

О.В. Ромашенко, д.м.н., ГУ «Інститут урології НАМН України», г. Київ

Достижение сексуального комфорта в постменопаузе как составляющая качества жизни

«Старость – самая большая неожиданность в жизни человека» – эти слова Л.Н. Толстого с глубоким пониманием воспринимаются людьми, достигшими соответствующего возрастного рубежа, и, как все истинное, определяют суть происходящего. Однако именно с возрастом понятия качества жизни и определенных ценностей приобретают новое значение, среди которых чувственным переживаниям отведено особое место, во многом определяющее степень интимного доверия, продолжения активности и сохранения жизненного потенциала.



О.В. Ромашенко

Согласно определению ВОЗ качество жизни – это восприятие человеком его положения в реальной жизни в контексте культуры и системы ценностей, в которых он живет, во взаимосвязи с возникшими целями, ожиданиями, стандартами и интересами.

Сексуальная востребованность – важный критерий качества жизни для каждого человека, однако переоценка составляющих данного компонента происходит в течение всей жизни и предопределена большим спектром объективных и особенно субъективных факторов, в значительной мере изменяющихся с возрастом.

За последние годы прослеживается изменение демографической ситуации в мире в сторону увеличения числа женщин в популяции старшей возрастной группы (количество женщин старше 60 лет увеличилось на 15%, каждая вторая – старше 45 лет, 70% пересекают рубеж менопаузы и 55% достигают возраста 75 лет).

Для женщин менопауза, которая в среднем начинается в 50-летнем возрасте, представляется явным маркером старения. В период менопаузы отмечаются изменения в поведении женщины, сопряженные с психоэмоциональными, вегетососудистыми и нейроэндокринными преобразованиями.

На фоне возрастных нарушений эндокринного равновесия в организме женщины, связанного с формирующимся дефицитом преимущественно эстрогенов, у большинства возникают климактерические нарушения в виде вазомоторных, эмоционально-психических, обменных нарушений, урогенитальных расстройств (УГР). Именно УГР, прогрессирующие с возрастом, в значительной мере нарушают комфорт интимных взаимоотношений партнеров, качество их жизни.

УГР – это симптомокомплекс вторичных осложнений, связанных с развитием атрофических и дистрофических процессов в эстрогензависимых тканях и структурах нижней трети урогенитального тракта (УГТ – мочевом пузыре, уретре, влагалище), а также в связочном аппарате малого таза и мышцах тазового дна. Как правило, они формируются через 5 лет и более после наступления менопаузы (средневременные), а к 70 годам трудно встретить женщину, у которой бы не наблюдалось отдельных симптомов УГР.

С возрастом частота развития урогенитальной атрофии прогрессирует в связи с необратимыми возрастными метаболическими изменениями, обусловленными нарастающим дефицитом эстрогенов.

Важно помнить, что влагалище, уретра, мочевого пузыря и нижняя треть мочеточников имеют единое эмбриональное происхождение и развиваются из урогенитального синуса. Это объясняет наличие рецепторов к эстрогенам, прогестерону и андрогенам как в слизистой оболочке, сосудистых сплетениях влагалища, так и в тканях мочевого пузыря, уретры, а также в мышцах и связочном аппарате малого таза.

Процессы старения УГТ развиваются в двух направлениях:

- развитие атрофического вагинита;
- развитие атрофического цистоуретрита

с явлениями нарушения контроля мочеиспускания или без такового.

Несомненно, разделение симптомов атрофического вагинита и цистоуретрита условно, так как в большинстве случаев они сочетаются. Различное сочетание симптомов атрофического вагинита и цистоуретрита позволили выделить три степени тяжести УГР (В.Е. Балан, 1997).

- К легким УГР (16% женщин) относится сочетание симптомов атрофического вагинита и сенсорных симптомов атрофического цистоуретрита без нарушения акта мочеиспускания.

- К среднетяжелым УГР (80% женщин) относится сочетание симптомов атрофического вагинита, цистоуретрита, стрессорного недержания мочи при напряжении.

- К тяжелым УГР (4% женщин) относится сочетание симптомов атрофического вагинита, цистоуретрита, истинного недержания мочи.

