

Elisabetta Costantini • Donata Villari • Maria Teresa Filocamo
EDITORS

FEMALE SEXUAL FUNCTION AND DYSFUNCTION

 Springer

ЖЕНСКАЯ СЕКСУАЛЬНОСТЬ

НОРМЫ И ДИСФУНКЦИИ

РЕДАКТОРЫ

Элизабетта Костантини • Доната Виллари • Мария Тереза Филокамо

Перевод с английского под редакцией М.В. Екимова



Москва
ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА
«ГЭОТАР-Медиа»
2021

Оглавление

Предисловие к изданию на русском языке	10
Предисловие к изданию на английском языке	12
Список сокращений	15
Глава 1. Социокультурные аспекты (Доната Виллари)	19
Литература	23
Глава 2. Анатомическое и физиологическое описание женской сексуальности (Серена Маручча, Анжела Маурици)	25
2.1. Анатомия органов	26
2.1.1. Клитор	26
2.1.2. Влагалище	27
2.1.3. Мочеполовой треугольник и мышцы тазового дна	28
2.1.4. Шейка матки	28
2.1.5. Артериальное кровоснабжение	28
2.2. Анатомия влагалища	28
2.2.1. Вагинальное отверстие	28
2.2.2. Девственная плева	29
2.2.3. Лобок и подвешивающие связки	31
2.2.4. Луковицы преддверия влагалища	31
2.2.5. Преддверие влагалища	31
2.2.6. Железы преддверия влагалища	31
2.2.7. Малые половые губы	33
2.2.8. Большие половые губы	34
2.2.9. Сосудистое кровоснабжение вульвы	34
2.3. Стимуляция женского полового акта: биологические принципы сексуального поведения	35
2.4. Женская эрекция и смазка	37
2.5. Женский оргазм	40
Литература	49
Глава 3. Женская сексуальность: состояние души (Линда Виньоцци)	46
Литература	50
Глава 4. Системы оценки женской сексуальной функции (Мария Тереза Филокамо, Надин Ди Донато)	52
4.1. Женская сексуальная дисфункция: пересмотренная классификация	54

4.2. Диагностика половых расстройств у женщин.....	56
4.3. Анкетирование для оценки половой функции	58
Литература.....	65
Глава 5. Становление женщины: когда и почему гендерная дисфория может бросить вызов основным этапам женской сексуальной идентичности (Алессандра Грациоттин)	
5.1. Введение	69
5.2. Проблема женской сексуальности.....	70
5.3. Секреты тела и гендерные проблемы	70
5.4. Эндокринная детерминация мозга и тела	71
5.4.1. Становление девочки	71
5.4.2. Становление мальчика	71
5.5. «Я хочу носить брюки»	72
5.5.1. В бегстве от женственности: защитная мотивация.....	73
5.5.2. Выразительная мотивация	76
5.6. Эмоции, нейровегетативные пути, моторные и гормональные соотношения	76
5.7. Время: преимущества «пубертатной задержки»	76
5.8. Практические советы врачу-клиницисту, специалисту по гендерным расстройствам	78
5.9. Родственные факторы у девочек с гендерной дисфорией в препубертатном периоде.....	80
5.10. Профессиональные проблемы у девочек с гендерной дисфорией в препубертатном периоде	80
5.11. Оптимальный возраст для хирургического вмешательства.....	81
5.12. Хирургические аспекты задержки полового созревания в тяжелой стадии гендерной дисфории	81
5.13. Внимательное отношение к гендерным проблемам	83
Литература.....	84
Глава 6. Эндометриоз и сексуальность (Надин Ди Донато, Ренато Сераккиоли).....	
6.1. Эндометриоз и связанные с ним симптомы.....	87
6.2. Эндометриоз: типы и половая функция.....	90
6.3. Эндометриоз — психологическое влияние на отношения	92
6.4. Клинико-демографические факторы и сексуальная функция.....	93
6.5. Медицинское лечение эндометриоза и сексуальность	95
6.6. Хирургическое лечение эндометриоза и сексуальность	95
Литература.....	98
Глава 7. Проплап тазовых органов и влияние операции на сексуальную жизнь женщины (Монсеррат Эспунья Понс, Франка Натале, Элизабетта Костантини)	
7.1. Введение	105
7.2. Вагинальная хирургия пролапса тазовых органов с использованием нативной ткани	107
7.3. Вагинальная хирургия пролапса тазовых органов с наложением сетки	107

7.4. Абдоминальная и лапароскопическая хирургия	109
7.5. Роль гистерэктомии	109
7.6. Выводы	111
Литература	112
Глава 8. Недержание мочи и мидуретральные слинги: влияние на половую жизнь женщины (Элизабетта Костантини)	115
Литература	119
Глава 9. Половая жизнь женщины при злокачественных опухолях (Доната Виллари)	121
9.1. Масштаб проблемы	122
9.2. Рак и сексуальная дисфункция	124
9.3. Опухоли молочной железы	125
9.4. Хирургия таза, связанная с раком, и женская сексуальная дисфункция	126
9.4.1. Гинекологический рак	127
9.4.2. Рак мочевого пузыря	127
9.4.3. Колоректальный рак и колостомия	127
9.5. Лучевая терапия и женская сексуальная дисфункция	128
9.6. Химиотерапия и женская сексуальная дисфункция	129
9.7. Выводы	130
Литература	130
Глава 10. Сексуальность пар с репродуктивными трудностями (Люсия Альвес Сильва Лара)	134
10.1. Общие аспекты супружеского бесплодия	134
10.2. Медицинские подходы к бесплодию	135
10.3. Влияние бесплодия на женскую сексуальность	136
10.3.1. Эмоциональные и физические аспекты бесплодных женщин	136
10.3.2. Сексуальная функция бесплодных женщин	138
10.4. Влияние бесплодия на мужскую сексуальность	138
10.4.1. Эмоциональные и физические аспекты бесплодных мужчин	139
10.4.2. Сексуальная функция бесплодных мужчин	139
10.5. Психоэмоциональные аспекты бесплодных пар	140
10.5.1. Сексуальная функция бесплодных пар	142
10.6. Стратегии продвижения психологического и сексуального здоровья бесплодных пар	143
10.6.1. Оценка сексуальных проблем у бесплодных пар	143
10.6.2. Вмешательства при сексуальных проблемах в бесплодных парах	144
10.7. Выводы	147
Литература	147
Глава 11. Сексуальность после насилия (Валерия Дубини)	152
11.1. Введение	152
11.2. Насилие и жестокое обращение: эпидемиология	153

11.3. Последствия насилия для репродуктивного здоровья женщин	155
11.4. Женские сексуальные дисфункции	159
11.5. Современная классификация	160
11.5.1. Расстройства полового влечения	160
Расстройства полового влечения и сексуального интереса у женщин.....	160
Сексуальное отвращение	160
11.5.2. Расстройства сексуального возбуждения	160
Субъективное расстройство сексуального возбуждения	160
Половые расстройства сексуального возбуждения	160
Комбинированное генитальное и субъективное расстройство возбуждения.....	160
Стойкое расстройство сексуального возбуждения.....	161
11.5.3. Оргазмическое расстройство	161
11.5.4. Сексуальные расстройства, характеризующиеся болью.....	161
Диспареуния	161
Вагинизм.....	161
11.6. Жестокое обращение и сексуальность.....	161
11.7. Выводы.....	163
Литература.....	164
Глава 12. Женская сексуальная дисфункция при употреблении алкоголя и наркотических препаратов (Марина Зиче).....	166
12.1. Введение.....	166
12.2. Половые различия в фармакокинетике лекарственных средств.....	168
12.3. Антидепрессанты и сексуальная дисфункция.....	170
12.4. Алкоголь и сексуальная дисфункция.....	172
12.5. Табак и сексуальная дисфункция	173
12.6. Наркозависимость и сексуальная дисфункция	174
12.7. Выводы.....	174
Литература.....	175
Глава 13. Женская сексуальная функция на фоне мужской сексуальной дисфункции и наоборот (Мария Антонелла Бертоцци, Валерия Алес)	178
13.1. Преждевременная эякуляция.....	179
13.2. Эректильная дисфункция	181
Литература.....	186
Глава 14. Женская сексуальность при хронической тазовой боли (Антонелла Джаннантони)	191
14.1. Введение.....	191
14.2. Эпидемиология.....	192
14.3. Факторы риска.....	193
14.3.1. Психологический статус: тревожность и депрессия	193
14.3.2. Этиопатогенез сексуальной боли.....	194
14.4. Клиническая картина.....	195
14.5. Диагностика.....	196

