

# Алгоритм діагностики, профілактики та лікування сексуальних дисфункцій у жінок після кесарева розтину

Ю.П. Вдовиченко, О.Ю. Гурженко

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ

У статті на підставі проведеного скринінгового обстеження 192 пацієнток репродуктивного віку та завдяки сучасним методам діагностики гінекологічного здоров'я та критеріїв сексуальних розладів було розроблено алгоритм діагностики, лікування та профілактики сексуальних дисфункцій у жінок із даною патологією.

**Ключові слова:** сексуальна дисфункція, кесарів розтин, діагностика, лікування.

Диференціальна діагностика гінекологічної патології у жінок після кесарева розтину залишається актуальною. Продовжують розвиватися рентгенологічні та ендоскопічні методи, ширше впроваджується магнітно-резонансна томографія (МРТ) із застосуванням контрастних препаратів, динамічно розвивається сонографія. Діапазон застосування ультразвукового дослідження (УЗД) значно розширився, а тривимірні технології посідають одне з провідних місць в ультразвуковій діагностиці.

Комплексне УЗД стану рубця на матці після кесарева розтину з використанням доплерівських методик, володіючи високою інформативністю, дозволили діагностувати патологічні зміни в цій зоні, визначити ознаки несприятливого перебігу репарації міометрія, прогнозувати їхні наслідки.

Поліморфізм клінічних проявів сексуальних розладів (розлади сексуального потягу, збудження, досягнення оргазму, вагінізм, сексуальний біль) з урахуванням гінекологічних порушень пояснює необхідність оптимізації діагностичних стандартів. При цьому акушерсько-гінекологічний анамнез, характер пологів та їхніх ускладнень у жінок із віддаленими сексуальними розладами, як правило, не враховується, що визначає необхідність своєчасної діагностики сексуальних дисфункцій у жінок після пологів природним шляхом та через кесарів розтин.

## МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

На підставі проведеного нами скринінгового обстеження 192 пацієнток репродуктивного віку та завдяки сучасним методам діагностики гінекологічного здоров'я та критеріїв сексуальних розладів було розроблено алгоритм діагностики, лікування та профілактики сексуальних дисфункцій у жінок із даною патологією.

При анкетуванні пацієнток на етапі співбесіди враховували та оцінювали такі показники:

- 1) кількість і характер пологів, наявність ускладнень;
- 2) соматичний статус;
- 3) сексуальний статус;
- 4) гормональний статус за рівнем андрогенів/естрогенів;
- 5) самооцінка якості життя з акцентом на сексуальну сферу життя;
- 6) тривожно-депресивна симптоматика в генезі сексуальних розладів;

7) оцінювання ефективності лікування та профілактики сексуальних дисфункцій за рівнем регресу симптоматики захворювання.

Під час діагностики захворювання важливим є узагальнення особливостей сексуальних розладів, їхню гінекологічну та психічну природу. Жінки із різним сексуальним статусом і характером пологів поділялися на відповідні групи. При дослідженні частоти проявів симптоматики сексуальних розладів у пацієнток, що мали кесарів розтин у анамнезі, отримані результати співставляли із аналогічними у жінок контрольної групи після пологів природним шляхом та регулярними статевими стосунками.

## РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

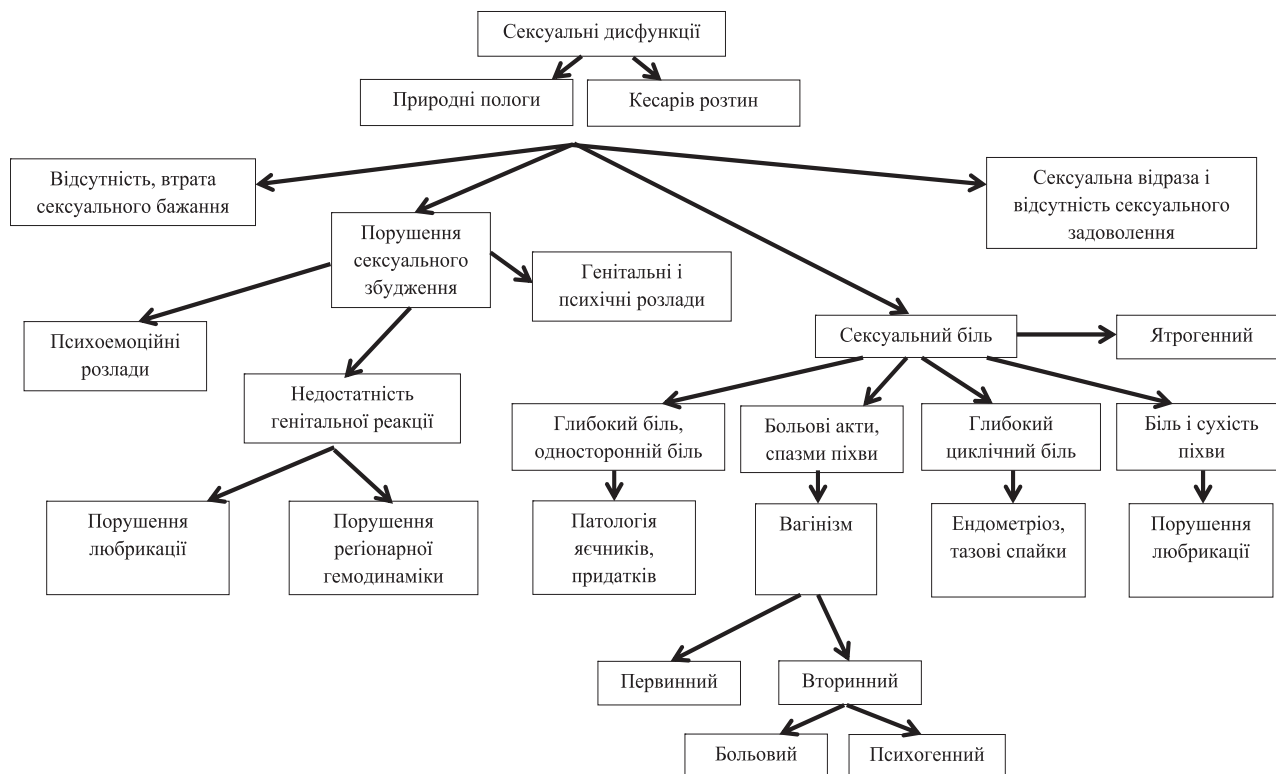
Симптомокомплекс сексуальних розладів діагностувався порушеннями любрикації у 32 (74,4%) із 43 жінок після пологів природним шляхом і у 80 (93,0%) із 86 жінок після кесарева розтину, різким зниженням або втратою сексуального потягу у 21 (48,8%) із 43 жінок та у 63 (73,2%) із 86 жінок, диспаревнією у 29 (67,4%) із 43 та у 74 (86,0%) із 86 обстежених жінок, первинною або вторинною аноргазмією відповідно у 24 (55,8%) із 43 та у 67 (77,9%) із 86 пацієнток.

Недостатня любрикація у обстежених жінок асоційована з гормональними розладами: рівень естрадіолу у пацієнток із віддаленими ускладненнями кесарева розтину був нижчим щодо сексуально здорових жінок в 1,5–4,7 разу і визначався фазою менструального циклу. Пацієнтки скаржилися на порушення любрикації, що виникали, як правило, при подразненні, але потім вони починали повторюватися і ставали очікуваним компонентом статевих стосунків, що провокувало їхнє уникання у 71 (82,6%) із 86 пацієнток із віддаленими сексуальними розладами після кесарева розтину. Жінки із зазначеними розладами скаржилися на розлади стосунків у подружжя та міжособистісний конфлікт, при цьому враховували психогенні чинники сексуальних дисфункцій.

Причини післяпологової диспаревнії залишаються не встановленими, але час настання болю може свідчити про етіологію. Біль на вході може вказувати на грибоквий або бактеріальний вагініт, атрофічні зміни при низькому рівні естрогенів. Атрофічні зміни і недостатня любрикація спричинювали неприємну сухість і заважали фрикціям. Біль, що виникає при глибоких фрикціях у жінок після кесарева розтину, пов'язували із рубцевими змінами матки після операції та хронічними запальними захворюваннями в анамнезі.

