

# Сексуальные расстройства у женщин с хроническим сальпингоофоритом как вариант биопсихосоциальной модели

В.Г. Коновалов<sup>✉1</sup>, В.Д. Менделевич<sup>2</sup>

<sup>1</sup>КУЗ ВО «Воронежский областной клинический психоневрологический диспансер», Воронеж, Россия;

<sup>2</sup>ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Казань, Россия

## Аннотация

**Обоснование.** Современная гинекология использует все новейшие достижения других медицинских, фундаментальных естественных наук и медицинских технологий. Однако сексопатология у женщин при гинекологических заболеваниях из-за сложности этиопатогенеза остается малоизученной.

**Цель.** Разработка алгоритма диагностики и выявление структуры сексуальных расстройств (СР) при хроническом сальпингоофорите (ХСО).

**Материалы и методы.** Обследованы 100 гинекологических пациенток в возрасте 18–38 (в среднем – 27,3±1,2) лет с диагнозом ХСО (N70.1 по Международной классификации болезней 10-го пересмотра – МКБ-10), у 67% из которых выявлены СР. Методы исследования: клинико-психопатологический, психометрический, экспериментально-психологический, сексологический, гинекологический, статистический.

**Результаты.** СР, имеющиеся у 67% женщин с ХСО, чаще (40,3%) имеют смешанную природу. Невротические расстройства представлены соматоформными (F45 по МКБ-10) – 29,9%, тревожно-фобическими (F40 по МКБ-10) – 22,4%, конверсионными (F44 по МКБ-10) – 14,9% расстройствами и неврастенией (F48.0 по МКБ-10) – 7,5%.

**Заключение.** Тяжесть течения ХСО не всегда соответствует уровню проявлений СР; преобладающей сексуальной дисфункцией является диспареуния (54%). Соматогенная астения, которая по МКБ-10 относится к психическим расстройствам, редуцируется сугубо соматической (гинекологической) терапией. Определена тактика врачей-гинекологов по выявлению СР у женщин с гинекологическими заболеваниями. Проведен углубленный анализ СР при ХСО по двум основным направлениям («сексо» ↔ «гинеко») в домене науки («логия») как варианта современной биопсихосоциальной модели, предложенной в МКБ-11.

**Ключевые слова:** сексогинекология, биопсихосоциальная модель, сальпингоофорит, психические и сексуальные расстройства

**Для цитирования:** Коновалов В.Г., Менделевич В.Д. Сексуальные расстройства у женщин с хроническим сальпингоофоритом как вариант биопсихосоциальной модели. Гинекология. 2021;23(6):571–577. DOI: 10.26442/20795696.2021.6.201276

ORIGINAL ARTICLE

## Sexual disorders in chronic salpingo-oophoritis as a variant of the biopsychosocial model

Vladislav G. Konovalov<sup>✉1</sup>, Vladimir D. Mendelevich<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Voronezh Regional Clinical Psychoneurological Dispensary, Voronezh, Russia;

<sup>2</sup>Kazan State Medical University, Kazan, Russia

## Abstract

**Background.** Modern gynecology uses all the latest achievements of other medical, basic natural sciences and medical technologies. However, sexopathology in women with gynecological diseases, due to the complexity of etiopathogenesis, remains poorly understood.

**Aim.** Development of a diagnostic algorithm and identification of the structure of sexual disorders (SD) in chronic salpingo-oophoritis (CSO).

**Materials and methods.** We examined 100 gynecological patients aged 18–38 (on average 27.3±1.2) years with a diagnosis of CSO (N70.1 according to ICD-10), 67% of whom had sexual dysfunctions. Research methods: clinical-psychopathological, psychometric, experimental-psychological, sexological, gynecological, statistical.

**Results.** SD which are present in 67% of women with CSO, are more often (40.3%) of a mixed nature. Neurotic disorders are represented by somatoform (F45) – 29.9%; anxiety-phobic (F40) – 22.4%; conversion (F44) – 14.9% disorders and neurasthenia (F48.0) – 7.5%.

**Conclusion.** The severity of the course of CSO does not always correspond to the level of manifestations of sexual dysfunction; the predominant sexual dysfunction is dyspareunia (54%). Somatogenic asthenia, which according to ICD-10 refers to mental disorders, is reduced by purely somatic (gynecological) therapy. The tactics of gynecologists to identify sexual dysfunctions in women with gynecological diseases have been determined. An in-depth analysis of SD in CSO has been carried out in two main directions (“sexo” ↔ “gyneco”) in the domain of science (“logy”) as a variant of the modern biopsychosocial model proposed in ICD-11.

**Keywords:** sexogynecology, biopsychosocial model, salpingo-oophoritis, mental, behavioral, sexual disorders

**For citation:** Konovalov VG, Mendelevich VD. Sexual disorders in chronic salpingo-oophoritis as a variant of the biopsychosocial model. Gynecology. 2021;23(6):571–577. DOI: 10.26442/20795696.2021.6.201276

## Введение

Особенности гинекологии XX–XXI вв. – интеграция медицинских специальностей (онкогинекология, урогинекология и др.) и синтез сопряженных фундаментальных

естественно-научных дисциплин (биохимия, иммунология, генетика и др.) [1].

По Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) у женщин основные поведенческие

## Информация об авторах / Information about the authors

✉ Коновалов Владислав Геннадьевич – врач-сексолог КУЗ ВО ВОКПНД, зав. областным сексологическим кабинетом Воронежской области. E-mail: medsexvnrnobl@mail.ru; ORCID: 0000-0001-6282-3545

✉ Vladislav G. Konovalov – sexologist, Voronezh Regional Clinical Psychoneurological Dispensary. E-mail: medsexvnrnobl@mail.ru; ORCID: 0000-0001-6282-3545

Менделевич Владимир Давыдович – д-р мед. наук, проф., дир. Института исследований проблем психического здоровья, зав. каф. медицинской психологии ФГБОУ ВО КГМУ, эксперт Всемирной организации здравоохранения, глав. ред. журнала «Неврологический вестник». ORCID: 0000-0001-8489-3130; SPIN-код: 2302-2590

Vladimir D. Mendelevich – D. Sci. (Med.), Prof., Kazan State Medical University. ORCID: 0000-0001-8489-3130; SPIN code: 2302-2590

расстройства (ПоР) представлены сексуальными расстройствами – СР (F52 по МКБ-10) и расстройствами сексуального предпочтения (F65 по МКБ-10) [2], т.е. преобладает V (психиатрический) класс. Для диспареунии как ведущего СР при гинекологических заболеваниях (ГЗ) по МКБ-10 существует два шифра: F52.6 (неорганическая) и N94.1 (органическая) [3–4].

Основные отличия между МКБ-10 и МКБ-11 состоят в том, что:

- 1) СР выводятся из психиатрической рубрики в класс «Состояния, связанные с сексуальным здоровьем»;
- 2) СР предлагается рассматривать с позиции не бинарной («соматогенные» и «психогенные» СР), а биопсихосоциальной модели [2]. При этом одно с другим не связано, так как классификация СР во многом основывается на социальных и правовых последствиях болезней с попытками игнорирования клиники психических расстройств (ПсР) и тенденции к ее депатологизации [5].

С одной стороны, классическая биопсихосоциальная модель R.R. Grinker (1964 г.) и G.L. Engel (1977 г.) в медицине имеет недостатки:

- 1) она разработана сугубо для исследования и акцентирования внимания на полиэтиологичности любого заболевания;
- 2) в ней не представлены критерии по внедрению ее в рамках постановки научно-практических целей;
- 3) она является гипотезой без практического подкрепления;
- 4) не создана новая методология и интегративная терапия;
- 5) врачи отдельных специальностей могут рассматривать домены «био-», «психо-» и «социо-» в соответствии со своим научно-практическим опытом и менталитетом.

С другой стороны, биопсихосоциальная модель оптимальна в современной медицине (особенно в психиатрии и при хронических заболеваниях), так как возможно глубокое изучение всех ее доменов: «био-» (биомедицина + геновая инженерия), «психо-» (экспериментально-клиническая психология) и «социо-» (моделирование стрессов и ретроспекция кризисов жизни) [6].

Либерализация сексуального поведения [7] и появление эффективной контрацепции – основные причины современной сексуальной революции [8].

Рекреативную (сексуальную) функцию женщин при ГЗ стали чаще рассматривать в соматической медицине, например как в гинекологии [9–11], так и неврологии [12]. В то же время гинекологический подход в большей степени акцентирован на функцию прокреации [1].

Особенности женской сексуальности:

- 1) формируется тесным взаимодействием нейрогуморальной, психической и генитосегментарной составляющих копулятивного цикла [4];
- 2) с одной стороны, отсутствует прямое взаимодействие между ее проявлением и гормональным уровнем (женское либидо напрямую не связано с уровнем тестостерона и может снижаться из-за разнообразных влияющих на головной мозг факторов, периферических андрогенорецепторов, при снижении аллопрегнанолон, являющегося агонистом рецепторов  $\gamma$ -аминомасляной кислоты [8]); но, с другой стороны, имеются положительные результаты лечения женского гипоактивного сексуального влечения препаратами тестостерона [13];
- 3) эстрогены потенцируют сексуальность женщин, а тестостерон на фоне психической составляющей влияет на мотивационный аспект либидо [8];

4) усложненность, утонченность, зависимость от психоэмоциональных и психосоциальных факторов, романтизированность, индивидуалистичность [3–4, 8].

Женские СР могут не препятствовать совершению полового акта [4], иметь многочисленные неспецифические факторы [14], т.е. сложный этиопатогенез.

Соотношение женских СР в общей популяционной выборке составляет разницу 10–57%, по мнению разных авторов: 10–20% (D. Hill и соавт., 2021 [15]), 32% (М.В. Мазуркевич и соавт., 2015 [8]), 40% (Н.Н. Стеняева и соавт., 2021 [14]), 46% (А.И. Федорова, 2016 [4]), 57% (B. Berghmans, 2018 [3]).

СР у женщин могут снижать их фертильность [8, 10]; психологические реакции на бесплодие, затрагивая женскую сущность, способствуют развитию СР [14], приводят к ухудшению качества жизни, расстройству отношений, возникновению тревоги и депрессии [13, 15]). ГЗ отражаются на демографическом кризисе [1, 8].

По мнению отдельных авторов [14], структура СР при ГЗ представлена следующими нозологиями: сниженное сексуальное влечение (F52.0 по МКБ-10) – 56,9%, оргазмическая дисфункция (F52.3 по МКБ-10) – 40,1%, сочетанная диспареуния (F52.6+N94.1 по МКБ-10) – 25,8%, сексуальная ангедония (F52.1 по МКБ-10) – 23,6%, недостаточность lubricации (F52.2 по МКБ-10) – 20,1%, вагинизм психогенного генеза (F52.5 по МКБ-10) – 7,1%.

Условно все ГЗ подразделяются на 3 группы: воспалительные, гормональные и неопластические. У женщин в органах малого таза (ОМТ) преобладают (от 30–38,5 до 60–65%) воспалительные заболевания, обусловленные возрастом доли инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), что связано с изменением сексуального поведения (беспорядочные половые связи, отсутствие барьерной контрацепции) [1]. У женщин с воспалительными заболеваниями органов малого таза и бесплодием выявлено сниженное сексуальное функционирование по индексу женской сексуальности (Female Sexual Function Index – FSFI)  $\leq 26,55$ : сексуальное влечение ( $p=0,01$ ), недостаточность генитальной реакции ( $p=0,04$ ), коитальная боль ( $p=0,03$ ) [14].

