

Сексуальная дисфункция – междисциплинарная проблема классической гинекологии

Н.М. Подзолкова^{1,2}, Л.В. Сумятина^{✉1}

¹ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России, Москва, Россия;

²ГБУЗ «Городская клиническая больница им. С.П. Боткина» Департамента здравоохранения г. Москвы, Москва, Россия

Аннотация

Сексуальная дисфункция у женщин – сложная междисциплинарная медицинская проблема, которая остается за пределами внимания врача – акушера-гинеколога и отрицательно влияет на качество жизни и благополучие женщины. В статье представлены данные, раскрывающие новые возможности растительных препаратов на основе прутняка обыкновенного плодов экстракта (*Vitex agnus-castus*, витекс) у женщин с сексуальной дисфункцией.

Ключевые слова: женская сексуальная дисфункция, эстрогены, тестостерон, пролактин, андрогены, серотонин, *Vitex agnus-castus*, прутняк

Для цитирования: Подзолкова Н.М., Сумятина Л.В. Сексуальная дисфункция – междисциплинарная проблема классической гинекологии. Гинекология. 2023;25(1):95–101. DOI: 10.26442/20795696.2023.1.202137

© ООО «КОНСИЛИУМ МЕДИКУМ», 2023 г.

BEST PRACTICE

Sexual dysfunction: an interdisciplinary problem of classical gynecology

Natalia M. Podzolkova^{1,2}, Liliana V. Sumyatina^{✉1}

¹Russian Medical Academy of Continuous Professional Education, Moscow, Russia;

²Botkin Hospital, Moscow, Russia

Abstract

Sexual dysfunction in women is a complex interdisciplinary medical problem that remains beyond the attention of an obstetrician-gynecologist and negatively affects a woman's quality of life and well-being. The article presents data on prospects for using herbal agents based on the chasteberry fruit extract (*Vitex agnus-castus*, chaste tree) in women with sexual dysfunction.

Keywords: female sexual dysfunction, estrogens, testosterone, prolactin, androgens, serotonin, *Vitex agnus-castus*, chasteberry

For citation: Podzolkova NM, Sumyatina LV. Sexual dysfunction: an interdisciplinary problem of classical gynecology. Gynecology. 2023;25(1):95–101. DOI: 10.26442/20795696.2023.1.202137

Женская сексуальная дисфункция относится к ряду сложных междисциплинарных медицинских проблем [1]. Игнорирование этого факта оказывает негативное влияние на качество жизни, психическое здоровье и эмоциональное благополучие женщины, особенности партнерских отношений в семье [2]. К сожалению, в реальной гинекологической практике жалобы женщин на нарушения в интимной сфере остаются за пределами внимания врача – акушера-гинеколога, а сами пациентки далеко не всегда решаются самостоятельно затронуть эту деликатную тему. Между тем аноргазмия, снижение либидо, диспареуния могут быть как первичным состоянием, так и следствием гинекологических, психических, эндокринных, соматических заболеваний, которые диагностируются в разные возрастные периоды жизни женщины [3–5].

По данным исследования National Health and Social Life Survey (США), в течение 1 года те или иные нарушения сексуальной функции испытывают 43% женщин (в то время как у мужчин этот показатель составляет 31%). Анонимное ан-

кетирование показало, что среди женщин 18–59 лет 27–32% отмечают отсутствие интереса к сексу, 22–28% (каждая 4-я пациентка) – аноргазмия, 17–22% секс не приносит удовольствия, 8–21% испытывают боль, а 18–27% отмечают недостаточное увлажнение влагалища во время полового акта. Нарушение сексуальной функции возможно в любом возрасте, но более характерно для пери- и постменопаузы [6]. Согласно Международному исследованию здоровья и сексуальности женщин (WISHeS) каждая 3-я женщина в постменопаузе отмечает снижение полового влечения. Однако, несмотря на высокую распространенность сексуальной дисфункции, более 20% (вне зависимости от возраста) вообще не задумываются о целесообразности консультации специалиста по поводу проблем в сексуальной сфере [7].

Несмотря на то что физиология женской сексуальной реакции изучена не до конца, не вызывает сомнения, что важнейшее значение в ее реализации принадлежит центральной нервной системе. Запахи, фантазии, мысленные образы и другие факторы стимулируют возникновение по-

Информация об авторах / Information about the authors

[✉]Сумятина Лилиана Вячеславовна – канд. мед. наук, доц. каф. акушерства и гинекологии ФГБОУ ДПО РМАНПО. E-mail: sumyatin@yandex.ru; ORCID: 0000-0002-6443-8891

Подзолкова Наталия Михайловна – д-р мед. наук, проф., зав. каф. акушерства и гинекологии ФГБОУ ДПО РМАНПО, ГБУЗ «ГКБ им. С.П. Боткина». ORCID: 0000-0001-8991-1369

