

Болевое сексуальное расстройство

Н.Н. Стеняева, <https://orcid.org/0000-0002-6495-3367>, nataliasten@mail.ru

Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова; 117997, Россия, Москва, ул. Академика Опарина, д. 4

Резюме

Болевое сексуальное расстройство, объединяющее понятия диспареуния, вагинизм, генитально-тазовая боль, расстройство пенетрации, широко распространено у женщин репродуктивного и постменопаузального возраста в мире (до 34–45%) и чаще проявляется как приходящая острая боль. Диагноз «Генитально-тазовая боль/расстройство пенетрации» (ГТБРП) устанавливается при наличии хотя бы одного из следующих симптомов: постоянные или повторяющиеся трудности с вагинальным проникновением; выраженная вульвовагинальная или тазовая боль во время вагинального полового акта, а также попыток вагинального проникновения; выраженный страх или беспокойство по поводу вульвовагинальной или тазовой боли в ожидании, во время или в результате вагинальной пенетрации; заметное напряжение мышц тазового дна во время попытки вагинального проникновения. Дополнительные критерии включают наличие перечисленных симптомов в течение не менее 6 мес., вследствие чего наличие значительного сексуального дистресса, который вызывает серьезные проблемы в отношениях и не связан с последствиями применения любого вещества или любого другого медицинского состояния. Механизмы формирования сексуальной боли определяются широким спектром биологических, психических и социальных факторов, что объясняет трудности ее диагностики и лечения, а также негативное влияние на сексуальное функционирование в паре. Своевременная мультидисциплинарная помощь женщинам, страдающим болевым сексуальным расстройством, позволяет эффективно облегчить состояние и обеспечить семейную сексуальную гармонию в паре. Современный арсенал средств лечения располагает как консервативными, так и хирургическими методами лечения, рациональный выбор которых способен значительно повысить качество жизни пациенток.

Ключевые слова: сексуальная боль, генитально-тазовая боль/расстройство пенетрации, диспареуния, вагинизм, вульводина, когнитивная терапия, поведенческая терапия

Для цитирования: Стеняева Н.Н. Болевое сексуальное расстройство. *Медицинский совет*. 2022;16(16):130–134. <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2022-16-16-130-134>.

Конфликт интересов: автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

Sexual pain disorder

Natalia N. Stenyayeva, <https://orcid.org/0000-0002-6495-3367>, nataliasten@mail.ru

Kulakov National Medical Research Center of Obstetrics, Gynecology and Perinatology; 4, Academician Oparin St., Moscow, 117997, Russia

Abstract

Sexual pain disorder, combining the terms dyspareunia, vaginismus, genitopelvic pain, and penetration disorder, is common in women of reproductive and postmenopausal age worldwide (up to 34–45%) and is more often manifested as recurrent acute pain. A diagnosis of genitopelvic pain/penetration disorder (GPPD) is made when at least one of the following symptoms is present: persistent or recurrent difficulty with vaginal penetration; marked vulvovaginal or pelvic pain during vaginal intercourse and attempts of vaginal penetration; marked fear or anxiety about vulvovaginal or pelvic pain in anticipation, during or as a result of vaginal penetration; marked tension of the pelvic floor muscles during attempts of vaginal penetration. Additional criteria include the presence of the listed symptoms for at least 6 months, resulting in significant sexual distress that causes serious problems in the relationship and is not related to the effects of any substance or any other medical condition. The mechanisms of sexual pain are determined by a wide range of biological, psychiatric and social factors, which explains the difficulty in diagnosing and treating it, as well as the negative impact on sexual functioning in the couple. Timely multidisciplinary care for women suffering from a sexual pain disorder can effectively alleviate the condition and ensure marital sexual harmony in the couple. The modern range of treatment options includes both conservative and surgical treatment methods, the rational choice of which can significantly improve patients' quality of life.

Keywords: sexual pain, genitopelvic pain/penetration disorder, dyspareunia, vaginismus, vulvodynia, cognitive therapy, behavioural therapy

For citation: Stenyayeva N.N. Sexual pain disorder. *Meditinskiy Sovet*. 2022;16(16):130–134. (In Russ.) <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2022-16-16-130-134>.