Длительные состояния эмоционального напряжения у гинекологических пациенток из-за несостоятельности их репродуктивно-рекреативного функционирования как отражения базальной женственности могут приводить к психосоматическим расстройствам; при ГЗ возрастает количество ПсР и ПоР, происходит их взаимное утяжеление; тяжесть течения и возможность излечения ГЗ зависят от психического состояния и личностных особенностей женщин; вовлечение психической составляющей копулятивного цикла расширяет спектр ПоР при ГЗ [2, 4, 9, 13, 14, 16, 17].

Мало разработаны вопросы связи ГЗ с СР, что, вероятно, объясняется разнонаправленностью исследований [4, 14]. В то же время СР при ГЗ пытаются лечить, с одной стороны, гормонами, стимуляторами сексуальности, физиотерапией и хирургической операцией, а с другой стороны – сугубо психотерапией; во многих исследованиях постоянно обсуждается тезис о том, что эффективное лечение СР при ГЗ возможно только совместными усилиями врачей нескольких специализаций [2, 4, 8, 9, 12].

В связи с тем, что отдельные нозологические формы ГЗ мало влияют на клинику СР, так как у женщин преобладает алгическое СР – диспареуния [4, 10, 12–17], рассмотрение отдельных СР при ГЗ возможно на примере самого распространенного (60–67%) из них – хронического сальпингоофорита (ХСО) [1].

**Цель исследования** – разработка алгоритма диагностики и выявление структуры СР при ХСО.

## Материалы и методы

С 2012 по 2018 г. обследованы 100 женщин от 18 до 38 (в среднем – 27,3±1,2) лет с диагнозом ХСО (N70.1 по МКБ-10), как принимаемых в женских консультациях (10%) и находящихся в гинекологических отделениях стационаров (34%), так и самостоятельно обратившихся на прием в областной сексологический кабинет (56%).

Критерии включения: женщины в возрасте 18–38 лет с диагнозом ХСО в состоянии ремиссии; СР (F52 по МКБ-10), сопровождающиеся невротическими расстройствами – НР (F40–F48 по МКБ-10); соматогенная астения (F06.6 по МКБ-10), обусловленная длительно протекающим ХСО. Длительность наблюдения за СР при ХСО – 1 год.

Критерии исключения: шизофрения, шизотипическое расстройство, эндогенные аффективные расстройства, расстройства зрелой личности, эпилепсия, умственная отсталость; острые вирусные инфекции в гениталиях; эндокринологические заболевания, беременность и лактация; получение женщинами психотропной терапии (в течение нескольких месяцев до настоящего исследования).

У всех женщин на момент осмотра ХСО был вне обострения, что подтверждалось данными медицинской документации врачей акушеров-гинекологов, сбором акушерско-гинекологического анамнеза, объективного бимануального исследования (отсутствие отека и пастозные придатки); аксиллярная температура и общий анализ крови (лейкоциты и скорость оседания эритроцитов) находились в пределах нормы, отсутствовали воспалительные выделения из половых путей. Болевой синдром в области придатков матки у женщин отсутствовал, но имелся при гинекологическом обследовании и коитусе.

Женщины с ХСО (n=100) разделены на группы по следующим критериям: основные – наличие или отсутствие СР и ПсР; дополнительные – длительность ХСО, тип генитальной микрофлоры: специфическая и неспецифическая (условно-патогенная), смешанная или единичная; спаечный процесс в ОМТ (СП-ОМТ), основные значимые критерии психосексуального развития. Акцент на смешанной специфической микрофлоре сделан только потому, что при ней без лечения СП-ОМТ образуются быстрее; но подобная микрофлора не является критерием степени тяжести течения ХСО [1].

Выделены следующие группы пациенток с ХСО, имевших различные СР и ПсР (n=100):

- 1-я (n=17) – органическое СР (органическая диспареуния – N94.1 по МКБ-10 + соматогенная астения – F06.6 по МКБ-10), но без НР (ХСО → СП-ОМТ и соматогенная астения → усиление болевых ощущений → нет психогений → органическая диспареуния).
- 2-я (n=20) – СР, обусловленные как психологической реакцией на заболевание ХСО с осложнениями, так и самим СП-ОМТ (ХСО → НР → СР; ХСО → СП-ОМТ → болевые ощущения → органическо-психогенная диспареуния и притупление оргазма).
- 3-я (n=30) – дебютирующие СР, обусловленные сексуальным дизонтогенезом (СДО): из-за задержек и дисгармоний психо- и соматосексуального развития у женщин не пробудился сексуальный компонент либидо и не сформировался рефлекс оргазма; далее происходило постепенное наложение НР (сексуальные реакции подавлялись), а потом ХСО (присоединялись психогенно-органическая диспареуния и притупление оргазма): СДО СР → СДО-психогенные СР → СДО-психогенно-органические СР, т.е. СР утяжелялись.
- 4-я (n=33) – контрольная (К) – ХСО, но без СР и без НР.

Гормональный профиль на 6-й день цикла (кроме прогестерона – на 21-й день) у всех женщин с ХСО определялся для того, чтобы исключить эндокринное влияние на половую функцию. За 2 мес до исследования женщины не принимали оральных контрацептивов. Не выявлено достоверных статистических различий по уровням гормонов (эстрадиола, прогестерона, тестостерона свободного, пролактина, фолликулостимулирующего гормона, лютеинизирующего гормона, кортизола, тиреотропного гормона, трийодтиронина и тироксина свободных, антител к тиреопероксидазе) между группами женщин с ХСО, так как последний был вне обострения.

Методы исследования: клиничко-психопатологический, психометрический с клиническими шкалами, экспериментально-психологический, сексологический, гинекологический с выписками из медкарт (ультразвуковое исследование – УЗИ ОМТ, гистеросальпингография, сальпингография, лапароскопия, лабораторный анализ на ИППП – полимеразная цепная реакция, иммуноферментный анализ, бакпосев), статистический (StatSoft Statistica 10).

