

Диспареуния у женщин в пре- и постменопаузальном периоде

А.И.Федорова 

ГБОУ ВПО Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И.Мечникова Минздрава России. 191015, Россия, Санкт-Петербург, ул. Кирочная, д. 41

В статье представлены современные взгляды на множественные патогенетические механизмы развития диспареунии у женщин в пре- и постменопаузальном периоде с позиции биопсихосоциального подхода. Отмечена важность исследования психического и сексуального статуса пациенток. Обсуждены современные подходы к терапии вульвовагинальной атрофии, лежащей в основе диспареунии. Для смешанных форм диспареунии представлен мультидисциплинарный, патогенетический ориентированный терапевтический подход, гибко сочетающий медикаментозную терапию, психофармакотерапию, психотерапию и сексологическое консультирование.

Ключевые слова: диспареуния, урогенитальные расстройства, вульвовагинальная атрофия, психосоматика, постменопауза, эстриол.

 feanna@inbox.ru

Для цитирования: Федорова А.И. Диспареуния у женщин в пре- и постменопаузальном периоде. Гинекология. 2016; 18 (1): 13–18.

Dyspareunia in women in pre- and postmenopausal period

A.I.Fedorova 

I.I.Mechnikov State Northwestern Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation. 191015, Russian Federation, Saint Petersburg, ul. Kirochnaia, d. 41

The article presents current views on the multiple pathogenetic mechanisms of development of dyspareunia in women in pre- and postmenopausal women with positions of biopsychosocial approach. The importance of the study of mental and sexual status of patients. We discussed current approaches to the treatment of vulvovaginal atrophy underlying dyspareunia. The mixed forms of dyspareunia are represented by a multi-disciplinary, pathogenetic-oriented therapeutic approach, which combines flexibility medication, psychopharmacotherapy, sexological psychotherapy and counseling.

Key words: dyspareunia, urogenital disorders, vulvovaginal atrophy, psychosomatics, postmenopause, estrinol.

 feanna@inbox.ru

For citation: Fedorova A.I. Dyspareunia in women in pre- and postmenopausal period. Gynecology. 2016; 18 (1): 13–18.

В последние десятилетия качество жизни стало неотъемлемым понятием современной медицины, что способствовало усилению внимания врачей и к качеству сексуальной жизни мужчин и женщин. Подтверждение этому – введение Всемирной организацией здравоохранения понятия сексуального здоровья, определяемого как переживание соматического, психического, психологического и социокультурального благополучия, связанного с сексуальностью. Сексуальное здоровье проявляется свободным и ответственным выражением сексуальности, которое укрепляет личное и социальное здоровье, обогащает личную и социальную жизнь (РАНО/WHO, 2000).

Само определение уже говорит о важности гармоничного функционирования сексуальной сферы для здоровья человека, его удовлетворительной психологической и социальной жизни. Наиболее серьезные перемены произошли в отношении к женской сексуальной функции. Сами женщины стали уделять больше внимания качеству половой жизни и предъявлять к ней более высокие требования. Полноценное, заинтересованное участие женщины в половой жизни повышает ее настроение и самооценку, укрепляет семейные и партнерские отношения.

Вопросы женской сексуальности активно обсуждаются в медицинской литературе. Половая жизнь и сексуальное удовлетворение женщины рассматриваются как универсальный механизм сброса избыточного психоэмоционального напряжения, что особенно важно для соматического благополучия в условиях хронического стресса. Ведь современная жизнь с ее темпом, требованиями, резкими переменами, завышенными и часто не реализуемыми ожиданиями для многих женщин является постоянным источником стресса. Хронический стресс сопровождается перенапряжением систем нейроэндокринной регуляции, участвующих в реализации стресс-реакции, в первую очередь гипоталамо-гипофизарно-кортикоидной оси, приводит к значительной перестройке метаболических и иммунных процессов, психосоматическим расстройствам [1].

Во многом изменилось и отношение к сексуальности женщин среднего и старшего возраста, в том числе в связи с изменением социальной жизни и структуры брака. Жен-

щины стараются как можно дольше сохранить реакции и атрибуты, свойственные молодости. Многие женщины в возрасте 40 лет и старше выходят замуж, зачастую повторно, начинают строить партнерские отношения.

Существенно возросли продолжительность и качество сексуальной жизни мужчин, в том числе за счет активной использования новых медицинских технологий (заместительная андрогенная терапия, ингибиторы фосфодиэстеразы 5-го типа при эректильной дисфункции). В этой ситуации гармоничная половая жизнь, возможность заинтересованного участия в ней жены приобретают особенное значение, влияют на прочность семейных отношений.

Однако качество сексуальной жизни женщин старшего возраста оставляет желать лучшего. Особенно актуальной проблемой у женщин в пре- и постменопаузе являются диспареунические жалобы (болевые и неприятные ощущения в половых органах, связанные с половым актом). А менопауза нередко наступает в 45 лет и раньше, т.е. на пике социальной и коммуникативной активности женщины, когда она заинтересована в качественных партнерских и сексуальных отношениях. Диспареуния может нарушать их катастрофически.

