

¹ Российский
университет
медицины

² Московский
многопрофильный
научно-клинический
центр
им. С.П. Боткина

³ Родильный
дом № 8
Городской
клинической
больницы № 15
им. О.М. Филатова,
Москва

Сексуальная функция пациенток до и после влагалищных урогинекологических операций

Б.Х. Аушева^{1, 2}, Г.Р. Касян, д.м.н., проф.^{1, 2}, С.Г. Цахилова, д.м.н., проф.^{1, 3},
Д.Ю. Пушкарь, д.м.н., проф.^{1, 2}

Адрес для переписки: Бэлла Хусеновна Аушева, bellausheva@mail.ru

Для цитирования: Аушева Б.Х., Касян Г.Р., Цахилова С.Г., Пушкарь Д.Ю. Сексуальная функция пациенток до и после влагалищных урогинекологических операций. Эффективная фармакотерапия. 2026; 22 (34): 44–50.

DOI 10.33978/2307-3586-2026-22-34-44-50

Актуальность. Хирургическая коррекция тазовых дисфункций способна как улучшить, так и ухудшить в послеоперационном периоде качество сексуальной жизни пациенток. При этом данные о сексуальной функции после операций на тазовом дне немногочисленны и противоречивы.

Цель – изучить динамику сексуальной функции пациенток с тазовыми дисфункциями до и после оперативного лечения.

Материал и методы. В проспективное когортное исследование включено 159 пациенток, перенесших оперативное вмешательство по поводу тазовых дисфункций. До операции помимо стандартного клинического обследования все пациентки заполняли валидированный опросник оценки качества сексуальной жизни PISQ-12 (Pelvic Organ Prolapse/Urinary Incontinence Sexual Questionnaire). После лечения повторное анкетирование проводилось через 3, 6 и 12 месяцев.

Результаты. После операции пациентки статистически значимо реже отмечали коитальное недержание мочи (медиана ответа: «редко» до операции и «никогда» после; $p < 0,001$), боязнь недержания мочи и кала («иногда» и «никогда»; $p < 0,001$), избегание половых контактов из-за выпадения влагалища ($p < 0,001$) и чувство стыда или страха во время полового акта ($p < 0,001$). Общий балл по PISQ-12 после оперативного вмешательства был значимо выше, чем до лечения ($p < 0,001$).

Заключение. Хирургическая коррекция стрессового недержания мочи и пролапса тазовых органов сопровождается значительным улучшением качества сексуальной жизни пациенток. Полученные данные свидетельствуют о том, что правильно выполненная операция не оказывает негативного влияния на сексуальную функцию пациенток.

Ключевые слова: сексуальная дисфункция, пролапс тазовых органов, недержание мочи

Введение

Согласно определению Всемирной организации здравоохранения, женская сексуальная дисфункция – нарушение сексуального влечения, возбуждения, оргазма и/или возникновение диспареунии, приводящее к клинически значимому дистрессу [1]. Распространенность сексуальной дисфункции среди сексуально активных женщин составляет 43% [2]. Этиология женской сексуальной дисфункции многофакторна и включает психологические, гормональные, анатомические и нейрогенные факторы. Женская сексуальность сложна и находится под сильным

влиянием психосоциальных факторов и жизненных событий. Понимание взаимосвязи гинекологического здоровья и сексуальной функции необходимо для эффективной заботы о сексуальном благополучии пациенток. Женщины, страдающие выпадением тазовых органов и недержанием мочи, значительно чаще подвержены сексуальным дисфункциям. У пациенток с урогинекологической патологией сексуальные дисфункции встречаются в три-четыре раза чаще, чем в общей популяции [3]. Эпидемиологические исследования показывают, что с недержанием мочи сталкиваются до 41% взрослых



женщин [4]. У пациенток с более тяжелой формой недержания мочи и у тех, у кого имеет место более чем одна тазовая дисфункция, повышен риск развития сексуальной дисфункции [5]. Наиболее распространенными сексуальными жалобами у женщин с недержанием мочи являются низкое либидо, сухость влагалища и диспареуния [6].

У пациенток с пролапсом тазовых органов нередко наблюдается сексуальная дисфункция, что в значительной степени обусловлено ощущением инородного тела в промежности, а также психологическими факторами, включая тревогу по поводу возможной негативной реакции полового партнера на анатомические изменения в структуре тазового дна. В одном из исследований установлено, что тяжесть генитального пролапса не влияет на сексуальную функцию. Однако роль стадии пролапса и топографии влагалища в настоящее время остается неясной, требуются более масштабные эпидемиологические исследования [7]. Проплапс тазовых органов, равно как и недержание мочи, оказывает кумулятивное негативное влияние на сексуальную функцию, затрагивая преимущественно либидо, сексуальное возбуждение и оргазм [8].

