

DOI: 10.31393/reports-vnmedical-2022-26(1)-24

УДК: 618.1-007:616.018.2

КОРЕКЦІЯ СЕКСУАЛЬНОЇ ДИСФУНКЦІЇ У ЖІНОК ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ВІКУ

Горбатюк О.¹, Шатковська А.¹, Дудікова Л.¹, Бінковська А.¹, Васьків О.¹, Герич О.¹, Приймак І.¹, Гарбузюк В.²

¹Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018),

²Комунальне підприємство "Хмельницька міська лікарня" Хмельницької міської ради (пров. Проскурівський, 1, м. Хмельницький, Україна, 29000)

Відповідальний за листування:
e-mail: gynecology_fpo@vntmu.edu.ua

Статтю отримано 24 грудня 2021 р.; прийнято до друку 28 січня 2022 р.

Анотація. В постменопаузальному віці якість статевого життя значно погіршується. На сьогоднішній день не існує ефективних методів корекції сексуальної дисфункції (СД) у жінок цього віку. Метою роботи було порівняти клінічну ефективність традиційних препаратів для менопаузальної гормонотерапії (МГТ) - тиболону та комплексного препарату, що містить 1 мг естрадіолу та 5 мг дідрогестерону, у жінок з СД в постменопаузі. Під наглядом перебували 69 жінок постменопаузального віку з СД: 37 - основна група (ОГ), 32 - група порівняння (ГП). Жінки ОГ отримували лікування препаратом, що містить тиболон, в режимі 1 таблетка 1 раз на день. Жінкам ГП призначали МГТ препаратом, що містить 1 мг естрадіолу та 5 мг дідрогестерону. Якість статевого життя визначали до лікування та через 1 місяць після лікування за спеціально розробленим опитувальником та шкалою оцінки менопаузи (MRS). Статистичні дані обробляли за допомогою LibreOffice Calc (Mozilla Public License v 2.0). Порівняння кількісних даних двох зв'язаних груп (до та після лікування) здійснили за допомогою непараметричного критерію Вілкоксона для парних вибірок. При обліку результатів в альтернативній формі (наявність або відсутність певної ознаки використали кутове перетворення Фішера. Попарні порівняння груп проводили за допомогою критерію Манна-Уїтні при $p < 0,05$. При лікуванні СД у жінок ОГ мала місце редукція усіх симптомів; у пацієнток ГП - спостерігали покращення лише одного показника. В ОГ через 1 місяць на тлі корекції СД кількість жінок, задоволених своїм статевим життям збільшилась у 2,4 рази ($p < 0,05$), а у ГП - в 1,4 рази ($p > 0,05$). В обох групах жінок після лікування спостерігали достовірну редукцію більшості симптомів менопаузи. За психоневрологічними показниками та атрофічними змінами піхви різниця між ОГ та ГП після лікування не виявлена ($p > 0,05$). Крім того, встановлено кращу корекцією вегетативних розладів у ГП у порівнянні з ОГ ($p < 0,05$). У ОГ відмічене достовірне покращення порушень фізичного та психічного здоров'я; дискомфорту у суглобах та м'язах у порівнянні з ГП ($p < 0,05$). Відновлення порушень сечовиділення за місяць терапії препаратами МГТ у жодній групі досліджуваних жінок не спостерігали. Таким чином, препарат на основі тиболону можна рекомендувати для корекції сексуальної дисфункції у жінок постменопаузального віку.

Ключові слова: сексуальна дисфункція, корекція, постменопаузальний вік.

Вступ

Більшість жінок у віці 50 років і старше має збережене статеве життя. Такий вік відповідає постменопаузальному періоду життя жінки. У цей час в організмі жінки відбуваються інволютивні процеси у всіх органах і тканинах, в тому числі, в репродуктивній системі, що спричиняє стрімке зниження синтезу статевих гормонів і появу численних проявів клімактеричного синдрому. На цьому тлі виникає сексуальна дисфункція, перебіг якої погіршує урогенітальна атрофія, та можливі порушення сечовиділення [1, 18]. І, якщо, за даними літератури, вегето-судинні та психоневрологічні порушення відмічають 50-60% жінок у віці 45-55 років [3, 4], то на розлади статевої функції вказують 68-86,5% жінок цього віку [5, 7, 8]. Тому однозначно можна стверджувати, що у постменопаузі порушується не лише працездатність жінки, а й, інтимна сфера життя, що негативно впливає на різні аспекти її життєдіяльності [5, 8, 10]. Отже сьогодні особливо актуальним є питання не лише успішного лікування клімактеричного синдрому, а й корекції сексуальної дисфункції.

