

Диспареунія як клінічна проблема

Г.С. Кочарян

Харьковская медицинская академия последипломного образования

В статье приведены определения диспареунии, данные о ее частоте и месте в Международной классификации 10-го (код F.52.6 – «диспареунія неорганічної природи» [«nonorganic dyspareunia»]; код N94.1 – «диспареунія» [«dyspareunia»]), где речь идет о расстройстве органического происхождения) и 11-го пересмотров (код GA12 – «диспареунія» [«dyspareunia»]). Такой диагноз ставят как при психогенной природе расстройства, так и при органическом его генезе), а также в последней национальной американской классификации сексуальных расстройств, которая нашла отражение в Диагностическом и статистическом руководстве по психическим расстройствам 5-го пересмотра. В этой классификации используется термин «генитально-тазовое болевое / связанное с проникновением расстройством» («genito-pelvic pain/penetration disorder» – код 302.76). В данном случае речь идет о диагнозе, объединяющем вагинизм и диспареунію. Решение о целесообразности использования такого обобщенного диагноза было принято в данной классификации со ссылкой на тот факт, что обе названные сексуальные дисфункции являются в высокой степени коморбидными и трудно различимыми. Также представлены классификации диспареунии, которые использовались и используются клиническими сексологами на советском и постсоветском пространстве. Подчеркивается, что диспареунія могут быть и смешанного характера. В этих случаях в их возникновении и развитии могут принимать участие социогенные, психогенные и биогенные факторы, которые приведены в данной статье. Представлены клинические проявления диспареунии, сведения о ее диагностике, а также рекомендации по лечению генитальной боли с помощью методов психотерапии (когнитивные и когнитивно-поведенческие воздействия, гипносуггестивная терапия, нейролингвистическое программирование, а также парная, семейная и групповая терапия) и биологической терапии (гормоны, противовоспалительные препараты, ботулин [тип А], транквилизаторы, антидепрессанты, противосудорожные средства, физиотерапия, хирургическое лечение).
Ключевые слова: диспареунія, частота, причини, механізми формування, клінічні проявлення, діагностика, лікування.

Dyspareunia as a clinical problem

G.S. Kocharyan

The article contains definitions of dyspareunia, data about its incidence and place in the International Classification of Diseases, 10th Revision (code F.52.6 – Nonorganic dyspareunia, code N94.1 – Dyspareunia, which deals with a disorder of the organic origin) and 11th Revision (code GA12 – Dyspareunia, diagnosed in both the psychogenic nature of the disorder and its organic genesis) as well as in the last national American classification of sexual disorders reflected in the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fifth edition. The above classification uses the term «genito-pelvic pain/penetration disorder», code 302.76. In this case it means an integral diagnosis, which combines vaginismus and dyspareunia. The solution about advisability of using such a generalized diagnosis was taken in this classification with reference to the fact that the both sexual dysfunctions are highly comorbid and hardly differentiated.

Also the classifications of dyspareunia, which were and are used by clinical sexologists in the Soviet and post-Soviet space, are presented. It is emphasized that dyspareunia can be mixed. In such cases their appearance and development may occur with participation of sociogenic, psychogenic and biogenic factors, described in this article.

Also the article presents clinical manifestations of dyspareunia, information about its diagnosing as well as recommendations on treatment of genital pains using methods of psychotherapy (cognitive and cognitive-behavioral impacts, hypnosuggestive therapy, neuro-linguistic programming as well as couple, family and group therapy) and biological therapy (hormones, anti-inflammatory medicines, botulinum [type A], tranquilizers, antidepressants, anticonvulsants, physiotherapy and surgical treatment).

Key words: dyspareunia, frequency, reasons, mechanisms of formation, clinical manifestations, diagnostics, treatment.

Диспареунія як клінічна проблема

Г.С. Кочарян

У статті наведено визначення диспареунії, дані про її частоту і місце в Міжнародній класифікації 10-го (код F.52.6 – «диспареунія неорганічної природи» [«nonorganic dyspareunia»]; код N94.1 – «диспареунія» [«dyspareunia»]), де мова йде про розлад органічного походження) і 11-го переглядів (код GA12 – «диспареунія» [«dyspareunia»]). Такий діагноз встановлюють як у разі психогенної природи розладу, так і при органічному його генезі, а також в останній національній американській класифікації сексуальних розладів, яка знайшла відображення в Діагностичному і статистичному посібнику по психічних розладах 5-го перегляду. В цій класифікації використовується термін «генітально-тазовий больовий / пов'язаний з проникненням розлад» («genito-pelvic pain / penetration disorder» – код 302.76). У даному випадку мова йде про сукупний діагноз, що об'єднує вагінізм і диспареунію. Рішення про доцільність використання такого узагальненого діагнозу було прийнято в даній класифікації з посиланням на той факт, що обидві названі сексуальні дисфункції є надзвичайно коморбідні та їх важко розрізнити.

Також наведені класифікації диспареунії, які використовувалися і використовуються клінічними сексологами на радянському і пострадянському просторі. Підкреслюється, що диспареунія можуть бути змішаного характеру. У цих випадках в їхньому виникненні та розвитку можуть брати участь соціогенні, психогенні і біогенні чинники, які наведені в даній статті.

Наведено клінічні прояви диспареунії, відомості відносно її діагностики, а також рекомендації щодо лікування генітального болю за допомогою методів психотерапії (когнітивні та когнітивно-поведінкові впливи, гіпносуггестивна терапія, нейролінгвістичне програмування, а також парна, сімейна і групова терапія) і біологічної терапії (гормони, протизапальні препарати, ботулін [тип А], транквілізатори, антидепресанти, протисудомні засоби, фізіотерапія, хірургічне лікування).

Ключові слова: диспареунія, частота, причини, механізми формування, клінічні прояви, діагностика, лікування.

Диспареунія – это боль в гениталиях, которая ощущается до, во время или после полового акта. По нашему мнению, о диспареунии можно говорить и тогда, когда боль неорганічного происхождения возникает и вне полового акта

(не только перед ним или непосредственно после него) и связана с сексуальной проблематикой, а также когда речь идет не только о боли, но и о выраженном физическом дискомфорте в половых органах, испытываемом при коитусе.

Частота

Dean A. Seehusen и соавт. [41] отмечают, что диспареунию выявляют почти у 10–20% женщин США. K.R. Mitchell и соавт. [34] в результате опроса 6669 сексуально активных женщин Британии в возрасте от 16 до 74 лет выявили, что о болезненном сексе сообщили 7,5% женщин, у четверти из которых он был очень часто или всегда в течение ≥ 6 мес, что вызывало дистресс. Болезненный секс был тесно связан с другими сексуальными проблемами, особенно с сухостью влагалища, тревогой по поводу секса и отсутствием удовольствия от него. Это было связано с неодинаковым уровнем интереса к сексу, а также с тем, что он был нежелательным. Также была обнаружена ассоциация с показателями психологического и физического здоровья, включая симптомы депрессии. Доля лиц, сообщивших о болезненном сексе, была наиболее высокой среди самых молодых женщин (16–24 года) и женщин в возрасте 55–64 лет.

Aaron Glatt и соавт. [25], оценив результаты опроса 313 женщин, выявили, что у 122 (39,0%) из них никогда не отмечалась боль, связанная с половым актом, то есть 61% женщин когда-либо испытывали эту боль.

Место в современных классификациях

В Международной классификации 10-го пересмотра (МКБ-10) есть шифр F.52.6 («диспареуния неорганической природы» [*nonorganic dyspareunia*]), где она определяется как боль во время полового акта, которая возникает как у мужчин, так и у женщин. Часто она может быть обусловлена местной патологией. В этих случаях ее следует кодировать соответствующим образом. Однако в некоторых случаях важными могут быть эмоциональные факторы. Этот диагноз должен использоваться только при отсутствии другой, в данном случае первичной по отношению к возникновению боли, сексуальной дисфункции (например, вагинизма или влагалищной сухости) [8].

МКБ-10 также содержит код «диспареуния» [*dyspareunia*] (N94.1), где речь идет об органическом генезе расстройства. В МКБ-11 были внесены определенные изменения в классификацию сексуальных расстройств [38]. Так как ВОЗ стремилась держаться подальше от жесткого разделения разума от тела, поскольку считает его устаревшим, органические и неорганические расстройства были объединены. Диспареуния в МКБ-11 имеет код GA12 [29].