Изменения сексуальной функции могут по-разному восприниматься женщинами. Образ тела и восприятие собственной привлекательности, по-видимому, также играют важную роль в развитии сексуальной дисфункции. Согласно опросам, многие пациентки воздерживаются от половой активности из-за чувства стыда, а также вследствие ошибочных представлений о природе заболевания, в частности из-за опасений, что пролапс может быть связан с инфекционным процессом или злокачественным новообразованием [9].

О коитальном недержании мочи пациентки сообщают редко, поэтому его истинная распространенность недооценивается и варьирует в широких пределах – от 2 до 56% в различных популяциях. Предполагается, что патогенез недержания мочи при половых отношениях связан с оргазмической инконтиненцией при гиперактивном мочевом пузыре, а недержание при фрикциях – со стрессовым недержанием мочи [10]. Боль во время полового акта может иметь множество причин, включая атрофию влагалища, инфекции мочевыводящих и половых путей, эндометриоз, поэтому назначение локальных эстрогенов, гормональная терапия и лечение инфекции могут уменьшить болевые ощущения. Помимо патологии тазового дна на сексуальную функцию значительное влияние оказывают возраст пациентки, число родов и эмоциональные отношения в паре. Увеличение возраста является независимым фактором риска снижения сексуальной функции [11].

Тяжелая травма промежности, в том числе разрывы третьей и четвертой степени, встречается в 1–3% случаев в европейских странах и в 2,2–19% – в США. Проспективное исследование с участием 377 первородящих пациенток показало, что женщины с разрывом промежности 3–4-й степени в пять раз реже

сексуально активны, чем женщины с интактной промежностью, из-за более выраженной и длительной диспареунии. Тяжелая родовая травма промежности также связана со снижением послеродовой половой функции, более высокой частотой диспареунии и более длительным периодом до возобновления сексуальной активности [12].

В клинической практике вопросам сексуальной жизни пациенток уделяется недостаточно внимания. Опрос среди членов Нидерландской ассоциации урологов показал, что только 5,5% респондентов спрашивают пациенток о сексуальной функции, 91% недооценивает частоту женской сексуальной дисфункции, а 40% участников сообщили, что женщины не обращались за помощью по этому поводу, хотя 54% хотели бы этого [13].

Цель – изучить динамику сексуальной функции пациенток с тазовыми дисфункциями до и после вагинальной хирургии.

Материал и методы

В проспективном когортном исследовании (март – октябрь 2023 г.) участвовало 159 женщин, госпитализированных по поводу оперативного лечения по поводу тазовых дисфункций. Всего выполнено 194 оперативных вмешательства, при этом 23 (14%) пациенткам одномоментно проведено более одной операции. Хирургическое лечение включало коррекцию недержания мочи трансобтураторным доступом – 86 (44,4%) случаев, позадилобным доступом – 39 (20,1%), с использованием мини-петель – 4 (2,1%), регулировку контролируемого слинга Remeex – 1 (0,5%), коррекцию пролапса тазовых органов синтетическими протезами – 42 (21,6%) и нативными (собственными) тканями – 22 (11,3%) случая.

Критериями включения в исследование служили симптоматический пролапс тазовых органов и/или недержание мочи.

Критерии исключения: отказ от оперативного вмешательства в ходе исследования ($n = 3$), отказ от участия из-за невозможности явки на повторные визиты (иногородние пациентки).

До операции помимо стандартного обследования пациентки заполняли валидированный опросник Pelvic Organ Prolapse/Urinary Incontinence Sexual Questionnaire (PISQ-12), предназначенный для оценки качества сексуальной жизни у женщин с тазовыми дисфункциями. PISQ-12 оценивает три сферы: поведенческо-эмоциональную (пункты 1–4), физиологическую (пункты 5–9) и взаимоотношения с партнером (пункты 10–12). Ответы оцениваются по пятибалльной шкале: 0 баллов – «всегда», 1 – «часто», 2 – «иногда», 3 – «редко», 4 – «никогда». Исключение – пункты 1–4, где шкала инвертирована: 0 – «никогда», 1 – «редко», 2 – «иногда», 3 – «часто», 4 – «всегда». Максимальный суммарный балл – 48. Более высокие показатели соответствуют большей удовлетворенности сексуальной жизнью.

На дооперационном этапе с пациентками проводили подробные беседы о характере заболевания, методах

хирургического лечения и реабилитации. Выполнены гинекологический осмотр, включая пробу Вальсальвы, кашлевую пробу в положении стоя и лежа, влагалищное исследование с оценкой болезненности тазовых мышц, эластичности тканей и репозиционной пробы при пролапсе.

