

# КОМПЛЕКСНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ СЕКСУАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У ЖЕНЩИН ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ<sup>1</sup>

**Г.А. Ткаченко<sup>1</sup>, А.М. Степанова<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> ФГБУ «Центральная клиническая больница с поликлиникой»  
Управления делами Президента РФ, Москва

<sup>2</sup> МНИОИ им. П.А. Герцена — филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава РФ, Москва

**Цель исследования.** Провести анализ данных, имеющихся в современной литературе, о сексуальных нарушениях у женщин после радикального лечения рака молочной железы.

**Материал и методы.** В обзор литературы включены данные отечественных и зарубежных исследователей, посвященные этой теме.

**Результаты.** Рассмотрена актуальность проблемы сексуальных нарушений у женщин после радикального лечения рака молочной железы, а также представлены современные данные о возможностях реабилитации.

**Заключение.** Среди расстройств сексуальной сферы у больных раком молочной железы часто встречаются аноргазмия (отсутствие половой разрядки) и диспареуния (болевые ощущения во время полового акта), снижение сексуального возбуждения при сохранении желания секса. Для восстановления психического состояния и сексуальной функции у женщин эффективность показали различные психологические подходы, в том числе когнитивно-поведенческая психотерапия.

**Ключевые слова:** реабилитация, рак молочной железы, сексуальные нарушения, аноргазмия, диспареуния, когнитивно-поведенческая психотерапия.

## COMPREHENSIVE REHABILITATION OF SEXUAL DYSFUNCTIONS IN WOMEN AFTER RADICAL TREATMENT OF BREAST CANCER

**G.A. Tkachenko<sup>1</sup>, A.M. Stepanova<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> Federal State Budgetary Institution "Central Clinical Hospital with Medical Clinical Center"  
of Administrative Directorate of the President of the Russian Federation, Moscow

<sup>2</sup> P.A. Gertsen Moscow Scientific Research Oncologic Institute — a Branch of "National Medical Research  
Center of Radiology" of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation, Moscow

**Objective of the study** is to carry out an analysis of the data available in current literature on sexual dysfunctions in women who underwent radical treatment for breast cancer.

**Materials and Methods.** The literature review comprises the data of Russian and foreign researchers on the subject.

**Results.** The paper focuses on the relevance of the problem of sexual disorders in women who underwent radical treatment for breast cancer and also it introduces the current data on the possibilities of rehabilitation.

**Conclusion.** Among sexual disorders in patients with breast cancer anorgasmia (inability to reach an intense release of accumulated sexual excitement during sexual response cycle) and dyspareunia (painful sensations during intercourse), decreased sexual arousal while preserving sexual desire occur most commonly. For the recovery of mental health and sexual function in women various psychological approaches including cognitive-behavioral psychotherapy proved to be effective.

**Keywords:** rehabilitation, breast cancer, sexual dysfunction, anorgasmia, dyspareunia, cognitive-behavioral psychotherapy.

<sup>1</sup> Г.А. Ткаченко: разработка дизайна статьи, обзор публикаций и написание раздела статьи по психологической реабилитации. А.М. Степанова: обзор публикаций и написание раздела статьи по медицинской реабилитации. Конфликт интересов: авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи, о которых следует сообщить.

Жалобы на сексуальную дисфункцию часто предъявляются женщинами после лечения онкогинекологических заболеваний. Однако на сегодняшний день, несмотря на то что эта проблема крайне редко становится предметом изучения онкологов, накопилось достаточно много исследований, в которых говорится о подобных нарушениях у женщин, перенесших радикальное лечение по поводу рака молочной железы [1].

Рак молочной железы (РМЖ) — самое распространенное заболевание у женщин во всем мире. Современные методы лечения, включающие хирургическое вмешательство, лучевую, химио- и гормональную терапию, сопровождаются медико-социально-психологическими проблемами, которые значительно снижают качество жизни. У большинства пациенток после лечения РМЖ развивается постмастэктомический синдром, проявления которого различны и могут включать как функциональные нарушения, в том числе в сексуальной сфере, так и психоэмоциональные расстройства.

Многочисленные исследования, проведенные в странах Европы и США, показали, что до 70% женщин, перенесших лечение РМЖ, имеют сексуальные нарушения. Однако в нашей стране сексуальные расстройства этих пациенток являются малоизученной проблемой, которой не уделяется должного внимания, несмотря на высокую распространенность.

Среди расстройств сексуальной сферы у больных РМЖ наиболее часто выделяют снижение сексуального возбуждения при сохранении желания секса, аноргазмию (отсутствие половой разрядки) и диспареунию (болевые ощущения во время полового акта) [2].