14.5.1. Анкеты по симптомам конкретных заболеваний.....	196
14.5.2. Психосоциальные параметры	197
14.6. Стратегии лечения пациенток с болевым синдромом	
мочевого пузыря и сексуальной болью.....	197
14.6.1. Самообслуживание пациенток с болевым синдромом	
мочевого пузыря и сексуальной болью.....	198
14.6.2. Фармакологическое лечение.....	198
14.7. Выводы.....	200
Литература.....	200
Глава 15. Женская сексуальная функция и неврологические заболевания	
(<i>Елена Андретта</i>)	203
15.1. Нейроанатомия и нейрофизиология	204
15.2. Психологические изменения после неврологических	
заболеваний	205
15.3. Беременность и поражение спинного мозга	206
15.4. Терапевтические варианты лечения	207
Литература.....	207
Глава 16. Косметическая хирургия на женских половых органах	
(<i>Сушма Срикришна, Линда Кардосо</i>).....	209
16.1. Введение.....	209
16.2. Этические проблемы	211
16.3. Нормальная анатомия и самовосприятие половых органов.....	211
16.4. Дисморфофобическое расстройство и косметическая хирургия	
женских половых органов	213
16.5. Типы косметической хирургии женских половых органов	214
16.5.1. Уменьшение малых половых губ.....	215
16.5.2. Увеличение больших половых губ	216
16.5.3. Уменьшение больших половых губ.....	217
16.5.4. Уменьшение клиторального капюшона	217
16.5.5. Гименопластика.....	218
16.5.6. Амплификация точки G	219
16.6. Показания к генитальной хирургии	219
16.7. Результаты генитальной хирургии	220
16.8. Предоперационные аспекты	220
16.9. Предоставление услуг	221
16.10. Выводы	222
Литература.....	223
Глава 17. Роль физиотерапии в лечении женской дисфункции	
(<i>Мерете Кольберг Теннфьорд, Мари Эльстрем Энг, Кари Бе</i>).....	226
17.1. Введение.....	226
17.2. Методы.....	227
17.3. Результаты.....	228
17.4. Выводы.....	241
Литература.....	243
Предметный указатель.....	246

Глава 6

Эндометриоз и сексуальность

Надин Ди Донато, Ренато Сераккиоли¹

6.1. Эндометриоз и связанные с ним симптомы

Эндометриоз — хроническое прогрессирующее заболевание, которым страдают 5–10% женщин репродуктивного возраста [20]. Его характеризуют наличием эндометриально-подобной ткани вне матки, которая вызывает местную воспалительную реакцию [23, 57]. Это загадочное заболевание; его этиология неопределенна и спорна [20, 103]. Распространенными симптомами считают хроническую тазовую боль, усталость, застойную дисменорею, обильные менструальные кровотечения и глубинную диспареунию [23]. Предполагают, что 47% бесплодных женщин страдают эндометриозом [68]. Не существует лекарства от эндометриоза, и поэтому основное внимание уделяют облегчению симптомов [51]. Это включает ряд вмешательств, включая применение анальгетиков, гормональную терапию, хирургию, как минимально инвазивную, так и радикальную, при необходимости — лечение бесплодия с различным результатом [31]. Эндометриоз — наиболее частая причина глубинной диспареунии [39]. У пациенток с данным заболеванием риск проявления диспареунии в 9 раз выше по сравнению с общей женской популяцией [5]

Международное перекрестное исследование, в котором приняли участие 12 центров в 10 странах, где изучали качество жизни женщин с хирургически диагностированным эндометриозом ($n=931$), показало, что 28% пациенток первоначально страдали от диспареунии как одного из основных симптомов. Около 47% женщин страдали от болезненного секса в период проведения опроса. Из них 61% сообщали о боли, возникающей часто или всегда, а 54% пациенток либо прерывали, либо вообще избегали половых контактов из-за ощущаемой боли [22]. Другое крупное международное исследование показало, что у 24–25% женщин с диагностированным эндометриозом наблюдали диспареунию [7]. Денни (Denny) и Манн (Mann) обнаружили, что у 69% женщин

¹ N. Di Donato, R. Seracchioli, Minimally Invasive Gynaecological Surgery Unit, S.Orsola-Malpighi Hospital, University of Bologna, Bologna, Italy.

Электронная почта: nadine.didonato@gmail.com.

диспареунию сопровождала боль на протяжении часов и дней после секса [24]. Ferrero и соавт. [38] предположили, что женщины с эндометриозом часто страдали диспареунией в течение всей половой жизни [24, 38]. Диспареунию обычно описывают как глубокую боль, испытываемую внутри влагалища на уровне шейки матки или в нижней части живота или поверхностную боль в области вульвы и при входе во влагалище [11]. Она связана с негативным отношением к сексуальности, отсутствием уверенности в себе, тревожностью и, как следствие, избеганием сексуальных отношений [54, 66]. Женщины, страдающие диспареунией, имеют более низкую частоту половых актов и более низкий уровень желания и испытывают меньшее количество оргазмов [63]. Ferrero и соавт., анализируя сексуальную жизнь в трех группах женщин с диспареунией, показали, что распространенность глубокой диспареунии была значительно выше среди женщин с эндометриозом, чем в контрольной группе. В частности, женщины с эндометриозом крестцово-маточных связок имели более высокие показатели боли, меньшее количество половых контактов в неделю и менее удовлетворительный оргазм и чувствовали себя менее расслабленными и удовлетворенными после секса, чем в других группах [38]. Основным патогенным механизмом диспареунии считают измененное восприятие рецидива боли из-за предшествующего опыта коитальной боли. Таким образом, во время полового акта основное внимание уделяют ощущению возможной боли вместо удовольствия. Переживание боли и потерю удовольствия периодически подкрепляют повторяемые переживания. Этот процесс создает когнитивную схему негативных ожиданий, которая нарушает сексуальность [82]. Следовательно, реакции на диспареунию включают в себя начало, а затем прекращение полового акта, изменение позиций, продолжительный половой акт из-за желания беременности, близости с партнером, психологического избегания болезни и ее влияния на жизнь [24]. Женщины терпят боль либо потому, что их желание беременности перевешивает, либо из-за важности сексуальной близости.

Недавно в исследовании методом «случай—контроль» оценивали сексуальную функцию у пациенток, пораженных глубоким инфильтрирующим эндометриозом, по сравнению со здоровыми женщинами и обнаружили общее нарушение сексуальной функции во всех аспектах: расстройство удовлетворенности, оргазма, желания и тазовые проблемы при половом контакте [27]. Пациентки с глубоким инфильтрирующим эндометриозом часто сообщали о болевых ощущениях в области таза во время полового акта (58%), в то время как здоровые женщины — только в 1% случаев. На сексуальную потребность оказывают сильное влияние эмоции, а также комплекс ингибирующих и возбуждающих воздействий. Di Donato и соавт. сообщили об отсутствии половой потребности или влечения у 45% женщин с глубоким инфильтрирующим эндометриозом против 14% у здоровых женщин [27]. Оргазм и удовлетворенность, как аспекты сексуальной функции, также нарушены у женщин с эндометриозом. Они имеют многофакторное происхождение в зависимости от психологических, анатомических и физиологических факторов. Из-за осознания ощущения боли у женщин с эндометриозом во время поло-

вого акта может развиваться напряженное состояние, и они едва достигают оргазма по сравнению со здоровыми женщинами. Ожидание и страх боли могут спровоцировать снижение возбуждения; отсутствие смазки; гипертонус мышц тазового дна, приводящий к механическим травмам слизистой оболочки преддверия влагалища и наружного отверстия мочеиспускательного канала; а также сопротивление проникновению из-за спазма мышц влагалища [94].