Наиболее частыми клиническими симптомами атрофического вагинита являются сухость, зуд, жжение во влагалище, диспареуния, рецидивирующие вагинальные выделения, контактные кровянистые выделения.

Согласно данным многих исследователей, в том числе наших наблюдений, среди женщин постменопаузального возраста в спектре сексуальных дисфункций (наблюдаемых у каждой в большей или меньшей степени) значительный удельный вес составляет снижение сексуального желания в сочетании с возрастающей частотой диспареунии. Поэтому качество сексуального здоровья и жизни в целом у женщин данной возрастной группы в значительной мере зависит от профилактики УГР и их адекватного лечения.

Подходы к выбору терапии УГР должны быть дифференцированными, при этом важно понимание зависимости выраженности проявления УГР на фоне эстрогенового дефицита у женщин данной возрастной группы.

Следует помнить, что как атрофический вагинит, так и различной степени выраженности УГР, не относятся к инфекционным заболеваниям. Основная ошибка врачей при этом связана с назначением длительной неконтролируемой антибиотикотерапии, которая сама по себе способствует повышению восприимчивости к вагинальным инфекциям. Создается порочный круг, когда на фоне активного использования антибактериальных препаратов усугубляются нарушения микробиотоза всех слизистых УГТ, увеличивается степень их атрофических изменений и спектр клинических проявлений. Поэтому лечение УГР, не осложненных инфекционными процессами, предполагает в первую очередь восполнение локальной гипоестрогемии, при этом необходимость локальной заместительной гормональной терапии (ЗГТ) не вызывает дискуссий даже среди тех ученых, которые в последнее время подвергают критике ЗГТ в целом.

Местное применение эстрогенов считается оптимальным в лечении атрофических изменений в структурах УГТ. Эффект эстрогенов, вводимых местно, достигается двумя способами: локальной диффузией и

вагинальной абсорбцией. При локальной диффузии эстрогены способны диффундировать из влагалища в структуры нижней трети УГТ, достигая там адекватных концентраций, взаимодействовать с рецепторами и вызывать закономерную ответную реакцию в этих структурах. Выраженная вагинальная абсорбция эстрогенов позволяет предполагать, что локально используемые эстрогены абсорбируются и достигают структур УГТ через общий кровоток.

Эстриол, к примеру, связывается с чувствительными к нему структурами не более чем на 2-4 ч, в то время как для стимуляции развития эндометрия связь его рецепторов с эстрогеном должна быть длительной – в течение 8-10 ч. Непродолжительное действие эстриола недостаточно для формирования пролиферативной реакции эндометрия, но достаточно для эффективного воздействия на структуры нижних отделов УГТ. Таким образом, при однократном введении эстриол связывается с ядерным рецептором на непродолжительное время и не вызывает пролиферацию эндометрия, поэтому при его назначении не требуется добавление прогестагенов. Кроме того, для вагинально вводимых низкодозированных эстрогенных препаратов не существует ни абсолютных, ни относительных противопоказаний.

Предпочтительнее для местного применения использовать эстриол (Овестин свечи). При местном применении эстриола и соблюдении правил и интервалов лечения побочные действия практически отсутствуют.

У некоторых пациенток с выраженными атрофическими изменениями слизистой наружных половых органов целесообразно использование крема Овестин с дополнительным увлажняющим эффектом. При использовании любой формы эстриола препарат назначается 1 раз в сутки. Сочетание различных форм Овестина системного и местного применения недопустимо.

Терапия эстриолом способствует развитию и восстановлению влагалищного эпителия, а также приводит к восстановлению основных элементов соединительной ткани – коллагена и эластина, чувствительности рецепторов всего УГТ. Представленные выше механизмы играют также важную роль как в предупреждении, так и в устранении вторичной инфекции у постменопаузальных женщин, потому должны быть учтены при обосновании адекватной терапии УГР.

Целью нашей работы было определение эффективности использования Овестина для устранения сексуальных дисфункций у женщин в период постменопаузы.

