

# Оцінювання стану гінекологічного і сексуального здоров'я у жінок після пологів, що завершилися кесаревим розтином

Ю.П. Вдовиченко, О.Ю. Гурженко

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

У статті дана оцінка стану гінекологічного і сексуального здоров'я у жінок після пологів, що завершилися кесаревим розтином. Аналіз сексуальних ускладнень демонструє наявність суттєвих відмінностей в структурі внутрішньої картини сексуального здоров'я з урахуванням характеру і взаємозв'язків з сексуальною сферою життя.

**Ключові слова:** гінекологічне і сексуальне здоров'я, кесарів розтин, статеве життя.

Статеві стосунки у жінок з ускладненнями після пологів, що завершилися кесаревим розтином, мають певні особливості, що потенційно впливає на стан жіночої сексуальної функції та зумовлює формування розладів, в основі яких лежать певні психосоціальні фактори, результати хірургічного втручання, неадекватна медикаментозна терапія [1–4].

Для визначення стану гінекологічного і сексуального здоров'я жінок після пологів, що закінчилися кесаревим розтином, було проведено обстеження жінок репродуктивного віку.

Контрольну групу склали 74 жінки (38,5%), які мали успішні пологи природним шляхом без ускладнень. Вони 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 з одним статевим партнером.

Первинне обстеження жінок дозволило нам виділити 31 жінку (16,1%) із нормальним станом сексуального здоров'я (група Ia) (середній вік  $29,7 \pm 2,8$  року). Інші 43 жінки (22,5%) скаржились на розлади сексуального здоров'я, у них не було діагностовано ускладнень гінекологічного та соматичного статусу (10 жінок із запальними захворюваннями органів малого таза – ЗЗОМТ), що і стало підставою розглядати дану групу обстежених у якості порівняння (група Ib) (середній вік  $31,3 \pm 2,9$  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 тих, що не мали сексуальних розладів, – 32 (16,6%) жінки (група IIa) (середній вік  $35,6 \pm 3,7$  року) та жінок із сексуальними порушеннями після кесарева розтину – 86 (44,8%) (група IIb) (середній вік  $36,8 \pm 3,9$  року). Результати попередніх обстежень засвідчили наявність в анамнезі ЗЗОМТ у 15 (46,9%) і 48 (55,8%) жінок відповідно.

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

Скринінгове обстеження включало анкетування сімейного стану, гінекологічного та сексологічного статусу 192 жінок із урахуванням пологів та віддалених сексуальних розладів.

1. Середній вік обстежених жінок –  $30,1 \pm 2,2$  року.
2. Тривалість подружнього життя –  $6,9 \pm 1,2$  року.
3. Початок статевого життя серед обстежених пацієнток –  $23,0 \pm 0,3$  року.
4. Кількість статевих партнерів у генеральній вибірці обстежених жінок становила  $2,3 \pm 0,1$  і залежала від характеру пологів (табл. 1). Кількість статевих партнерів серед у пацієнток після пологів, що завершилися кесаревим розтином, була більшою, ніж у пацієнток контрольної групи (групи Ia і Ib). При цьому встановлено залежність числа сексуальних партнерів із психологічним станом жінок – збільшення їхньої кількості у пацієнток із розладами сексологічного здоров'я (групи Ib і IIb).
5. Статеві стосунки підтримували 27 (87,1%) пацієнток групи Ia, 31 (72,1%) жінка групи Ib, 27 (84,4%) обстежених групи IIa і лише 49 (43,1%) пацієнток групи IIb. Із них 19 (61,3%), 9 (21,0%), 16 (50,0%) і 5 (5,9%) відповідно по групах спостереження вели відносно активне сексуальне

Таблиця 1

Показники, що характеризують сексуальну функцію в обстежених жінок за анамнестичними даними

Показники	Групи 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)
Вік	$28,7 \pm 2,8$	$32,3 \pm 2,9$	$35,6 \pm 3,7$	$36,8 \pm 3,9$
Вік початку статевого життя	$21,9 \pm 0,7$	$21,8 \pm 0,7$	$23,7 \pm 0,9$	$24,8 \pm 0,4$
Кількість статевих партнерів в анамнезі	$1,4 \pm 0,2$	$2,1 \pm 0,2$	$2,4 \pm 0,3$	$3,0 \pm 0,3$
P-value	-	$P_{Ia-Ib} < 0,05$	$P_{Ia-IIa} < 0,05$ $P_{Ib-IIa} = 0,05$	$P_{Ia-IIb} < 0,05$ $P_{Ib-IIb} < 0,05$ $P_{IIa-IIb} < 0,05$