У наш час для корекції клімактеричних порушень загальноприйнятним є використання менопаузальної

гормональної терапії (МГТ) [3, 4, 10]. Сучасні препарати, які використовуються для МГТ, мають не однаковий вплив на різні патогенетичні ланки клімактеричного синдрому та випускаються у різних формах: пероральних, вагінальних, трансдермальних. Одні препарати краще корегують вегетосудинні порушення, інші - психоневрологічні розлади, або ж статеву дисфункцію [11, 13, 15, 17]. Саме тому в основу нашого дослідження поставлено завдання порівняти вплив на статеву дисфункцію 2-х найбільш використовуваних для МГТ у жінок з клімактеричним синдромом пероральних препаратів: тиболону та комплексного препарату, що містить 1 мг естрадіолу та 5 мг дідрогестерону.

Метою роботи було оцінити ефективність впливу препарату, що містить тиболон та препарату, що містить 1 мг естрадіолу та 5 мг дідрогестерону на сексуальну дисфункцію у жінок постменопаузального віку.

Матеріали та методи

Під нашим наглядом перебували 69 жінок постменопаузального віку з клімактеричними порушеннями та

збереженим статевим життям. Із них 37 жінок увійшли до основної групи (ОГ), 32 - у групу порівняння (ГП). Письмову згоду жінок основної групи на участь у дослідженні отримано.

Жінки основної групи та групи порівняння перебували у віці 50-62 роки. Із 69 обстежених нами жінок 18 (26,1%) пацієнок отримували раніше лише препарати для лікування клімактеричного синдрому, але без акценту на статеву дисфункцію.

За критеріями STRAW+10 [3, 4], жінки основної групи розподілились так: на стадії +1а перебувало 18 (48,7%) жінок, на стадії +1b перебувало 12 (32,4%) жінок, на стадії +1с перебувало 7 (18,9%) жінок. До групи порівняння відібрано 15 (46,9%) жінок на стадії +1а, 12 жінок (37,5%) на стадії +1b і 5 (15,6%) пацієнок на стадії +1с.

Для оцінки характеру СД ми розробили спеціальний опитувальник з бінарною системою оцінки (так/ні), який кожна жінка заповнювала самостійно. В якості зразка використали опитувальник, за яким розраховують індекс жіночої статевої функції [16]. Питання стосувались статевого життя: наявність регулярних статевих контактів (≥ 2 рази на тиждень), лібідо, статевого збудження, оргазму, дискомфорту чи болю під час статевого акту, загальне задоволення своїм статевим життям та ін. [15, 16]. Оскільки, частина жінок крім статевих розладів мала й інші клімактеричні порушення, тому для загальної оцінки ступеню важкості цих проявів використали шкалу оцінки менопаузи MRS. Ця шкала передбачає суб'єктивну оцінку жінкою важкості кожного симптому від 0 до 4 балів [9]. Жінки, що мали органічні зміни в малому тазу, які супроводжувались больовим синдромом під час статевих контактів, а також із протипоказами до МГТ у дослідження не включались.

Жінкам основної групи в якості основного лікування СД запропоновано препарат, що містить тиболон, в режимі 1 таблетка на день - 1 місяць. Препарат рекомендували приймати на ніч. Жінкам групи порівняння призначали традиційну МГТ препаратом, що містить 1 мг естрадіолу та 5 мг дідрогестерону per os 1 раз на день - також 1 місяць. Обидва препарати призначались per os в безперервному режимі.

Оцінку ефективності терапії проводили за допомогою того ж опитувальника та менопаузальної рейтингової шкали (MRS) через місяць після безперервного прийому препаратів.

Порівняння кількісних даних двох зв'язаних груп (до та після лікування), здійснили за допомогою непараметричного критерію Вілкоксона для парних вибірок (Wilcoxon signed rank test). При обліку результатів в альтернативній формі (наявність або відсутність певної ознаки використали кутове перетворення Фішера. Якщо різниця була виявлена, виконували попарні порівняння груп за допомогою критерію Манна-Уїтні. Відмінності вважали статистично значущими при $p < 0,05$ [12]. Статистичні дані обробляли за допомогою LibreOffice Calc

(Mozilla Public License v 2.0), пристосованої для медичних та біологічних досліджень.