После операции пациенток приглашали на повторные визиты через 3, 6 и 12 месяцев для повторного заполнения опросника PISQ-12 и гинекологического осмотра. Исследование одобрено комитетом по этике при ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России (протокол от 13 апреля 2023 г. № 04-23). Все участницы подписали информированное добровольное согласие.

Клинические и демографические показатели представлены в виде абсолютных и относительных величин. Количественные переменные описаны с использованием среднего арифметического и стандартного отклонения, медианы, межквартильного размаха (25-й и 75-й перцентили), минимума и максимума. Для качественных признаков рассчитаны частоты и доли, абс. (%). Для оценки изменений качественных признаков при повторных измерениях применяли критерий Стюарта – Максуелла для многокатегориальных переменных. Нормальность распределения количественных признаков проверяли исходя из критерия Шапиро – Уилка. Для попарного сравнения итоговых баллов опросника между временными точками использовали методы для связанных выборок: при нормальном распределении в обеих точках – парный t-критерий Стюдента, при ненормальном или смешанном типе – непараметрический критерий Уилкоксона. Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$. Обработка данных выполнена с использованием языка программирования Python (библиотеки Pandas, SciPy, Statsmodels) с экспортом в Microsoft Excel.

Результаты

Средний возраст пациенток составил $56,3 \pm 12$ лет (минимум – 27, максимум – 87), индекс массы тела – $28,6 \pm 5,12$ кг/м². Роды в анамнезе отмечались у 150 (94%) пациенток, среднее число родов – 2. Из них у 16 (11%) имело место оперативное родоразрешение. У 55,9% рожавших женщин были разрывы промежности, потребовавшие медицинской помощи. Стрессовое недержание мочи диагностировано у 77 (48%) пациенток, смешанное – у 60 (38%). Проплапс тазовых органов разной степени выявлен у 32 (20%) женщин, причем у 18 (11%) из них пролапс сочетался с недержанием мочи. Хирургические вмешательства выполнены в соответствии с описанными выше методами.

Пациентки заполняли опросник до операции и в послеоперационном периоде (через 3, 6 и 12 месяцев). Результаты PISQ-12 представлены в табл. 1.

Динамика показателей опросника до операции и в различные сроки после хирургического лечения (3, 6 и 12 месяцев) с оценкой статистической значимости различий (χ^2 , p) представлена в табл. 2.

Через 12 месяцев после операции пациентки статистически значимо реже отмечали эпизоды коитального недержания мочи (медиана ответа – «редко» до операции, «никогда» после операции; $p < 0,001$), боязнь недержания мочи и кала (медиана – «иногда» до операции, «никогда» – после; $p < 0,05$), избегание половых контактов из-за выпадения влагалища ($p < 0,05$) и чувство стыда/страха во время полового акта ($p < 0,05$). Не выявлено статистически значимых изменений в частоте полового влечения, возникновении или усугублении болевого синдрома при половых контактах, а также в частоте проблем с преждевременной эякуляцией у партнеров ($p > 0,05$). Интенсивность оргазма после операции статистически значимо не изменилась ($p > 0,05$). Результаты анкетирования через 3 и 6 месяцев, а также через 6 и 12 месяцев между собой не различались. Общий балл опросника также значимо повысился ($p < 0,001$). Данные представлены в табл. 3 и 4.

Таким образом, улучшения были статистически значимы уже через три месяца и сохранялись спустя 6 и 12 месяцев. Полученные данные свидетельствуют о значительном улучшении качества сексуальной жизни пациенток после хирургической коррекции тазовых дисфункций.

Обсуждение

По данным нашего исследования, после коррекции стрессового недержания мочи и пролапса тазовых органов качество сексуальной жизни пациенток значительно улучшилось. Положительная динамика наблюдалась в основном за счет уменьшения эпизодов коитального недержания мочи, снижения страха и чувства стыда перед партнером. Общий балл оценки сексуальной функции также достоверно повысился. Эффективность хирургического вмешательства оценивали на третьем месяце послеоперационного периода, поскольку визиты через 1–2 месяца признаны нецелесообразными из-за ограничений половой активности в раннем послеоперационном периоде. Нарушения сексуальной функции после хирургической коррекции недержания мочи могут быть обусловлены избыточным рассечением передней стенки влагалища, приводящим к нарушению иннервации. Установка синтетического слинга под слизистой оболочкой влагалища, а не в субфасциальном слое может вызвать не только протрузию имплантата, но и дискомфорт, боль во время полового акта, а также неприятные ощущения у партнера. У молодых сексуально активных женщин оправданна установка слинга позадилоном доступом, поскольку при таком положении слинга, как правило, реже ощущается партнером.

