

Оцінювання психологічного стану жінок із сексологічними ускладненнями після пологів

О.Ю. Гурженко

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

У статті описані психоемоційні розлади у структурі сексуальних дисфункцій у жінок після кесарева розтину, які є провідним чинником подружньої дезадаптації та стресостійкості. Абсолютно благополучне подружнє життя мали лише 67,7% сексуально здорових жінок, що народжували через природні пологові шляхи, та 37,5% після кесарева розтину в анамнезі.

Ключові слова: психоемоційні розлади, сексуальні дисфункції, пологи, ускладнення.

Психоемоційні розлади у структурі сексуальних дисфункцій у жінок після кесарева розтину є провідним чинником подружньої дезадаптації та стресостійкості, тому аналіз формування тривожної та депресивної симптоматики та її роль у розвитку сексуальних розладів робить обґрунтованим проведення порівняльного дослідження вираженості не лише окремих донозологічних симптомів, але і сумарного показника тяжкості емоційних порушень із урахуванням абдомінального розродження в анамнезі [1–6].

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

В основу дослідження покладено результати аналізу 192 жінок. Хворим було запропоновано заповнити спеціально розроблену анкету для отримання анамнестичних, клінічних, лабораторних даних. Усі обстежені жінки дали добровільну згоду на обстеження, а організаційні питання щодо можливості проведення даних досліджень були узгоджені з комітетом по етиці.

Середній вік обстежених становив $30,1 \pm 2,2$ року. Жінки віком 18–25 років склали 37,5% ($n=72$), жінки віком 26–35 років – 33,9% ($n=65$), віком 36–45 років – 28,6% ($n=55$) обстежених. Ураховуючи те, що у жінок після кесарева розтину часто реєструють зміни статевої функції, що призводить до порушення або неможливості виконання статевого акту, різко погіршується якість життя жінок, пацієнтки були розділені на групи залежно від мети та завдань дослідження.

Контрольну групу склали 74 жінки (38,5%), що мали пологи через природні пологові шляхи. Первинне обстеження жінок контрольної групи дозволило нам виділити 31 жінку (16,1%) із нормальним станом сексуального здоров'я (**група Ia**) (середній вік $28,7 \pm 2,8$ року). Інші 43 жінки (22,5%) скаржились на розлади сексуального здоров'я, у них не було встановлено ускладнень гінекологічного та соматичного статусу (10 жінок із ЗЗОМТ), що і стало підставою розглядати дану групу обстежених у якості порівняння (**група Ib**) (середній вік $32,3 \pm 2,9$ року).

Основну групу склали 118 жінок (61,5%), які мали патологічні пологи шляхом операції кесарева розтину. Попередній аналіз сексуального здоров'я потребував поділу обстежених жінок на такі, що не мали сексуальних розладів (**група IIa**), – 32 жінки (16,6%) (середній вік $35,6 \pm 3,7$ року), та жінок із сексуальними порушеннями після кесарева розтину (**група IIb**) – 86 жінок (44,8%) (середній вік $36,8 \pm 3,9$ року). Попередні обстеження засвідчили наявність в анамнезі запальних захворювань органів малого таза у 15 (46,9%) і 48 (55,8%) жінок відповідно.

Жінки з контрольної групи зазначили в анкетах позитивну оцінку регулярного статевого життя, були сексуально і гінекологічно здоровими, не застосовували контрацептивних засобів і планували наступну вагітність, як правило, мали сексуальні стосунки із одним статевим партнером.

Аналіз вікового розподілу обстежених жінок засвідчив тенденцію збільшення числа жінок зрілого віку у групі із віддаленими ускладненнями після кесарева розтину (група IIb), у той час як переважна більшість сексуально здорових жінок були віком до 30 років.

