

Оцінювання якості життя жінок із сексуальними дисфункціями після кесарева розтину

Ю.П. Вдовиченко¹, Н.П. Гончарук², О.Ю. Гурженко¹

¹Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ

²Київський міський пологовий будинок № 1

У статті розкрито причини, механізми формування, клінічні прояви сексуальних дисфункцій у жінок, роль кесарева розтину в їх виникненні і визначено напрямки комплексної корекції статевих здоров'я.

Ключові слова: сексуальні дисфункції, кесарів розтин, корекція статевого життя.

Дослідження виникнення сексуальних дисфункцій та віддалених ускладнень після пологів є досить чисельними, проте неоднозначними і багато в чому визначаються особливостями популяції жіночого населення і відмінністю методологічних підходів. В Україні є невелика кількість робіт щодо оцінювання економічних і соціальних витрат на лікування сексуального здоров'я у жінок із віддаленими ускладненнями кесарева розтину, а також впливу гормональних та психічних розладів на якість життя жінок. Сексуальні розлади у даній категорії жінок обмежують соціальні контакти, що позначається на всіх сферах життя.

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.

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±2,8 року). Інші 43 жінки (22,5%) скаржились на розлади сексуального здоров'я, у яких не було встановлено ускладнень гінекологічного та соматичного статусу (10 жінок із запальними захворюваннями органів мало-

го таза – ЗЗОМТ), що і стало підставою розглядати дану групу обстежених у якості порівняння (**група Ib**) (середній вік 32,3±2,9 року).

Основну групу склали 118 жінок (61,5%), які мали патологічні пологи шляхом операції кесарева розтину. Попередній аналіз сексуально здоров'я потребував поділу обстежених жінок на такі, що не мали сексуальних розладів (**група IIa**), – 32 жінки (16,6%) (середній вік 35,6±3,7 року) та жінок із сексуальним порушенням після кесарева розтину (**група IIb**) – 86 жінок (44,8%) (середній вік 36,8±3,9 року).

Середній вік обстежених становив 30,1±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. За медичною допомогою до гінеколога звернулися 138 жінок (71,8%), але ні пацієнти, ні лікарі при первинному огляді не звертали уваги на наявність сексуальних дисфункцій, що потребували аналізу для встановлення причин їхнього розвитку та відновлення статевої стосунків.

Установлено, що у жінок після кесарева розтину часто реєструються зміни статевої функції, що призводить до порушення або неможливості виконання статевого акту, різко погіршується якість життя жінок. Для комплексного оцінювання віддалених ускладнень кесарева розтину та ефективності лікування сексуальних дисфункцій було проведено анкетування пацієнток за опитувальником загального типу 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36). У даний час SF-36 є найбільш вживаним і загальноприйнятим тестом групових порівнянь, дозволяє оцінити перебіг захворювання та темпи фізичного і психічного відновлення [1]. За норму вважають показник 70 балів.

Формування депресивних розладів у жінок після пологів відзначають і інші автори [2–4]. Зазначені непсихотичні психічні розлади можуть стати провідними у клініці сексуальних дисфункцій та важко піддаватися лікуванню. Тяжкі депресивні розлади частіше реєструють у жінок, які вже ма-

Таблиця 1

Розподіл хворих залежно від строку від перших ознак захворювання до першого звернення до лікаря

Час від появи перших симптомів до візиту до лікаря	Жінки після пологів через природні пологові шляхи				Жінки після кесарева розтину				Усього обстежених (n=192)	
	Група Ia (n=31)		Група Ib (n=43)		Група IIa (n=32)		Група IIb (n=86)			
	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%
Від 1 міс	-	-	2	4,6	3	9,4	12	13,9	17	8,8
Від 2 до 3 міс	-	-	3	6,9	5	15,6	13	15,1	21	10,9
Від 4 до 6 міс	-	-	6	13,9	6	18,7	18	20,9	30	15,6
Від 7 до 9 міс	-	-	10	23,2	8	25,0	24	27,9	42	21,8
Від 10 до 12 міс	-	-	12	27,9	4	12,5	12	13,9	28	14,5
До 24 міс	-	-	8	18,6	4	12,5	3	3,5	15	7,8
Понад 24 міс	-	-	2	4,6	2	6,2	4	4,6	8	4,2
Усього	31	100	43	100	32	100	86	100	192	100