[✉]Liliana V. Sumyatina – Cand. Sci. (Med.), Russian Medical Academy of Continuous Professional Education. E-mail: sumyatin@yandex.ru; ORCID: 0000-0002-6443-8891

Natalia M. Podzolkova – D. Sci. (Med.), Prof., Russian Medical Academy of Continuous Professional Education, Botkin Hospital. ORCID: 0000-0001-8991-1369

лового влечения, а нейрохимические изменения в нейронах головного мозга запускают процесс возбуждения. Главным центром, непосредственно контролирующим сексуальную функцию и настроение, является гипоталамус. Физиологические изменения, связанные с возбуждением, возникают в его преоптической области и медиальных отделах, а также в структурах лимбико-ретикулярной системы. При этом ключевую роль играют половые гормоны и нейротрансмиттеры (дофамин, серотонин) [7].

Рецепторы половых стероидных гормонов – эстрогенов, андрогенов и прогестерона – расположены в гипоталамусе с одинаковой плотностью. Эстрогены увеличивают приток крови к головному мозгу, обладают положительным действием на рост нейронов и передачу положительных импульсов, а также повышают вибрационную чувствительность половых органов. Для обеспечения нормальной сексуальной реакции необходимо хорошее кровоснабжение половых органов. Высокий уровень эстрогенов, характерный для репродуктивного периода, приводит к увеличению влагалищного кровотока, пролиферации эпителия влагалища и лучшему увлажнению его стенок при возбуждении. Механизм, посредством которого эстрогены воздействуют на периферический кровоток, связан с высвобождением эндотелиальными клетками вазоактивной субстанции – оксида азота, который в свою очередь запускает вазодилатацию. Помимо этого, оксид азота стимулирует расслабление гладкой мускулатуры влагалища и клитора, что необходимо для наполнения кровью и эрекции этих тканей [1].

В постменопаузе истощение запаса фолликулов приводит к снижению количества эстрадиола, при этом основным циркулирующим в крови эстрогеном становится эстрон. Снижение синтеза эстрогенов яичниками ассоциировано с уменьшением кровоснабжения половых органов, атрофией влагалища и повышением pH его среды, а также со снижением чувствительности половых органов, замедлением передачи нервных импульсов. Известно, что ухудшение кровоснабжения половых органов и сухость влагалища, в том числе обусловленные дефицитом эстрогенов, – одни из основных причин диспареунии [8].

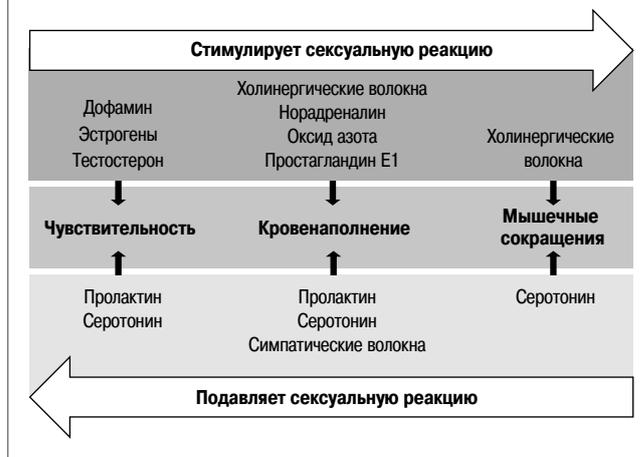
Тестостерон – основной предшественник в биосинтезе эстрадиола в головном мозге, где его концентрация в 7–10 раз выше, чем эстрадиола. Тестостерон оказывает прямое влияние на либидо, настроение и общее самочувствие, повышает сексуальную мотивацию. Помимо этого, тестостерон улучшает кровоснабжение половых органов, осуществляя свое действие как напрямую, так и косвенным образом, увеличивая, в частности, биодоступность эстрогенов.

Роль прогестерона в формировании сексуальной реакции у женщин остается малоизученной. Предположительно, прогестерон по феномену понижающей регуляции может снижать влагалищный кровоток [7]. Лечение гестагенами, по-видимому, мало влияет на сексуальную функцию, однако данные некоторых исследований свидетельствуют о снижении полового влечения на фоне приема оральных контрацептивов или использования гестагенных имплантов.

Помимо половых стероидных гормонов непосредственное участие в реализации сексуальной функции женщин принимают пролактин, эндорфины, дофамин и серотонин, которые, в частности, влияют на процессы формирования возбуждения и оргазма. Например, избыточная секреция пролактина негативно сказывается на сексуальном реагировании женщин, по-видимому, вследствие подавления секреции эстрогенов и андрогенов яичниками. Относительно роли серотонина в регуляции сексуальной функции существуют противоречивые данные. Полагают, что этот ней-

Рис. 1. Центральная и периферическая нейробиологическая регуляция сексуальной реакции.

Fig. 1. Central and peripheral neurobiological regulation of sexual activity reactions.



