

ОЦЕНКА СЕКСУАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ МЕТОДОВ АПИКАЛЬНОЙ ФИКСАЦИИ ПРИ ПРОЛАПСЕ ТАЗОВЫХ ОРГАНОВ У ЖЕНЩИН

Изучена сексуальная функция у 109 пациенток, страдающих пролапсом тазовых органов до, после, а также в зависимости от методов его хирургической коррекции. Исследование проводилось с помощью анкетирования и анализа данных, полученных при определении индекса женской сексуальной функции (FSFI), сравнивая результаты до и через 12-24 месяцев после оперативного лечения.

Установлено, что применение органосохраняющих технологий в хирургическом лечении генитального пролапса у женщин репродуктивного возраста способствует улучшению сексуальной функции в 71 % случаев, что отражается в достоверном возрастании индекса сексуальной функции. В то же время, проведение влагалищной экстирпации матки у пациенток репродуктивного возраста в 45 % случаев приводит к ухудшению сексуальной функции, что отражается в достоверном снижении среднего значения индекса сексуальной функции и двукратном уменьшении числа женщин, находящихся в состоянии сексуального комфорта.

Ключевые слова: гистерэктомия; генитальный пролапс; сексуальная дисфункция; диспареуния

Mirovich E.E.

Donetsk State Medical University named after M. Gorky, Donetsk, Russia

ASSESSMENT OF SEXUAL FUNCTION DEPENDING ON METHODS OF APICAL FIXATION FOR PELVIC ORGAN PROLAPSE IN WOMEN

Sexual function of 109 patients suffering from pelvic organ prolapse was studied before, after, depending on the methods of its surgical correction. The study was conducted using questionnaires and analysis of data obtained in results got before and 12-24 months after surgical treatment the correlation is based on index of female sexual function (FSFI). It was found that the implementation of organ-preserving technologies in the surgical treatment of genital prolapse in women of reproductive age contributes to the improvement of sexual function in 71 % of cases, which is reflected in a significant increase in the index of sexual function. At the same time, vaginal extirpation of the uterus in patients of reproductive age in 45 % of cases leads to a deterioration in sexual function, which is reflected in a significant decrease in average according to index of sexual function and a twofold decrease in the number of women in a state of sexual comfort.

Key words: hysterectomy; genital prolapse; sexual dysfunction; dyspareunia

Опущение и выпадение тазовых органов у женщин приводит к возникновению различных нарушений их функции, оказывающих выраженное негативное влияние на качество жизни. Одной из важных составляющих качества жизни является состояние сексуальной функции. Данная функция характеризуется наличием ряда сексуальных реакций, включающих в себя фазы влечения, возбуждения, оргазма и разрешения [1]. Опущение тазовых органов и нарушение их взаиморасположения обуславливает появление физических, психологических и эмоциональных факторов, оказывающих отрицательное воздействие на формирование нормальных сексуальных реакций у женщин.

Среди физических факторов необходимо отметить наличие венозного застоя и нарушения ин-

нервации, дискомфорт и болевые ощущения при половой близости, вызванные ощущением инородного тела во влагалище. Такие психологические факторы, как тревожность, стрессы, депрессия и другие поведенческие расстройства часто сопровождают данное заболевание. Но еще в большей степени отрицательное влияние на сексуальную функцию оказывает возникающее чувство неловкости, собственной непривлекательности, негативное восприятие образа собственного тела [2, 3].

Учитывая вышеизложенное, логично предположить, что хирургическая коррекция пролапса, устраняя анатомические нарушения и, тем самым, повышая самооценку пациенток, должна способствовать улучшению состояния их сексуальной функции. Вместе с тем, любое оперативное лечение,

Информация для цитирования:



10.24412/2686-7338-2024-2-46-51



XQKUOW

Мирович Е.Е. ОЦЕНКА СЕКСУАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ МЕТОДОВ АПИКАЛЬНОЙ ФИКСАЦИИ ПРИ ПРОЛАПСЕ ТАЗОВЫХ ОРГАНОВ У ЖЕНЩИН //Мать и Дитя в Кузбассе. 2024. №2(97). С. 46-51.