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

ВВЕДЕНИЕ

Сексуальная боль, связанная с вагинальной пенетрацией, традиционно определяется как диспареуния (поверхностная, глубокая) и вагинизм. В МКБ-10 вычлняются органические и неорганические диспареуния и вагинизм. В пятом издании «Диагностического и статистического руководства по психическим расстройствам (DSM-5)» эти состояния объединены в одну диагностическую категорию: генитально-тазовая боль/расстройство пенетрации (ГТБРП), что объяснялось частыми затруднениями дифференциации клинических проявлений вагинизма и диспареунии¹. А уже в МКБ-11 болевые сексуальные расстройства вынесены из раздела психических расстройств и включены в отдельную рубрику состояний, связанных с сексуальным здоровьем².

АКТУАЛЬНОСТЬ

Во всем мире 14–34% женщин в пременопаузе и 6,5–45% женщин в постменопаузе страдают ГТБРП, при этом острая и преходящая боль возникает в 4–8 раз чаще, чем хроническая, а примерно у половины из них имеются другие болевые расстройства, такие как интерстициальный цистит, синдром раздраженного кишечника, фибромиалгия [1, 2].

ГТБРП, как правило, сочетается и с другими сексуальными дисфункциями – сниженным сексуальным влечением, расстройством возбуждения, для пациенток характерна низкая удовлетворенность половой жизнью [3].

ЭТИОЛОГИЯ СЕКСУАЛЬНОЙ БОЛИ

Сексуальные дисфункции традиционно рассматриваются в рамках биопсихосоциальной парадигмы. В соответствии с этой концепцией, механизмы формирования ГТБРП определяются сочетанными биологическими, психическими и реляционными факторами, вызывающими сексуальную генитальную боль.

Среди биологических факторов большинство состояний, вызывающих генитальную боль, по мнению A. Dias-Amara и A. Marques-Pinto, являются острыми и преходящими, что приводит к воспалению кожи и слизистой оболочки вульвы, обычно из-за инфекций, например, генитального герпеса или кандидоза, поражения тканей, возникающих в результате дерматологических заболеваний, таких как красный плоский лишай, склерозирующий лишай, а также вследствие аллергической реакции, например, на латекс [4].

Гормональные изменения, в том числе связанные с менопаузой, определяют сексуальную гениталгию, обусловленную вульвовагинальной атрофией [5]. Предраковые, злокачественные поражения вульвы, а также последующие хирургическое вмешательство, лучевая

терапия могут привести к анатомическим, сосудистым и неврологическим изменениям тканей вульвы с формированием болевого синдрома [1, 4, 5]. Описано формирование сексуальной боли в связи с гипертонусом мышц тазового дна в состоянии покоя, сопровождающимся недостаточностью lubricации [6].

Изучение спровоцированной вульводинии позволило установить полиморфизмы генов, обуславливающие повышенную уязвимость к воспалительным заболеваниям [7].

S. Conforti определяет в качестве вероятных биологических предпосылок генитальной боли выраженную длительную воспалительную реакцию слизистой оболочки вульвы, вызывающей нейропролиферацию и приводящей к гипертонусу, аллодинии и напряжению мышц тазового дна [8].

Не менее разнообразны и психические факторы. Международное общество сексуальной медицины (International Society for Sexual Medicine, ISSM) выделяет ряд сопутствующих ГТБРП психологических и социальных факторов, таких как негативный образ тела, приверженность мифов о девственности, о постыдности сексуальных отношений, отсутствие гармоничного полового воспитания, плохая коммуникация с партнером, конфликт отношений, история сексуального, физического или эмоционального насилия.

P.J. Nobre и J. Pinto-Gouveia исследовали когнитивные и эмоциональные предикторы сексуальных дисфункций, а также когнитивные схемы у женщин с ГТБРП [3]. Со слов авторов, когнитивные схемы в контексте сексуальности можно определить как ядерные идеи, которые люди имеют в целом о сексуальности и о своей собственной сексуальности. Когнитивные схемы берут свое начало в прошлом опыте, отражаются в текущих действиях и определяют будущее сексуальное поведение, что позволяет рассматривать их в качестве предрасполагающих факторов в развитии сексуальной дисфункции. Убеждения и ожидания женщин, страдающих сексуальной дисфункцией, в отношении сексуальности зачастую нереалистичны и неточны. У женщин с вагинизмом наблюдается активация негативных когнитивных схем в виде некомпетентности, отличия от других, одиночества, самоуничтожения, отторжения, неудачи, зависимости, некомпетентности и уязвимости перед опасностью, что приводит к низкой аффективной вовлеченности, избеганию близости и более высокому уровню упреждающей тревоги по поводу отказа от половой близости [9–11]. Исследование тонуза тазового дна продемонстрировало его повышение в ответ на угрожающие визуальные стимулы, что можно рассматривать как защитную реакцию при угрозе вагинальной пенетрации [12]. Таким образом, тревога вызывает рефлекторные сокращения мышц таза, что подтверждается исследованием произвольных сокращений тазовой диафрагмы, измеренных с помощью электромиографии [6].