Результати. Обговорення

На основі заповненого опитувальника, СД виявили у 35 (94,6%) жінок основної групи та у 31 (96,9%) пацієнки із групи порівняння. У 2-х (5,4%) пацієнок ОГ та у 1-ї (3,1%) ГП статевої дисфункції не виявлено. Регулярне статеве життя (?2 статевих контактів на тиждень) відмічали 26 (70,3%) пацієнок основної групи і 20 (62,5%) жінок групи порівняння. Ще 11 (29,7%) жінок ОГ та 12 (37,5%) пацієнок ГП вказували на нерегулярне статеве життя. Загальну вдоволеність своїм статевим життям відмічали 10 (27,0%) жінок основної групи та 7 (21,9%) жінок із групи порівняння. Достовірних відмінностей за цими показниками між досліджуваними групами не виявили ($p > 0,05$).

Через місяць на тлі лікування ситуація змінилась таким чином: регулярне статеве життя (≥ 2 статевих контактів на тиждень) відмічали 29 (78,4%) пацієнок основної групи і 21 (65,6%) жінка групи порівняння. Нерегулярне статеве життя залишилось у 8 (21,6%) жінок ОГ та в 11 (34,4%) пацієнок ГП. За цими показниками різниці між групами не було ($p > 0,05$). Загальну вдоволеність своїм статевим життям відмітили 24 (64,9%) жінки основної групи та 10 (31,3%) жінок із групи порівняння ($p < 0,05$). Тобто на тлі корекції СД у жінок постменопаузального віку ОГ уже через 1 місяць кількість жінок задоволених своїм статевим життям збільшилась у 2,4 рази ($p < 0,05$), тоді як у ГП - лише в 1,4 рази ($p > 0,05$).

У структурі СД у жінок обох досліджуваних груп переважали: зниження статевого потягу, відсутність оргазму, відсутність задоволення від сексу (рис. 1).

У жінок основної групи та групи порівняння за кожним показником шкали MRS (на основі заповнення анкети) обчислювали оцінку в балах до лікування та через 1 місяць після лікування (табл. 1).

В основній групі та групі порівняння на тлі проведеного лікування стан хворих значно поліпшився, про що свідчить достовірне зниження бальної оцінки більшості симптомів менопаузи (табл. 1).

Якщо за показниками корекції дискомфорту у ділянці серця, відчуття дратівливості, безпричинної стурбованості, покращення сну та лікування атрофічних змін піхви різниці між ОГ та ГП після лікування не було ($p_{3-4} > 0,05$), то за корекцією вегетативних розладів препарат на основі естрадіолу та дідрогестерону був достовірно кращим ($p_{3-4} < 0,05$). У жінок ОГ з СД через місяць на тлі лікування достовірно покращення відбулось за всіма показниками (рис. 1), а у ГП - відмічено лише покращення лібідо, тобто проблеми в інтимній сфері краще корегують препарати на основі тиболону ($p < 0,05$). Достовірну відмінність ($p_{3-4} < 0,05$) між ОГ і ГП після лікування спостерігали за показниками порушення фізичного та психічного здоров'я; дискомфорту у суглобах та м'язах (табл. 1): в ОГ показники були значно кращі.