Частота статевих стосунків серед обстежених жінок

Частота статевих стосунків на місяць	Групи 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	%
Ухиляються від статевого життя	4	12,9	12	27,9	5	15,6	49	56,9
1-3 рази на місяць	8	25,8	22	51,1	11	34,4	32	37,2
4-9 разів на місяць	12	38,7	7	16,3	13	40,6	5	5,9
10 та більше разів	7	22,6	2	4,7	3	9,4	-	-
Усього	31	100,0	43	100,0	32	100,0	86	100,0

Таблиця 3

Структура запальних ЗЗОМТ в обстежених жінок

ЗЗОМТ	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	%
Післяпологовий ендометрит	-	-	2	4,6	2	6,2	9	10,4	13	6,8
Фонові захворювання шийки матки	-	-	3	6,9	5	15,6	14	16,3	22	11,5
Хронічний сальпінгофорит	2	6,4	2	4,6	3	9,4	9	10,5	16	8,3
Хронічні інфекції нижніх сечовивідних шляхів	1	3,2	3	6,9	5	15,6	16	18,6	25	13,0
Усього зі ЗЗОМТ	3	9,6	10	23,2	15	46,9	48	55,8	76	39,6
Поєднання захворювань	2	6,4	10	23,2	6	18,7	58	67,4	2	6,4
Здорові	28	90,4	33	76,8	17	53,1	38	44,2	116	60,4

життя; 8 (25,8%), 22 (51,1%), 11 (34,4%) і 32 (37,2%) – при анкетуванні зазначили нерегулярні статеві стосунки, а 4 (12,9%), 12 (27,9%), 5 (15,6%) і 49 (56,9%) обстежених пацієнток відповідно по групах спостереження ухилялися від статевих стосунків.

6. Частота статевих стосунків серед обстежених пацієнток була меншою у жінок після пологів, що завершилися кесаревим розтином, і визначалась психологічним станом жінки і сексологічними розладами (групи Ib і IIb). Тобто серед жінок з віддаленими ускладненнями після кесарева розтину збільшувалася кількість пацієнток, які не підтримували статевих стосунків, що свідчить про формування подружньої та сексуальної дезадаптації. Розподіл пацієнток за конституцією сексуальної активності наведено в табл. 2.

Середня частота сексуальних стосунків за місяць серед усіх обстежених жінок становила 1–3 рази і зменшувалась у жінок із сексологічними розладами. Кількісний показник відображав не лише вікові якісні зміни в інтимному житті пацієнток, їхній фізіологічний і соматичний генез, але і характер віддалених ускладнень після кесарева розтину. Значна кількість обстежених жінок (група група IIb – 32 (74,4%), група IIa – 20 (62,5%), група IIb – 77 (89,5%) відзначали незадоволеність якістю сексуальних стосунків і висловили потребу у зверненні за спеціалізованою медичною допомогою.

При цьому слід зазначити, що у обстежених жінок з сексологічними ускладненнями після пологів, що завершилися кесаревим розтином, змінилася фабула сексуальних переживань, на відміну від пацієнток із пологами через природні пологові шляхи.

Проведений клініко-анамнестичний аналіз засвідчив наявність у минулому низки гінекологічних патологій у

пацієнток усіх груп спостереження. Урогенітальні розлади були виявлені у 39,6% (76) обстежених. По групах спостереження: у групі Ia – 9,6% (3), у групі Ib – 23,2% (10) жінок після нормальних фізіологічних пологів, у групі IIa – 46,8% (15) та у групі IIb – 55,8% (48) пацієнток, що мали пологи через кесарів розтин. Структура гінекологічних захворювань у анамнезі наведена в табл. 3.

У структурі гінекологічних захворювань серед обстежених пацієнток домінували фонові захворювання шийки матки (11,5%), хронічний сальпінгофорит (8,3%) і післяпологовий ендометрит (6,8%). Хронічні інфекції нижніх сечовивідних шляхів відзначено у 13,0% обстежених.