Сімейний стан жінок із сексуальними дисфункціями

Сімейний стан	Жінки після неускладнених пологів				Жінки після кесарева розтину				Усього обстежених (n=192)	
	Група Ia (n=31)		Група Ib (n=43)		Група IIa (n=32)		Група IIb (n=86)			
	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%
Одружена	25	80,6	30	69,8	20	62,5	49	56,9	124	64,6
Неодружена	2	6,5	4	9,3	5	15,6	12	13,9	23	11,9
Розлучена	4	12,9	9	20,9	7	21,9	25	29,2	45	23,5
Усього	31	100	43	100	32	100	86	100	192	100

Таблиця 3

Розподіл хворих залежно від сімейних стосунків

Взаємовідносини в сім'ї	Жінки після пологів через природні пологові шляхи				Жінки після кесарева розтину				Усього обстежених (n=192)	
	Група Ia (n=31)		Група Ib (n=43)		Група IIa (n=32)		Група IIb (n=86)			
	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%
Спокійно-доброзичливі	21	67,7	12	27,9	12	37,5	12	13,9	48	25,0
Нерівні	6	19,3	6	13,9	5	15,6	8	9,3	25	13,0
Формально-спокійні	2	6,5	8	18,6	9	28,2	16	18,6	40	20,8
Конфлікти, що порушують єдність сім'ї	2	6,5	17	39,6	6	18,7	50	58,2	79	41,2
Усього	31	100	43	100	32	100	86	100	192	100

ли депресивні епізоди і негативний вплив на психоемоційний стан у період вагітності та після пологів, що визначає вектор розвитку подружніх стосунків [5].

Зважаючи на те що важливою умовою ефективності лікування є раннє виявлення захворювання, ми вивчили анамнез для визначення часу від появи перших ознак захворювань та звернення за допомогою до лікаря. Тільки 17 пацієток (8,8%) прийшли на прийом до лікаря у перший місяць проявів захворювань. Вартий уваги той факт, що 93 жінки (48,4%) звернулися за медичною допомогою лише через 7 та більше місяців після появи перших симптомів захворювання (табл. 1). Разом із тим, жінки, які скаржились на появу сексуальних розладів після пологів через кесарів розтин частіше зверталися до лікаря в перше півріччя розвитку патології (43 жінок; 50,0%) порівняно з жінками із сексуальними дисфункціями після пологів природним шляхом (11 жінок; 25,6%).

Нами встановлено дві основні причини пізнього звернення до лікаря: 1) проградієнтний перебіг захворювання, коли інтенсивність симптоматики посилюється поступово; 2) інтимний характер захворювання та сором'язливість пацієток. При аналізі факторів, що спонукали пацієнтів звернутися за спеціалізованою медичною допомогою, виявлено, що основною причиною були неможливість здійснення статевого акту з приводу гінекологічних (ЗЗОМТ, біль при статевому акті, сухість піхви) та психологічних (сексуальна «холодність») чинників. Виникнення таких ускладнень у жінок здебільшого працездатного віку має негативне соціальне та подружнє значення. Статеві дисфункції можуть бути причиною порушення міжособистісних і сексуальних стосунків у сім'ї, спричинити подружню дезадаптацію, що може призвести до розлучення, втрати сексуального партнера. Це підтверджено результатами проведеного аналізу родинних стосунків. Сімейний стан пацієток наведено у табл. 2.

Дані табл. 2 свідчать про те, що сексуальні дисфункції, особливо після кесарева розтину, можуть бути чинником ризику подружньої дезадаптації та розлучення вже створених сімейних пар, оскільки відзначено тенденцію збільшення кількості розлучених жінок у групі Ib і більшою мірою у групі IIb.

Порушення сімейних стосунків різного ступеня, за нашими даними, мали місце у 35,4% випадків (68 жінок з 192). Аналіз сімейного стану засвідчив негативну динаміку подружнього життя щодо анамнезу. Випадки розлучень в 2,2 разу реєстрували частіше у жінок групи IIb, ніж групи Ia, тобто віддалені сексуальні розлади після кесарева розтину в сукупності із пригніченим психоемоційним станом жінок стали фактором подружньої дезадаптації і подальших конфліктних і дезадаптивних подружніх ситуацій, що стали причиною розлучень. Так, спокійно-доброзичливі подружні стосунки мали лише 37,5% жінок групи IIa і 13,9% жінок групи IIb (у сексуально здорових 67,7%), а конфлікти – 18,7% і 58,1% відповідно (у сексуально здорових 6,4%) (табл. 3).