Диспареуния – широко распространенное женское расстройство, в том числе в репродуктивном возрасте. В США пациентки с жалобами на боли при половой жизни в возрасте 18–45 лет составляют 46% обращающихся к гинекологам и семейным врачам [2]. С возрастом частота диспареунии возрастает. В обзорах литературы симптомы вульвовагинальной атрофии (ВВА) и хроническую диспареунию регистрировали у 12–21% женщин в пременопаузе [3, 4], а в постменопаузе еще чаще – в 33–41% случаев [4]. Скорее всего реальная распространенность этого расстройства значительно выше, поскольку, как показали данные сплошного анкетирования, немало женщин либо не готовы обсуждать с врачами дискомфорт при половой жизни из-за интимности вопроса, либо считают его естественным для своего возраста, либо не ведут половой жизни по разным причинам [5]. При этом 33–47% женщин в проведенных исследованиях отметили, что диспареунические жалобы имели негативные последствия для их семейных отношений [6, 7].

Понятие диспареунии

Под термином «диспареуния» понимают постоянные или периодически возникающие болевые и неприятные ощущения в половых органах, связанные с вагинальным проникновением и/или половым актом. Спектр ощущений варьирует от чувства тяжести внизу живота, дискомфорта до выраженных острых или тупых болей, нестерпимого жжения и зуда в половых органах, а также включает цисталгии и различные дизурические явления. Различают глубокую и поверхностную диспареунию, в зависимости от того, локализованы ли ощущения внизу живота или в наружных половых органах.

Современная Международная классификация болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) фиксирует внимание врачей на двух вариантах диспареунии. Первый вариант – диспареуния в разделе заболеваний мочеполовой сферы (N94.1), тесно связанная с различной органической патологией мочеполовой системы. Второй вариант – диспареуния неорганической природы (F52.6), относящаяся к разделу психических и поведенческих расстройств, рубрике собственно половых дисфункций, не обусловленных органическим расстройством или заболеванием. Под ней понимают боли во время полового акта, явные органические причины которых не обнаруживаются и важными могут быть эмоциональные факторы. Разграничение органической и психогенной диспареунии предусматривает разный терапевтический подход к каждой из них. Однако на практике большая часть диспареуний – смешанные расстройства.

В контексте смешанного (соматического и психического) генеза болей при половом акте стоит остановиться еще на одном термине – провоцируемая вестибулодиния (вульводина), не фигурирующей в МКБ-10, однако приобретенной в последние десятилетия широкую распространенность, особенно в зарубежной литературе. Провоцируемая вестибулодиния характеризуется болью, вызываемой прикосновением, давлением или растяжением тканей вокруг входа во влагалище, попыткой введения полового члена, пальцев и др. Термины провоцируемой вульводины и диспареунии близки по сути, но в первом случае акцент делается на боль при любом воздействии на область входа во влагалище, а также на отсутствии ее явных органических причин. Вульводина рассматривается как многофакторное заболевание, в развитии которого наряду с соматическими важны психоэмоциональные и психосексуальные аспекты [3, 8]. В литературе диспареуния часто рассматривается в качестве основного компонента в составе симптомокомплекса вульводины.

Этиопатогенетические аспекты диспареунии у женщин в пре- и постменопаузальном периоде

Термин «диспареуния» объединяет расстройства достаточно неоднородные как по этиопатогенетическим механизмам, так и по клиническим проявлениям. Наряду с состояниями, в которых преобладают органические причины (воспалительные процессы, дефицит половых гормонов, рубцовые изменения в половых органах и др.), немалое место занимают те, в которых центральную роль играют психоэмоциональные и психосексуальные аспекты. Практика показывает, что принцип «или-или» нередко оказывается малоперспективным как для понимания этиологии процесса, так и для выбора терапевтической тактики вследствие тесного переплетения соматогенных и психогенных патогенных факторов. К диспареунии, первично возникшей в результате органических изменений в гениталиях, могут присоединяться психоэмоциональные и психосексуальные аспекты (невротические, ипохондрические реакции на боль, высокий уровень тревожности, депрессивные состояния, нарушения эмоциональных и сексуальных отношений с партнером) [9], поддерживающие и усиливающие ее. С другой стороны, первично появившееся психическое переживание при определенных условиях может в последующем постепенно формировать соматические патологические процессы (психосоматический механизм). Научным инструментом для оценки этиопатогенеза диспареунии является биопсихосоциальная парадигма,

рассматривающая болезнь с учетом биологических, психологических и социальных факторов.

