

УДК 618.7+618.218-089-08

Ю.В. Давыдова, А.А. Огородник, В.В. Баранова,  
А.Ю. Лиманская, А.А. Скрипка, С.М. Корниенко, Л.П. Бутенко

## Послеродовая реабилитация и восстановление качества жизни у женщин с нарушениями целостности промежности в родах

ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины», г. Киев

PERINATOLOGY AND PEDIATRIC. UKRAINE. 2017.3(71):9-13; doi 10.15574/PP.2017.71.9

**Цель** — с помощью препарата Гинодек (Юрия-Фарм), вагинального геля на основе декаметоксина, 0,5% гиалуроновой кислоты, лактатного буфера (рН 3,8–4,5) до 5 мл, в пластиковых контейнерах для введения, провести коррекцию диагностированных нарушений восстановления сексуальной жизни в послеродовом периоде.

**Пациенты и методы.** В исследование включены 150 женщин с нарушением целостности промежности во время срочных родов, среди них 75 женщин с медиолатеральной эпизиотомией (первая группа) и 75 женщин с разрывами промежности I степени, обратившихся в клинику в связи с жалобами на нарушения восстановления сексуальной жизни через 2–4 месяца после родов. Всем женщинам проведено тестирование по опроснику FSFI, беседа с перинатальным психологом, осмотр акушерами-гинекологами и рекомендовано введение геля Гинодек по 5 мл 1 раз в день в течение 7 дней. Оценка эффективности коррекции восстановления сексуальной жизни проведена через 14–18 дней после окончания введения геля Гинодек перинатальным психологом с использованием теста FSFI и акушерами-гинекологами. В статистической обработке применены коэффициент Стьюдента и U-тест Манна—Уитни.

**Результаты.** После коррекции отмечалось существенное улучшение сексуальной функции. Так, уменьшение болевых ощущений по FSFI наблюдалось у  $9,84 \pm 0,89$  в первой группе и у  $13,51 \pm 0,96$  во второй, что по сравнению с исходными показателями соответствовало соотношению 1:3 ( $p > 0,001$ ). Особенности состава препарата Гинодек (гиалуроновая кислота и лактатный буфер) позволили значительно снизить наличие контактных кровотечений и сухость во влагалище ( $p > 0,05$ ). Нормализация состава микробиоценоза влагалища, благодаря действию декаметоксина, отмечалась у 78,6%.

**Выводы.** Обращает на себя внимание, что эффективность терапии Гинодеком была практически в 2 раза выше в группе женщин, у которых выявлены разрывы I степени, что объясняется большей площадью травматизации при проведении эпизиотомии.

**Ключевые слова:** послеродовая реабилитация, препарат Гинодек.

### Postpartum rehabilitation and quality of life recovery in women with violations of perineum integrity during the delivery

*I. V. Davydova, A. A. Ohorodnyk, V. V. Baranova, A. Y. Limanskaya, A. A. Skrupka, S. M. Korniienko, L. P. Butenko*

SI «Institute of Pediatrics, Obstetrics and Gynecology of NAMS of Ukraine», Kyiv

**Objective** — to treat the diagnosed disorders and renew sexual relationship in the postpartum period with the help of the drug Gynodek (manufactured by Yuria-Pharm), a vaginal gel on the basis of decamethoxin, 0.5% hyaluronic acid, lactate buffer (pH 3.8–4.5), 5 ml, in plastic containers.

**Material and methods.** The research included 150 women with the violation of perineum integrity during the term delivery, including 75 women with mediolateral episiotomy (the 1st group) and 75 women with perineal rupture of grade I, who applied to the hospital in connection with complaints of sexual relationship violations in 2–4 months after childbirth. All women were completed the FSFI questionnaire, counselled by a perinatal psychologist, examined by obstetrician-gynaecologist, and they were administrated Gynodek in form of gel, 5 ml, once daily for 7 days. After 14–18 days from the completing of the above-mentioned complex measures, the treatment efficacy evaluation of the sexual dysfunction was made. Statistical processing was made using Student's coefficient and Mann—Whitney U-test.

