

© А. И. Федорова

Санкт-Петербургская медицинская
академия последипломного
образования: кафедра сексологии

МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД К ТЕРАПИИ ДИСПАРЕУНИИ

■ В статье представлены принципы междисциплинарного подхода к терапии диспареунии, предложены дифференцированные лечебно-реабилитационные программы при различных патогенетических формах диспареунии.

■ Ключевые слова: диспареуния; психосоматика

Неоднородность расстройств, объединенных понятием диспареунии, тесное переплетение органических и психических факторов в их формировании является причиной ряда трудностей при выборе лечебных мероприятий. Эффективность терапии обеспечивается учетом всего спектра патогенетических механизмов. Постановка диагноза диспареунии при любой ее форме ставит акцент на нарушении сексуального функционирования, и вопрос поддержания или восстановления качества половой жизни должен неизбежно находиться в поле зрения врача. Недооценка этого факта лечащими врачами в ряде случаев ведет к неудовлетворительным результатам терапии.

Задача повышения эффективности проводимого лечения требует разработки дифференцированных патогенетически ориентированных терапевтических подходов в соответствии с предложенной клинико-патогенетической классификацией диспареунии [6]. Разработаны оригинальные программы лечебных мероприятий при различных формах диспареунии, учитывающие соотношение соматических и психических механизмов формирования, а также структурирующие междисциплинарный подход к терапии данного расстройства. Лечебные программы продемонстрировали высокую эффективность при лечении 240 женщин с различными формами заболевания.

Органическая диспареуния

Боли при половом акте возникают вследствие первично органических изменений половой системы, обусловленных целым рядом гинекологических заболеваний: острые и хронические воспалительные процессы половых органов (вульвовагиниты, генитальный герпес, папилломавирусная инфекция половых органов, хронический вестибулит, аднексит, эндометрит, параметрит и т. д.), эндометриоз, спаечный процесс в малом тазу, разрывы широких и крестцово-маточных связок, атрофические процессы во влагалище, фиксированная ретроверзия матки, рубцовые изменения промежности, вульвы и влагалища, в том числе после травм и операций в области тазового дна (перинеопластики, эпизиотомии и т. д.). Вызывающие диспареунию структурные изменения требуют устранения или смягчения.

Лечение органической диспареунии в первую очередь является прерогативой гинекологов и требует терапии основного гинекологического заболевания. При своевременно проведенной и эффективной соматоориентированной терапии диспареунические жалобы чаще уходят параллельно с устранением или уменьшением выраженности патологических изменений.

В литературе достаточно полно отражены различные методы соматоориентированного лечения органической диспареунии [10, 12, 13]. Основное внимание уделено диспареунии при инфекционных и хронических воспалительных процессах половой сферы женщины, спаечных процессах. Разработаны принципы ее лечения, комплексность, последователь-

ность мероприятий. Основной акцент делается на усилении кровообращения, активации ферментных процессов, обмена веществ в тканях, нормализации функции периферического отдела вегетативной нервной системы. Подтверждена целесообразность физиотерапевтических методов, оказывающих трофикостимулирующий и обезболивающий эффект (ультразвук, магнитное поле, электрофорез с различными препаратами, лазеротерапия, грязелечение), гинекологического ручного и вибрационного массажа для улучшения кровообращения, устранения застойных явлений, растяжения спаек и соединительнотканых сращений, коррекции дисбиоза [7].

Серьезные сложности возникают в лечении диспареунии на фоне эндометриоза. Общепринятая терапия эндометриоза в последние годы довольно эффективно сочетает оперативное лечение с гестагенными препаратами, а также агонистами ЛГ-РГ (лютеинизирующего гормона — рилизинг-гормона) в течение минимум 6 месяцев. Серьезными недостатками являются негативное влияние гестагенов и агонистов ЛГ-РГ на либидо, а также выраженный антиэстрогенный эффект последних, приводящий к атрофическим изменениям слизистой влагалища. В результате одна соматическая причина более при половом акте может заменяться другой, а терапия основного гинекологического заболевания негативно влияет на сексуальное функционирование, формировать или усугублять сексуальные расстройства, вытеснять значимость половой жизни [8, 9, 11]. В результате диспареунические жалобы могут усиливаться и видоизменяться за счет присоединения дополнительных соматических механизмов их формирования, а также психогенных предикторов более при половом акте. Следствием является формирование смешанной формы диспареунии.

