

# 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 критеріям сексуальних розладів було розроблено алгоритм діагностики, лікування та профілактики сексуальних дисфункцій у жінок за наведеною патологією.

**Ключові слова:** сексуальні розлади, алгоритм діагностики, лікування, профілактика.

Диференціальна діагностика гінекологічної патології у жінок після кесарева розтину залишається актуальною проблемою. Триває розвиток та вдосконалення рентгенологічних та ендоскопічних методів діагностики, 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 УЗ-діагностиці.

Комплексне УЗ-оцінювання стану рубця на матці після кесарева розтину з використанням доплерівських методик, володіючи високою інформативністю, дозволяють діагностувати патологічні зміни в цій зоні, виявляти 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 враховують, 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 за наведеною патологією.

При анкетуванні пацієнток на етапі співбесіди слід ураховувати та оцінювати 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) оцінка ефективності лікування та профілактики сек-

суальних дисфункцій за рівнем регресу симптоматики захворювання.

Під час діагностики захворювання важливим є узагальнення особливостей сексуальних розладів, їхньої гінекологічної та психічної природи. Жінок із різним сексуальним статусом і характером пологів розподіляли на відповідні групи. При дослідженні частоти проявів симптомів сексуальних розладів у пацієнток, що мали кесарів розтин у анамнезі, отримані результати співставляли із аналогічними у жінок контрольної групи після пологів природним шляхом та з регулярними статевими стосунками.

## РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

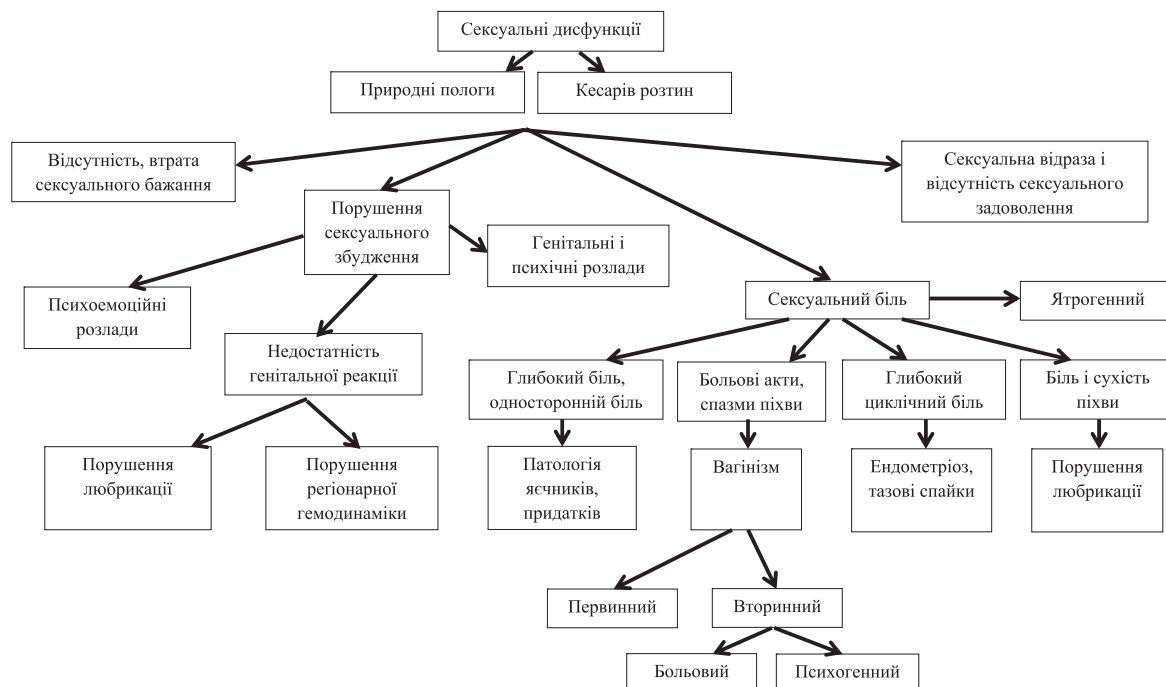
Симптомокомплекс сексуальних розладів діагностували за порушеннями любрикації у 32 (74,4%) із 43 жінок після пологів природним шляхом і у 80 (93,0%) із 86 жінок після кесарева розтину, за різким зниженням або втратою сексуального потягу у 21 (48,8%) із 43 жінок та у 63 (73,2%) із 86 жінок, за диспаревнією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

Недостатня любрикація в 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 скаржились 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 в подружжі та міжособистісний конфлікт, при цьому враховувалися психогенні чинники сексуальних дисфункцій.

Причини післяпологової диспаревнії залишаються невідомими, але час настання болю може свідчити про етіологію. Біль на вході може свідчити на грибковий або бактеріальний вагініт, атрофічні зміни при низькому рівні естрогенів. Атрофічні зміни і недостатня любрикація спричиняли 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 з 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, пологи у



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

яких відбувалися через природні пологові шляхи, були зумовлені органічними змінами або хронічними запальними захворюваннями. У жінок із віддаленими ускладненнями кесарева розтину додатково виявляли ятрогенні наслідки хірургічного та консервативного лікування, зміни гормонального статусу, травми, набуті психічні розлади, сексуальну і подружню дезадаптацію. Тобто, під час оцінювання сексуального статусу даної категорії жінок слід враховувати вікові фізіологічні чинники, що безпосередньо впливають на сексуальну функцію (фази менструального циклу, соматичні й ендокринні патології, ятрогенні чинники, психічний статус), психічні і гормональні чинники.

