

Позитивный взгляд на сексуальное благополучие после менопаузы

Сексуальное благополучие

Сексуальное здоровье - это состояние физического, эмоционального, умственного и социального благополучия, связанного с сексуальностью.

Сексуальность является неотъемлемой частью человеческой психики и на протяжении всей жизни выражается у всех людей как сознательно, так и неосознанно в движениях тела и его языке, речи, внешности и во всех мыслимых взаимодействиях людей друг с другом. Демонстрация врожденной сексуальности людьми зависит от стадии их жизни. Сексуальность не ограничивается возрастом, статусом отношений или сексуальными предпочтениями.

Исследования, проведенные в ряде стран, показали, что женщины высоко ценят сексуальную близость в отношениях, и большинство женщин продолжают проявлять сексуальную активность все последующие годы жизни. [1,2] Снижение сексуального благополучия и утрата возможности интимной близости могут иметь глубокие негативные последствия. После менопаузы 30-50% женщин испытывают сексуальные проблемы, отрицательно влияющие на близкие отношения с партнером, психологическое здоровье, социальное функционирование и общее качество жизни. [3,4]. Тем не менее, существует множество вариантов терапевтических подходов для помощи женщинам этой возрастной группы.

Менопауза и сексуальная функция

Менопауза - это конец репродуктивного периода в жизни женщины, характеризующийся прекращением циклической функции яичников. В яичниках снижается синтез половых гормонов, прекращаются овуляции и постепенно формируется состояние эстрогенного дефицита. Дефицит эстрогенов может привести к множеству изменений в женском организме. Чаще всего говорят о вегетативных симптомах - приливах и ночной потливости. Но, кроме того, проявлением дефицита эстрогенов является сухость во влагалище, что приводит к дискомфорту и болезненности при половом акте. Кроме того, у женщин также могут развиваться нарушения сна, пониженное настроение и / или тревожность, изменение формы и параметров тела. Это также может способствовать снижению сексуального благополучия.

Частота сексуальных контактов, как правило, уменьшается с возрастом, но сексуальная функция у женщин с наступлением менопаузы не прекращается. У пожилых женщин бывает меньше сексуальных мыслей и фантазий, уменьшается количество вагинальной смазки при половом акте и уменьшается сексуальное удовлетворение. Для многих женщин эти тонкие изменения не мешают сексуальным отношениям.

Наиболее частые сексуальные проблемы, с которыми сталкиваются женщины в постменопаузе, связаны с сексуальным желанием и интересом, удовольствием и общей удовлетворенностью. Вагинальная сухость и дискомфорт при половом акте являются распространенными проблемами. Иногда потерю либидо и возбуждения можно просто объяснить гормональными изменениями. Однако, в середине жизни, как в любой жизненной фазе, на сексуальное благополучие могут влиять другие факторы: низкая самооценка, множество семейных обязанностей, меньшая возможность для уединения и здоровье партнеров.

С наступлением менопаузы 75% женщин испытывают приливы и ночную потливость. Женщина может обнаружить, что физическая близость к партнеру вызывает прилив, которые вызывают ощущение потери сексуальной привлекательности. Женщина с трудом осознает появление

телесных признаков старения: изменение тургора молочных желез, появление новых морщин. Большое значение имеет распространенное увеличение веса ближе к менопаузе. Общий прирост массы тела не связан с менопаузой, но отражает либо снижение физической активности, либо увеличение потребления калорий, или и то, и другое. Однако эстрогенный дефицит вызывает увеличение жировой ткани на животе, что, в свою очередь, приводит к ощущению снижения сексуальной привлекательности.

В контексте сексуального благополучия часто упоминается тестостерон. Тестостерон является важным половым гормоном для женщин. В то время как уровни эстрогенов снижаются к периоду менопаузы, содержание тестостерона начинает снижаться с 30-40 лет и медленно уменьшается с возрастом. Связанное с возрастом снижение уровня тестостерона может способствовать уменьшению сексуального интереса у женщин в середине жизни. Тем не менее, самым важным показателем удовлетворительных сексуальных отношений / переживаний после наступления менопаузы является качество сексуальной жизни женщин до менопаузы. Те женщины, которые были удовлетворены этим аспектом своей жизни до менопаузы, наиболее вероятно будут иметь меньше проблем в этой сфере в постменопаузе. Важной составляющей сексуального благополучия для большинства женщин является наличие заинтересованного партнера и его здоровье.