Вивчаючи стан гінекологічного здоров'я у пацієнток, було виявлено ознаки менструальних розладів. Порушення менструальної функції у сексуально здорових жінок групи Ia і IIa виявлено лише в 1 (3,2%) і 3 (9,4%) випадку; у жінок групи Ib виявлено порушення за типом первинної та вторинної олігодисменореї (23,2%), гіперполіменореї (13,5%) та олігодисменореї (9,5%); у жінок IIb зазначені розлади були статистично достовірно більше нерегулярних менструацій у 38,5% жінок, епізодів вторинної альгодисменореї – у 23,2%, гіперполіменореї – у 19,7% і олігодисменореї – у 18,6%.

Наведені у табл. 4 дані свідчать про наявність різниці перенесених гінекологічних захворювань у жінок контрольної (група Ia і Ib) та основної груп спостереження (група IIa і IIb). При цьому слід зазначити, що поєднання гінекологічних захворювань мало місце у 18,7% сексуально здорових жінок (група IIa) і 67,4% пацієнток (група IIb) із кесаревим розтином в анамнезі, що було статистично достовірно більше, ніж серед жінок Ia і Ib груп (6,4% і 23,2%) ( $p < 0,05$ ).

Жінки із урогенітальною інфекцією скаржилися на бо-

Структура гінекологічних захворювань в анамнезі у жінок після пологів

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	%
Порушення менструального циклу	1	3,2	20	46,5*	3	9,4#	53	61,6*
Оперативне лікування на придатках матки	1	3,2	2	4,6	5	15,6	14	16,3*
Міома матки	-	-	3	6,9	2	6,2	6	6,9
Поєднання захворювань	2	6,4	10	23,2*	6	18,7	58	67,4*#

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

Таблиця 5

Частота сексуальних дисфункцій у обстежених жінок

Сексологічні порушення	Групи 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	%
Порушення лубрикації	1	3,2	32	74,4*	2	6,2#	80	93,0*#
Порушення бажання	-	-	21	48,8	2	6,2#	63	73,2*#
Порушення збудження	1	3,2	22	51,1*	2	6,2#	68	79,1*#
Вторинна аноргазмія	-	-	13	38,2	-	-	36	41,9#
Диспаревнія	-	-	29	67,4	-	-	74	86,0#
Здорові	29	93,6	-	-	26	81,4	-	-

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

львий синдром в області органів малого таза (ОМТ). Частіше реєстрували періодичний слабкий (32,6%) або ниючий біль (30,1%), рідше – тягучий біль внизу живота (24,6%) з іррадіацією в поперекову ділянку (12,7%). Більшість жінок зазначили підвищену дратівливість, немотивовану зміну настрою, головний біль, швидку втомлюваність, порушення сну. Прогресування больового синдрому в більшості випадків було асоційовано не з загостренням запального процесу, а з характером порушень менструального циклу або з вторинними психоемоційними факторами (тривога, фізичне або емоційне перенапруження). Хронічний біль спричинював емоційний стрес, що вторинно спричинив соматовегетативні розлади, у тому числі застійні явища в ОМТ, що, у свою чергу, відіграло роль у розвитку гінекологічної патології. Так, аналіз гінекологічного стану пацієнток з урахуванням анамнезу виявив сексуальні дисфункції різного ступеня вираженості, що встановлені у 53 (72,6%) осіб з 76 обстежених зі ЗЗОМТ, тобто уrogenітальні інфекції у жінок після кесарева розтину та оперативного лікування з приводу захворювань ОМТ зумовлюють характер формування та темпи розвитку сексуальних та неспсихотичних психологічних розладів.

Клінічними проявами сексуальної дисфункції були ослаблення або відсутність статевого потягу, зниження сексуальної активності, оргазмічна дисфункція. Як видно з даних табл. 5, було відзначено збільшення частоти діагностування порушень лубрикації, сексуального потягу і збудження, первинної і вторинної аноргазмії у пацієнток групи IIb. В основі диспаревнії (F52.6) були психологічна або фізична відроза до партнера, тобто встановлені розлади мали вторинний характер. Основним проявом сексуальних розладів були сексуальна огида (F52.10) і сексуальний вагінізм (F52.5), що формувалися при больових статевих актах і спричинили

сильні негативні почуття, що призводили до ухиляння від статевої активності.