**Results.** After the treatment the significant improvement of sexual function was observed. Thus, the pain abatement according to FSFI was observed in  $9.84 \pm 0.89$  cases in the first group and  $13.51 \pm 0.96$  women in the second group, which, in comparison with the initial indexes, corresponded to a ratio of 1:3 ( $p > 0.001$ ). Due to the features of Gynodek (determined by hyaluronic acid and lactate buffer) there was observed a significant reduction of the contact bleeding and vaginal dryness ( $p > 0.05$ ). The normalization of vaginal microbocenosis due to the effect of decamethoxin, was noted in 78.6% of women.

**Conclusions.** It is notable that the treatment efficacy of Gynodek was almost 2 times higher in the group of women with perineal rupture of grade I, which can be explained by the larger area of traumatization during episiotomy.

**Key words:** rehabilitation, the drug Gynodek.

### Післяпологова реабілітація та відновлення якості життя в жінок із порушеннями цілісності промежини в пологах

*Ю.В. Давидова, А.А. Огородник, В.В. Баранова, А.Ю. Лиманська, А.А. Скрипка, С.М. Корнієнко, Л.П. Бутенко*

ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України», м. Київ

**Мета** — за допомогою препарату Гінодек (Юрія-Фарм), вагінального гелю на основі декаметоксину, 0,5% гіалуронової кислоти, лактатного буфера (рН 3,8–4,5) до 5 мл, у пластикових контейнерах для введення, провести корекцію діагностованих порушень відновлення сексуального життя в післяпологовому періоді.

**Пацієнти та методи.** У дослідження включено 150 жінок із порушенням цілісності промежини під час термінових пологів, серед них 75 жінок із медіолатеральною епізіотомією (перша група) і 75 жінок із розривами промежини I ступеня, що звернулися в клініку у зв'язку зі скаргами на порушення відновлення сексуального життя через 2–4 місяці після пологів. Усім жінкам проведено тестування за опитувальником FSFI, бесіду з перинатальним психологом, огляд акушерами-гінекологами і рекомендовано введення гелю Гінодек по 5 мл 1 раз на день упродовж 7 днів. Оцінка ефективності корекції відновлення сексуального життя проведена через 14–18 днів після закінчення введення гелю Гінодек перинатальним психологом із використанням тесту FSFI і акушерами-гінекологами. У статистичній обробці застосовано коефіцієнт Стьюдента і U-тест Манна—Уїтні.

**Результати.** Після корекції відмічалось істотне поліпшення сексуальної функції. Так, зменшення болевих відчуттів за FSFI спостерігалось у  $9,84 \pm 0,89$  у першій групі та у  $13,51 \pm 0,96$  у другій, що порівняно з початковими показниками відповідало співвідношенню 1:3 ( $p > 0,001$ ). Особливості складу препарату Гінодек (гіалуронова кислота і лактатний буфер) дали змогу значуще знизити наявність контактних кровотеч і сухість у піхві ( $p > 0,05$ ). Нормалізація складу микробиоценозу піхви, завдяки дії декаметоксину, відмічалася у 78,6%.

**Висновки.** Звертає на себе увагу, що ефективність терапії Гінодеком була практично у 2 рази вищою в групі жінок, в яких виявлені розриви I ступеня, що пояснюється більшою площею травматизації при проведенні епізіотомії.

**Ключові слова:** після реабілітація, препарат Гінодек.

Послеродовой период является важнейшим жизненным событием для женщин, в период которого происходят значительные физиологические, эмоциональные и социальные изменения. Однако до сих пор дискутабельной остается проблема сведения к минимуму послеродовой заболеваемости, при этом все чаще в зарубежной прессе признается, что качество оказания акушерской помощи не ограничивается исключительно антенатальным наблюдением, ведением родов и наблюдением в течение шести недель послеродового периода, но и предотвращением более отдаленных нарушений репродуктивного здоровья женщины [4].