У пациенток с эндометриозом механизм боли во время полового акта может быть вызван тракцией неэластичного параметрия, давлением на эндометриоидные узелки, иммобилизацией структур таза позади матки и невропатическим механизмом, связанным с повреждением нерва или воспалительным воздействием. Наличие эндометриоза связано с усилением восприятия боли, и женщины, страдающие эндометриозом, обычно испытывают сильное обострение боли, когда на узелки оказано даже небольшое давление [3]. Гипералгезия — это возникновение мучительной боли при применении безболезненного воздействия, разновидность невропатической боли, при которой болевое ощущение не соответствует интенсивности стимуляции ноцицепторов [2]. Нейропатическая боль обычно связана с повреждением нерва или с воспалением. Оба эти состояния обнаруживают при эндометриозе. Было установлено, что чувствительные нервные волокна часто проникают в эндометриоидные стромальные клетки, и некоторые медиаторы, такие как гистамин, триптаза, фактор некроза опухоли α , простагландины, серотонин, интерлейкин-1 и фактор роста нервов, аномально синтезируют и высвобождают активированные макрофаги и мастоциты, а также лейкоциты в очагах эндометриоза, вокруг чувствительных нервных волокон и в свободной жидкости брюшной полости [3]. Учитывая хроническое воспаление, вызванное эктопическим эндометрием, может возникнуть своего рода порочный круг, который определяет ноцицепцию, сенсibilизацию, нейротропизм и местный неонейрогенез, а также активацию чувствительных нервных волокон, что приводит к гипералгезии [50]. Более того, есть данные [48], свидетельствующие о том, что наличие эндометриоза связано с усилением болевого восприятия из-за аномальной модуляции ноцицептивного входа с увеличением интенсивности нервного сигнала, восходящего к коре головного мозга. Следовательно, боль, возникающая в очагах эндометриоза, по-видимому, приводит к мозговой сенсibilизации и генерализованной гиперчувствительности. Органические проблемы могут также вызывать вторичную половую дисфункцию, так как факторы, ответственные за возникновение боли, могут быть отличны от тех, которые активны при персистирующей боли. Таким образом, глубинную диспареунию, вызванную эндометриозом, можно рассматривать как изначально висцеральный тип боли, вторичный к хроническому воспалению, с несколькимиотягощающими компонентами, включая гипералгезию, аномальное корковое восприятие и психологические факторы [50].

6.2. Эндометриоз: типы и половая функция

Эндометриоз, обуславливающий воспалительную реакцию и инфильтрацию анатомических структур, вызывает болевые симптомы, такие как дисменорея, диспареуния, хроническая тазовая боль, дизурия и дисchezия.

Его классифицируют по анатомическому признаку:

- поверхностный;
- яичниковый;
- глубокий инфильтрирующий эндометриоз (ГИЭ).

Заболеваемость ГИЭ наблюдают у 20% женщин с эндометриозом [34]. Эндометриоз оказывает существенное влияние на качество половой жизни: от 33,5 [7] до 71% [40] женщин сообщили, что эндометриоз отрицательно отразился на их половой жизни. Многие исследования показали, что женщины, страдающие эндометриозом, имеют меньшую сексуальную и партнерскую удовлетворенность, чем здоровые женщины [9, 35, 99]. Tripoli и соавт. посредством анкеты сексуальной удовлетворенности Голомбака и Руста (GRISS, от англ. The Golombok Rust Inventory of Sexual Satisfaction) подчеркнули, что 40% женщин с эндометриозом отмечали сексуальную неудовлетворенность, у них были повышены частота полового отвращения и вагинизм [88]. Сложность этого заболевания — не только причина болезненных симптомов, но и предпосылка общего ухудшения различных аспектов сексуальности. Сообщали, что качество половой жизни было затронуто на всех стадиях эндометриоза как у женщин с минимальным эндометриозом, так и с тяжелым [17]. Vercellini и соавт. сообщили, что женщины с эндометриозом испытывают более частую и тяжелую глубокую диспареунию и худшее сексуальное функционирование по сравнению с женщинами без эндометриоза. Диспареунию отмечали у 67% женщин с ректовагинальным эндометриозом, у 53% женщин с перитонеальным и/или яичниковым эндометриозом и у 26% в контрольной группе. У женщин с различными формами эндометриоза не было выявлено различий в сексуальной функции [96].

В частности, ГИЭ, проникающий более чем на 5 мм под поверхность брюшины [61], тесно связан со значительным снижением качества жизни [40, 41, 45] и сексуальной функции [64, 82, 88]. Он охватывает маточно-крестцовые связки, влагалище, стенку кишечника, ректовагинальный мешок, мочеточник и мочевого пузыря [16, 55]. Несколько исследований выявили соотношение диспареунии и наличия ГИЭ специфически для крестцово-маточных связок [33, 74]. Точно так же присутствие влагалищного узелка может влиять на сексуальную функцию посредством его прямой стимуляции во время полового акта [82]. В целом ноцицептивный вклад от внутренних органов, влагалищных или маточно-крестцовых связок, находящихся под воздействием эндометриозных поражений, приводит к центральной сенсibilизации и вызывает генерализованную гиперчувствительность у женщин с этим заболеванием [38]. Другие исследования показали, что полное удаление очагов эндометриоза, включая резекцию вагинальной локализации, возможно, значительно увеличивает сексуальное удовлетворение и уменьшает сексуальные проблемы. Бо-

лее того, поздняя стадия заболевания может затрагивать несколько аспектов жизни женщины, включая психологическую сферу, и, по-видимому, количество глубоко проникающих эндометриoidных узелков прямо пропорционально снижению половой функции [69].

У женщин с гистологически подтвержденным эндометриозом были выявлены три потенциальных предиктора ЖСД:

- интенсивность боли в области таза;
- статус ГИЭ;
- стадии, пересмотренные Американским обществом репродуктивной медицины.

Многовариантный анализ показал, что боль в области малого таза от умеренной к сильной и пересмотренная стадия III или IV Американского общества репродуктивной медицины были связаны с повышенным риском возникновения ЖСД [52]. Пациентки в группе ректовагинального эндометриоза имели риск сексуальной неудовлетворенности или сниженного сексуального удовольствия/его отсутствия более чем в 3 раза выше, чем у здоровых. Риск ограничения сексуальной активности или ее отсутствия, а также сниженную способность достигать оргазма диагностировали у них в 2 раза чаще по сравнению с пациентками без эндометриоза. Тем не менее были обнаружены тонкие различия в частоте и степени выраженности глубокой диспареунии у женщин с ректовагинальными поражениями и у женщин с повреждениями брюшины и/или яичников. Отсутствовала корреляция между тяжестью глубокой диспареунии и уровнем половой функции у пациенток с эндометриозом, независимо от типа поражения. Вероятно, связь между эндометриозом и ЖСД намного сложнее, чем это можно объяснить анатомическим распределением поражений. Возможное объяснение состоит в том, что органическая диспареуния — лишь одна из ряда детерминант сексуального функционирования у женщин с эндометриозом. Другими словами, поскольку женская сексуальность многофакторная и включает психологические процессы, болевой эффект при половом акте может быть усилен или ослаблен другими факторами, что частично уменьшает болевое воздействие. Черты личности, способность справиться с ситуацией, степень близости пары, эмоциональная поддержка партнера, участие, заботливость или враждебность, супружеское приспособление и даже качество медицинской информации и медицинской помощи могут значительно повлиять на уровень восприятия, интерпретации и принятия такого многогранного симптома [65]. Женщины с эндометриозом, независимо от типа поражения, испытывали более частую и тяжелую глубокую диспареунию и демонстрировали худшие показатели сексуального функционирования по сравнению с женщинами без эндометриоза. Вследствие интимной природы симптомы диспареунии необходимо рассматривать в более широкой клинической перспективе, учитывая также потенциальные психологические личностные и межличностные последствия. Другими словами, диспареунию рассматривают не упрощенно как эквивалентную любому другому органическому болевому симптому, а в контексте коррекции отношений, психологического самочувствия, глобального сексуального функционирования и общего женского здоровья [96].

