

Снижение полового влечения у женщин: пути решения проблемы

А.И. Федорова, <https://orcid.org/0000-0002-8657-5002>, feanna@inbox.ru

Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова; 191015, Россия, Санкт-Петербург, ул. Кирочная, д. 41

Резюме

В последние десятилетия женщины все чаще обращаются к врачам различного профиля с проблемами сниженного полового влечения (СПВ). Женское либидо рассматривают как один из важных показателей качества жизни, сексуального здоровья. Терапия СПВ затруднена из-за недостаточных знаний врачами как сложных, множественных патогенетических механизмов снижения либидо, так и современных терапевтических подходов. В данной статье женское половое влечение рассматривается с точки зрения биопсихосоциального подхода, признанного ведущим при работе с сексуальными дисфункциями. В соответствии с ним СПВ является следствием сочетанных нарушений на различных уровнях функционирования человека (соматическом, личностно-психологическом и индивидуосоциальном). Представлены современные концептуальные модели полового влечения, на основе которых разрабатываются терапевтические подходы к СПВ. Обсуждены наиболее эффективные с доказательной точки зрения направления терапии СПВ у женщин – устранение биомедицинских факторов, нарушающих либидо, психотерапевтические мероприятия (сексуальное информирование, когнитивно-поведенческая терапия (КПТ), сексуальная терапия). Приведены доказательные исследования, подтверждающие высокую эффективность интегративного комбинированного подхода к терапии СПВ, объединяющего сексуальное информирование, КПТ, сексуальную терапию и фармакотерапию. Представлен новый российский препарат – пептид, созданный специально для лечения СПВ у женщин. Препарат прошел все стадии клинических испытаний и может использоваться как при лечении идиопатического СПВ, так и в составе комбинированной терапии (в комплексе с психотерапевтическими, секстерапевтическими мероприятиями).

Ключевые слова: женщины, сексуальные дисфункции, андрогензаместительная терапия, интегративная терапия, медикаментозная терапия

Для цитирования: Федорова А.И. Снижение полового влечения у женщин: пути решения проблемы. *Медицинский совет.* 2022;16(16):10–17. <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2022-16-16-10-17>.

Конфликт интересов: автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

Hypoactive sexual desire disorders in women: ways to solve the problem

Anna I. Fedorova, <https://orcid.org/0000-0002-8657-5002>, feanna@inbox.ru

North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov; 41, Kirochnaya St., St Petersburg, 191015, Russia

Abstract

In recent decades, women are increasingly contact the doctors with problems of hypoactive sexual desire disorders (HSDD). Female libido is considered as one of the important indicators of quality of life, sexual health. Therapy of HSDD is difficult due to insufficient knowledge by doctors of both complex, multiple pathogenetic mechanisms of libido reduction and modern therapeutic approaches. In this article, the female sexual desire is considered from the point of view of the biopsychosocial approach, recognized as the leading one when working with sexual dysfunctions. According to biopsychosocial approach, HSDD is a consequence of combined disorders at various levels of human functioning (somatic, personal-psychological and individual-social). Modern conceptual models of sexual desire are presented, on the basis of which therapeutic approaches to HSDD are developed. The most effective from the evidence point of view directions of therapy of HSDD in women – elimination of biomedical factors that violate libido, psychotherapeutic measures (sexual awareness, cognitive behavioral therapy, sexual therapy) are discussed. Evidence-based studies confirming the high effectiveness of an integrative approach to the therapy of HSDD, combining sexual awareness, CBT, sexual therapy and pharmacotherapy, are presented. A new Russian drug – a peptide created specifically for the treatment of HSDD in women is presented. The drug has passed all stages of clinical trials and can be used both in the treatment of idiopathic HSDD and as part of combine therapy (in combination with psychotherapy and sextherapy).

Keywords: women, sexual desire, testosterone treatment, integrative therapy, medicinal therapy

For citation: Fedorova A.I. Hypoactive sexual desire disorders in women: ways to solve the problem. *Meditsinskiy Sovet.* 2022;16(16):10–17. (In Russ.) <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2022-16-16-10-17>.

Conflict of interest: the author declares no conflict of interest.

ВВЕДЕНИЕ

Возросший в последние десятилетия интерес к женской сексуальности в значительной степени сосредоточен на половом влечении (либидо). Его рассматривают как один из важных показателей качества жизни, сексуального здоровья, а также отмечают его значимость для стабильных партнерских отношений. Проблемы женского либидо стали часто попадать в фокус внимания не только сексологов и психотерапевтов, но и гинекологов, эндокринологов, семейных врачей. При этом многие вопросы остаются недостаточно изученными. Нет точного определения нормального уровня полового влечения, полного понимания того, как оно должно проявляться у женщин. Многие о патогенетических механизмах либидо и его нарушениях нам фактически неизвестно. Данная ситуация определяет трудности выбора и проведения эффективной терапии.

Изучение проблем женского либидо активно развивается: пересматриваются концептуальные модели полового влечения, разрабатываются стандартные операционные процедуры при его снижении, проводится оценка сравнительной эффективности различных терапевтических мероприятий на принципах доказательной медицины, создаются и проходят апробацию новые лекарственные средства [1, 2].

Данный обзор базируется на собственном обширном клиническом опыте и на изучении полнотекстовых, оригинальных англоязычных статей, посвященных проблеме женского полового влечения.

ПОНЯТИЕ ПОЛОВОГО ВЛЕЧЕНИЯ

На современном уровне развития наших знаний либидо рассматривается как субъективный феномен, состояние головного мозга, побуждающее к сексуальному поведению. Можно назвать его «мотивацией или склонностью быть сексуальной». Как субъективный феномен половое влечение не обязано сопровождаться какими-либо поведенческими проявлениями (частотой инициации половых контактов, например), и это создает сложности с его измерением и установлением состояния сниженного либидо.

