

Послеродовая сексуальная дисфункция: взгляд на проблему

А.Г. Ящук¹, И.И. Мусин¹, И.Р. Рахматуллина¹, К.А. Камалова², К.Н. Ящук¹

¹ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России, Уфа, Россия

²ООО «ЦМТ», Уфа, Россия

РЕЗЮМЕ

Эндокринные, анатомические, психосоматические перестройки во время беременности и после родов могут вызывать различные проявления сексуальной дисфункции: диспареунию, потерю сексуального влечения, снижение лубрикации во время полового акта, болезненный оргазм, посткоитальное кровотечение, зуд и жжение во время полового акта. Только 15% женщин обращаются с этими проблемами к врачу.

В отечественной литературе практически нет исследований, посвященных послеродовой сексуальной дисфункции. На сегодняшний день нет исследований с хорошим уровнем доказательности, которые позволили бы выявить какие-либо преимущества оперативного родоразрешения в отношении профилактики сексуальной дисфункции после родов. Оперативное родоразрешение может быть выполнено только при наличии строгих медицинских показаний и не может быть рекомендовано при возможности проведения вагинального родоразрешения, которое является физиологичным для женщины и плода.

Согласно систематическим обзорам тренировка мышц тазового дна имеет спорное влияние на послеродовую сексуальную функцию. Не разработаны единые методики и комплексы упражнений для укрепления мышечного аппарата тазового дна. Необходимо дальнейшее проведение рандомизированных клинических исследований с большой выборкой и высоким уровнем доказательности.

Ключевые слова: сексуальная дисфункция, послеродовая сексуальная функция, беременность, роды, оперативное родоразрешение, мышцы тазового дна, дисфункция мышц тазового дна.

Для цитирования: Ящук А.Г., Мусин И.И., Рахматуллина И.Р. и др. Послеродовая сексуальная дисфункция: взгляд на проблему. РМЖ. Мать и дитя. 2019;2(3):254–256.

Postpartum sexual dysfunction: view on the problem

A.G. Yaschuk¹, I.I. Musin¹, I.R. Rakhmatullina¹, K.A. Kamalova², K.N. Yaschuk¹

¹Bashkir State Medical University, Ufa, Russian Federation

²"Women's health" Clinic, Ufa, Russian Federation

ABSTRACT

Endocrine, anatomical, psychosomatic disorders during pregnancy and after childbirth can cause various manifestations of sexual dysfunction: dyspareunia, loss of sexual desire, loss of lubrication during sexual intercourse, painful orgasm, postcoital bleeding, itching and burning during sexual intercourse. Only 15% of women visit the doctor with these problems.

There are practically no studies on postpartum sexual dysfunction in national literature. Nowadays, there are no studies with a relevant evidence level that would reveal any benefits of cesarean delivery in relation to the prevention of sexual dysfunction after childbirth. Cesarean delivery can be performed only in the presence of strict medical indications and cannot be recommended if vaginal delivery is possible, which is physiological for the woman and the fetus.

According to systematic reviews, pelvic floor training has a controversial impact on postpartum sexual function. Uniform methods and sets of exercises to strengthen the muscular apparatus of the pelvic floor are not developed. Further randomized clinical trials with a large sampling and a high evidence level are essential.

Keywords: sexual dysfunction, postpartum sexual function, pregnancy, childbirth, cesarean delivery, pelvic floor muscles, pelvic floor muscles dysfunction.

For citation: Yaschuk A.G., Musin I.I., Rakhmatullina I.R. et al. Postpartum sexual dysfunction: view on the problem. Russian Journal of Woman and Child Health. 2019;2(3):254–256.