Результаты исследований после слинговой коррекции недержания мочи неоднозначны. Ухудшение сексуальной функции может быть связано с диспареунией, снижением либидо или дискомфортом, ощущаемым партнером. Положительное влияние на физические аспекты сексуальной функции, вероятно, обусловлено значительным уменьшением коитального недержания



Таблица 1. Показатели опросника PISQ-12, абс. (%)

Вопросы PISQ-12	Ответ	До операции (n = 116)	Через 3 месяца (n = 127)	Через 6 месяцев (n = 127)	Через 12 месяцев (n = 127)
Как часто вы испытываете половое влечение?	Никогда	10 (8,6)	1 (0,8)	1 (0,8)	1 (0,8)
	Редко	28 (24,1)	34 (26,8)	35 (27,6)	35 (27,6)
	Иногда	55 (47,4)	65 (51,2)	65 (51,2)	65 (51,2)
	Часто	20 (17,2)	27 (21,3)	26 (20,5)	26 (20,5)
	Всегда	3 (2,6)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Вы испытываете оргазм во время половой связи с партнером?	Никогда	13 (11,4)	2 (1,6)	2 (1,6)	2 (1,6)
	Редко	25 (21,9)	30 (23,6)	30 (23,6)	30 (23,6)
	Иногда	27 (23,7)	22 (17,3)	22 (17,3)	22 (17,3)
	Часто	32 (28,1)	65 (51,2)	65 (51,2)	65 (51,2)
	Всегда	17 (14,9)	8 (6,3)	8 (6,3)	8 (6,3)
Вы чувствуете себя сексуально возбужденной во время половой связи?	Никогда	12 (10,5)	13 (10,2)	13 (10,2)	13 (10,2)
	Редко	11 (9,6)	12 (9,4)	12 (9,4)	12 (9,4)
	Иногда	26 (22,8)	16 (12,6)	16 (12,6)	16 (12,6)
	Часто	35 (30,7)	67 (52,8)	67 (52,8)	67 (52,8)
	Всегда	30 (26,3)	19 (15,0)	19 (15,0)	19 (15,0)
Вы удовлетворены разнообразием своей половой жизни?	Никогда	15 (13,2)	6 (4,7)	6 (4,7)	6 (4,7)
	Редко	18 (15,8)	33 (26,0)	33 (26,0)	33 (26,0)
	Иногда	27 (23,7)	18 (14,2)	18 (14,2)	18 (14,2)
	Часто	27 (23,7)	52 (40,9)	52 (40,9)	52 (40,9)
	Всегда	27 (23,7)	18 (14,2)	18 (14,2)	18 (14,2)
Испытываете ли вы боль во время полового контакта?	Всегда	5 (4,4)	1 (0,8)	1 (0,8)	1 (0,8)
	Часто	6 (5,3)	3 (2,4)	3 (2,4)	3 (2,4)
	Иногда	29 (25,4)	23 (18,1)	24 (18,9)	24 (18,9)
	Редко	33 (28,9)	46 (36,2)	45 (35,4)	45 (35,4)
	Никогда	41 (36,0)	54 (42,5)	54 (42,5)	54 (42,5)
Возникают ли эпизоды непроизвольной потери мочи во время полового акта?	Всегда	7 (6,1)	2 (1,6)	2 (1,6)	2 (1,6)
	Часто	23 (20,2)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
	Иногда	20 (17,5)	12 (9,4)	12 (9,4)	12 (9,4)
	Редко	23 (20,2)	16 (12,6)	16 (12,6)	16 (12,6)
	Никогда	41 (36,0)	97 (76,4)	97 (76,4)	97 (76,4)
Влияет ли боязнь неудержания мочи, кала на вашу сексуальную жизнь?	Всегда	23 (20,2)	3 (2,4)	3 (2,4)	3 (2,4)
	Часто	17 (14,9)	9 (7,1)	9 (7,1)	9 (7,1)
	Иногда	27 (23,7)	10 (7,9)	10 (7,9)	10 (7,9)
	Редко	9 (7,9)	12 (9,4)	13 (10,2)	13 (10,2)
	Никогда	38 (33,3)	93 (73,2)	92 (72,4)	92 (72,4)
Избегаете ли вы половых контактов из-за выпадения влагалища (мочевыводящего пузыря, прямой кишки, влагалища)?	Всегда	10 (8,8)	1 (0,8)	1 (0,8)	1 (0,8)
	Часто	11 (9,6)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
	Иногда	14 (12,3)	4 (3,1)	4 (3,1)	4 (3,1)
	Редко	7 (6,1)	4 (3,1)	4 (3,1)	4 (3,1)
	Никогда	72 (63,2)	118 (92,9)	118 (92,9)	118 (92,9)
Испытываете ли вы во время секса с партнером отрицательные эмоции (страх, стыд, отвращение, вину)?	Всегда	6 (5,3)	1 (0,8)	1 (0,8)	1 (0,8)
	Часто	14 (12,3)	3 (2,4)	3 (2,4)	3 (2,4)
	Иногда	14 (12,3)	5 (3,9)	5 (3,9)	5 (3,9)
	Редко	16 (14,0)	17 (13,4)	17 (13,4)	17 (13,4)
	Никогда	64 (56,1)	101 (79,5)	101 (79,5)	101 (79,5)
Бывают ли у вашего партнера проблемы с эрекцией, что влияет на вашу сексуальную жизнь?	Всегда	1 (0,9)	1 (0,8)	1 (0,8)	1 (0,8)
	Часто	8 (7,1)	3 (2,4)	3 (2,4)	3 (2,4)
	Иногда	14 (12,4)	14 (11,0)	14 (11,0)	14 (11,0)
	Редко	22 (19,5)	59 (46,5)	59 (46,5)	59 (46,5)
	Никогда	68 (60,2)	50 (39,4)	50 (39,4)	50 (39,4)
Бывают ли у вашего партнера проблемы с преждевременной эякуляцией, что влияет на вашу сексуальную жизнь?	Всегда	0 (0,0)	1 (0,8)	1 (0,8)	1 (0,8)
	Часто	8 (7,1)	7 (5,5)	7 (5,5)	7 (5,5)
	Иногда	14 (12,4)	12 (9,4)	12 (9,4)	12 (9,4)
	Редко	32 (28,3)	18 (14,2)	18 (14,2)	18 (14,2)
	Никогда	59 (52,2)	89 (70,1)	89 (70,1)	89 (70,1)
Интенсивность оргазмов, которые вы испытывали в прошлом, по сравнению с тем, насколько сильны были оргазмы за последние 6 месяцев	Намного менее интенсивные	25 (22,5)	19 (15,0)	19 (15,0)	19 (15,0)
	Менее интенсивные	28 (25,2)	15 (11,8)	16 (12,6)	16 (12,6)
	Та же самая интенсивность	48 (43,2)	77 (60,6)	77 (60,6)	77 (60,6)
	Более интенсивные	7 (6,3)	9 (7,1)	8 (6,3)	8 (6,3)
	Намного более интенсивные	3 (2,7)	7 (5,5)	7 (5,5)	7 (5,5)