Общепризнанно, что основной соматической причиной диспареунии и вульводины у женщин менопаузального возраста являются снижение эстрогенных влияний и развивающаяся вследствие него ВВА [3]. Она наблюдается более чем у 1/2 всех женщин в постменопаузе [6]. В слизистой оболочке влагалища вследствие недостатка эстрогенов нарушается пролиферация влагалищного эпителия, он истончается и легко травмируется при половом акте. Прекращение пролиферативных процессов приводит к исчезновению гликогена, являющегося питательной средой для лактобацилл, и они практически исчезают из влагалищного биотопа. Отсутствие микроорганизмов, обеспечивающих поддержание кислой среды (рН 3,8–4,4) для подавления патогенной и условно-патогенной микрофлоры, вызывает увеличение последней (в основном анаэробных грамотрицательных палочек и грамположительных кокков) и облегчает инфицирование поврежденной слизистой, усиливая болезненные ощущения [6, 10]. Особая чувствительность урогенитального тракта к дефициту эстрогенов ведет к тому, что симптомы ВВА могут появляться раньше всех остальных проявлений этого дефицита, т.е. еще в пременопаузе, и неуклонно прогрессировать в дальнейшем [4].

Атрофические процессы затрагивают не только слизистую оболочку, но и соединительнотканые и мышечные структуры влагалища, уретры, мочевого пузыря и тазового дна. Все они имеют единое эмбриональное происхождение, содержат рецепторы эстрогенов и зависят от гормональных влияний. Поэтому диспареуния часто сопровождается и урогенитальными симптомами – болями, жжением в уретре и при мочеиспускании, различного характера нарушениями мочеиспускания [3, 6, 11].

При дефиците эстрогенов в соединительной ткани влагалища снижается содержание коллагена, эстроген-чувствительной структуры. Эстрогены влияют и на эндотелий сосудов влагалища (в нем тоже есть рецепторы к эстрогенам). Они обеспечивают вазодилатацию за счет стимуляции выброса эндотелиальными клетками вазоактивных веществ, таких как оксид азота, и их недостаток снижает влагалищное кровообращение. Прогрессирующее снижение кровообращения в строме влагалища ведет к гиалинизации коллагеновых волокон и фрагментации эластических, увеличивается количество соединительной ткани [10]. В результате помимо болевых и неприятных ощущений при половом акте из-за истонченной слизистой снижаются растяжимость влагалища, его способность к вазоконгестии в ответ на сексуальную стимуляцию, затрудняются процессы сексуального возбуждения, достижения оргазма и сексуального удовлетворения. Затруднение процессов возбуждения еще больше снижает смазку (увлажнение влагалища в ответ на сексуальную стимуляцию), облегчающую скольжение полового члена и охрану слизистой влагалища от травматизации. Включается еще один механизм, усиливающий дискомфорт при половом акте.

Помимо местного воздействия эстрогены оказывают стимулирующее влияние на сексуальные реакции и на уровне головного мозга. Они увеличивают приток крови к головному мозгу, улучшают передачу нервных импульсов, оказывают широкий спектр воздействий на головной мозг, влияя на синтез и трансмиссию моноаминов (допамин, норадреналин, серотонин, холинергические и ГАМК-нейротрансмиттеры), а также комплексное воздействие на нейротрансмиттерные системы (меланокортин, опиоиды, окситоцин). Таким образом, недостаток эстрогенов в организме женщины затрудняет сексуальное функционирование через различные патогенетические механизмы.

Для развития ВВА и диспареунии имеет значение и уровень андрогенных гормонов, в первую очередь тестостерона. Его роль в обеспечении функционирования женской половой сферы и сексуальности многогранна и еще не во всем ясна, в том числе из-за неточности определения его низких уровней в крови и существующего механизма инактивации тестостерона и дигидротестостерона в тех же периферических тканях, в которых они образуются без

попадания в кровяное русло. Если эстрогены оказывают основные эффекты на эпителиальный слой влагалища (индекс созревания и pH), то тестостерон очень важен для поддержания состояния гладкомышечного слоя уrogenитального тракта. Дефицит тестостерона может играть существенную роль в развитии различных урогенитальных симптомов, в первую очередь нарушений мочеиспускания, и в снижении сексуальной чувствительности. Андрогеновые рецепторы обнаруживаются в наружных половых органах в намного большем количестве, чем во влагалище [6], и именно тестостерон, а не эстроген повышает число нервных волокон в данной области [12]. Это обеспечивает высокую эрогенную реактивность наружных половых органов при достаточном уровне тестостерона, а его недостаток ведет к снижению сексуальной чувствительности. На уровне центральной нервной системы тестостерон влияет на либидо и его мотивационные аспекты, усиливает сексуальные фантазии, участвует в обеспечении оргазма, в то время как эстрогены обеспечивают возможность протекания женских сексуальных реакций [13, 14]. В постменопаузе уровень тестостерона зачастую существенно снижен, поскольку он перестает вырабатываться яичниками и остается единственным его источник – трансформация из вырабатываемого надпочечниками дегидроэпиандростерона сульфата – ДГЭА (уровень которого тоже постепенно снижается в возрасте 35–60 лет), что не может не сказываться на выраженности полового влечения и качестве сексуальности. Половые контакты, даже безболезненные, при отсутствии либидо, мотивации, без возбуждения и сексуального удовлетворения могут расцениваться как лишняя, тяжелая работа, от которой предпочтительнее уклониться. Таким образом, дефицит тестостерона вносит немалый вклад в развитие сексуальных дисфункций у женщин в пре- и постменопаузе.

