

## ВОЗРАСТНЫЕ АСПЕКТЫ СИНДРОМА СЕКСУАЛЬНЫХ ДИСФУНКЦИЙ У ЖЕНЩИН

Г. Гурко, доктор медицинских наук,

С. Щербакова

Санкт-Петербургский институт биорегуляции  
и геронтологии СЗО РАМН

E-mail: nimg@mail.ru

*Согласно современным представлениям, сексуальная дисфункция у женщин является распространенным синдромом, снижающим качество жизни. В статье представлены сведения о клинических проявлениях указанного синдрома, подходах к его терапии.*

**Ключевые слова:** синдром сексуальной дисфункции, возраст, женщина.

Сложно найти другую тему, в такой же мере окруженную мифами и предрассудками, как тема секса в старости [1, 2]. Так, существует миф о вреде секса в пожилом возрасте, другой миф гласит, что в пожилом возрасте «секса нет». Данные разных исследователей говорят о том, что ситуация далеко не однозначна [3]. С одной стороны, >50% мужчин и женщин прекращают половую жизнь после 60 лет, с другой – 15% опрошенных продолжают ее даже после 80 лет [4]. Следует признать наличие массы нелепых домыслов и историй о сексуальной жизни в старости, муссируемых молодыми людьми и имеющими мало общего с действительностью [5]. Все это свидетельствует о том, что сегодня в нашем обществе сексуальность пожилых людей не либерализована и, занимаясь сексом, они находятся в конфликте с самими собой и с обществом, вследствие чего у них может возникать невротизация [6].

### ОПРЕДЕЛЕНИЕ

Известный специалист в области сексологии К. Имелинский [7] трактует синдром сексуальных дисфункций (ССД) как нарушения: 1) потенции (отсутствие способности к сексуальным реакциям и сексуальных возможностей для выполнения определенных заданий); 2) сексуальной возбудимости (отсутствие соответствующей готовности к появлению сексуального возбуждения и нарушения темпа протекания сексуальных реакций); 3) сексуального возбуждения (отсутствие адекватных сексуальных реакций на внешнюю и внутреннюю стимуляцию); 4) сексуальной мотивации (выраженности сексуального влечения); 5) оргастической способности (отсутствие способности к достижению сексуального удовлетворения).

В Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКН-2, 2001) Всемирной организации здравоохранения среди функций организма человека сексуальные (СФ) (b640) определены как психические и физические функции, связанные с половым актом, включая стадии возбуждения (b6400), подготовки (b6401), оргазма (b6402), разрешения (завершения) (b6403), а также другие – уточненные (b6408) и неуточненные (b6409) [23]. ССД, таким образом, следует трактовать

как любые нарушения указанных компонентов сексуальной функции человека.

### ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Европейские специалисты, обследовавшие 703 практически здоровых женщин в возрасте 20–80 лет, выявили расстройство желаний у 22%, расстройства возбуждения – у 35%, нарушения оргазма – у 39%; с возрастом частота нарушений значительно увеличивалась. В группе 60–69-летних 50% женщин сообщили, что иногда у них возникало сексуальное желание, а 30% имели >2 половых актов в месяц; 50% опрошенных этой группы заявили, что здоровая половая жизнь, по крайней мере, в средней степени, важна для них [8].

Согласно данным отечественных эпидемиологических исследований, распространенность ССД в популяции женщин 18–75 лет составляет 49%. Наиболее часто встречаются расстройства возбуждения (46%), лубрикации (увлажнения влагалища) – 45%, оргазма (42%), диспареуния (44%). У каждой 5-й женщины выявлен ССД с нарушением всех доменов. Распространенность ССД связана с возрастом женщин, семейным статусом, уровнем доходов семьи, наличием хронических стрессов и менопаузальным статусом. Не являются факторами риска уровень образования, курение, питание, трудовая деятельность, конституциональные особенности [9]. Таким образом, имеющиеся в литературе данные позволяют расценивать ССД как распространенный, причем в большей степени – у женщин пожилого возраста.

### ИНВОЛЮТИВНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПОЛОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Инволюционный период половой жизни не имеет четко очерченного начала, поэтому возникает необходимость выделения его критериев [10, 11]:

1. Изменение характера либидо, заключающееся в утрате оттенка настоятельности, неудержимости. Физиологическим коррелятом этого изменения является смещение акцента на психическую составляющую в связи с возрастной редукцией нейрогуморального компонента либидо.

2. Утрата психофизиологической целостности в переживании ситуации интимного сближения. Физиологическая составляющая – парциальное снижение активности отдельных участков системы обеспечения половых функций.