сопровождаясь хирургической травмой, влечет за собой нарушение иннервации и кровоснабжения, формирование рубцовых изменений влагалища и промежности, что может оказывать также и негативное воздействие.

Цель данного исследования — изучение сексуальной функции женщин, страдающих пролапсом тазовых органов до, после, а также в зависимости от методов его хирургической коррекции.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Исследование охватывает 10-летний период деятельности клиники в отношении хирургического лечения генитального пролапса. За этот период по поводу данного заболевания были прооперированы 718 пациенток. Повторный осмотр и оценка результатов лечения в сроках от 12 до 24 месяцев после операции был проведен у 452 женщин. Учитывая, что на адекватность сексуальных реакций у женщин влияют такие факторы, как возраст, гормональный фон, различающийся в разные периоды жизни, наличие эндокринных и ряда соматических заболеваний, систематический прием целого ряда медикаментозных препаратов [4], в исследование были включены соматически здоровые пациентки репродуктивного возраста. Таких женщин было 142, что составило 31,4 % от общего количества повторно осмотренных. Кроме того, из исследования были исключены 9 пациенток, оперированных по поводу постгистерэктомического пролапса, и 22 — не имеющих сексуальных контактов в течение последнего месяца перед контрольным осмотром. Таким образом, группа исследования составила 109 женщин в возрасте от 28 до 46 лет (средний возраст $41,3 \pm 3,49$ лет). В соответствии с классификацией POPQ, по поводу пролапса 2 степени были прооперированы 27 пациенток, 3 степени — 82.

Исследование проводилось путем анализа данных, полученных при определении индекса женской сексуальной функции (FSFI) [5] до и через 12-24 месяцев после оперативного лечения. Данный показатель рассчитывается на основании самоконтролируемого анкетного опроса, включающего 19 вопросов, позволяющих оценить особенности полового влечения, возбуждения, увлажнения влагалища, оргазма, достижения сексуального удовлетворения, наличия

или отсутствия диспареунии. Балл по каждому пункту, оценивающему сексуальную функцию женщины, высчитывается умножением полученного показателя на множитель, представленный в таблице 1. Общий балл получают, суммируя показатели по каждому пункту. Полученные результаты оценивают следующим образом: количество баллов до 14 — выраженная степень сексуальной дисфункции, 15-21 — умеренная степень, 22-28 — низкая степень, 29 и выше — состояние сексуального комфорта. Кроме того, с целью оценки каждого отдельно взятого показателя сексуальной функции мы приняли его значение менее «4», как сниженное.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Исследование изучаемых показателей сексуальной функции женщин с генитальным пролапсом, проведенное накануне оперативного лечения, показало следующее: снижение сексуального влечения было отмечено у 40 пациенток ($36,7 \pm 4,6$ % от общего количества); нарушение процессов возбуждения наблюдалось у 14 ($12,8 \pm 3,2$ %); недостаточная lubricация влагалища имела место у 24 ($22,0 \pm 4,0$ %); отсутствие или эпизодическое наличие оргазма отмечалось у 70 женщин ($64,2 \pm 4,6$ %); болевые ощущения или дискомфорт во время или после полового акта всегда или почти всегда испытывали 25 пациенток ($22,9 \pm 4,0$ %). При этом неудовлетворенность сексуальной жизнью отмечали всего 10 пациенток ($9,2 \pm 2,8$ %). Среднее значение индекса женской сексуальной функции составляло $24,04 \pm 4,22$.

При общей оценке индекса сексуальной функции в состоянии сексуального комфорта находились 29 женщин ($26,6 \pm 4,2$ %), низкую степень сексуальной дисфункции имели 43 ($39,4 \pm 4,7$ %), умеренную степень — 37 ($33,9 \pm 4,5$ %). Следовательно, сексуальная дисфункция той или иной степени при пролапсе тазовых органов имела место почти у каждой 3 из 4 женщин.