Ряд авторов установили, что интенсивность боли моделируется в том числе и негативными представлениями о боли [2, 12, 13]. Катастрофизация состояния, сверхбдительность, проявляющаяся постоянным внима-

¹ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2013. Available at: https://archive.org/stream/DSM5Eng/DSM-5%20eng_djvu.txt.

² Ibid.

нием и отслеживанием генитальных ощущений, которые могут сигнализировать о появлении боли, прогнозирование наихудших возможных последствий боли, представление о взаимосвязи боли и сексуального функционирования приводят к усилению болевого переживания и его возможным негативным последствиям. Примерами негативных убеждений, связанных с болью, являются «боль не поддается контролю», «боль ведет к инвалидности» и «следует избегать любой сексуальной активности» [2].

S. Bergeron et al. сообщают, что жалобы на боль чаще высказывают женщины с депрессивными или тревожными расстройствами в анамнезе [13]. R. Basson сформулировал предположение, что существует вызванная стрессом дисрегуляция центральной нервной системы, которая увеличивает восприятие боли [14, 15].

У женщин с ГТБРП отмечена высокая распространенность автоматических мыслей, содержащих фабулу о сексуальном насилии, негативном отношении к партнеру, неудаче, разлуке и отсутствие мыслей эротического содержания [10].

Сексуальная боль влияет не только на женщину, но и на ее партнера. Страх боли приводит к формированию избегающего поведения, нередко и с полным отказом от половой активности. Сексуальное общение в паре повышает сексуальное удовлетворение как у женщин, так и у мужчин, позволяя, с одной стороны, открыто обсуждать сексуальную проблему, с другой – расширять сексуальный репертуар пары [12, 13].

По мнению N.O. Rosen et al., на восприятие боли женщиной влияет реакция партнера: если мужчины поощряют адаптивные стратегии сексуального функционирования, то у женщин наблюдаются более низкий уровень боли и улучшение общего сексуального функционирования [16]. С другой стороны, если мужчина враждебно настроен, агрессивно реагирует на любой признак боли или, напротив, проявляет чрезмерное понимание и заботу, немедленно прекращает всякую сексуальную активность при первых же признаках дискомфорта партнерши, то подобное поведение ассоциируется с усилением боли, дистресса, большей депрессивностью женщин [17].

СЕКСУАЛЬНАЯ БОЛЬ – НЕДООЦЕНЕННАЯ ПРОБЛЕМА

Пациентки с ГТБРП могут годами и даже десятилетиями не получать адекватную помощь из-за трудностей в диагностике и лечении, которые проводятся, как правило, мультидисциплинарной командой специалистов. Обследование начинается с оценки жалоб и установления характеристик ГТБРП: является ли она ситуационной или генерализованной, приобретенной или пожизненной, спровоцированной или спонтанной. Изучение истории болезни включает тщательный анализ гинекологического, хирургического, психиатрического, сексологического анамнеза, а также приема лекарственных средств. При осмотре пациентки необходимо провести гинекологическое обследование с исследованием стенок таза и топики болевых ощущений, оценку тонуса мышц тазо-

вого дна; параллельно оцениваются поведенческие реакции. В соответствии с данными анамнеза и физического осмотра могут потребоваться дополнительные исследования, такие как РН-метрия, биопсия и УЗИ [18].

Обычно используются комбинированные методы лечения. При генерализованной вульводинии, для которой характерна постоянная неспровоцированная боль, более эффективно местное применение анестетиков и кортикостероидов [1].

При спровоцированной вестибулодинии, для которой характерно наличие катастрофических мыслей, страха и избегающего поведения, для уменьшения катастрофизации боли наиболее эффективна когнитивно-поведенческая терапия, превосходящая по результативности даже использование кортикостероидов [18, 19].

Применение психотропных препаратов, таких как трициклические антидепрессанты, селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина (СИОЗСН), антиконвульсанты, эффективны в лечении ГТБРП при наличии коморбидных психических расстройств [20].