3. Изменение характера половых абстиненций, что является объективно – в переходе от парциальных абстиненций к тотальным; субъективно – в утрате тягостности периодов вынужденной абстиненции. Основным физиологическим коррелятом является возрастная редукция нейрогуморальной активности, развивающаяся на урогенитальном уровне. Тем не менее следует отметить, что до конца сексологические критерии начала женского инволюционного периода остаются нераскрытыми [12].

Половая активность в предстарческом возрасте снижается как у мужчин, так и у женщин, но не прекращается полностью и может принимать различные формы. Так, в климактерический период половые желания у многих женщин усиливаются. Повышенная половая активность может сохраняться на протяжении нескольких лет, даже до наступления старости, после чего возвращается в пределы нормы, соответствующей возрасту. Половую жизнь в климактерическом периоде следует считать нормальным, физиологически оправданным явлением [13].

Сексуальность людей пожилого и старческого возраста индивидуальна и зависит от ряда факторов – половой

конституции, «тренированности психосексуального аппарата», наличия брака и пр. Женщины в пожилом возрасте отличаются меньшей половой активностью, чем мужчины. Это во многом обусловлено возрастной атрофией половых органов, что создает риск их повреждения при половом контакте. После 75 лет у людей четко выражен спад половой активности, связанный, по мнению разных авторов, с хроническими заболеваниями, которые развиваются в этом возрасте [14].

### КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ССД

Данные о распространенности сексуальных симптомов у женщин в менопаузе различаются. Это связано с размером выборки, дизайном исследования, гормональным статусом женщин, страной проведения исследования.

Так, согласно имеющимся данным, у женщин до 65 лет распространенность ССД такая же, что и в возрасте старше 65 лет. Разница состоит в наличии большей обеспокоенности последних сексуальными трудностями. При естественной менопаузе возраст и снижение уровня эстрадиола являются факторами, оказывающими значительное негативное воздействие на СФ (желание, возбуждение, сексуальное удовлетворение и оргазм) [15].

Для изучения распространенности и тяжести климактерических симптомов были обследованы 1025 женщин в пременопаузе и постменопаузе (до 5 лет) [16]. В результате у 30% женщин были выявлены симптомы менопаузы (от умеренных до тяжелых): в частности, у 40% – вазомоторные, у 20% – психологические, у 6% – психосоматические и у 34% – сексуальные.

При применении специальных опросников у 150 женщин в постменопаузе (здоровые, не лечившиеся методами гормональной терапии) наиболее часто выявляли такие проявления ССД, как расстройство желания (70%) и возбуждения (60%). Также отмечались нарушения lubricации (50%), болевые проявления (45%), расстройства оргазма (40%) и удовлетворенности (37%). Наличие и интенсивность проявлений ССД не зависели от уровня в сыворотке крови половых гормонов и глобулина, связывающего последние. Это позволяет сделать вывод о негормональном зачастую генезе ССД в постменопаузе у женщин [17].

При обследовании 1000 женщин в постменопаузальном периоде в течение 2 лет показано [18], что 50% из них жаловались на сухость влагалища, чаще ассоциированную с более молодым возрастом, расой (афроамериканки, латиноамериканки и пр.), сахарным диабетом, снижением оценки физического функционирования <36 баллов, низким индексом массы тела (ИМТ), вагинальной колонизацией энтерококка. У 1/3 обследованных выявлены жалобы на зуд, который также был связан с низкой оценкой физического функционирования. Из всей выборки только 40% женщин были сексуально активными, из них 40% сообщили о болезненности полового акта, что чаще ассоциировалось с более молодым возрастом, наличием сахарного диабета, низким ИМТ и более высоким уровнем рН влагалища.

Помимо нормального физиологического функционирования, важную роль в сексуальности пожилой женщины играет также психическое здоровье. Сексуальный интерес и удовлетворенность связаны с эмоциональной выразительностью, самооценкой себя как женщины, субъективным ощущением одиночества и депрессии, а также когнитивными функциями [20].

Клинические проявления ССД, таким образом, у женщин пожилого возраста являются полиморфными и обусловлены как инволютивными постклимактерическими изменениями, так и отягощенным общесоматическим фоном.

### ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ

Диагностика ССД у женщин пожилого возраста основана на традиционном для гериатрии подходе, заключающемся в применении опросников и шкал.

В частности, многие авторы в качестве инструмента для скрининга ССД у женщин используют опросник «Индекс женской сексуальной функции» (Female sexual function index; FSFI). Опросник позволяет оценить состояние СФ у женщин в течение предшествующих 4 нед с учетом 6 основных составляющих: половое влечение, чувствительность и возбудимость, lubricация, оргастичность, удовлетворенность половой жизнью, коитальный и (или) посткоитальный дискомфорт/боль [21].