ропептид в целом негативно влияет на половую функцию женщины. Показано, что в действительности эффект серотонина зависит от вида серотониновых рецепторов. Так, активация 5-HT₂-рецепторов нарушает, а 5-HT_{1A}-рецепторов стимулирует сексуальную функцию женщины [9].

Сексуальная реакция у женщин появляется благодаря сложному взаимодействию гормональных факторов и нейромедиаторов, которое приводит к формированию и передаче нервных импульсов по волокнам симпатической и парасимпатической нервной системы на периферию. Гормоны обеспечивают долговременные эффекты, в то время как быстрые физиологические изменения обусловлены колебанием содержания нейротрансмиттеров. Эти нейрохимические медиаторы через множественные нейрональные пути формируют сексуальную мотивацию и половую реакцию на периферии (рис. 1) [1, 7].

Согласно Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10-го пересмотра Всемирной организации здравоохранения (The International Statistical Classification of Disease and Related Health Problems, 10th rev.) к сексуальной дисфункции (F52) относятся следующие нарушения:

- F52.0 Отсутствие или потеря сексуального влечения
- F52.1 Отвращение к половым сношениям
- F52.2 Недостаточность генитальной реакции
- F52.3 Оргазмическая дисфункция
- F52.5 Вагинизм неорганического происхождения
- F52.6 Диспареуния неорганического происхождения
- F52.7 Повышенное половое влечение
- F52.8 Другая сексуальная дисфункция, не обусловленная органическим нарушением или болезнью

F52.9 Сексуальная дисфункция, не обусловленная органическим нарушением или болезнью, неуточненная.

Попытка систематизации описанных нарушений принята Американским обществом урологических заболеваний [1, 10]. В 1998 г. выделены и конкретизированы клинически наиболее значимые причины сексуальной дисфункции у женщин (табл. 1).

Диагностика сексуальной дисфункции строится на основании жалоб пациентки, анамнестических данных, а также результатов гинекологического, гормонального и инструментальных методов исследования [11]. Необходимо подчеркнуть, что для постановки диагноза сексуальной

Таблица 1. Клинические формы и основные причины сексуальной дисфункции у женщин Table 1. Clinical forms and main causes of sexual dysfunction in women	
Характер сексуальных нарушений	Основные причины
<i>Расстройство полового влечения*</i>	
Снижение полового влечения	<ul style="list-style-type: none"> • Несовпадение сексуальной конституции партнеров • Соматические, эндокринные и психические заболевания • Прием лекарственных препаратов, алкоголя, наркотиков • Синдром хронической усталости • Психосоциальное и физическое перенапряжение • Старение
Отвращение к сексу	<ul style="list-style-type: none"> • Изнашивание • Межличностные конфликты половых партнеров • Психическая травма
Избыточное половое влечение	<ul style="list-style-type: none"> • Гиперандрогенные состояния, в том числе опухоли яичников, надпочечников • Нейроинфекция (энцефалит) • Травмы, сосудистые поражения и опухоли головного мозга • Шизофрения, эпилепсия, маниакально-депрессивный психоз
<i>Расстройство возбуждения</i>	
	<ul style="list-style-type: none"> • Заболевания и травмы периферических сосудов (атеросклероз, травма артерий клиторально-вагинальной области) • Соматические, эндокринные и неврологические заболевания (табл. 2) • Нарушение межличностных взаимоотношений половых партнеров • Старение
<i>Расстройство оргазма</i>	
Первичное	<ul style="list-style-type: none"> • Психогенное (самонаблюдение и самоконтроль во время фазы возбуждения)
Вторичное	<ul style="list-style-type: none"> • Несовпадение сексуальной конституции партнеров • Прием лекарственных препаратов • Травматическое повреждение нервов при операциях на промежности органах малого таза • Старение • Травмы спинного мозга
<i>Тазовые болевые расстройства</i>	
Вагинизм	<ul style="list-style-type: none"> • Психогенный (навязчивый страх перед половым актом) • Изнашивание, болезненный первый половой акт или гинекологическое обследование
Диспареуния	<ul style="list-style-type: none"> • Вульварный вестибулит • Вагиниты • Ретроцервикальный эндометриоз • Постменопаузальная вульвовагинальная атрофия с последующей вагинальной сухостью • Воспалительные заболевания органов таза • Ретроцервикальный эндометриоз, эндометриоз крестцово-маточных связок
<i>Сексуальные половые расстройства, не связанные с половым актом</i>	
	<ul style="list-style-type: none"> • Вульварный вестибулит • Вагиниты • Врожденные пороки развития • Травма половых органов • Эндометриоз
*Примечание. Расстройство полового влечения как наиболее распространенный тип сексуальных нарушений встречается у 67% женщин, страдающих сексуальной дисфункцией.	