Периодически возникающие или умеренно выраженные неприятные и болезненные ощущения во время полового акта могут не вызывать у женщин негативных эмоциональных реакций, преодолеваются ими рационально при помощи изменения техники полового акта, более бережного отношения партнера и не менять в целом положительной оценки качества половой жизни. Однако достаточно часто болевой синдром, связанный с половым актом, является угрозой качеству полового функционирования женщин в связи с высокой психологичностью женской сексуальности, внутренними психологическими установками, ассоциирующими болезненную половую жизнь с вредом для здоровья. Развивающаяся диспареуния может приводить к неудовлетворенности половой жизнью, развитию других сексуальных дисфункций (снижению полового влечения, ор-

газмической дисфункции), вытеснению значимости половой жизни.

Профилактика психогенных наслоений требует проведения гинекологом информационно-разъяснительных, в некотором смысле психотерапевтических бесед с пациенткой. Важным является разъяснение ей состояния половых органов без излишне пугающей и непонятной информации, дающей возможность различного рода интерпретаций. Акцент следует ставить на обратимом характере имеющихся нарушений, коррекции пессимистических перспектив для сексуальной жизни, устранении представления о себе, как о сексуально неполноценной женщине. По возможности рекомендуется неограниченный паттерн сексуального поведения, как бы подчеркивающий отсутствие «вреда» половой жизни для состояния здоровья.

При использовании препаратов, снижающих либидо, необходимы: разъяснение временного характера снижения полового влечения с переносом акцента на будущие позитивные перспективы; врачебные рекомендации сохранения половой жизни, использования более активных психических сексуальных стимулов на фоне снижения влечения; применения гелей-смазок для искусственной lubricации.

При невозможности полного устранения вызывающих диспареунические боли структурных изменений гениталий (например, выраженные рубцовые изменения, последствия лучевой терапии на область малого таза) необходимы реабилитационные сексологические мероприятия. Их проведение относится к компетенции сексолога. Содержанием сексологических мероприятий является выработка новой оптимальной сексуальной техники, по возможности снижающей риск возникновения более (сексуальные позиции, продолжительность полового акта и различных его фаз и т. д.), обсуждение приемлемости и вариантов включения компонентов альтернативной половой жизни. В некоторых случаях целесообразна психотерапевтическая работа, направленная на изменение уровня предъявляемых пациенткой к себе и партнера к пациентке требований, коррекцию прежних сексуально-поведенческих стереотипов в паре, изменение особенностей партнерских взаимодействий для поддержания их гармоничности.

Показаниями для сексологической коррекции также являются: сохранение ограничительного паттерна сексуального поведения после устранения органической причины более при половом акте, развитие сексуальных нарушений (снижения либидо, оргазмических дисфункций) как следствия длительно существовавшей диспареунии. При снижении либидо назначают адаптогены, афродизиаки. При нарушении оргастичности рекомен-

дуют партнерам более адекватные в настоящих условиях и активные сексуальные воздействия, разрабатывают новый оптимальный стереотип половых контактов, проводят вибротерапию.

Конверсионная психогенная диспареуния

Терапия конверсионной психогенной диспареунии является прерогативой сексологов. Ведущим терапевтическим методом в связи с психогенными патогенетическими механизмами является интегративная психотерапия в сочетании с секстерапией. Соматическая терапия нецелесообразна, а медикаментозная — малоэффективна. В большинстве случаев у женщин с конверсионной диспареунией имеется бессознательный конфликт, накладывающий запрет на половую жизнь вообще или с конкретным партнером, мешающий им переживать удовольствие от все же проводимого интимного контакта и приводящий к болевым ощущениям [1, 5]. В связи с этим обязательным является глубокое и всестороннее изучение личности больной, что дает сексологу возможность подвести ее к пониманию и разрешению своих проблем, пересмотру установок, нарушающих отношения с мужчинами, мешающих гармоничной половой жизни и получению сексуального удовольствия. Поскольку большая часть встречающихся конфликтов является результатом нарушений психосексуального развития, психотерапевтическая работа одновременно направляется на их коррекцию. Она проводится в виде психотерапевтических бесед, а также путем формирования позитивного опыта при смоделированном прохождении пропущенных или искаженных стадий психосексуального развития, в том числе во время секстерапевтических упражнений.