Доказанность эффективности ботулинического токсина, например при лечении вагинизма, весьма относительно, в связи с чем он не рекомендуется в качестве терапии первой линии [20].

В лечении ГТБРП, особенно ассоциированной с дисфункцией тазового дна, широко используется тренировка мышц тазового дна с электромиографической биологической обратной связью. Сочетание этого метода с когнитивно-поведенческим вмешательством может значительно повысить эффективность лечения сексуального болевого расстройства [21]. Когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) в сочетании с электромиостимуляцией тазового дна, направленная на снижение мышечного напряжения в покое, формирование осознанного контроля их напряжения и расслабления, снижение уровня страха и тревожности, повышение эластичности входа во влагалище показаны и при диспареунии, и при вагинизме [22].

Хирургические вмешательства в виде вестибулэктомии проводятся в случаях локализованной вульводинии при отсутствии эффекта других методов лечения. Иссечение тканей вестибулярной области осуществляется в пределах зоны вульвы с контактной болью. Эффективность хирургического лечения от 60 до 90%, положительный эффект лечения сохраняется не менее 2,5 лет и определяется интенсивностью боли до лечения и наличием схем страха/избегания [20, 23]. В то же время необходимо помнить, что хирургия является крайней мерой, и ее следует рассматривать с особой осторожностью, поскольку существует высокий риск рецидива боли вследствие кратковременной абляции пролиферирующих вестибулярных болевых волокон.

Несмотря на наличие разнообразных методов лечения ГТБРП, наиболее эффективным является когнитивно-поведенческая терапия (КПТ), которая может проводиться индивидуально, в паре или в группе [24]. Основными целями КПТ являются когнитивные искажения, эмоцио-

нальная дисрегуляция и неадекватные поведенческие реакции, которые закрепляют симптомы и нарушают отношения в паре [13].

На первом этапе проводится психообразование обоих партнеров [25]. Они получают информацию о проблеме, биопсихосоциальной природе боли, о роли психологических и семейных проблем в качестве триггеров и факторов устойчивости болевых ощущений, знания в области женской анатомии тазовой области, а также проводится коррекция мифических представлений. На этом этапе пара получает поведенческие стратегии, позволяющие облегчить болевые ощущения у партнерши.

На втором этапе КПТ осуществляется формирование реалистичных терапевтических целей, когда в качестве терапевтического успеха определяется не полное устранение боли, которое не всегда достижимо, а ее уменьшение до пределов возможности реализации сексуальной функции. Например, уменьшение болей от сильных до умеренных или слабых; снижение мышечного напряжения в области промежности/таза; менее частые катастрофические мысли, связанные с болью, способность более позитивно оценивать ситуации, вызывающие боль; способность концентрироваться на положительных компонентах сексуального опыта; улучшение сексуального функционирования [26].

При лечении ГТБРП проводится целенаправленная работа на снижение тревоги. Отказ от деструктивной стратегии избегания сексуальной активности, которая реализовывалась в течение нередко многих лет, приводит к повышению уровня тревоги у обоих партнеров. С парой необходимо обсудить, что половой акт не является основной целью, а терапия будет прежде всего направлена на усиление близости, желания, возбуждения и удовлетворенности пары.

На третьем этапе КПТ проводится коррекция когнитивных искажений у женщин, страдающих сексуальным болевым расстройством, таких как повышенная бдительность и катастрофические представления о боли. Паре предлагается активно проявлять физическую привязанность друг к другу, поощряется телесный контакт, выражение своих эмоций и вербализация чувств, чтобы разредить физическую привязанность и ожидание гени-

тальной боли, т. е. уменьшить превосходящую тревогу [4]. На этом этапе широко используются техники сексуальной терапии, прежде всего техника чувственного фокусирования, позволяющая перейти поэтапно от негитального прикосновения к генитальному и наконец к проникновению [15].

При КПТ ГТБРП широко рекомендуется использование смазок, обладающих увлажняющими свойствами, восполняющих недостаточность естественной смазки и снижающих субъективные болевые ощущения.