Ураховуючи зазначений вище симптомокомплекс сексуальних розладів, було зроблено спробу оптимізувати алгоритм діагностики жіночих сексуальних дисфункцій з урахуванням вікових характеристик та гінекологічного статусу (малюнок).

Первинні сексуальні порушення у пацієнток із пологами через природні пологові шляхи були зумовлені органічними



**Алгоритм діагностики сексуальних розладів з урахуванням акушерсько-гінекологічного анамнезу**

змiнами або хронiчними запальними захворюваннями. У жiнок iз вiддаленими ускладненнями кесарева розтину додатково виявляли ятрогеннi наслідки хiрургiчного та консервативного лiкування, змiни гормонального статусу, травми, набутi психiчні розлади, сексуальну i подружню дезадаптацію. Тобто пiд час оцiнювання сексуального статусу даної категорiї жiнок слiд враховувати вiковi фiзiологiчні чинники, що безпосередньо впливають на сексуальну функцію (фази менструального циклу, соматичнi i ендокриннi патологiї, ятрогеннi чинники, психiчний статус), психiчні i гормональнi чинники.

Таким чином, урахування гiнекологічного статусу в дiагностицi жiночих сексуальних дисфункцiй значною мiрою визначає тактику подальшого лiкування. У той самий час, визначення акушерсько-гiнекологічної та психiчної природи сексуальних розладiв у жiнок репродуктивного вiку та їхнє своєчасне усунення сприяє як профiлактицi формування сексуальних розладiв, так i пiдвищенню ефективностi їх лiкування.

Нами видiлено i враховано стан гiнекологічного здоров'я в розробленнi варiантiв проведення лiкування. Терапiю проводили вiдповiдно до типу розладiв та їхнього генезу, хоча превалювальна кiлькiсть пацiєнток мали поєднанi симптоми сексуальних дисфункцiй i тому було призначено комплексну терапiю. У схему лiкування були включенi антибіотики широкого спектра дiї та вагiнальнi свiчки для боротьби iз запальними захворюваннями органiв малого тазу (ЗЗОМТ), оральнi контрацептиви, рослиннi заспокiйливi у жiнок з тривожно-депресивною симптоматикою, вiтамiни (токоферолу ацетат (200 мг) i фолieва кислота (400 мкг)). Якщо застосування вiтамiнних комплексiв, заспокiйливих рослинного походження є визнаним пiдходом до терапiї, то вибiр орального контрацептиву є визначальним фактором впливу на психоемоційну i сексуальну складову життя жiнки iз сексуальними дисфункцiями. Незважаючи на те, що деякi

оральнi контрацептиви можуть посилювати емоційну лабільнiсть, у цiлому комплексне лiкування забезпечує позитивний вплив на психiчний стан жiнок, пiдвищує їхню самооцiнку, що, безсумнiвно, сприяє вiдновленню їх психоемоційного стану [1, 2].

Усiм пацiєнткам додатково була надана психологічна допомога (поведiнкова, сiмейна, роз'яснювальна психотерапiя, гармонiзація подружньої, сексуальної пари). Ураховуючи, що у жiнок емоційна близькiсть є основною умовою для появи сексуальної реакцiї, психотерапiя спрямована на вiдновлення та розвиток емоційної сфери в подружнiй парi. Пацiєнткам та їхнiм сексуальним партнерам були кориснi роз'яснення про достатнi i адекватнi сексуальнi стимули, потреби в емоційнiй, фiзичнiй нестатевiй i генітальнiй стимуляцiї. Боротьба iз психогенними iнгiбіторами сексуального збудження базувалась на роз'ясненнi природи та лiкування ЗЗОМТ та наданнi рекомендацiй щодо їх профiлактики, безпеку сексуальних вiдносин. Основним напрямком цього етапу була сiмейна групова психотерапiя [3].

На першому етапi сiмейної психотерапiї метою консультування було визначення потреб i перешкод на шляху побудування дiалогу мiж партнерами. Визначали й усвідомлювали особистi недолiки i недолiки партнера, особистiснi розлади у членiв сiм'ї, що сприяли виникненню та пiдтриманню сiмейної i сексуальної дезадаптацiї, що перешкоджало гармонiзацiї моделi родини.