ВВЕДЕНИЕ

Сексуальное здоровье, по определению ВОЗ, один из важнейших критериев качества жизни — это состояние физического, эмоционального, духовного и социального благополучия. Данная формулировка обязательно включает в себя нормальную сексуальную функцию как важнейший критерий качества жизни женщины [1]. Эндокринные, анатомические, психосоматические перестройки во время беременности и после родов могут вызывать различные проявления сексуальной дисфункции: диспареунию, потерю сексуаль-

ного влечения, снижение лубрикации во время полового акта, болезненный оргазм, посткоитальное кровотечение, зуд и жжение во время полового акта. Только 15% женщин обращаются с этими проблемами к врачу. Около 20% женщин отмечают боли во время полового контакта в первые 3 мес. после родов, у каждой пятой эта боль персистирует в течение 6 мес., а каждая девятая не готова возобновлять половую жизнь вообще [2–5]. В 2015 г. M. Khajehei et al. опубликовали перекрестное исследование, в котором участвовали 325 женщин после первых родов, родоразрешенные

12 мес. назад. Для исследования был разработан специальный опросник, который включал анамнез, шкалу оценки сексуальной дисфункции, шкалу оценки общего состояния здоровья, шкалу оценки взаимоотношений между партнерами. Проявления сексуальной дисфункции в первый год после родов отметили 64,3% женщин, сексуальную неудовлетворенность — 70,5%. Основными проявлениями были отсутствие сексуального влечения (81,2%), дизоргазмия (53,5%), а также отсутствие возбуждения (52,5%). Также было отмечено снижение сексуальной активности в парах, женщина реже выступала инициатором полового контакта, у большинства пар наблюдалось отсроченное начало половой жизни после родов (9 нед. и более). В первые 5 мес. после родов часто наблюдалась послеродовая депрессия и неудовлетворенность взаимоотношениями с партнером [6].

Сексуальная дисфункция после родов

Некоторые исследования показали, что сексуальная функция после вагинальных родов с эпизиотомией значительно ниже, чем после операции кесарева сечения [7]. В исследовании, проведенном в Омане, приняли участие 150 женщин после первых родов, из них 81 женщина после вагинальных родов с эпизиотомией и 69 женщин, родоразрешенных путем операции кесарева сечения. Из исследования были исключены женщины, у которых сексуальная дисфункция имела место до беременности и родов. Сексуальная функция после родов оценивалась путем подсчета баллов по опроснику Female Sexual Function Index (FSFI) через 3 и 6 мес. после родов. Опросник включает 19 пунктов и охватывает все ключевые элементы сексуальной дисфункции: влечение, возбуждение, лубрикацию, наличие оргазма, удовлетворенность, тазовые боли при половых контактах. Каждый пункт оценивается от 0 до 6 баллов. Выявлено, что 30% женщин после вагинальных родов и 38% женщин после операции кесарева сечения начали половую жизнь в течение месяца после родов, 68 и 59% — через 2 мес. соответственно. Вместе с тем 3% женщин после кесарева сечения и 2% после вагинальных родов не начали половую жизнь в течение 6 мес. после родов, при этом все женщины были замужем. По опроснику FSFI не выявлено статистически достоверной разницы между этими двумя группами женщин [3].

Большой систематический обзор публикаций подготовили в 2014 г. А.О. Yeniel и Е. Petri. В выборку были включены 20 исследований, проведенных с 1960 по 2012 г. с участием более 100 женщин, с обязательным использованием валидизированных опросников по сексуальной функции. Плановое кесарево сечение предположительно должно было оказывать меньшее влияние на сексуальную функцию после родов за счет отсутствия обратимого повреждения срамного нерва, которое происходит при вагинальных родах. Это состояние сохраняется лишь в течение 2–6 мес. после родов, и нет исследований, которые доказали бы сохранение данного эффекта более 6 мес. после родов. Выявлено, что после оперативных вагинальных родов оценка по FSFI значительно ниже, чем после проведенного планового кесарева сечения, и сохраняется таковой по крайней мере в течение года [8]. Эпизиотомия приводит к развитию более выраженной сексуальной дисфункции, чем спонтанные разрывы в родах [9–11]. Отмечена корреляция силы сокращений мышц тазового дна и сексуальной функции. Выявлено, что беременность снижает тонус мышц тазового дна независимо от способа родоразрешения [12].

Авторы систематического обзора отмечают недостаточное количество пролонгированных исследований с хорошей выборкой, а также не находят доказательств того, что плановое кесарево сечение может играть протективную роль в отношении послеродовой сексуальной дисфункции [13].