Так, смазка Durex Naturals изготовлена на водной основе, обладает биологически совместимым pH за счет содержания в составе пребиотиков, не содержит компонентов, которые могут способствовать раздражению слизистой. Собственное терапевтическое действие обеспечивает молочная кислота в его составе. В двойном слепом рандомизированном плацебо-контролируемом исследовании продемонстрировано, что применение вагинального геля, содержащего молочную кислоту, уменьшает ощущение сухости влагалища, боль во время полового акта, сопровождается снижением pH и увеличением индекса созревания влагалищного эпителия [27]. Также применяются вагинальные расширители для систематической десенсибилизации пациенток. В целом при завершении программы КПТ у женщин снижается уровень тревожности, улучшается семейная гармония и общее сексуальное удовлетворение [28].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

ГТБРП является распространенным состоянием, требующим ранней диагностики и повышения компетентности медицинских работников для оптимизации терапевтического лечения. Своевременная помощь пациентке и ее партнеру в определении факторов, способствующих формированию сохранения сексуального болевого расстройства, а также мультидисциплинарное лечение позволяют эффективно улучшить состояние и обеспечить семейно-сексуальную гармонию.



Поступила / Received 01.08.2022

Поступила после рецензирования / Revised 24.08.2022

Принята в печать / Accepted 24.08.2022

Список литературы / References

1. Meana M., Fertel E., Maykut C. Treating genital pain associated with sexual intercourse. In: Peterson Z.D. (ed.). *The Wiley Handbook of Sex Therapy*. Chichester: Wiley Blackwell; 2017:98–114. Available at: <https://doi.org/10.1002/9781118510384.ch7>.
2. Weijnen P.T., Ter Kuile M.M., Stones W. A cognitive behavioural based assessment of women with chronic pelvic pain. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2009;30(04):262–268 <https://doi.org/10.3109/01674820903378742>.
3. Nobre P.J., Pinto-Gouveia J., Gomes F.A. Prevalence and comorbidity of sexual dysfunctions in a Portuguese clinical sample. *J Sex Marital Ther*. 2006;32(02):173–182 <https://doi.org/10.1080/00926230500442334>.
4. Dias-Amaral A., Marques-Pinto A. Female Genito-Pelvic Pain/Penetration Disorder: Review of the Related Factors and Overall Approach. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2018;40(12):787–793. <https://doi.org/10.1055/s-0038-1675805>.
5. Bornstein J., Goldstein T., Stockdale C.K., Bergeron S., Pukall C., Zolnoun D., Coady D. 2015 ISSVD, ISSWSH and IPPS Consensus Terminology and Classification of Persistent Vulvar Pain and Vulvodynia. *Obstet Gynecol*. 2016;127(4):745–751. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000001359>.
6. Both S., van Lunsen R., Weijnen P., Laan E. A new device for sflow: a test in a nonclinical sample. *J Sex Med*. 2012;9(11):2888–2902. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2012.02910.x>.
7. Pukall C.F., Goldstein A.T., Bergeron S. et al. Vulvodynia: definition, prevalence, impact, and pathophysiological factors. *J Sex Med*. 2016;13(03):291–304. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2015.12.021>.
8. Conforti C. Genito-pelvic pain /penetration disorder (GPPPD): An Overview of current terminology, etiology, and treatment. *Women's health*. 2017;7(2):48. <https://doi.org/10.18192/uoajm.v7i2.2198>.
9. Nobre P.J., Pinto-Gouveia J. Cognitive and emotional predictors of female sexual dysfunctions: preliminary findings. *J Sex Marital Ther*. 2008;34(04):325–342. <https://doi.org/10.1080/00926230802096358>.
10. Nobre P.J., Pinto-Gouveia J. Cognitive schemas associated with negative sexual events: a comparison of men and women with and without sexual dysfunction. *Arch Sex Behav*. 2009;38(05):842–851. <https://doi.org/10.1007/s10508-008-9450-x>.