Замечено, что выраженность атрофических изменений и диспареунии не всегда коррелирует с возрастом. У части женщин ВВА возникает еще за несколько лет до менопаузы и неуклонно прогрессирует, у других же отсутствует долгое время в постменопаузе. Негативно влияя на состояние слизистой влагалища может курение – снижает биодоступность эстрогенов и уменьшает перфузию крови, а также оказывает прямое воздействие на плоскоклеточный эпителий влагалища [3]. Регулярная половая жизнь в пре- и постменопаузальном периоде, напротив, является профилактикой сексуальных нарушений и физиологических изменений в половой системе женщины. Она улучшает циркуляцию крови во влагалище, в любом возрасте активизирует выработку андрогенов, повышает настроение и самооценку, поддерживает половое влечение и оргастичность. Такие женщины значительно реже предъявляют жалобы на диспареунические боли при половом акте, и атрофические изменения влагалища у них тоже менее выражены [10, 13].

Важно отметить, что, по данным исследований, стандартные показатели степени вагинальной атрофии – индекс созревания и pH влагалищного содержимого – не всегда коррелируют с выраженностью симптомов ВВА [6] и особенно с характером и выраженностью болевых ощущений при половом акте [8, 9]. Это подтверждает частую включенность в развитие диспареунии в пре- и постменопаузе других патогенетических факторов, в первую очередь психогенных, нарушающих механизмы проведения болевой чувствительности. В зарубежной литературе для подобных случаев чаще используется термин «провоцируемая вульводиния». О включении психогенных механизмов следует думать тогда, когда диспареуния возникает еще в пременопаузальном периоде при слабо выраженной ВВА или не поддается либо плохо поддается стандартной терапии. Для нее характерны несоответствие характера болей клиническим проявлениям, их яркая эмоциональная окрашенность, зависимость выраженности болей от жизненных коллизий, настроения женщины, партнерских взаимоотношений, качества половой жизни [3, 15]. Такие нарушения, как учащенное мочеиспускание, зачастую тоже являются проявлением невротической симптоматики, а не результатом атрофических изменений.

Психоэмоциональное состояние

Важная роль психоэмоциональных факторов в развитии и особенно поддержании диспареунических болей у женщин общепризнанна. В первую очередь речь идет о стрессовых воздействиях, рассматриваемых многочисленными авторами в качестве пускового механизма нарушений проведения болевой чувствительности [1, 3, 16]. В этом переходном периоде большинство женщин сталкиваются с серьезными психологическими проблемами в разных сферах жизни, испытывают выраженные стрессовые воздействия.

Современная транзактная концепция стресса (R.Lazarus) рассматривает стресс как процесс столкновения человека с окружающим миром, начинающийся с субъективной оценки какого-либо события и собственных ресурсов по преодолению ситуации. При этом патогенность стрессовой ситуации зависит от характерных черт личности, ее жизненных установок и ожиданий, обусловленных воспитанием, привычного стиля жизни. Важно понимать, что сильное влияние на самочувствие, психоэмоциональное состояние и соматические функции может оказывать повседневные сложности – микрострессоры, особенно те, которые ощущаются как угрожающие, оскорбительные или связанные с потерями. Среди них: затяжные конфликты в семье, недовольство переменами своей внешности, недоверие к партнеру, разочарования в сексуальных и партнерских отношениях, страх опасного и инвалидизирующего заболевания из-за необычных генитальных ощущений и нарушений мочеиспускания. Именно такие микрострессоры могут особенно тяжело переживаться в связи с интимностью проблем, отсутствием позитивного опыта преодоления своей стрессовой ситуации и конструктивного ее преодоления. В исследованиях подтверждена важная роль в развитии торпидной диспареунии и вульводинии личностных черт, усиливающих патогенность стресса. У женщин с вульводинией значительно больше, чем в контрольной группе, выражены тревожность, склонность к катастрофизации и соматизации, сниженная самооценка, перфекционизм и избегание трудностей [10, 17].

У женщин в перименопаузе часто развивается климактерический синдром, сопровождающийся сдвигами как в аффективном состоянии, так и в поведенческих проявлениях. Часты невротические реакции, связанные с ощущением потери женственности, «законченности жизни», тревогой за последствия возрастных изменений для семейного благополучия и жизненных перспектив. В этот период у женщин нередко проявляются или обостряются тревожно-депрессивные состояния.