В последней американской классификации сексуальных расстройств 2013 г., которая нашла отражение в Диагностическом и статистическом руководстве по психическим расстройствам 5-го пересмотра (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition; DSM-V) [22], используется термин «Генитально-тазовое болевое / связанное с проникновением расстройство» («Genito-pelvic pain / penetration disorder». – 302.76). В данном случае речь идет о диагнозе, объединяющем вагинизм и диспареунию. Решение о таком обобщенном диагнозе было принято в данной классификации со ссылкой на тот факт, что обе названные сексуальные дисфункции являются в высокой степени коморбидными и трудно различимыми.

В DSM-V выделяют следующие критерии этого объединенного расстройства [22]:

А. Стойкие или повторяющиеся трудности с одним (или несколькими) из следующего:

1. Влагалищное проникновение во время полового акта.
2. Выраженная вульвовагинальная или тазовая боль во время вагинального полового акта или попытки проникновения.
3. Выраженный страх или беспокойство по поводу вульвовагинальной или тазовой боли в ожидании, во время или в результате вагинального проникновения.

4. Отмечается напряжение или сжатие мышц тазового дна при попытке влагалищного проникновения.

В. Симптомы критерия А сохраняются в течение как минимум 6 мес.

С. Симптомы и критерии А вызывают клинически значимый стресс у индивидуума.

D. Сексуальная дисфункция не лучше объясняется не-сексуальным психическим расстройством или как следствие тяжелого расстройства отношений (например, насилие партнером), или другими значимыми стрессорами и не связана с воздействием какого-либо вещества / лекарства или другого медицинского состояния (расстройства).

Рекомендуется выделять расстройства, существующие с начала половой жизни (lifelong) или возникшие после периода относительно нормального сексуального функционирования (acquired), а также указывать их тяжесть, ориентируясь на испытываемый пациентами дистресс (слабый, умеренный, тяжелый). Трудность, связанная с вагинальным половым актом / проникновением (критерий А1), может варьироваться от полной неспособности к вагинальному проникновению в любой ситуации (половое сношение, гинекологическое обследование, тампонирование) до способности легко возникать в одной ситуации, но не появляться в другой.

Боль может возникать в разных местах генитального отдела таза. Оценивается локализация боли, а также ее интенсивность. Боль может быть как поверхностной (вульвовагинальная или возникающая во время проникновения), так и глубокой (тазовой, то есть не ощущаемой до более глубокого проникновения). Боль в области тазового дна может возникать не только при половом акте или механической стимуляции, но и спонтанно. Также рекомендуется характеризовать характер боли (например, жгучая, режущая, стреляющая, пульсирующая). Боль может сохраняться в течение некоторого периода времени после полового акта, а также возникнуть при мочеиспускании [22].

При оценке характеризуемого расстройства необходимо учитывать пять факторов, которые могут указывать на его этиологию и нацеливать на соответствующее лечение [22]:

1. Партнерские факторы (например, сексуальные проблемы партнера и состояние его здоровья).

2. Факторы, связанные с отношениями сексуальных партнеров (например, плохая коммуникация, различия в частоте возникновения желания сексуальной активности).

3. Индивидуальные факторы уязвимости (например, негативный образ тела, история сексуального или эмоционального насилия), сопутствующая психическая патология (например, депрессия, тревожность) или воздействие стрессоров (например, потеря работы, утрата).

4. Культурные / религиозные факторы (например, запреты на сексуальную активность; отношение к сексуальности). Так, сообщается, что в такой мусульманской стране, как Турция, отмечается чрезвычайно высокая частота этого расстройства.

5. Медицинские факторы, относящиеся к прогнозу, течению расстройства или его лечению.

Каждый из этих факторов может по-разному влиять на проявляющиеся симптомы у разных женщин с этим расстройством.

В характеризуемой классификации отмечается, что о повторяющейся боли во время полового акта сообщают приблизительно 15% женщин в Северной Америке.

Представления различных авторов

В отечественной литературе диспареуния называлась гениталгией. А.М. Свядош [10] отмечает, что гениталгиями (от лат. *genitus* – половой, *algia* – боль) называют болезненные ощущения в области половых органов. Они, сообщает автор,

могут быть как соматогенными, так и психогенными. В первом случае их причиной чаще всего являются воспалительные процессы или травмы половых органов, а во втором – психические факторы.

Т.Е. Агаркова (1986) выделяет следующие виды гениталгий: гениталгию «ожидания», гениталгию фриktionно-го периода, фрустрационную гениталгию и гениталгию вне копулятивного цикла. Она отмечает, что болевые ощущения чаще всего возникают после полового акта, если он не завершился оргазмом, реже – в момент интроитуса или во время фрикции [10].

А.М. Свядощ [10] сообщает, что психогенные гениталгии часто встречаются при вагинизме и коитофобии, а также могут быть проявлением истерического невроза (в настоящее время его обозначают термином «диссоциативное или конверсионное расстройство»). В последнем случае автор характеризует данную боль как ноющую, режущую, стреляющую, колющую, «как мечом пронизывающие тело», а также заявляет, что речь может идти о парестезиях (ощущение ползания мурашек, зуда и т. п.). Локализация боли – чаще всего влагалище и нижняя часть живота, реже – наружные половые органы. Появляется боль в начале полового акта или в его конце, может сочетаться с чувством тошноты, «замиранием всего тела», стонами и экспрессивными движениями. Больные всячески избегают сексуальных контактов или даже полностью отказываются от них. Истерические гениталгии обуславливаются механизмом «бегства в болезнь», «условной приятностью или желательностью болезненного симптома». В этих случаях боль призвана избавить больную от несносной половой жизни, что связано либо с отсутствием удовольствия при половых актах, либо с нежеланием жить половой жизнью с человеком, который стал противным (например, пьяным или грубым мужем). А.М. Свядощ [10] приводит следующий пример гениталгии, развившейся по этому механизму.

«Большая Р., 32 лет. Замужем 10 лет. Имеет двоих детей; 6 и 8 лет. Последние 2 года во время полового акта и после его окончания стала испытывать режущую боль в области влагалища, ноющую боль в крестце, стреляющую боль, исходящую из малого таза и иррадиирующую в область желудка, иногда чувство дурноты, замриание сердца. Последние месяцы половую жизнь почти полностью прекратила. С мужем и детьми стала раздражительна. Муж внимателен, заботлив. Она высоко ценит его как друга и отца детей. В первые годы замужества в половом отношении была холодной, к половой близости относилась равнодушно. После рождения второго ребенка несколько раз во сне возникало чувство оргазма. Три года назад была кратковременная половая связь с другим мужчиной, во время которой испытывала половое удовольствие. Половая жизнь с мужем и после этого оргазмом не завершалась, но стала вызывать состояние фрустрации с последующей ноющей болью в крестце. К началу полового акта половые органы оставались сухими и фрикции были болезненными. В дальнейшем боль стала нарастать и иррадиировать. Муж как сексуальный партнер был противен. Хотела бы его оставить, но не решается это сделать из-за детей и из-за его высоких моральных достоинств. Допускает, что муж может, в конце концов, ее оставить, так как ее заболевание нарушает семейную жизнь.

В процессе психотерапии больной разъяснена связь ее боли с психотравмирующей ситуацией, с неосознаваемым желанием избежать половую жизнь, ставшей ей неприятной, порвать отношения с мужем, спровоцировать его уход, возложить на него моральную ответственность за распад семьи. Проанализирована интимная сторона их семейной жизни и указано на возможность достижения половой гармонии с мужем. Подчеркнута важность психологической перестройки отношения к нему и возникновения эротической настро-

енности. Проведено 4 сеанса гипнотерапии с внушением устранения боли и возникновения полового удовлетворения. Мужу назначен двухнедельный курс тиоридазина (сонапакс) для того, чтобы сделать его способным более длительно совершать половой акт. После 3-го сеанса гипноза впервые испытала удовлетворение с мужем. Гениталгия прекратилась. Половая жизнь с мужем нормализовалась».

В заключение автор отмечает, что в данном случае истерическая гениталгия возникла под влиянием психотравмирующей ситуации и устранилась, когда эта ситуация была разрешена.

А.И. Федорова [11, 12] выделяет психогенную и органическую диспареунию. Психогенная диспареуния, отмечает автор, может быть конверсионной и психосоматической.

Для **конверсионной диспареунии** характерно наличие смысловой связи с психотравмирующими факторами, отсутствие патологических структурных изменений гениталий; полиморфизм, неустойчивость, «образность» болевой симптоматики, ее избирательность. Развитию конверсионной диспареунии способствуют:

- Воспитание в семьях с нарушенными полоролевыми отношениями.
- Конфликты в семье.
- Строгое, подавляющее воспитание, а также воспитание по типу повышенной моральной ответственности или потворствующей гиперпротекции; половое воспитание по типу замалчивания или негативизма.
- Задержки психосексуального развития и кроссполовые акцентуации полоролевого поведения; истерические личностные особенности женщины.