Когда такие симптомы, как низкое либидо, неспособность к возбуждению или неспособность испытать оргазм, являются постоянными и вызывают значительные личностные расстройства, они классифицируются как сексуальная дисфункция. Если симптомы вызывают серьезное беспокойство или стресс, следует поговорить с врачом и изучить возможные причины развития симптомов и обсудить варианты лечения.

Сексуальные проблемы, с которыми сталкиваются женщины, включают в себя:

- *низкий интерес или мотивацию к сексуальной активности (низкое либидо);*
- *уменьшение способности возбуждаться или испытывать вагинальное увлажнение;*
- *трудность достижения и/или отсутствие оргазма;*
- *болезненное половое сношение (диспареуния).*

В контексте сексуальных отношений эти проблемы часто связаны с уменьшением частоты и удовольствия от сексуальной активности и могут стать источником напряжения и страдания для женщины и ее партнера.

Вагинальный дискомфорт и сексуальная функция

Вагинальный дискомфорт и / или сухость во время полового акта после менопаузы в основном являются следствием эстрогенного дефицита. Слизистая оболочка стенки влагалища истончается, становится менее эластичной, теряет экссудативные свойства и способность выделять смазку, необходимую во время полового возбуждения. [5] Другие распространенные симптомы включают вагинальный зуд и раздражение [6]. Постепенное изменение полноты половых губ происходит из-за потери жировой ткани. Несмотря на то, что клитор, как правило, уменьшается с возрастом, ответ на стимуляцию остается ненарушенным, однако для достижения полового плато требуется больше времени. Около 50% женщин в постменопаузе имеют вагинальные симптомы, которые способствуют снижению сексуального влечения, ухудшению возбуждения и оргазма, снижению сексуального удовлетворения [7]. Хорошей новостью является то, что лечение вагинальных симптомов обычно является простым.

Что еще может вызвать сексуальную дисфункцию?

Снижение сексуальности не всегда вызвано наступлением менопаузы. Другие причины сексуальной дисфункции включают плохое физическое или психологическое здоровье, нарушение взаимоотношений партнеров, предыдущие негативные сексуальные переживания, побочные эффекты ряда лекарственных средств, негативное давление культурных и социальных ценностей.

Психологическое благополучие

Чувства и эмоции каждого партнера являются сильными предикторами сексуального здоровья. Несмотря на то, что потеря сексуального желания возрастает с возрастом, женщины, имеющие партнера в постменопаузе, вероятно, испытывают желание в меньшей степени, по сравнению с женщинами, не имеющими партнера [8, 9].

Депрессия и тревога, прием антидепрессантов или анксиолитиков могут вызывать потерю сексуального желания, отсутствие возбуждения и невозможность достигать оргазма. Депрессия и / или беспокойство могут быть связаны как с менопаузой, так и с другими факторами окружающей среды, такими как работа или стресс в семье. Физическое, эмоциональное или сексуальное насилие в прошлом влияет на сексуальное благополучие. Когда в основе сексуальной дисфункции лежат психологические причины, улучшение без соответствующей поддержки маловероятно [10,11]

Физические причины

Любая причина плохого физического здоровья может ухудшить сексуальное благополучие. Две частые проблемы со здоровьем, которые появляются в середине жизни и влияют на сексуальное благополучие, включают недержание мочи и пролапс органов малого таза. Необходима консультация врача, если есть симптомы пролапса гениталий и недержания мочи. Физическое напряжение при коитусе примерно такое же, как при энергичной прогулке. Для женщин с сердечно-сосудистыми заболеваниями сексуальная активность обычно безопасна, если нет проблем с преодолением лестничного пролета или быстрым хождением в течение 10-15 минут.