Таблица 2. Патогенетическая основа нарушений сексуальной функции при некоторых соматических, эндокринных и неврологических заболеваниях Table 2. Pathogenetic basis of sexual dysfunction in some somatic, endocrine and neurological diseases	
Заболевания и синдромные состояния	Патогенетическая основа нарушений сексуальной функции
<i>Сердечно-сосудистые</i>	
Атеросклероз, артериальная гипертония, ишемическая болезнь сердца	Нарушение клиторального и влагалищного кровотока и побочные эффекты гипотензивных препаратов
<i>Неврологические</i>	
Инсульт	Снижение либидо при поражении активных центров головного мозга, страх повторного инсульта, депрессия, в отдельных случаях снижение двигательной активности
Повреждение спинного мозга, периферическая нейропатия, паркинсонизм, рассеянный склероз	Нарушение иннервации половых органов, нарушение двигательной активности
Операция на половых органах	Нарушение иннервации и кровоснабжения половых органов, психологические проблемы
Заболевания суставов	Ограничение двигательной активности
<i>Эндокринные и гормональные</i>	
Сахарный диабет	Нарушение иннервации (при периферической нейропатии) и кровоснабжения (при ангиопатии) половых органов
Гиперпролактинемия	Подавление пролактином секреции эстрогенов и андрогенов яичниками, расстройства в дофаминергических системах мозга, приводящие к гиперпролактинемии
Заболевания щитовидной железы	Первичный гипотиреоз сопровождается гиперпролактинемией
Постменопауза, хирургическая или медикаментозная кастрация, преждевременное истощение яичников	Снижение уровня эстрогенов и андрогенов, атрофия влагалища, сухость, диспареуния, снижение тонуса мышц тазового дна, снижение либидо
Аутоиммунные заболевания	Первичный или вторичный синдром Шегрена – сухость влагалища, атрофический вагинит, диспареуния Побочный эффекты экзогенных глюкокортикоидов, применяемых для лечения этих заболеваний
Заболевания мочевого пузыря и уретры	Недержание мочи, сопровождающееся дискомфортом и смущением, ограничивает сексуальную активность
Хроническая почечная недостаточность	Гиперпролактинемия, снижение уровня эстрогенов и андрогенов
Психологические факторы (сексуальное насилие в прошлом, нарушение межличностных взаимоотношений, стресс)	Тревожность, низкая самооценка, депрессия, боязнь близости, чувство вины, которые приводят к снижению полового влечения и аноргазмии

дисфункции необходимо, чтобы любое из ее проявлений вне зависимости от клинических нюансов (интенсивности, периодичности и так далее) беспокоило пациентку, т.е. рассматривалось ею как симптом заболевания. Мы полагаем, что при общении с пациенткой необходимо по возможности исключить соматические, эндокринные или неврологические заболевания, которые сами по себе (табл. 2) или вследствие лекарственной терапии (табл. 3) могут стать причиной (от 10 до 25%) сексуальных нарушений.

Следует подчеркнуть, что профессиональная оценка особенностей сексуальной функции женщин предполагает использование корректно составленных опросников, позво-

ляющих не только выявить и конкретизировать отдельные симптомы, но и оценить эффективность терапии [1]. Одним из наиболее объективных признан опросник для определения индекса женской сексуальной функции, Female Sexual Function Index (FSFI), предложенный R. Rosen и соавт. в 2000 г. При необходимости нужно проследить динамику половых отношений за определенное время (например, после гистерэктомии или у женщин, находящихся в постменопаузе), а также оценить эффективность лечения сексуальной дисфункции (в любом возрасте) – в этом случае целесообразно использовать опросник С. Egarter (2003 г.) [1].

К сожалению, следует признать, что даже при самом тщательном опросе и осмотре многие причины женских сексуальных расстройств остаются недиагностированными ввиду недостаточности знаний и несовершенства методов диагностики в этой области медицины [1].

Женские сексуальные дисфункции полиэтиологичны, и идеальный подход к их лечению – это совместная работа врачей разных специальностей. Наряду с выраженными органическими изменениями почти всегда присутствуют психологические факторы, которые поддерживают сексуальную дисгармонию. Поэтому системный подход к лечению женской сексуальной дисфункции и, как следствие, улучшению качества жизни женщины, ее физического, психологического и эмоционального комфорта заключается в устранении как органической, так и возможной психологической причины. Можно полагать, что это своеобразный базис, на который должна опираться та или иная медикаментозная или немедикаментозная терапия [12].

Учитывая деликатность проблемы сексуальной дисфункции, была предложена ступенчатая модель терапии PLISSIT [13], позволяющая постепенно, за несколько этапов, создать доверительные отношения между врачом и пациенткой, выявить индивидуальные особенности сексуальной жизни больной и провести наиболее эффективное лечение:

- P (permission) – на этом этапе врач затрагивает проблему сексуальной функции и предлагает пациентке данную тему для обсуждения.
- LI (limited information) – врач представляет пациентке информацию о существующих у нее соматических и гинекологических заболеваниях, об их влиянии на сексуальную функцию.
- SS (specific suggestion) – врач представляет подробную информацию о сексуальной жизни при существующих у пациентки заболеваниях (в идеале и о заболеваниях ее полового партнера, если они есть) и в зависимости от их особенностей предлагает варианты «сексуальной реабилитации».
- IT (intensive therapy) – на этом этапе к лечению привлекают других специалистов (психиатра, эндокринолога, сексопатолога и др.).