Материалы и методы

За 3 месяца мы обследовали 42 женщины в возрасте от 47 до 60 лет в состоянии физиологической (20 обследованных – первая группа) и хирургической (22 пациентки после надвлагалищной ампутации матки с придатками по поводу лейомиомы матки – вторая группа) менопаузы, обратившихся за консультативной помощью в Украинский институт сексологии и андрологии. Продолжительность менопаузы

у пациенток первой группы была от 2 до 8 лет, второй – от 2 до 9 лет. Анализ данных анамнеза обследованных женщин двух групп показал, что они практически не имели достоверных различий по характеру и частоте перенесенных заболеваний и по имеющейся сопутствующей патологии. Операции были выполнены с помощью лапаротомии.

Все пациентки получали Овестин (2 мг эстриола) по схеме: по одной свече ежедневно во влагалище в течение 14 дней и в дальнейшем – по 1 свече 2 раза в неделю в течение последующих 2,5 месяца). Ни одна из обследованных женщин не получила гормонального лечения не менее 6 месяцев до начала лечения. Во время наблюдения было исключено систематическое назначение других лекарственных средств.

При первом посещении и в динамике наблюдения (интервал между контролями составил 1 неделю) всем женщинам было проведено комплексное клинико-функциональное обследование.

Для изучения состояния УГТ оценивали выраженность синдрома УГР с учетом 3 степеней (легкой, среднетяжелой и тяжелой) и качественных показателей: жжение и (или) зуд в области вульвы, сухость влагалища, диспареуния, выделения из половых путей, стресс-недержание мочи, болезненность мочеиспускания, учащенное мочеиспускание, цисталгия, снижение либидо, обусловленное урогенитальной симптоматикой.

При проведении комплексного обследования для оценки показателей сексуального здоровья были учтены рекомендации ВОЗ и консенсуса, принятого в 2003 году в Париже на II Международном семинаре по вопросам сексуальных дисфункций у мужчин и женщин.

Учитывая особенности параметров проводимого обследования и поставленные задачи, нами была разработана анкета по изучению показателей состояния УГТ и сексуальной функции женщин данной возрастной группы. Анкетирование проводили методом интервью. Кроме того, обследованным женщинам рекомендовали вести дневник «сексуальных переживаний и впечатлений».

Частоту половых контактов оценивали в течение каждого месяца с учетом рекомендации В.И. Здравомыслова.

Определение спектра и характера сексуальных дисфункций у женщин с оценкой сосудистых нарушений осуществляли при использовании ультразвукографического исследования с включением метода доплерографии на ультразвуковой диагностической системе XARIO фирмы TOSHIBA экспертного класса в динамике наблюдения. При использовании цветного доплеровского картирования проводили оценку сосудистой ангиоархитектоники, особенностей паренхиматозного кровотока (его наличие, усиление или отсутствие). Также проводили импульсную доплерографию с оценкой индексов доплерографии.

Показатели сосудистого кровотока базировались на оценке артериального

Продолжение на стр. 4.

О.В. Ромашенко, д.м.н., ГУ «Інститут урології НАМН України», г. Київ

Достижение сексуального комфорта в постменопаузе как составляющей качества жизни

Продолжение. Начало на стр. 3.

кровотока маточной артерии, яичниковых артерий, а также сосудов влагалища и клитора. Индексы доплеровских кривых получали при совокупности комбинаций нескольких доминантных признаков сосудистой кривой. При исследовании использовали один и тот же угол сканирования между лучом и сосудом, который составлял от 0 до 40°, а также проводилась оценка доплеровских сигналов хорошего качества. Индексы доплеровских кривых получали из комбинации признаков этих кривых. Нами были использованы следующие индексы: минутный объем сосудистого кровотока (VS см³/с).

Оценку рН-метрии слизистой влагалища проводили до и через 30-40 мин после стимуляции (при использовании видеозротической стимуляции и локально лубриканта с афродизиаками).

Результаты и обсуждение

Анализ результатов комплексного обследования показал, что УГР различной степени выраженности наблюдались у большинства женщин уже через год с момента наступления менопаузы и приобретали стабильность по истечении 2-3 лет. Следует отметить, что у пациенток, перенесших хирургическое лечение (надвлагалищную ампутацию матки с придатками), они развивались раньше (через год) и сопровождалась более выраженной клинической симптоматикой. Нарушение лубрикации с последующим формированием диспареунии (в большей или меньшей степени выраженности) было отмечено у женщин всех групп. К описанным выше УГР со временем (при отсутствии адекватных действий) присоединялись другие УГР, такие как цисталгия, частые мочеиспускания, никтурия, усилившиеся выделения из половых путей и т.д. (рис. 1).