З метою об'єктивної оцінки ступеня тривожно-депресивної симптоматики було проведено анкетування за Госпітальною шкалою тривоги і депресії (HADS). Шкала HADS, розроблена A.S. Zigmond і R.P. Snaith (1983), відноситься до суб'єктивних і призначена для скринінгового виявлення тривоги і депресії у пацієнтів соматичного стаціонару. Відрізняється простотою застосування та трактування ліка-

Таблиця 1

Оцінка тривожно-депресивної симптоматики у обстежених жінок

Група/показник	Група обстежених жінок			
	Жінки після пологів через природні пологові шляхи		Жінки після кесарева розтину	
	Група Ia (n=31)	Група Ib (n=43)	Група IIa (n=32)	Група IIb (n=86)
Тривога HADS-A	$4,6 \pm 0,1$	$8,4 \pm 0,1$	$7,8 \pm 0,1$	$12,3 \pm 0,2$
P-value	-	$P_{Ia-Ib} < 0,05$	$P_{Ia-IIa} < 0,05$ $P_{Ib-IIa} > 0,05$	$P_{Ia-IIb} < 0,05$ $P_{Ib-IIb} < 0,05$ $P_{IIa-IIb} < 0,05$
Депресія HADS-D	$4,4 \pm 0,1$	$8,6 \pm 0,08$	$9,2 \pm 0,1$	$12,8 \pm 0,2$
P-value	-	$P_{Ia-Ib} < 0,05$	$P_{Ia-IIa} < 0,05$ $P_{Ib-IIa} > 0,05$	$P_{Ia-IIb} < 0,05$ $P_{Ib-IIb} < 0,05$ $P_{IIa-IIb} < 0,05$

Оцінка подружньої адаптації у обстежених жінок за шкалою «Любов та симпатія» 3. Рубіна

Група/показник	Група обстежених жінок			
	Жінки після пологів через природні пологові шляхи		Жінки після кесарева розтину	
	Група Ia (n=31)	Група Ib (n=43)	Група IIa (n=32)	Група IIb (n=86)
Шкала "Любов"	24,6±0,3	15,9±0,7	17,1±1,5	9,6±0,8
P-value	-	$P_{Ia-Ib} < 0,05$	$P_{Ia-IIa} < 0,05$ $P_{Ib-IIa} > 0,05$	$P_{Ia-IIb} < 0,05$ $P_{Ib-IIb} < 0,05$ $P_{IIa-IIb} < 0,05$
Шкала "Симпатія"	22,4±0,5	17,2±0,8	12,4±1,4	10,6±0,7
P-value	-	$P_{Ia-Ib} < 0,05$	$P_{Ia-IIa} < 0,05$ $P_{Ib-IIa} < 0,05$	$P_{Ia-IIb} < 0,05$ $P_{Ib-IIb} < 0,05$ $P_{IIa-IIb} > 0,05$
Сумарний бал	47,1±0,7	33,1±1,1	29,5±2,0	20,3±1,2
P-value	-	$P_{Ia-Ib} < 0,05$	$P_{Ia-IIa} < 0,05$ $P_{Ib-IIa} > 0,05$	$P_{Ia-IIb} < 0,05$ $P_{Ib-IIb} < 0,05$ $P_{IIa-IIb} < 0,05$

Таблиця 3

Рівень задоволеності шлюбом у обстежених жінок

Показник	Група обстежених жінок							
	Жінки після пологів через природні пологові шляхи				Жінки після кесарева розтину			
	Група Ia (n=31)		Група Ib (n=43)		Група IIa (n=32)		Група IIb (n=86)	
	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%
Абсолютно неблагополучна сім'я	-	-	-	-	-	-	8	9,3
Неблагополучна сім'я	-	-	-	-	-	-	10	11,6
Скоріше неблагополучна сім'я	-	-	11	25,6	-	-	14	16,3
Перехідна сім'я	1	3,2	23	53,5	3	9,4	20	23,2
Скоріше благополучна сім'я	3	9,7	6	13,9	8	25,0	3	3,4
Благополучна сім'я	6	19,4	3	7,0	9	28,1	-	-
Абсолютно благополучна сім'я	21	67,7	-	-	12	37,5	-	-
Сумарний бал	40,6±0,4		30,0±0,3		37,0±0,5		22,1±0,5	
P-value	-		$P_{Ia-Ib} < 0,05$		$P_{Ia-IIa} > 0,05$ $P_{Ib-IIa} > 0,05$		$P_{Ia-IIb} < 0,05$ $P_{Ib-IIb} < 0,05$ $P_{IIa-IIb} < 0,05$	

рями і пацієнтами, що дозволяє рекомендувати її до використання в загальнономедичній практиці для первинного виявлення тривоги і депресії у пацієнтів.