Диабет может быть причиной сексуальной дисфункции вследствие нарушения генитальной чувствительности, снижения вагинального кровотока, рецидивирующих инфекций мочевых путей и вагинальных инфекций, например, кандидоза. Для женщин с диабетом, опустошающим мочевой пузырь до и вскоре после полового акта, риск таких инфекций снижается.

Лекарственные средства, назначаемые для лечения различных заболеваний, могут потенциально отрицательно влиять на женскую сексуальную функцию. Однако, этот вопрос недостаточно изучен у женщин, в отличие от обширной литературы по импотенции, вызванной приемом лекарственных препаратов у мужчин. Если есть подозрение, что лекарство влияет на сексуальную функцию, необходимо обратиться к врачу и рассказать об этом.

Сексуальная дисфункция у женщин, перенесших рак молочной железы, онкологическое заболевание репродуктивной системы или других органов, достаточно распространена. К счастью, в ряде стран этот вопрос обсуждается более открыто. Многие национальные группы поддержки женщин после перенесенного рака предоставляют пациенткам информацию об этом состоянии.

Что следует учитывать, если имеются проблемы в сексуальной сфере:

- Вызывает ли это личные страдания и влияет ли на отношения с партнером?
- Как долго это продолжается?
- Когда в последний раз вы испытывали сексуальное удовлетворение?
- У вас есть тяжелые менопаузальные симптомы?

- Вы испытываете сухость / боль во влагалище?
- Что еще происходит в вашей жизни, ваших отношениях или с вашим здоровьем, что может способствовать снижению сексуального благополучия?
- Вы испытываете ухудшение настроения / депрессию?
- Вы устаете от частоты «приливов»?

Методы терапии

Существуют различные методы лечения для женщин с сексуальными расстройствами, но эффективность лечения варьирует у разных женщин. Важно обратиться за помощью, потому что без какой-либо формы лечения симптомы вряд ли уменьшатся или исчезнут сами по себе [12]. Решение сексуальных проблем и стремление к позитивному сексуальному благополучию могут повысить качество отношений с партнером, улучшить ваше психологическое благополучие и общее качество жизни.

Консультирование по вопросам сексуальности

Важным является вовлечение партнера в консультирование. Замалчивание сексуальных проблем или эмоционального воздействия, которое оно оказывает, может потенциально привести к ухудшению отношений. [13,14] Прохождение консультации по вопросам сексуальности с партнером может позволить Вам узнать о потребностях друг друга и определить более подходящие психологические и физические варианты. Обсуждение проблемы - это первый шаг к получению ответов для достижения более здоровых отношений. [15]. Большинство пар, которые обращаются за консультацией вместе, обнаружили, что улучшили свою сексуальную жизнь [16].

В зависимости от сексуальной проблемы может использоваться психотерапия - отдельно или в сочетании с медикаментозным лечением. Даже когда причиной сексуальных нарушений является медицинская проблема, когнитивная поведенческая терапия может помочь улучшить состояние [17].

Психотерапии может быть достаточно для отдельных пациентов, но не для всех. Когнитивная поведенческая сексуальная терапия, основанная на осознанности, продемонстрировала свою эффективность для повышения желания [18,19]. Сочетание медикаментозного лечения и психотерапии при лечении сексуальной дисфункции часто является оптимальным [20].

Подходы к лечению дискомфорта во влагалище

Вагинальные эстрогены применяют 2-3 раза в неделю, очень эффективны, недороги и безопасны для лечения вагинальных симптомов. Другие варианты в некоторых странах включают ежедневное применение вагинального крема, содержащего дегидроэпиандростерон, оспемифен (селективный модулятор эстрогеновых рецепторов). Эти варианты лечения необходимо обсудить с врачом. Для женщин, которые не могут использовать вагинальные эстрогены, например, после перенесенного рака молочной железы, альтернативой являются регулярно используемые вагинальные увлажняющие средства. Вагинальные лубриканты обеспечивают увлажнение во время половой жизни. Их необходимо использовать во время или около времени полового контакта, потому что они обладают временным эффектом.