Новые концептуальные модели полового влечения делают акцент на его рецептивном характере [1–4]. Это означает, что сексуальное влечение вовсе не должно возникать «спонтанно», «естественно» и присутствовать без сексуальной стимуляции, а является predisposition, позволяющей давать субъективный ответ на сексуальные стимулы и развитие возбуждения. Исследования последних лет продемонстрировали, что состояние мозга, именуемое сексуальным желанием, может возникать как до возбуждения, так и запускаться на его фоне. В связи с этим предлагается рассматривать сексуальное влечение и сексуальное возбуждение в единстве как ментальный и физиологический компоненты одного состояния. Это особенно касается женского полового влечения. Отмечено, что ощущение сексуального желания – не самая частая причина инициации женщиной сексуаль-

ной активности или ее принятия. Даже у сексуально здоровых женщин влечение часто возникает в процессе ласк. Сексуальные фантазии часто не столько являются индикатором сексуального желания, сколько разблокируют возможность фокусироваться на сексуальных стимулах. Данная модель объясняет важность адекватных сексуальных ласк как для качества сексуального взаимодействия, так и для поддержания удовлетворительного полового влечения. Она также определяет эффективность секстерапии при сниженном либидо.

В настоящее время основным для понимания феномена сексуального влечения является биопсихосоциальный подход, рассматривающий его как результат взаимодействия когнитивных процессов (мыслей, фантазий и мысленных образов), нейрофизиологических (центральная возбудимость) и аффективных компонентов (настроение и эмоциональное состояние) [1]. В составе наиболее распространенной концептуальной модели полового влечения рассматривают следующие компоненты:

Биологический мотивационный компонент – внутренняя сила (энергия), побуждающая человека совершать действия. Это инстинкт, врожденные паттерны поведения, нейрохимические процессы в головном мозгу и гормональные влияния на гипоталамические и лимбические структуры [5]. В качестве «возбуждающих» рассматривают системы норадреналина (НА) (управляют процессами возбуждения), дофамина (ДА) (стимулируют влечение, систему поощрения, удовлетворенность). Высвобождение ДА в преоптической зоне – основной нервной переключатель, контролирующей симпатическую и парасимпатическую регуляцию кровотока в присутствии сексуальных стимулов. Также способны активировать половое поведение и возбуждение пептидные гормоны и нейропептиды, в частности – меланокортины. Нейромедиаторы опосредуют и некоторые эффекты половых гормонов на сексуальность. К «подавляющим» либидо относят опиоидные и серотониновые системы. Баланс между «возбуждающими» и «подавляющими» системами важен для поддержания оптимального либидо. Модулирующее воздействие на нейромедиаторы в определенных отделах мозга способно поддерживать оптимальное состояние такого баланса.

Психологический мотивационный компонент – более сложный психофизиологический феномен, связанный с сознательными процессами. Контекст сексуального взаимодействия для женщин чаще бывает важнее самого спонтанного желания. Мотивация к сексуальной активности может отражать желание сексуального удовольствия, потребность в интимности, близости, желание удовлетворения партнера, эмоционального или нарциссического удовлетворения или иные факторы, не имеющие прямого отношения к сексуальному влечению и поведению [3, 4]. Психологический компонент включает индивидуальные психологические факторы, особенности психосексуального развития, стрессовые жизненные ситуации, прошлый сексуальный опыт, отношение к собственному телу, тонкие механизмы индивидуальных предпочтений. Важную роль играют партнерские взаимоотношения и существующие социальные и культурные представления о должном сексу-

альном поведении и должных сексуальных проявлениях [6]. Психологический компонент имеет особо важное значение для женского полового влечения. Можно сказать, что «женщина чувствует то, что думает по этому поводу».

Реакция на сексуальные стимулы – отражает способность сексуальных стимулов вызывать сексуальное желание, возбуждение, сексуальное удовлетворение и стимулировать половую активность. Этот компонент состоит из физиологической реактивности (возможно, чувствительности рецепторов или нейрохимических систем) и сознательных процессов, таких как сознательное подавление либидо, ожидание удовольствия или награды, качество самих сексуальных стимулов, прошлый сексуальный опыт, создающий и поддерживающий личный сексуальный сценарий.

СНИЖЕННОЕ ПОЛОВОЕ ВЛЕЧЕНИЕ

Нарушение полового влечения – довольно частая проблема, с которой обращаются к врачу-сексологу. Исследования показывают, что снижение или отсутствие полового влечения отмечают 10–40% женщин (различие цифр зависит от методологии исследования, контингента исследуемых, географии их проживания и культурных особенностей) [1].

Современное понимание СПВ включает уменьшение мыслей о сексе и сексуальных фантазий, снижение интереса к сексуальным отношениям и возбуждения в ответ на сексуальную стимуляцию партнера. В качестве критерия диагностики также рассматривают наличие стресса. При его отсутствии не следует говорить о сексуальной дисфункции даже если имеется низкий интерес к сексуальным отношениям. Стоит заметить, что данный критерий в настоящее время подвергается критике. Клиническая практика показывает, что психосоциальный дистресс в большей степени обусловлен культурными и социальными установками, рассогласованностью полового влечения у партнеров. Рост обращаемости женщин по поводу СПВ резко возрос после того, как наличие сексуального желания стало рассматриваться в качестве важного показателя здоровья в целом и сексуального здоровья в частности, что стало значимым в европейских культурах.

В соответствии с биопсихосоциальным подходом СПВ рассматривают как следствие сочетанных нарушений на различных уровнях функционирования человека (соматическом, личностно-психологическом и индивидуосоциальном). В ее основе лежит дисбаланс возбуждающих и тормозящих процессов, вовлеченных в сексуальное поведение и сексуальный ответ в центральной нервной системе (ЦНС). Важнейшую роль играют нейромедиаторы, нейротрансмиттеры и половые гормоны. Помимо них имеют значение различные психоземоциональные факторы, уже перечисленные выше.