При анализе тех же показателей сексуальной функции, проведенном через 12-24 месяца после оперативного лечения пролапса, было установлено следующее: снижение сексуального влечения было отмечено у 39 пациенток ($35,8 \pm 4,6$ % от общего количества); нарушение процессов возбуждения на-

Таблица 1
Ключ для расчета баллов, оценивающих показатели сексуальной функции у женщин по опроснику FSFI
Table 1

Key for calculating scores assessing sexual function in women using the FSFI questionnaire

Показатель сексуальной функции	Номер вопроса	Диапазон	Множитель	Мин. Балл	Макс. Балл
Влечение	1, 2	1-5	0,6	1,2	6
Возбуждение	3, 4, 5, 6	0-5	0,3	0	6
Увлажнение	7, 8, 9, 10	0-5	0,3	0	6
Оргазм	11, 12, 13	0-5	0,4	0	6
Удовлетворенность	14, 15, 16	0-5	0,4	0	6
Боль	17, 18, 19	0-5	0,4	0	6
Общий балл				1,2	36

блюдалось у 29 ($26,6 \pm 4,2 \%$); недостаточная lubricация влагалища имела место у 34 ($31,2 \pm 4,4 \%$); болевые ощущения или дискомфорт во время или после полового акта всегда или почти всегда испытывали 45 ($41,3 \pm 4,7 \%$). Неудовлетворенность сексуальной жизнью также возросла и была отмечена у 33 пациенток ($30,3 \pm 4,4 \%$). То есть, по всем перечисленным показателям имело место ухудшение состояния сексуальной функции. Вместе с тем, число женщин, имеющих проблемы с наличием оргазма, уменьшилось и составило 57 ($51,4 \pm 4,8 \%$). Несмотря на ухудшение значений большинства фаз сексуального цикла, среднее значение индекса женской сексуальной функции составляло $22,83 \pm 5,35$ и достоверно не отличалось от значения, полученного до оперативного лечения ($P > 0,05$).

Общая оценка индекса сексуальной функции до и после оперативного лечения также практически не различалась. Так, в состоянии сексуального комфорта находились 28 женщин ($25,7 \pm 4,2 \%$), низкую степень сексуальной дисфункции имели 37 ($33,9 \pm 4,5 \%$), умеренную степень — 34 ($31,2 \pm 4,4 \%$), выраженную степень — 10 ($9,2 \pm 2,8 \%$). Следовательно, сексуальная дисфункция той или иной степени после хирургического лечения пролапса тазовых органов также имела место почти у каждых 3 из 4 женщин.

Средние значения показателей сексуальной функции женщин до и через 12-24 месяцев после хирургического лечения генитального пролапса представлены в таблице 2.

Как видно из таблицы, статистически значимые различия изучаемых показателей до и после операции отсутствовали, за исключением болезненности во время или после полового акта. Возрастание в послеоперационном периоде такого показателя, как диспареуния, требует дальнейшего изучения и анализа его причин.

Вместе с тем, при изучении индивидуального состояния сексуальной функции у исследуемых женщин было установлено следующее: улучшение отметили 39 женщин ($35,8 \pm 4,6 \%$), сексуальная функция без изменений осталась у 36 ($33,0 \pm 4,5 \%$), ухудшение — у 34 ($31,2 \pm 4,4 \%$). Женщины, отмечавшие ухудшение сексуальной функции после хи-

рургической коррекции пролапса, расценивали данные нарушения как осложнения оперативного лечения и оценивали его результат как негативный.

Следующим этапом нашего исследования было изучение состояния сексуальной функции в зависимости от методов хирургической коррекции пролапса. Целью хирургического лечения данного заболевания является восстановление или укрепление поддержки тазовых органов. Как известно, их поддержка основана на синергичном взаимодействии двух механизмов, пассивного и активного. Пассивную осуществляет лигаментарно-фасциальный комплекс, выполняющий роль гамака при повышении внутрибрюшного давления и препятствующий смещению тазовых органов книзу. Активная поддержка обеспечивается рефлекторным сокращением мышц тазового дна в ответ на повышение внутрибрюшного давления, и также препятствует смещению тазовых органов. Таким образом, оптимальная хирургическая коррекция должна быть направлена на восстановление обоих механизмов. В связи с этим, у всех исследуемых женщин с целью укрепления активной поддержки была выполнена задняя кольпорафия с пликацией леваторов. Кроме того, у 102 женщин из 109 ($93,6 \%$) отмечались дефекты пубоцервикальной фасции, в связи с чем им была выполнена передняя кольпорафия с фасциальной реконструкцией. Таким образом, различия в видах хирургического лечения у исследуемых женщин касались методов апикальной фиксации.

