

DOI: 10.52705/2788-6190-2024-03.1-08
УДК 618.1-071:616.35-018

Особливості сексуальної функції жінок після гістеректомії різного обсягу

В. В. Климова

Національний університет охорони здоров'я Україні імені П. Л. Шупика, м. Київ

Мета дослідження: оцінювання впливу різного обсягу гістеректомії на сексуальну функцію жінок.

Матеріали та методи. Було обстежено 150 жінок перименопаузального періоду, середній вік яких становив $46,9 \pm 1,1$ року. Гістеректомія була зроблена 120 жінкам з різними гінекологічними захворюваннями, причому до I клінічної групи увійшли 60 пацієнток, яким була зроблена гістеректомія без придатків; 60 пацієнток після гістеректомії з придатками включені у II клінічну групу, до групи контролю увійшли 30 жінок без оперативного лікування в анамнезі.

Вивчення сексуальної функції проводили за допомогою анкети з виявлення сексуальних порушень у жінок. До складу опитувальника включено шість груп тверджень і пацієнтки самостійно вибирають найбільш відповідний із запропонованих варіантів.

Результати. Порушення сексуальної функції після тотальної гістеректомії виявлялися частіше, ніж після субтотальної і становили відповідно 51,7% і 34,5%. Ці показники істотно перевищували дані як для пацієнток групи порівняння, так і для здорових жінок. Крім того, простежувалась очевидна тенденція до збільшення частоти сексуальних розладів у оперованих пацієнток зі збільшенням тривалості післяопераційного періоду.

Після проведення бальної оцінки результатів опитування характеристики сексуальної функції було виявлено: зміни сексуальної функції у групі жінок, що перенесли субтотальну гістеректомію виявилися слабого ступеня вираженості – $7,2 \pm 0,8$ бала, у групі хворих після екстирпації матки середнього ступеня вираженості – $11,6 \pm 1,1$ бала, тобто прояви сексуальних змін після тотальної гістеректомії були в 1,5 раза значнішими, ніж після субтотальної.

Висновки. Результати проведених досліджень свідчать, що зміни сексуальної функції пацієнток залежать від обсягу перенесеного оперативного втручання і носять досить виражений характер. Отримані дані свідчать про необхідність розроблення комплексу реабілітаційних заходів для пацієнток, що перенесли гістеректомію, причому з урахуванням виникаючих сексуальних порушень.

Ключові слова: міома матки, яєчники, гістеректомія, сексуальна функція.

Сьогодні широко упроваджуються у клінічну практику оперативні методи лікування основних гінекологічних захворювань [1–5]. Визначення раціональних показань до операції, адекватний анестезіологічний посібник, використання точної

Перинатологія та репродуктологія: від наукових досліджень до практики | **Perinatology and reproductology:** from research to practice

техніки, бурхливий розвиток ендоскопічної хірургії привели до того, що оперативне втручання в гінекології стало розглядатися як досить безпечна й ефективна лікувальна процедура, що забезпечує, а у низці випадків гарантує пацієнтці повне одужання [6–10]. Ця клінічна і соціальна ситуація призвела до значного зростання числа оперативних втручань в гінекології, зокрема, гістеректомії, частка яких становить від 15% до 45% у структурі усіх гінекологічних операцій [11–15].

Незважаючи на незначне число післяопераційних ускладнень у ранній післяопераційний період, віддалені наслідки гістеректомії та особливий вплив перенесеної операції на сексуальну функцію жінок вивчені недостатньо, що призводить до незначної ефективності використовуваних реабілітаційних заходів.

Усе вищевикладене свідчить про необхідність вивчення особливостей сексуальної функції жінок після гістеректомії, що і стало метою цього наукового дослідження.

МАТЕРІАЛ ТА МЕТОДИ

Відповідно до поставленої мети було обстежено 150 жінок перименопаузально-го періоду, середній вік яких становив $46,9 \pm 1,1$ року. Гістеректомія була проведена 120 жінкам з різними гінекологічними захворюваннями. Учасниці дослідження були розподілені на три групи:

- I клінічна група – 60 пацієток, яким була виконана гістеректомія без придатків;
- II клінічна група – 60 пацієток після гістеректомії з придатками;
- Група контролю – 30 жінок без оперативного лікування в анамнезі.

Вивчення сексуальної функції проводили за допомогою анкети з виявлення сексуальних порушень у жінок. Опитувальник складається із шести груп тверджень, і пацієнтки самостійно вибирають найбільш відповідний із пропонованих варіантів.

1. Відношення до статеві активності.