## Результаты

Проведенный анализ литературы показал, что современная гинекология использует все новейшие достижения других медицинских, фундаментальных естественных наук и медицинских технологий. Однако СР у женщин при ГЗ, имея сложный этиопатогенез, остаются малоизученными. СР у женщин рассмотрены на примере преобладающего ГЗ – ХСО.

Женщины в 1-й группе по возрасту были несколько старше (29,0±0,8 года), чем во 2-й (25,2±1,3 года). Большинство женщин всех изучаемых групп имели среднее профессиональное образование (42%), состояли в браке (54%) или имели постоянного полового партнера (31%). Дети имелись у 52% женщин. Меньше всего детей (35,3%) было у пациенток 1-й группы (17% от общей выборки). По группам трубно-перитонеальное бесплодие (подтверждено сальпингографией) распределилось следующим образом: 64,7% – 1-я, 25% – 2-я, 10% – 3-я, 6,1% – 4-я. Особенности пубертата: 1-я группа – задержка (29,4%), 2-я – торможение (15%), 3-я – дисгармония (70%), 4-я – гармония (57,6%). У 67% из 100 женщин с ХСО выявлялись не только СР, но и психопатология: во 2 и 3-й группе – НР, а в 1-й – соматогенная астения, обусловленная длительно и тяжело протекающим ХСО.

Выявлены клинические закономерности формирования структуры СР и ПсР на фоне ХСО:

1) СР (подрубрика F52 по МКБ-10);

2) ПсР:

а) НР (F40–F48),

б) наличие и степень выраженности соматогенной астении, обусловленной ХСО (F06.6 по МКБ-10).

Отсутствие барьерных методов контрацепции (при сексуальной активности с разными половыми партнерами) привело к тому, что определенный преобладающий тип генитальной микрофлоры (ИППП) инициировал развитие ХСО, обусловил его тяжесть и осложнения. Формирование СР, таким образом, происходило как на фоне астении с соматогенным радикалом, так и с присоединившимися или уже имевшимися НР, что, в свою очередь, существенно усложняло течение клинической картины ХСО и непосредственно СР.

Методы контрацепции (как фактор сдерживания заражения ИППП и сексуального удовлетворения) по преобладанию в группах распределились следующим образом: 1-я группа – coitus interruptus (35,3%); 2-я – внутриматочная

спираль (25,0%); 3-я – презерватив (33,3%); 4-я (К) – комбинированные оральные контрацептивы (42,4%) и презерватив (39,4%). Преобладающее число женщин, не использовавших никаких методов контрацепции, было во 2-й (55,4%) и 1-й (47,1%) группах. Незащищенный коитус во время месячных преобладал у женщин 2-й группы (45,0%).

В анамнезе у женщин с ХСО выявлялась микрофлора (ИППП):

1. Наиболее агрессивная, смешанная специфическая – в трех группах. В 1-й группе – 100%: *Trichomonas vaginalis* + *Chlamydia trachomatis* (50,0%), *T. vaginalis* + *Neisseria gonorrhoeae* (25,0%), *N. gonorrhoeae* + *C. trachomatis* (25,0%); во 2-й группе – 25,0%: *T. vaginalis* + *C. trachomatis* (10,0%), *T. vaginalis* + *N. gonorrhoeae* (10,0%), *N. gonorrhoeae* + *T. vaginalis* + *C. trachomatis* (5,0%); в 4-й (К) группе – 15,2%: *T. vaginalis* + *C. trachomatis* (9,1%), *T. vaginalis* + *N. gonorrhoeae* (3,3%), *N. gonorrhoeae* + *C. trachomatis* (3,3%).
2. Единичная специфическая – в трех группах: 2 и 3-я – по 40%, 4-я (К) – 27,3%.
3. Неспецифическая (условно-патогенная) – во всех группах: 1-я – 82,4%, 2-я – 70,0%, 3-я – 56,7%, 4-я (К) – 72,7%. Наибольшее влияние эта микрофлора оказывала на женщин с минимумом агрессивных ИППП в 3-й группе: *Ureaplasma urealyticum* (16,7%), *Streptococcus agalactiae* (16,7%), *Staphylococcus aureus* (13,3%) и *Mycoplasma genitalium* (10,0%). Между 1-й и остальными группами имелись статистические различия ( $p < 0,05$ ) по преобладанию смешанной специфической микрофлоры.

Общая длительность ХСО по группам: 1-я –  $5,5 \pm 0,4$  года, 2-я –  $4,2 \pm 1,2$  года, 3-я –  $4,6 \pm 1,4$  года, 4-я (К) –  $3,6 \pm 0,5$  года. По продолжительности основного алгического СР, диспареунии распределение в группах составило: 1-я группа –  $1,6 \pm 0,3$  года, 2-я –  $2,0 \pm 0,4$  года, 3-я –  $7,9 \pm 1,5$  года, в 4-й (К) она отсутствовала. Разница между общей длительностью ГЗ и диспареунией на фоне ХСО в группах: 1-я группа –  $3,9 \pm 0,1$  года, 2-я –  $4,6 \pm 1,3$  года, 3-я –  $5,3 \pm 1,5$  года. В 1-й группе ХСО был наиболее тяжелым, в связи с чем соматогенная астения проявлялась в максимальной степени (даже при попытках и реализации сексуальной активности) среди всех обследуемых женщин. В связи с тем, что у 100% женщин 2–3-й групп поражена психическая составляющая копулятивного цикла из-за НР, диспареунии смешанного и психогенного генеза у них сочеталась с притуплением оргазма (коитального – во 2-й группе и ипсационного – в 3-й). Во 2–3-й группах НР поддерживали болевую симптоматику и усиливали эмоциональную окраску болей при половом акте.