Психосоматической диспареунии свойственно развитие на фоне стрессовой ситуации; стойкость и монотонность, либо устойчивая периодичность боли; возможность структурных изменений гениталий, трактуемых как следствие дистрофических и застойных процессов; характерная динамика развития диспареунии с изначальным преобладанием астеновегетативных расстройств и постепенным увеличением соматического компонента расстройства. Развитию психосоматической диспареунии в наибольшей степени способствуют [11, 12]:

- эмоционально отстраненные и неоднозначные отношения в родительской семье;
- материнское эмоционально отвергающее воспитание или, наоборот, гиперопекающее, чрезмерно ограничивающее; закрытость семейной атмосферы для сексуальных аспектов жизни;
- асинхронии психосексуального развития;
- конституциональная уязвимость сексуального функционирования;
- сенситивные и психастенические черты личности;
- алекситимия;
- насыщенный гинекологический болевой анамнез.

Для **конверсионной диспареунии**, отмечает цитируемый автор, характерны болезненные и неприятные ощущения в области входа во влагалище (в основном давление и спазм, в меньшей степени – зуд, жжение). Достаточно часто речь шла о ярких, образных ощущениях («жуткая», «дикая», «невыносимая» боль, «ощущение растекающейся огненной лавы» внизу живота). У двух женщин речь шла о боли, которая возникла только во время оргазма и имела характер резкого «спазма всех внутренностей» и «разливающегося кипятка», а потом переходила в «чувство униженности» («как грязью измазалась»). Боль при половом акте была полиморфна и изменчива. У женщин с периодически возникающими жалобами отмечалась устойчивая связь боли как с изменением межличностных отношений партнеров, так и с контекстом проводимых половых контактов. Это позволяет

расценивать болевую симптоматику как проявление символического отказа от полового акта, его неприятия в том или ином конкретном варианте [11, 12].

В группе пациенток с *психосоматической диспареунией* наиболее характерными были зуд и жжение в области входа во влагалище, диффузная умеренная боль, тяжесть внизу живота, а также разлитая боль, жжение в проекции матки. Чаще всего жалобы были монотонными, неопределенными, стереотипными, изнурительными. Больные обычно терялись, пытались уточнить характер ощущений, не подчеркивали демонстративно их выраженности, а сила переживаний нередко выявлялась только при задании дополнительных вопросов и обсуждении возникших для половой жизни последствий. Постоянная и периодически появляющаяся боль возникала одинаково часто (29,3%). Часто (39,0%) отмечалось прогрессирующее течение заболевания – исследуемые отмечали тенденцию к усилению боли, нарастанию и утяжелению симптоматики, присоединение дополнительных патологических ощущений. Диспареунические жалобы большей частью появлялись во время фрикций и после полового акта. Особенно характерным было длительное сохранение боли после полового акта [11, 12].

У. Мастерс и соавт. [7] сообщают, что диспареуния встречается в любом возрасте, а боль, возникающая при этой патологии, может появляться в начале полового акта, в его середине, во время оргазма или после завершения коитуса. Характер боли у женщин следующий – жжение, сильная острая боль или спазмы. Локализуются эти ощущения во влагалище, в глубине тазовой области или в брюшной полости. По наблюдениям авторов, примерно 15% взрослых женщин несколько раз в год испытывают дискомфорт при половом акте.

Они сообщают, что диспареуния одинаково часто обусловлена влиянием психосоциальных и органических факторов. Причиной дискомфорта при половом сношении может стать любой фактор, ослабляющий увлажнение влагалища, например, антигистаминные препараты, некоторые транквилизаторы и марихуана. Такой же эффект может быть обусловлен диабетом, инфекциями влагалища и эстрогенной недостаточностью. Среди других причин женской диспареунии цитируемые авторы называют следующие [7]:

- поражения кожи вокруг отверстия влагалища или затрагивающие вульву;
- раздражение или инфекция клитора;
- анатомические изменения отверстия влагалища, например рубцы, оставшиеся после эпизиотомии; интактная девственная плева или хроническая инфекция остатков девственной плевы, растягивающихся во время полового акта; инфекция бартолиновых желез.
- функциональные расстройства мочеиспускательного канала или прямой кишки;
- патология влагалища: инфекция, послеоперационные рубцы, истончение стенок влагалища (возрастное или вызванное недостаточностью эстрогена) и раздражения, вызванные химическими веществами, содержащимися в противозачаточных средствах или средствах для спринцевания;
- заболевания половых органов: инфекции, опухоли, аномалии шейки матки, разрывы связок, поддерживающих матку.

Р. Крукс, К. Баур [6] сообщают, что коитальная боль может возникать как у мужчин, так и у женщин, хотя данная проблема «наиболее часто» встречается среди женщин. Отмечается, что диспареуния в тот или иной период своей жизни имеет место как минимум у 60% женщин (Jones et al., 1997). Авторы уделяют внимание диспареунии у мужчин, у которых, хотя и редко, при половом акте возникает боль. Они называют следующие их причины:

- Мужчина может испытывать боль при эрекции, если крайняя плоть необрезанного члена слишком тугая. В этих случаях показана микрохирургическая операция.

- Накопление смегмы или инфицирование «под крайней плотью» может вызвать раздражение головки пениса во время сексуальной стимуляции. Это может быть следствием несоблюдения гигиенических правил ухода за пенисом. Чтобы это предотвратить, рекомендуется регулярно оттягивать крайнюю плоть и промывать головку члена водой с мылом.

- Проблемы и инфекции уретры, мочевого пузыря, предстательной железы и семенных пузырьков могут вызывать жжение, зуд или боль во время или после эякуляции (Davis & Noble, 1991).

- Болезнь Пейрони.

Цитируемые авторы [6] также называют следующие причины диспареунии у женщин:

- Недостаточное сексуальное возбуждение и малое количество лубриката (смазки) может привести к дискомфорту, испытываемому в зоне входа в вагину или ее стенок. Малое количество лубриката может объясняться также недостаточным уровнем эстрогенов. В этих случаях в качестве симптоматического средства рекомендуется использовать смазывающее желе, что может временно решить проблему. Однако для полного ее решения необходимо выяснить причину дискомфорта и прибегнуть к соответствующему лечению.

- Дрожжевые, бактериальные и трихомонадные инфекции вызывают воспаление стенок вагины, что, в свою очередь, может вести к появлению болезненных ощущений при половом акте. Такие воспаления часто связаны и с гиполубрицией, что может вызывать раздражение стенок вагины и увеличивает вероятность вагинальных инфекций.

- Использование пенки, контрацептивных кремов или желе, а также презервативов или диафрагм у некоторых женщин тоже может вызывать раздражение вагины.

- Воздействие на неповрежденную или не до конца разорванную девственную плеву.

- Инфекция бартолиновых желез или образование рубцов во входе (Brashear & Munsick, 1991).

- Воспаление стенки мочевого пузыря также может вызывать умеренную или сильную боль во время полового акта.

- Причиной боли у входа во влагалище может быть синдром вульварного вестибулита (vulvar vestibulitis syndrome). При этом, как правило, образуется небольшая область покраснения, очень болезненная даже при легком нажатии. Однако она может быть настолько маленькой, что ее трудно обнаружить даже медицинскому работнику (Koglin, 1996).

- Иногда смегма накапливается под капюшоном клитора и может вызывать неприятные ощущения, когда капюшон открывается при сексуальной стимуляции. Для предотвращения данной проблемы следует промывать клитор и его капюшон.

- Колебание (движения) яичников или растяжение маточных связок во время коитальных толчков могут вызывать болевые ощущения в глубоких отделах тазовой области.

- Женщины могут испытывать подобный дискомфорт только в определенных позициях. Средством первой помощи является отказ от позиций или движений, усиливающих боль. Некоторые женщины хорошо контролируют свои движения тазом во время коитуса. Поэтому они могут чувствовать себя более уверенно, так как им легче избежать возникновения болезненных ощущений.

- Болевые ощущения могут возникать в определенные периоды менструального цикла. У некоторых женщин они возникают только в период овуляции.

- Причиной боли в глубоких тазовых тканях может стать эндометриоз, так как он способен препятствовать свободному движению внутренних половых органов. Это нарушение характеризуется тем, что клетки эндометрия (внутреннего слоя стенки матки) разрастаются за пределами этого слоя. Для контроля разрастания этих тканей во время месячного цикла иногда прописывают противозачаточные таблетки (Reiter & Milburn, 1994).