- 0 – статевий акт завжди викликав огиду або біль;
- 1 – статевий акт віднедавна викликає огиду (який період);
- 2 – статевий акт байдужий (беру участь у ньому, аби уникнути конфлікту);
- 3 – статевий акт приносить задоволення, але ступінь задоволення залежить від фази менструального циклу;
- 4 – статевий акт викликає насолоду завжди.

2. Виділення вагінальному слизу.

- 0 – ніколи не відзначала;
- 1 – настає не завжди, залежно від фази менструального циклу;
- 2 – необхідні тривалі ласки;
- 3 – завжди, коли статевий акт здійснюється за власним бажанням;
- 4 – завжди і дуже швидко (навіть при легких поцілунках, інтимній розмові та еротичних фільмах).

3. Настання оргазму.

- 0 – ніколи, за жодних обставин;
- 1 – лише під час сновидінь;
- 2 – поодинокі випадки;
- 3 – приблизно у половині випадків;
- 4 – більш ніж у 80,0%.

4. Рівень статевої активності.

- 0 – ніколи не було;
- 1 – кілька разів на рік, не частіше за 1 раз в місяць;

2 – кілька разів за місяць, не частіше за 1 раз в тиждень;

3 – двічі на тиждень;

4 – щомісячно один або кілька разів.

5. *Тривалість статевого розладу, якщо є:*

0 – з початку статевого життя;

1 – більше ніж півроку;

2 – декілька місяців;

3 – в даний час немає;

4 – немає.

6. *Статевий потяг.*

0 – відсутній («нічого не хочеться»);

1 – еротичні сни і фантазії;

2 – з'являється при переглядах фільмів, знімків;

3 – з'являється при початку пестощів;

4 – підвищений потяг (лібідо).

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

У результаті проведених досліджень було встановлено, що у жінок з індукованою менопаузою як у I, так і в II групах спостереження переважали:

- міома матки (I група – 88,3%, II група – 85,0%);
- фонові патології шийки матки (I група – 55,0%, II група – 48,3%);
- запальні захворювання придатків (I група – 48,3%, II група – 55,0%);
- ендометріоз (I група – 20,0%, II група – 15,0%);
- ретенційні утворення яєчників (I група – 15,0%, II група – 18,3%);
- порушення менструальної функції (I група – 13,3%, II група – 10,0%);
- гіперплазія ендометрія (I група – 10,0%, II група – 10,0% відповідно).

Основними показаннями для проведення гістеректомії були міома матки й ендометріоз.

У справжньому науковому дослідженні ми вважали за доцільне представити результати клінічного обстеження пацієнток I групи (гістеректомія без яєчників). З них 40 пацієнткам була проведена субтотальна гістеректомія (підгрупа А) і 20 – тотальна (підгрупа В). У всіх випадках гістеректомію проводили традиційним абдомінальним доступом.

Показаннями для оперативного лікування були:

- у 40 (67,0%) випадках – міома матки;
- у 18 (30,0%) випадках – гіперпластичні процеси ендометрія;
- у 28,0% випадках – аденоміоз.

Слід відзначити, що більш ніж у половини хворих діагностували поєднання двох або трьох зазначених вище показань для оперативного втручання, а післяопераційний період у всіх пацієнток перебігав без ускладнень.

Живання спеціальної анкети щодо дослідження сексуальної функції дозволило виявити її покращення лише у 9,9% пацієнток; погіршення – у 39,9%, а 50,2% жінок зазначили, що їхня сексуальна функція не змінилася.

Покращення сексуальної функції пацієнтки пов'язували з припиненням кров'яних виділень зі статевих шляхів, болю внизу живота, а також відсутністю страху вагітності. Так, у 72,8% хворих були ациклічні кров'яні виділення і в 68,8% – постійний біль у нижніх відділах живота. Постійні кровотечі утрудняли статеві контакти і одночасно з болем, можливо, впливали на відчуття під час статевого акту.

Перинатологія та репродуктологія: від наукових досліджень до практики | **Perinatology and reproductology:** from research to practice

Отже, видалення «причини» недостатнього, незадовольняючого статевого життя сприятливо впливало на подальшу сексуальну активність пацієнток. Навпаки, зниження сексуального функціонування пояснювалося невпевненістю в собі, боязню виглядати перед партнером менш привабливо, чеканням здобуття «вже не тих відчуттів» як для себе, так і для сексуального потягу, виникнення байдужого відношення до сексу, а також зниження зволоження піхви і поява болю під час статевого акту.