Все эти процессы приводят к нарушениям регуляторных механизмов боли на центральном уровне. При этом нейроны, входящие в проводящие болевую чувствительность пути, могут быть избыточно чувствительны и активироваться подпороговыми, «безвредными» сигналами. И боль может ощущаться при незначительных изменениях в слизистой влагалища или являться эквивалентом «несуществующих ощущений», в точности соответствующим тем, которые вызваны реальным патологическим процессом, но появляются при отсутствии такового. Это вовсе не значит, что сама боль нереальна, – просто она не вызвана патологическим процессом в вульвовагинальной области.

Качество сексуального функционирования играет важную роль в развитии и поддержании диспареунических жалоб на фоне ВВА. При сниженном половом влечении, дисгармоничных и конфликтных партнерских отношениях, длительном отсутствии оргастической разрядки в партнерском взаимодействии, не дающем приятных ощущений стереотипе половых контактов отсутствует мотивация к продолжению половой жизни. Она воспринимается как вынужденная, нежелательная и, следовательно, травмирующая, вызывает стрессовые реакции. А боль при половом акте – наиболее социально приемлемый способ уклонения от участия в нем. И хотя сознательно пациентки могут не связывать диспареунические боли с неудовлетворительными партнерскими и сексуальными отношениями, мозг сам делает заключение о желательности или нежелательности половых контактов [15, 18].

Для выявления психогенного компонента болей при половом акте тщательно изучают анамнез заболевания, болевой анамнез жизни, эпизоды депрессивных состояний, характер сексуальной функции, стрессогенность актуальной ситуации.

Терапия диспареунии в пре- и постменопаузальном периоде

Терапия диспареунии в пре- и постменопаузальном периоде достаточно эффективна, однако женщины в этом возрасте значительно реже обращаются за медицинской помощью. По данным зарубежных исследований, не более 25% женщин, испытывая разные симптомы ВВА (не только диспареунию, но и урогенитальные симптомы: зуд, жжение во влагалище, болезненность мочеиспускания и различные его нарушения), обращаются к врачам и получают соответствующую терапию. Причины этого разнообразны. Больше 1/2 женщин считают симптомы ВВА естественной частью старения, и в этом контексте прекращение половой жизни является частью их жизненного сценария. Тем более что неприятные и болезненные ощущения при половом акте нередко возникают на фоне потери интереса к половой жизни. Имеет значение и характер семейных и сексуальных отношений: заинтересованность партнера в поддержании половой жизни, ее качество в предшествующий период, особенности межличностных отношений. Некоторые женщины воспринимают менопаузу как удобный повод для прекращения неудовлетворяющих их семейных сексуальных отношений.

Немаловажной является и недостаточно активная позиция врачей-гинекологов. Пациентки нередко психологически не готовы начать обсуждение с ними своих личных интимных проблем, не уверены в том, что их можно обсуждать, не имеют информации о возможностях их решения, а врачи не готовы задавать вопросы о качестве половой жизни также по ряду причин (неумение говорить на сексуальные темы, недостаточные знания о сексуальности, внутриличностные проблемы, затрудняющие обсуждение нестандартной темы, недостаток времени на приеме и др.). Имеет значение, к сожалению, и личная позиция врача, касающаяся «естественного старения». Отмечено, что чем старше возраст женщины, тем больше сложностей и смущения у нее возникает при обсуждении личной интимной жизни. Это касается не только диспареунии, но и других симптомов ВВА, в первую очередь различных нарушений мочеиспускания.

Терапевтический подход

Поскольку диспареуния – многокомпонентное расстройство, она требует комплексного терапевтического подхода, учитывающего все патогенетические механизмы. Первой линией терапии диспареунии в пре- и постменопаузальном периоде, учитывая доминирующие патогенетические механизмы, является локальная менопаузальная эстрогенная терапия. В России для этих целей используются препараты эстриола (например, Овестин®), связывающегося в основном с рецепторами нижнего отдела полового тракта. Его применение улучшает кровоснабжение урогенитальной области, активизирует пролиферативные процессы в слизистой влагалища, нормализует состояние микрофлоры и обеспечивает устойчивость к условно-патогенной микрофлоре. Препараты эстриола выпускаются в форме таблеток (2 мг), суппозиторий и крема (0,5 мг). Локальный путь введения эстриола предпочтителен из-за возможности обойти прохождение эстрогенов через печень, также он более приемлем психологически. На практике при использовании крема Овестин® возникает меньше таких побочных эффектов, как зуд и раздражение во влагалище (в сравнении с суппозиториями). Кроме того, крем обладает дополнительным увлажняющим действием. Эстриол вводится ежедневно в течение первых 2–3 нед, затем 2 раза в неделю с постепенным выходом на поддерживающую дозу, используемую в течение длительного времени. Поддерживающая доза подбирается с учетом индивидуального состояния слизистой влагалища и потребностей пациентки. При появлении диспареунии терапию следует начинать как можно раньше для профилактики присо-

единения психоэмоциональных механизмов поддержания болей.