Примечание. Баллы в таблице представлены согласно шкале опросника PISQ-12. Более высокий суммарный балл указывает на лучшую сексуальную функцию. Число ответов варьирует в связи с отсутствием ответов на отдельные вопросы опросника.

Таблица 2. Динамика показателей опросника PISQ-12 до операции и в различные сроки после хирургического лечения

Вопросы PISQ-12	До лечения vs 3 месяца		3 месяца vs 6 месяцев		6 месяцев vs 12 месяцев		До лечения vs 12 месяцев	
	χ^2	p	χ^2	p	χ^2	p	χ^2	p
Как часто вы испытываете половое влечение?	4,143	0,387	1	0,801	0	1	3,894	0,421
Вы испытываете оргазм во время половой связи с партнером?	19,26	0,001	0	1	0	1	19,26	0,001
Вы чувствуете себя сексуально возбужденной во время половой связи?	21,576	0,001	0	1	0	1	21,576	0,001
Вы удовлетворены разнообразием своей половой жизни?	13,879	0,008	0	1	0	1	12,402	0,015
Испытываете ли вы боль во время полового контакта?	6,759	0,149	1	0,91	0	1	6,267	0,18
Возникают ли эпизоды непроизвольной потери мочи во время полового акта?	22,447	0,001	0	1	0	1	22,447	0,001
Влияет ли боязнь неудержания мочи, кала на сексуальную жизнь?	14,663	0,005	1	0,91	0	1	14,194	0,007
Избегаете ли вы половых контактов из-за выпадения влагалища (мочевого пузыря, прямой кишки, влагалища)?	13,468	0,009	0	1	0	1	14,397	0,006
Испытываете ли вы во время секса с партнером отрицательные эмоции (страх, стыд, отвращение, вину)?	13,284	0,01	0	1	0	1	13,284	0,01
Бывают ли у вашего партнера проблемы с эрекцией, что влияет на вашу сексуальную жизнь?	12,11	0,017	0	1	0	1	12,11	0,017
Бывают ли у вашего партнера проблемы с преждевременной эякуляцией, что влияет на вашу сексуальную жизнь?	4,969	0,291	0	1	0	1	5,529	0,237
Интенсивность оргазмов, которые вы испытывали в прошлом, по сравнению с тем, насколько сильны были оргазмы за последние 6 месяцев	8,311	0,081	1	0,91	0	1	9,078	0,059