Дифференциация часто встречающихся расстройств, при которых развивается болезненность половых актов

Диагноз	Ключевые моменты	Этиология	Данные физикальных исследований	Оценка следующих шагов*
Диспареуния	Боль при входе во влагалище или глубокая боль	Неизвестна, может быть связана с другими расстройствами, перечисленными в данной таблице	Нет признаков, указывающих на наличие других расстройств, перечисленных в данной таблице	Очевидно показано психологическое обследование
Вульводиния	Четкие указания на боль при входе, жжение, раздражение; малый эффект от предшествующего лечения; боль в ситуациях, когда вульва испытывает давление (в положении сидя, при езде на велосипеде)	Часто неясна; возможно, инфекции или раздражающие вещества	Кожа не изменена или легкая эритема; выраженная болезненность при пальпации; если имеются очаги лейкоплакии, язвы, пигментные образования или узелки, то подозреваем другую патологию	Тщательный осмотр; кольпоскопия и биопсия подозрительных очагов; аппликация уксусной кислоты на открытые зоны
Вульварный вульвит (подтип вульводинии)	Четкие указания на боль при входе; болезненное воспаление вульварной зоны; тупая ноющая боль, жжение или зуд	Неизвестна	Плоская эритема без изъязвлений; интенсивность эритемы может быть разной, ее края четкие или размытые; необычайная болезненность при прикосновении ватной палочкой	То же, что выше
Вагинизм	Четкие указания на боль при входе; непроизвольный спазм мышц вокруг входа во влагалище; трудности с введением пениса, тампона или пальца	Неизвестна, возможна рефлекторная реакция мускулатуры, либо психологические факторы	При пальпации – спазм вагинальной мускулатуры; трудно ввести зеркало	Физикальное исследование; возможно, показано психологическое исследование, при этом особо важен анамнез
Атрофия тканей или нарушенная лубрификация	Четкие указания на боль при входе; боль во влагалище; сухость влагалища; трение; раздражение; трудности и боль при введении	Дефицит эстрогенов; трудность наступления возбуждения; уменьшенная лубрификация и недостаточное растяжение влагалища; хирургические вмешательства	Тщательный осмотр, уделять внимание лобковому оволосению, полноте половых губ, целостности слизистой оболочке влагалища, глубине влагалища, трещинам, насколько легко травмируется слизистая оболочка влагалища	В зависимости от данных физикального исследования; обсудить роль прелюдии, механизмы фазы возбуждения и какие ощущения при этом бывают
Эндометриоз и тазовые спайки	Глубокая боль; циклическая боль, связанная с месячными; жалобы на то, что «как будто туда что-то вталкивают»	Этиология эндометриоза неясна; для тазовых спаек – хирургические вмешательства / инфекции в анамнезе	Узелки; матка и придатки малоподвижны	Лапароскопия
Патология придатков	Глубокая боль, может локализоваться с одной стороны	Кисты, инфекции	Увеличение придатков; могут быть болезненны, малоподвижны	Лапароскопия
Ретроверсия матки, ослабление тонуса тазового дна; миомы матки	Глубокая боль	Особенность анатомического расположения	Матка в ретроверсии; опущение матки; увеличение матки	Попробовать другие позы при сексе
Хронический цервицит; воспалительное заболевание таза; эндометрит	Глубокая боль	Инфекции	Выделения; патологические очаги; шейка легко травмируется; матка болезненна при пальпации либо боль при смещении шейки	Кольпоскопия, посев, лапароскопия
Застойные явления в полости таза	Боль после сношения; глубокая боль; боль в тазовой области	Неизвестна	Без особенностей	По характеру боли
Заболевание уретры; цистит; интерстициальный цистит	Чувство давления над лобком, частое мочеиспускание, ноктурия, позывы	–	Болезненность при пальпации уретры и мочевого пузыря	Анализ мочи; посев мочи (при интерстициальном цистите результаты отрицательны)

Примечание. * – Психологические факторы могут быть частью самовоспроизводящихся кругов боли, их наличие следует проверять при патологии всех видов.

- Гинекологические хирургические операции по удалению рака матки или яичников также могут явиться причиной диспареунии.

- Инфекции матки, такие, как гонорея, также могут обуславливать возникновение боли при половом акте. Если в результате инфекции образуется большое количество рубцовых тканей, может возникнуть необходимость в операции.

- Разрыв связок, удерживающих матку в тазовой полости, обусловленный родами и изнашиванием, может быть причиной боли при половом акте. Полностью или частично устранить эту проблему поможет хирургическая операция.

- Психологические факторы также могут способствовать развитию диспареунии. Это могут быть:

а) информационные воздействия в раннем детстве, которые вызывают негативные представления и страхи, связанные с половым актом;

б) проблемы в отношениях, затрагивающие сексуальный опыт.

Цитируемые авторы [6] указывают, что чаще всего причиной диспареунии становится сочетание физических и психологических факторов (Binik et al., 2000).

А.М. Свядош [10] отмечает, что иногда в климактерическом периоде наблюдается усиление полового влечения, которое сопровождается периодическими приливами крови к половым органам, вызывающими парестезии. В случаях, когда усилившееся половое влечение не реализуется в половой жизни или мастурбации и подавляется, это может привести к усилению парестезий и переходу их в ощущение зуда в области половых органов. В дальнейшем «нервный зуд» начинает возникать и вне отчетливой связи с половым возбуждением.

Цитируемый автор также сообщает, что гениталгии могут возникать при воспалении чревного / солнечного сплетения (соллярите), ганглионитах, вовлечении в патологический процесс преимущественно волокон вегетативной чувствительной иннервации (вегеталгии), воображаемой (фантомной) гинекологической боли, поражении крестово-маточных связок, аллергических реакциях на сперму и др. [10]

Также следует иметь в виду, что резкий зуд в области наружных половых органов следует дифференцировать с симптоматическим зудом при сахарном диабете и других заболеваниях.

Психогенные гениталгии, пишет А.М. Свядош [10], следует дифференцировать от сенестопатически-ипохондрического синдрома у больных шизофренией. Для последней, помимо алгий, характерно появление сенестопатий (необычных ощущений) в области половых органов. Это может быть, например, чувство «лопающихся пузырьков во влагалище», «слипания и разлипания стенок влагалища», «раздувания матки», дисморфобии (например, «левая половая губа стала тоньше, появился особый запах, который другие не замечают») и т. п.

Лори Дж. Хейм (Lori J. Heim) [13, 28] приводит список заболеваний и состояний, которые могут быть причиной боли, связанной с половыми актами. Среди них:

- вагинизм;
- атрофический вагинит и недостаточная лубрикация;
- вульводиния;
- вульварный вульвит;
- инфекции;
- вирус папилломы человека;
- вирус простого герпеса;
- воспалительное заболевание таза;
- хронический сальпингит, эндометрит;
- эндометриоз, миома матки, спайки в полости таза;
- патология придатков;
- ретроверсия матки, ослабление тонуса дна таза;

- хронический цервицит;
- застойные явления в полости таза;
- мочеполовые расстройства;
- патология уретры;
- цистит;
- интерстициальный цистит.

Этот же автор [13] приводит таблицу, в которой отражены сведения, позволяющие дифференцировать часто встречающиеся расстройства, при которых развивается болезненность половых актов (табл. 1).

Цитируемый автор [13] отмечает, что боль может возникнуть до входа или в процессе входа в вагину, а также когда пенис уже находится во влагалище. Локализация боли может служить ориентиром для определения ее этиологии.

Диспареуния поверхностная / на входе, по словам Лори Дж. Хейм (Lori J. Heim) [13, 28], может развиваться как осложнение разнообразных болезней, поражающих половые губы и преддверие. В этих случаях боль чаще всего сочетается с вагинизмом и скудной лубрикацией при недостаточном возбуждении [46]. Эта локализация диспареунии может наблюдаться при атрофии, вульводинии, грибковом или бактериальном вагините, вульварной дистрофии. Диспареуния на входе может возникать вследствие атрофических изменений при низком уровне эстрогенов, однако при этом боль обычно распространяется на стенки влагалища. При тщательном обследовании выявляют язвы и трещины. Причиной поверхностной диспареунии могут стать инфицирование вирусом простого герпеса (Herpes Simplex Virus; HSV) или вирусом папилломы человека (Human Papillomavirus; HPV), хотя роль HPV в этих случаях является спорной [19, 30]. Очаги поражения при инфекции HSV легко распознаются визуально или пациентка сообщает, что ранее отмечалось вскрытие пузырьков, а боль при половых актах ограничивалась временем активной инфекции. При обследовании отмечается болезненность вдоль уретры или при пальпации мочевого пузыря, а это свидетельствует об уретрите, дивертикуле уретры, или уретральном синдроме [44].