11. Oliveira C., Nobre P.J. Cognitive structures in women with sexual dysfunction: the role of fear-avoidance schemas. *J Sex Med.* 2013;10(07):1755–1763. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2012.02737.x>.
12. Anderson A.B., Rosen N.O., Price L., Bergeron S. Associations between penetration cognitions, genital pain, and sexual well-being in women with provoked vestibulodynia. *J Sex Med.* 2016;13(03):444–452. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2015.12.024>.
13. Bergeron S., Likes W.M., Steben M. Psychosexual aspects of vulvovaginal pain. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2014;28(07):991–999. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2014.07.007>.
14. Basson R. The recurrent pain and sexual sequelae of provoked vestibulodynia: a perpetuating cycle. *J Sex Med.* 2012;9(08):2077–2092. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2012.02803.x>.
15. ter Kuile M.M., van Lankveld J.J., de Groot E., Melles R., Neffs J., Zandbergen M. Cognitive-behavioral therapy for women with lifelong vaginismus: process and prognostic factors. *Behav Res Ther.* 2007;45(02):359–373. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2006.03.013>.
16. Rosen N.O., Bergeron S., Sadikaj G., Glowacka M., Delisle I., Baxter M.L. Impact of male partner responses on sexual function in women with vulvodynia and their partners: a dyadic daily experience study. *Health Psychol.* 2014;33(08):823–831. <https://doi.org/10.1037/a0034550>.
17. Davis S.N., Bergeron S., Sadikaj G., Corsini-Munt S., Steben M. Partner behavioral responses to pain mediate the relationship between partner pain cognitions and pain outcomes in women with provoked vestibulodynia. *J Pain.* 2015;16(06):549–557. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2015.03.002>.
18. Bergeron S., Binik Y.M., Khalife S., Pagidas K., Glazer H.I., Meana M., Amsel R. A randomized comparison of group cognitive-behavioral therapy, surface electromyographic biofeedback, and vestibulectomy in the treatment of dyspareunia resulting from vulvar vestibulitis. *Pain.* 2001;91(03):297–306. [https://doi.org/10.1016/S0304-3959\(00\)00449-8](https://doi.org/10.1016/S0304-3959(00)00449-8).
19. Desrochers G., Bergeron S., Khalife S., Dupuis M.J., Jodoin M. Provoked vestibulodynia: psychological predictors of topical and cognitive-behavioral treatment outcome. *Behav Res Ther.* 2010;48(02):106–115. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2009.09.014>.
20. Goldstein A.T., Pukall C.F., Brown C., Bergeron S., Stein A., Kellogg-Spald S. Vulvodynia: Assessment and Treatment. *J Sex Med.* 2016;13(04):572–590. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.01.020>.
21. Backman H., Widenbrant M., Bohm-Starke N., Dahlof L.G. Combined physical and psychosexual therapy for provoked vestibulodynia: an evaluation of a multidisciplinary treatment model. *J Sex Res.* 2008;45(04):378–385. <https://doi.org/10.1080/00224490802398365>.
22. Brotto L.A., Yong P., Smith K.B., Sadownik L.A. Impact of a multidisciplinary vulvodynia program on sexual functioning and dyspareunia. *J Sex Med.* 2015;12(01):238–247. <https://doi.org/10.1111/jsm.12718>.
23. Bergeron S., Khalife S., Glazer H.I., Binik Y.M. Surgical and behavioral treatments for vestibulodynia: two-and-one-half year follow-up and predictors of outcome. *Obstet Gynecol.* 2008;111(01):159–166. <https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000295864.76032.a7>.
24. Goldfinger C., Pukall C.F., Thibault-Gagnon S., McLean L., Chamberlain S. Effectiveness of cognitive-behavioral therapy and physical therapy for provoked vestibulodynia: a randomized pilot study. *J Sex Med.* 2016;13(01):88–94. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2015.12.003>.
25. Dunkley C.R., Brotto L.A. Psychological Treatments for Provoked Vestibulodynia: Integration of Mindfulness-Based and Cognitive Behavioral Therapies. *J Clin Psychol.* 2016;72(07):637–650. <https://doi.org/10.1002/jclp.22286>.
26. 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(03):193–202. <https://doi.org/10.1080/16506070903571014>.
27. Lee Y., Chung H., Kim J., Park N.H., Song Y.S., Kang S.B. Vaginal pH-balanced gel for the control of atrophic vaginitis among breast cancer survivors: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol.* 2011;117:922–927. <https://www.doi.org/10.1097/AOG.0b013e3182118790>.
28. Kabakçi E., Batur S. Who benefits from cognitive behavioral therapy for vaginismus? *J Sex Marital Ther.* 2003;29(04):277–288. <https://doi.org/10.1080/00926230390195515>.

Информация об авторе:

Стеньяева Наталья Николаевна, к.м.н., старший научный сотрудник отделения андрологии и урологии, Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова; 117997, Россия, Москва, ул. Академика Опарина, д. 4; nataliasten@mail.ru

Information about the author:

Natalia N. Stenyayeva, Cand. Sci. (Med.), Senior Research Fellow of the Department of Andrology and Urology, Kulakov National Medical Research Center of Obstetrics, Gynecology and Perinatology; 4, Academician Oparin St., Moscow, 117997, Russia; nataliasten@mail.ru