Важным элементом терапии конверсионной диспареунии является сексуальная терапия. Она заключается в выполнении партнерами определенных «сексуальных упражнений», ориентированных на выработку и закрепление нового, приносящего сексуальное удовлетворение, безболевого стереотипа половых отношений [4]. Упражнения позволяют опосредованно воздействовать на личностные установки и представления пациентки, дают необходимый положительный сексуальный опыт, а обязательное обсуждение выполняемых упражнений способствует налаживанию коммуникации между партнерами, отработке модели их прямого и открытого общения, нахождению приемлемого для обоих компромисса.

При первичной диспареунии у молодых женщин с задержками психосексуального развития используется максимально развернутая модель сексуальной терапии, включающая мероприятия, направленные на ознакомление с функцией

и строением гениталий, адаптацию к вагинальному проникновению. У женщин старшей возрастной группы с диспареунией, развившейся на фоне неадекватной сексуальной техники, нарушений полового влечения, оргазмической дисфункции, более адекватны стандартные методики чувственного фокусирования, «необязывающего» коитуса [2, 3]. В случаях развития диспареунии на фоне абсолютной аноргазмии и связанного с ней неосознанного отказа от половой жизни, эффективна вибротерапия, демонстрирующая женщине ее сексуальные возможности и создающая мотивацию к терапии.

Полезны различные гели для смазки входа во влагалище с целью заменить недостаток lubricации, снизить болезненность при половом акте.

Психосоматическая психогенная диспареуния

Психосоматическая психогенная диспареуния особенно трудна для дифференциальной диагностики с органической в связи с выраженными соматическими фиксациями пациенток. Соматическая интерпретация более при половом акте является для них более приемлемой, так как снимает чувство ответственности и предполагает целенаправленную медицинскую помощь. Пациентка обычно еще больше утверждает в ней после тщательного гинекологического обследования, выявляющего даже незначительные отклонения от нормы, «неправильности». Женщины именно с психосоматической формой диспареунии нередко длительно и малоэффективно лечатся у врачей гинекологического профиля по поводу различных болей в области гениталий, поначалу связанных с половым актом, а в последующем уже утрачивающих эту связь на фоне прекращения или резкого ограничения половой жизни.

Психосоматическая диспареуния требует терапевтической стратегии, гибко, дифференцированно и максимально индивидуально сочетающей как соматическое, так и психотерапевтическое лечение в соответствии с конкретным вкладом соматических и психических механизмов. Для этого необходимо внимательное изучение истории заболевания, характерологических особенностей и личностной истории пациентки, истории взаимоотношений в паре.

Ведущим методом является психотерапия, направленная на выявление связи между психическими факторами и диспареуническими болями, на укрепление уверенности в себе, восполнение женской идентичности, получение эмоциональной поддержки и выработку новых способов эмоциональных проявлений, а также сексуальная терапия.

При первостепенности психотерапевтических мероприятий важную роль играет соматическое обследование для установления контакта с пациенткой, обеспечения изначальной возможности

ведения психотерапевтической беседы. Оно также позволяет исключить наличие основного гинекологического заболевания, выявить возможные структурные изменения в гениталиях. При обнаружении последних проводятся симптоматические соматические лечебные мероприятия. Таким образом, ведение пациенток с психосоматической диспареунией в ряде случаев требует совместного участия сексолога и гинеколога.

При сексуальной терапии акцент делается на коррекции интрапсихического представительства гениталий через практическое ознакомление пациентки с их строением, чувствительностью, техниках, раскрывающих сексуальные возможности «чувствующего» тела, позволяющих выбрать движения, приносящие приятные ощущения вместо боли, выработать безболевой стереотип половых отношений.

Вспомогательное значение имеет психофармакотерапия, нормализующая эмоциональную сферу.