Шкала HADS складається з 2 субшкал:

- субшкала А – «тривога» HADS-A (anxiety);
- субшкала D – «депресія» HADS-D (depression).

При інтерпретації даних враховують сумарний показник по кожній субшкалі (А і D), при цьому виділяються три області значень:

- 0–7 балів – норма;
- 8–10 балів – субклінічна тривога/депресія;
- 11 балів і вище – клінічно виражена тривога/депресія.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

При аналізі результатів, отриманих за допомогою шкали HADS, було виявлено, що як тривожна, так і депресивна симптоматика у жінок з віддаленими ускладненнями після кесарева розтину, була більш вираженою, ніж у жінок із пологами через природні пологові шляхи (табл. 1). Депресивний синдром клінічно проявлявся напруженням, збудливістю, невизначеним внутрішнім занепокоєнням, почуттям нега-

тивізму в оцінці минулих і майбутніх подій, байдужістю до подружньої та соціальної сфери, скаргами на відсутність перспектив на майбутнє. Часто відзначали пасивність, гіподинамію, стан хронічного пригнічення і апатичний компонент у поведінці жінок, збідніння міміки і монотонність мови.

При цьому рівень тривоги та депресії зростав у пацієнок із сексуальними дисфункціями. Так, у сексологічно здорових пацієнок (група Ia) субклінічну тривогу і депресію встановлено лише у 3 (9,3%) жінок; у жінок після кесарева розтину без сексуальних дисфункцій (група IIa) – у 28 (65,1%) і 30 (69,7%) відповідно; у жінок із сексологічним розладами і кесаревим розтином в анамнезі (група IIb) субклінічну тривогу і депресію виявлено у 13 (41,5%) осіб. У інших жінок цієї групи встановлено прояви клінічно виражених тривожно-депресивних станів із частими короткотривалими депресивними реакціями.

Тобто, наведені дані дозволяють зробити висновки, що поява віддалених сексуальних дисфункцій у жінок після кесарева розтину пов'язана з психічними та поведінковими розладами, що стають провокувальним чинником розладів міжособистих стосунків, загострень епізодів депресії і тривоги та погіршення сексуального здоров'я.

Крім того, у жінок із сексуальними розладами встановлено зміни гормонального гомеостазу, особливо у перші 3 роки після пологів: гіпотестостеронемію та гіпоестрогенію; показник ГЗСС збільшився в 1,1–1,5 разу від рівня у сексологічно здорових жінок і є однією із передумов формування спектра сексуальних дисфункцій і поведінкових розладів у жінок незалежно від виду розродження. Тому в цей період слід проводити планові обстеження з метою діагностування донозологічних сексуальних розладів та їх своєчасного лікування.

Формування депресивних розладів у жінок після пологів відзначають і інші автори [7–9]. Зазначені неспихотичні психічні розлади можуть стати провідними у клініці сексуальних дисфункцій та важко піддаватися лікуванню. Тяжкі депресивні розлади частіше реєструються у жінок, які вже мали депресивні епізоди і негативний вплив на психоемоційний стан у період вагітності та після пологів, що визначає вектор розвитку подружніх стосунків [10].

Ступінь подружньої дезадаптації оцінювали за шкалою «Любов та симпатія» З. Рубіна, що включає 14 запитань суб'єктивної оцінки жінкою відношення партнерів, зацікавленості один в одному, у тому числі сексуального потягу. Опитувальних включає в себе дві субшкали «любов» і «симпатія», підсумкова оцінка яких варіює в межах від 7 до 28 балів. Сумарний бал за двома субшкалами дає загальний рівень емоційних відносин в сексуальній (подружній) парі (від 14 до 56 балів).

Результати такого опитування жінок після пологів, що завершилися кесаревим розтинном, засвідчили втрату психічної сфери між партнерами, в основі якої було зниження емоційного та сексуального потягу до партнера (табл. 2).