Основными *биомедицинскими факторами, снижающими женское половое влечение*, являются:

- гиперпролактинемический синдром (основной механизм – влияние повышенного уровня пролактина на дофаминэргическую систему) [7, 8];

- гипоэстрогенные и гипоандрогенные состояния (менопауза, преждевременное истощение яичников, хирургическая кастрация и другие) [9, 10];

- депрессивные состояния [11];

- тревожные состояния (хотя полученные данные противоречивы);

- онкологические заболевания гениталий и молочных желез [12];

- заболевания сосудов (влияют в основном на процессы возбуждения и опосредованно на либидо);

- шизофрения (30–80% с шизофренией отмечают различные сексуальные дисфункции) [13];

- прием некоторых лекарственных препаратов. Наиболее изучено влияние препаратов, действующих на ЦНС (нейролептики и антидепрессанты) [14, 15], эндокринную систему (антиандрогенные и антиэстрогенные препараты, комбинированные гормональные контрацептивы) [16].

При всей важности биомедицинских факторов ведущее место в структуре патогенетических механизмов развития СПВ у женщин занимают *психогенные* факторы [1, 17–19]. В большинстве случаев это нарушения психосексуального развития (ПСР): нарушения формирования половой роли (в основном неприятие собственной женской роли, конкурентные отношения с мужчинами), задержки ПСР на платонической и эротической стадиях, при которых половой акт не является востребованным и не вызывает приятных ощущений. В основе нарушений ПСР чаще всего лежат деструктивные жесткие психологические установки в отношении сексуальности, завышенные, нереалистичные ожидания и представления о половой жизни, препятствующие ее адекватному восприятию. Известно, что женщины часто подавляют возникающие сексуальные импульсы в связи с негативными психологическими установками.

Важное место занимают супружеские (партнерские) проблемы: низкая оценка партнера, недоверие к нему, отчуждение, дистантные отношения, любовь к другому мужчине, накопленные обиды, борьба за лидерство [19, 20]. Частой причиной СПВ у женщин бывают оргазмические дисфункции, в том числе вследствие неадекватной техники полового акта. Отсутствие оргазма в партнерском взаимодействии дезорганизует всю сексуальную сферу и ведет к СПВ, даже если в начале половой жизни или партнерских отношений оно присутствовало. Другими значимыми психоземоциональными факторами являются сексуальное насилие, негативный сексуальный опыт и ожидание негативного сексуального опыта, хронический стресс, различные индивидуальные психологические факторы, проблемы коммуникации, роль наблюдателя, чрезмерный внутренний контроль, общая тенденция личности к рационализации и интеллектуализации.

Стоит заметить, что сексуальная мотивация легко вытесняется более значимыми для конкретной женщины альтернативными мотивами и долженствованиями: выполнение домашних обязанностей (хорошая хозяйка), ребенок (далеко не все женщины после родов могут вовремя разделить свои либидонозные чувства между ребенком и его отцом), профессиональные обязанности и карьерные устремления.

ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ

Биопсихосоциальный подход является основой современной терапии сексуальных дисфункций (СД). Многоуровневость поражения определяет необходимость интегративной, комплексной терапии, учитывающей нарушения на всех уровнях сексуального функционирования и последовательно воздействующей на них. Только так можно добиться эффективности терапии [1, 21]. В настоящее время предпринимаются попытки создания стандартных операционных процедур (СОП) для различных СД, в том числе для СПВ и нарушений возбуждения у женщин, включающих наиболее эффективные с доказательной точки зрения методы. В основу создаваемых СОПов положен биопсихосоциальный подход, и они носят интегративный характер [1, 2].

Интегративная терапия требует проведения стандартного сексологического обследования [22], определения всего комплекса проблем пациентки, их выраженности и глубины. На основе этого разрабатывается алгоритм комплексного терапевтического воздействия на все патогенетические механизмы расстройства.

При выявлении биомедицинских факторов, ведущих к снижению либидо, в первую очередь проводится их устранение или коррекция. Тщательно оценивается вероятность негативного влияния лекарственных препаратов (антиэстрогены, антиандрогены, гестагены в непрерывном режиме, оральные контрацептивы, психофармакотерапия).

При гипоестрогенных и гипоандрогенных состояниях необходима их коррекция. Известно, что достаточный уровень половых гормонов создает нейрохимическое состояние, более подходящее для активации сексуального возбуждения, чем для сексуального подавления, делает головной мозг избирательно чувствительным к сексуальным стимулам. Эстрогены (Э) оказывают трофическое воздействие на гениталии, а также стимулируют выброс эндотелиальными клетками вазоактивных веществ, таких как NO, и тем самым ведут к вазодилатации и, следовательно, способствуют процессам возбуждения. Тестостерон (Т) же взаимодействует с андрогенными рецепторами с высокой концентрацией в *substantia nigra*, гипоталамусе и преоптической зоне, усиливает мотивационный компонент либидо (сексуальные фантазии, сексуальную активность), повышает эрогенную реактивность генитальных эрогенных зон. Т и Э действуют как синергисты, и их эффекты трудно разделить.