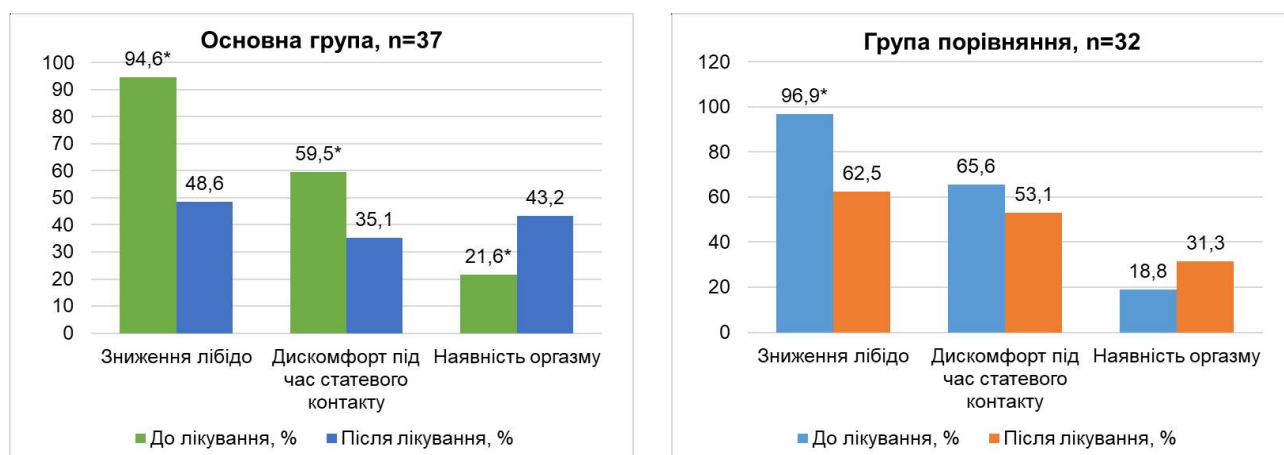


Рис. 1. Характеристика сексуальної дисфункції у жінок постменопаузального віку основної групи та групи порівняння до лікування та через місяць на тлі лікування (* - $p < 0,05$).

Таблиця 1. Оцінка клімактеричних розладів по шкалі MRS (бали) у жінок постменопаузального віку до лікування та через 1 місяць на фоні лікування.

№ з/п	Скарги	До лікування (М м)		Після лікування (М м)		p
		ОГ, n=37	ГП, n=32	ОГ, n=37	ГП, n=32	
		1	2	3	4	
1	Припливи (раптові напади жару та пітливості)	3,0±0,4	3,1±0,3	0,6±0,09	0,3±0,08	$p_{1-3} < 0,05$ $p_{2-4} < 0,05$ $p_{3-4} < 0,05$
2	Дискомфорт у ділянці серця (відчуття серцебиття, аритмії, тахікардії, стиснення у грудній клітці)	1,5±0,4	1,6±0,7	0,9±0,1	0,8±0,09	$p_{1-3} < 0,05$ $p_{2-4} < 0,05$ $p_{3-4} > 0,05$
3	Порушення сну (безсоння, тривожний сон, важкість засинання, завчасне прокидання)	3,1±0,6	2,9±0,6	1,1±0,08	1,0±0,08	$p_{1-3} < 0,05$ $p_{2-4} < 0,05$ $p_{3-4} > 0,05$
4	Депресивний настрій (пригніченість, плаксивість, сум, перепади настрою, апатія)	2,7±0,8	2,5±0,9	0,5±0,07	0,9±0,06	$p_{1-3} < 0,05$ $p_{2-4} < 0,05$ $p_{3-4} < 0,05$
5	Відчуття дратівливості (внутрішня напруга, нервозність, агресивність)	1,3±0,4	1,2±0,5	0,5±0,09	0,6±0,07	$p_{1-3} < 0,05$ $p_{2-4} < 0,05$ $p_{3-4} > 0,05$
6	Безпричинна стурбованість (паніка, внутрішній неспокій)	1,1±0,5	1,3±0,6	0,3±0,09	0,3±0,04	$p_{1-3} < 0,05$ $p_{2-4} < 0,05$ $p_{3-4} > 0,05$
7	Порушення фізичного та психічного здоров'я (погіршення загальної працездатності, послаблення пам'яті, забудькуватість, зниження концентрації)	3,6±0,7	3,3±0,9	1,4±0,08	1,7±0,05	$p_{1-3} < 0,05$ $p_{2-4} > 0,05$ $p_{3-4} < 0,05$
8	Проблеми у інтимній сфері (зниження сексуальної активності, сексуального потягу та задоволення від сексу)	3,8±0,9	3,9±0,7	1,1±0,09	2,1±0,1	$p_{1-3} < 0,05$ $p_{2-4} < 0,05$ $p_{3-4} < 0,05$
9	Порушення сечовиділення (нетримання сечі, часте сечовиділення, утруднене сечовиділення)	1,7±0,6	1,9±0,8	1,1±0,1	1,1±0,09	$p_{1-3} > 0,05$ $p_{2-4} > 0,05$ $p_{3-4} > 0,05$
10	Атрофічні зміни слизової оболонки піхви (дискомфорт при статевих контактах, відчуття сухості та печіння у піхві)	2,9±0,5	3,2±0,4	2,0±0,1	1,9±0,09	$p_{1-3} < 0,05$ $p_{2-4} < 0,05$ $p_{3-4} > 0,05$
11	Дискомфорт у суглобах та м'язах (біль у суглобах, судоми, скарги, подібні до ревматизму)	2,2±0,4	2,1±0,5	1,3±0,2	1,7±0,1	$p_{1-3} < 0,05$ $p_{2-4} > 0,05$ $p_{3-4} < 0,05$

Примітка: парні порівняння по кожному симптому (критерій Манна-Уїтні) $p_{1-2} > 0,05$.