Выбор стратегии лечения женской сексуальной дисфункции определяется причиной расстройства, характером течения, сопутствующей гинекологической, соматической или психической патологии, в связи с чем терапия должна быть длительной, многокомпонентной и строго персонализированной (табл. 4). Очень часто само по себе общение с женщиной и обсуждение ее сексуальных проблем может оказать терапевтическое воздействие. Необходимо дать понять женщине, что она не одинока, что многие другие женщины сталкиваются с такими же проблемами. Осознание этого позволяет пациентке раскрыться в большей степени и быть более откровенной.

В последние годы в акушерско-гинекологической практике большое внимание уделяют препаратам на основе

Таблица 3. Лекарственные препараты с возможным побочным механизмом развития сексуальной дисфункции

Table 3. Agents with a possible side effect of sexual dysfunction	
Препараты	Механизм развития сексуальной дисфункции
Блокаторы гистаминовых H ₁ -рецепторов	Холиноблокирующее действие (сухость слизистой влагалища)
Блокаторы гистаминовых H ₂ -рецепторов (циметидин)	Антиандрогенное действие (возможно, вторичное, вследствие повышения уровня пролактина)
Симпатомиметики	Сосудосуживающее действие, повышение тонуса гладкой мускулатуры влагалища
Антидепрессанты	Блокада обратного нейронального захвата серотонина, дофамина в центральной нервной системе, повышение уровня пролактина
	Холиноблокирующее действие (сухость слизистой влагалища)
Нейролептики	Блокада дофаминовых рецепторов в центральной нервной системе, повышение уровня пролактина, снижение уровня андрогенов
Транквилизаторы	Тормозящее действие на центральную нервную систему, седативный эффект
Барбитураты	Подавление сенсорной зоны коры головного мозга, нарушение передачи импульсов в кору головного мозга
<i>Психостимуляторы</i>	
Амфетамины	Истошающее действие на центральную нервную систему
Кокаин	Усиливает активность дофаминергической системы и в малых дозах усиливает сексуальное удовлетворение. В высоких дозах (сосудосуживающий эффект) нарушает сексуальную функцию
Глюкокортикоиды	Подавление выброса лютеинизирующего гормона, снижение уровня эстрадиола и прогестерона в крови, нарушение овуляции, подавление синтеза адгенокортикотропного гормона и, как следствие, снижение синтеза андрогенов надпочечниками
Комбинированные оральные контрацептивы	Повышают глобулин, связывающий половые гормоны, снижают уровень свободного тестостерона и эстрогена
<i>Гипотензивные лекарственные средства</i>	
Резерпин	Нарушает выработку катехоламинов в гипоталамусе, лютеинизирующего гормона, фолликулостимулирующего гормона
α-Блокаторы, β-блокаторы, блокаторы кальциевых каналов, тиазидные диуретики	Нарушение кровотока в половых органах
Антагонисты альдостерона (спиронолактон)	Антиандрогенное действие
Метронидазол	Недостаточно изучен, при длительном применении возможно развитие периферической нейропатии
Метоклопрамид	Блокада дофаминергических рецепторов, повышение уровня пролактина
<i>Антиэстрогены</i>	
Селективные модуляторы эстрогенных рецепторов	Снижение уровня эстрогенов, сухость влагалища
Агонисты гонадотропин-рилизинг-гормона	
Алкилирующие агенты	Нарушение стероидогенеза в яичниках, снижение синтеза эстрогенов

Таблица 4. Принципы и методы лечения сексуальной дисфункции		
Table 4. Principles and methods of sexual dysfunction treatment		
Вид лечения	Цель	Методы
Этиотропное	Устранение фактора, приводящего к развитию сексуальной дисфункции	<ul style="list-style-type: none"> Лечение соматических, эндокринных и психических заболеваний Прекращение приема или замена лекарственных средств, вызывающих сексуальную дисфункцию (совместно со специалистом, назначившим конкретный препарат для лечения негинекологического заболевания) Упражнения по расслаблению мускулатуры влагалища Применение влагалищных дилататоров (при вагинизме) Системная и локальная заместительная гормональная терапия эстрогенами (при гипоестрогении) Локальная терапия андрогенами (при гипоандрогении) Менопаузальная гормональная терапия тканеселективными модуляторами эстрогенной активности (тиболол)
Патогенетическое	Восстановление функционирования поврежденного звена сексуального реагирования	<ul style="list-style-type: none"> Изменение образа жизни (аэробные и силовые нагрузки, отказ от курения) Упражнения по укреплению мышц тазового дна Обучение релаксации Применение устройства для клиторальной стимуляции «Эрос» Психотерапия Ингибиторы фосфодиэстеразы 5 (силденафил), блокаторы адренорецепторов (фентоламин, йохимбин), простагландины – алпростадил (в стадии клинических исследований)
Симптоматическое	Уменьшение неприятных субъективных ощущений	Использование лубрикантов при сухости влагалища