СП-ОМТ по группам: 1-я (100% смешанная специфическая микрофлора в анамнезе) – 100%; 2-я – 50%, 3-я – 56,7%, 4-я (К) – 33,3%. В 4-й группе СП-ОМТ имел незначительную выраженность из-за меньшей ( $3,6 \pm 0,5$  года), чем в 1-й ( $5,5 \pm 0,4$  года), длительности ХСО и отсутствия 100% смешанной специфической микрофлоры; наблюдался преимущественно у стеничных личностей, у которых не возникало НР в связи с самим фактом наличия у них ХСО и которые не уклонялись от сексуальной активности. Длительность течения ХСО между группами достоверно различалась ( $p < 0,05$ ): 1 и 2-я группы –  $p = 0,021$ , 1 и 4-я группы –  $p = 0,0001$ . Общая длительность воспаления, вызванного смешанной специфической микрофлорой, у женщин с СР составила  $5,5 \pm 0,2$  года, а в 4-й (К) группе этот показатель составил всего  $1,1 \pm 0,1$  года. У женщин 4-й группы из-за меньшей длительности ХСО и гораздо меньшего наличия смешанной специфической микрофлоры, чем в 1-й группе, на фоне отсутствия ПсР и преобладания стеничных («стрес-

соустойчивых») личностных акцентуаций выраженных СП-ОМТ и СР не сформировалось.

С одной стороны, в гинекологической литературе нет общепринятых критериев степени тяжести ГЗ на основании, например, маркеров гемостаза и воспаления; но с другой – есть данные, что клиническая картина ГЗ может им не соответствовать [1]. Кроме того, использовались сведения анамнеза и динамического наблюдения ХСО из медкарт врачей – акушеров-гинекологов. Таким образом, условно выделены следующие критерии для диагностики степени тяжести ХСО: количество обострений в год, СП-ОМТ и тубо-перитонеальное бесплодие на фоне преобладания определенной микрофлоры в анамнезе. Степень тяжести может быть:

- 1) тяжелой: обострения 4–6 раз в год, СП-ОМТ – 100% и тубо-перитонеальное бесплодие – 100% (смешанная специфическая микрофлора);
- 2) средней: обострения 2 раза в год, СП-ОМТ – 50% и тубо-перитонеальное бесплодие – 25% (единичная специфическая микрофлора);
- 3) легкой: обострение  $\leq 1$  раза в год, отсутствуют СП-ОМТ и тубо-перитонеальное бесплодие (условно-патогенная микрофлора).

Степень тяжести течения ХСО: в 1-й группе тяжелая – 76,5%, средняя – 23,5%; во 2-й группе тяжелая – 25%, средняя – 50%, легкая – 25%; в 3-й группе средняя – 56,7%, легкая – 43,3%; в 4-й (К) группе средняя – 33,3%, легкая – 66,7%. По анамнезу проявления болевого синдрома в области придатков матки у женщин при ХСО были минимальными в 4-й группе (69,7%), а максимальными – в 1 и 2-й (100,0%). Выраженная аффективная окраска жалоб преобладала у женщин в 1-й (76,7%) и 2-й (60,0%) группах: это свидетельствует о том, что боль имеет биологический, сенсорный (интенсивность ощущений), эмоциональный (неприятность переживаний и ожидание ее возникновения) и когнитивный (катастрофизация и смысл) компоненты [18]; и именно три последних (дополнительных) компонента преобладали у женщин при ХСО с НР.

Особенности отягощенного акушерско-гинекологического анамнеза у женщин с ХСО в группах: существенных отличий по возрасту менархе не было (от  $12,7 \pm 0,5$  года в 4-й группе до  $13,3 \pm 0,9$  года в 1-й); предменструальный синдром преобладал во 2-й группе (65,0%); наименьшее число беременностей было при самом тяжелом ХСО в 1-й группе (52,9%); эктопические беременности – в 1-й (35,3%); гестозы – во 2-й (45,0%); угрозы прерывания беременностей – в 3-й (43,3%); больше всего медабортов – в 3-й (33,3%) и 2-й (30,0%). Таким образом, абсолютно во всех группах женщин, включая контроль, имелся отягощенный акушерско-гинекологический анамнез, что утяжеляло как СР, так и течение самого ХСО.

Преобладающие личностные акцентуации («усиление отдельных черт личности как вариант нормы») у женщин с ХСО были представлены следующими радикалами: гипертимная ( $11 \pm 0,4$  балла) и истероидная ( $15 \pm 0,4$  балла) акцентуации – по 25%; эпилептоидная ( $11 \pm 0,6$  балла) и психастеническая ( $11 \pm 1$  балл) акцентуации – по 19%. Общая доля радикалов стеничных личностных акцентуаций (гипертимные и эпилептоидные) составила 44%: 100% женщин в 1-й группе и 81,8% в 4-й. Группы женщин с ХСО статистически значимо ( $p < 0,05$ ) различались по двум стеничным акцентуациям: гипертимной – 1 и 2-я ( $p = 0,006$ ), 1 и 3-я ( $p = 0,007$ ), 1 и 4-я (К;  $p = 0,007$ ) и эпилептоидной – 1 и 4-я (К;  $p = 0,045$ ), 3 и 4-я (К;  $p = 0,035$ ). Общая доля радикалов стеничных личностных акцентуаций (гипертимные и эпилептоидные) составила 44%: 100% – 1-я группа и 81,8% – 4-я.

Группы женщин с ХСО значимо ( $p < 0,05$ ) различались как по уровню депрессии шкалы Гамильтона ( $p = 0,000$ ), так и по уровню тревоги Спилберга–Ханина ( $p = 0,000$ ). Однако в 1 и 4-й группе аффективная патология не выявлялась.

У женщин с ХСО ПсР включали соматогенную астению (17%) и НР (50%): соматоформные расстройства (F45 по МКБ-10) – 29,9%; соматизированное (F45.0) и ипохондрическое (F45.2) – по 50%; тревожно-фобическое (F40) – 22,4%; конверсионное (F44) – 14,9%; неврастения (F48.0) – 7,5%.