Для выявления ССД необходим открытый разговор между пациентом и медперсоналом; нужно предоставлять женщинам возможность рассказать о своих сексуальных проблемах как о фундаментальной части медицинской помощи. Представителям медперсонала рекомендуется задавать пациенту открытые вопросы, предлагать обсудить деликатные симптомы, помочь справиться с внутренним состоянием тревоги. Исследования показали, что врачам общей практики и «узким» специалистам не хватает подготовки в оценке СФ. Для облегчения связи между пациентом и врачом при оказании помощи необходимы консультации психолога. При первичном обращении значимую роль могут играть также медсестры, информируя женщин о необходимости обращения к тем или иным врачам-специалистам, а также о разнообразии существующих терапевтических направлений в лечении ССД [22].

Для выявления состояния женской СФ в первую очередь необходимо собрать подробный анамнез, после чего производят физическое обследование, лабораторные исследования. Физиологический мониторинг параметров возбуждения позволяет косвенно диагностировать органические заболевания. Патологические изменения возбуждения регистрируют на основе сравнения исходного состояния и состояния после начала половой стимуляции. Дуплексное сканирование, доплерография, фотоплетизмография, вагинальное измерение давления кислорода могут помочь в оценке полового кровотока. Кроме того, необходимо измерение рН влагалища в динамике. Нейрофизиологические исследования (срамные вызванные потенциалы, генитальный сочувственный отклик кожи, теплые, холодные и вибрационные пороги восприятия, а также тестирование давления и чувствительность поверхности наружных половых органов и пр.) выполняют, чтобы исключить нейрогенную этиологию ССД [23].

### ЛЕЧЕНИЕ

Последние тенденции в лечении ССД у женщин таковы.

Медикаментозное лечение основывается прежде всего на заместительной гормональной терапии. Применение эстрогенов приводит к снижению боли и жжения при половом акте. Эффективность других лекарственных препаратов (таких как силденафил, L-аргинин, йохимбин, фентоламин, апоморфин, простагландин E1) при лечении ССД пока не подтверждена, исследования продолжаются [16].

Лечение ССД в позднем возрасте имеет свои тенденции и специфику. Выделяют 6 основных фармакологических путей лечения ССД и симптомов менопаузы:

- агонисты дофаминергических рецепторов и связанные с ними вещества;
- меланокортинстимулирующий гормон;
- антагонисты адренорецепторов;
- доноры оксида азота;
- простагландины;
- андрогены.

Вместе с тем многие авторы отмечают, что значительное число методов, применяемых для лечения ССД у женщин в менопаузе, являются недостаточно обоснованными [19].

Терапия препаратами эстрогена — наиболее часто назначаемый вид лечения. Полагают, что эстрогены, входящие в состав заместительной гормональной терапии, вызывают, в том числе, улучшение кровоснабжения влагалищной стенки, восстановление трансудации и ее эластичности, что приводит к исчезновению сухости и диспареунии, повышению сексуальной активности. Эстрогены восстанавливают рН и кровоснабжение влагалища, в результате чего симптомы сексуальных нарушений у большинства женщин разрешаются. Поскольку вагинальные симптомы атрофии, как правило, появляются позднее вазомоторных, многим женщинам не обязательно системное применение эстрогенов, если проявления ограничены урогенитальным трактом. Использование препаратов эстрогена *per vaginam* позволяет доставить гормон локально в ткани влагалища практически без системной абсорбции, что обеспечивает эффективную альтернативу системной терапии эстрогена для этих женщин. Различные вагинальные препараты эстрогенов (конъюгированные эстрогены, эстрадиол и эстриол, вагинальные кремы с замедленным высвобождением интравагинального кольца эстрадиола), а также таблетки с низкими дозами эстрадиола — подходящие терапевтические варианты при данном состоянии [14]. Кроме того, низкие дозы эстрогенов с замедленной скоростью системного поглощения могут применяться при наличии в анамнезе данных о лечении по поводу рака молочной железы и у больных с сопутствующей тяжелой вульвовагинальной атрофией. Женщинам, стремящимся избежать использования местных вагинальных препаратов эстрогена, и в случаях, когда местная терапия эстрогенами противопоказана, можно предложить регулярное нанесение вагинальной смазки, что способно дать эффект в борьбе с симптомами вагинальной атрофии [10].

Таким образом, ССД у женщин пожилого возраста — значимая проблема в связи с высокой распространенностью и значительным влиянием симптоматики на качество жизни [24]. К сожалению, широкая врачебная аудитория слабо ориентируется в данной проблематике, с другой стороны — проблема СФ в пожилом возрасте остается табуированной и среди пациентов. В совокупности это приводит к тому, что во многих случаях адекватная медицинская помощь при ССД у женщин пожилого возраста не оказывается. Отсюда актуализация исследований в области генеза ССД и обеспечения медицинской помощью страдающих им женщин является важным аспектом современной гендерной гериатрии.