Первинні сексуальні розлади здійснювали психотравмувальний вплив, що призвело до розвитку депресивного стану. Вторинна сексуальна дисфункція є наслідком цих розладів, що розвинулися в результаті несексуальних психотравмувальних чинників у подружній парі, і залежить від тяжкості та тривалості подружніх розладів і конфліктів. За всіх обставин розвиток сексуальних дисфункцій багато в чому визначався сексуальною поведінкою жінки. Первинна сексуальна дезадаптація проявлялася у трьох клінічних формах – комунікативній, статорольовій і сексуально-еротичній, кожна з яких мала свої закономірності розвитку.

Комунікативна форма сексуальної дезадаптації у 7 (16,2%) жінок Ib групи і 25 (29,0%) групи IIb виникала при зниженні адаптаційних можливостей особистості внаслідок труднощів у вираженні своїх сексуальних потреб і очікувань на вербальному рівні або відсутності любові, аж до сексуальної і психологічної аверсії.

Статорольова форма виникала у 14 (32,5%) жінок Ib групи і 26 (30,2%) групи IIb із порушеною рольовою поведінкою. Девіації статорольової поведінки жінок виявляються або у трансформації, або в гіперрольовій їх поведінці. У ході поглибленого анамнестичного обстеження відзначали асинхронії статевого розвитку, ігровий, рідше шаблонно-регіментований типи статевої поведінки. У таких жінок сексуальне лібідо відсутнє або слабо виражене.

Сексуально-еротична форма дезадаптації сформувалась у 22 (51,1%) жінок Ib групи і 35 (40,7%) групи IIb внаслідок дезінформації в питаннях сексуальних стосунків і характеризувалась розбіжністю в подружжі статевої поведінки, оптимальної техніки проведення статевого акту, особливо за-

**Замісні форми досягнення оргазму у обстежених жінок**

Замісна форма	Групи 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	%
Полюція	23	74,2	-	-	11	34,4	-	--
Петтінг	3	9,7	18	41,8	9	28,1	35	40,7
Мастурбація	2	6,4	25	58,2	5	15,6	51	59,3
Психічний	2	6,4	-	-	3	9,4	-	-
Міотонічний	1	3,2	-	-	4	12,5	-	-
Усього	31	100,0	43	100,0	32	100,0	86	100,0

Таблиця 7

**Характеристика ерогенних зон у обстежених жінок**

Ерогенні зони	Групи 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	%
Позагенітальні	-	-	17	39,5	2	6,2 <sup>#</sup>	13	15,1 <sup>#</sup>
Генітально неадекватні	-	-	15	34,8	3	9,4 <sup>#</sup>	33	38,4 <sup>^</sup>
Генітально адекватні	31	100,0	4	9,4 <sup>*</sup>	27	84,4 <sup>**</sup>	8	9,3 <sup>*^</sup>

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

ключного його періоду, і невідповідністю сексуальної поведінки подружжя. Мотивом статевого акту як у жінок, так і у чоловіків, в більшості випадків було отримання оргазму. Відзначено, що одним із визначальних чинників при цій формі сексуальної дезадаптації може бути несприятливе поєднання в парі психосексуальних типів чоловіка і жінки, особливо в тих парах, де партнери мали однаковий пасивно-підкорюваний їхній варіант.

Сексуальна дезадаптація, як правило, формувалася з самого початку статевого життя після пологів із кесаревим розтином, за винятком комунікативної форми, яка розвивалася поступово протягом 1–3 років.

При вивченні патогенезу сексуальних дисфункцій були виявлені різні замісні форми досягнення оргазму, що наведено в табл. 6. Жінки із сексуальними дисфункціями намагалися досягти оргазму шляхом петтінгу або мастурбації, тоді як сексуально здорові жінки мали варіабельність цих дій. Досягнення жінкою оргазму в ласках і при петтінгу можна вважати умовною нормою, якщо партнери при цьому отримують психосексуальне задоволення і не відчувають сумнівів у можливості такої сексуальної поведінки. Проте при абсолютній аноргазмі жінки ніколи не досягали оргазму ні в статевому акті, ні при мастурбації або петтінгу. Для сексуально здорових жінок певною мірою характерними були психічний тип досягнення оргазму в результаті впливу психічних стимулів, без механічної стимуляції та міотонічний тип при стисненні стегон і м'язів промежини, зовнішніх стимулів.