Из методов апикальной фиксации наиболее часто, а именно в 47 случаях, использовалась влагалищная экстирпация матки. Данная операция, являющаяся «золотым стандартом» хирургического лечения генитального пролапса [6], подразумевает удаление здорового органа в связи с его опущением с целью более проксимальной фиксации культи влагалища к комплексу кардинальных и крестцово-маточных связок. Пациентки после перенесенной влагалищной экстирпации были включены в первую группу исследования. Средний возраст их составил $42,23 \pm 1,35$ лет. По поводу пролапса 2 степени были прооперированы 5 ($10,6 \pm 4,5 \%$) женщин, 3 степени — 42 ($89,4 \pm 4,5 \%$).

До оперативного лечения регулярный оргазм испытывали 11 женщин. Периодически дискомфорт

Таблица 2
Показатели сексуальной функции до и после хирургического лечения пролапса тазовых органов
Table 2
Indicators of sexual function before and after surgical treatment of pelvic organ prolapse

Показатель сексуальной функции	До операции (n = 109)	После операции (n = 109)	P
Влечение	$3,32 \pm 1,29$	$3,41 \pm 1,08$	$> 0,05$
Возбуждение	$4,71 \pm 0,89$	$4,23 \pm 0,97$	$> 0,05$
Увлажнение	$4,20 \pm 0,74$	$3,91 \pm 0,84$	$> 0,05$
Оргазм	$3,31 \pm 1,19$	$3,39 \pm 1,12$	$> 0,05$
Удовлетворенность	$4,31 \pm 0,75$	$4,07 \pm 0,96$	$> 0,05$
Боль	$4,28 \pm 0,93$	$3,79 \pm 1,11$	$< 0,05$
Общий балл	$24,11 \pm 4,25$	$22,83 \pm 5,35$	$> 0,05$

и боль во время полового акта отмечали 12. В состоянии сексуального комфорта находились 10 женщин ($21,3 \pm 6,0 \%$) этой группы, 18 ($38,3 \pm 7,1 \%$) имели низкую степень сексуальной дисфункции, 19 ($40,4 \pm 7,2 \%$) — умеренную. Общий балл $23,32 \pm 3,97$.

После операции у 8 ($17,0 \pm 5,5 \%$) женщин сексуальная функция улучшилась. Усилились сексуальное влечение, возбуждение и степень увлажнения влагалища, увеличилась частота оргазма. За счет лучшего увлажнения реже проявлялись эпизоды диспареунии у 6. У 2 женщин произошел переход из умеренной степени сексуальной дисфункции в состояние сексуального комфорта, у 6 — из умеренной в низкую. По нашему мнению, улучшение произошло в связи с исчезновением дискомфорта, связанного с наличием опущения, и улучшения психологического состояния пациенток. Немалую роль в этом вопросе, по-видимому, сыграло исчезновение опасений наступления непланируемой беременности.

У 18 ($38,3 \pm 7,1 \%$) женщин изменений состояния сексуальной функции отмечено не было.

У 21 ($44,7 \pm 7,3 \%$) пациентки наступило ухудшение. Существенно снизились сексуальное влечение, возбуждение и увлажнение влагалища. Оргазм испытывали только 8 женщин. Из состояния сексуального комфорта в состояние умеренной степени дисфункции перешли 2 женщины, в выраженную степень дисфункции — 5. Из низкой степени сексуальной дисфункции перешли в умеренную — 2, из низкой в выраженную — 10, из умеренной в выраженную — 2.

В итоге, после операции в состоянии сексуального комфорта находились 5 ($10,6 \pm 4,5 \%$) женщин, низкая степень сексуальной дисфункции имела место у 11 ($23,4 \pm 6,2 \%$), умеренная — у 14 ($29,8 \pm 6,7 \%$), выраженная — у 17 ($36,2 \pm 7,0 \%$). Общий балл индекса сексуальной функции составил $19,28 \pm 5,34$, а негативную оценку результатов хирургического лечения дали 21 пациентка ($44,7 \%$ от общего количества женщин в группе).