Сексуальные нарушения носят многофакторный характер: причины могут быть как физиологические, так и психологические. Так, химиотерапия или гормонотерапия, часто являющиеся обязательным терапевтическим элементом, вызывают сексуальные нарушения, что связано со снижением эстрогенов.

После выключения яичников тем или иным путем (удаление яичников оперативным путем, химио- и/или гормонотерапия) прогрессивно уменьшается уровень женских половых стероидов и особенно эстрогенов с быстрым повы-

шением секреции гонадотропинов, наступает менопауза. Генитоуринарный менопаузальный, или урогенитальный, синдром (ГУМС, или УГС) — одно из проявлений менопаузы. Это симптомокомплекс, ассоциированный со снижением уровней эстрогенов и других половых стероидов, включающий в себя изменения, возникающие в наружных половых органах, промежности, влагалище, уретре и мочевом пузыре. Появление симптомов УГС связано с дистрофическими изменениями эстрогензависимых тканей урогенитального тракта.

Важно помнить, что половые гормоны влияют на половое возбуждение. Нарушение механизма действия гормонов приводит к снижению сексуальной восприимчивости, диспареунии (болезненному половому акту), снижению сексуальной активности и отсутствия влечения, развития сексуальной неприязни. Кроме того, со временем нарушается и физиология самого полового акта за счет развития изменения непосредственно в половых органах. Со временем уменьшается, а зачастую и прекращается работа бартолиновых желез, снижается секреция влагалища, уменьшается длина влагалища и трансцервикальная ширина. Многие пациентки отмечают замедление реакций клитора и болезненные сокращения матки в процессе полового акта.

Снижение гормонов приводит к изменению функции периферических нервов, вследствие чего может присоединиться зуд, парестезии в области паха и промежности, потеря ощущений реакции клитора, что значительно чаще встречается у женщин после дополнительного проведения системной терапии.

Согласно клиническим рекомендациям Министерства здравоохранения «Менопаузальная гормонотерапия и сохранение здоровья женщин в зрелом возрасте», менопаузальная гормональная терапия (МГТ) относится к первой линии терапии климактерических расстройств у женщин в постменопаузе, в том числе вазомоторных симптомов и генитоуринарного менопаузального синдрома. На фоне нее возможно купирование менопаузальных расстройств общего характера, таких как эмоциональная лабильность, нарушение сна, снижение либидо, боли в мышцах и суставах,

улучшения качества жизни. Однако наличие РМЖ, даже в анамнезе, является абсолютным противопоказанием к назначению данной терапии, поэтому проблема лечения пациенток с данным синдромом зачастую до конца не решена.

Согласно рекомендациям ведущих профессиональных сообществ, для коррекции данных изменений возможно применение лубрикантов (силиконовых, гелевых, кремовых водных), негормональных вагинальных увлажняющих кремов, гелей свечей 2–5 раз в неделю, крема/гели/свечи с гиалуроновой кислотой 1 раз в 3 дня. Также отмечена эффективность назначения упражнений для укрепления мышц тазового дна (упражнения Кегеля, в основе которых лежит сокращение мышц тазового дна, способствующее выработке жидкости во влагалище вследствие притока крови к женским половым органам), низкоинтенсивной лазеротерапии для коррекции диспареунии [3, 4].

При выраженных симптомах и отсутствии эффекта от негормональной терапии в соответствии с рекомендациями больным РМЖ возможно назначение препаратов с низким содержанием эстрогенов для местного применения [3]. У больных РМЖ, в том числе на фоне гормонотерапии, возможно назначение вагинальных увлажняющих кремов, гелей, свечей, вагинальных колец с Эстриолом (для пациенток на фоне терапии Тамоксифеном в дозе 25 и 10 мг, на фоне ингибиторов ароматазы — 10 мг), тестостероном и дегидроэпиандростероном. Отмечено, что эстриол имеет меньшую системную адсорбционную способность по сравнению с эстрадиолом [5].

По данным Baumgart J. et al., больные, получающие ингибиторы ароматазы, сообщали о диспареунии в 56,5% случаев, что значительно чаще, чем у женщин без гормонотерапии [6]. В исследовании Marino J.L. et al. показано, что сильная боль во время полового акта была значительно чаще у пациенток, получающих адъювантную химиотерапию [7].

Психологическими факторами, вызывающими сексуальные нарушения, являются: сам факт заболевания, физические изменения внешнего вида после оперативного лечения, последствия психологической травмы.

Установление диагноза «рак молочной железы», по мнению ряда авторов, оказывает негативное влияние на сексуальную сферу женщины. Среди разнообразных жалоб, связанных с сексуальными расстройствами, большинство женщин в этот момент называет снижение или даже отсутствие сексуального влечения и/или удовлетворения в случае сохранившихся отношений. То есть еще до начала лечения возникают расстройства, которые никаким образом не связаны с лечением.