В 1998 г. ВОЗ рекомендовала график постнатального наблюдения в строгом соответствии с периодами максимальной необходимости для матери и плода (6 часов, 6 дней, 6 недель, 6 месяцев после родов). По мнению авторов данных рекомендаций, наилучшая практика включает в себя, кроме основных требований к антенатальному наблюдению, информирование женщины и ее партнера о потенциальных сексуальных проблемах во время беременности и послеродового периода. Перед акушерами-гинекологами ставились две основные задачи: осуществление защиты промежности во время родов через естественные родовые пути и профилактика абдоминального родоразрешения без строгих показаний.

Усовершенствование передовых практик ведения родов через естественные родовые пути и техники выполнения, применение более безопасного шовного материала при абдоминальном родоразрешении не снизило накала споров среди профессионалов, а также восприятия женщинами опыта родов о том, что же на сегодня приоритетно и имеет максимальный фьючерсный эффект.

Нельзя сбрасывать со счетов и тот факт, что при определенных нарушениях здоровья изменяется качество жизни женщин в послеродовом периоде, что влияет на качество их жизни в будущем, а также на состояние здоровья их детей. Вариант родоразрешения может также иметь долгосрочный эффект на самооценку здоровья. В ряде проведенных исследований изучалась связь между вариантом родоразрешения и качеством жизни, но выявлена противоречивая ситуация, когда качество жизни в послеродовом периоде ухудшалось при абдоминальном родоразрешении (АР), а при родах через естественные родовые пути (РЕРП)

получены более высокие показатели качества жизни, связанные с физическим здоровьем [3, 4].

В последнее время большинство исследователей подчеркивают важность проведения родов через естественные родовые пути так, чтобы предотвратить повреждение промежности, поскольку в случае глубоких разрывов имеет место нарушение ранней связи «мать—новорожденный», а фьючерсные осложнения (неудержание мочи, опущение шейки матки и стенок влагалища) приводят к медико-социальным проблемам, в том числе и к распаду семьи.

Особое внимание стоит уделить проведению эпизиотомии, со времени ее первого использования шотландской акушеркой в 1740 г. Считалось даже, что эта процедура помогает сохранить мышечную и соединительную тканевую поддержку тазового дна. В начале 1980-х годов эпизиотомия была широко распространена, несмотря на отсутствие четкой демонстрации ее эффективности, при этом было обнаружено, что она имела больше побочных эффектов, чем пользы: увеличение кровопотери, продолженная послеродовая болезненность и диспареуния, более сложное и длительное восстановление, отсутствие очевидной защиты здоровья плода. В 2009 г. в Кокрановском обзоре описан ряд преимуществ рестриктивной политики рутинной эпизиотомии [1].

На сегодня в доступных отечественных источниках мы не нашли информации официальных рекомендаций о послеродовом уходе, кроме контрацепции при грудном вскармливании и сексуальной абстиненции в течение шести недель после родов. В зарубежных источниках рекомендации значительно варьируют: от советов по применению эстроген-содержащих кремов при диспареунии в период кормления грудью до различных лубрикантов.

В то же время, в течение последних 20 лет в мире изменились подходы к коррекции женской сексуальной дисфункции в послеродовом периоде. Возникла необходимость в инструментах, позволяющих психометрически оценить сексуальную дисфункцию, а также проводить мониторинг эффективности проводимой коррекции.

В 2000 г. Rosen et al. предложили такой инструмент под названием Female Sexual Functioning Index (FSFI). Он основан на самооценке сексуальной функции женщинами и клинически тестирован с высокой валидностью у женщин с нарушением восстановления

сексуальной жизни в послеродовом периоде, в основном, с оргастическим нарушением и со сниженной сексуальной потребностью. В опроснике FSFI оцениваются баллы по шести доменам, и каждый домен оценивается по шкале от 0 до 6, при этом более высокие баллы означают лучшую сексуальную функцию. В пользу данного теста свидетельствует учет временной стабильности показателей, внутренней согласованности однородных элементов, а также согласованности проведения тестирования врачом и женщиной. Полные тестовые элементы, соответствие результатов тестов другим измерениям одного и того же домена (одновременная достоверность), учет различий функциональных и дисфункциональных сэмплов (дискриминантная достоверность), учет оценочных суждений, связанных с оценками из родственного, но другого домена (расходящаяся валидность), все это позволяет использовать данный опросник, как надежный инструмент в оценке физического и психологического состояния женщин, а также качества коррекции такого состояния [2].