Включення в сексуальну стимуляцію особливих тактильних відчуттів, отримання яких було необхідно для посилення сексуальних відчуттів, пов'язано зі слабким розвитком у жінок генітальних і позагенітальних ерогенних зон, втратою чутливості і недостатністю рецепції цих зон.

Під ерогенною зоною розуміють ділянку на тілі, стимуляція якої викликає і підтримує сексуальне збудження і призводить до оргазму. Необхідним компонентом функціонування ерогенної зони є психологічна сексуальна установка, статевий домінант і психоемоційний настрій. Патологічні типи ма-

стурбації можуть сприяти формуванню неадекватних генітальних і позагенітальних ерогенних зон, блокувати отримання чуттєвого досвіду. У таких випадках порушується формування та чутливість ерогенних зон, що не дозволяє реалізувати статеве задоволення і формує фригідність.

Стан домінантних ерогенних зон у обстежених нами жінок наведено в табл. 7. У сексуально здорових 31 (100,0%) жінки групи Ia і 27 (84,4%) пацієнток групи IIa ерогенні зони були адекватними, але виникнення сексуального відчуття при їх стимуляції у жінок після кесарева розтину були притуплені.

При аналізі патогенезу сексуальної дисфункції у жінок, що перебували під нашим спостереженням, ми виявили два його механізми: 1) невідповідність або дефіцит психоемоційного клімату, про що свідчили відсутність почуття любові, сексуальних фантазій, сексуальна поведінка партнерів; 2) невідповідність або дефіцит тактильних уподобань, що визначається станом генітальних і позагенітальних ерогенних зон, найчастіше зумовленим втратою або зниженням чутливості. Зазначені механізми, які були ізольованими або поєднаними, призводили до формування стійких сексуальних порушень, психоемоційних розладів і до девіантної сексуальної поведінки.

У групі порівняння (група Ib) сексуальні дисфункції домінували за першим механізмом розвитку. У жінок групи після кесарева розтину (група IIb) порушення формувалися за другим механізмом розвитку, сексуальні дисфункції виникли після операції через аноргазмію. Завдяки високому рівню сексуальної культури та інформованості в області психогієни статевого життя, психологічної та соціально-психологічної адаптації подружжя змогли компенсувати ці розлади, виводити або посилити тактильну чутливість і досягти сексуальної адаптації.

Сексуальне бажання є складовою частиною сексуальної адаптації, виникнення якого зумовлено стимулами сексуального значення. Воно виникає або придушується залежно від ступеня сексуальних проявів партнера. При цьому необхідно рівню мірою оцінювати участь чоловіка і жінки у реалізації сексуальних бажань, оскільки дотримання гендерних

Частота ухилення від статевої близькості серед жінок після пологів

Група/ показник	Групи 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)	
Варіанти ухилення	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%
Завжди	-	-	28	65,1	3	9,4 <sup>#</sup>	71	82,6 <sup>^</sup>
Іноді	3	9,7	11	25,6	6	18,7	12	13,9
Ніколи	28	90,3	4	9,3 <sup>*</sup>	23	71,9 <sup>*</sup>	3	3,5 <sup>**</sup>

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

Таблиця 9

Ступінь вираженості сухості в піхві та дискомфорту в ділянці зовнішніх статевих органів у жінок після пологів

Показник	Групи обстежених жінок			
	Жінки після пологів через природні пологові шляхи		Жінки після кесарева розтину	
	Група Ia (n=212)	Група Ib (n=142)	Група IIa (n=30)	Група IIb (n=55)
Ступінь любрикації	4,2±0,1	2,6±0,09	3,8±0,1	2,3±0,1
P-value	-	P <sub>Ia-Ib</sub> <0,05	P <sub>Ia-IIa</sub> <0,05 P <sub>Ib-IIa</sub> >0,05	P <sub>Ia-IIb</sub> <0,05 P <sub>Ib-IIb</sub> <0,05 P <sub>IIa-IIb</sub> >0,05
Ступінь дискомфорту	4,3±0,1	2,9±0,1	3,6±0,1	2,5±0,2
P-value	-	P <sub>Ia-Ib</sub> <0,05	P <sub>Ia-IIa</sub> <0,05 P <sub>Ib-IIa</sub> >0,05	P <sub>Ia-IIb</sub> <0,05 P <sub>Ib-IIb</sub> <0,05 P <sub>IIa-IIb</sub> >0,05

співвідношень при цьому дозволить досягти сексуальної адаптації. У цьому зв'язку сексуальна активність є найкращим стимулом сексуального бажання і вона пропорційна ступеню наростаючого сексуального бажання.