6.3. Эндометриоз — психологическое влияние на отношения

Боль во время полового акта особенно расстраивает, потому что она обычно возникает всякий раз, когда предпринята попытка полового акта, в то время как дисменорея и дисхезия обычно беспокоят женщин в течение ограниченного количества дней каждый месяц. Некоторые женщины приспособливают свою позицию во время полового акта, чтобы облегчить боль [25, 26], так как наиболее вероятно поражение ретроцервикальной области во время глубокого проникновения во влагалище. Тем не менее эта расстраивающая жалоба, как правило, приводит к менее удовлетворительным оргазмам, уменьшению расслабления и удовлетворения после секса, ограничению частоты половых контактов и возможному общему ухудшению качества половой жизни [38].

Несколько исследований показали, что женщины считают симптомы и опыт эндометриоза в целом негативно влияющими на отношения и в некоторых случаях способствующими их разрушению [19, 25, 32]. Fagervold и соавт. [32] отметили, что 40 из 78 женщин (51%) считают, что эндометриоз отрицательно влияет на их отношения, 12 — сообщили о серьезных проблемах в паре, и у 6 в результате произошел разрыв с партнером. Однако в некоторых случаях партнер выступает в качестве важного источника поддержки [25]. В уникальном небольшом исследовании женщин и их партнеров-мужчин Батт (Butt) и Chesla (Чесла) обнаружили, что опыт жизни с эндометриозом нарушает повседневную жизнь и близкие отношения между парами [10].

Они определили пять паттернов «психологической адаптации»:

- «вместе, но в одиночку»;
- «сражаясь вместе»;
- «объединены через инвалидность»;
- «полностью объединены оказанием помощи»;
- «вовлечены во взаимную заботу».

В двух независимых исследованиях 50 и 56% женщин сообщили, что эндометриоз повлиял на их взаимоотношения, вызвав раскол отношений в 10 и 8% случаев соответственно [22]. Партнеры женщин с эндометриозом должны активно участвовать в лечении этого заболевания с самого начала. Надлежащее консультирование женщины и ее партнера по поводу природы заболевания и его возможных последствий для их сексуальной жизни может, как мы надеемся, уменьшить тяжесть отношений для этих пар. Качественное исследование показало, что женщины неохотно обсуждают диспареунию с медицинскими работниками и что не все медицинские работники спрашивают их об этом [25, 26]. Однако Vernuit и соавт. обнаружили, что почти половина (47%) женщин с диагнозом «эндометриоз», которые сообщили, что боль повлияла на качество их жизни, посетили своего врача по поводу диспареунии [7]. Лечебная тактика, позволяющая парам справиться с влиянием эндометриоза на сексуальные отношения, ограничена, а доступные методы, по со-

общениям пар, бывают бесполезными [10]. Недавние исследования выявили проблемы с медицинским обслуживанием в центрах по лечению эндометриоза и необходимость более ориентированного на пациента подхода к лечению [21]. Проспективные и ретроспективные продольные когортные исследования позволят более адекватно отражать изменяемый и динамичный характер воздействия эндометриоза на жизнь людей. Это особенно актуально, учитывая влияние этого заболевания на такие показатели жизненного цикла, как роды, отношения и карьерный рост. Это необходимый смешанный метод для изучения влияния эндометриоза с целью объединения сильных сторон качественного и количественного исследований [73, 83]. Данные количественных исследований свидетельствует о том, что показатели депрессии, тревоги и эмоционального расстройства выше у женщин с эндометриозом, чем в контрольных группах или среди населения в целом. Хотя нельзя сделать четкие выводы о роли боли при сравнении женщин с болезненным эндометриозом и женщин с безболезненным эндометриозом, общие результаты сравнения женщин с хронической болью, связанной с эндометриозом, и женщин с хронической тазовой болью по другим или неизвестным причинам демонстрируют, что именно переживание боли связано с проблемами психического здоровья и эмоциональным стрессом. Качественные исследования подчеркивают эмоциональный стресс, который характеризует жизнь многих женщин, включая чувство изоляции, вины, беспокойства, несостоятельности, безнадежности и неспособности справиться с ситуацией. Однако механизмы, с помощью которых это происходит, неясны, так как боль, эмоциональное расстройство, усталость и неудовлетворенность медицинской помощью и доступными методами лечения — все это тесно связано с комплексным опытом эндометриоза. Несмотря на призывы о помощи и поддержке, чтобы лучше сосредоточиться на психологических и эмоциональных переживаниях и последствиях, депрессия, тревога и эмоциональные переживания, по-видимому, преобладают, существует мало сообщений о систематических вмешательствах для решения этих проблем.

6.4. Клинико-демографические факторы и сексуальная функция

32% пациенток, страдающих эндометриозом, жалуются на ЖСД с болью во время полового акта, уменьшение количества половых актов в месяц и чувство вины по отношению к партнеру. Опыт ощущения постоянной боли создает когнитивную схему негативных ожиданий, которая нарушает сексуальность [42]. Оценка половой функции сложна и зависит от многих факторов, таких как боль во время полового акта, хроническая тазовая боль, партнерские отношения, история предыдущих операций, индекс массы тела (ИМТ) и образование. В проспективном когортном исследовании было оценено влияние социально-демографических и анамнестических характери-

стиг женщин с ГИЭ на качество жизни и сексуальную функцию. Были обнаружены плохие качество жизни и сексуальная функция, которые усугубляли предшествующие операции и низкий ИМТ. Вероятно, жировая ткань, вырабатывая эстроген, может положительно влиять на сексуальную жизнь посредством повышения либидо и сексуального желания [28]. В предыдущем исследовании сообщалось, что высокий ИМТ был связан с более длительной задержкой во времени диагностики эндометриоза по сравнению с пациентками с низким ИМТ [70].

Частично это может быть объяснено тем фактом, что женщины с избыточной массой тела имели меньшую ЖСД, чем женщины с нормальной массой тела. В исследовании 187 женщин с хронической тазовой болью низкий уровень образования и низкий социально-экономический статус оказались факторами риска возникновения симптомов эндометриоза. Предполагали, что пациенты могут чувствовать болезнь и ее изнурительные симптомы посредством механизма, определяемого как «рационализация боли» [84].

Другим важным аспектом выступают бесплодие и депрессия, которые широко распространены у женщин с эндометриозом, а также связаны с нарушением половой функции [58, 85, 87]. Это может вызвать психологические изменения, такие как беспокойство [59, 79], которые могут негативно влиять на физическое и эмоциональное здоровье, качество жизни и сексуальную функцию. Ограниченные исследования показывают, что воздействие или потенциальное влияние эндометриоза на фертильность вызывает беспокойство, депрессию и чувство несправедливости. Предыдущие исследования показали, что бесплодие связано с трудностями в межличностных отношениях и социальных взаимодействиях, нарушением отношений в паре, снижением самооценки [102], чувством стыда [44], социальной изоляцией [8] и нарушением психического здоровья [14]. Эмоциональные проблемы возрастают у женщин в связи с длительным бесплодием и возрастом пациентки по мере увеличения бездетных лет [86]. Следует отметить, что снижение полового влечения и частоты половых контактов может происходить из-за потери половой спонтанности [72], что является вторичным по отношению к определенным стратегиям, используемым для увеличения шансов на беременность [75]. Депрессивные симптомы обычно связаны с изменением сексуальной функции: снижением сексуального удовлетворения [71], дисфункцией возбуждения и уменьшением удовольствия во время половых сношений [43]. Напротив, исследование [29] показало, что бесплодные женщины имели лучшие партнерские отношения, чем фертильные женщины, и [78] продемонстрировало, что несколько неудачных попыток лечения бесплодия были связаны с хорошим парным консенсусом и сплоченностью. Вполне возможно, что партнеры станут более благосклонно настроенными, делясь стрессовым опытом, связанным с лечением бесплодия, и это может улучшить семейные отношения и повысить диадическую сплоченность. Учитывая, что почти половина бесплодных женщин страдают эндометриозом, необходимы дальнейшие исследования социального и психологического аспектов бесплодия среди женщин с данной патологией.