В 2000 г. FDA отмечено, что для производства фармакологических средств для лечения женской сексуальной дисфункции необходим тест, позволяющий с высокой чувствительностью выделять группы женщин с наличием или отсутствием специфических сексуальных нарушений, что позволит не только диагностировать нарушения, но и проводить оценку качества лечения. Таким требованиям отвечает FSFI [1, 5].

### Цель исследования

Учитывая, что применение эстроген-содержащих кремов в период лактации имеет ряд контраргументов, нами в качестве коррекции диагностированных нарушений восстановления сексуальной жизни (ВСЖ) в послеродовом периоде выбран препарат Гинодек (Юрия-Фарм), вагинальный гель на основе декаметоксина, 0,5% гиалуроновой кислоты, лактатного буфера (рН 3,8–4,5) до 5 мл, в пластиковых контейнерах для введения.

### Материалы и методы исследования

В исследование включены 150 женщин с нарушением целостности промежности во время срочных родов, среди них 75 женщин с медиолатеральной эпизиотомией (первая группа) и 75 женщин с разрывами промежности I степени, обратившихся в клинику в связи

с жалобами на нарушения восстановления сексуальной жизни через 2–4 месяца после родов. Критерии включения: первородящие женщины, умеренная экстрагенитальная патология, отсутствие специфических воспалительных заболеваний наружных половых путей на момент родов и воспалительных осложнений в послеродовом периоде (трихомониаз, гонорея, кандидоз), отсутствие расхождения швов в послеродовом периоде, отсутствие структурных изменений в области промежности, требующих хирургической коррекции при постнатальном визите, отсутствие кольпита при визите к акушеру-гинекологу через 2–4 месяца после родов, отсутствие депрессивных нарушений, требующих консультации психотерапевта, степень чистоты влагалища выше второй. Критерии исключения: оперативные роды (применение акушерских щипцов и вакуум-экстракции плода), тяжелая экстрагенитальная патология (НУНА III, онкологические заболевания, СКВ с поражением кожи, иммунная тромбоцитопеническая пурпура). Всем женщинам проведено тестирование по опроснику FSFI, беседа с перинатальным психологом, осмотр акушерами-гинекологами и рекомендовано введение геля Гинодек по 5 мл 1 раз в день в течение 7 дней. Оценка эффективности коррекции восстановления сексуальной жизни проведена через 14–18 дней после окончания введения геля Гинодек перинатальным психологом с использованием теста FSFI и акушерами-гинекологами. В статистической обработке применены коэффициент Стьюдента и U-тест Манна–Уитни.

Исследование выполнено в соответствии с принципами Хельсинкской Декларации. Протокол исследования одобрен Локальным этическим комитетом всех участвующих учреждений. На проведение исследований получено информированное согласие женщин.

### Результаты исследования и их обсуждение

В таблице 1 приведены основные клинико-демографические характеристики женщин обследуемых групп.