## Литература

1. Абрамович О.Д., Атрощенко Д.В., Богданам М.В. и др. Полный справочник сексолога / М.: Эксмо, 2006; 576 с.
2. Еникеева Д. Сексуальная патология / М.: Бином, 1997; 199 с.
3. Основы сексopatологии. Руководство для врачей. Под ред. Г.С. Васильченко / М.: Медицина, 2005; 512 с.
4. Кон И.С. Введение в сексологию / М.: Медицина, 1989; 336 с.
5. Герасимова Т.М. Пожилая женщина современной России: методология и результаты гендерного анализа биографий. Феминистская теория и практика: восток-запад. Материалы международной научно-практ. конф. СПб, 1996; с. 173.
6. Васильченко Г.С., Агарков Т.И., Агаркова С.Т. и др. Сексopatология. Справочник. Под ред. Г.С. Васильченко / М.: Медицина, 1990. — 576; 9.
7. Горпинченко И.И. Геронтологическая сексopatология / Киев: Здоров'я, 1991; 168 с.
8. Имелинский К. Сексология и сексopatология / М.: Медицина, 1986; 424 с.
9. Rasanen M. Female sexual dysfunction / *Duodecim*. — 2003; 119 (3): 219–27.
10. Nusbaum M., Singh A., Pyles A. Sexual healthcare needs of women aged 65 and older / *J. Am. Geriatr. Soc.* — 2004; 52 (1): 117–22.
11. Shaeer O., Shaeer K., Shaeer E. The Global Online Sexuality Survey (GOSS): among Internet users in the reproductive age group in the Middle East / *J. Sex. Med.* — 2012; 9 (2): 411–24.
12. Barr W., Lawrence-Cleary K., Gracia C. et al. Sexual dysfunction is common and overlooked in female patients with hypertension / *J. Sex. Marital. Ther.* — 2003; 29 (4): 247–48.
13. Imbimbo C., Gentile V., Palmieri A. et al. Female sexual dysfunction: an update on physiopathology / *J. Endocrinol. Invest.* — 2003; 26 (3): 102–4.
14. Addis L., Ireland C., Vittinghoff E. et al. Sexual activity and function in postmenopausal women with heart disease / *Obstet. Gynecol.* — 2005; 106 (1): 121–7.
15. Basson R., Althof S., Davis S. et al. Summary of the recommendations on sexual dysfunctions in women / *J. Sex. Med.* — 2004; 1 (1): 24–34.
16. Camacho M., Reyes-Ortiz C. Sexual dysfunction in the elderly: age or disease? / *Int. J. Impot. Res.* — 2005; 17 (1): 552–6.
17. Ratner E., Erekson E., Minkin M. et al. Sexual satisfaction in the elderly female population: A special focus on women with gynecologic pathology / *Maturitas.* — 2011; 70 (3): 210–5.
18. Moynihan R. The making of a disease: female sexual dysfunction / *BMJ.* — 2003; 326: 45–7.
19. Ragucci K., Culhane N. Treatment of female sexual dysfunction / *Ann. Pharmacother.* — 2003; 37 (4): 546–55.
20. Marthol H., Hilz M. Female sexual dysfunction: a systematic overview of classification, pathophysiology, diagnosis and treatment / *Fortschr. Neurol. Psychiatr.* — 2004; 72 (3): 121–35.
21. Свядоц А.М. Женская сексopatология / СПб: Питер, 1999; 286 с.
22. Whitehouse C. Sexuality in the older female with diabetes mellitus — a review of the literature / *Urol. Nurs.* — 2009; 29 (1): 11–8.
23. Modelska K., Cummings S. Female sexual dysfunction in postmenopausal women: systematic review of placebo-controlled trials / *Am. J. Obstet. Gynecol.* — 2003; 188 (1): 286–93.
24. Erekson E., Martin D., Zhu K. et al. Sexual function in older women after oophorectomy / *Obstet. Gynecol.* — 2012; 120 (4): 833–42.

### AGE-RELATED ASPECTS OF FEMALE SEXUAL DYSFUNCTION

**G. Gurko, MD; S. Shcherbakova**

*Saint Petersburg Institute of Bioregulation and Gerontology, North-Western Branch, Russian Academy of Medical Sciences*

*According to the present views, female sexual dysfunction is a common syndrome that lowers quality of life. The paper gives information on the clinical manifestations of the aforementioned condition and approaches to its therapy.*

**Key words:** sexual dysfunction, age, woman.