В отечественной литературе практически нет исследований, посвященных послеродовой сексуальной дисфункции. Заслуживает внимания обзор 50 зарубежных и российских исследований, выполненный в 2017 г. Авторы отмечают, что частота сексуальных расстройств после родов коррелирует с дисфункцией мышц тазового дна, увеличиваясь с 20% в послеродовом периоде до 50–80% в отдаленные сроки [14].

Влияние упражнений по укреплению мышц тазового дна на послеродовую сексуальную дисфункцию

Большое количество исследований посвящено влиянию упражнений на укрепление мышц тазового дна в послеродовом периоде и на сексуальную дисфункцию. В перекрестном проспективном исследовании N. Dean et al. изучалось влияние способа родоразрешения и упражнений по укреплению мышц тазового дна на недержание мочи и сексуальную функцию через 6 лет после родов у 4212 женщин. Женщины, родоразрешенные путем операции кесарева сечения, отмечали более высокий тонус стенок влагалища и более высокий уровень удовлетворенности их полового партнера. Женщины, которые регулярно делают упражнения по профилактике дисфункции мышц тазового дна, имеют более высокие баллы по результатам проведенного опроса. Женщины, страдающие недержанием мочи или кала после родов, показали очень низкую оценку сексуальной функции по данным опроса [15].

Заслуживает внимания систематический обзор литературы, опубликованный К. Вø в 2012 г.: было проанализировано влияние тренировки мышц тазового дна (ТМТД) на недержание мочи, пролапс органов малого таза и сексуальную дисфункцию. Выявлено, что ТМТД с высоким уровнем доказательности эффективна в отношении генитального пролапса и недержания мочи, однако проведено недостаточно исследований, чтобы доказать эффективность ТМТД в отношении терапии сексуальной дисфункции после родов. Автор отмечает более высокую эффективность ТМТД под руководством врача или медицинской сестры [16].

В систематическом обзоре F. Fitz et al. (2012) проанализировано 22 исследования, включавшего 1469 пациенток после первых родов. Авторы отмечают малое количество исследований и недостаточный уровень доказательности в отношении влияния ТМТД на сексуальную дисфункцию и приходят к выводу, что на сегодняшний день ТМТД имеет эффективность, сравнимую с другими предлагаемыми консервативными методами терапии сексуальной дисфункции [17]. Систематический обзор С. Ferreira et al. объединил 8 рандомизированных контролируемых исследований (РКИ) с участием 1341 женщины после первых родов (только одно исследование было посвящено сексуальной дисфункции после родов). Авторы отмечают, что необходимо с осторожностью интерпретировать данные исследования, т. к. выборка и уровень доказательности не позволяют сделать однозначных выводов о влиянии ТМТД на послеродовую сексуальную дисфункцию [18].

В мультицентровом РКИ Z. Sun et al. в Китае приняли участие 324 женщины после первых родов. В исследуе-

мой группе (200 пациенток) проводилась ТМТД с электростимуляцией мышц под контролем медицинского персонала, в контрольной группе (124 пациентки) женщины выполняли ТМТД самостоятельно на дому. Через 6 и 12 мес. после родов оценивался пролапс тазовых органов по шкале POP-Q, электрический физиологический индекс стенок влагалища, по опросникам определялись качество жизни, недержание мочи, пролапс тазового дна. Авторы отметили статистически значимое увеличение электрического физиологического индекса мышц тазового дна в исследуемой группе через 12 мес. после родов, улучшение состояния тазового дна по шкале POP-Q. Остальные параметры достоверных статистических различий не имели [19].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Послеродовая сексуальная дисфункция затрагивает почти 2/3 женщин после родов. На сегодняшний день нет исследований с хорошим уровнем доказательности, которые позволили бы выявить преимущества вагинального или оперативного родоразрешения в отношении профилактики сексуальной дисфункции после родов. Оперативное родоразрешение может быть выполнено только при наличии строгих медицинских показаний и не может быть рекомендовано при возможности проведения вагинального родоразрешения, которое является физиологичным для женщины и плода.