По данным таблицы 1 не выявлено достоверной разницы по весу плода, длительности потужного периода, рождения детей в асфиксии, то есть невозможно ретроспективно оценить необходимость проведения эпизиотомии. Однако повышенная кровопотеря отмечена в группе с эпизиотомией. Во второй группе больше женщин с законченным и незаконченным

Таблица 1

## Клинико-демографические характеристики женщин обследуемых групп при обращении в отдаленном послеродовом периоде

Показатель	Группа (N=75)	Группа (N=75)	p value
Возраст	25,87±5,64	26,2±3,64	0,920
Образование: среднее	40 (53,3%)	18 (24,0%)	<0,001
незаконченное высшее	27 (36,0%)	39 (52,0%)	0,002
высшее	8 (10,7%)	18 (24,0%)	<0,001
Посещение школы подготовки к родам	31 (41,3%)	47 (62,7%)	0,003
Партнерские роды	48 (64,0%)	61 (81,3%)	0,002
Длительность второго периода родов более 60 минут	24 (32,0%)	12 (16,0%)	<0,001
Вес новорожденного более 3500 г	32 (42,6%)	28 (37,3%)	0,380
Вес новорожденного более 4000 г	18 (24,0%)	12 (16,0%)	0,320
Оценка новорожденного менее 7 баллов на 1-й минуте	14 (18,7%)	9 (12,0%)	0,420
Кровопотеря выше физиологической	14 (18,7%)	8 (10,7%)	0,002

высшим образованием, а также посещавших школу подготовки к родам. В этой же группе достоверно больше женщин, у которых были партнерские роды. Можно предположить, что социальные факторы, осознанный подход к подготовке к родам и партнерские роды позволяют гармонизировать течение потужного периода, больший самоконтроль в отношении потужной деятельности и, тем самым, способствуют снижению ятрогенного нарушения целостности промежности.

Начало восстановления сексуальной жизни в первой группе женщин составило 58,7±4,8 дня, а во второй — 48,4±2,4 дня (p<0,05). При этом болевые ощущения, препятствовавшие полноценным сексуальным отношениям, в первой группе составили 92,0%, а во второй — 82,7% (p<0,05). Контактные кровянистые выделения, сухость во влагалище отмечены в первой группе соответственно у 18,7% и 12,0%, а во второй — у 10,7% и 8,0%. Выявлено, что подавляющее

большинство женщин использует барьерный метод контрацепции (кондомы).

После гинекологического осмотра, бактериоскопического анализа влагалищных выделений женщинам обеих групп назначен препарат Гинодек (Юрия-Фарм) — комплексный препарат, направленный на максимальную регенерацию слизистой оболочки влагалища.

Данные оценки FSFI до и после коррекции восстановления сексуальной жизни женщины в послеродовом периоде представлены в таблице 2.

## Выводы

После коррекции отмечалось существенное улучшение сексуальной функции. Так, уменьшение болевых ощущений по FSFI наблюдалось у 9,84±0,89 в первой группе и у 13,51±0,96 во второй, что по сравнению с исходными показателями соответствовало соотношению 1:3 (p>0,001). Особенности состава препарата Гинодек (гиалуроновая кислота и лактатный буфер) позволили

Таблица 2

## Результаты оценки FSFI у обследованных групп до и после коррекции восстановления сексуальной функции

Домен	Группа 1 (эпизиотомия)			Группа 2 (разрыв промежности I степени)		
	до коррекции	после коррекции	p1	до коррекции	после коррекции	p2
Желание	3,91±0,82	9,84±0,89	<0,001	5,67±1,71	13,51±0,96	<0,001
Возбуждение	4,51±1,21	8,02±1,16	0,002	4,49±1,14	9,82±1,27	<0,001
Отсутствие сухости	4,18±1,07	9,42±0,91	<0,001	6,21±1,08	16,57±1,11	<0,001
Оргазм	4,29±1,16	8,56±1,15	0,002	4,4±1,5	12,23±1,18	<0,001
Удовлетворение	4,68±1,23	15,11±0,99	<0,001	8,53±1,32	15,88±1,02	0,120
Болевые ощущения	8,02±1,32	3,12±1,32	<0,001	5,01±1,3	3,51±1,21	0,020

Примечания: 1. Сравнение данных до и после коррекции в первой группе женщин. 2. Сравнение данных до и после коррекции во второй группе женщин.

значимо снизить наличие контактных кровотечений и сухость во влагалище ( $p > 0,05$ ). Нормализация состава микробиоценоза влагалища, благодаря действию декаметоксина, отмечалась у 78,6%.