Преимуществами использования эстриола в форме крема являются эффективность для предотвращения и лечения симптомов урогенитальной атрофии, отсутствие влияния на пролиферацию и безопасность: низкая гормональная нагрузка, отсутствие ограничений по возрасту и длительности применения, подтвержденное исследованиями отсутствие повышения рака молочной железы. Последнее особенно важно, поскольку отказ женщин от использования менопаузальной эстрогенной терапии часто связан с активно распространяющейся в последние годы информацией о ее влиянии на повышение риска развития рака молочной железы, некоторых сердечно-сосудистых осложнений. Многочисленные исследования говорят о безопасности стандартных доз системной менопаузальной гормональной терапии (МГТ) в случаях, когда отсутствуют противопоказания к ее использованию и МГТ назначается в первые годы развития менопаузальных симптомов. Тем не менее серьезность заболеваний, риск которых предположительно может возрасти на ее фоне, сдерживает как пациенток, так и врачей. Однако вопрос о безопасности местного использования эстриола можно считать решенным.

Недавно эксперты North American Menopause Society предложили изменить особые предупреждения, содержащиеся в инструкциях по использованию низких доз влагалищных эстрогенов, что связано с подтвержденным в сочетании множественных исследованиях незначительным повышением или отсутствием повышения уровня эстрадиола в крови, отсутствием значимого воздействия на эндометрий, отсутствием доказательств повышения частоты онкологических заболеваний и сердечно-сосудистых осложнений при их использовании [19]. И это при том, что в США используют интравагинально низкие дозы эстрадиола – препарата системного действия (вагинальные таблетки с 10 мкг эстрадиола, вагинальное кольцо, выделяющее 7,5 мкг/сут). В последние годы обсуждается возможность использования низких доз влагалищных эстрогенов для купирования симптомов ВВА и диспареунии у женщин с раком молочной железы в анамнезе, получающих терапию ингибиторами ароматазы.

В последние годы в литературе и на ежегодных конференциях Международного общества изучения женских сексуальных дисфункций (ISSWSH) активно обсуждается использование андрогенных препаратов для терапии гормонозависимых состояний вульвы и сексуальных дисфункций. В первую очередь речь идет о применении интравагинального 0,5% геля ДГЭА. ДГЭА – предшественник половых стероидов, превращаясь в тестостерон и эстроген, взаимодействует с соответствующими рецепторами. Именно локальная терапия тестостероном, а не эстрогенами повышает число нервных волокон во влагалище, усиливая сексуальную чувствительность. И если эстрогены влияют в большей степени на поверхностные слои стенки влагалища, то тестостерон вместе с эстрогенами необходимы для полного восстановления атрофии гладкомышечного слоя урогенитальной зоны в постменопаузе [12]. Последнее важно при различных урогенитальных симптомах. Таким образом, помимо влияния на состояние влагалища и устранения диспареунии гель с ДГЭА имеет дополнительные позитивные для сексуального поведения эффекты: повышение чувствительности генитальных эрогенных зон, более легкое и быстрое возбуждение. Существуют данные о повышении полового влечения и оргастичности при локальном применении геля, однако это скорее опосредованный эффект за счет снижения болезненности полового акта и повышения чувствительности в генитальной области. Вводимый локально ДГЭА системного воздействия не оказывает, так как превращается во влагалище в половые стероиды и там же инактивируется. В проводимых исследованиях также отмечено, что он не вызывает существенного изменения уровня эстрогенов в крови пациенток, не влияет на эндометрий (в нем отсутствуют ферменты, превращающие ДГЭА в эстрогены) и не опасен в плане развития злокачественных процессов молочных желез [20]. Но в России гель с ДГЭА не зарегистрирован.

Еще одно новое направление в терапии атрофических процессов влагалища – применение селективных модуляторов эстрогеновых рецепторов – SERM (оспемифен в дозе 60 мг) и сочетания SERM (базедоксифен) с конъюгированными эстрогенами (тканевой селективный эстрогенный комплекс). Имеются данные об их эффективности в терапии атрофических состояний влагалища, диспареунии, отсутствии существенного влияния на толщину эндометрия [21, 22]. Однако исследования еще продолжаются, в России препараты также не зарегистрированы, и их применение в рутинной практике – дело будущего.

При сочетании диспареунии с выраженными вегетососудистыми симптомами климактерия целесообразно использовать системную МГТ. Предпочтение отдается препаратам без антиандрогенного эффекта. В ряде случаев МГТ целесообразно дополнять поддерживающей дозой внутривлагалищного эстриола, в первую очередь в начале терапии, для более быстрого эффекта в отношении симптомов ВВА и диспареунии.