В отечественной литературе отсутствуют исследования с хорошим дизайном по данной проблеме. Согласно систематическим обзорам ТМТД имеет спорное влияние на послеродовую сексуальную функцию. Не разработаны единые методики и комплексы упражнений для укрепления мышечного аппарата тазового дна. Необходимо дальнейшее проведение рандомизированных клинических исследований с большой выборкой и высоким уровнем доказательности.

Литература/References

- World Health Organization. Sexual health: Working definitions. (Electronic source). URL: https://www.who.int/reproductivehealth/topics/gender_rights/sexual_health/en/ (access date: 20.12.2018).
- Serati M., Salvatore S., Siesto G. et al. Female sexual function during pregnancy and after childbirth. The journal of sexual medicine. 2010;7(8):2782–2790. DOI: 10.1111/j.1743-6109.2010.01893.x.
- Dabiri F., Yabandeh A.P., Shahi A. et al. The Effect of Mode of Delivery on Postpartum Sexual Functioning in Primiparous Women. Oman Med J. 2014;29(4):276–279. DOI: 10.5001/omj.2014.72.
- Ящук А.Г., Мусин И.И., Нафтүлович Р.А., Камалова К.А. Современный подход к реабилитации женщин после родов через естественные родовые пути. Практическая медицина. 2017;7(108):31–34. [Yaschuk A.G., Musin I.I., Naftulovich R.A., Kamalova K.A. Modern approach to rehabilitation in women after vaginal delivery. *Prakticheskaya meditsina*. 2017;7(108):31–34 (in Russ.).]
- Буянова С.Н., Шукина Н.А., Зубова Е.С. и др. Пролапс гениталий. Российский вестник акушера-гинеколога. 2017;17(1):37–45. DOI: 10.17116/rosakush201717137–45. [Buyanova S.N., Schukina N.A., Zubova E.S. et al. Pelvic organ prolapse. *Rossiyskiy vestnik akushera-ginekologa*. 2017;17(1):37–45 (in Russ.) DOI: 10.17116/rosakush201717137–45].
- Khajehei M., Doherty M., Tilley P.M., Sauer K. Prevalence and risk factors of sexual dysfunction in postpartum Australian women. The journal of sexual medicine. 2015;12(6):1415–1426. DOI: 10.1111/jsm.12901.
- Broto L., Atallah S., Johnson-Agbakwu C. et al. Psychological and interpersonal dimensions of sexual function and dysfunction. The journal of sexual medicine. 2016;13(4):538–571. DOI: 10.1016/j.jsxm.2016.01.019.
- Rathfisch G., Dikencik B.K., Kizilkaya B. et al. Effects of perineal trauma on postpartum sexual function. Journal of Advanced Nursing. 2010;66(12):2640–2649. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2010.05428.x.
- Klein K., Worda C., Leopold H. et al. Does the mode of delivery influence sexual function after childbirth? J Women Health. 2009;18(8):1227–1231. DOI: 10.1089/jwh.2008.1198.
- Chang S.R., Chen K.H., Lin H.H. et al. Comparison of the effects of episiotomy and no episiotomy on pain, urinary incontinence, and sexual function 3 months postpartum: a prospective follow-up study. Int J Nurs Stud. 2011;48(4):409–418. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2010.07.017.
- Leeman L.M., Rogers R.G. Sex after childbirth: postpartum sexual function. *Obstetrics & Gynecology*. 2012;119(3):647–655. DOI: 10.1097/AOG.0b013e3182479611.
- Koc O., Duran B., Ozdemirci S. et al. Is cesarean section a real panacea to prevent pelvic organ disorders? Int Urogynecol J. 2011;22(9):1135–1141. DOI: 10.1007/s00192-011-1457-5.