Гипоестрогения и гипоандрогения характерны для менопаузальных женщин и женщин после хирургической кастрации. Исследования с хорошим дизайном и продолжительностью показали нарастание частоты СД с возрастом с преобладанием нарушений либидо, коррелирующих со снижением уровня Э. Однако изолированное влияние гипоестрогении на либидо остается спорным, поскольку уровень Э коррелирует также с частотой диспареунии и трудностями lubricации, которые вторично могут приводить к СПВ [9, 10]. Тем не менее коррекция дефицита Э играет важную роль в терапии сниженного либидо в менопаузе и после хирургического выключения

функции яичников. Оптимальным методом является менопаузальная гормональная терапия (МГТ), улучшающая как общее состояние женщины, так и сексуальное функционирование. В соответствии с Международным глобальным консенсусом 2012 г. СД в пере- и постменопаузе являются показанием для назначения МГТ даже при отсутствии других симптомов [23]. Для поддержания и восстановления полового влечения используют в основном системную МГТ. Назначают преимущественно натуральные эстрогены (эстрадиол валерат, 17β-эстрадиол) и приближенные к ним по эффектам конъюгированные эстрогены, предпочтение отдают трансдермальным формам, как наиболее безопасным. Важным может оказаться выбор гестагенного компонента МГТ. Использование гестагенов с антиандрогенным действием (дроспиренон, диеногест) в ситуации вероятного возрастного дефицита андрогенов требует осторожности, поскольку может снижать либидо.

Андрогензаместительная терапия в менопаузе не так распространена как эстрогензаместительная. Ее назначение до настоящего времени остается дискуссионным вопросом, что в значительной степени связано с нечеткостью критериев синдрома женского андрогенного дефицита и методологическими сложностями изучения влияния терапии тестостероном на половое влечение [24]. Данные же рандомизированных исследований подтверждают, что добавление Т к МГТ эстрогенами и гестагенами улучшает сексуальную функцию у женщин как после хирургической, так и после естественной менопаузы [25, 26]. Несмотря на это использование андрогензаместительной терапии пока признано целесообразным только у женщин после хирургической менопаузы. Исследования подтверждают, что у них в плазме крови всегда снижен Т, а также его прогормоны (ДЭА, А₄). Кроме того, женщины старшего возраста после овариэктомии имеют более низкий уровень Т, чем женщины контрольной группы того же возраста [9, 26]. Женщины после хирургической кастрации чаще говорят о снижении полового влечения, и в сравнении с женщинами на фоне естественной менопаузы у них всегда отмечается снижение активности лимбической системы при исследовании методом ЭЭГ в ответ на демонстрируемые визуальные эротические стимулы.

Для женщин с естественной менопаузой назначение препаратов Т – пока еще терапия *off-label*, несмотря на существование обширных метаанализов, посвященных данной проблеме. В 2021 г. Международным обществом изучения женского сексуального здоровья (ISSWSH) был принят клинический гайдлайн, посвященный использованию препаратов Т у женщин со сниженным половым влечением [27]. В нем подтверждается позитивное влияние сочетания препаратов Т и эстрогенной заместительной терапии на половое влечение менопаузальных женщин, определяется форма Т (только трансдермальная!) и доза препарата (ориентируются на поддержание физиологического пременопаузального уровня Т и на 1/10 одобренной ежедневной дозы для мужчин). Обсуждается использование Т у женщин старшего возраста при СПВ.

Полученные данные показывают отсутствие серьезных побочных эффектов при применении Т, но для того, чтобы его использование было окончательно одобрено недостаточно долговременных исследований. Гайдлайн подчеркивает, что назначение препаратов Т должно быть индивидуальным и, как терапия off-label, требует взятия информированного согласия и подробного объяснения пациенткам всех преимуществ и рисков.

Стоит заметить, что в России нет рекомендованных для назначения женщинам препаратов Т. Хорошей альтернативой им в менопаузе является синтетический стероид тиболон (Ливиал®, Ледибон®, Велледиен®), относящийся к группе тканеселективных регуляторов эстрогенной активности (STEAR). При попадании его в организм образуются три метаболита, активирующие непосредственно в органах и тканях. Два метаболита взаимодействуют с эстрогенными рецепторами, а один — с гестагенными и, что важно, с андрогенными рецепторами головного мозга. Тиболон хорошо зарекомендовал себя с точки зрения влияния на сексуальную функцию женщин как с хирургической, так и с естественной менопаузой [28, 29].

Гиперпролактинемия часто сопровождается снижением полового влечения, затруднением возбуждения, сухостью во влагалище, диспареунией. Определение уровня пролактина в сыворотке крови является стандартом обследования при СПВ у женщин. Рутинно при гиперпролактинемии используют дофаминэргический препарат каберголин (Достинекс®), дозы подбирают в зависимости от уровня пролактина в сыворотке крови. Успешное лечение хронической гиперпролактинемии обычно восстанавливает нормальную сексуальную функцию [7, 8]. Терапевтические подходы могут различаться в зависимости от патогенетических механизмов гиперпролактинемии.

С высоким уровнем пролактина связывают частое снижение либидо в послеродовом периоде. Оно наблюдается более чем у половины женщин после 3 мес. послеродового периода. Помимо гиперпролактинемии это может быть обусловлено гипоестрогенией, утомляемостью, последствиями родов и диспареунией вследствие сухости слизистых влагалища. До окончания грудного вскармливания препараты, подавляющие выработку пролактина, не используются. В этот период возможны только психотерапевтические мероприятия. С партнерами обсуждают влияние физиологического периода лактации на сексуальность, важность для женщины телесного контакта даже при сниженном влечении, необходимость выделения времени для интимных контактов, возможности лубрикантов, возможности стимуляции возбуждения.

Гиперпролактинемия и синхронные СД нередко развиваются на фоне психофармакотерапии. Для их коррекции обычно не рекомендуют агонисты ДА, а, по возможности, меняют препарат или его используемые дозы.