лекарственных растений, поскольку они натуральны, доступны и безопасны [14–17]. В ранее опубликованных исследованиях российских авторов показано, что применение лекарственных растительных препаратов с экстрактом плодов прутняка (*Vitex agnus-castus*) в гинекологической практике оказывается результативным, прежде всего в группе больных с нарушениями менструального цикла и бесплодием в сочетании с умеренно повышенным уровнем пролактина [18, 19]. Исходя из этого, можно предположить, что использование этих средств в лечебных целях у пациенток с различной патологией гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы будет эффективно и при нарушениях сексуальной функции [20–23].

Подтверждением этого стали результаты недавней работы, выполненной исследователями из Ирана, S. Heirati и соавт., в 2021 г. [24]. В ходе двойного слепого рандомизированного контролируемого исследования авторы оценили половую функцию женщин репродуктивного возраста, страдающих ее нарушением. Критерием исключения были выраженная соматическая патология и хронические заболевания, которые могли бы повлиять на сексуальную

функцию. Они получали препарат, содержащий 3,2–4,8 мг сухого экстракта *Vitex agnus-castus* [24]. Первичный опрос и выявление жалоб проводил врач-гинеколог на плановом осмотре. Эффективность лечения оценивали по баллам опросника FSFI в начале исследования и через 4, 8, 12 и 16 нед. В результате отмечена статистически значимая разница ($p < 0,05$) в среднем балле общей сексуальной функции среди женщин, принимавших препарат, по сравнению с пациентками из группы плацебо, что свидетельствует о положительном влиянии средства на основе экстракта витекса на половую функцию. Авторы справедливо полагают, что, хотя точный механизм влияния не установлен, можно допустить, что, оказывая воздействие на гипоталамо-гипофизарную ось, флавоноидные соединения снижают выброс гонадотропинов и пролактина и, как следствие, опосредованно повышают уровень эстрогенов и прогестерона [14, 25].

В ходе исследований на животных установлено, что благодаря дофаминергическому действию *Vitex agnus-castus* способствует улучшению сексуальной функции [17, 26]. У женщин репродуктивного возраста с симптомами сексуальной дисфункции клинически значимый эффект достигается при использовании препарата не менее 16 нед. Авторы считают, что такой курс лечения способствует достижению стабильного пролонгированного положительного результата [24, 27, 28]. Следует подчеркнуть, что легкие и обратимые побочные эффекты на фоне приема препарата (проблемы с пищеварением, зуд, повышенная утомляемость, головная боль, сухость во рту, тахикардия, тошнота) отмечены менее чем у 2% женщин, включенных в исследование, что не противоречит ранее опубликованным результатам.

На российском рынке лекарственные средства на основе витекса представлены препаратом Циклодинон® (производство Бионорика SE, Германия), содержащим 4 мг сухого экстракта в таблетке или соответствующее количество водно-этанольного экстракта в каплях для приема внутрь. В настоящее время существуют некоторые интересные данные о его влиянии на сексуальную функцию женщин. Так, в рандомизированном исследовании В.В. Симрок (2007 г.) изучалась клиническая эффективность Циклодинона у пациенток с бесплодием, обусловленным недостаточностью II фазы менструального цикла при синдроме поликистозных яичников, а также при нарушениях менструального цикла на фоне гиперпролактинемии [29].

Среди прочих данных проанализировано влияние препарата на либидо пациенток, больше 1/2 из которых отметили ухудшение половой жизни. В общей сложности 76 (82,6%) женщин назвали первопричиной своих заболеваний перенесенный тяжелый острый эмоциональный стресс или хроническое эмоциональное и физическое перенапряжение. Больше 1/2 женщин с расстройством менструации указали на снижение либидо (66,6% в 1-й группе и 58,5% во 2-й). По окончании 12 нед терапии у большей части пациенток либидо нормализовалось либо значительно увеличилось. Таким образом, на фоне приема препарата Циклодинон® отмечено положительное влияние экстракта прутняка на сексуальное влечение, что открывает новые перспективные возможности для дальнейшего изучения данного свойства у пациенток, страдающих нарушением сексуальной функции.

Заключение

Следует отметить, что, хотя четких рекомендаций по медикаментозной терапии женской сексуальной дисфункции пока не разработано, необходимо помнить, что всегда есть

возможность помочь женщине, главное – не оставлять ее наедине с проблемами. Конечно, ввиду деликатности проблемы акушер-гинеколог должен проявить особенную чуткость и понимание, заслужить доверие женщины, уметь обсудить с ней возникшие трудности, выявить нарушения и провести необходимое лечение. Зачастую это длительная и кропотливая работа, но она стоит того, ведь гармоничная сексуальная жизнь – это залог не только высокого качества жизни, но и счастья любой женщины.