6.5. Медицинское лечение эндометриоза и сексуальность

Медицинское лечение эффективно для снижения боли при половом акте [93]. Несколько групп лекарственных средств было успешно использовано у женщин с глубокой диспареунией, связанной с ГИЭ, включая агонисты GnRH пролонгированного действия для внутримышечного введения, вагинальный даназол, пероральные ингибиторы ароматазы, прогестины, непосредственно доставляемые в полость матки, и пероральные, интравагинальные, трансдермальные сочетания эстрогена—прогестагена, а также только пероральные препараты прогестагена [90, 91, 97]. В рандомизированном контролируемом исследовании агонист GnRH был более эффективен, чем эстроген—прогестин, при боли во время полового акта [98], а комбинация норэтистерона ацетата в низких дозах с ингибитором ароматазы летрозолом в большей степени снижала глубокую диспареунию по сравнению только с низкой дозой норэтистерона ацетата у женщин с ректовагинальным эндометриозом [24, 37]. Более того, Vercellini и соавт. сравнили в проспективном исследовании [92] эффект лапароскопического лечения с низкими дозами норэтистерона ацетата для лечения тяжелой глубокой диспареунии, связанной с персистирующим или рецидивирующим эндометриозом, после неудачной консервативной операции первой линии. Авторы сообщили о быстром улучшении сексуального функционирования и психологического статуса после операции, но со временем произошло ухудшение, в то время как эффект при использовании прогестина возрастал более постепенно без общих значительных различий между группами при 12-месячном наблюдении. Как хирургическое вмешательство, так и лекарственная терапия прогестинами приводили к ценным возможностям снижения воздействия диспареунии на сексуальную функцию и качество жизни [92]. Тем не менее гормональное лечение неэффективно примерно у одной женщины из трех, связано с высокой частотой рецидивов после прекращения терапии, не может быть применено у женщин, стремящихся к зачатию, так как оно подавляет овуляцию и может мешать сексуальному желанию и снижать возбуждение [77].

6.6. Хирургическое лечение эндометриоза и сексуальность

Диспареунию, особенно глубокую, наблюдают у 60–80% пациенток, перенесших операцию по поводу эндометриоза, и у 50–90% пациенток, получающих консервативное лечение этого заболевания [18]. Несколько исследований показали, что хирургическое иссечение глубоких эндометриотических поражений заметно уменьшает тяжесть диспареунии и улучшает качество половой функции у таких пациенток [4, 49, 95]. Установлено, что удаление эндометриoidных очагов эффективно для уменьшения боли во время полового акта и

улучшения качества половой жизни [4], но операция по поводу глубоких поражений требует высокого уровня технической компетентности, связана с потенциально тяжелой заболеваемостью и, как правило, приводит только к частичной или временной эффективности [90, 91, 97]. Было высказано предположение, что женщинам, которые лечились от глубокого инфильтрирующего эндометриоза, после операции удалось расслабиться и чувствовать себя более комфортно во время полового акта благодаря уменьшению болевых симптомов и осознанию удаления очагов эндометриоза. Более того, полное иссечение всех эндометриoidных поражений и восстановление нормальной анатомии таза могут уменьшить влияние на половую жизнь заболеваний тазовых органов [64]. По-видимому, существует положительная корреляция между степенью резекции эндометриоза и степенью улучшения послеоперационных симптомов [15]. Garry и соавт. отметили, что иссечение эндометриoidных поражений значительно улучшало качество половой функции при последующем 4-месячном наблюдении [47]. Ferrero и соавт. наблюдали значительное улучшение половой жизни через 6 и 12 мес после хирургического удаления ГИЭ. У пациентов происходили улучшение сексуальной жизни, учащение половых актов, более удовлетворительные оргазмы с сексом, более легкая релаксация во время секса и лучшее удовлетворение после секса [37].

Однако эффект от операции, как правило, бывает частичным или временным. Vercellini и соавт. в проспективном когортном исследовании показали, что хирургическое вмешательство и терапия низкими дозами прогестина эффективны как для улучшения сексуальной функции, психологического самочувствия, так и для улучшения качества жизни, связанного со здоровьем, у женщин с глубокой диспареунией, вызванной эндометриозом, хотя и с другим временным паттерном [92]. Иссечение эндометриoidных очагов имеет существенное преимущество с более сильным местным эффектом по сравнению с лечением прогестином. Тем не менее постепенный рецидив боли при половом акте через 6 мес после операции в сочетании с прогрессирующим улучшением клинических состояний у женщин, использующих низкодозированную терапию прогестином, приводит к окончательному практическому выравниванию рассматриваемых функциональных результатов при наблюдении в течение 1 года. Более того, средняя общая оценка индекса сексуального функционирования у женщин никогда не превышала предела «нормальности» в 26,55 в любой момент времени [101]. Таким образом, ЖСД, наблюдаемая в начале исследования, не была полностью исправлена хирургическим вмешательством, ни лечением. В частности, фактические результаты в хирургической группе значительно улучшились в краткосрочной перспективе, а затем постепенно ухудшились. Тем не менее через 12 мес оценки показатели желания, возбуждения и смазки все еще были значительно выше, чем в группе, получавшей низкие дозы прогестина, что привело к тенденции улучшения общего показателя FSFI после операции. Возможно, лекарственная терапия вызывает снижение желания, возбуждения и смазки, но после начала полового акта способность к оргазму и общее удовлетворение отмечают не ниже, чем в хирургической группе. И наоборот, через 1 год после операции у женщин была сохранена сек-

суальная предрасположенность, но во время полового акта они ощущали немого большую боль. По данным Фергео и соавт., наилучшие результаты в уменьшении боли при половом акте с улучшением качества половой жизни можно получить с помощью хирургического вмешательства с последующим послеоперационным медицинским лечением [36]. Таким образом, среди специалистов по эндометриозу растет понимание того, что гормональную терапию необходимо систематически предлагать женщинам, которые не намерены забеременеть. Послеоперационное лекарственное лечение снижает риск рецидива, вызывающего атрофию эутопического и эктопического эндометрия. Было также доказано, что сочетание хирургического вмешательства с последующим медикаментозным лечением ГИЭ уменьшает выраженность симптомов и улучшает качество жизни [1, 46, 76].

У женщин после операции по поводу эндометриоза кишечника (с резекцией кишечника с реанастомозом и без них) наблюдали снижение депрессии, удовлетворенность взаимоотношениями и сексуальным функционированием [89]. Пациентки с резекцией кишечника имели значительно лучшие результаты в отношении доли женщин с депрессивными симптомами, а также более низкий уровень сексуальных проблем с оргазмом и болью во время полового акта, чем у пациенток без них. Однако, возможно, что женщины с резекцией кишечника испытывают большую разницу в депрессии, удовлетворенности отношениями и сексуальном функционировании после операции из-за более тяжелой ситуации до операции. Обширная операция резекции кишечника дает пациенткам опыт более интенсивного наблюдения в связи с характером их операции, что может привести к снижению уровня депрессии [67].

Тем не менее лапароскопическое лечение ГИЭ считают сложной хирургической процедурой, которая может быть осложнена нейрогенными нарушениями функции мочеиспускания, кишечными и половыми расстройствами [30, 62, 81], особенно в тех случаях, когда нервосберегающая операция невозможна. Полная резекция поражения ГИЭ может вызвать послеоперационную дисфункцию половых органов, мочевого пузыря и кишечника, хотя болевые симптомы значительно облегчены [6, 30, 60]. Во время рассечения прямой кишки и маточно-крестцовых связок могут быть повреждены вегетативные нервы, питающие прямую кишку и мочевой пузырь, что приводит к нарушению мочеиспускания, дефекации и СД. Проблема общепризнана, и для предотвращения вегетативных дисфункций была введена методика нервосберегающей резекции кишечника при эндометриозе. В последнее время исследования показали, что нервосберегающая операция при ГИЭ может снизить дисфункцию кишечника и мочевого пузыря без снижения эффективности хирургического вмешательства [12, 13, 56, 100]. Во время этой хирургической процедуры выявляют и сохраняют ветви нижних поджелудочных нервов, которые снабжают мочевой пузырь, ободочную кишку, шейку матки и влагалище, а поражения ГИЭ иссекают [12, 13, 56, 100]. В недавнем исследовании общая оценка FFSI и субоценка каждой из шести областей у пациенток с нервосберегающей операцией или обычной операцией по поводу ГИЭ были ниже клинических

пороговых значений до операции [101], и эти оценки значительно выросли после операции. Данные свидетельствуют о том, что сексуальную дисфункцию снижает хирургический, а не нервосохраняющий метод. Тенденция к усилению болевых симптомов и половой дисфункции с течением времени после операции может быть вызвана новыми поражениями ГИЭ или оставшимися повреждениями ГИЭ, которые вызваны неполным удалением во время хирургической процедуры [92].