При эндокринных нарушениях назначение гормональной терапии, направленной на половое влечение и возбуждение, может быть эффективным, хотя сексуальная мотивация и поведенческие реакции не полностью контролируются сексуальными стероидами. Ведущая роль психологических факторов и сознательных процессов

в формировании СПВ у женщин определяет важность психотерапевтических методов. Именно они в настоящее время занимают важнейшие позиции в лечении сниженного либидо у женщин, и их эффективность доказана практикой. Именно в этой плоскости в большей степени лежат доступные нам в настоящее время способы воздействия на «нейрохимию» полового влечения.

Наиболее эффективными психотерапевтическими методами при СПВ признаны сексуальное информирование, когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) и сексуальная терапия.

Важность **сексуального информирования** обусловлена тем, что представления женщин о сексуальности зачастую недостаточны, противоречивы и искажены. Завышенные ожидания и идеализированные представления нередко ведут к неадекватному восприятию реального сексуального взаимодействия, разочарованиям с последующим снижением интереса к сексуальным контактам. В связи с этим необходимы психотерапевтические беседы о специфике и особенностях женского полового влечения. Целями бесед являются: формирование адекватных (реалистичных) представлений о психофизиологии сексуальности, о нормативности и индивидуальности тех или иных ее проявлений, помощь в понимании связи сексуальной стимуляции в процессе сексуального взаимодействия и возникновения полового влечения, постановка реалистичных задач и формирование реалистичных ожиданий [30].

Широко распространена и имеет высокий уровень доказательности своей эффективности при сниженном половом влечении **когнитивно-поведенческая терапия** (КПТ), ведь когнитивные факторы являются значимыми предикторами полового влечения и субъективного возбуждения. Она состоит из работы с иррациональными установками и дисфункциональными убеждениями, препятствующими реализации сексуальности и ведущими к обесцениванию ощущений (когнитивное переструктурирование) [31, 32]. Сексуальное информирование гармонично вплетается в структуру КПТ. Широко используются техники третьей волны КПТ, основанной на майндфулнесе (mindfulness-based therapy) – безоценочном восприятии (MBT) [33, 34]. Они тренируют безоценочное восприятие того, что происходит во внутреннем и внешнем мире, направление внимания на настоящий момент, сознательное противостояние тенденции ума критиковать, оценивать, и благодаря это обучают женщину распознавать и принимать свои телесные ощущения, эмоции и чувства.

Сексуальная терапия представляет собой непосредственную работу с телом, структурно-смоделированный эротический и сексуальный тренинг, получение опыта возбуждения с присоединяющимся половым влечением, поиск стимулов для возбуждения, формирование нового паттерна сексуальных контактов, ведущих к удовольствию. Этот метод традиционно используется при различных СД и имеет высокую эффективность.

Максимальную эффективность обеспечивает сочетание психообразования, КПТ, MBT и сексуальной терапии как интегративной структурированной модели психотерапевтического воздействия. Она была подтверждена

целым рядом исследований, соответствующих строгим методологическим критериям (2 уровень доказательности). Было продемонстрировано стойкое и значительное возрастание удовлетворенности сексуальной жизнью, партнерскими отношениями, выросла самооценка, снизился уровень тревоги и депрессии [31, 33–35].

Сочетание психотерапии с медикаментозным воздействием при наличии биомедицинских факторов, снижающих либидо, также демонстрирует значительное повышение эффективности. Это понятно, ведь в большинстве таких случаев присутствуют и психогенные механизмы, влияющие на либидо. В частности, у женщин с СПВ в менопаузе помимо гормональных причин, снижающих либидо, важную роль играют место сексуальности в системе ценностей, оценка ее уместности в старшем возрасте, качество партнерских отношений и многое другое [9, 10, 36].

Сложности использования психотерапии при СПВ часто связаны с ее длительностью, большими финансовыми затратами и психологической неготовностью пациентов. Медикаментозная терапия более привычна, понятна и не предусматривает собственной ответственности за результат. Кроме того, гибкое использование новейших разработок фармации в структуре комплексной терапии позволяет сократить ее сроки, помогает в достижении комплайенса с пациентками, изначально ориентированными на фармакотерапию при невысокой собственной включенности в работу. А таких пациенток в последнее время становится все больше, в том числе и из-за агрессивной рекламы различных препаратов, якобы способных быстро и гарантированно решить любые сексуальные проблемы.

В целом ряде валидизированных, стандартизированных зарубежных работ была продемонстрирована и доказана эффективность комплексного подхода на основе биопсихосоциальной модели, объединяющей сексуальное консультирование, психотерапевтические мероприятия с медикаментозной терапией [35].

В настоящее время идут активные поиски возможностей медикаментозного воздействия на СПВ у женщин. Это направление является весьма привлекательным, в том числе и потому что пациенты позитивнее относятся к психотерапии в комплексе с медикаментозной терапией [35]. Исследуются механизмы влияния различных систем головного мозга, нейромедиаторов и трансмисмиттеров, гормонов на половое влечение. Основная задача – создать нейрохимическое состояние головного мозга, которое будет в большей степени способствовать возбуждающим процессам в структурах ЦНС, вовлеченных в сексуальное поведение и сексуальный ответ.

Исследования последних десятилетий представляют нам ряд перспективных лекарственных препаратов, позитивно влияющих на женское либидо. Как уже отмечалось выше, обсуждаются возможности использования Т при лечении СПВ у женщин пременопаузального возраста. Некоторые психотропные препараты используют для коррекции сопутствующих СПВ аффективных нарушений, при стрессовых состояниях (тофизопам, аминоксифенилмасляная кислота, тразодон).

В рекомендациях Международного общества сексуальной медицины (ISSM) обсуждается позитивное влияние на либидо бупропиона и буспиона. Однако они находят лишь специфическое применение у ограниченного контингента пациенток. Бупропион является ингибитором обратного захвата норэпинефрина-дофамина и антагонистом ацетилхолиновых рецепторов. Он может активировать систему сексуального возбуждения в головном мозгу, повышать половое влечение, возбудимость и сексуальный ответ у женщин с выраженной депрессией [37]. Однако его не используют у женщин со СПВ без депрессивных состояний и, кроме того, он не зарегистрирован в России.