Таблица 3. Изменение общего балла опросника PISQ-12

Наблюдение	n	Mean	Std	Median	Q1	Q3	Min	Max
До операции	116	30,541	7,654	30	25	36	9	46
Через 3 месяца	127	34,145	9,439	37	29,5	40	0	45
Через 6 месяцев	127	34,099	9,425	36	29,5	40	0	45
Через 12 месяцев	127	34,099	9,425	36	29,5	40	0	45

Таблица 4. Оценка статистической значимости изменения общего балла опросника PISQ-12

До лечения vs 3 месяца, t	До лечения vs 3 месяца, p	3 месяца vs 6 месяцев, t	3 месяца vs 6 месяцев, p	6 месяцев vs 12 месяцев, t	6 месяцев vs 12 месяцев, p	До лечения vs 12 месяцев, t	До лечения vs 12 месяцев, p
175	0,001	0	0,317	0	1	179	0,001

мочи и, как следствие, снижением страха его возникновения во время полового акта [14, 15]. Женщины, не имевшие эпизодов недержания мочи во время полового акта до операции, в большинстве (86%) случаев не отмечали изменений в половой жизни после хирургического вмешательства.

Данные о влиянии хирургической коррекции генитального пролапса на сексуальную функцию также противоречивы. Сексуально активным женщинам рекомендуется избегать профилактической коррекции задней стенки влагалища во время передней кольпорафии, а также пликаций леваторов, поскольку это может привести к сужению влагалищного интритта [16]. Установка сетчатого импланта при коррекции задней стенки ассоциирована с более высоким риском послеоперационной диспареунии [17, 18].

Что касается процедур апикальной поддержки, абдоминальной, лапароскопической или роботизированной сакроколькопексия может быть предпочтительной для сексуально активных женщин, поскольку частота послеоперационной диспареунии при них ниже, чем при влагалищном доступе [19].

Гистерэктомия нередко выполняется в составе комплексного хирургического лечения пролапса тазовых органов. Теоретически она может быть сопряжена с риском повреждения тазового нервного сплетения и вегетативных волокон, что негативно повлияет на оргастическую функцию и ощущения. Кроме того, не исключены анатомические изменения (например, укорочение влагалища), способствующие развитию диспареунии.

Использование синтетических протезов при коррекции генитального пролапса значительно снижает частоту рецидивов по сравнению с коррекцией нативными тканями. Метаанализ исследований трансвагинальных сеток, включая рандомизированные клинические испытания, не выявил различий между этими подходами в частоте возникновения сексуальной дисфункции [20, 21]. Тем не менее требуется тщательное консультирование и осторожность при рассмотрении вопроса об использовании вагинальной сетки у сексуально активных женщин.

Недостатком облитерирующей хирургии является невозможность вагинального полового акта [22]. Частота сожалений после кольпоклеизиса, по данным



исследований, составляет 9–13% [22, 23]. Крупное популяционное исследование сексуальности пожилых людей показало, что 39,5% женщин в возрасте 65–74 лет и 16,7% в возрасте 75–85 лет ведут активную половую жизнь, преимущественно посредством вагинального полового акта [24]. Это свидетельствует о том, что риск возникновения сожалений после кольпопеклеизиса имеет реальное клиническое значение.

М. Kinjo и соавт. изучали сексуальную активность у 237 пациенток с пролапсом тазовых органов до операции и через 12 месяцев после нее. У 222 (93,7%) пациенток имела место III стадия генитального пролапса. До операции сексуально активными были лишь 13 (11,5%) пациенток. После операции значимо улучшился показатель возбуждения ($p = 0,045$), а остальные параметры не изменились; общая сексуальная функция существенно улучшилась ($p = 0,014$) [25].

А. Rodrigues и соавт. также показали улучшение сексуальной функции: общий балл PISQ-12 возрос с 30,6 (SD – 7,3) до 36,1 (SD – 5,0) через 12 месяцев ($p < 0,001$). В группах пациенток, перенесших коррекцию недержания мочи или сочетанную операцию по поводу недержания мочи и генитального пролапса, зафиксировано улучшение сексуальной функции во всех трех доменах опросника при наблюдении в течение 12 месяцев [14].