Кроме того, помимо риска повреждения вегетативных нервов, агрессивная хирургия, такая как резекция кишечника и резекция больших частей маточно-крестцовых связок с последующим рубцеванием мешка Дугласа, может способствовать ухудшению половой жизни [80]. Поэтому женщины должны всегда получать соответствующие консультации перед операцией, чтобы знать об этих потенциальных рисках. Кроме того, следует учесть совет из недавно опубликованного консенсуса о текущем лечении эндометриоза — женщинам с более высокой стадией заболевания и/или трудноразрешимыми клиническими проблемами следует обратиться в экспертный центр с соответствующей хирургической специализацией по поводу лапароскопического удаления эндометриoidных очагов [53].

В заключение, учитывая многомерное влияние эндометриоза, подход к лечению должен включать эмоциональную и социальную поддержку, снижение стресса, психосексуальное лечение и акцент на вопросах качества жизни, сексе и отношениях, лечении боли и профориентации [10, 24]. Психологическое и психосексуальное консультирование важно предлагать при работе с пациентками с эндометриозом. Очень важно, чтобы гинекологи, лечащие пациенток с данным заболеванием, проводили обстоятельную беседу о сексуальности, потому что эти специалисты в большинстве случаев — первые, к кому страдающие женщины приходят за консультацией. В связи с тем что сексуальность, особенно нарушенную, часто считают «стыдной» темой, задача гинекологов — решить эту деликатную проблему приятным способом. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) включила вопросы сексуального здоровья в права человека [104], а в докладе о технической консультации по вопросам сексуального здоровья, проведенном в Генуе в 2002 г. [105], звучит, что «сексуальные права охватывают права человека, включая право всех людей на ведение полноценной, безопасной и приятной сексуальной жизни». Диспареунию нужно не просто рассматривать как патологию, эквивалентную любому другому органическому болевому симптому, а в контексте глобального сексуального функционирования, коррекции отношений, психологического самочувствия и общего состояния здоровья женщины.

Литература

1. Abbott J.A., Hawe J., Clayton R.D. et al. The effects and effectiveness of laparoscopic excision of endometriosis: a prospective study with 2–5 year follow-up // Hum. Reprod. 2003. N 18. P. 1922–1977.

2. Anaf V., Chapron C., El Nakadi I. et al. Pain, mast cells, and nerves in peritoneal, ovarian, and deep infiltrating endometriosis // *Fertil. Steril.* 2006. N 86. P. 1336–1343.
3. Anaf V., Simon P., El Nakadi I. Hyperalgesia, nerve infiltration and nerve growth factor expression in deep adenomyotic nodules, peritoneal and ovarian endometriosis // *Hum. Reprod.* 2002. N 17. P. 1895–1900.
4. Anaf V., Simon P., El Nakadi I. et al. Impact of surgical resection of rectovaginal pouch of douglas endometriotic nodules on pelvic pain and some elements of patients' sex life // *J. Am. Assoc. Gynecol. Laparosc.* 2001. N 8. P. 55–60.
5. Ballard K.D., Seaman H.E., De Vries C.S. et al. Can symptomatology help in the diagnosis of endometriosis? Findings from a national case–control study. Part 1 // *B. J. O. G.* 2008. N 115. P. 1382–1391.
6. Ballester M., Santulli P., Bazot M. et al. Preoperative evaluation of posterior deep-infiltrating endometriosis demonstrates a relationship with urinary dysfunction and parametrial involvement // *J. Minim. Invasive Gynecol.* 2011. Vol. 1, N 18. P. 36–42.
7. Bernuit D., Ebert A.D., Halis G. et al. Female perspectives on endometriosis: findings from the uterine bleeding and pain women's research study // *J. Endometriosis.* 2011. N. 2. P. 73–85.
8. Bhatti L.I., Fikree F.F., Khan A. The quest of infertile women in squatter settlements of Karachi, Pakistan: a qualitative study // *Soc. Sci. Med.* 1999. N 49. P. 637–649.
9. Biberoglu K.O., Behrman S.J. Dosage aspects of danazol therapy in endometriosis: short-term and long-term effectiveness // *Am. J. Obstet. Gynecol.* 1981. N 15. P. 645–654.
10. Butt F., Chesla C. Relational patterns of couples living with chronic pelvic pain from endometriosis // *Qual. Health Res.* 2007. N 5. P. 571–585.
11. Carvalho J., Vieira A.L., Nobre P. Latent structures of female sexual functioning // *Arch. Sex. Behav.* 2012. N 41. P. 907–917.
12. Ceccaroni M., Clarizia R., Alboni C. et al. Laparoscopic nerve-sparing transperitoneal approach for endometriosis infiltrating the pelvic wall and somatic nerves: anatomical considerations and surgical technique // *Surg. Radiol. Anat.* 2010. N 32. P. 601–604.
13. Ceccaroni M., Pontrelli G., Scioscia M. et al. Nerve-sparing laparoscopic radical excision of deep endometriosis with rectal and parametrial resection // *J. Minim. Invasive Gynecol.* 2010. N 17. P. 14–15.
14. Chachamovich J.R., Chachamovich E., Ezer H. et al. Investigating quality of life and health-related quality of life in infertility: a systematic review // *J. Psychosom. Obstet. Gynaecol.* 2010. N 31. P. 101–110.
15. Chapron C., Chopin N., Borghese B. Surgical management of deeply infiltrating endometriosis: an update // *Ann. N. Y. Acad. Sci.* 2004. N 1034. P. 326–337.
16. Chapron C., Dubuisson J.B. Laparoscopic treatment of deep endometriosis located on the uterosacral ligaments // *Hum. Reprod.* 1996. N 11. P. 868–887.
17. Chene G., Jaffeux P., Lasnier C. et al. Quality of life of women with endometriosis: comparison between epiphenomenon and severe disease // *J. Endometriosis.* 2012. N 2. P. 77–84.
18. Chopin N., Vieira M., Borghese B. et al. Operative management of deeply infiltrating endometriosis: Results on pelvic pain symptoms according to a surgical classification // *J. Minim. Invasive Gynecol.* 2005. N 12. P. 106–112.
19. Cox H., Henderson L., Wood R. et al. Learning to take charge: women's experiences of living with endometriosis // *Complement. Ther. Nurs. Midwifery.* 2003. N 2. P. 62–68.
20. Damewood M., Kresch A.J., Metzger D. et al. Current approaches to endometriosis // *Patient Care.* 1997. N 31. P. 34–43.
21. Dancet E.A.F., Apers S., Kluivers K.B. et al. The ENDOCARE questionnaire guides European endometriosis clinics to improve the patient-centeredness of their care // *Hum. Reprod.* 2012. N 11. P. 3168–3178.