НР клинико-патогенетически формировались по двум направлениям:

- 1) как психологическая реакция на ХСО и его осложнения (вторично) – 100% соматоформные расстройства;
- 2) задолго до ХСО у женщин уже имелись НР (первично) и обусловленные ими психогенные СР. Роль ХСО в этом случае сводилась к активации «дремлющей» психопатологии.

НР обнаруживались у женщин только во 2 и 3-й группах, однако их длительность ( $1,7 \pm 0,2$  года) во 2-й группе была достоверно ниже ( $p < 0,05$ ), чем в 3-й ( $9,2 \pm 0,7$  года), при этом во 2-й группе они являлись следствием психогенности на ХСО, а в 3-й постепенно формировались еще с детства, задолго до ХСО.

У женщин с ХСО течение их СР утяжеляла соматогенная (25,4%) и соматогенно-психогенная (74,6%) астения. Подобные астенические состояния дифференцировали по клиническим проявлениям, анамнезу и результативности терапии (как последствия лечения ХСО или антиастенической психофармакотерапии).

СР (67%) у женщин с ХСО чаще (40,3%) имеют смешанный генез, испытывая одновременное влияние соматогенного (ХСО с осложнениями) и психопатологического (НР и соматогенная астения) факторов; в связи с этим такие СР имеют тенденцию к длительному и тяжелому течению, труднее поддаются диагностике и терапии, так как оба эти фактора могут взаимно маскироваться. Основные СР при ХСО включали диспареунию – 54%, оргазмическую дисфункцию – 44% и снижение либидо – 38%. Диспареуния смешанного (27%) генеза преобладала над сугубо органической (17%). Притупление оргазма возникало вторично на фоне диспареунии. Первичная коитальная и абсолютная аноргазмия обуславливались СДО, подавлением сексуальных реакций НР и негативным партнерским фактором. Критерии диагностики сниженного либидо при диспареунии смешанного и психогенного генеза – субъективные переживания боли, где большее значение имеют ее эмоциональные и когнитивные компоненты [18].

Основное СР при ХСО – органическая диспареуния (N94.1 по МКБ-10) – обусловлено СП-ОМТ, вызванным ХСО, при отсутствии НР; это объективно подтверждалось гинекологическим обследованием, УЗИ ОМТ, анамнезом в меддокументации. Критериями диагностики являлись:

- 1) высокой или средней степени выраженности СП-ОМТ, который вызывал алгические ощущения при половом акте и при гинекологическом обследовании;
- 2) соответствии времени, характера и интенсивности коитальных алгических жалоб четкой анатомической локализации и выраженности СП-ОМТ при ХСО.

Преобладали стеничные женщины – гипертимы (82,4%) и эпилептоиды (17,6%), для которых был характерен определенный «поведенческий рисунок», связанный с отсутствием тревоги за последствия заражения ИППП. Боли присутствовали как при гинекологическом исследовании, так и при половом акте; описывались пациентками как глубокие, тянущие, отдающие в прямую кишку и бедро.

Изучение особенностей родительской семьи и психосексуального развития женщин с ХСО позволило выявить значимые межгрупповые различия в частоте встречаемости психических и сексуальных травм детства, доминирования матери в родительской семье, асексуального репрессивного воспитания, физической и вербальной агрессии со стороны родителей в детстве. Перечисленные признаки чаще всего встречались у женщин 3-й группы и реже всего – 1-й, что свидетельствует об их значении в формировании конституциональной готовности как к НР, так и психогенным СР.

Основные факторы формирования СР при ХСО:

- а) органическая диспареуния: длительность ( $\beta = 0,852$ ) персистенция и общее количество ( $\beta = 0,744$ ) смешанной специфической генитальной микрофлоры;
- б) психогенная диспареуния: сенситивная акцентуация личности ( $\beta = 0,758$ ), отрицательный материнский образ ( $\beta = 0,648$ ) в детстве, соматизированное расстройство ( $\beta = 0,333$ );
- в) расстройство оргазма: тревожно-фобическое расстройство ( $\beta = 0,691$ ), негативный партнерский фактор ( $\beta = 0,664$ );
- г) снижение либидо: НР ( $\beta = 0,783$ ), психогенности на длительном течении ХСО с единичной условно-патогенной микрофлорой ( $\beta = 0,776$ );
- д) диспареуния смешанного генеза и притупление оргазма: НР ( $\beta = 0,608$ ) – тревожно-фобическое ( $\beta = 0,691$ ) и ипохондрическое ( $\beta = 0,548$ ); негативный партнерский фактор ( $\beta = 0,578$ ); количество единичной смешанной микрофлоры ( $\beta = 0,512$ ), СП-ОМТ ( $\beta = 0,550$ ).

На основании изучения литературы и результатов практических исследований можно сделать вывод, что многообразие СР у женщин при ХСО зависит от наличия у них явной или скрытой психопатологии (преобладали НР), а скорость образования СР (акцент на алгическом СР – диспареунии) в большей степени зависит от типа микрофлоры, тяжести и длительности течения ХСО [3–4, 17].

Тактика гинекологов при подозрении на СР при ГЗ должна основываться на дифференциальной диагностике (органические, смешанные и психогенные СР) с целью исключения вовлечения психической составляющей, когда женщины уклоняются от интимной жизни. Особо можно отметить, что если длительное (более 3 мес) соматическое лечение ГЗ не редуцирует СР, клиника СР усложняется (снижается либидо, возникают сексуальная ангедония, нарушение оргазма и др.). В то же время необходимо учитывать возможный измененный гормональный фон при ГЗ. Многообразие ГЗ не увеличивает число СР, так как основными из них являются: диспареуния (как отражение соматогенного фактора) и притупление оргазма (как отражение соматогенного и психогенного факторов); снижение либидо, смазки, сексуальная ангедония (как отражение психогенного фактора). Минимальным уровнем обследования для выявления СР при ГЗ врачами-гинекологами могут быть опросники сексуальной формулы женщин и FSFI.