Глубокая диспареуния, по сообщению Лори Дж. Хейм (Lori J. Heim) [13, 28], может возникать при атрофических изменениях и недостаточной лубрикации, что вызывает неприятную сухость и мешает фрикции при движениях пениса. При возбуждении полость влагалища не всегда удлиняется и не расширяется, что может сопровождаться неприятными ощущениями, особенно при коитусе в некоторых позах или при давлении пениса на шейку матки. Боль, которая возникает при глубоких фрикциях, иногда описывается словами «как будто что-то вбивается внутрь». Этиологическим факторам диспареунии данной локализации могут быть эндометриоз, спайки в малом тазу и застойные явления в нем [14, 17, 21, 44]. Более редкими причинами диспареунии глубокой локализации являются патология придатков, эндометрит и рубцевание при воспалительных заболеваниях органов таза. Такую боль испытывает меньшинство женщин с ретроверсией матки и с ослаблением тонуса тазового дна.

Данный вид диспареунии также может вызывать нарушения со стороны мочевыделительной системы. Цистит и интерстициальный цистит вызывают боль, которая появляется при наполнении мочевого пузыря. Больные жалуются на чувство давления над лобком, частое мочеиспускание (в том числе, по ночам) и сильные позывы без резей. Воспаление толстого кишечника и синдром раздраженной кишки могут приводить к диспареунии, но они гораздо чаще сочетаются с другими тазовыми заболеваниями, сопровождающимися хронической болью [14].

Лори Дж. Хейм [13] приводит таблицу, в которой в зависимости от локализации боли в половых органах, называются вызывающие ее расстройства (табл. 2).

Мы в своей практической работе придерживаемся разделенной диспареунии на психогенные, соматогенные и смешанные

Патология, связанная с диспареунией при входе и на глубине

При входе	На глубине	На обоих уровнях
<p>Вульводиния Вульварный вульвит Вагинизм Вагинит Уретрит</p>	<p>Эндометриоз Спайки в тазу Патология придатков Ретроверсия матки Хронический цервицит, воспалительное, заболевание таза, эндометрит Застой в полости таза Патология уретры</p>	<p>Диспареуния Недостаточная лубрикация (более типична боль при входе) Вагинальная атрофия после беременности</p>

варианты. В свою очередь, психогенные диспареунии мы подразделяем на фобическую и истерическую формы. В первом случае речь идет о боязни появления боли, связанной с негативными представлениями о половом акте, что может быть следствием негативных и неадекватных информационных воздействий в период взросления («половой акт непременно сопряжен с болью и выраженным кровотечением»). Причиной фобической формы диспареунии может быть и негативный сексуальный опыт, когда половые акты по той или иной причине сопровождались болью (недостаточная лубрикация влагалища или ее отсутствие, очень крупный пенис партнера, изнашивание, весьма болезненная дефлорация).

В основе истерической диспареунии лежит механизм условной приятности / желательности. В этом случае женщина не хочет жить половой жизнью с определенным мужчиной (плохие отношения, отсутствие сексуального удовлетворения при сексуальных контактах с ним). Боль в данном случае является фактором, который позволяет уклоняться от половой активности, хотя в подавляющем большинстве случаев женщина может этого и не осознавать. Возможно и сочетание этих двух форм не только друг с другом, но и с органической диспареунией.

В настоящее время в клинической медицине используется биопсихосоциальный подход. Поэтому можно говорить и о социогенных диспареуниях. Социогенные влияния на самом деле могут играть большую роль в генезе диспареуний. Вместе с тем социогенные влияния воздействуют через психику человека, конвертируясь в психогенные влияния, то есть происходит их интериоризация. По этой причине социогенный вариант диспареунии можно отдельно и не выделять.

Общие рекомендации по устранению диспареунии и ее лечению

Существуют общие рекомендации при боли во время полового акта, которая может быть уменьшена за счет [48]:

- использования лубрикантов на водной основе;
- более длительной прелюдии, которая способствует естественной лубрикации;
- улучшения отношений между сексуальными партнерами;
- подбора сексуальных поз, которые минимизируют боковую боль или возможность ее возникновения;
- соблюдения правил гигиены половых органов и безопасного секса, а также регулярных медицинских осмотров, которые помогут предотвратить инфицирование мочевых и половых органов, что может способствовать болезненному общению.

Также существуют следующие рекомендации, направленные на уменьшение генитальной боли [49]:

- занимайтесь сексом, когда вы и ваш партнер расслаблены;
- будьте откровенны с вашим партнером относительно вашей боли;
- опорожните мочевой пузырь перед сексом;
- примите теплую ванну перед сексом;

- принимайте обезболивающие средства перед сексом;
- приложите пакет со льдом к вульве, чтобы уменьшить жжение после секса.

Для лечения диспареунии также используются упражнения Кегеля, что позволяет помочь расслабить вагинальные мышцы и снизить уровень боли. Идентификация этих мышц проводится при остановке мочеиспускания при его осуществлении. Если мочеиспускание удалось остановить, то эти мышцы найдены. Упражнения рекомендуется проводить согласно следующей инструкции: «Сожмите и удерживайте эти мышцы в течение 10 секунд, затем расслабьте их в течение 10 секунд. Повторите 10 раз, три раза в день». При выполнении этих упражнений полезно практиковать техники глубокого дыхания [48].

Известная Mayo Clinic (США) приводит следующие общие рекомендации для лечения диспареунии [35]. Отмечается, что варианты лечения варьируются в зависимости от причины боли. Рекомендуется направить усилия на лечение заболевания, которое ее вызывает, что может привести к ликвидации боли в гениталиях. Также следует проанализировать, не является ли сухость влагалища, вызываемая приемом некоторых лекарств, причиной возникновения боли и дискомфорта при проведении полового акта. Если это так, то следует сменить используемые лекарства. У многих женщин в постменопаузальный период диспареуния может быть обусловлена недостаточной лубрикацией вследствие низкого эстрогенного уровня. Часто это можно лечить с помощью местного эстрогена, наносимого непосредственно на влагалище. Существует препарат оспемифен (Osphena) для лечения диспареунии средней и тяжелой степени у женщин, имеющих проблемы с увлажнением влагалища. Оспемифен (Ospremfene) оказывает эстрогенное действие на слизистую оболочку влагалища. Другим лекарством для ослабления боли при половом акте является прастерон (Intrarosa). Это капсула, которую следует помещать во влагалище ежедневно.

Также для лечения диспареунии используется десенсибилизирующая терапия. Изучаются упражнения для расслабления влагалища, которые могут уменьшить боль. Если секс был болезненным в течение некоторого времени, то даже после лечения может иметь место отрицательный эмоциональный ответ на сексуальную стимуляцию. Если партнеры из-за генитальной боли избегали сексуальных контактов, то целесообразной может быть помощь консультанта в улучшении общения с партнером и восстановлении сексуальной близости. Полезной в изменении негативных моделей мышления и поведения может быть когнитивно-поведенческая терапия [35].

James Sorensen и соавт. [43] в своей статье, где даны рекомендации по лечению боли при сексе, отмечают, что с целью охватить все аспекты боли (физический, эмоциональный и поведенческий) следует придерживаться мультимодального подхода. Вначале прибегают к консервативным неинвазивным вмешательствам. Этому предшествует предоставление женщинам общих рекомендаций, которые могут играть положительную роль, а также их обучение анатомии женских половых органов.

Рекомендуется минимизировать раздражение вульвы: носить 100% хлопковое белье; применять не содержащие консерванты и спирт смягчающие или смазывающие вещества во время полового акта; избегать использование раздражающих веществ (например, духов, красителей, шампуней, моющих средств), жесткого мыла, спринцевания и сушки волос в области вульвы.

Dean A. Seehusen и соавт. [41] сообщают, что следует прибегать к «образовательному» обследованию таза, что предполагает участие пациентки, которая держит зеркало, пока врач объясняет результаты, полученные при обследовании. Это обследование может улучшить контроль пациентки и ее самооценку, уточнить результаты обследования.

Психотерапия

Для лечения диспареунии используют как психотерапию, так и биологические методы лечения. Психотерапия может быть ведущим или даже единственным средством, когда речь идет о психогенных формах этого расстройства, а в случаях органической детерминации выполнять вспомогательную роль.