Таким чином, урахування гінекологічного статусу в діагностиці жіночих сексуальних дисфункцій значною мірою визначає тактику подальшого лікування. У той самий час, визначення акушерсько-гінекологічної та психічної природи сексуальних розладів у жінок репродуктивного віку та їхнє своєчасне усунення сприяє як профілактиці формування сексуальних розладів, так і підвищенню ефективності їхнього лікування.

Нами виділено і враховано стан гінекологічного здоров'я в розробленні варіантів лікування. Терапію проводили відповідно до типу розладів та їхнього генезу, хоча більша кількість пацієнок мали поєднані симптоми сексуальних дисфункцій і тому було призначено комплексну терапію. У схему лікування були включені антибіотики широкого спектра дії та вагінальні свічки для боротьби із запальними захворюваннями органів малого таза (ЗЗОМТ), оральні контрацептиви, рослинні заспокійливі засоби у жінок з тривожно-депресивною симптоматикою, вітаміни (токоферолу ацетат (200 мг) і фолієва кислота (400 мкг)). Якщо застосування вітамінних комплексів, заспокійливих засобів рослинного походження є визнаним підходом у терапії, то вибір орального контрацептиву є визначальним фактором впливу на психоемоційну і сексуальну складову життя жінки із сексуальними дисфункціями. Незважаючи на те що деякі оральні контрацептиви можуть посилювати емоційну лабільність, у цілому комплексне лікування забезпечує позитивний вплив на психічний стан жінок,

підвищує їхню самооцінку, що, безсумнівно, сприяє відновленню їхнього психосексуального стану [1, 2].

Усім пацієнткам додатково була надана психологічна допомога (поведінкова, сімейна, роз'яснювальна психотерапія, гармонізація подружньої, сексуальної пари). Враховуючи, що у жінок емоційна близькість є основною умовою появи сексуальної реакції, психотерапія спрямована на відновлення та розвиток емоційної сфери в подружній парі. Пацієнткам та їхнім сексуальним партнерам були корисні роз'яснення про достатні і адекватні сексуальні стимули, потреби в емоційній, фізичній нестатевій і генітальній стимуляції. Боротьба із психогенними інгібіторами сексуального збудження базувалась на роз'ясненні природи та лікування ЗЗОМТ та наданні рекомендацій щодо їх профілактики та безпеки сексуальних стосунків. Основним напрямком цього етапу була сімейна групова психотерапія [3].

На першому етапі сімейної психотерапії метою консультування було визначення потреб і перешкод на шляху в побудові діалогу між партнерами. Визначали і усвідомлювали особисті недоліки і недоліки партнера, особистісні розлади у членів сім'ї, що спричиняли виникнення та підтримання сімейної і сексуальної дезадаптації, які перешкоджали гармонізації моделі родини.

На другому етапі сімейної психотерапії акцентували увагу на успішному досвіді інших пар, що мали аналогічні проблеми. Слід зрозуміти, що вони не унікальні в своєму питанні, дізнатися проблеми, вимоги й очікування інших сімей і співвіднести їх зі своїми. Це дозволяло пацієнткам на прикладі чужого досвіду дійти до усвідомлення тактики вирішення проблеми.

Завершальним етапом психотерапії була побудова ідеальної родини, в основі якої лежить перехід партнерів від пасивної до активної терапії, тобто до усвідомлення та самостійного вирішення проблеми подружньої дезадаптації, що виникла в результаті сексуальних розладів жінок. Постановка короткострокових завдань в психотерапії дозволила виявити приховані потреби і подразники, що заважають гармонізації стосунків та шляхів їх реалізації.

Ефективність лікування та профілактики сексуальних дисфункцій оцінювали за кількістю статевих актів на місяць, що характеризує регулярність статевих стосунків, за регресом больової симптоматики, нормалізацією кислотності за результатами рН-метрії слизової оболонки піхви. Було встановлено, що зміни рН слизової оболонки піхви (зсув рН в бік алкалозу) корелювали із болем під час коїтусу, тому використання цього методу в оцінюванні ефективності терапії є доцільним.

#### **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 критериям сексуальных расстройств был разработан алгоритм диагностики, лечения и профилактики сексуальных дисфункций у женщин с приведенной патологией.

**Ключевые слова:** сексуальные расстройства, алгоритм диагностики, лечение, профилактика.

#### **ВИСНОВКИ**

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.

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

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

In the article the algorithm of diagnostics, treatment and prophylaxis of sexual disfunctions 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 disorders, algorithm of diagnostics, treatment, prevention.

#### **Сведения об авторах**

**Вдовиченко Юрий Петрович** – Национальная медицинская академия последиplomного образования имени П.Л. Шупика, 04112, г. Киев, ул. Дорогожицкая, 9. E-mail: prore-first@nmapo.edu.ua

**Гурженко Елена Юрьевна** – Национальная медицинская академия последиplomного 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 contraceptives on sexuality and wellbeing and their relationship to discontinuation. *Contraception* 2001; 64 (1): 51–8.
3. Курило В.А., Данилевская Н.В. Система психотерапии семейной дезадаптации у мужчин и женщин с расстройствами личности // Мир Медицины и Биологии. – 2012. – № 1. – С. 74–79.

Статья поступила в редакцию 15.06.2015