Обращает на себя внимание, что эффективность терапии Гинодеком была практически в

два раза выше в группе женщин, у которых выявлены разрывы I степени, что объясняется большей площадью травматизации при проведении эпизиотомии.

*Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.*

## ЛИТЕРАТУРА

1. Carroli G. Episiotomy for vaginal birth / G. Carroli, L. Mignini // Cochrane Database Syst. Rev. — 2009.
2. DeLancey J.O.L. The hidden epidemic of pelvic floor dysfunction: achievable goals for improved prevention and treatment / J.O.L. DeLancey // Am. J. Obstet. Gynecol. — 2005. — Vol. 192 (5). — P. 1488—1495.
3. Female Sexual Function Index Short Version: A MsFLASH Item Response Analysis / J.S. Carpenter, S.M. Jones, C.R. Studts [et al.] // Arch. Sex Behav. — 2016. — Nov.; Vol. 45 (8). — P. 1897—1905. Epub 2016 Aug 8.
4. Prevalence and Risk Factors for Dyspareunia and Unsatisfying Sexual Relationships in a Cohort of Primiparous and Secondiparous Women After 12 Months Postpartum / S. Bertozzi, A.P. Londero, A. Fruscalzo [et al.] // International Journal of Sexual Health. — 2010. — Vol. 22 (1). — P. 47—53.
5. The Female Sexual Function Index (FSFI): development of a Japanese version / M. Takahashi, T. Inokuchi, C. Watanabe [et al.] // J. Sex Med. — 2011. — Aug.; Vol. 8 (8). — P. 2246—2254. doi:10.1111/j.1743-09.2011.02267.x. Epub 2011 Apr 14.

## Сведения об авторах:

**Давыдова Юлия Владимировна** — д.мед.н., магистр государственного управления, зав. акушерским отделением экстрагенитальной патологии беременных и постнатальной реабилитации ГУ «ИПАГ НАМН Украины». Адрес: г. Киев, ул. П. Майбороды, 8; тел. (044) 484-18-71.

**Огородник Артем Александрович** — к.мед.н., врач отделения экстрагенитальной патологии беременных и постнатальной реабилитации ГУ «ИПАГ НАМН Украины». Адрес: г. Киев, ул. П. Майбороды, 8; тел. (044) 484-18-71.

**Баранова В.В.** — ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины». Адрес: г. Киев, ул. П. Майбороды, 8

**Лиманская Алиса Юрьевна** — к.мед.н., врач терапевт высшей категории акушерского отделения экстрагенитальной патологии беременных и постнатальной реабилитации ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины». Адрес: г. Киев, ул. П. Майбороды, 8; тел. (044) 484-18-71.

**Скрипка Александр Анатольевич** — зав. отделением гинекологии Черниговского городского роддома. Адрес: г. Чернигов, пер. 1 Мая, 72.

**Корниенко С.М.** — ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины». Адрес: г. Киев, ул. П. Майбороды, 8.

**Бутенко Людмила Петровна** — ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины». Адрес: г. Киев, ул. П. Майбороды, 8.

Статья поступила в редакцию 01.06.2017 г.

## НОВОСТИ

### Exposure to air pollution in utero linked to accelerated biological aging

Newborns exposed to greater amounts of air pollution while in utero are more likely to have shorter telomere length, a determining factor for many age-related diseases and mortality, according to a study published in JAMA Pediatrics.

«The ability of particulate matter air pollution to generate reactive oxygen species has led to the hypothesis that telomere attrition is influenced by air pollution exposure,»

Dries S. Martens, MSc, from the Centre for Environmental Sciences at Hasselt University, and colleagues wrote. «Because telomere length is highly variable at birth, potential determinants, such as newborn sex, paternal age, maternal prepregnancy body mass index, maternal stress, maternal educational level, maternal smoking during pregnancy and maternal residential proximity to a major road, have recently been explored for explaining this phenomenon.»

*more info: <https://www.healio.com/pediatrics>*