22. De Graaff A.A., D'Hooghe T.M., Dunselman G.A., Simoons S., WERF EndoCost Consortium et al. The significant effect of endometriosis on physical, mental and social wellbeing: results from an international cross-sectional survey // *Hum. Reprod.* 2013. N 28. P. 2677–2685.
23. De Nardi P., Ferrari S. Deep pelvic endometriosis: a multidisciplinary approach. Milan: Springer, 2011.
24. Denny E., Mann C.H. Endometriosis-associated dyspareunia: the impact on women's lives // *J. Fam. Plan. Reprod. H.* 2007. N 3. P. 189–193.
25. Denny E. Women's experience of endometriosis // *J. Adv. Nurs.* 2004. N 6. P. 641–648.
26. Denny E. 'You are one of the unlucky ones': delay in the diagnosis of endometriosis // *Divers Health Social Care.* 2004. N 1. P. 39–44.
27. Di Donato N., Montanari G., Benfenati A. et al. Do women with endometriosis have to worry about sex? // *Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.* 2014. N 179. P. 69–74.
28. Di Donato N., Montanari G., Benfenati A. The impact of socio-economic and anamnestic characteristics on quality of life and sexuality in women with endometriosis // *J. Endometriosis.* 2013. Vol. 5. Issue 4. P. 127–169.
29. Drosdzol A., Skrzypulec V. Evaluation of marital and sexual interactions of Polish infertile couples // *J. Sex. Med.* 2009. N 6. P. 3335–3346.
30. Dubernard G., Rouzier R., David-Montefiore E. et al. Urinary complications after surgery for posterior deep infiltrating endometriosis are related to the extent of dissection and to utero-sacral ligaments resection // *J. Minim. Invasive Gynecol.* 2008. N 15. P. 235–240.
31. Dunselman G.A., Vermeulen N., Becker C. et al. European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE) guideline: management of women with endometriosis // *Hum. Reprod.* 2014. Vol. 3, N 29. P. 400–412.
32. Fagervold B., Jenssen M., Hummelshoj L. et al. Life after a diagnosis with endometriosis: a 15 years follow-up study // *Acta Obstet. Gyn. Scan.* 2009. N 8. P. 914–919.
33. Fauconnier A., Chapron C., Dubuisson J.B. Relation between pain symptoms and the anatomic location of deep infiltrating endometriosis // *Fertil. Steril.* 2002. N 78. P. 719–726.
34. Fauconnier A., Chapron C. Endometriosis and pelvic pain: epidemiological evidence of the relationship and implications // *Hum. Reprod. Update.* 2005. N 11. P. 595–606.
35. Fedor-Freybergh P. The influence of estrogens on the wellbeing and mental performance in climacteric and postmenopausal women // *Acta Obstet. Gynecol. Scand.* 1977. N 64. P. 1–91.
36. Ferrero S., Abbamonte L.H., Parisi M. et al. Dyspareunia and quality of sex life after laparoscopic excision of endometriosis and postoperative administration of triptorelin // *Fertil. Steril.* 2007. N 87. P. 227–229.
37. Ferrero S., Camerni G., Seracchioli R. et al. Letrozole combined with norethisterone acetate compared with norethisterone acetate alone in the treatment of pain symptoms caused by endometriosis // *Hum. Reprod.* 2009. N 24. P. 3033–3041.
38. Ferrero S., Esposito F., Abbamonte L.H. et al. Quality of sex life in women with endometriosis and deep dyspareunia // *Fertil. Steril.* 2005. N 83. P. 573–579.
39. Ferrero S., Ragni N., Remorgida V. Deep dyspareunia: causes, treatments, and results // *Curr. Opin. Obstet. Gynecol.* 2008. N 20. P. 394–399.
40. Fourquet J., Báez L., Figueroa M. et al. Quantification of the impact of endometriosis symptoms on health-related quality of life and work productivity // *Fertil. Steril.* 2011. N 96. P. 107–112.
41. Fourquet J., Gao X., Zavala D. et al. Patients' report on how endometriosis affects health, work, and daily life // *Fertil. Steril.* 2010. N 93. P. 2424–2428.
42. Fritzer N., Haas D., Oppelt P. et al. More than just bad sex: sexual dysfunction and distress in patients with endometriosis // *Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.* 2013. N 169. P. 392–396.
43. Frohlich P., Meston C. Sexual functioning and self-reported depressive symptoms among college women // *J. Sex. Res.* 2002. N 39. P. 321–325.

44. Galhardo A., Pinto-Gouveia J., Cunha M. et al. The impact of shame and self-judgment on psychopathology in infertile patients // *Hum. Reprod.* 2011. N 26. 2408–2414.
45. Gao X., Yeh Y.C., Outley J. et al. Health-related quality of life burden of women with endometriosis: a literature review // *Curr. Med. Res. Opin.* 2006. N 22. P. 1787–1797.
46. Garry R. Laparoscopic excision of endometriosis: The treatment of choice? // *Br. J. Obstet. Gynaecol.* 1997. N 104. P. 513–515.
47. Garry R., Clayton R., Hawe J. The effect of endometriosis and its radical laparoscopic excision on quality of life indicators // *B. J. O. G.* 2000. N 107. P. 44–54.
48. Giamberardino M.A., De Laurentis S., Affaitati G. et al. Modulation of pain and hyperalgesia from the urinary tract by algogenic conditions of the reproductive organs in women // *Neurosci. Lett.* 2001. N 304. P. 61–64.
49. Hidaka T., Nakashima A., Hashimoto Y. et al. Effects of laparoscopic radical surgery for deep endometriosis on endometriosis-related pelvic pain // *Minim. Invasive Ther. Allied Technol.* 2012. N 21. P. 355–361.
50. Howard F.M. Endometriosis and mechanisms of pelvic pain // *J. Minim. Invasive Gynecol.* 2009. N 16. P. 540–550.
51. Huntington A., Gilmour J. A life shaped by pain: women and endometriosis // *J. Clin. Nurs.* 2005. N 9. P. 1124–1132.
52. Jia S.Z., Leng J.H., Sun P.R. Prevalence and associated factors of female sexual dysfunction in women with endometriosis // *Obstet. Gynecol.* 2013. N 121. P. 601–606.
53. Johnson N.P., Hummelshoj L. For the World Endometriosis Society Montpellier Consortium. Consensus on current management of endometriosis // *Hum. Reprod.* 2013. N 28. P. 1552–1568.
54. Jones G., Jenkinson C., Kennedy S. The impact of endometriosis upon quality of life: a qualitative analysis // *J. Psychosom. Obstet. Gynaecol.* 2004. N 25. P. 123–133.
55. Kamina P. Anatomie Gynécologique et obstétricale. Paris: Maloine SA, 1984. Vol. 4. P. 298.
56. Kavallaris A., Banz C., Chalvatzas N. et al. Laparoscopic nerve-sparing surgery of deep infiltrating endometriosis: description of the technique and patients' outcome // *Arch. Gynecol. Obstet.* 2011. N 284. P. 131–135.
57. Kennedy S., Bergqvist A., Chapron C. et al. ESHRE guideline for the diagnosis and treatment of endometriosis // *Hum. Reprod.* 2005. N 20. P. 2698–2704.
58. Keskin U., Coksuer H., Gungor S. et al. Differences in prevalence of sexual dysfunction between primary and secondary infertile women // *Fertil. Steril.* 2011. N 96. P. 1213–1217.
59. Klemetti R., Raitanen J., Sihvo S. et al. Infertility, mental disorders and well-being a nation-wide survey // *Acta Obstet. Gynecol. Scand.* 2010. N 89. P. 677–682.
60. Kondo W., Bourdel N., Tamburro S. et al. Complications after surgery for deeply infiltrating pelvic endometriosis // *B. J. O. G.* 2011. N 118. P. 292–298.
61. Koninckx P.R., Meuleman C., Demeyere S. et al. Suggestive evidence that pelvic endometriosis is a progressive disease, whereas deeply infiltrating endometriosis is associated with pelvic pain // *Fertil. Steril.* 1991. N 55. P. 759–765.
62. Landi S., Mereu L., Indraccolo U. et al. Laparoscopic excision of endometriosis may require unilateral parametrectomy // *J. S. L. S.* 2009. N 13. P. 496–503.
63. Laumann E.O., Paik A., Rosen R.C. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors // *JAMA.* 1999. N 281. P. 537–544.
64. Mabrouk M., Montanari G., Di Donato N. et al. What is the impact on sexual function of laparoscopic treatment and subsequent combined oral contraceptive therapy in women with deep infiltrating endometriosis? // *J. Sex. Med.* 2012. N 9. P. 770–778.
65. Meana M., Binik I., Khalife S. et al. Affect and marital adjustment in women's rating of dyspareunic pain // *Can. J. Psychiatry.* 1998. N 43. P. 381–385.