На другому етапi сiмейної психотерапiї акцент ставили на успiшний досвiд iнших пар, що мали аналогічнi проблеми. Необхiдно зрозумiти, що вони не унiкальнi в своєму питаннi, дiзнатися про проблеми, вимоги й очiкування iнших сiмей i спiввiднести їх зi своїми. Це дозволяло пацiєнтам, на прикладi чужого досвiду, дiйти до усвідомлення тактики вирiшення проблеми.

Завершальним етапом психотерапiї було побудування iдеальної родини, в основi якого лежить перехiд парт-

нерів від пасивної до активної терапії, тобто до усвідомлення та самостійного вирішення проблем подружньої дезадаптації, що виникли в результаті сексуальних розладів жінок. Постановка короткострокових завдань в психотерапії дозволила виявити приховані потреби і подразники, що заважають гармонізації відносин та шляхів їх реалізації.

Ефективність лікування та профілактики сексуальних дисфункцій оцінювали за кількістю статевих актів на місяць, що характеризує регулярність статевих стосунків, регресом больової симптоматики, нормалізацією кислотності за результатами рН-метрії слизової оболонки піхви. Було встановлено, що зміни рН слизової оболонки піхви (зсув рН

бік алкалозу) корелювали із болем при коїтусі, тому використання цього методу в оцінюванні ефективності терапії є доцільним.

### ВИСНОВОК

Аналіз аналітичного огляду та скринінгового обстеження 192 жінок засвідчив дефіцит клінічних спостережень щодо міждисциплінарних зв'язків гінекологічного, сексологічного і психологічного статусу жінок з віддаленими ускладненнями після кесарева розтину, що певною мірою пояснює помилкову тактику надання медичної допомоги пацієнткам даної категорії, яка суттєво порушує якість їхнього життя.

### Алгоритм діагностики, профілактики и лечения сексуальных дисфункций у женщин после кесарева сечения

**Ю.П. Вдовиченко, Е.Ю. Гурженко**

В статье на основании проведенного скринингового обследования 192 пациенток репродуктивного возраста и благодаря современным методам диагностики гинекологического здоровья и критериев сексуальных расстройств был разработан алгоритм диагностики, лечения и профилактики сексуальных дисфункций, у женщин с данной патологией.

**Ключевые слова:** сексуальная дисфункция, кесарево сечение, диагностика, лечение.

### Algorithm of diagnostics, prophylaxis and treatment of sexual dysfunctions in women after caesarian section

**Iu.P. Vdovychenko, O.Iu. Gurzhenko**

In the article the algorithm of diagnostics, treatment and prophylaxis of sexual dysfunctions were made in women who suffer on this pathology, on the basis of the conducted screenings inspection of 192 patients of reproductive age and due to the modern methods of diagnostics of gynaecological health and criteria of sexual disorders.

**Key words:** sexual dysfunction, cesarean section, diagnosis, treatment.

### Сведения об авторах

**Вдовиченко Юрий Петрович** – Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика, 04112, г. Киев, ул. Дорогожицкая, 9

**Гурженко Елена Юрьевна** – Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика, 04112, г. Киев, ул. Дорогожицкая, 9. E-mail: 7espoir@rambler.ru

### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Сексуальность женщин, принимающих оральные контрацептивы / А.Л. Унанян, С.Э. Аракелов, Л.С. Полонская, В.Д. Морозова, Д.В. Бабурин, Ю.М. Коссович // Гинекология. – 2014. – Т. 16, № 3. – С. 56–60.

2. Sanders S.A., Graham C.A., Bass J.L., Bancroft J. A prospective study of the effects of oral contra-

ceptives on sexuality and wellbeing and their relationship to discontinuation. *Contraception* 2001; 64 (1): 51–8.

3. Курило В.А., Данилевская Н.В. Си-

стема психотерапии семейной дезадаптации у мужчин и женщин с расстройствами личности // Мир Медицины и Биологии. – 2012. – № 1. – С. 74–79.

Статья поступила в редакцию 05.06 2015.