Сумарний бал рівня емоційності сексуальних відносин у жінок із сексуальним розладами після природних пологів становив $33,1 \pm 1,1$ ($P < 0,05$), тобто на 29,7% менше від показника сексуально здорових жінок; у жінок після кесарева розтину – $29,5 \pm 2,0$ ($P < 0,05$), що на 37,3% менше, а у жінок із сексуальними дисфункціями після кесарева розтину – $20,3 \pm 1,2$ ($P < 0,05$), тобто в 2,3 разу менше.

Втрата емоційної складової сексуальних відносин вплинула і на задоволеність подружнім життям (табл. 3).

Задоволеність подружніми стосунками визначається задоволенням партнерами основних потреб (спілкування, пізнання, захисту особистості, взаєморозуміння, сексуальної сфери життя та ін.). Зіткнувшись з багатьма проблемами після ускладнених пологів, жінки і чоловіки намагаються не помічати, як змінилася їхня життєва ситуація, хоча при цьому можуть відчувати невдоволення, занепокоєність, відчувати депресію і розчарування. Для подолання труднощів, що виникли, сексуальні партнери намагали-

ся використовувати різні поведінкові стратегії: жінки – уникання, чоловіки – негативізм. У цілому було виявлено значне збільшення стресу та зниження рівня задоволеності жінок після кесарева розтину, вони відзначали спочатку підйом, а потім спад психологічної підтримки чоловіком. У результаті цього 25,6% ($P < 0,05$) жінок із сексуальними дисфункціями і пологами через природні пологові шляхи і 37,2% ($P < 0,05$) жінок із сексуальними дисфункціями після кесарева розтину були незадоволені подружнім життям. Абсолютно благополучне подружнє життя мали лише сексуально здорові жінки – 67,7% і 37,5% залежно від характеру пологів в анамнезі.

Домінування рольових очікувань у жінок відзначали через покладання на партнера батьківсько-виховної та емоційно-психотерапевтичної функції, а переважання рольового домінування у чоловіків зумовлено перебиранням на себе відповідальності за подружнє життя. Попри розходження в уявленнях про значущість інтимно-сексуальної сфери, жінки вбачають важливість особистісної ідентифікації з партнером, очікуючи від нього схожих поглядів. У зв'язку із цим ініціатором відновлення сексуального життя у жінок після кесарева розтину були чоловіки, вони прагнули зберегти шлюб, свідомо спрямовували свої зусилля на відновлення психічної і сексуальної сфери життя із партнером.

Надання фахової гінекологічної та психологічної допомоги пацієнткам даної категорії дозволило б суттєво підвищити ефективність діагностування сексуальних розладів та їх лікування. У зв'язку з цим, надання гінекологічної та сексологічної допомоги було запропоновано всім обстеженим пацієнткам.

ВИСНОВКИ

1. Так, у сексуально здорових пацієнток субклінічну тривогу і депресію встановлено лише у 3 (9,3%) жінок; у жінок після кесарева розтину без сексуальних дисфункцій тривога виявлена у 28 (65,1%), а депресія – у 30 (69,7%) пацієнток; у жінок із сексуальними розладами і кесаревим розтинном в анамнезі субклінічну тривогу і депресію виявлено у 13 (41,5%) осіб. У інших жінок цієї групи встановлено прояви клінічно виражених тривожно-депресивних станів із частими короткотривалими депресивними реакціями.

2. 25,6% ($P < 0,05$) жінок із сексуальними дисфункціями і пологами через природні пологові шляхи і 37,2% ($P < 0,05$) жінок із сексуальними дисфункціями після кесарева розтину були незадоволені подружнім життям.

3. Абсолютно благополучне подружнє життя мали лише 67,7% сексуально здорових жінок, що народжували через природні пологові шляхи, та 37,5% після кесарева розтину в анамнезі.

Оценка психологического состояния женщины с сексологическими осложнениями после родов Е.Ю. Гурженко

В статье описаны психоэмоциональные расстройства в структуре сексуальных дисфункций у женщин после кесарева сечения, которые являются ведущим фактором супружеской дезадаптации и стрессостойкости. Абсолютно благополучную супружескую жизнь имели лишь 67,7% сексуально здоровых женщин, которые рожали через естественные родовые пути, и 37,5% после кесарева сечения в анамнезе.

Ключевые слова: психоэмоциональные расстройства, сексуальные дисфункции, роды, осложнения.