При сопоставлении результатов обследования женщин данной возрастной группы мы убедились в наличии клинических параллелей между степенью выраженности УГР и состоянием сексуального здоровья.

Состояние дискомфорта по причине уменьшения лубрикации и болезненного полового акта, снижения желания, возрастающей частоты аноргазмии большинство пациенток обеих групп начали испытывать через 1-2 года с момента менопаузы. Все это сказывалось на характере интимных отношений партнеров и было одной из основных причин уменьшения частоты половых контактов (рис. 2).

Согласно результатам наблюдений, представленных на рисунке 2, частота половых контактов у большинства женщин первой (60%) и второй (54,5%) групп не превышала 4 раз в месяц. Значительная часть (36,4%) пациенток отмечали, что частота половых контактов после хирургического лечения уменьшилась и была реже 1 раза в месяц. Большинство из обследованных респондентов связывали это также с психологическими проблемами пары в послеоперационном периоде и с формированием сексуальных дисгармоний в дальнейшем.

В спектре сексуальных дисфункций у женщин первой группы преобладали диспареуния (86,4%), как следствие – нарушения лубрикации (90%), а также снижение сексуального желания (50%). У пациенток второй группы диспареуния (86,4%) на фоне нарушения лубрикации (86,4%) наблюдалась, как правило, по истечении 1-2 лет после операции и

сочеталась с другими сексуальными дисфункциями различной степени выраженности (рис. 3).

У 25% пациенток первой и 40,9% второй групп достижение оргазма отмечено менее чем при 50% половых актов, что свидетельствует о формировании вторичной половой холодности с момента наступления менопаузы.

Показатели рН-метрии слизистой влагалища у женщин первой группы в состоянии покоя находились в пределах 6,5-7,5, а после стимуляции – 6,7-7,8; у пациенток второй группы – 7,1-7,5 и 7,5-8 соответственно. Повышение показателей рН у женщин данной возрастной группы сочеталось с развитием атрофических изменений слизистой влагалища на фоне установленного эстрогенового дефицита.

При оценке доплерографии сосудов клитора у женщин первой группы скорость объемного кровотока составила 1,5-2,2 см/с в покое и 3,8-4,5 см/с через 30-40 мин после стимуляции (в норме этот показатель соответствует 5,5-7,5 см/с). Следует отметить, что у пациенток как первой, так и второй группы с выраженной диспареунией, сочетающейся во всех случаях со снижением либидо и полной или частичной аноргазмией, показатели доплерографии имели свое отличие: скорость объемного кровотока сосудов клитора в покое и после видеозротической стимуляции с использованием возбуждающих лубрикантов была низкой – от 0,7 до 1,2 см/с.

У женщин с выраженной диспареунией, сочетающейся со снижением либидо и аноргазмией, наблюдалось снижение уровня E2 (в 1,5-1,7 раза – первая группа; в 1,7-2,2 раза – вторая группа).

Можно предположить, что на фоне эстрогенового дефицита, особенно выраженного у женщин спустя 1-2 года после удаления матки с придатками, наблюдалось