В терапии диспареунии большую роль играют **когнитивные воздействия**, особенно когда роль идет о психогенных ее вариантах. Так, при фобической форме диспареунии усилия следует направлять на выявление факторов, приведших к возникновению боязни проведения полового акта, что может быть связано, например, с негативными информационными воздействиями, имевшими место в детском и подростковом возрасте, которые привели к формированию отрицательного отношения к сексу, который непременно сопровождается выраженными болью и кровотечением. Это может лежать в основе существования девственного брака (виргогамии).

Боязнь возникновения боли во время полового акта, которая сама по себе способна приводить к ее появлению при коитусе, может быть и результатом половых актов, которые сопровождалась болью и были обусловлены в прошлом различными физиологическими и соматическими причинами (недостаточность лубрикации, очень большой половой член партнера, гинекологические заболевания), а также опытом изнасилования или очень болезненной дефлорацией.

При работе с такими пациентками мы сосредоточиваем свое внимание на формировании у них представления, что влагалище имеет большие возможности к увеличению. С этой целью нами разработан специальный психотерапевтический прием «*составление по контрасту*» [2, 4, 32], который следует применять в комплексе лечения больных с фобическими формами виргогамии, вагинизма и диспареунии. Беседу рекомендуется строить следующим образом. Вначале необходимо рассказать больной о больших возможностях влагалища к увеличению и подтвердить это на примере родов. При этом следует указать, что масса нормального ребенка и его рост при рождении достигают значительных размеров (указать их диапазон). Вслед за этим целесообразно отметить, что длина и объем полового члена мужчины неизмеримо меньше. Таким образом, перед женщиной ярко вырисовывается контраст между величиной плода и полового члена. Это создает благоприятные условия для более успешного проведения других терапевтических (в основном психотерапевтических) мероприятий, направленных на ликвидацию имеющейся патологии, так как способствует снижению степени выраженности фобического потенциала вследствие его дискредитации.

Помимо этого, если речь идет о девственнице, мы всячески акцентируем ее внимание на то, что половой жизнью живут многие люди, которая доставляет им приятные ощущения. В нашей практике также были случаи, когда половой член в случаях диспареунии воспринимался как инородное тело. Однако одновременно с этим женщины занимались оральным сексом. Тогда я им объяснял, что влагалище так и называется потому, что в него вкладывают половой член, в

то время как рот изначально предназначен для приема пищи (в этих случаях демонстрировался когнитивный диссонанс).

В терапии психогенной диспареунии весьма полезной может оказаться **когнитивно-поведенческая терапия**. Она помогает объяснить поведение, связанное с негативными мыслями и чувствами [26]. Dean A. Seehusen и соавт. [41] сообщают, что когнитивно-поведенческая терапия в сочетании с другими видами терапии оказалась эффективной в снижении тревоги и страха, связанных с диспареунией [23]. Одним из ее эффективных средств является «*техника остановки мысли*» [5], которая может быть весьма эффективной при фобической форме диспареунии. Она была описана Дж. Бэйном (J.A. Bain) [15] и введена в арсенал поведенческих техник Дж. Вольпе (J. Wolpe) [50].

Наша клиническая практика свидетельствует о том, что очень эффективной в устранении фобической диспареунии может быть гипносуггестивная терапия. Полезным в терапии такой диспареунии может быть нейролингвистическое программирование и, в частности, метод взрыва навязчивости, метод взмаха и разработанный нами «способ коррекции поведенческих программ» [3].

В случаях диспареунии, в основе которой находится механизм условной желательности / приятности, следует направлять усилия на поиск нарушенных межличностных отношений партнеров и обстоятельств, которые обуславливают возникновение данного расстройства с последующим их устранением. В этих случаях возникает необходимость в **парной психотерапии**. При этом речь может не ограничиваться только супругами / сексуальными партнерами. В своей клинической практике мы наблюдали случаи, когда сексуальные дисфункции возникали в результате, например, того, что у мужа или жены были плохие отношения с родителями супруга / супруги, а муж или жена не поддерживали своих супругов и, более того, становились на сторону своих родителей. В таких случаях речь уже идет о необходимости применения и **семейной терапии**. С целью анализа межличностных отношений и их нормализации также может использоваться **групповая психотерапия**.

Для лечения диспареунии также используется **секс-терапия**, которая по механизму своего действия близка к поведенческой терапии. Ее использование позволяет восстанавливать близость и улучшать отношения со своим партнером [49].

Биологическая терапия

Из медикаментозных средств используют следующие [43]: **Местные анестетики**. В качестве возможного механизма возникновения боли при вульводинии называлась сенсibilизация периферических вестибулярных нервов [26]. Поэтому для лечения в качестве местноанестезирующего средства предлагали лидокаин, который может уменьшить боль во время полового акта. С теоретической точки зрения местные анестетики десенсibilизируют вульву и вагинальные нервы. Местно назначают 5% лидокаин один или два раза в день [26].

Гормональное лечение. У стареющих женщин вульвовагинальная атрофия, вызванная снижением уровня эстрогена, является распространенной проблемой. В этом случае имеют место такие симптомы, как атрофия, сухость и диспареуния. Для лечения этих больных применяются низкодозированные конъюгированные эстрогены, доступные в виде вагинальных вставок (например, крем, таблетка и кольцо). Местное вагинальное употребление эстрогенов может занять до четырех недель, прежде чем пациентки заметят эффект.

В 2013 году Управление по контролю за продуктами и лекарствами США (U.S. Food and Drug Administration) одобрило оспемифен (Osphena) для лечения диспареунии, связанной с атрофией вульвы и влагалища, что сопровождается его сухостью и болевыми ощущениями при половом акте. Это лекарство является первым и единственным неэстрогенным соединением, одобренным для этой цели, которое обладает

эстрогенным эффектом [42]. У женщин с умеренной или тяжелой диспареунией, вызванной менопаузой, данный препарат рекомендуется применять в дозе 60 мг один раз в день [48].

Dean A. Seehusen и соавт. [41] отмечают, что хроническая сухость влагалища может быть обусловлена заболеваниями, где наблюдаются гормональные расстройства (например, гипоталамо-гипофизарная дисфункция, преждевременная недостаточность яичников, менопауза), сосудистые нарушения (например, периферический атеросклероз, анемия), неврологические причины (например, диабетическая невропатия, повреждение спинного мозга) или хирургическое вмешательство, применение гормональных контрацептивов, химиотерапия и облучение.

Противовоспалительные препараты. Для лечения вульводинии с некоторым эффектом использовались инъекционные противовоспалительные препараты, такие, как кортикостероиды, интерфероны и стабилизаторы тучных клеток [43].

Ботулин. *Тип А.* Диспареунию и вульводинию, вызванные миалгией тазового дна и контрактурой, можно уменьшить, используя инъекции ботулинического токсина А в мышцы тазового дна [36, 37]. Предполагается, что ботулинический токсин А ингибирует ноцицепторы, что приводит к снижению периферической и центральной сенсibilизации, связанной с вульводинией [26]. (Ноцицепторы [ноцирецепторы] – рецепторы боли. Их интенсивная стимуляция обычно вызывает неприятные ощущения и может причинить вред организму. – Примечание автора.)

Транквилизаторы. Для лечения женщин с фобической диспареунией в комплексном ее лечении полезным может быть использование транквилизаторов (гидазепам, феназепам и др.)

Антидепрессанты. Н.К. Naefner и соавт. [27] сообщают, что для ослабления боли в области вульвы используют пероральные трициклические антидепрессанты, такие, как amitриптилин, нортриптилин и дезипрамин [33]. Часто в качестве средства первой линии используется amitриптилин. Его начинают принимать перорально в дозе от 5 до 25 мг на ночь, которую увеличивают на 10–25 мг в неделю. Максимальная доза этого препарата составляет, как правило, не более 150 мг в день. Трициклические препараты также доступны в виде сиропов, что позволяет подбирать дозу даже пациентам с повышенной чувствительностью. Эта группа лекарств уменьшает сенсibilизацию периферических нервов и используется при лечении нейропатической боли. Для контроля боли у женщин с вульводинией также использовались антидепрессанты, которые относят к селективным ингибиторам обратного захвата серотонина и ингибиторам обратного захвата серотонина и норадреналина венлафаксин [47].

Противосудорожные средства. Для лечения вульводинии использовался габапентин и карбамазепин [18, 40]. Габапентин начинают принимать в дозе 300 мг перорально в течение 3 дней, затем постепенно дозу лекарства увеличивают до максимальной общей суточной дозы 3600 мг.