Більшість обстежених жінок відзначали серйозні проблеми у стосунках з партнером або наявний психологічний конфлікт між сексуальним бажанням і несприйняттям його реалізації в інтимному зв'язку з конкретним чоловіком. Психологічні розлади в симптомокомплексі сексуальних дисфункцій було виявлено у 1 (3,2%) і 8 (18,6%) пацієнток, що мали пологи через природні шляхи (групи Ia і Ib) та у 9 (28,1%) і 36 (41,6%) жінок після кесарева розтину (групи IIa і IIb); вазомоторні і емоційно-вегетативні порушення реєстрували відповідно у 1 (3,2%) і 6 (13,5%) обстежених пацієнток (групи Ia і Ib) та у 7 (21,8%) і 28 (32,5%) (групи IIa і IIb).

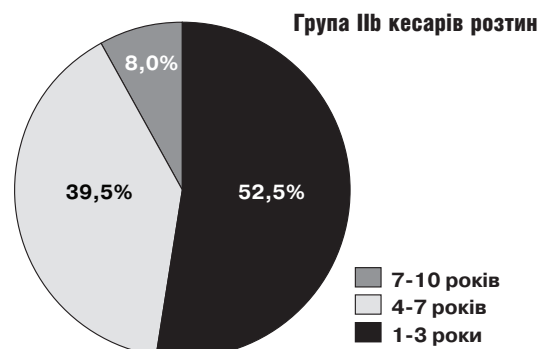
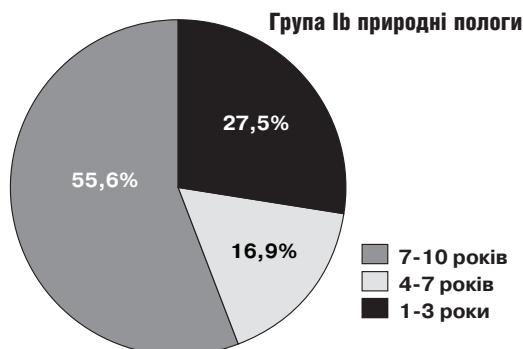
Перспектива сексуальних стосунків перевищувала пороговий рівень страху і тривоги, що змушувало жінок уникати статевого акту (відраза до статевих стосунків, F52.10), або сексуальна реакція виявлялася нормальною, але відсутні відповідні фізичні та емоційні компоненти оргазму, відсутність статевого задоволення і потягу (F52.1). Частина жінок з диспаревнією ухилялася від статевої близькості

«завжди» – 28 (65,1%) пацієнток групи Ib, 3 (9,4%) жінок групи IIa і 71 (82,6%) жінок групи IIb; «іноді» відмовлялись від статевої близькості – відповідно 3 (9,7%), 11 (25,6%), 6 (18,7%) і 12 (13,9%) пацієнток. «Завжди» погоджувались на статево близькість і вели активне сексуальне життя лише 3 (3,5%) жінки із сексуальними дисфункціями на тлі віддалених розладів після кесарева розтину в анамнезі (табл. 8).

При аналізі гінекологічного статусу виявлено, що 103 (53,6%) жінки з диспаревнією скаржились на наявності сухості слизової оболонки піхви. Так, в Ib основній групі ступінь цієї ознаки становив 2,6±0,09 бала, а у жінок групи IIb – 2,3±0,1 бала. Ступінь вираженості сексуального дискомфорту співпадав з інтенсивністю проявів сухості піхви (табл. 9).

У ході поглибленого вивчення анамнезу відзначено більш ранній термін перших клінічних проявів сексуальних дисфункцій після пологів, що завершилися кесаревим розтинном. Так, у 52,5% обстежених жінок групи IIb сексуальні розлади було відзначено в перші 3 роки після пологів, ще у 39,5% осіб в наступні кілька років, тоді як у більшості жінок після пологів через природні пологові шляхи (55,6%) сексуальні розлади відзначали в терміни 7–10 років (малюнок).