В России зарегистрирован буспион – психотропный препарат, снижающий активность серотониновых нейронов и повышающий активность дофаминовых нейронов. Он рекомендован для повышения полового влечения, снизившегося на фоне приема селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС). Исследования показывают его эффективность на 56–59% в восстановлении сексуальных функций пациентов обоего пола [38, 39].

Большое внимание и интерес вызывают поиск и перспектива использования препаратов центрального действия в терапии идиопатического сниженного полового влечения у женщин, таких, которые могли бы влиять на непосредственные механизмы либидо. В настоящее время большинство таких лекарственных препаратов не рассматриваются как специфическая терапия при СПВ, но некоторые назначают для повышения влечения *off-label*. Причем исследователи рекомендуют их использование у пациенток со СПВ тогда, когда нет гормональных нарушений и явных психосоциальных факторов, ведущих к этому снижению (т. е. при идиопатическом СПВ).

Первый препарат специфической терапии СПВ у женщин **флибансерин (Addyie)** был зарегистрирован несколько лет назад в США, и до сих пор его нет не только в России, но и в других странах. Он является агонистом серотониновых рецепторов 5HT_{1A} и антагонистом рецепторов 5-HT_{2A}. Напоминаем, что активная сексуальная реакция обеспечивается правильным балансом между ДА и НА системами (возбуждающая активность) и серотониновой системой (ингибирующая активность). Считается, что флибансерин способен модулировать эти нейромедиаторы в определенных зонах мозга и тем самым восстанавливать необходимый баланс. К сожалению, большинство комментариев по поводу эффективности флибансерина при СПВ у женщин в научных журналах не являются научными дискуссиями, экспертными клиническими мнениями и не содержат анализа и интерпретации клинических данных, а в большей степени содержат элементы сенсационности [40]. К недостаткам его стоит отнести высокую частоту побочных эффектов.

В РФ недавно прошел регистрацию и появился в продаже препарат **Дизайрикс (L-треонил-L-лизил-L-пролил-L-аргинил-L-пролина ацетат)**. Это пептид, состоящий из 5 аминокислот, действующий на сигнальные пути головного мозга, ответственные за регуляцию сексуального поведения, в основном на ГАМК-систему гипотала-

муса. Это единственный препарат в России с официальным показанием – лечение снижения сексуального влечения у женщин. Он прошел все стадии клинических испытаний, включая исследование 3-й фазы у женщин в ведущих российских лечебных учреждениях (ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» МЗ РФ, ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» МЗ РФ и др.). В ходе исследований Дизайрикс продемонстрировал достоверное превосходство над плацебо в увеличении числа удовлетворительных половых актов, увеличении числа оргазмов, показал достоверное уменьшение стресса и беспокойства, связанного с сексом [41].

Важным преимуществом препарата является то, что он практически не обладает системной биодоступностью. Препарат вводится интраназально и реализует свое действие, проникая в гипоталамические структуры через дендриты нейронов обонятельного нерва. В связи с этим он обладает минимальными побочными эффектами и хорошо переносится. Среди противопоказаний к его использованию можно отметить гиперчувствительность к действующему веществу, острые и хронические заболевания носоглотки и носовой полости, а также СПВ, обусловленные психическими расстройствами, сопутствующими соматическими заболеваниями.

Есть надежда, что препарат Дизайрикс даст возможность начать новую главу в лечении идиопатического снижения сексуального влечения у женщин, а также окажет существенную помощь в терапии целого ряда вариантов СПВ в составе комбинированной терапии (в комплексе с психотерапевтическими, секстерапевтическими мероприятиями).

Вышеназванные препараты уже получили разрешение на использование, однако существуют еще некоторые

лекарственные средства, которые находятся на заключительных стадиях апробации и показывают хорошие результаты. Среди них **Bremelanotid** – синтетический пептид, агонист меланокортиновых рецепторов, а также различные комбинации тестостерона с ИФДЭ-5 и веществами, оказывающими влияние на нейромедиаторы.

Индивидуальный комплексный биопсихосоциальный подход к терапии СПВ у женщин, базирующийся на постановке многомерного сексологического диагноза, показывает высокую эффективность. Сочетание методов из различных направлений терапии при их использовании в надлежащее время демонстрирует значительное повышение эффективности. В качестве новых перспективных направлений следует рассматривать препараты центрального действия, создающие нейрхимическое состояние головного мозга, в большей степени способствующее возбуждающим процессам в структурах ЦНС, вовлеченных в сексуальное поведение и сексуальный ответ.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Индивидуальный биопсихосоциальный подход к терапии СПВ у женщин, базирующийся на постановке многомерного сексологического диагноза, показывает высокую эффективность. Сочетание методов из различных направлений терапии при их использовании в надлежащее время демонстрирует значительное повышение эффективности. В качестве новых перспективных направлений следует рассматривать препараты центрального действия, создающие нейрхимическое состояние головного мозга, в большей степени способствующее возбуждающим процессам в структурах ЦНС, вовлеченных в сексуальное поведение и сексуальный ответ.