Столь неудовлетворительный результат применения влагалищной экстирпации матки с целью лечения пролапса тазовых органов у женщин репродуктивного возраста мы связываем с тем, что удаление органа приводит к потере его гормональной рецепции и эндокринной функции, что, наряду с нарушением кровообращения, в ряде случаев может способствовать инволюции яичников и усилению гонадотропной функции гипофиза. Все это обуславливает нарушения гипоталамо-гипофизарных взаимоотношений, изменяет способность к адаптации, которая усугубляется психоэмоциональным стрессом и диссонансом в сексуальной сфере.

Следующая по численности группа (вторая группа) в количестве 28 женщин была после перенесенной лапароскопической промонтофиксации. Их средний возраст составил $41,82 \pm 2,60$ лет и не имел достоверного различия со средним возрастом пациенток первой группы. С пролапсом 2 степени было

9 пациенток ($32,1 \pm 8,8 \%$), 3 степени — 19 ($67,9 \pm 8,8 \%$). То есть, у пациенток первой группы более тяжелая степень заболевания отмечалась чаще.

Во второй группе до оперативного лечения в состоянии сексуального комфорта находились 7 ($25,0 \pm 8,2 \%$) женщин, низкую степень сексуальной дисфункции имели 13 ($46,4 \pm 9,4 \%$), умеренную — 8 ($28,6 \pm 8,5 \%$). Общий балл индекса сексуальной функции составлял $24,36 \pm 3,90$. Таким образом, до оперативного лечения состояние сексуальной функции женщин первой и второй групп существенно не различалось.

После операции улучшение сексуальной функции было отмечено у 20 ($71,4 \pm 8,5 \%$) женщин второй группы. У них усилилось влечение, возбуждение, увлажнение влагалища. Увеличение частоты оргазмов имело место у 15, болезненность или дискомфорт во время или после полового акта прекратились у 7. 8 женщин перешли из состояния низкой степени дисфункции в состояние сексуального комфорта, 4 — из умеренной степени в низкую, 8 пациенток, имевших низкую степень, остались там же, но с более высокими показателями.

У 6 ($21,4 \pm 7,8 \%$) пациенток состояние сексуальной функции не изменилось, а ухудшение было отмечено у двоих ($7,1 \pm 4,9 \%$). У этих женщин появилась диспареуния, у одной из них исчез оргазм. Одна женщина перешла из состояния сексуального комфорта в состояние низкой дисфункции и одна — из низкой в умеренную.

В итоге, во второй группе после оперативного лечения состояние сексуального комфорта отмечено у 14 женщин ($50,0 \pm 9,4 \%$), что 2 раза выше, чем до операции, в состоянии низкой степени сексуальной дисфункции — 13 ($46,4 \pm 9,4 \%$), умеренной степени — 1 ($3,6 \pm 3,5 \%$). Общий балл индекса женской сексуальной функции составил $27,61 \pm 2,92$, а негативную оценку результатам хирургического лечения дали только 2 пациентки ($7,1 \pm 4,9 \%$), что более чем в 6 раз меньше, чем в первой группе.

Третью группу составили 18 женщин, у которых пролапс проявлялся преимущественно за счет элонгации шейки матки, в связи с чем методом апикальной фиксации являлась ее ампутиация с транспозицией влагалищных сводов и кардинальных связок. Средний возраст пациенток составил $38,28 \pm 4,14$ лет. По поводу пролапса 2 степени были прооперированы 8 ($44,4 \pm 11,7 \%$) женщин, 3 степени — 10 ($55,6 \pm 11,7 \%$).

В третьей группе до оперативного лечения в состоянии сексуального комфорта находились 5 ($27,8 \pm 10,6 \%$) женщин, с низкой степенью дисфункции — 7 ($38,9 \pm 11,5 \%$), с умеренной — 6 ($33,3 \pm 11,1 \%$). Общий балл индекса женской сексуальной функции составлял $23,89 \pm 4,67$. То есть, достоверных различий с пациентками первых двух групп не было.