Физиотерапия. Физиотерапия тазового дна является важным дополнением к большинству методов лечения диспареунии и вульводинии и предоставляет возможность мышцам тазового дна расслабиться, а также «переобучить болевые рецепторы» [43]. Jennifer Trahan и соавт. [45] сообщают, что физиотерапия тазового дна является неинвазивным вариантом устранения боли, связанной с диспареунией. Для мобилизации мягких тканей, уменьшения боли и улучшения функций физиотерапевты используют мануальную терапию, но ее эффективность для лечения диспареунии не исследована. Авторы поставили перед собой задачу оценить результаты данного метода лечения названной патологии. С этой целью был проведен поиск литературы (статей) в базах данных MEDLINE, EMBASE и CINAHL, опубликованных в период с июня 1997 года по июнь 2018 года. Четыре исследования соответствовали выбранным ими критериям включения. Все эти исследования выявили значительное уменьшение боли, под-

тверждая, что мануальная терапия является эффективным средством для облегчения боли, связанной с диспареунией. Однако, по мнению авторов, необходимы более обширные исследования для определения эффективности мануальной терапии диспареунии и конкретных механизмов ее лечебного воздействия.

Kimberly A. Fisher [24] сообщает, что женщины с диспареунией иногда направляются к физиотерапевту для устранения любого скелетно-мышечного компонента боли [39]. Цель физиотерапевтического вмешательства при данной патологии состоит в уменьшении боли во влагалище за счет снижения гиперактивности мышц тазового дна путем улучшения способности пациентки контролировать эти мышцы, а также благодаря увеличению способности ткани влагалища переносить растяжение [20, 39]. Вмешательства физиотерапевта по поводу мышечно-скелетной дисфункции, связанной с диспареунией, включают использование мануальной терапии, биологической обратной связи, физических упражнений и расширителей влагалища. Некоторые женщины с диспареунией могут излечиться с помощью вмешательства, где особое внимание уделяется методам обучения, которое в приведенном авторами клиническом случае состояло в объяснении анатомии тазового дна и функций его мышц во время полового акта, инструкторовании пациентки, как контролировать мышцы леватора и обучении ее методам саморасширения влагалища [24].

Для физиотерапии диспареунии также используют чрескожную стимуляцию нервных окончаний, тренировку мышц тазового дна в режиме биологической обратной связи на аппарате Уропроктокор и Уростим, экстракорпоральную магнитную стимуляцию органов малого таза на аппарате Авантрон, лечебный ультразвук и воздействие на биологически активные точки, что позволяет избавиться от участков болезненного напряжения в мышцах [1].

Хирургическое лечение. Этот вид терапии используется только в крайних случаях при коитальной боли, обусловленной органическими факторами. В частности, используется вестibuлэктомия вульвы, лизис тазовых спаек или резекция эндометриoidных очагов [9, 26, 31, 43]. М.Р. Оразов и соавт. [9] сообщают, что согласно последним рекомендациям Американского общества по репродуктивной медицине (American Society of Reproductive Medicine – ASRM) (2015) и Европейского общества по вопросам репродукции человека и эмбриологии (European Society of Human Reproduction and Embryology – ESHRE) (2014), при боли в половых органах органического происхождения, к которой относится и «тяжелая глубокая диспареуния», удаление эндометриoidных узлов может быть эффективнее медикаментозной терапии. Снижение интенсивности боли после хирургического лечения глубокого инфильтративного эндометриоза наблюдается у 71,4–93,6% женщин, а это, как правило, приводит к улучшению сексуальной жизни.

G. Barbara и соавт. [16] выявили 17 систематических обзоров с оценкой результатов хирургического лечения эндометриоза (большинство операций было выполнено лапароскопическим путем, а период наблюдения после операции варьировал от 4 до 60 мес). У женщины, которым была сделана операция, фиксировали преимущественно глубокий инфильтративный эндометриоз и эндометриоз прямокишечно-влагалищной перегородки. Показаниями к оперативному лечению в основном были выраженная тазовая боль или бесплодие, а не жалобы сексуального характера. У 1505 из 2100 женщин, перенесших различные операции в связи с клиническими проявлениями эндометриоза, наблюдалось послеоперационное улучшение сексуальной функции.

В случаях постоянной послеродовой диспареунии, связанной с идентифицированными дефектами промежности или рубцеванием, можно прибегнуть к ревизионной перинеопластике [41].

Сведения об авторе

Кочарян Гарник Суменович – Харьковская медицинская академия последипломного образования, 61176, г. Харьков, ул. Амосова, 58. Моб. тел.: +38 (095) 259-65-23, +38 (098) 521-61-46. E-mail: kochargs@rambler.ru