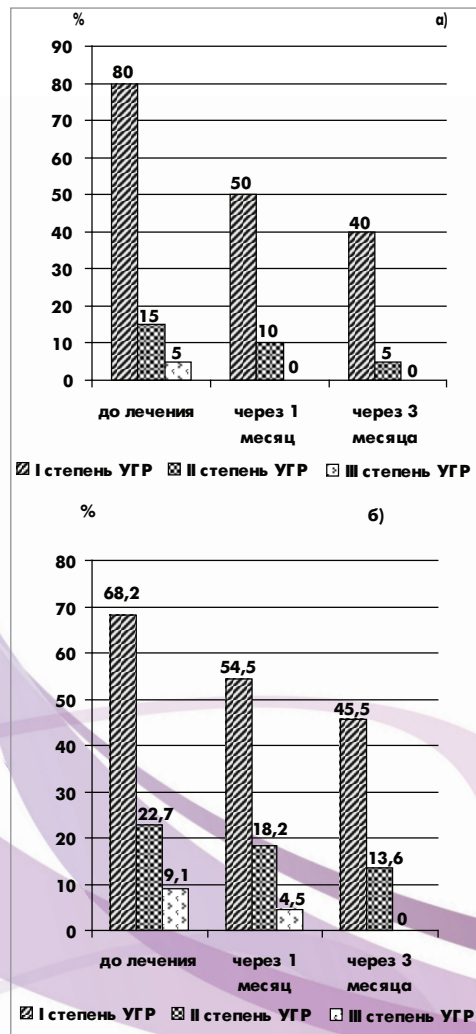


Рис. 1. Частота и степень УГР у женщин в период менопаузы: а – физиологической (n=20); б – хирургической (n=22)

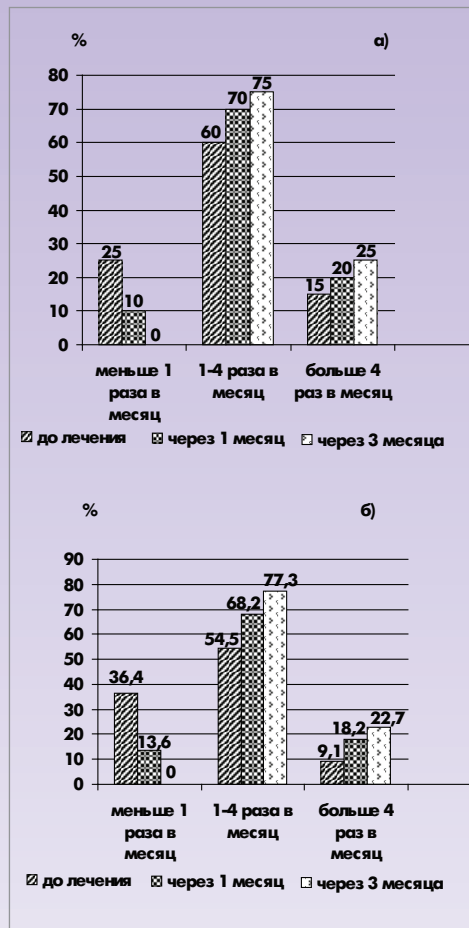


Рис. 2. Частота половых контактов у женщин в период менопаузы: а – физиологической (n=20); б – хирургической (n=22)

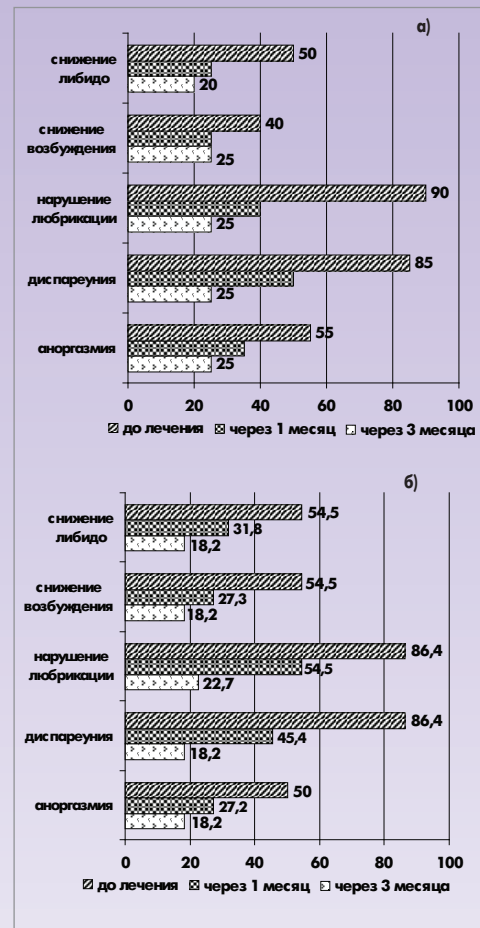


Рис. 3. Спектр сексуальных дисфункций у женщин в период менопаузы: а – физиологической (n=20); б – хирургической (n=22)

развитие атрофических изменений слизистой влагалища, сопровождающееся уменьшением лубрикации с развитием диспареунии, снижением либидо и аноргазмией в дальнейшем.

