило разделить их на 3 группы в зависимости от изменений, происшедших после операции. В 1-ю группу вошли 36 женщин, у которых операция существенно не повлияла на качество сексуальной жизни; во 2-ю группу – 22 женщины, отмечавшие снижение качества половой жизни; в 3-ю группу – 35 женщин, которые отмечали улучшение качества половой жизни после операции.

Результаты исследований

Исследование возрастного состава групп показало, что во 2-й группе имело место равное соотношение женщин в возрасте до 40 лет и старше, тогда как в 1-й и 3-й группах преобладали женщины моложе 40 лет (соответственно 29 из 36 (80,5%) и 31 из 35 (88,6%) человек). Соотношение супружеских и партнерских пар в разных группах было прак-

тически одинаковым. Развитие заболевания в 1-й и 3-й группах чаще сопровождалось болями – у 24 из 36 (66,7%) человек и у 21 из 35 (60%), а во 2-й группе боли, НМЦ и бессимптомное течение заболевания отмечались одинаково часто (31,8%). У большинства женщин всех трех групп самочувствие после операции улучшилось или осталось прежним (соответственно у 35 из 36 (97,2%), у 15 из 22 (68,2%), у 34 из 35 (97,1%) человек), однако во 2-й группе наблюдался самый высокий процент больных с ухудшением самочувствия после операции – у 7 из 22 (31,8%). Развитие клинического симптомокомплекса (КС) преимущественно с психоэмоциональными нарушениями было выявлено во всех трех группах женщин (соответственно у 13 из 36 (36,1%), у 20 из 22 (90,9%), у 8 из 35 (22,8%)), при этом во 2-й группе отмечен не только самый высокий процент развития КС, но и наибольшая степень его выраженности. Обследование оперированных женщин показало, что относительная стабилизация экстрагенитальных заболеваний во всех случаях имела место в 1-й группе; усиление клинических проявлений заболеваний сердечно-сосудистой системы и органов пищеварения – у 2 из 22 (9,1%) женщин во 2-й группе и у 2 из 35 (5,7%) в 3-й группе; ослабление клинических проявлений нейродермита, прекращение головных болей – у 4 из 35 (11,4%) больных в 3-й группе. При изучении уровня эстрогенных влияний как показателя гормонального гомеостаза недостаточность эстрогенной стимуляции отмечалась в основном у женщин 2-й группы – у 13 из 22 (59,1%) больных (соответственно в 1-й группе – у 13,9%, в 3-й группе – у 2,8%).

Таким образом, тенденция к ухудшению соматического состояния чаще отмечалась у женщин во 2-й группе, а стабилизация или улучшение его – в 1-й и 3-й группах, где преобладали пациентки моложе 40 лет.

Изучение сексуальной функции в 1-й группе позволило разделить женщин на две подгруппы. 1-я подгруппа – 25 человек, имеющих удовлетворяющие их сексуальные отношения. В этой подгруппе отмечался большой процент женщин со средней половой конституцией (88%), с достаточным уровнем эстрогенной стимуляции (80%), с гармоничными межличностными отношениями в паре (88%). Большинство женщин к моменту операции находилось на стадии стабильной сексуальной адаптации (90%). Соотношение Ку.с./Кг. в этой группе было больше или равно 1 (72%).

2-я подгруппа состояла из 12 женщин, у которых сексуальные дисфункции имели место как до, так и после операции и не перенесли существенных изменений. У женщин этой подгруппы либидо было снижено, резко снижено либо отсутствовало. Часть из них не испытывали оргазма никогда, однако это воспринималось ими спокойно, не вызывало негативных эмоциональных реакций и не изменяло общей положительной установки на половое общение как один из вариантов межличностных отношений (удовлетворение от сознания исполненного супружеского долга, соответствие стереотипу общепринятого поведения, положительные эмоции от доставленного партнеру сексуального удовольствия и т.д.). У всех женщин этой подгруппы уровень эстрогенной стимуляции был достаточным. Боли, имевшие место во время полового акта только у одной больной, после операции исчезли. Большинство женщин имели слабую половую конституцию (63,6%) и соотношение Ку.с./Кг. меньше 1 (81,8%). Все пары к моменту операции находились на стадии прогрессирующей или первичной сексуальной адаптации. Изучение воспитания, особенностей отношений с родителями, а также межличностных отношений половых партнеров позволи-

ло предположить, что снижение либидо в этой подгруппе было связано с дефектом психосексуального развития или с нарушением взаимоотношений в паре.