Із анамнезу жінок основної і контрольної груп було визна-



Терміни появи сексуальних дисфункцій після пологів, n=192



Характеристика складових сексуального здоров'я у обстежених жінок

Показник	Групи 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	%
Знижене лібідо	-	-	5	11,6	2	6,2	5	5,8
Підвищене лібідо	1	3,2	3	6,9	-	-	5	5,8
Наявність оргазму менш ніж в 50% статевих актів	1	3,2	12	27,9*	2	6,2	73	84,8**^
Мультиоргазтичність	-	-	2	4,6	-	-	-	-
Сексологічно здорові	29	93,6	21	48,8*	28	87,6	3	3,5**^
Усього	31	100,0	43	100,0	32	100,0	86	100,0

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

Таблиця 11

Показники рН-метрії слизової оболонки піхви відповідно до фаз менструального циклу у жінок після пологів

Показники	Фази менструального циклу		
	фолікулінова	овуляторна	лютеїнова
Група Ia (n=31)			
рН до стимуляції	4,2±0,1	4,5±0,1	3,9±0,2
рН після стимуляції	7,5±0,2	7,8±0,2	6,6±0,5
P-value	P<0,05	P<0,05	P<0,05
Група Ib (n=43)			
рН до стимуляції	3,8±0,1	4,2±0,1	3,9±0,2
рН після стимуляції	6,0±0,2	6,6±0,1	5,3±0,6
P-value	P<0,05	P<0,05	P<0,05
Група IIa (n=32)			
рН до стимуляції	4,0±0,2	5,0±0,3	3,9±0,9
рН після стимуляції	7,7±0,2	7,8±0,2	7,2±0,6
P-value	P<0,05	P<0,05	P<0,05
Група IIb (n=86)			
рН до стимуляції	4,0±0,3	4,1±0,3	3,9±1,0
рН після стимуляції	5,8±0,2	6,5±0,1	5,9±0,6
P-value	P<0,05	P<0,05	P<0,05

чено стан їхнього сексуального здоров'я, характеристики якого представлено в табл. 10. Як видно з наведених даних, найбільш поширеними сексуальні розлади були серед пацієнток ІІb основної групи, де лише 84,8% жінок зазначили наявність оргазму менш ніж в половині статевих актів (часткова статева холодність), 5,8% – знижене лібідо і у 31,3% пацієнток встановлено поєднання сексуальних розладів. При цьому, слід зазначити, що у 5 (5,8%) жінок проявом сексуальної дисфункції було підвищене лібідо.

Тобто, проведений клініко-анамнестичний аналіз засвідчив прогресування сексуальних дисфункцій (за МКХ-10 F52.2, N95.1) у обстежених жінок після кесарева розтину, погіршення гінекологічного здоров'я та їх загострення за наявних психогенних сексологічних розладів.

Для оцінювання показників сексуального здоров'я додатково проведено рН-метрію слизової оболонки піхви до та через 15–20 хв після проведення сексуальної стимуляції (табл. 11).

У групі Ia жінок із фізіологічними пологами в анамнезі та сексуально здоровим статусом рН слизової оболонки піхви становила від 3,9 до 4,5 і після стимуляції підвищувалася до

6,1–7,8 і визначалась фазою менструального циклу; у жінок після пологів, що завершилися кесаревим (ІІb група) розтинном – 3,9–4,1 до стимуляції і 5,8–6,5 після стимуляції. Зсув рН піхви в бік кислої реакції у жінок із сексуальною дисфункцією після кесарева розтину може свідчити про функціональні розлади слизової оболонки та неадекватну реакцію слизової оболонки на еротичну стимуляцію. Експрес-рН-метрія є простим методом скринінгового дослідження піхвового вмісту, що дозволяє на ранніх етапах оцінити сексуальне та гінекологічне здоров'я жінки (зміни мікробіоценозу, судинна реакція на стимуляцію).

## ВИСНОВКИ

Аналіз віддалених сексуальних ускладнень демонструє існування суттєвих відмінностей в структурі внутрішньої картини сексуального здоров'я з урахуванням характеру і взаємозв'язків з сексуальною сферою життя. Такі результати свідчать про підтвердження висунутої спочатку гіпотези щодо ролі кесарева розтину у формуванні віддалених сексуальних дисфункцій.