После операции улучшение сексуальной функции было отмечено у 10 пациенток ($55,6 \pm 11,7 \%$). Диспареуния исчезла у 5, частота оргазма увеличи-

лась у 8. 2 женщины перешли из состояния низкой степени дисфункции в состояние сексуального комфорта, 4 — из умеренной в низкую, 4, находившиеся с состоянием низкой степени дисфункции по уровню показателей, остались там же, но с более высокими показателями.

У 6 ($33,3 \pm 11,1$ %) пациенток состояние сексуальной функции не изменилось, у двоих было отмечено ухудшение ($11,1 \pm 7,4$ %). У этих женщин появилась диспареуния. Обе женщины перешли из состояния низкой дисфункции в умеренную.

В итоге, в третьей группе после оперативного лечения состояние сексуального комфорта достигнуто у 7 женщин ($38,9 \pm 11,5$ %), что почти в полтора раза выше, чем до операции, в состоянии низкой степени сексуальной дисфункции — 9 ($50,0 \pm 11,8$ %), умеренной степени — 2 ($11,1 \pm 7,4$ %). Общий балл индекса женской сексуальной функции составил $26,5 \pm 3,0$, а негативную оценку результатам хирургического лечения дали 2 пациентки ($11,1 \pm 7,4$ %), что в 4 раза меньше, чем в первой группе, но в 1,5 раза выше, чем во второй за счет увеличения частоты диспареунии. Учитывая небольшую статистическую выборку третьей группы женщин, данное обстоятельство следует расценивать как тенденцию. Тем не менее, травматизация такой эрогенной зоны, как шейка матки, с последующими рубцовыми изменениями могла послужить ее причиной.

Кроме описанных трех групп пациенток в нашем исследовании были еще две малочисленные группы, изучение которых не могло дать статистически значимых данных. Тем не менее, мы проанализировали состояние сексуальной функции и у этих женщин.

Так, четвертую группу составили 11 пациенток в возрасте $40,45 \pm 3,32$ лет после выполнения апикулярной фиксации методом лапароскопической вентрофиксаци; пятую группу — 5 пациенток в возрасте $42,0 \pm 0,8$ лет после сакроспинальной цервиксфиксаци. Оба этих метода хирургического лечения отличаются от предыдущих жесткой фиксацией матки с изменением оси влагалища по отношению к оси таза.

В четвертой группе до операции регулярный оргазм испытывали 6 женщин, периодически дискомфорт или боль во время полового акта испытывали 2 пациентки. В состоянии сексуального комфорта находились 6 пациенток, низкую степень сексуальной дисфункции имели 3, умеренную степень — 2. Общий балл индекса женской сексуальной функции составлял $27,09 \pm 4,24$.

После операции улучшений не было. Сексуальная функция у 5 женщин не изменилась, диспареуния добавилась у 6 женщин, в связи с чем у них отмечено снижение других фаз сексуальных реакций. Регулярный оргазм остался только у 2 женщин. В состоянии сексуального комфорта осталась одна, 4 женщины из состояния комфорта перешли в состояние умеренной дисфункции, и одна — в состояние низкой дисфункции. Общий балл индекса женской сексуальной функции снизился до $21,64 \pm$

2,63. В итоге, 6 пациенток оценили результаты лечения негативно (54,5 %).

В пятой группе до операции диспареуния отмечалась у одной пациентки, регулярный оргазм испытывала также одна женщина. В состоянии сексуального комфорта находилась одна пациентка, 3 женщины имели низкую степень сексуальной дисфункции, одна — умеренную. Общий балл индекса женской сексуальной функции составлял $23,4 \pm 4,32$.

После операции у одной пациентки было отмечено улучшение, заключающееся в появлении отсутствовавшего оргазма. Данная пациентка перешла из состояния низкой степени дисфункции в состояние сексуального комфорта. У одной пациентки с умеренной степенью сексуальной дисфункции изменений не было. У трех женщин появилась выраженная диспареуния, вследствие чего отмечено снижение других фаз сексуальных реакций и переход из низкой степени в умеренную степень сексуальной дисфункции. Общий балл индекса женской сексуальной функции снизился до $19,0 \pm 4,4$. В итоге, 3 пациентки (60 %) оценили результаты лечения негативно.