Конечно, мысли о сексе после установки диагноза или во время лечения отходят на второй, а то и третий план, и у многих возникнет чувство раздраженности при разговоре на эту тему. Но спустя длительное время после завершения лечения отсутствие сексуального влечения сильно влияет на взаимоотношения в семье. Сексуальность помогает женщине поддерживать ощущение нормальной жизни, здоровья, то есть улучшает качество ее жизни.

После операции, безусловно, ведущим психологическим фактором является косметический дефект. Так, в исследовании Cornell et al. показано, что хирургическое лечение отрицательно влияет на половую функцию, причем независимо от объема оперативного вмешательства [8].

На сегодняшний день в лечении РМЖ все реже используется радикальная мастэктомия (полное удаление груди), а все чаще выполняются одномоментная радикальная мастэктомия с реконструктивно-пластической операцией или органосохраняющие виды операций (радикальная резекция). Но, несмотря на это, по данным наших собственных исследований, психологический дистресс остается после лечения РМЖ еще длительное время, проявляющийся повышенной тревогой, депрессией [9]. Степень тяжести психологического дистресса зависит от объема хирургического лечения, причем ни органосохраняющая операция, ни реконструктивно-пластической операция не защищают больных от его развития. Через 3–4 года после окончания лечения общий индекс тяжести дистресса был вдвое выше у больных, перенесших комбинированное лечение (оперативное лечение плюс лучевая терапия), по сравнению с больными, перенесшими комплексное

лечение (оперативное лечение плюс химио- и/или гормональная терапия) [9].

Как известно, симптомами депрессии может быть в том числе снижение сексуального влечения вплоть до его полного отсутствия. Кроме того, отсутствие удовольствия во время полового контакта также может быть причиной депрессивного состояния.

Психологический дистресс, являющийся неотъемлемой частью процесса постановки диагноза и лечения у онкобольных, не позволяет женщине полностью расслабиться, отключиться от проблем, связанных со здоровьем, настроиться на интимный акт. Накопление напряжения, особенно на фоне повышенной усталости, как следствие побочного эффекта лечения, приводит к тому, что половой акт, заканчивающийся оргазмом, становится просто невозможным для женщины.

Операция по поводу рака молочной железы буквально делит жизнь женщины на «до» и «после». Косметический дефект как следствие оперативного лечения сопровождается изменением в психике. Женщина одновременно теряет свою сексуальность, привлекательность и идентификацию, она чувствует себя изуродованной, что опять-таки способствует развитию депрессии и других психических расстройств, снижающих сексуальное влечение. Страх быть отвергнутой мужем (мужчиной) беспокоит всех женщин, без исключения, поскольку женская грудь тесно связана с сексуальной привлекательностью, эротическими играми и фантазиями мужчин. Именно поэтому для многих женщин секс становится психологической проблемой. Нередко женщины при сохранении сексуального влечения избегают половых контактов с мужчинами. Кроме того, оперативное лечение вызывает снижение самооценки, приводит к развитию комплексов, касающихся внешности женщины. Это еще больше способствует избеганию секса.

Для коррекции психического состояния и восстановления в том числе сексуальной функции применяют различные психологические подходы. В ряде стран изучалось влияние психологического консультирования и обучающих мероприятий на качество половой жизни пациенток после лечения РМЖ [2]. Эффектив-

ными оказались психологические консультации семейных пар по вопросам онкологии, сексуального здоровья и общения [10]. Обсуждение с мужчиной его переживаний перед близостью, поскольку, пережив вместе с женщиной все тяготы ее лечения, многие мужчины начинают испытывать страх навредить ей во время секса и именно поэтому избегают сексуальных отношений, — это шаг к нормализации интимных отношений.

В исследовании Hummel S.B. et al. показано положительное влияние когнитивно-поведенческой психотерапии (КПП) на сексуальное функционирование женщин после лечения РМЖ [11].

В основе КПП — коррекция дисфункциональных представлений и убеждений относительно себя и своей внешности. Основная задача психолога — помочь женщине найти автоматические мысли, которые связаны с ее негативными представлениями о себе и своей внешности, приводящие к нарушению взаимоотношений с мужчинами. После определения этих мыслей необходимо направить усилия и изменить их на положительные, жизнеутверждающие.

Эффективными являются групповые тренинги, направленные на повышение уверенности и самооценки. Операция не означает конец сексуальной жизни. Многие женщины, напротив, стали более сексуальными и имеют здоровый секс после лечения рака молочной железы. Важно изменить негативные установки относительно своей сексуальности: многие женщины от рождения не имеют привлекательной внешности, но пользуются огромным успехом у мужчин. Сексуальность — это внутреннее ощущение себя сексуальной, а не внешняя красота. Подобные тренинги помогают женщинам раскрыть свою уникальность, почувствовать себя привлекательной.