Раскрытие интересов. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Disclosure of interest. The authors declare that they have no competing interests.

Вклад авторов. Авторы декларируют соответствие своего авторства международным критериям ICMJE. Все авторы в равной степени участвовали в подготовке публикации: разработка концепции статьи, получение и анализ фактических данных, написание и редактирование текста статьи, проверка и утверждение текста статьи.

Authors' contribution. The authors declare the compliance of their authorship according to the international ICMJE criteria. All authors made a substantial contribution to the conception of the work, acquisition, analysis, interpretation of data for the work, drafting and revising the work, final approval of the version to be published and agree to be accountable for all aspects of the work.

Источник финансирования. Авторы декларируют отсутствие внешнего финансирования для проведения исследования и публикации статьи.

Funding source. The authors declare that there is no external funding for the exploration and analysis work.

Литература/References

1. Сумерова Н.М., Крижановская А.Н., Пушкарь Д.Ю., Токтар Л.Р. Сексуальные дисфункции у женщин. Вестник РУДН, сер. Медицина. *Акушерство и гинекология*. 2011;6:380-5 [Sumerova NM, Krizhanovskaya AN, Pushkar' DYU, Toktar LR. Seksual'nye disfunkcii u zhenshchin. Vestnik RUDN, ser. Medicina. *Akusherstvo i ginekologiya*. 2011;6:380-5 (in Russian)].
2. Reyhani M, Kazemi A, Keshvari M, Farajzadegan Z. Sexual expectations and needs of middle-aged women: A qualitative study. *J Educ Health Promot*. 2018;7:49. DOI:10.4103/jehp.jehp_155_17
3. Lindau ST, Schumm LP, Laumann EO, et al. A study of sexuality and health among older adults in the United States. *N Engl J Med*. 2007;357(8):762-74. DOI:10.1056/NEJMoa067423
4. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan and Sadock's synopsis of Psychiatry: behavioral sciences/clinical psychiatry. 11th Edition. LWW, 2015.
5. Safarinejad MR. Female sexual dysfunction in a population-based study in Iran: prevalence and associated risk factors. *Int J Impot Res*. 2006;18(4):382-95. DOI:10.1038/sj.ijir.3901440
6. Гурко Г, Щербаква С. Возрастные аспекты синдрома сексуальных дисфункций у женщин. *Врач*. 2014;6:27-9 [Gurko G, Shcherbakova S. Age-related aspects of female sexual dysfunction. *Doctor = Vrach*. 2014;6:27-9 (in Russian)].
7. Подзолкова Н.М., Глазкова О.Л. Симптом, синдром, диагноз. Дифференциальная диагностика в гинекологии. 3-е изд., испр. и доп. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014 [Podzolkova NM, Glazkova OL. Simptom, sindrom, diafnnoz. *Differencial'naya diagnostika v ginekologii*. 3-e izd., ispr. i dop. Moscow: GEOTAR-Media, 2014 (in Russian)].
8. Коган М.И., Авадиева Н.Э. Женские сексуальные дисфункции (общие аспекты). *Медицинский вестник*. 2009;3(472):72-3 [Kogan MI, Avadieva NE. Zhenskie seksual'nye disfunkcii (obshchie aspekty). *Medicinskij vestnik*. 2009;3(472):72-3 (in Russian)].
9. McKenzie LJ, Carson SA. Human Sexuality and Female Sexual Dysfunction in Danforth's Obstetrics and Gynecology. 9th ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins, 2003.
10. Андреева Е.Н., Шереметьева Е.В. Проблема женской сексуальности. *Проблемы репродукции*. 2019;25(3):40-50 [Andreeva EN, Sheremet'eva EV. The problem of female sexuality. *Russian Journal of Human Reproduction*. 2019;25(3):40-50 (in Russian)]. DOI:10.17116/rep20192503140
11. Мазуркевич М.В., Фирсова Т.А. Нейрогормональные аспекты полового влечения у женщин. *Андрология и генитальная хирургия*. 2015;16(1):41-4 [Mazurkevich MV, Firsova TA. Neurohormonal aspects of sexual drive in women. *Andrology and Genital Surgery*. 2015;16(1):41-4 (in Russian)]. DOI:10.17650/2070-9781-2015-1-41-44
12. Ahmadnia E, Haseli A, Karamat A. Therapeutic interventions conducted on improving women's sexual satisfaction and function during reproductive ages in Iran: A systematic review. *J Mazandaran Univ Med Sci*. 2017;27(153):146-62.
13. Fagan PJ. Sexual Disorders: Perspectives on Diagnosis and Treatment, 2004.
14. Hafizi S, Abbassian A, Tabarrai M, et al. The effect of Jazar supplement on quality of life and sexual function in postmenopausal women: a double-blind, randomized, placebo-controlled trial. *Evid Based Complement Alternat Med*. 2021;2021:8854182. DOI:10.1155/2021/8854182
15. Abbaspoor Z, Hajikhani NA, Afshari P. Effect of Vitex agnus-castus on menopausal early symptoms in postmenopausal women: a randomized, double blind, placebo-controlled study. *J Adv Med Med Res*. 2011;1(3)132-40.
16. Bhagavathula AS, Elnour AA, Shehab A. Pharmacovigilance on sexual enhancing herbal supplements. *Saudi Pharm J*. 2016;24(1):115-8. DOI:10.1016/j.jsps.2015.01.018
17. Allahtavakoli M, Honari N, Pourabolli I, et al. Vitex Agnus Castus extract improves learning and memory and increases the transcription of estrogen receptor α in hippocampus of ovariectomized rats. *Basic Clin Neurosci*. 2015;6(3):185-92.
18. Артымук Н.В., Кондратьева Т.А., Тачкова О.А. Принципы терапии пациенток с бесплодием и недостаточностью лютеиновой фазы менструального цикла. *Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии*. 2009;8(4):31-5 [Artymuk NV, Kondrat'eva TA, Tachkova OA. Principy terapii pacientok s besplodiem i nedostatochnost'yu lyuteinovoj fazy menstrual'nogo cikla. *Voprosy ginekologii, akusherstva i perinatologii*. 2009;8(4):31-5 (in Russian)].
19. Сметник В.П., Бутарева Л.Б. Опыт применения фитопрепарата агнукастон (Циклодинон®) у пациенток с недостаточностью функции желтого тела и гиперпролактинемией. *Проблемы репродукции*. 2005;11(5):50-4 [Smetnik VP, Butareva LB. Опыт primeneniya fitopreparata agnukaston (Ciklodinon®) u pacientok s nedostatochnost'yu funkicii zhelтого tela i giperprolaktinemiej. *Problemy reprodukcii*. 2005;11(5):50-4 (in Russian)].
20. Wuttke W. Dopaminergic action of extracts of Agnus Castus. *Forschende Komplementmed*. 1996;3:329-30.
21. Адамов Г.В., Мельников Е.С., Лупанова И.А., и др. Изучение химического состава и дофаминергической активности плодов Витекса священного (Vitex agnus-castus L.). *Разработка и регистрация лекарственных средств*. 2020;9(3):143-9 [Adamov GV, Melnikov ES, Lupanova IA, et al. Investigation of the chemical composition and dopaminergic activity of the Vitex agnus-castus fruits. *Razrabotka i registratsiya lekarstvennykh sredstv = Drug development & registration*. 2020;9(3):143-9 (in Russian)]. DOI:10.33380/2305-2066-2020-9-3-143-149
22. Jarry H, Leonhardt S, Gorkow C, Wuttke W. In vitro prolactin but not LH and FSH release is inhibited by compounds in extracts of Agnus castus: direct evidence for a dopaminergic principle by the dopamine receptor assay. *Exp Clin Endocrinol*. 1994;102(6):448-54. DOI:10.1055/s-0029-1211317