**Оценка состояния гинекологического и сексуального здоровья у женщин после родов, которые завершились кесаревым сечением**  
**Ю.П. Вдовиченко, Е.Ю. Гурженко**

В статье дана оценка состояния гинекологического и сексуального здоровья у женщин после родов, которые завершились кесаревым сечением. Анализ сексуальных осложнений демонстрирует наличие существенных отличий в структуре внутренней картины сексуального здоровья с учетом характера и взаимосвязи с сексуальной сферой жизни.

**Ключевые слова:** гинекологическое и сексуальное здоровье, кесарево сечение, половая жизнь.

**Estimation of gynaecological and sexual health state in women after births by caesarian section**  
**Iu.P. Vdovichenko, O.Iu. Gurzhenko**

In the article this estimation of the gynaecological and sexual health state in women after births by caesarian section. The analysis of sexual complications demonstrates the existence of substantial differences in the structure of internal picture of sexual health taking into account character and intercommunication with the sexual sphere of life.

**Key words:** gynecology and sexual health, cesarean section, the 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

**Гурженко Елена Юрьевна** – Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика, 04112, г. Киев, ул. Дорогожицкая, 9; тел.: (050) 165-75-25

**СПИСОК ЛИТЕРАТУРИ**

1. Кустаров В.Н., Черниченко И.И. Перименопауза, ее осложнения // Клин. геронтология. – 2003. – № 1. – С. 45–49.
2. 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.
3. 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).
4. Parry B.L. Optimal management of perimenopausal depression // Int. J. Womens Health. – 2010. – Vol. 2. – P. 143–151.

Статья поступила в редакцию 09.09.2015

Н О В О С Т И М Е Д И Ц И Н Ы

**СЕМЕЙНАЯ «САМОДИАГНОСТИКА» АЛЛЕРГИИ У ДЕТЕЙ МОЖЕТ ПРИВЕСТИ К ИХ НЕДОЕДАНИЮ**

Диагноз "пищевая аллергия" (впрочем, как и любой другой) может поставить ребенку только врач. Ученые обнаружили, что дети, у которых наличие такой аллергии определили родители, необоснованно лишены многих ценных и необходимых продуктов питания.

Самолечение нередко сопровождается и "самодиагностикой": многие люди, не имеющие никакого отношения к медицине, почувствовав недомогание, сами ставят себе диагнозы и назначают лечение.

Это нередко приводит к самым тяжелым последствиям, включая смерть незадачливого самодеятельного эскулапа.

Еще опаснее, когда родители или другие родственники ставят диагноз ребенку и начинают "лечить" его, не обращаясь к врачу - в этом случае вероятность печального исхода возрастает многократно.

Британские ученые обнаружили тревожную тенденцию: в последнее время многие родители стали объяснять недомогание у своих детей пищевой аллергией и исключать из рациона малышей те или иные продукты, которые, по их мнению, являются причиной появления симптомов болезни.

Кроме того, у таких детей могут развиваться опасные заболевания, не имеющие никакого отношения к аллергиям, лишение малышей, у которых на самом деле нет аллергии, многих продуктов питания может пагубно сказаться на их здоровье.

Исследователи из двух детских клиник Англии - Сейнт-Томас в Лондоне (St Thomas' Hospital in London) и Ройял Александра в Брайтоне (Royal Alexandra Children's Hospital in Brighton) обследовали несколько тысяч детей и опросили их родителей.

Опрос матерей и отцов маленьких участников исследования пока-

зал, что почти 32% из них были уверены - у их ребенка есть одна из пищевых аллергий (на молоко, белок куриных яиц или даже целиакия). Соответственно родители ограничивали потребление своими детьми таких продуктов питания.

Между тем, обследование детей показало, что на самом деле пищевой аллергией страдали не более 5% из них.

Таким образом, вполне здоровые дети были лишены на протяжении длительного времени весьма полезных продуктов питания, которые совершенно необходимы растущему организму.

Ученые предупреждают, что всевозможные экспресс-тесты для диагностики аллергии, продающиеся через Интернет, не обладают достаточной точностью - наличие аллергии и у ребенка, и у взрослого может выявить только врач.

Источник: [www.health-ua.org](http://www.health-ua.org)