Наявність достовірної різниці ($p < 0,05$) між основною групою та групою порівняння за параметрами СД після лікування доводить, що для корекції проблем у інтимній сфері жінки (зниження сексуальної активності, сексуального потягу та задоволення від сексу) краще підходять препарати на основі тиболону.

Що стосується порушень сечовиділення (нетримання сечі, частого сечовиділення, утрудненого сечовиділення), то за місяць терапії препаратами МГТ у жодній групі досліджуваних жінок достовірного ($p_{3-4} > 0,05$) покращення симптомів ми не спостерігали (табл. 1). Вирідно, для корекції цього виду менопаузальних порушень така тривалість лікування є недостатньою. Або ж МГТ у таких жінок слід комбінувати з препаратами, що корегують дизуричні явища та стресове нетримання сечі [1, 2, 14].

У Cochrane Database of Systematic Reviews ми знайшли дослідження, де порівнювався вплив тиболону з плацебо та з препаратами комбінованої МГТ на вазомоторні симптоми, появу кровотеч, раку ендометрію та молочної залози, венозний тромбоемболізм, серцево-судинні та церебральні порушення, та ін. [6]. Однак, у цих роботах не вивчався вплив цих препаратів на сексуальну дисфункцію. Ще одне дослідження порівнює вплив тиболону з препаратами комбінованої МГТ на основі 0,625 мг кон'югованого кінського естрогену + 2,5 мг мед-роксипрогестерону при СД у жінок в менопаузі. Доведено, що тиболон достовірно краще впливав на статеві домени бажання, збудження та оргазму ($p < 0,001$) [19]. Однак, в Україні така комбінація МГТ практично не використовується, натомість широко практикується застосування комплексного препарату, що містить 1 мг естрадіолу та 5 мг дідрогестерону. Та, як показує наше дослідження, для корекції СД у жінок постменопаузального віку він підходить менше, ніж препарат на основі тиболону.

Таким чином, місячний курс запропонованого лікування препаратами на основі тиболону достовірно зменшує усі прояви СД і покращує статеве життя жінок, тоді як комплексний препарат, що містить 1 мг естрадіолу

та 5 мг дідрогестерону із всіх симптомів СД достовірно зумовлює лише покращення лібідо.

Висновки та перспективи подальших розробок

1. При лікуванні СД у жінок постменопаузального віку зі збереженим статевим життям за допомогою препарату на основі тиболону (основна група) мала місце редукція усіх симптомів; при традиційній МГТ препаратом, що містить 1 мг естрадіолу та 5 мг дідрогестерону (група порівняння) - спостерігали лише достовірне покращення лібідо.

2. У жінок постменопаузального віку основної групи через 1 місяць на тлі корекції СД кількість жінок, задоволених своїм статевим життям, збільшилась у 2,4 рази ($p < 0,05$), а у групі порівняння - в 1,4 рази ($p > 0,05$).

3. В обох досліджуваних групах жінок на тлі проведеного лікування спостерігали достовірну редукцію більшості симптомів менопаузи.

4. За показниками корекції дискомфорту у ділянці серця, відчуття дратівливості, безпричинної стурбованості, покращення сну та лікування атрофічних змін піхви різниця між основною групою та групою порівняння після лікування не виявлена ($p > 0,05$).

5. Виявлено перевагу препарату на основі естрадіолу та дідрогестерону над препаратом на основі тиболону за корекцією вегетативних розладів ($p < 0,05$).

6. Препарат на основі тиболону достовірно краще корегує порушення фізичного та психічного здоров'я; дискомфорту у суглобах та м'язах у порівнянні з препаратом на основі естрадіолу та дідрогестерону ($p < 0,05$).

7. Відновлення порушень сечовиділення за місяць терапії препаратами МГТ у жодній групі досліджуваних жінок не спостерігали.

Оскільки наші висновки базуються на невеликій вибірці, ця тема потребує більш масштабного дослідження. Крім того, перспективним є порівняння впливу різних препаратів МГТ на окремі органи та системи організму жінки.