В настоящее время активно обсуждается возможность использования системной андрогенной терапии для поддержания и восстановления полового влечения, оргастичности у женщин в менопаузальном периоде и у женщин после двусторонней овариэктомии, обязательно на фоне МГТ. Такой подход находит все больше приверженцев. Большое число авторов отмечают позитивное влияние андрогенной терапии на половое влечение, настроение, отношение к половой жизни, ее качество. Ведь как отмечалось, болезненный половой акт может быть следствием низкого качества половой жизни. Существует аналитический обзор по клиническому применению тестостерона в постменопаузе (35 рандомизированных исследований), продемонстрировавший его эффективность и безопасность при использовании в рекомендуемых дозах [23]. В ряде стран существуют гели тестостерона в соответствующих дозировках для женщин в менопаузе и после двусторонней оофорэктомии при снижении полового влечения (Libigel). ISSWSH рекомендует их использование только врачами, имеющими опыт работы с женскими сексуальными дисфункциями. Это связано с высокой значимостью психологического и партнерского факторов в генезе расстройств женского полового влечения, которые должны быть учтены для эффективности использования препарата. В России пока нет препаратов тестостерона в дозировке, предназначенной для использования у женщин, и с показанием в инструкции – «андрогенный дефицит у женщин».

При включении психогенных патогенетических механизмов диспареунии в качестве ведущего направления терапии рассматривается воздействие на центральные механизмы боли. Учитывая важную роль стресса в их развитии, основными методами являются психотерапевтическая коррекция состояния и сексологическая помощь. В настоящее время именно в области психотерапии лежит поиск способов ослабления влияния психосоциального стресса на соматические проявления. Наиболее эффективна когнитивно-поведенческая терапия, направленная на коррекцию деструктивных представлений (в первую очередь в отношении специфически женских аспектов жизни), дис-

функциональных межличностных отношений, приобретение навыков саморегуляции, обучение техникам релаксации. Она приводит к смягчению тревожных переживаний, формирует позитивное отношение к себе и своему телу, половой жизни и сексуальному удовольствию, снижает боль и сексуальные дисфункции. Эффективна телесно-ориентированная терапия для восстановления контакта женщины со своим телом, трансформации болезненных телесных паттернов, знакомства с новыми способами эмоциональных проявлений [24, 25].

Нарушения сексуального функционирования требуют сексологического консультирования. Эффективны методы сексуальной терапии, направленные на восстановление сексуального желания, выработку безболевого, приносящего сексуальное удовлетворение стереотипа половых отношений.

При лечении диспареунии, развившейся на фоне коморбидных невротических, депрессивных и тревожно-депрессивных расстройств, целесообразна психофармакотерапия (например, применение анксиолитиков – Грандаксина, Афобазола и других, начиная с малых доз, во избежание побочных эффектов). Преимущество этих препаратов – в отсутствии привыкания и зависимости, хорошей переносимости, безопасности, возможности назначения

их врачами гинекологами. Особенно стоит отметить препарат Тералиджен (алимемазин), действующий как мягкое седативное и противотревожное средство, положительно влияющее на различные психосоматические проявления, нейровегетативные расстройства, явления навязчивости и фобии. Он может назначаться гинекологами, относительно хорошо переносится, однако для предотвращения побочных эффектов, в основном сонливости, начинают с малых доз, постепенно их увеличивая. Продолжительность терапии – не менее 2 мес, эффект наступает через некоторое время, о чем необходимо сообщить пациентке. Целесообразно также использование антидепрессантов, преимущественно с противотревожным эффектом, таких как пароксетин, сертралин, trazодон.

Эффективная терапия трудных случаев диспареунии требует терапевтической стратегии, гибко и максимально индивидуально сочетающей психотерапию с соматическим лечением в соответствии с конкретным вкладом соматических и психических механизмов, кооперации усилий гинеколога, психотерапевта, сексолога.

Литература/References

1. Розанов ВА. Стресс и психическое здоровье (нейробиологические аспекты). Социальная и клиническая психиатрия. 2013; 1: 79–86. / Rozanov VA. Stress i psikhicheskoe zdorov'e (neirobiologicheskie aspekty). Sotsial'naiia i klinicheskaiia psikiatritia. 2013; 1: 79–86. [in Russian]
2. Jamieson DJ, Steege JF. The prevalence of dysmenorrhea, dyspareunia, pelvic pain, and irritable bowel syndrome in primary care practices. Obstet-Gynecol 1996; 87 (1): 55–8.
3. Basson R. The recurrent pain and sexual sequelae of provoked vestibulodynia: A perpetuating cycle. J Sex Med 2012; 9: 2077–92.
4. Simba A, Ewies AA. Non-hormonal topical treatment of vulvovaginal atrophy: an up-to-date overview. Climacteric 2013; 16 (3): 305–12.
5. Nappi RE, Kokot-Kierapa M. Women's voice in the menopause: result from an international survey on vaginal atrophy. Maturitas 2010; 7 (3): 233–8.
6. Palacios S. Managing urogenital atrophy. Maturitas 2009; 63 (4): 305–12.
7. Simon JA, Kokot-Kierapa M, Goldshtein JI, Nappi RE. Vaginal health in the United States: results from the Vaginal Health: Insights, Views & Attitudes survey. Menopause 2013; 20 (10): 1043–8.
8. Комплексный подход к лечению вульводинии. Акушерство и гинекология. 2014; 8: 112–6. / Kompleksnyi podkhod k lecheniiu vul'vodinii. Akusberstvo i ginekologiya. 2014; 8: 112–6. [in Russian]
9. Междисциплинарный подход к терапии диспареунии. Журн. акушерства и женских болезней. 2006; LV (4): 101–4. / Mezhdistsiplinarnyi podkhod k terapii dispareunii. Zburn. akusberstva i zhen-skikh boleznei. 2006; LV (4): 101–4. [in Russian]
10. Castelo-Branco C, Cancelo MJ, Villero J et al. Management of post-menopausal vaginal atrophy and atrophic vaginitis. Maturitas 2005; 52 (Suppl. 1): S46–52.