Для коррекции выраженной депрессии может быть назначена фармакотерапия [12].

Комплексная реабилитация женщин, включающая психологическую помощь, после проведения радикального лечения РМЖ предотвращает или смягчает сексуальные нарушения, таким образом улучшая качество их жизни.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Ткаченко Г.А., Чулкова В.А. Социально-психологические проблемы больных после радикального лечения рака молочной железы // Вопросы онкологии. — 2019. — Том 65. — № 1. — С.114–120.
2. Идрисова Л., Солопова А., Макацария А., Москвичева В., Суренков А. Возможности восстановления сексуальной функции у женщин после лечения рака молочной железы // Врач. — 2018. — Т. 29. — № 4. — С. 64–67. doi: 10.29296/25877305-2018-04-13
3. Franconi M.A., Agostinetti E., Perachino M., Del Mastro L., de Azambuja E., Vaz-Luis I., Partridge AH., Lambertini M. Evidence-based approaches for the management of side-effects of adjuvant endocrine therapy in patients with breast cancer. *Lancet Oncol.* 2021. Vol. 20. P. 1470–2045(20)30666-5. doi: 10.1016/S1470–2045(20)30666-5.
4. Mendoza N., Carrión R., Mendoza-Huertas L., Jurado A.R. Efficacy and Safety of Treatments to Improve Dyspareunia in Breast Cancer Survivors: A Systematic Review. *Breast Care (Basel).* 2020. Vol. 15(6). P. 599–607. doi: 10.1159/000506148.
5. Crean-Tate K.K., Faubion S.S., Pederson H.J., Vercill J.A., Batur P. Management of genitourinary syndrome of menopause in female cancer patients: a focus on vaginal hormonal therapy // *Am J Obstet Gynecol.* 2020. Vol. 222(2). P. 103–113. doi: 10.1016/j.ajog.2019.08.043.
6. Baumgart J., Nilsson K., Evers S., et al. Sexual dysfunction in women on adjuvant endocrine therapy after breast cancer // *Menopause.* 2013. Vol.20(2). P. 162–168. doi: 10.1097/gme.0b013e31826560da.
7. Marino J.L., Christobel M., Saunders C.M., Emery L.I., et al. How does adjuvant chemotherapy affect menopausal symptoms, sexual function, and quality of life after breast cancer? // *Menopause.* 2016. Vol. 23(9). P. 1000–1008. doi: 10.1097/GME.0000000000000664.
8. Cornell L.F., Mussallem D.M., Gibson T.C., et al. Trends in Sexual Function After Breast Cancer Surgery // *Ann Surg Oncol.* 2017. Vol. 24(9). P. 2526–2538. doi: 10.1245/s10434-017-5894-3.
9. Грушина Т.И., Ткаченко Г.А. Психологический дистресс у больных раком молочной железы после различных видов противоопухолевого лечения // *Опухоли женской репродуктивной системы.* — 2016. — № 1. — С. 56–62. doi: 10.17650/1994-4098-2016-12-1-56-62
10. Salonen P., Tarkka M., Kellokumpu-Lehtinen P., et al. Effect of social support on changes in quality of life in early breast cancer patients: a longitudinal study // *Scand. J. Caring Sci.* — 2013. Vol. 27 (2). P. 396–405.
11. Hummel S.B., van Lankveld J.J.D.M., Oldenburg H.S.A., et al. Internet-Based Cognitive Behavioral Therapy Realizes Long-Term Improvement in the Sexual Functioning and Body Image of Breast Cancer Survivors // *J Sex Marital Ther.* 2018. Vol. 44(5). P. 485–496. doi: 10.1080/0092623X.2017.1408047.
12. Ivanov S.V., Samushiya M.A. Agomelatine in the treatment of depressive disorders in clinical practice: multicenter observational chronos study // *Neuropsychiatric Disease and Treatment.* 2014. Vol. 10. P.631–639.

## АВТОРЫ

Ткаченко Галина Андреевна, медицинский психолог ФГБУ «Центральная клиническая больница с поликлиникой» Управления делами Президента РФ, кандидат психологических наук, Москва, e-mail: mitg71@mail.ru

Tkachenko Galina A., PhD Psychol. Sci. clinical psychologist Central Clinical Hospital of Department of Presidential Affairs, Moscow, Russia

Степанова Александра Михайловна, онколог, специалист по реабилитации онкологических больных МНИОИ им. П.А. Герцена — филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава РФ, кандидат медицинских наук, Москва, e-mail: stepanovas@list.ru

Stepanova Alexandra M., PhD of Medical Sciences, oncologist, specialist in the rehabilitation of cancer patients of P. Hertsen Moscow Oncology Research Institute — National Medical Research Radiological Centre of the Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow, Russia