Список посилань - References

- [1] Angelou, K., Grigoriadis, T., Diakosavvas, M., Zacharakis, D., & Athanasiou, S. (2020). The Genitourinary Syndrome of Menopause: An Overview of the Recent Data. *Cureus*, 12(4), e7586. <https://doi.org/10.7759/cureus.7586>
- [2] Chou, J., Kiebalo, T., Jagiello, P., & Pawlaczyk, K. (2021). Multifaceted Sexual Dysfunction in Dialyzing Men and Women: Pathophysiology, Diagnostics, and Therapeutics. *Life* (Basel, Switzerland), 11(4), 311. <https://doi.org/10.3390/life11040311>
- [3] Cobin, R. H., & Goodman, N. F. (2017). American association of clinical endocrinologists and American college of endocrinology position statement on menopause-2017 update. *Endocrine practice: official journal of the American College of Endocrinology and the American Association of Clinical Endocrinologists*, 23(7), 869-880. <https://doi.org/10.4158/EP171828.PS>
- [4] de Villiers, T. J., Pines, A., Panay, N., Gambacciani, M., Archer, D. F., Baber, R. J., ... & Sturdee, D. W. (2013). Updated 2013 International Menopause Society recommendations on menopausal hormone therapy and preventive strategies for midlife health. *Climacteric: the journal of the International Menopause Society*, 16(3), 316-337. <https://doi.org/10.3109/13697137.2013.795683>
- [5] Fisher, J. S., Rezk, A., Nwefo, E., Masterson, J., & Ramasamy, R. (2020). Sexual Health in the Elderly Population. *Current sexual health reports*, 12(4), 381-388. <https://doi.org/10.1007/s11930-020-00278-0>
- [6] Formoso, G., Perrone, E., Maltoni, S., Balduzzi, S., Wilkinson, J., Basevi, V., ... & Maestri, E. (2016). Short-term and long-term effects of tibolone in postmenopausal women. *The Cochrane database of systematic reviews*, 10(10), CD008536. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008536.pub3>
- [7] Gregersen, N., Jensen, P. T., & Giraldi, A. E. (2006). Sexual dysfunction in the peri- and postmenopause. Status of incidence, pharmacological treatment and possible risks. A

- secondary publication. *Danish medical bulletin*, 53(3), 349-353.
- [8] Heidari, M., Ghodusi, M., Rezaei, P., Kabirian Abyaneh, S., Sureshjani, E. H., & Sheikhi, R. A. (2019). Sexual Function and Factors Affecting Menopause: A Systematic Review. *Journal of menopausal medicine*, 25(1), 15-27. <https://doi.org/10.6118/jmm.2019.25.1.15>
- [9] Heinemann, L.A., DoMinh, T., Strelow, F., Gerbsch, S., Schnitker, J., & Schneider, H. (2004). The Menopause Rating Scale (MRS) as outcome measure for hormone treatment? A validation study. *Health Qual Life Outcomes*, 2, 67. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-2-67>
- [10] Jannini, E. A., & Nappi, R. E. (2018). Couplepause: A New Paradigm in Treating Sexual Dysfunction During Menopause and Andropause. *Sexual medicine reviews*, 6(3), 384-395. <https://doi.org/10.1016/j.sxmr.2017.11.002>
- [11] Kapoor, E., Kling, J. M., Lobo, A. S., & Faubion, S. S. (2021). Menopausal hormone therapy in women with medical conditions. Best practice & research. *Clinical endocrinology & metabolism*, 35(6), 101578. <https://doi.org/10.1016/j.beem.2021.101578>
- [12] Lange, K. (2002). *Mathematical and Statistical Methods for Genetic Analysis*. (2th ed.). New York: Springer-Verlag. DOI 10.1007/978-0-387-21750-5
- [13] Lv, Y., Liu, Y., Wang, Y., Kong, F., Pang, Q., & Hu, G. (2021). CCDC114, DNAI2 and TOP2A involves in the effects of tibolone treatment on postmenopausal endometrium. *BMC women's health*, 21(1), 240. <https://doi.org/10.1186/s12905-020-01156-6>
- [14] Nazarpour, S., Simbar, M., Khorrami, M., Jafari Torkamani, Z., Saghafi, R., & Alavi-Majd, H. (2021). The association between sexual function and body image among postmenopausal women: a cross-sectional study. *BMC women's health*, 21(1), 403. <https://doi.org/10.1186/s12905-021-01549-1>
- [15] Parish, S. J., Simon, J. A., Davis, S. R., Giraldi, A., Goldstein, I., Goldstein, S. W., ... & Vignozzi, L. (2021). International Society for the Study of Women's Sexual Health Clinical Practice Guideline for the Use of Systemic Testosterone for Hypoactive Sexual Desire Disorder in Women. *Journal of women's health* (2002), 30(4), 474-491. <https://doi.org/10.1089/jwh.2021.29037>
- [16] Rosen, R., Brown, C., Heiman, J., Leiblum, S., Meston, C., Shabsigh, R., ... & D'Agostino, R., Jr (2000). The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *Journal of sex & marital therapy*, 26(2), 191-208. <https://doi.org/10.1080/009262300278597>
- [17] Shams, T., Firwana, B., Habib, F., Alshahrani, A., Alnouch, B., Murad, M. H., & Ferwana, M. (2014). SSRIs for hot flashes: a systematic review and meta-analysis of randomized trials. *Journal of general internal medicine*, 29(1), 204-213. <https://doi.org/10.1007/s11606-013-2535-9>
- [18] Vaskiv, O., Grigorenko, A., Horbatiuk, O., Shatkovska, A., & Binkovska, A. (2019). Peculiarities of hormonal homeostasis in perimenopausal and postmenopausal women with menopausal disorders. *Biomedical and Biosocial Anthropology*, 35, 43-47. <https://doi.org/10.31393/bba35-2019-07>
- [19] Ziaei, S., Moghasemi, M., & Faghihzadeh, S. (2010). Comparative effects of conventional hormone replacement therapy and tibolone on climacteric symptoms and sexual dysfunction in postmenopausal women. *Climacteric: the journal of the International Menopause Society*, 13(2), 147-156. <https://doi.org/10.1080/13697130903009195>