Поступила / Received 08.08.2022

Поступила после рецензирования / Revised 02.09.2022

Принята в печать / Accepted 02.09.2022

Список литературы / References

1. Bitzer J., Giraldo A., Pfau J. Sexual Desire and Hypoactive Sexual Desire Disorders in Women. Introduction and Overview. Standard Operating Procedures (SOP Part I). *J Sex Med.* 2013;10(1):36–49. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2012.02818.x>.
2. Giraldo A., Rellini A.H., Pfau J. et al. Female Sexual Arousal Disorders. *J Sex Med.* 2013;10(1):58–73. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2012.02820.x>.
3. Basson R. A Model of Women Sexual Arousal. *J Sex Marital Ther.* 2002;28(1):1–10. <https://doi.org/10.1080/009262302317250963>.
4. Basson R. Using a different model for female sexual response to address women's problematic low sexual desire. *J Sex Marital Ther.* 2001;27(5):395–403. <https://doi.org/10.1080/13846827.2001.10555555>.
5. Pfau J.G. Pathways of sexual desire. *J Sex Med.* 2009;6(6):1506–1539. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2009.01309.x>.
6. Rubio-Aurioles E. What Role Does Culture Play in the Reported Prevalence of HSDD in Women? *J Sex Med.* 2022;19(8):1207–1209. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2022.03.608>.
7. Kadioglu P., Yalin A.S., Tiryakioglu O., Gazioglu N., Oral G., Sanli O. et al. Sexual dysfunction in women with hyperprolactinemia: a pilot study report. *J Urol.* 2005;174(5):1921–1925. <https://doi.org/10.1097/01.ju.0000176456.50491.51>.
8. Galdiero M., Pivonello R., Grasso L.F.S., Cozzolino A., Colao A. Growth hormone, prolactin, and sexuality. *J Endocrinol Invest.* 2012;35(8):782–794. <https://doi.org/10.1007/BF03345805>.
9. Leiblum S.R., Koochaki P.E., Rodenberg C.A., Barton I.P., Rosen R.C. Hypoactive sexual desire disorder in postmenopausal women: US results from the Women's International Study of Health and Sexuality (WISHeS). *Menopause.* 2006;13(1):46–56. <https://doi.org/10.1097/01.gme.0000172596.76272.06>.
10. Avis N.E., Brockwell S., Randolph J.F., Shen S., Cain V.S., Ory M., Greendale G.A. Longitudinal changes in sexual functioning as women transition through menopause. *Menopause.* 2009;16(3):442–452. <https://doi.org/10.1097/gme.0b013e3181948dd0>.
11. Frohlich P., Meston C. Sexual functioning and self-reported depressive symptoms among college women. *J Sex Res.* 2002;39(4):321–326. <https://doi.org/10.1080/00224490209552156>.
12. Sheppard C., Whiteley R. Psychosexual problems after gynaecological cancer. *J Br Menopause Soc.* 2006;12(1):24–27. <https://doi.org/10.1258/136218006775997216>.
13. Baggaley M. Sexual dysfunction in schizophrenia: Focus on recent evidence. *Hum Psychopharmacol.* 2008;23(3):201–209. <https://doi.org/10.1002/hup.924>.
14. Gregorian R.S., Golden K.A., Bahce A., Goodman C., Kwong W.J., Khan Z.M. Antidepressant-induced sexual dysfunction. *Ann Pharmacother.* 2002;36(10):1577–1589. <https://doi.org/10.1345/aph.1a195>.
15. Lorenz T.K. Antidepressant Use During Development May Impair Women's Sexual Desire in Adulthood. *J Sex Med.* 2020;17(3):470–476. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2019.12.012>.
16. Федорова А.И. Проблемы женского полового влечения и гормональная контрацепция. *Акушерство и гинекология.* 2014;3(3):91–95. Режим доступа: <https://aig-journal.ru/articles/Problemy-jenskogo-polovogo-vlecheniya-i-gormonalnaya-kontracepciya.html>.