11. Gardella B, Porru D, Nappi RE et al. Interstitial cystitis is associated with vulvodynia and sexual dysfunction. A case control study. J Sex Med 2011; 8: 1726–34.
12. Pessina MA, Hoyt RF, Goldshtein JI, Traish AM. Differential effects of estradiol, progesterone and testosterone on vaginal structural integrity. Endocrinology 2006; 147: 691–9.
13. Федорова АИ. Эндокринологические аспекты сексуального здоровья женщины Журн. акушерства и женских болезней. 2013; LX (5): 73–84. / Fedorova AI. Endokrinologicheskie aspekty seksual'nogo zdorov'ia zhen'skchin Zburn. akusberstva i zhen'skikh boleznei. 2013; LX (5): 73–84. [in Russian]
14. Bancroft J. The endocrinology of sexual arousal. J Endocrinol 2005; 186: 411–22.
15. Федорова АИ, Новиков ЕИ. Диспареуния: междисциплинарный подход к диагностике. Журн. акушерства и женских болезней. 2007; LVI (2): 48–54. / Fedorova AI, Novikov EI. Dispareunia: mezhdistsiplinarnyi podkhod k diagnostike. Zburn. akusberstva i zhen'skikh boleznei. 2007; LVI (2): 48–54. [in Russian]
16. McEwan BS, Kalia M. The role of corticosteroids and stress in chronic pain conditions. Metabolism 2010; 59: S9–15.
17. Ebrström S, Kornfeld D, Rylander E, Bobm-Starke N. Chronic stress in women with localized provoked vulvodynia. J Psychosom Obstet Gynaecol 2009; 30: 73–9.
18. Harlow BL, Stewart EG. Prevalence and predictors of chronic lower genital tract discomfort. Am J Obstet Gynecol 2001; 185: 545–50.
19. Глазунова АВ, Юренева СВ. Распространенность вульвовагинальной атрофии и ее влияние на качество жизни женщины. Вопросы терминологии и безопасности локальной гормональной терапии. Акушерство и гинекология. 2014; 11: 29–43. / Glazunova AV, Iureneva SV. Rasprostranennost' vul'vovaginal'noi atrofii i ee vliianie na kachestvo zhizni zhenshiny. Voprosy terminologii i bezopasnosti lokal'noi gormonal'noi terapii. Akusberstvo i ginekologiya. 2014; 11: 29–43. [in Russian]
20. Labrie F, Archer DF, Bouchard C et al. Intravaginal dehydroepiandrosterone (prasterone), a highly efficient treatment of dyspareunia. Climacteric 2011; 14: 282–8.
21. Bachmann GA, Komi JO. The Ospemifene Study Group. Ospemifene effectively treats vulvovaginal atrophy in postmenopausal women: results from a pivotal phase 3 study. Menopause 2010; 17 (3): 480–6.
22. Kagan R, Williams RS, Pan K et al. H. A randomized, placebo- and active-controlled trial of bazedoxifene/conjugated estrogens for treatment of moderate to severe vulvar/vaginal atrophy in postmenopausal women. Menopause 2010; 17 (2): 281–9.
23. Somboonporn W, Bell RJ, Devis SR. Testosterone for peri and post menopausal women. Cochrane Database Syst Rev 2010; Iss 4: Art.No. CD004509 [PMID: 16235365].
24. Brotto L. Mindfulness applications to women's sexual dysfunction: Applications for low desire, sexual distress, and provoked vestibulodynia. J Sex Med 2011; 8 (Suppl. 3): 94.
25. Терапия психогенных диспареуний. Рос. психиатр. журн. 2007; (5): 60–4. / Terapiia psikhogennykh dispareunii. Ros. psikiatir. zburn. 2007; (5): 60–4. [in Russian]

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРЕ

Федорова Анна Игоревна – д-р мед. наук, проф. каф. психотерапии и сексологии ГБОУ ВПО СЗГМУ ИИ.Мечникова. E-mail: feanna@inbox.ru