CORRECTION OF SEXUAL DYSFUNCTION IN POSTMENOPAUSAL WOMEN

Horbatiuk O., Shatkovska A., Dudikova L., Binkovska A., Vaskiv O., Gerich O., Pryimak I., Harbuziuk V.

Annotation. In the postmenopausal age, the quality of sexual life deteriorates significantly. To date, there are no effective methods for correcting sexual dysfunction (SD) in women of this age. The aim of the study was to compare the clinical efficacy of traditional drugs for menopausal hormone therapy (MHT) - tibolone and a complex drug containing 1 mg of estradiol and 5 mg of dydrogesterone for SD in postmenopausal women. 69 postmenopausal women with SD were monitored: 37 - the main group (MG), 32 - the comparison group (CG). MG women were treated a drug's containing tibolone, 1 pill once a day. Women with CG were prescribed traditional menopausal hormone therapy (MHT) with a drug containing 1 mg of estradiol and 5 mg of dydrogesterone. The quality of sexual life was determined before treatment and 1 month after treatment using a specially designed questionnaire and menopause rating scale (MRS). Statistics were processed using LibreOffice Calc (Mozilla Public License v 2.0). Quantitative data from the two related groups (before and after treatment) were compared using the Wilcoxon signed rank test. When considering the results in an alternative form (the presence or absence of a certain feature used Fisher's angular transformation. Pairwise comparisons of groups were performed using the Mann-Whitney test at $p < 0.05$. In the treatment of SD in women with MG there was a reduction of all symptoms; in patients with CG - improvement of only one indicator was observed. In MG, after 1 month treatment of SD, the number of women satisfied with their sexual life increased 2.4 times ($p < 0.05$), and in CG - 1.4 times ($p > 0.05$). Significant reduction in most menopausal symptoms was observed in both groups of women after treatment. According to psychoneurological indicators and atrophic changes of the vagina, the difference between MG and CG after treatment was not detected ($p > 0.05$). Besides, the best correction of climacteric vegetative disorders in CG was found in comparison with MG ($p < 0.05$). In MG has been noted significant improvement in physical and mental health disorders and joint and muscle discomfort compared with CG ($p < 0.05$). Recovery of urinary disorders during a month of therapy with MHT drugs was not observed in any group of studied women. Thus, the drug based on tibolone can be recommended for the correction of sexual dysfunction in postmenopausal women.

Keywords: sexual dysfunction, correction, postmenopausal age.