Крім того, 6,4% жінок після операції взагалі відмовилися від статевого життя, пояснюючи це тим, що побоювалися, що кукса «не витримає, лопне», «шви розійдуться», 7,7% пацієнток були розлучені. На погіршення стосунків з чоловіком, появу напруження у взаєминах вказали 33,0% пацієнток. Найчастіше у жінок зустрічалися зникнення оргазму (39,9%), зниження отримуваної насолоди (31,8%) і сексуальної активності (25,8%). Хоча і інші, рідше виникаючі симптоми, спостерігалися часто – від 17,2% до 23,3% відповідно.

Обстеження характеру зміни сексуального життя починали в кінці першого післяопераційного року, а також через 3 і 5 років після гістеректомії.

Відновлення статевого життя у більшості пацієнток після субтотальної гістеректомії зафіксовано на 3 післяопераційному місяці, а після тотальної – через 4 міс. Основна причина такої різниці між групами полягала в тому, що по відповідях обстежуваних пацієнток, вони насамперед мали сумнів у спроможності кукси піхви.

Можливо, цими сумнівами і переживаннями пояснюються й інші «зміни» в сексуальному житті. Наприклад, кожна четверта пацієнтка, що перенесла екстирпацію матки, вказала на зниження статевого потягу і задоволення. Крім того, удвічі частіше після екстирпації матки жінки скаржилися на зникнення оргазму. Отже, ми спостерігали деяку різницю в прояві сексуальних змін по групах хворих.

Так, зменшення оргазму спостерігалось у 27,4% хворих після субтотальної і в 51,7% – після тотальної гістеректомії; зменшення отримуваної насолоди відзначали відповідно 26,6% і 36,7% жінок. Кожна п'ята пацієнтка (19,5%) після субтотальної гістеректомії і кожна третя (31,7%) після тотальної гістеректомії вказали на зниження статевої активності. Зниження лібідо відзначили 23,9%, а зменшення виділення слизу – 16,8% пацієнток I групи і відповідно 26,7% і 30,0% хворих II групи. Диспареунія виявляла у 8,8% і 24,2% хворих відповідно після субтотальної і тотальної гістеректомії.

Отже, порушення сексуальної функції після тотальної гістеректомії виявлялися частіше, ніж після субтотальної і становили відповідно 51,7% і 34,5%. Ці показники істотно перевищували дані як для пацієнток групи порівняння, так і для здорових жінок. Крім того, простежувалася очевидна тенденція до збільшення частоти сексуальних розладів у оперованих пацієнток зі збільшенням тривалості післяопераційного періоду.

Після проведення бальної оцінки результатів характеристики сексуальної функції було виявлено зміни сексуальної функції у групі жінок, що перенесли субтотальну гістеректомію – слабкий ступінь вираженості – $7,2 \pm 0,8$ бала, у групі хворих після екстирпації матки середній ступінь вираженості – $11,6 \pm 1,1$ бала. Отже, прояви сексуальних змін після тотальної гістеректомії були в 1,5 раза значнішими, ніж після субтотальної ($p < 0,05$).

ВИСНОВКИ

Результати проведених досліджень свідчать, що зміни сексуальної функції пацієнток залежать від обсягу перенесеного оперативного втручання і носять досить виражений характер.

Отримані дані вказують на необхідність розроблення комплексу реабілітаційних заходів для пацієнток, що перенесли гістеректомію, причому з урахуванням виникаючих сексуальних порушень.

Features of sexual function of women are after hysterectomy of different volume V. V. Klimova

The objective: to estimate influence of different volume of hysterectomy on the sexual function of women.

Materials and methods. By us 150 women of perimenopausal period, middle age of which made $46,9 \pm 1,1$ year, were inspected. To 120 women with different gynaecological diseases was done hysterectomy, thus a 1 clinical group was made by 60 patients which was done hysterectomy without appendages; 60 patients after hysterectomy with appendages were 2 clinical group, and in the group of control 30 women entered without operative treatment in anamnesis. The studies of sexual function conducted by a questionnaire on the exposure of sexual violations for women. A questionnaire consists of six groups of assertions and patient independently choose the most proper from the offered variants.

Results. Violations of sexual function after total hysterectomy appeared more frequent than after subtotal and made respectively to 51,7% and 34,5%. These indexes substantially exceeded information both for the patients of group of comparison and for healthy women. An obvious tendency was in addition, traced to the increase of frequency of sexual disorders for the operated patients with the increase of duration of postoperative period.

After the conduct of ball estimation of results of questioning of description of sexual function it is discovered by us: changes of sexual function are in the group of women which carried subtotal hysterectomy appeared mild degree of expression – $7,2 \pm 0,8$ point, in the group of patients after the extirpation uterus of middle degree of expression – $11,6 \pm 1,1$ point, that displays of sexual changes after total hysterectomy 1,5 time had more considerable, than after subtotal.