Мы убеждаемся, что значимость адекватных эстрогеновых уровней в сохранении вагинальной чувствительности и в предупреждении развития диспареунии, а на ее фоне и снижения либидо, аноргазмии невозможно переоценить в период менопаузы.

По мере нарастания прогрессирующих атрофических изменений во влагалище отмечено снижение скорости объемного кровотока клитора, значительное повышение рН влагалища (до 6,5-7,8) и незначительное изменение этих показателей после адекватной эротической стимуляции.

Мы убедились, что нарушения состояния сексуального здоровья в большей или меньшей степени выраженности были установлены почти у всех обследованных женщин данной возрастной группы.

Важно отметить, что сексуальные дисфункции у большинства из обследованных пациенток сочетались с состоянием разочарования, снижения самооценки, угнетения, раздражительности и предопределяли возникновение психоэмоциональной нестабильности и депрессии у многих из них, по принципу обратной связи передавались их партнерам. Однако женщины на такие нарушения не обращали внимания и за специализированной сексологической помощью не обращались. В то же время 17 (85%) пациенток первой и 15 (68,2%) второй групп связывали сохранение сексуальных отношений и сексуальной востребованности с показателями жизненной активности, эмоциональной насыщенности.

Проведенные исследования свидетельствуют о необходимости адекватных действий по своевременному предупреждению возникновения сексуальных дисфункций у женщин в период менопаузы, их своевременной диагностики и коррекции, особенно значимых на ранних этапах их формирования.

На фоне проводимой терапии с включением Овестина уже через 2-3 недели от начала использования препарата было отмечено улучшение лубрикации, восстановление скорости объемного кровотока влагалища и клитора до показателей нормы, характерных для пациенток данной возрастной группы. К тому же в течение

первого месяца в большинстве случаев пациентками обеих групп было отмечено достижение эмоционального комфорта от начала приема препарата.

Согласно данным, представленным на рисунке 1, частота УГР I степени через месяц проводимой терапии уменьшилась среди пациенток первой группы в 1,6 раза, а второй – в 1,3, а спустя 3 месяца – в 2 раза и в 1,5 раза соответственно. По истечении 3 месяцев отмечено уменьшение частоты УГР II степени в двух группах, а УГР III степени не наблюдались вообще. Это непосредственно сказалось на улучшении общего самочувствия, интенсивности и качестве половых отношений. На фоне проводимой терапии у большинства женщин обеих групп отмечено увеличение частоты половых контактов, сопровождающихся достижением эмоционального и физического удовлетворения, что было обусловлено улучшением лубрикации у 50% женщин первой и 31,9% второй групп уже через месяц от начала применения Овестина. У этих же пациенток было отмечено уменьшение показателей рН слизистой влагалища от 5,4 до 6,5 в период покоя и его увеличение до 7,5-7,8 при сексуальной стимуляции. Скорость объемного кровотока аналогично возрастала (от 2,5 до 3,7 см/с) и после видеозротической стимуляции с использованием афродизиаков – до 4,5-6,5 см/с. Полученные результаты свидетельствуют об улучшении вазоконгестии и кровенаполнения сосудов гениталий при сексуальной стимуляции и достижении психоэмоционального комфорта на фоне приема Овестина.

Отсутствие достижения должного сексуального эффекта при назначении Овестина у некоторых женщин было предопределено значительными изменениями микробиоценоза слизистых УГТ, связанных с активным назначением ранее схем антибактериальной терапии (в основном необоснованной) при устранении УГР и требующих более длительной коррекции возникших нарушений.

При этом важно отметить, что женщины, достигшие положительного клинического результата и прекратившие использование данного препарата, уже по истечении 1-2 месяцев отмечали возобновление симптомов УГР. Это обстоятельство подтверждает значимость использования эстриолодсодержащего препарата Овестин.

Список литературы находится в редакции. MSD-PROMO-OVE-57-06/11