Часто отмечается, что проблема СР и хронической тазовой боли при ГЗ является полиэтиологической и не может быть решена с позиции врача одной специальности, и при этом рекомендуется параллельное лечение у многих специалистов («лечение по кругу») [4, 8, 9, 11–17], но такой вариант можно назвать несколько устаревшим, консервативным и неоптимальным.

Может использоваться «командный» (интегративный) подход как объединение в одно целое результатов диагностики и терапии СР при ГЗ специалистами психологического и соматического направлений. Врач-сексолог, имеющий,

как правило, психиатрическое образование, не будет углубляться в ИППП и «анатомические нарушения» женской генитальной сферы, а врачи-гинекологи могут «обходить» психопатологию; таким образом, будет создаваться тенденция ответственности только за свой сегмент работы. Тогда врач-гинеколог только предоставляет объективные данные о наличии или отсутствии органических изменений в ОМТ у женщин при ГЗ и результаты проведенной соматической терапии. Однако координатором в таком подходе должен быть врач-сексолог, так как сексология – междисциплинарная интегративная наука. Как правило, в связи с определенным менталитетом [4] женщины с СР при ГЗ к врачу-сексологу обращаются уже после длительного лечения у врача-гинеколога, поэтому в отличие от функциональных женских СР у них уже имеется большое число объективных лабораторно-инструментальных и гинекологических методов подтверждения СР (алгических, связанных с притуплением оргазма и лубрикацией).

Однозначно понимая, что сексология – интегративная наука, мы провели углубленный анализ СР при ХСО по двум основным направлениям («сексо» ↔ «гинеко») в домене науки («логия») как варианта современной биопсихосоциальной модели, предложенной в МКБ-11. В дальнейшем такой многоаспектный, комплексный подход можно распространить и на другие ГЗ, но, естественно, с учетом измененного гормонального фона. Объект исследования – гинекологические пациентки, предмет – СР при ГЗ. Субъект – врач, имеющий специализацию по акушерству-гинекологии, психиатрии и сексологии. Такие выводы были сделаны на основании практического изучения и терапии СР при ХСО. Возможность взаимодействия с подобными пациентками одного специалиста, который может заниматься всеми доменами («био-», «психо-» или «социо-») в равной степени, позволит реализовать комплексный интегрирующий подход, который объективно будет в большей степени нозологичен, чем симптоматичен. Это оптимальный подход к СР при ГЗ, позволяющий избежать длительной консервативной гинекологической терапии (а при ее неэффективности – и оперативных вмешательств); он основывается на принципах доказательной медицины [19] как беспристрастное, аргументированное и рациональное использование современных научных данных и методик при индивидуализированной терапии в работе с пациентками.

### Заключение

Анализ ИППП, ХСО и его осложнений (СП-ОМТ и трубно-перитонеального бесплодия), отягощенного акушерско-гинекологического анамнеза, ПсР (соматогенная, смешанная, психогенная астения и НР) позволил разработать алгоритм диагностики и выявить структуру СР при ХСО.

У женщин с ХСО не выявлено значимых различий между группами по гормональному профилю, так как ХСО был вне обострения; т.е. эндокринного влияния на сексуальную функцию у этих женщин не отмечено.

СР выявлялись у 67% женщин с ХСО: диспареуния (54%), оргазмическая дисфункция (44%) и снижение либидо (38%).

Тяжесть течения ХСО не всегда соответствует клиническим проявлениям СР. Многообразие СР при ХСО зависит от наличия ПсР (преобладают НР), а скорость образования СР зависит от типа ИППП (наиболее патогенно-агрессивная микрофлора – смешанная специфическая), тяжести и длительности течения ХСО.

Необходимы гинекологические и сексологические стратегии фармако- и психотерапии СР при ХСО. Соматогенная астения, которая по МКБ-10 относится к ПсР, может реду-

цироваться сугубо соматической (гинекологической) терапией.

Исследование имеет практический и теоретический аспекты:

- 1) определены тактика и подходы («командный» и «индивидуальный») для врачей-гинекологов по ведению женщин с СР при ГЗ на примере ХСО;
- 2) проведен углубленный анализ СР при ХСО по двум основным направлениям («сексо» ↔ «гинеко») в домене науки («логия») как варианта современной биопсихосоциальной модели, предложенной в МКБ-11.

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

**Disclosure.** 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.

**Информированное согласие на публикацию.** Авторы получили письменное согласие законных представителей пациентов на анализ и публикацию медицинских данных.

**Consent for publication.** Written consent was obtained from the patients for publication of relevant medical information within the manuscript.

**Соответствие принципам этики.** Протокол исследования был одобрен локальным этическим комитетом. Одобрение и процедуру проведения протокола получали по принципам Хельсинкской конвенции.

**Ethics approval.** The study was approved by the local ethics committee. The approval and procedure for the protocol were obtained in accordance with the principles of the Helsinki Convention.

### Литература/References

1. Гинекология: учебник. Под ред. В.Е. Радзинского, А.М. Фукса. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019 [Ginekologia: uchebnik. Ed. VE Radzinskii, AM Fuks. Moscow: GEOTAR-Media, 2019 (in Russian)].
2. Fung KW, Xu J, Bodenreider O. The new International Classification of Diseases 11th edition: a comparative analysis with ICD-10 and ICD-10-CM. *J Am Med Inform Assoc.* 2020;27(5):738-46. DOI:10.1093/jamia/ocaa030
3. Berghmans B. Physiotherapy for pelvic pain and female sexual dysfunction: an untapped resource. *Int Urogynecol J.* 2018;29(5):631-8. DOI:10.1007/s00192-017-3536-8
4. Федорова А.И. Диспареуния у женщин в пре- и постменопаузальном периоде. *Гинекология.* 2016;18(1):13-8 [Fedorova AI. Dyspareunia