Із анамнезу жінок були встановлені особливості умов їхнього виховання, культурного рівня, соціуму та побуту, наявність та причинність стресових факторів, шкідливих звичок. У жінок встановлено термін та початок статевих стосунків, кількість статевих партнерів. Аналіз статевого життя засвідчив, що близько половини жінок (n=98; 51,8%) дебют сексуального життя мали у віці 16–25 років, з 20 до 25 років – 74 жінки (38,5%), а у віці 26–30 років – 20 жінок (10,4%). Вікові особливості початку статевого (подружнього) життя, як правило, визначалися переліком соціальних чинників, а середній дебют статевого життя становив 23 роки.

При вивченні даних анамнезу були встановлені причини і передумови виникнення сексуальних порушень, їх зв'язок із гінекологічними захворюваннями, характер і термін клінічного перебігу розладів, частота поєднання різних видів порушень, особливості їхнього перебігу у жінок із ускладненими пологами, після кесарева розтину та після проведеної терапії гінекологічних захворювань та профілактичних заходів, оцінено ефективність.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Якість життя жінок пов'язана як з особливостями особистості, соціальною адаптацією, так і зі ступенем вираженості сексуальних розладів. Здебільшого страждали са-

Показники якості життя обстежених жінок із сексуальними дисфункціями

Показник шкали SF-36 «Якість життя»	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)
Фізичне функціонування (PF)	92,7±0,4	95,0±0,4	60,0±1,6**	55,0±1,2**^
Рольове функціонування, спричинене фізичним станом (RP)	88,6±1,4	81,5±1,9	57,1±0,8**	34,4±0,8**^
Інтенсивність болю (BP)	79,4±0,3	82,9±1,4	52,7±0,6**	36,2±0,9**^
Загальний стан здоров'я (GH)	85,7±0,8	90,4±0,8	63,4±0,4#	52,7±1,0**^
Життєва активність (VT)	72,7±0,8	74,5±0,8	58,5±0,8#	51,8±0,6**
Соціальне функціонування (SF)	79,5±1,1	91,2±0,8	57,1±0,4**	53,1±0,4**
Рольове функціонування, спричинене емоційним станом (RE)	90,9±1,0	69,9±2,0	66,6±1,3*	45,7±1,1**^
Психічне здоров'я (MH)	76,7±0,3	77,6±0,3	60,0±0,5**	58,0±0,2**
Фізичний компонент (PH)	54,2±0,2	55,6±0,4	41,5±0,3**	36,0±0,4**
Психічний компонент (MN)	51,8±0,2	50,1±0,3	44,9±0,3**	42,5±0,3**

Примітка: * – достовірно до групи Ia (P<0,05); # – достовірно до групи Ib (P<0,05); ^ – достовірно до групи IIa (P<0,05).

мотні жінки віком старше 35 років, що суттєво вплинуло на якість їхнього життя. Значно погіршує настрій необхідність лікування сексуальних дисфункцій: дуже переживають за лікування 17 (39,5%) жінок після пологів через природні пологові шляхи, скаржилися на психологічний дискомфорт під час лікування 46 (55,4%) жінок після кесарева розтину в анамнезі. Природа психоемоційних розладів була багатофакторною і визначалась сексуальним здоров'ям, гінекологічним статусом і відносинами із партнером. Пацієнтки відчували проблеми у соціальній і подружній адаптації і потребували комплексної гінекологічної та психологічної допомоги.

Результати анкетування засвідчили зниження якості життя пацієнток із віддаленими ускладненнями після кесарева розтину в анамнезі. Середній інтегральний показник фізичного компонента здоров'я (PH) у жінок без сексуальних дисфункцій склав 41,5±0,3 бала (P<0,05) і 36,0±0,4 бала (P<0,05) у жінок із розладами сексуального здоров'я; психічний компонент здоров'я (MH) відповідно становив – 44,9±0,3 бала (P<0,05) і 42,5±0,3 бала (P<0,05). Тобто, показник якості життя на фізичному та психічному рівні був меншим у межах 20–30% (табл. 4).

Як видно з даних табл. 4, у обстежених жінок із фізіологічними пологами (група Ia і Ib) в анамнезі досліджувані показники шкали SF-36 не мали достовірної різниці, у той час як у жінок після кесарева розтину (група IIa) суттєво погіршувалися показники фізичного і соціального функціонування (PF, RP, VT, SF), пацієнтки скаржились на дискомфорт в ділянці зовнішніх статевих органів і больові статеві акти (BP, GH), відзначали розлади психоемоційного стану (MH). У обстежених жінок основної гру-

пи із сексуальними дисфункціями (група IIb) відзначено низький рівень фізичного та психічного здоров'я за всіма показниками, при цьому достовірно загострення самопочуття встановлено у жінок групи IIa на рівні показників RP, BP, GH і RE.