Все чаще предлагается вагинальная лазерная терапия. Хотя есть данные, что вагинальная лазерная терапия эффективна, необходимы дополнительные исследования для определения эффективности и долгосрочной безопасности этого метода лечения.

Лечение симптомов менопаузы

Необходимо поговорить со своим врачом о симптомах менопаузы, особенно о приливах жара, нарушениях сна, а также тревожности и снижении настроения. Эти симптомы влияют на общее

благополучие и интерес к сексуальной жизни. Менопаузальная гормональная терапия (МГТ) доступна в нескольких разных дозах и составах (таких как пластыри, таблетки, кремы, гели). Для многих женщин преимущества МГТ перевешивают риски. [7].

Тестостерон в дозе, подходящей для женщин, может снизить симптомы сексуальной дисфункции [21,22]. Он может использоваться вместе с эстрогеном, с или без прогестерона или отдельно (лечение подбирает врач). Тестостерон для женщин доступен не во всех странах. При его использовании уровни тестостерона необходимо тщательно контролировать.

Негормональная терапия

Было показано, что негормональная терапия Флибансерином способна повышать сниженное сексуальное желание, связанное с эстрогенным дефицитом у женщин в менопаузе. В настоящее время препарат доступен только по рецепту в Соединенных Штатах Америки. У любых других негормональных препаратов в инструкции отсутствует такое показание, как женская сексуальная дисфункция. В некоторых особых случаях лекарства, используемые для лечения мужской эректильной дисфункции, могут улучшить сексуальное возбуждение у женщин, испытывающих слабое возбуждение [23].

5 советов по достижению сексуального благополучия после менопаузы.

1. **Говорите о Вашей проблеме.**
Решение проблем и коррекция вызвавших их причин, а также их обсуждение могут помочь людям развивать более здоровое отношение к сексуальной функции. Улучшение отношений с партнером может быть эффективным методом самопомощи.
2. **Укажите или исключите любые другие проблемы со здоровьем.**
Важно посетить врача, если Вы испытываете проблемы в сексуальной сфере. Вам будет проведено обследование для исключения других проблем со здоровьем, которые могут вызывать усталость, ухудшать самочувствие.
3. **Поговорите с вашим врачом о подходящих для Вас вариантах лечения.**
Важно открыто обсудить с врачом проблемы в сексуальной сфере, выделить текущие проблемы со здоровьем, чтобы врач мог разработать для Вас эффективный план лечения.
4. **Придерживайтесь здорового образа жизни, поддерживая активный образ жизни и следя за своим весом.**
Активный образ жизни, здоровое питание, нормальный вес и сон способствуют общему физическому и психическому благополучию, поддержанию Вашей самооценки.
5. **Если у вас есть какие-либо вопросы по поводу информации, обсуждаемой в этой брошюре, обратитесь к своему лечащему врачу.**

Контактные данные

International Menopause Society (Международная ассоциация по менопаузе)

Ms Lee Tomkins

IMS Executive Director

PO Box 751, Cornwall

TR2 4WD, UK

Tel: +44 1726 884 221

Email: leetomkinsims@btinternet.com

Website: www.imsociety.org

Ограничение ответственности

Информация, представленная в этой брошюре, может являться неподходящей для конкретного человека или конкретных обстоятельств и всегда должна обсуждаться с профессионалом в области здравоохранения. Эта публикация имеет только информационный характер. Международная ассоциация по менопаузе не может нести какой-либо ответственности за любые негативные реакции, каким бы образом они ни были вызваны, у любого лица, действующего или воздерживающегося от действий в результате каких-либо материалов в настоящей публикации или предоставленной информации