- in pre- and postmenopausal women. *Gynecology*. 2016;18(1):13-8 (in Russian)].
5. Введенский Г.Е., Матевосян С.Н. Сексуальные расстройства в проекте МКБ-11: методологические и клинические проблемы. *Социальная и клиническая психиатрия*. 2017;27(3):102-5 [Vvedensky GE, Matevosyan SN. Sexual disorders in draft ICD-11: Methodological and clinical challenges. *Social and Clinical Psychiatry*. 2017;27(3):102-5 (in Russian)].
  6. Незнанов Н.Г., Рукавишников Г.В., Касьянов Е.Д., и др. Биопсихосоциальная модель в психиатрии как оптимальная парадигма для современных биомедицинских исследований. *Обзор психиатрии и медицинской психологии*. 2020;2:3-15 [Neznanov NG, Rukavishnikov GV, Kaysanov ED, et al. Biopsychosocial model in psychiatry as an optimal paradigm for relevant biomedical research. *Review of Psychiatry and Medical Psychology*. 2020;2:3-15 (in Russian)]. DOI:10.31363/2313-7053-2020-2-3-15
  7. Jansen KL, Fried AL, Chamberlain J. An Examination of Empathy and Interpersonal Dominance in BDSM Practitioners. *J Sex Med*. 2021;18(3):549-55. DOI:10.1016/j.jsxm.2020.12.012
  8. Мазуркевич М.В., Фирсова Т.А. Нейрогормональные аспекты полового влечения у женщин. *Андрология и генитальная хирургия*. 2015;1:41-4 [Mazurkevich MV, Firsova TA. Neurohormonal aspects of sexual drive in women. *Andrology and Genital Surgery*. 2015;1:41-4 (in Russian)]. DOI:10.17650/2070-9781-2015-1-41-44
  9. Зиганшин А.М., Назмутдинова Р.Р., Нуртдинова И.Г., Ландо Е.И. Хроническая тазовая боль – междисциплинарная проблема. *Современные проблемы науки и образования*. 2019;6 [Ziganshin AM, Nazmutdinova RR, Nurtdinova IG, Lando EI. Chronic pelvic pain in women – interdisciplinary problem. *Modern Problems of Science and Education*. 2019;6 (in Russian)].
  10. Оразов М.Р., Радзинский В.Е., Михалева Л.М., и др. Диспареуния как визитная карточка инфильтративных форм эндометриоза. *Трудный пациент*. 2021;19(1):18-22 [Orazov MR, Radzinsky VE, Mikhaleva LM, et al. Dyspareunia as a hallmark of infiltrative forms of endometriosis. *Difficult Patient*. 2021;19(1):18-22 (in Russian)]. DOI:10.24412/2074-1995-2021-1-18-22
  11. As-Sanie S, Till S, Griffith K, et al. Incidence and predictors of persistent pelvic pain following hysterectomy in women with chronic pelvic pain. *Am J Obstet Gynecol*. 2021;6(224):742-3. DOI:10.1016/j.ajog.2021.04.026
  12. Максимова М.Ю., Шаров М.Н., Зайцев А.В., и др. Вульводения: современный взгляд на проблему. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2021;13(2):4-9 [Maximova MU, Sharov MN, Zaitsev AV, et al. Vulvodynia: a modern perspective on the problem. *Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2021;13(2):4-9 (in Russian)]. DOI:10.14412/2074-2711-2021-2-4-9
  13. Parish SJ, Simon JA, Davis SR, et al. International Society for the Study of Women's Sexual Health Clinical Practice Guideline for the Use of Systemic Testosterone for Hypoactive Sexual Desire Disorder in Women. *J Womens Health (Larchmt)*. 2021;30(4):474-91. DOI:10.1089/jwh.2021.29037
  14. Стеняева Н.Н., Хритинин Д.Ф., Чаусов А.А. Гинекологические заболевания как предикторы женской сексуальной дисфункции. *Гинекология*. 2021;23(2):149-54 [Stenyaeva NN, Chritinin DF, Chausov AA. Gynecological diseases as predictors of female sexual dysfunction. *Gynecology*. 2021;23(2):149-54 (in Russian)]. DOI:10.26442/20795696.2021.2.200784
  15. Hill DA, Taylor CA. Dyspareunia in Women. *Am Fam Physician*. 2021;103(10):597-604. Available at: <https://www.aafp.org/afp/2021/0515/p597.html>. Accessed: 17.07.2021.
  16. Perry CP. Clinical Perspective: Pelvic Pain (Gynecology). *Radiology Key: Fastest Radiology Insight Engine*. 2015. Available at: <https://radiologykey.com/clinical-perspective-pelvic-pain-gynecology>. Accessed: 17.07.2021.
  17. Ross WT, Snyder B, Peyrot-Stuckey H, et al. Gynecologic care of women with chronic pelvic pain after sexual trauma: Patient perspectives and care preferences. *Am J Obstet Gynecol*. 2021;224(6):S747. DOI:10.1016/j.ajog.2021.04.032
  18. Доморацкий В.А. Стратегии работы с острой и хронической болью в гипнозе. *Международный научно-практический конгресс «Психология и психотерапия каждого дня и всей жизни»*. 2018;6:25-30 [Domoratsky VA. Strategii raboty s ostroi i khronicheskoi bol'iu v gipnoze. *Mezhdunarodnyi nauchno-prakticheskii kongress "Psikhologiya i psikhoterapiia kazhdogo dnia i vsei zhizni"*. 2018;6:25-30 (in Russian)].
  19. Sackett DL, Rosenberg WMC, Muir Gray JA, et al. Evidence based medicine: What it is and what it isn't. *BMJ*. 1996;312(7023):71-2. DOI:10.1136/bmj.313.7050.170c

Статья поступила в редакцию / The article received: 21.07.2021

Статья принята к печати / The article approved for publication: 24.12.2021