В метаанализе с участием 2352 женщин показано, что у 67% из тех, кто перенес уретропексию с использованием синтетического протеза, общая сексуальная функция улучшилась или не изменилась, а у остальных ухудшилась [26].

К ограничениям исследования можно отнести односторонний дизайн, объединение разных типов

операций в одну когорту, использование только субъективной оценки (PISQ-12), потерю части пациенток при динамическом наблюдении из-за изменения контактных данных, отсутствие контрольной группы и объективных тестов сексуальной функции.

Заключение

Хирургическая коррекция тазовых дисфункций ассоциирована с улучшением сексуальной функции у женщин. Наибольший эффект достигнут в снижении коитального недержания мочи, уменьшении страха и стыда, повышении общего удовлетворения сексуальной жизнью. Хирургическое лечение не должно оказывать отрицательного влияния на сексуальную функцию, что подчеркивает необходимость тщательного предоперационного консультирования и выбора оптимальной хирургической техники. ❧

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Этическое заявление. Исследование выполнено в соответствии с положениями Хельсинкской декларации, пересмотренной в октябре 2013 г. (Форталеза, Бразилия).

Этическое одобрение. Исследование одобрено комитетом по этике при ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России (протокол от 13 апреля 2023 г. № 04-23).

Информированное согласие. Все пациенты подписали информированное согласие на участие в исследовании и обработку персональных данных.

Литература

1. Knoepp L.R., Shippey S.H., Chen C.C., et al. Sexual complaints, pelvic floor symptoms, and sexual distress in women over forty. J. Sex. Med. 2010; 7 (11): 3675–3682.
2. Horosz E., Zwierzchowska A., Pomian A., et al. Impact of midurethral sling implantation on sexual function in women with stress urinary incontinence. J. Clin. Med. 2020; 9 (5): 1538.
3. Tran H., Chung D.E. Incidence and management of de novo lower urinary tract symptoms after pelvic organ prolapse repair. Curr. Urol. Rep. 2017; 18 (11): 87.
4. Rogers R.G., Espuña Pons M.E. The Pelvic Organ Prolapse Incontinence Sexual Questionnaire, IUGA-revised (PISQ-IR). Int. Urogynecol. J. 2013; 24 (7): 1063–1064.
5. Munaganuru N., Van Den Eeden S.K., Creasman J., et al. Urine leakage during sexual activity among ethnically diverse, community-dwelling middle-aged and older women. Am. J. Obstet. Gynecol. 2017; 217 (4): 439.e1–439.e8.
6. Handa V.L., Harvey L., Cundiff G.W., et al. Sexual function among women with urinary incontinence and pelvic organ prolapse. Am. J. Obstet. Gynecol. 2004; 191 (3): 751–756.
7. Moroni R.M., Alves da Silva Lara L., Ferreira C.H.J., et al. Assessment of body image, sexual function, and attractiveness in women with genital prolapse: a cross-sectional study with validation of the Body Image in the Pelvic Organ Prolapse (BIPOP) Questionnaire. J. Sex. Med. 2019; 16 (1): 126–136.
8. Ellerkmann R.M., Cundiff G.W., Melick C.F., et al. Correlation of symptoms with location and severity of pelvic organ prolapse. Am. J. Obstet. Gynecol. 2001; 185 (6): 1332–1337.
9. Dunivan G.C., Anger J.T., Alas A., et al. Pelvic organ prolapse: a disease of silence and shame. Female Pelvic Med. Reconstr. Surg. 2014; 20 (6): 322–327.
10. Fattouh B., de Tayrac R., Costa P. Stress urinary incontinence and LUTS in women – effects on sexual function. Nat. Rev. Urol. 2014; 11 (10): 565–578.
11. Weber A.M., Walters M.D., Schover L.R., Mitchinson A. Sexual function in women with uterovaginal prolapse and urinary incontinence. Obstet. Gynecol. 1995; 85 (4): 483–487.