23. Meier B, Berger D, Hoberg E, et al. Pharmacological activities of Vitex agnus-castus extracts in vitro. *Phytomedicine*. 2000;7(5):373-81. DOI:10.1016/S0944-7113(00)80058-6
24. Heirati SFD, Ozgoli G, KabodMehri R, et al. The 4-month effect of Vitex agnus-castus plant on sexual function of women of reproductive age: A clinical trial. *J Educ Health Promot*. 2021;10:294. DOI:10.4103/jehp.jehp_63_21
25. Brown D. Vitex agnus castus clinical monograph. *Qtry Rev Nat Med*. 1994;2:111-21.
26. Naseri R, Farnia V, Yazdchi K, et al. Comparison of Vitex agnus-castus extracts with placebo in reducing menopausal symptoms: a randomized double-blind study. *Korean J Fam Med*. 2019;40(6):362-7. DOI:10.4082/kjfm.18.0067
27. Duke JA. The Green Pharmacy Herbal Handbook: Your Comprehensive Reference to the Best Herbs for Healing. New York: St. Martin's Press, 2000.
28. Nathan M, Scholten R. The complete German commission e monographs: Therapeutic guide to herbal medicines. *Ann Intern Med*. 1999;130:459.
29. Симрок В.В., Рубан Е.С. Оценка эффективности негормонального растительного препарата Циклодинон у пациенток с нарушениями в гипоталамогипофизарно-яичниковой оси. *Репродуктивное здоровье женщины*. 2007;3(32):46-8 [Simrok VV, Ruban ES. Ocenka effektivnosti negormonal'nogo rastitel'nogo preparata Ciklodinon u pacientok s narusheniyami v gipotalamogipofizarno-yaichnikovoj osi. *Reproduktivnoe zdorov'e zhenshchiny*. 2007;3(32):46-8 (in Russian)].

Статья поступила в редакцию / The article received: 02.03.2023

Статья принята к печати / The article approved for publication: 22.02.2023



OMNIDOCTOR.RU