Conclusions. The results of the conducted researches testify that the changes of sexual function of patients depend on the volume of the carried operative interference and carry the expression enough character. Specifies findings on the necessity of development of complex of rehabilitation measures for patients which carried hysterectomy, thus taking into account nascent sexual violations.

Keywords: *uterine fibroids, ovaries, hysterectomy, sexual function.*

Інформація про автора

Климова Владислава Владиславівна – очний аспірант, кафедра акушерства, гінекології та медицини плода, Національний університет охорони здоров'я України МОЗ України, м. Київ; тел.: (068) 425-82-98. E-mail: vladarotsh0405@gmail.com

Information about the author

Klimova Vladyslava V. – graduate student, Department of obstetric, gynecology and medicine of fetus, Shupyk National Healthcare University of Ukraine of MH Ukraine, Kyiv; tel.: (068) 425-82-98. E-mail: vladarotsh0405@gmail.com

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Styer AK, Rueda BR, The Epidemiology and Genetics of Uterine Leiomyoma. *Best Pract. Res. Clin Obstet Gynaecol.* 2021 Jul;34:3–6.
2. Terry KL, De Vivo I, Hankinson SE, Missmer A. Reproductive characteristics and risk of uterine leiomyomata. *Fertility Sterility.* 2020;94(7):2703–7.
3. Ahmed El-Balat, Rudy Leon DeWilde, Iryna Schmeil, Morva Tahmasbi-Rad, Sandra Bogdanyova, Ali Fathi, and Sven Modern Myoma Treatment in the Last 20 Years: A Review of the Literature. *Biomed Res Int.* 2018 Jan;459–75. DOI: 10.1155/2018/459387Beckercorresponding.
4. Laughlin SK, Stewart EA. Uterine Leiomyomas: Individualiz the Approach to Heterogeneous Condition. *Obstetrics & Gynecology.* 2021;17(Pt. 1.):396–400.
5. Downes E, Sikirica V, Gilbert-Estelles J, Bolge SC, Dodd SL, Maroulis C, Subramanian D. The burden of uterine fibroids in five European countries. *Obstet Gynecol Reprod.* 2020 Sep;152(1):96–102. DOI: 10.1016/j.ejogrb.2010.05.012.
6. Donnez J, Dolmans MM. Uterine fibroid management: from the present to the future. *Human Reproduction Update.* 2019 Nov;22(6):665–86.
7. Okolo S. Incidence, aetiology and epidemiology of uterine fibroids. *Obstet Gynaecol.* 2008 Aug;22(4):571–88. DOI: 10.1016/j.bpobgyn.2018.04.002.
8. Lisiecki M, Paszkowski M, Woźniak S. Fertility impairment associated with uterine fibroids – a review of literature. *Prz Menopauzalny.* 2017 Dec;16(4):137–40. DOI: 10.5114/pm.2017.72759.
9. Baird DD, Harmon QE, Upson K, et al. A prospective, ultrasound – based study to evaluate risk factors for uterine fibroid incidence and growth: methods and results of Recruitmen. *J. Womens Health (Larchmt).* 2019;24(11):907–15.
10. Stewart EA, Cookson CL, Gandolfo RA, Schulze-Rath R. Epidemiology of uterine fibroids: a systematic review. *BJOG.* 2017;124(10):1501–12.
11. Eun Ji Choi, Seong Beom Cho, Sa Ra Lee, Young Mi Lim, et al. Comorbidity of gynecological and non-gynecological diseases with adenomyosis and endometriosis. *Obstet Gynecol Sci.* 2017;60(6):579–86. DOI: 10.5468/ogs.2017.60.6.579.
12. Cha PC, Takahashi A, Hosono N, et al. A genome wide association study identifies three loci associated with susceptibility to uterine fibroids. *Nat Genet.* 2021;43:447–50.
13. Baschinsky DY, Isa A, Niemann TH. Leiomyomatosis of the uterus. A case report with clonality analysis. *Hum Pathol.* 2020;31(11):1430–2.
14. Baranov VS, Osinovskaya NS, Yarmolinskaya MI. Pathogenomics of Uterine Fibroids Development. *Baranov VS. Int J Mol Sci.* 2019 Dec;20(24):e6151. DOI: 10.3390/ijms20246151.
15. Lin CY, Wang CM, Chen ML, Hwang BF. The effects of exposure to air pollution on the development of uterine fibroids. *Lin CY, Wang CM, Chen ML, Hwang BF. Int J Hyg Environ Health.* 2019 Apr;222(3):549–55.