Список литературы

1. Fooladi E, Bell RJ, Whittaker AM, Davis SR. Women's expectations and experiences of hormone treatment for sexual dysfunction. *Climacteric*. 2014;1-20.
2. Tan HM, Marumo K, Yang DY, Hwang TI, Ong ML. Sex among Asian men and women: the Global Better Sex Survey in Asia. *Int J Urol*. 2009;16(5):507-514; discussion 514-505.
3. Worsley R, Bell RJ, Gartoulla P, Davis SR. Prevalence and Predictors of Low Sexual Desire, Sexually Related Personal Distress, and Hypoactive Sexual Desire Dysfunction in a Community-Based Sample of Midlife Women. *J Sex Med*. 2017;14(5):675-686.
4. Nappi Et al, *Climacteric* 19(2) 188-97 2016
5. Online reference: www.endoceutics.com, "Genitourinary Syndrome of Menopause (GSM) and Vulvovaginal Atrophy (VVA)".
6. Calleja-Agius J., Brincat M.P., (2009), "Urogenital atrophy", *Climacteric* 2009.
7. Simon JA, Davis SR, Althof SE, Chedraui P, Clayton AH, Kingsberg SA, Nappi RE, Parish SJ, Wolfman W, (2018), "Sexual well-being after menopause: an International Menopause Society White Paper", *Climacteric* 2018, (pending publication).
8. Nappi RE, Cucinella L, Martella S, Rossi M, Tiranini L, Martini E. Female sexual dysfunction (FSD): Prevalence and impact on quality of life (QoL). *Maturitas*. 2016;94:87-91.
9. Worsley R, Bell RJ, Gartoulla P, Davis SR. Prevalence and Predictors of Low Sexual Desire, Sexually Related Personal Distress, and Hypoactive Sexual Desire Dysfunction in a Community-Based Sample of Midlife Women. *J Sex Med*. 2017;14(5):675-686.
10. Zeleke BM, Bell RJ, Billah B, Davis SR. Hypoactive sexual desire dysfunction in community-dwelling older women. *Menopause*. 2017;24(4):391-399.
11. ScholarlyEditions™ eBook (2011) "Menopause: New Insights for the Healthcare Professional: 2011 Edition".
12. Hawton K, Gath D, Day A. Sexual function in a community sample of middle-aged women with partners: effects of age, marital, socioeconomic, psychiatric, gynecological, and menopausal factors. *Arch Sex Behav*. 1994;23(4):375-395.
13. Avis NE, Assmann SF, Kravitz HM, Ganz PA, Ory M. Quality of life in diverse groups of midlife women: assessing the influence of menopause, health status and psychosocial and demographic factors. *Quality of life research : an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation*. 2004;13(5):933-946.
14. Chedraui P, Perez-Lopez FR, San Miguel G, Avila C. Assessment of sexuality among middle-aged women using the Female Sexual Function Index. *Climacteric*. 2009;12(3):213-221.
15. Bancroft J, Loftus J, Long JS. Distress about sex: a national survey of women in heterosexual relationships. *Arch Sex Behav*. 2003;32(3):193-208.
16. Kingsberg SA, Rezaee RL. Hypoactive sexual desire in women. *Menopause*. 2013;20(12):1284-1300.
17. Stöppler M.C., (20th November 2017), "Female Sexual Problems", www.emedicinehealth.com.
18. Online reference: www.myvmc.com, "Female Sexual Dysfunction (FSD)", Virtual Medical Centre.
19. Brotto LA, Basson R, Luria M. A mindfulness-based group psychoeducational intervention targeting sexual arousal disorder in women. *J Sex Med*. 2008;5(7):1646-1659.
20. Goldstein I, Kim NN, Clayton AH, et al. Hypoactive Sexual Desire Disorder: International Society for the Study of Women's Sexual Health (ISSWSH) Expert Consensus Panel Review. *Mayo Clin Proc*. 2017;92(1):114-128.
21. Wierman ME, Arlt W, Basson R, et al. Androgen therapy in women: a reappraisal: an endocrine society clinical practice guideline. *J Clin Endocrinol Metab*. 2014;99(10):3489-3510.
22. Davis SR, Worsley R, Miller KK, Parish SJ, Santoro N. Androgens and Female Sexual Function and Dysfunction--Findings From the Fourth International Consultation of Sexual Medicine. *J Sex Med*. 2016;13(2):168-178.

23. Nurnberg HG, Hensley PL, Heiman JR, Croft HA, Debattista C, Paine S. Sildenafil treatment of women with antidepressant-associated sexual dysfunction: a randomized controlled trial. *Jama*. 2008;300(4):395-404.