12. Van Geelen H., Ostergard D., Sand P. A review of the impact of pregnancy and childbirth on pelvic floor function as assessed by objective measurement techniques. *Int. Urogynecol. J.* 2018; 29 (3): 327–338.
13. Bekker M., Beck J., Putter H., et al. The place of female sexual dysfunction in the urological practice: results of a Dutch survey. *J. Sex. Med.* 2009; 6 (11): 2979–2987.
14. Rodrigues Â., Rodrigues C., Negrão L., et al. Female sexual function and quality of life after pelvic floor surgery: a prospective observational study. *Int. Urogynecol. J.* 2021; 32 (5): 1273–1283.
15. Jha S. Maintaining sexual function after pelvic floor surgery. *Climacteric.* 2019; 22 (3): 236–241.
16. Ucar M.G., İlhan T.T., Sanlikan F., Celik C. Sexual functioning before and after vaginal hysterectomy to treat pelvic organ prolapse and the effects of vaginal cuff closure techniques: a prospective randomised study. *Eur. J. Obs. Gynecol. Reprod. Biol.* 2016; 206: 1–5.
17. Thompson J.C., Rogers R.G. Surgical management for pelvic organ prolapse and its impact on sexual function. *Sex. Med. Rev.* 2016; 4 (3): 213–220.
18. Ulrich D., Dwyer P., Rosamilia A., et al. The effect of vaginal pelvic organ prolapse surgery on sexual function. *Neurourol./Urodyn.* 2015; 34 (4): 316–321.
19. Maher C., Feiner B., Baessler K., et al. Surgery for women with apical vaginal prolapse. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2016; 10 (10): CD012376.
20. Maher C., Feiner B., Baessler K., et al. Surgery for women with anterior compartment prolapse. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2016; 11 (11): CD004014.
21. Liao S.-C., Huang W.-C., Su T.-H., Lau H.-H. Changes in female sexual function after vaginal mesh repair versus native tissue repair for pelvic organ prolapse: a meta-analysis of randomized controlled trials. *J. Sex. Med.* 2019; 16 (5): 633–639.
22. Crisp C.C., Book N.M., Smith A.L., et al. Body image, regret, and satisfaction following colpocleisis. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 2013; 209 (5): 473.e1–473.e7.
23. Vij M., Bombieri L., Dua A., Freeman R. Long-term follow-up after colpocleisis: regret, bowel, and bladder function. *Int. Urogynecol. J.* 2014; 25 (6): 811–815.
24. Lindau S.T., Schumm L.P., Laumann E.O., et al. A study of sexuality and health among older adults in the United States. *N. Engl. J. Med.* 2007; 357 (8): 762–774.
25. Kinjo M., Sekiguchi Y., Utsugisawa Y., et al. Laxity of the vaginal introitus after childbirth: nonsurgical outpatient procedure for vaginal tissue restoration and improved sexual satisfaction using low-energy radiofrequency thermal therapy. *J. Women's Health.* 2013; 22 (9): 775–781.
26. Szell N., Komisaruk B., Goldstein S.W., et al. A Meta-analysis detailing overall sexual function and orgasmic function in women undergoing midurethral sling surgery for stress incontinence. *Sex. Med.* 2017; 5 (2): e84–e93.

Sexual Function in Patients Before and After Vaginal Urogynecological Surgeries

B.Kh. Ausheva^{1,2}, G.R. Kasyan, PhD, Prof.^{1,2}, S.G. Tsakhilova, PhD, Prof.^{1,3}, D.Yu. Pushkar, PhD, Prof.^{1,2}

¹ Russian University of Medicine

² S.P. Botkin Moscow Multidisciplinary Scientific and Clinical Center

³ Maternity Hospital No. 8 of the O.M. Filatov City Clinical Hospital № 15, Moscow

Contact person: Bella Kh. Ausheva, bellausheva@mail.ru

Relevance. Surgical correction of pelvic floor dysfunctions can either improve the quality of sexual life in patients or lead to its deterioration in the postoperative period. However, data on sexual function following pelvic floor surgery are scarce and contradictory.

Objective – to evaluate the dynamics of sexual function in patients with pelvic floor dysfunctions before and after surgical treatment.

Material and methods. This prospective cohort study included 159 patients who underwent surgery for pelvic floor dysfunctions. Prior to surgery, in addition to standard clinical assessment, all patients completed the validated Pelvic Organ Prolapse/Urinary Incontinence Sexual Questionnaire (PISQ-12). After treatment, follow-up questionnaires were administered at 3, 6, and 12 months.

Results. After surgery, patients reported significantly fewer episodes of coital incontinence (median response: ‘rarely’ preoperatively vs ‘never’ postoperatively, $p < 0.001$), fear of urinary and fecal incontinence (‘sometimes’ vs ‘never’, $p < 0.001$), avoidance of sexual intercourse due to vaginal prolapse ($p < 0.001$), and feelings of shame or fear during intercourse ($p < 0.001$). The overall PISQ-12 score was significantly higher after surgery than before treatment ($p < 0.001$).

Conclusion. Surgical correction of stress urinary incontinence and pelvic organ prolapse is associated with a significant improvement in patients' sexual quality of life. Our findings indicate that appropriately performed surgery does not adversely affect sexual function; on the contrary, it promotes its restoration.

Keywords: sexual dysfunction, pelvic organ prolapse, urinary incontinence