- Fedorova A.I. Problemy zhenskogo polovogo vlecheniya I gormonalnaya kontracepcia. *Akusherstvo i Ginekologiya (Russian Federation)*. 2014;(3):91–95. (In Russ.) Available at: <https://aig-journal.ru/articles/Problemy-zhenskogo-polovogo-vlecheniya-i-gormonalnaya-kontracepciya.html>.
17. Nobre P.J., Pinto-Gouveia J. Cognitions, Emotions, and Sexual Response: Analysis of the Relationship among Automatic Thoughts, Emotional Responses, and Sexual Arousal. *Arch Sex Behav*. 2008;37(4):652–661. <https://doi.org/10.1007/s10508-007-9258-0>.
 18. Galinsky A.M., Waite L.J. Sexual activity and psychological health as mediators of the relationship between physical health and marital quality. *J Gerontol. Series B*. 2014;69(3):482–492. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbt165>.
 19. Mark K.P., Vowels L.M., Leistner C.E. "Not Tonight, Honey:" Reasons Couples Do Not Engage in Sex and Their Impact on Satisfaction and Desire. *J Sex Med*. 2020;17(3):431–441. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2019.12.011>.
 20. Rosen N.O., Corsini-Munt S., Dubé J.P., Boudreau C., Muise A. Partner Responses to Low Desire: Associations With Sexual, Relational, and Psychological Well-Being Among Couples Coping With Female Sexual Interest/Arousal Disorder. *J Sex Med*. 2020;17(11):2168–2180. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2020.08.015>.
 21. Abdo C. Evolution of the Concepts and Treatments of Female Sexual Dysfunctions. *J Sex Med*. 2017;14(5):227. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2017.04.191>.
 22. Bitzer J., Giraldo A., Pfau J. A standardized diagnostic interview for Hypoactive Sexual Desire Disorder in women: standard operating procedure (SOP part 2). *J Sex Med*. 2013;10(1):50–57. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2012.02817.x>.
 23. De Villiers T.J., Gass M.L., Haines C.J., Hall J.E., Lobo R.A., Pierroz D.D., Rees M. Global Consensus Statement on Menopause Hormone Therapy. *Climacteric*. 2013;16(2):203–204. <https://doi.org/10.3109/13697137.2013.771520>.
 24. Rowen T.S., Davis S.R., Parish S., Simon J., Vignozzi L. Methodological Challenges in Studying Testosterone Therapies for Hypoactive Sexual Desire Disorder in Women. *J Sex Med*. 2020;17(4):585–594. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2019.12.013>.
 25. Kingsberg S. Testosterone treatment for Hypoactive Sexual Desire Disorders. *J Sex Med*. 2007;4(3):227–234. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2007.00449.x>.
 26. Parish S.J., Simon J.A., Davis S.R., Giraldo A., Goldstein I., Goldstein S.W. et al. International Society for the Study of Women's Sexual Health Clinical Practice Guideline for the Use of Systemic Testosterone for Hypoactive Sexual Desire Disorder in Women. *J Sex Med*. 2021;18(5):849–867. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2020.10.009>.
 27. Davison S.L., Bell R., Donath R.B., Montalto J.G., Davis S.R. Androgen levels in adult females: changes with age, menopause and oophorectomy. *J Clin Endocrinol Metab*. 2005;90(7):3847–3853. <https://doi.org/10.1210/jc.2005-0212>.
 28. Biglia N., Maffei S., Lello S., Nappi R.E. Tibolone in postmenopausal women: A review based on recent randomised controlled clinical trials. *Gynecol Endocrinol*. 2010;26(11):804–814. <http://doi.org/10.3109/09513590.2010.495437>.
 29. Huang K.E., Baber R. Asia Pacific Tibolone Consensus Group. (2010) Updated clinical recommendations for the use of tibolone in Asian women. *Climacteric*. 2010;13(4):317–327. <https://doi.org/10.3109/13697131003681458>.
 30. Kim N.N., Goldstein I., Larkin L., Kellogg-Spadt S., Simon J.A. Treatments for Hypoactive Sexual Desire Disorder (HS DD) and the Pursuit of Sexual Health for Women amidst Inglorious Rhetoric. *Sex Med Rev*. 2018;6(3):339–342. <https://doi.org/10.1016/j.sxmr.2018.06.001>.
 31. Trudel G., Marchand A., Ravart M., Aubin S., Turgeon L., Fortier P. The effect of a cognitive behavioral group treatment program of hypoactive sexual desire in women. *Sex and Relationship Ther*. 2001;16(2):145–164. <http://doi.org/10.1080/14681990120040078>.
 32. Nobre P. New Treatment Approaches For Sexual dysfunctions: How To Increase Sexual Thoughts and Positive Emotions. *J Sex Med*. 2017;14(5):212–213. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2017.04.074>.
 33. Brotto L.A., Basson R., Luria M. A mindfulness-based group psychoeducation intervention targeting sexual arousal disorder in women. *J Sex Med*. 2008;5(7):1645–1659. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2008.00850.x>.
 34. Jaderek I., Lew-Starowicz M. A Systematic Review on Mindfulness Meditation–Based Interventions for Sexual Dysfunctions. *J Sex Med*. 2019;16(10):1581–1596. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2019.07.019>.
 35. Althof S.E. Sexual therapy in the age of pharmacotherapy. *Annu Rev Sex Res*. 2006;17(1):116–131. Available at: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/10532528.2006.10559839>.
 36. Waite L.J., Iveniuk E.O., Laumann E.O., McClintock M.K. Sexuality in Older Couples Individual and Dyadic Characteristics. *Arch Sex Behav*. 2017;46(2):605–618. <https://doi.org/10.1007/s10508-015-0651-9>.
 37. Santos M.B. The Role of Buopropion in the Treatment of Female Sexual Dysfunctions: Literature Review. *J Sex Med*. 2017;14(12):386–387. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2017.10.060>.
 38. Landen M., Eriksson E., Agren H., Fahlen T. Effect of Buspirone on Sexual Dysfunction in Depressed Patients Treated With Selective Serotonin Reuptake Inhibitors. *J Clin Psychopharmacol*. 1999;19(3):268–271. <https://doi.org/10.1097/00004714-199906000-00012>.
 39. Dimitriou E.C., Dimitriou C.E. Buspirone augmentation of antidepressant therapy. *J Clin Psychopharmacol*. 1998;8(6):465–459. <https://doi.org/10.1097/00004714-199812000-00009>.
 40. Anderson R., Moffatt C.E. Ignorance is not bliss: If we don't understand hypoactive sexual desire disorder, how can flibanserin treat it? *J Sex Med*. 2018;15(3):273–283. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2018.01.001>.
 41. Сухих Г.Т., Смелевич А.Б., Стеньяева Н.Н., Неменов Д.Г., Прилепская В.Н., Хритинин Д.Ф. и др. Результаты рандомизированного плацебо-контролируемого исследования лекарственного препарата оренетид для лечения пациенток со снижением или утратой сексуального влечения. *Акушерство и гинекология*. 2022;(8):95–106. <https://doi.org/10.18565/aig.2022.8.95-106>.
 - Sukhikh G.T., Smulevich A.B., Stenyaeva N.N., Nemenov D.G., Prilepskaya V.N., Khritinin D.F. et al. Orenetide for the treatment of hypoactive sexual desire disorder: results of a randomized placebo-controlled trial. *Akusherstvo i Ginekologiya (Russian Federation)*. 2022;(8):95–106. (In Russ.) <https://doi.org/10.18565/aig.2022.8.95-106>.

Информация об авторе:

Федорова Анна Игоревна, д.м.н., доцент, профессор кафедры психотерапии, медицинской психологии и сексологии, Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова; 191015, Россия, Санкт-Петербург, ул. Кирочная, д. 41; feanna@inbox.ru

Information about the author:

Anna I. Fedorova, Dr. Sci. (Med.), Professor of the Department of Psychotherapy, Medical Psychology and Sexology, North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov; 41, Kirochnaya St., St Petersburg, 191015, Russia; feanna@inbox.ru