- Yenieli A.O., Petri E. Pregnancy, childbirth, and sexual function: perceptions and facts. *International urogynecology journal*. 2014;25(1):5–14. DOI: 10.1007/s00192-013-2118-7.
- Кочев Д.М., Дикке Г.Б. Дисфункция тазового дна до и после родов и превентивные стратегии в акушерской практике. *Акушерство и гинекология*. 2017;(5):9–15. DOI: 10.18565/aig.2017.5.9-15. [Kochev D.M., Dikke G.B. Pelvic floor dysfunction during pregnancy and postpartum and preventive strategies in obstetric practices. *Akusherstvo i ginekologiya*. 2017;(5):9–15 (in Russ.) DOI: 10.18565/aig.2017.5.9-15].
- Johnson C.E. Sexual health during pregnancy and the postpartum (CME). *The journal of sexual medicine*. 2011;8(5):1267–1284. DOI: 10.1111/j.1743-6109.2011.02223.x.
- Bo K. Pelvic floor muscle training in treatment of female stress urinary incontinence, pelvic organ prolapse and sexual dysfunction. *World journal of urology*. 2012;30(4):437–443. DOI: 10.1007/s00345-011-0779-8.
- Fitz F.F., Resende A.P., Stüpp L. et al. Biofeedback for the treatment of female pelvic floor muscle dysfunction: a systematic review and meta-analysis. *International urogynecology journal*. 2012;23(11):1495–1516. DOI: 10.1007/s00192-012-1707-1.
- Ferreira C.H.J., Dwyer P.L., Davidson M. et al. Does pelvic floor muscle training improve female sexual function? A systematic review. *International urogynecology journal*. 2015;26(12):1735–1750. DOI: 10.1007/s00192-015-2749-y.
- Sun Z., Zhu L., Lang J.H. et al. Postpartum pelvic floor rehabilitation on prevention of female pelvic floor dysfunction: a multicenter prospective randomized controlled study. *Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi*. 2015;50(6):420–427. PMID: 26311549.

Сведения об авторах:

¹Ящук Альфия Галимовна — д.м.н., профессор, зав. кафедрой акушерства и гинекологии № 2, ORCID iD 0000-0001-9466-4016;

¹Мусин Ильнур Ирекович — к.м.н., доцент кафедры акушерства и гинекологии № 2, ORCID iD 0000-0001-9280-8055;

¹Рахматуллина Ирина Робинзондовна — д.м.н., профессор кафедры онкологии с курсом онкологии и патологической анатомии ИДПО, проректор по научной и инновационной работе, ORCID iD 0000-0003-4694-3568;

²Камалова Ксения Алексеевна — врач акушер-гинеколог, репродуктолог, ORCID iD 0000-0003-3341-8051;

¹Ящук Ксения Николаевна — студентка 3-го курса лечебного факультета, ORCID iD 0000-0002-0338-7314.

¹ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России. 450008, Россия, Республика Башкортостан, г. Уфа, ул. Ленина, д. 3.

²ООО «ЦМТ». 450078, Россия, Республика Башкортостан, г. Уфа, ул. Кирова, д. 52, офис 1–21.

Контактная информация: Камалова Ксения Алексеевна, e-mail: kosya1987@yandex.ru. **Прозрачность финансовой деятельности:** никто из авторов не имеет финансовой заинтересованности в представленных материалах или методах. **Конфликт интересов отсутствует.** **Статья поступила 25.12.2018.**

About the authors:

¹Alfiya G. Yaschuk — MD, PhD, Professor, Head of the Department of Obstetrics and Gynecology No. 2, ORCID iD 0000-0001-9466-4016;

¹Ilnur I. Musin — MD, PhD, Associate Professor of the Department of Obstetrics and Gynecology No. 2, ORCID iD 0000-0001-9280-8055;

¹Irina R. Rakhmatullina — MD, PhD, Deputy Provost of scientific and innovational work, Professor of the Department of Oncology with the course of oncology and pathoanatomy of Continuing Professional Development Institute, ORCID iD 0000-0003-4694-3568;

²Kseniya A. Kamalova — obstetrician-gynecologist, reproductive, ORCID iD 0000-0003-3341-8051;

¹Kseniya N. Yaschuk — student, ORCID iD 0000-0002-0338-7314.

¹Bashkir State Medical University. 3, Lenina str., Ufa, Republic of Bashkortostan, 450008, Russian Federation.

²“Women’s health” Clinic. Office 1–21, 52, Kirova str., Ufa, Republic of Bashkortostan, 450078, Russian Federation.

Contact information: Kseniya A. Kamalova, e-mail: kosya1987@yandex.ru. **Financial Disclosure:** no author has a financial or property interest in any material or method mentioned. **There is no conflict of interests.** **Received 25.12.2018.**