Отримані дані доказово підтвердили нашу думку про психогенну природу сексуальних розладів у жінок після пологів, як одного із чинників сексуальних дисфункцій у жінок із віддаленими ускладненнями кесарева розтину. Слід зазначити, що сексуальні розлади, на думку обстежених, поєднуються зі станом розчарування, заниженої самооцінки, пригніченості, що само по собі є підґрунтям тривожно-депресивних станів та суттєвим фактором, що негативно впливає на якість життя. При цьому пацієнтки всіх груп спостереження висловлювали побажання мати більше статевих стосунків, що, на їхній погляд, покращило б якість життя та життєву активність.

ВИСНОВКИ

Таким чином, результати проведеного дослідження дозволили встановити причини, механізми формування, клінічні прояви сексуальних дисфункцій у жінок, роль кесарева розтину в їхньому виникненні і визначити напрямки комплексної корекції статевого здоров'я. Сексуальна адаптація у жінок із сексуальними дисфункціями має домінуювальне значення незалежно від характеру пологів і статевих стосунків, їхнього сексуального сценарію. Стимуловальним чинником жіночої сексуальності можуть бути не тільки зовнішні подразнювачі, корекція гормонального і гінекологічного статусу, але і комплекс заходів, спрямованих на покращання психоемоційних відносин із партнером.

Оценка качества жизни женщин с сексуальными дисфункциями после кесарева сечения Ю.П. Вдовиченко, Н.П. Гончарук, Е.Ю. Гурженко

В статье раскрыты причины, механизмы формирования, клинические проявления сексуальных дисфункций у женщин, роль кесарева сечения в их возникновении и определены направления комплексной коррекции полового здоровья.

Ключевые слова: сексуальные дисфункции, кесарево сечение, коррекция половой жизни.

Estimation of life quality in women with sexual dysfunctions after caesarian section Iu.P. Vdovichenko, N.P. Goncharuk, O.Iu. Gurzhenko

In the article it is rotined reasons, forming mechanisms, clinical displays of sexual dysfunctions in women, role of caesarian section in their origin and it was defined directions of complex correction of sexual health.

Key words: sexual dysfunction, caesarean cross-section, correction sexual life.

Сведения об авторах

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

Гончарук Наталья Петровна – Киевский городской родильный дом № 1, 01011, г. Киев, ул. Арсенальная, 5; тел.: (044) 286-52-09

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. 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.
2. Кустаров В.Н., Черниченко И.И. Перименопауза, ее осложнения // Клин. геронтология. – 2003. – № 1. – С. 45–49.
3. 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.
4. 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).
5. 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

Н О В О С Т И М Е Д И Ц И Н Ы

РЕМОНТ ВСЕГО ОДНОГО ГЕНА ПОЗВОЛИЛ
ВЫЛЕЧИТЬ РАК КИШЕЧНИКА

Американские исследователи из Memorial Sloan Kettering Cancer Center смогли с помощью исправления всего одного гена превратить клетки рака кишечника в здоровые, пишет Medikforum.

Рак вызывается генетическими мутациями, которые заставляют нормальные клетки расти аномально. Очень часто, тем не менее, количество этих мутаций бывает слишком велико, чтобы у медицины имелся хоть какой-нибудь шанс их поправить. Однако за развитие рака кишечника отвечает как раз один ген.

Специалисты, зная, что у 90% опухолей кишечника встречается мутация гена APC, не имели точного представления, какую роль она играет в процессе возникновения рака. Для прояснения данного вопроса они использовали РНК-вмешательство в генетически запрограммированных мышах для того, чтобы выключить ген APC. У белков этого гена имеется способность подавлять опухоли, и после выключения гена все мыши заболели раком кишечника. Когда исследователи перестали кормить мышей антибиотиками, то

сигнальные пути гена были восстановлены, и APC включился. Через четыре дня опухоли перестали расти.

Оказалось, что не только рост опухолей прекратился, но и функции кишечника у грызунов были полностью восстановлены. Спустя несколько дней начался обратный рост опухолей, а через несколько месяцев мыши полностью вылечились от рака. Результаты исследования опубликованы журналом Cell.

<http://www.medicinform.net>