ВЫВОДЫ

1. У женщин репродуктивного возраста, страдающих пролапсом тазовых органов, имеет место нарушение сексуальной функции. Только четвертая часть из них находится в состоянии сексуального комфорта.

2. После хирургического лечения в смешанной группе пациенток с применением различных технологий апикулярной фиксации общее количество женщин с сексуальной дисфункцией остается таким же, как и до операции. Вместе с тем, у них наблюдается как улучшение или ухудшение, так и отсутствие изменений примерно в равных пропорциях.

3. После производства влагалищной экстирпации матки у пациенток репродуктивного возраста в 45 % случаев отмечается ухудшение сексуальной функции, что отражается в достоверном снижении среднего значения индекса сексуальной функции и двукратном уменьшении числа женщин, находящихся в состоянии сексуального комфорта.

4. Применение органосохраняющих технологий в хирургическом лечении генитального пролапса у женщин репродуктивного возраста способствует улучшению сексуальной функции в 71 % случаев, что отражается в достоверном возрастании индекса сексуальной функции и двукратном увеличении числа женщин, находящихся в состоянии сексуального комфорта.

5. Большое количество случаев диспареунии у пациенток после применения методов жесткой апикулярной фиксации с изменением оси влагалища по отношению к оси таза в связи с небольшой статистической выборкой нельзя считать доказанной. Данное обстоятельство требует дальнейшего изучения и анализа на большем клиническом материале.

Информация о финансировании и конфликте интересов

Исследование не имело спонсорской поддержки.

Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES:

1. Basson R, Berman J, Burnett A, Derogatis L, Ferguson D, Fourcroy J, et al. Report of the International Consensus Development Conference on Female Sexual Dysfunction: Definitions and Classifications. *J Urol.* 2000; 163(3): 888-893. DOI: 10.1016/S0022-5347(05)67828-7
2. Jelovsek JE, Barber MD. Women seeking treatment for advanced pelvic organ prolapse have decreased body image and quality of life. *Am J Obstet Gynecol.* 2006; 194(5): 1455-1461. DOI: 10.1016/j.ajog.2006.01.060
3. Lowenstein L, Gamble T, Sanses TV, van Raalte H, Carberry C, Jakus S, et al. Sexual function is related to body image perception in women with pelvic organ prolapse. *J Sex Med.* 2009; 6(8): 2286-2291. DOI: 10.1111/j.1743-6109.2009.01329.x
4. Giraldi A, Rellini AH, Pfaus J, Laan L. Female sexual arousal disorders. *J Sex Med.* 2013; 10(1): 58-73. DOI: 10.1111/j.1743-6109.2012.02820.x
5. Rosen R, Brown C, Heiman J, Leiblum S, Meston C, Shabsigh R, et al. (). The Female Sexual Function Index (FSFI): a multi-dimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *J Sex Marital Ther.* 2000; 26(2): 191-208. DOI: 10.1080/009262300278597

КОРРЕСПОНДЕНЦИЮ АДРЕСОВАТЬ:

МИРОВИЧ Екатерина Евгеньевна

283003, г. Донецк, пр. Ильича, д. 16, ФГБОУ ВО ДонГМУ им. М. Горького Минздрава России

E-mail: mirovich.k@gmail.com

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРЕ

МИРОВИЧ Екатерина Евгеньевна, канд. мед. наук, ассистент кафедры акушерства и гинекологии, ФГБОУ ВО ДонГМУ им. М. Горького Минздрава России; зав. гинекологическим отделением, ЦГКБ № 6, г. Донецк, Россия.
E-mail: mirovich.k@gmail.com

INFORMATION ABOUT AUTHOR

MIROVICH Ekaterina Evgenievna, candidate of medical sciences, assistant of the department of obstetrics and gynecology, Donetsk State Medical University named after M. Gorky; head of the gynecological department, Central City Clinical Hospital N 6, Donetsk, Russia.
E-mail: mirovich.k@gmail.com