Исследование сексуальной функции женщин 2-й группы, отмечавших снижение качества половой жизни после оперативного вмешательства (снижение либидо, процента оргастичности, изменение субъективных ощущений оргазма, возникновение болей во время полового акта), позволило разделить их также на две подгруппы. В 1-ю подгруппу вошли 13 (59,1%) женщин с признаками эстрогенной недостаточности. У них сексуальные нарушения, как нам представляется, были связаны преимущественно с поражением нейрогуморальной составляющей копулятивного цикла. Подтверждением этому служит относительно невысокая частота нарушений межличностных отношений в паре (30,8%). Половая конституция у всех женщин была средней: соотношение Ку.с./Кг. было меньше 1 у 69,2%. К моменту операции большинство пациенток (61,5%) находилось на стадии стабильной сексуальной адаптации в паре. У 3 (23,1%) отмечалось уменьшение lubricации и, как следствие этого, болезненные ощущения в области входа во влагалище (диспарейния). Динамика сексуальных нарушений имела определенную последовательность. Сначала отмечалось снижение либидо, ослабление эмоционального компонента оргазма, а затем снижение процента оргастичности. У всех больных этой подгруппы развилась КС, преимущественно с психоэмоциональными и обменно-эндокринными нарушениями, при этом у 38,5% из них — средней степени выраженности. Боли, возникавшие во время полового акта у 5 женщин, после операции исчезли, но пациентки всё равно отмечали ухудшение сексуальной функции.

2-ю подгруппу составили 9 (40,9%) женщин с достаточным

уровнем эстрогенной стимуляции. У 88,9% из них была средняя половая конституция, чуть больше чем у половины (55,5%) соотношение Ку.с./Кг. больше 1. Возникшие сексуальные нарушения мы связали преимущественно с поражением психической составляющей копулятивного цикла. У большинства пациенток четко просматривалась выраженная психотравмирующая ситуация, совпавшая по времени с моментом операции или с послеоперационным периодом: ухудшение межличностных отношений с партнером, изменение бытовых условий, режима труда и отдыха, глубокий семейный кризис (изменение восприятия партнера и психологический распад семьи), измена или уход мужа, вынужденная смена партнера и т. д. К моменту операции большинство пар этой подгруппы находилось на стадии первичной или прогрессирующей сексуальной адаптации (66,6%).

У 3 (33,3%) больных 2-й подгруппы в послеоперационном периоде сформировались идеи ущерба от половой жизни. Именно половая жизнь, по их мнению, привела к развитию образований в гениталиях и затем к оперативному вмешательству (у этих пациенток в ряде половых актов возникали острые боли, неоднократно приводившие к госпитализации с оперативным лечением в последний раз). Данная деструктивная установка была подкреплена мнением лечащих гинекологов, а также их настойчивыми рекомендациями длительного воздержания от половой жизни после операции. У женщин в послеоперационном периоде развилась коитофобия, несмотря на то что боли во время полового акта больше не возникали. Таким образом, неверно понятые или специфично интерпретированные пациенткой в зависимости от ее личностных особенностей разъяснения врача-гинеколога могут оказывать выраженное ятрогенное воздействие на сексуальность.

3-ю группу составили женщины, отмечавшие в послеоперационном периоде улучшение качества половой жизни. У 85,7% из них были высокие показатели половой конституции, у 68,6% соотношение Ку.с./Кг. больше 1 или равно 1. У 97,1% пациенток отмечался достаточный уровень эстрогенной стимуляции. К моменту операции большинство пар находилось на стадии стабильной сексуальной адаптации (62,8%), отмечало гармоничные межличностные отношения в браке (88,6%). Тщательный анализ полученных данных позволяет говорить, что в 31,4% случаев улучшение качества половой жизни было связано с исчезновением болей во время полового акта, что устранило тревогу и негативные эмоции, дало возможность более активно и адекватно вести половую жизнь и, как следствие этого, привело к повышению либидо, процента оргастичности, усилению эмоционального компонента оргазма. В остальных случаях (68,6%) улучшение качества половой жизни, на наш взгляд, было связано с прогрессирующим процессом сексуальной адаптации партнёров. На этом фоне даже появление болей после произведённой операции, связанных с развитием спаечного процесса, не приводило к ухудшению сексуальных показателей и не нарушало привычного ритма половой жизни. Пары смогли подбирать стереотип половых отношений (смена позы и т. д.), гарантирующий им адекватное приспособление к новому состоянию организма женщины, связанному или не связанному с произведённой операцией.

Выводы

Анализ полученных данных позволяет сделать следующие выводы:

1. Односторонняя овариоэктомия в 38,7% случаев не оказывает существенного влияния на сексуальную функцию женщин, в 37,6% приводит к повышению, а в 23,6% — к снижению качества

половой жизни.