Estimation of the psychological state of women with sexological complications after births O.Iu. Gurzhenko

In the article psychoemotional disorders are rotined in the structure of sexual disfunctions for women after a caesarian section, which are the leading factor of matrimonial desadaptation and stress-firmness. The absolutely happy married life was in only 67,7% sexually healthy women who gave birth per vias naturalis, and 37,5% after a caesarian section in anamnesis.

Key words: psycho-emotional disorders, sexual dysfunction, childbirth complications.

Сведения об авторе

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. Ананьев В.А. Осложнения и заболеваемость после кесарева сечения в послеродовом и отдаленном периодах / В.А. Ананьев, Н.М. Побединский, Е.А. Чернуха // Акушерство и гинекология. – 2005. – № 2. – С. 52–54.
2. Габидуллина Р.И. Рубец на матке после кесарева сечения: хирургические и диагностические аспекты // Дисс. ... д-ра мед. наук. – М., 2004. – 227 с.
3. Горбунова О.В. Патология репродуктивной системы у жінок з оперованою маткою: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук / за спеціальністю 14.01.01 – Акушерство та гінекологія. – Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика МОЗ України. – Київ, 2007. – 25 с.
4. Краснопольский В.И., Радзинский В.Е., Логутова Л.С. и соавт. Кесарево сечение. – М.: ТОО «ТЕХЛИТ»; Медицина, 1997. – 285 с.
5. Кулаков В.И. Кесарево сечение / В.И. Кулаков, Е.А. Чернуха, Л.М. Комиссарова. – М.: Триада-Х, 2004. – 320 с.
6. Яглов В.В. Особенности репродуктивного поведения и контрацепции у женщин после родов: Автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.01. – М., 2000. – 28 с.
7. Jenkinson C. Short form 36 (SF-36) health survey questionnaire: normative data for adults of working age / C. Jenkinson, A. Coulter, L. Wright // Br. Med. J. – 1993. – Vol. 306. – P. 1437–1440.
8. Кустаров В.Н., Черниченко И.И. Перименопауза, ее осложнения // Клиническая геронтология. – 2003. – № 1. – С. 45–49.
9. Bromberger J.T., Kravitz H.M., Chang Y.F. et al. Major depression during and after the menopausal transition: Study of Women's Health Across the Nation (SWAN) // Psychol. Med. – 2011. – Vol. 41 (10). – P. 2238.
10. Clayton A.H., Ninan P.T. Depression or menopause? Presentation and management of major depressive disorder in perimenopausal and postmenopausal women // Prim. Care Companion. J. Clin. Psychiatry. – 2010. – Vol. 12 (1).
11. Parry B.L. Optimal management of perimenopausal depression // Int. J. Womens Health. – 2010. – Vol. 2. – P. 143–151.

Статья поступила в редакцию 22.06.2015

НОВОСТИ МЕДИЦИНЫ

ВРАЧИ РАЗРАБОТАЛИ МЕТОДИКУ ДЛЯ ПРЕДСКАЗАНИЯ
ВЕРоятности РАЗВИТИЯ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Ученые разработали метод для прогнозирования развития рака молочной железы в течение следующих двух-пяти лет. Посвященная работе исследователей статья была опубликована в журнале *Metabolomics*. разработали методику для предсказания вероятности развития рака молочной железы

На данный момент рак молочной железы можно диагностировать с помощью маммографии лишь тогда, когда он уже сформировался. Ученые смогли раз-

работать метод анализа крови, который способен предсказать вероятность развития рака груди в течение следующих двух-пяти лет с точностью 80%. Стоит отметить, что маммография, несмотря на то что анализирует уже появившееся образование, способна поставить верный диагноз с более низкой точностью – 75%.

Исследователи предложили подвергать кровь пациенток анализу не на конкретный биомаркер, а определять количество

всех содержащихся в ней компонентов. Ученые исследовали состав образцов крови, взятых в 1994-1996 годах у проживавших в Дании женщин. У 400 из них через несколько лет был обнаружен рак молочной железы, у 400 – нет. Результаты работы доказали, что новый метод анализа крови действительно способен предсказать риск развития злокачественной опухоли примерно на пять лет вперед.

Источник:

<http://www.gazeta.ru>