66. Meana M., Binik Y.M., Khalife S. et al. Biopsychosocial profile of women with dyspareunia // *Obstet. Gynecol.* 1997. N 90. P. 583–589.
67. Meuleman C., Tomassetti C., Wolthuis A. et al. Clinical outcome after radical excision of moderate severe endometriosis with or without bowel resection and reanastomosis: a prospective cohort study // *Ann. Surg.* 2013. N 259. P. 522–531.
68. Meuleman C., Vandenabeele B., Fieuws S. et al. High prevalence of endometriosis in infertile women with normal ovulation and normospermic partners // *Fertil. Steril.* 2009. N 1. P. 68–74.
69. Montanari G., Di Donato N., Benfenati A. et al. Women with deep infiltrating endometriosis: sexual satisfaction, desire, orgasm, and pelvic problem interference with sex // *J. Sex. Med.* 2013. N 10. P. 1559–1566.
70. Nnoaham K.E., Hummelshoj L., Webster P. et al. World Endometriosis Research Foundation Global Study of Women's Health consortium. Impact of endometriosis on quality of life and work productivity: a multicenter study across ten countries // *Fertil. Steril.* 2011. N 96. P. 366–373.
71. Pakpour A.H., Yekaninejad M.S., Zeidi I.M. et al. Prevalence and risk factors of the female sexual dysfunction in a sample of infertile Iranian women // *Arch. Gynecol. Obstet.* 2012. N 286. P. 1589–1596.
72. Pinto-Gouveia J., Galhardo A., Cunha M., et al. Protective emotional regulation processes towards adjustment in infertile patients. *Hum Fertil (Camb)*. 2012. N 15. P. 27–34.
73. Plano Clark V.L. The adoption and practice of mixed methods: US trends in federally funded health-related research // *Qual. Inq.* 2010. N 6. P. 428–440.
74. Porpora M.G., Koninckx P.R., Piazze J. et al. Correlation between endometriosis and pelvic pain // *J. Am. Assoc. Gynecol. Laparosc.* 1999. N 6. P. 429–434.
75. Reder F., Fernandez A., Ohl J. Does sexuality still have a place for couples treated with assisted reproductive techniques? // *J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod. (Paris)*. 2009. N 38. P. 377–388.
76. Redwine D.B., Wright J.T. Laparoscopic treatment of complete obliteration of the culdesac-associated with endometriosis: Long-term follow-up of en bloc resection // *Fertil. Steril.* 2001. N 76. P. 358–365.
77. Remorgida V., Abbamonte L.H., Ragni N. et al. Letrozole and desogestrel-only contraceptive pill for the treatment of stage IV endometriosis // *Aust. N. Z. J. Obstet. Gynaecol.* 2007. N 47. P. 222–225.
78. Repokari L., Punamaki R.L., Unkila-Kallio L. et al. Infertility treatment and marital relationships: a 1-year prospective study among successfully treated ART couples and their controls. *Hum Reprod.* 2007. N 22. P. 1481–1491.
79. Revonta M., Raitanen J., Sihvo S. et al. Health and life style among infertile men and women // *Sex. Reprod. Healthc.* 2010. N 1. P. 91–98.
80. Roman H., Loisel C., Resch B. et al. Delayed functional outcomes associated with surgical management of deep rectovaginal endometriosis with rectal involvement: giving patients an informed choice // *Hum. Reprod.* 2010. N 25. P. 890–899.
81. Roman H., Vassiliev M., Gourcerol G. et al. Surgical management of deep infiltrating endometriosis of the rectum: Pleading for a symptom-guided approach // *Hum. Reprod.* 2011. N 26. P. 274–281.
82. Setälä M., Härkki P., Matomäki J. et al. Sexual functioning, quality of life and pelvic pain 12 months after endometriosis surgery including vaginal resection // *Acta Obstet. Gynecol. Scand.* 2012. N 91. P. 692–698.
83. Tashakkori A., Teddlie C. *SAGE handbook of mixed methods in social & behavioral research*. 2nd ed. Thousand Oaks: Sage Publications, 2010.

84. Tchernof A., Després J.P. Pathophysiology of human visceral obesity: an update // *Physiol. Rev.* 2013. N 93. P. 359–404.
85. Ter Kuile M.M., Brauer M., Laan E. The Female Sexual Function Index (FSFI) and the Female Sexual Distress Scale (FSDS): psychometric properties within a Dutch population // *J. Sex. Marital. Ther.* 2006. N 32. P. 289–304.
86. Ter Kuile M.M., Van Lankveld J.J., Kalkhoven P. et al. The Golombok Rust Inventory of Sexual Satisfaction (GRISS): psychometric properties within a Dutch population // *J. Sex. Marital. Ther.* 1999. N 25. P. 59–71.
87. Ter Kuile M.M., Weijnenborg P.T., Spinhoven P. Sexual functioning in women with chronic pelvic pain: the role of anxiety and depression // *J. Sex. Med.* 2007. N 7. P. 1901–1910.
88. Tripoli T.M., Stato H., Sartori M.G. et al. Evaluation of quality of life and sexual satisfaction in women suffering from chronic pelvic pain with or without endometriosis // *J. Sex. Med.* 2011. N 8. P. 497–503.
89. Van den Broeck U., Meuleman C., Tomassetti C. et al. Effect of laparoscopic surgery for moderate and severe endometriosis on depression, relationship satisfaction and sexual functioning: comparison of patients with and without bowel resection // *Hum. Reprod.* 2013. N 28. P. 2389–2397.
90. Vercellini P., Carmignani L., Rubino T. et al. Surgery for deep endometriosis: a pathogenesis-oriented approach // *Gynecol. Obstet. Invest.* 2009. N 68. P. 88–103.
91. Vercellini P., Crosignani P.G., Somigliana E. et al. Medical treatment for rectovaginal endometriosis: what is the evidence? // *Hum. Reprod.* 2009. N 24. P. 2504–2514.
92. Vercellini P., Frattaruolo M.P., Somigliana E. et al. Surgical versus low-dose progestin treatment for endometriosis-associated severe deep dyspareunia II: effect on sexual functioning, psychological status and health-related quality of life // *Hum. Reprod.* 2013. N 28. P. 1221–1230.
93. Vercellini P., Frontino G., Pietropaolo G. et al. Deep endometriosis: definition, pathogenesis, and clinical management // *J. Am. Assoc. Gynecol. Laparosc.* 2004. N 11. P. 153–161.
94. Vercellini P., Meana M., Hummelshoj L. et al. Priorities for endometriosis research: a proposed focus on deep dyspareunia // *Reprod. Sci.* 2011. N 18. P. 114–118.
95. Vercellini P., Pietropaolo G., De Giorgi O. et al. Reproductive performance in infertile women with rectovaginal endometriosis: is surgery worthwhile? // *Am. J. Obstet. Gynecol.* 2006. N 195. P. 1303–1310.
96. Vercellini P., Somigliana E., Buggio L. et al. «I can't get no satisfaction»: deep dyspareunia and sexual functioning in women with rectovaginal endometriosis // *Fertil. Steril.* 2012. World Health Organization. Gender and human rights. Sexual health. 2010. Retrieved from http://www.who.int/reproductivehealth/topics/gender_rights/sexual_health/en/index.html. March 8. P. 1503–1511.
97. Vercellini P., Somigliana E., Viganò P. et al. Endometriosis: current therapies and new pharmacological developments // *Drugs.* 2009. N 69. P. 649–675.
98. Vercellini P., Trespidi L., Colombo A. et al. A gonadotropin releasing hormone agonist versus a low-dose oral contraceptives for pelvic pain associated with endometriosis // *Fertil. Steril.* 1993. N 60. P. 75–79.
99. Vercellini P., Trespidi L., de Giorgi O. et al. Endometriosis and pelvic pain: relation to disease stage and localization // *Fertil. Steril.* 1996. N 65. P. 299–304.
100. Volpi E., Ferrero A., Sismondi P. Laparoscopic identification of pelvic nerves in patients with deep infiltrating endometriosis // *Surg. Endosc.* 2004. N 18. P. 1109–1112.
101. Wiegel M., Meston C., Rosen R. The female Sexual Function Index (FSFI): cross-validation and development of clinical cut-off scores // *J. Sex. Marital. Ther.* 2005. N 31. P. 1–20.

-
102. Wischmann T., Korge K., Scherg H. A 10-year follow-up study of psychosocial factors affecting couples after infertility treatment // Hum. Reprod. 2012. N 27. P. 3226–3232.
 103. World Endometriosis Society and the World Endometriosis Research Foundation. Facts about endometriosis. 2012.
 104. World Health Organization. Gender and human rights. Definition Sexual health. 2010. Retrieved from http://www.who.int/reproductivehealth/topics/gender_rights/defining_sexual_health/en/index.html. March 8.
 105. World Health Organization. Gender and human rights. Sexual health. 2010. Retrieved from http://www.who.int/reproductivehealth/topics/gender_rights/sexual_health/en/index.html. March 8.