2. Улучшение сексуальной функции оперированных женщин в 31,4% случаев обусловлено исчезновением болей во время полового акта, а в 68,6% - является следствием улучшения межличностных отношений и естественного процесса сексуальной адаптации.

3. Факторами, обуславливающими утратившую сексуальную функцию к травмирующим воздействиям, являются сильная половая конституция, стабильная сексуальная адаптация к моменту оперативного вмешательства, гармоничные межличностные отношения в паре.

4. Ухудшение сексуальной функции оперированных женщин в 59,1% случаев обусловлено преимущественным поражением нейрогуморальной составляющей копулятивного цикла, а именно - ухудшением общего состояния в связи с развитием КС преимущественно с психоэмоциональными и обменно-эндокринными нарушениями, а также снижением эстрогенной насыщенности, приводящим к гипо- и алибидемии и диспарейническим жалобам. В 40,9% случаев сексуальные дисфункции вызваны преимущественным поражением психической составляющей копулятивного цикла вследствие различных психотравмирующих ситуаций, в том числе связанных с оперативным вмешательством, неправильной интерпретацией его последствий, ятрогенным воздействием врачебных рекомендаций, не учитывающих личностных особенностей пациенток.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бенедиктов Д. И., Сапир М. В. Последствия односторонней овариоэктомии у женщин репродуктивного возраста. // Акуш. и гин. - 1991. - № 4. - С. 57-59.
2. Менделевич В.Д. Сексуальные расстройства у женщин, перенесших хирургическую

кастрацию. Тез. Докл. IV обл. научно-практич. конф. сексопатологов. - Актуальные аспекты диагностики, организации лечебного процесса и реабилитации больных с сексуальными расстройствами. - Харьков, 1990., С. 109-110.

3. Полоцкий Е.Е. Отдаленные результаты одностороннего удаления яичника и сохраняющих операций на яичнике. Акушерско-гинекологическая практика. Под ред. А.Э.Мандельштама., Л., 1960., С. 113-8.

4. Свядоц А.М. Женская сексопатология., СПб., Питер., 1998. - 286 с.

5. Уварова Е. В., Вихляева Е. М., Талина И. С. Восстановительное лечение и метаболическая реабилитация больных миомой матки переходного возраста после операции. // Акуш. и гин. - 1982. - № 6. - С. 26-30.

6. Яропольская Г. Н. Отдаленные результаты удаления овариальных кист по материалам гинекологических отделений б-цы им. Мечникова. Юбилейный сборник, посвященный проф. М.В. Ёлкину. - Л., 1939. - С. 144 - 155.

7. Beard R.W., Kennedy R.G., Gangar K.F., Stones R.W., Rogers V., Reginald P.W., Anderson M. Bilateral oophorectomy and hysterectomy in the treatment of intractable pelvic pain associated with pelvic congestion. // Br. J. Obstet. Gynecol. 1991 Oct, 98 (10): 988-92.

8. Bellerose S.B.; Binik Y.M. Body image and sexuality in oophorectomized women. // Arch. Sex. Behav. 1993 Oct., 22 (5): 435-59.

9. Bielawska Batorowicz E. Removal of the uterus and ovaries and the opinion of women postoperatively. // Pol. Tyg. Lek. 1991, Apr. 22-29; 46 (17-18): 349-51.

10. Giannone R., Bernorio R., Poli M., Panizzardi G., Piacuzzi C. [Changes in sexual behavior of women receiving substitution therapy after surgical menopause and women in physiological menopause.] // Minerva Ginecol., 1992 Apr; 44 (4): 165-71.

11. Kaplan H. S., Owett T. The female androgen deficiency syndrome. // J.

Sex. Marital. Ther., 1993, Spring; 19 (1): 3-24.

12. Nathorst Boos J., von Schoultz B. Psychological reactions and sexual life after hysterectomy with and without oophorectomy. // Gynecol. Obstet. Invest., 1992, 34 (2): 97-101.

13. Nathorst-Boos J., von Schoultz B., Carlstrom K. Elective ovarian removal and estrogen replacement therapy - effects on sexual life, psychological well-being and androgen status. // J. Psychosom. Obstet. Gynaecol., 1993, Dec; 1 (4): 283-93.

14. Parker M., Bosscher J., Barnhill D., Park R. Ovarian management during radical hysterectomy in the premenopausal patient. // Obstet. Gynecol. 1993, Aug., 82 (2): 187-90.

15. Waxenberg S.E., Drellich M.G., Sutherland AM. The role of hormones in human behavior. I. Changes in female sexuality after adrenalectomy. // J. Clin. Endocr. Metab., 1959, Feb., 19 (2): 193-202.