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Диспареуния. – URL: <https://ncsgr.ru/index.php?t8=301> (дата обращения: 19.07.2020).
2. Кочарян Г.С. Глава 3. Разъяснительная и рациональная психотерапия / Г.С. Кочарян, А.С. Кочарян. Психотерапия сексуальных расстройств и супружеских конфликтов. – М.: Медицина, 1994. – С. 23–39.
3. Кочарян Г.С. НЛП: терапевтические техники. 2-е изд., испр. и доп. – М.: Эксмо, 2009. – 176 с.
4. Кочарян Г.С. Приемы рациональной психотерапии в сексологической практике // Социально-психологические и медицинские аспекты брака и семьи: Тез. докл. 3-й обл. науч.-практ. конф. сексопатологов. – Харьков, 1987. – С. 422–423.
5. Кочарян Г.С. Современная сексология. – К.: Ника-Центр, 2007. – 400 с.
6. Крукс Р., Баур К. (Kruks R., Baur K.) Сексуальность / Пер. с англ. – СПб.: Прайм-ЕВРОЗНАК, 2005. – 480 с.
7. Мастерс У., Джонсон В., Колодны Р. (Masters W., Johnson V., Kolodny R.) Основы сексологии / Пер. с англ. – М.: Мир, 1998. – х. + 692 с.
8. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике. – СПб.: «АДИС», 1994. – 304 с.
9. Оразов М.Р., Носенко Е.Н., Покучь Л.В., Шкрели И., Токаева Э.С., Барсегян Л.К., Закирова Я.Р., Новгин Д.С. Сексуальная функция женщин с эндометриозом. «Когда любовь причиняет боль»: систематический обзор влияния хирургического и медикаментозных методов лечения эндометриоза на сексуальную функцию женщин // Акушерство и гинекология: новости, мнения, обучение. – 2017. – № 3 – С. 133–143.
10. Свядоц А.М. Женская сексопатология. Издание пятое, перераб. и доп. – Кишинев: Штиинца, 1991. – 184 с.
11. Федорова А.И. Диспареуния: патогенез, диагностика, лечение : диссертация ... доктора психологических наук : 19.00.04 / Федорова Анна Игоревна; [Место защиты: ГУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт»]. – Санкт-Петербург, 2007. – 451 с.
12. Федорова А.И. Диспареуния: патогенез, диагностика, лечение. Автореф. диссертации ... доктора психологических наук. – Санкт-Петербург, 2007. – 50 с.
13. Хейм Лори Дж. (Heim Lori J.) Диспареуния: оценка каждого случая и дифференциальная диагностика // Международный медицинский журнал. – 2002, № 3. – URL: <https://medi.ru/info/5668/> (дата обращения: 18.07.2020).
14. American College of Obstetrics and Gynecology. Chronic pelvic pain // Technical bulletin. – No. 223. – Washington, D.C.: ACOG, 1996.
15. Bain J.A. Thought control in everyday life. – New York, 1966.
16. Barbara G., Facchin F., Meschia M., Berlanda N., Frattaruolo M.P., Vercellini P. When love hurts. A systematic review on the effects of surgical and pharmacological treatments for endometriosis on female sexual functioning // Acta Obstet Gynecol Scand. – 2017. – 96 (6). – P. 668–687. DOI: 10.1111/aogs.13031.
17. Beard R.W., Reginald P.W., Wadsworth J. Clinical features of women with chronic lower abdominal pain and pelvic congestion // Br J Obstet Gynaecol. – 1988. – 95 (2). – P. 153–161. DOI: 10.1111/j.1471-0528.1988.tb06845.x.
18. Ben-David B., Friedman M. Gabapentin therapy for vulvodynia // Anesth Anal. – 1999. – 89 (6). – P. 1459–1460. DOI: 10.1097/00000539-199912000-00026.
19. Bomstein J., Shapiro S., Rahat M., Goldshmid N., Goldik Z., Abramovici H., et al. Polymerase chain reaction search for viral etiology of vulvar vestibulitis syndrome // Am J Obstet Gynecol. – 1996. – 175 (1). – P. 139–144. DOI: 10.1016/s0002-9378(96)70263-6.
20. Crowley T., Richardson D., Goldmeier D. Recommendations for the management of vaginismus: BASHH Special Interest Group for Sexual Dysfunction // Int J STD AIDS. – 2006. – 17 (1). – P. 14–18. DOI: 10.1258/095646206775220586.
21. DeWitt D. E. Dyspareunia; Tracing the cause // Postgrad Med. – 1991. – 89 (5). – P. 67–68, 70, 73. DOI: 10.1080/00325481.1991.11700891.
22. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition. – United States: American Psychiatric Association, 2013. – 947 p.
23. Engman M., Wijma K., Wijma B. Long-term coital behaviour in women treated with cognitive behaviour therapy for superficial coital pain and vaginismus // Cogn Behav Ther. – 2010. – 39 (3). – P. 193–202. DOI: 10.1080/16506070903571014.
24. Fisher Kimberly A. Management of Dyspareunia and Associated Levator Ani Muscle Overactivity // Physical Therapy. – 2007. – 87 (7). – P. 935–941. DOI: 10.2522/ptj.20060168.
25. Glatt A., Zinner S., McCormack W. The Prevalence of Dyspareunia // Obstetrics & Gynecology. – 1990. – 75 (3 Pt 1). – P. 433–436.
26. Goldstein A.T., Pukall C.F., Brown C., Bergeron S., Stein A., Kellogg-Spadt S.J. Vulvodynia: assessment and treatment // Sex Med. – 2016. – 13 (4). – P. 572–590. DOI: 10.1016/j.jsxm.2016.01.020.
27. Haefner H.K., Collins M.E., Davis G.D., Haefner H.K., Collins M.E., Davis G.D., Edwards Libby, Foster David C., Hartmann Elizabeth Dee Heaton, Kaufman Raymond H., Lynch Peter J., Margesson Lynette J., Moyal-Barracco Micheline, Piper Claudia K., Reed Barbara D., Stewart Elizabeth G., Wilkinson Edward J. The vulvodynia guideline. // J Low Genit Tract Dis. – 2005. – 9 (1). – P. 40–51. DOI: 10.1097/00128360-200501000-00009.
28. Heim Lori J. Evaluation and Differential Diagnosis of Dyspareunia // Am Fam Physician. – 2001. – 63 (8). – P. 1535–1544.
29. ICD-11. – URL: <https://en.wikipedia.org/wiki/ICD-11> (the date of the reference: 01.08.2020).
30. Jeremias J., Ledger W.J., Witkin S.S. Interleukin 1 receptor antagonist gene polymorphism in women with vulvar vestibulitis // Am J Obstet Gynecol. – 2000. – 182 (2). – P. 283–285. DOI: 10.1016/s0002-9378(00)70212-2.
31. Kliethermes C.J., Shah M., Hoffstetter S., Gavard J.A., Steele A.J. Effect of vestibulectomy for intractable vulvodynia // Minim Invasive Gynecol. – 2016. – 23 (7). – 1152–1157. DOI: 10.1016/j.jmig.2016.08.822.
32. Kocharya G.S. (Кочарян Г.С.) Cognitive techniques in the treatment of patients with sexual dysfunction // Health of Man. – 2015. – No 4 (55). – P. 66–69. DOI: [https://doi.org/10.30841/2307-5090.4\(55\).2015.104688](https://doi.org/10.30841/2307-5090.4(55).2015.104688)
33. McKay M. Dysesthetic («essential») vulvodynia. Treatment with amitriptyline // J Reprod Med. – 1993. – 38 (1). – P. 9–13.
34. Mitchell K.R., Geary R., Graham C.A., Datta J., Wellings K., Sonnenberg P., Field N., Nunns D., Bancroft J., Jones K.G., Johnson A.M., Mercer C.H. Painful sex (dyspareunia) in women: prevalence and associated factors in a British population probability survey // BJOG. – 2017. – 124 (11). – P. 1689–1697. DOI: 10.1111/1471-0528.14518.
35. Painful intercourse (dyspareunia). – URL: <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/painful-intercourse/diagnosis-treatment/drc-20375973#:~:text=Often%2C%20this%20can%20be%20treated,have%20problems%20with%20vaginal%20lubrication.> (the date of the reference: 08.07.2020).
36. Park A.J., Paraiso M.F. Successful use of botulinum toxin type A in the treatment of refractory postoperative dyspareunia // Obstet Gynecol. – 2009. – 114 (2 Pt 2). – P. 484–487. DOI: 10.1097/AOG.0b013e3181998ce1.
37. Pelletier F., Girardin M., Humbert P., Puyraveau M., Aubin F., Parratte B.J. Long-term assessment of effectiveness and quality of life of Onabotulinumtoxin A injections in provoked vestibulodynia // Eur Acad Dermatol Venerol. – 2016. – 30 (1). – P. 106–111. DOI: 10.1111/JDV.13437.
38. Reed Geoffrey M., Drescher Jack, Krueger Richard B., Atalla Elham, Cochran Susan D., First Michael B., Cohen-Kettenis Peggy T., Arango-de Montis Iv, Parish Sharon J., Cottler Sara, Briken Peer, Saxena Shekhar. Disorders related to sexuality and gender identity in the ICD-11: revising the ICD-10 classification based on current scientific evidence, best clinical practices, and human rights considerations // World Psychiatry – 2016. – 15 (3). – P. 205–221. DOI: 10.1002/wps.20354.
39. Rosenbaum T.Y. Physiotherapy treatment of sexual pain disorders // J Sex Marital Ther. – 2005. – 31 (4). – P. 329–340. DOI: 10.1080/00926230590950235.
40. Scheinfeld N. The role of gabapentin in treating diseases with cutaneous manifestations and pain // Int J Dermatol. – 2003. – 42 (6). – P. 491–495. DOI: 10.1046/j.1365-4362.2003.01831.x.
41. Seehusen Dean A., Baird Drew C., Darnall Carl R., Bode David V. Dyspareunia in Women // Am Fam Physician. – 2014. – 90 (7). – P. 465–470.
42. Soe L.H., Wurz G.T., Kao C.J., DeGregorio M.W. Ospemifene for the treatment of dyspareunia associated with vulvar and vaginal atrophy: potential benefits in bone and breast // Int J Womens Health. – 2013. – 5. – P. 605–611. DOI: 10.2147/IJWH.S39146.
43. Sorensen James, Bautista Katherine E., Lamvu Georgine, Feranec Jessica. Evaluation and Treatment of Female Sexual Pain: A Clinical Review // Cureus. – 2018. – 10 (3): e2379. DOI: 10.7759/cureus.2379.
44. Steege J.F., Ling F.W. Dyspareunia: a special type of chronic pelvic pain // Obstet Gynecol Clin North Am. – 1993. – 20 (4). – P. 779–793.
45. Trahan Jennifer, Leger Erin, Allen Marlene, Koebel Rachel, Yoffe Mary Brian, Simon Corey, Alappattu Meryl, Figures Carol. The Efficacy of Manual Therapy for Treatment of Dyspareunia in Females: A Systematic Review // Journal of Women's Health Physical Therapy. – 2019. – 43 (1). – P. 28–35. DOI: 10.1097/JWH.000000000000117.
46. Van Lankveld J.J., Weijnen P.T., ter Kuile M.M. Psychological profiles of and sexual function in women with vulvar vestibulitis and their partners // Obstet Gynecol. – 1996. – 88 (1). – P. 65–70. DOI: 10.1016/0029-7844(96)00080-4.
47. Wasserman J. Pharmacological treatment of vulvodynia // National Vulvodynia Association News Letters. Spring, 2002.
48. What causes dyspareunia, or painful intercourse? Medically reviewed by University of Illinois. Written by Jayne Leonard on December 22, 2017. – URL: <https://www.medicalnewstoday.com/articles/192590> (the date of the reference: 09.07.2020).
49. What You Need to Know About Dyspareunia (Painful Intercourse). Medically reviewed by Debra Sullivan, PhD, MSN, RN, CNE, COI. Written by Anna Zernone Giorgi. Updated on February 3, 2020. – URL: <https://www.healthline.com/health/dyspareunia> (the date of the reference: 09.07.2020).
50. Wolpe J. Psychotherapy by Reciprocal Inhibition. – Stanford University Press, 1958.

Статья поступила в редакцию 09.09.2020