Смешанная диспареуния

Ведение пациенток со смешанной диспареунией является наиболее сложным и в наибольшей степени требует кооперации сексолога и гинеколога. В лечении смешанной диспареунии целесообразны индивидуальные соотношения терапии основного гинекологического заболевания, психотерапевтического и сексологического лечения в зависимости от конкретных задействованных в процессе патогенетических механизмов и их сочетания. Психотерапевтические мероприятия направляются на конкретные психотерапевтические мишени. Важную роль играет психофармакотерапия, вегетативные гармонизаторы (беллоид, белласпон), тонизирующие и стимулирующие средства (настойка китайского лимонника, аралии, элеутерококка), антигистаминные препараты для нормализации психической сферы и повышения порога болевой чувствительности.

Литература

1. *Здравомыслов В. И.* Функциональная женская сексопатология / Здравомыслов В. И., Анисимова З. И., Либих С. С. — Алма-Ата, 1985.
2. *Каплан Х. С.* Сексуальная терапия: иллюстрированное руководство / Каплан Х. С.; пер. с англ. В. Л. Краева. — М.: Класс, 1994.
3. *Кемпер И.* Практика сексуальной психотерапии: пер. с нем.: в 2-х т. / Кемпер И. — М.: Прогресс, 1994.
4. *Мастерс У.* Мастерс и Джонсон о любви и сексе: пер. с англ. в 2 ч., ч. 1. / Мастерс У., Джонсон В., Колодны Р. — СПб.: Ретур, 1991.
5. *Свядоц А. М.* Женская сексопатология / Свядоц А. М. — Кишинев: Штиинца, 1991.
6. *Федорова А. И.* Клинико-патогенетические варианты психогенной диспареунии: теоретическое обоснование / Федорова А. И. // Обзорение медицинской психологии и психиатрии им. В. М. Бехтерева. — 2006. — № 4. — С. 17–20.
7. *Хожайнова Г. П.* Клиника, диагностика, лечение и профилактика сексуальных расстройств у женщин с хроническими неспецифическими воспалительными заболеваниями внутренних половых органов: метод. рекомендации / Хожайнова Г. П. — Ставрополь, 1987. — 22 с.
8. A danazol-loaded intrauterine device decreases dysmenorrhea, pelvic pain, and dyspareunia associated with endometriosis / Cobellis L., Razzi S., Fava A. [et al.] // *Fertil. Steril.* — 2004. — Vol. 82, N 1. — P. 239–240.
9. Add-back therapy in the treatment of endometriosis-associated pain / Zupi E., Marconi D., Sbracia M. [et al.] // *Fertil. Steril.* — 2004. — Vol. 82, N 5. — P. 1303–1308.
10. Modified vulvar vestibulectomy: simple and effective surgery for the treatment of vulvar vestibulitis / Lavy Y., Lev-Sagie A., Hamani Y. [et al.] // *Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.* — 2005. — Vol. 120, N 1. — P. 91–95.
11. *Nezhat C. H.* Long-term outcome of laparoscopic presacral neurotomy for the treatment of central pelvic pain attributed to endometriosis / Nezhat C. H., Seidman D. S., Mezhal F. R., Nezhat C. R. // *Obstet. Gynaecol.* — 1998. — Vol. 91, N 5, Pt. 1. — P. 701–704.
12. *Sarazin S. K.* Causes and treatment option for women with dyspareunia / Sarazin S. K., Seymour S. T. // *Nurse. Pract.* — 1991. — Vol. 16, N 10. — P. 35–41.
13. The surgical treatment of vulvar vestibulitis syndrome: a follow-up study / Bergeron S., Bouchard C., Fortier M. [et al.] // *J. Sex. Marital. Ther.* — 1997. — Vol. 23, N 4. — P. 317–325.

Статья представлена А. Г. Савицким
НИИ акушерства и гинекологии им. Д.О. Отта РАМН,
Санкт-Петербург

INTERDISCIPLINARY APPROACH TO THERAPY OF DYS-PAREUNIA

Fedorova A. I.

■ **Summary:** The article presents the principles of interdisciplinary approach to therapy of dyspareunia. Differentiated therapeutic programmes of the different pathogenetic forms of dyspareunia are proposed.

■ **Key words:** dyspareunia; psychosomatic