

# Сексуальная дисфункция у пациентов с онкопатологией

Руководство Национальной всеобщей онкологической сети США, 2013 г.

**Согласно определению NCCN, пациенты, пережившие рак (ППР), – это больные раком с момента установления диагноза и до конца жизни, а также члены их семьи, близкие и друзья таковых. В настоящем руководстве под ППР понимаются пациенты, живущие с установленным диагнозом «рак».**

По информации Центров по контролю и профилактике заболеваний США (CDC), Национального института рака США (NCI) и по данным Американского общества рака (ACS), количество пациентов, живущих с диагнозом «рак», увеличилось с 3 млн человек в 1971 г. до 13,7 млн человек в 2012 г. По прогнозам, в 2022 г. данный показатель достигнет 22 млн человек. Эта тенденция обусловлена ростом онкологической заболеваемости (в основном вследствие старения населения), более ранней диагностикой и усовершенствованием методов лечения.

Анализ реестра SEER показал, что в 2012 г. 45% ППР были в возрасте 70 лет и старше, около 5% – в возрасте до 40 лет. Чаще всего ППР имеют следующие диагнозы в анамнезе: рак грудной железы, рак предстательной железы, колоректальный рак и меланома (около 60% ППР). Примерно у 64% ППР рак был диагностирован 5 и более лет назад, у 15% – 20 и более лет назад, 5% – 30 и более лет назад.

К сожалению, многие ППР страдают от физических и/или психосоциальных отдаленных осложнений и/или побочных эффектов заболевания и проведенного лечения. Основные такие проблемы обсуждаются в настоящем клинико-практическом руководстве.

Лечение рака, в особенности гормонотерапия и вмешательства на органах малого таза, часто приводит к нарушению сексуальной функции. Усугублять сексуальные проблемы могут депрессия и тревожное расстройство, которые свойственны ППР. В свою очередь, сексуальная дисфункция может повышать дистресс и оказывать значительное негативное влияние на качество жизни. Несмотря на это вопросы, касающиеся сексуальной функции, очень редко обсуждаются с ППР. Основными причинами недостаточной коммуникации являются неподготовленность медицинского персонала, дискомфорт у врачей при обсуждении данной проблемы и нехватка времени, которое выделяется на прием пациента. Следует отметить, что существуют эффективные стратегии ведения как мужской, так и женской сексуальной дисфункций, поэтому обсуждение возможных сексуальных проблем должно быть неотъемлемой частью мультидисциплинарного ведения ППР.

## Женские аспекты сексуальной дисфункции

Проблемы женской половой сферы могут касаться сексуального желания, возбуждения, оргазма и боли. У женщин, перенесших лечение рака, сексуальная дисфункция встречается довольно часто. Например, опрос пациенток (n=221), пролеченных по поводу вагинального или цервикального рака, показал, что распространенность сексуальных проблем у них значительно выше, чем у сопоставимых по возрасту и расовой принадлежности представительниц общей популяции (среднее количество проблем 2,6 vs 1,1; p<0,001). В другом исследовании опрос женщин, перенесших лечение по поводу герминогенных опухолей яичников, выявил значительное снижение удовлетворения от половой жизни по сравнению с таковым у женщин общей популяции, сопоставимых по возрасту и уровню образования.

Выраженность и проявления женской сексуальной дисфункции зависят от локализации опухоли и используемых методов лечения. Например, пациентки с раком шейки матки, получившие лучевую терапию, имеют более низкие оценки сексуальной функции (возбуждение, лубрификация, оргазм, боль и удовлетворение) по сравнению с таковыми показателями у прооперированных больных, у которых сексуальная функция не отличалась от таковой здоровых женщин аналогичного возраста. Недавно проведенный систематический обзор сексуальной функции у пациенток с раком шейки матки подтвердил эти данные. Химиотерапия чаще всего ассоциируется с сексуальной дисфункцией у больных раком грудной железы, что, вероятно, обусловлено химиотерапевтически индуцированной менопаузой. У женщин, перенесших трансплантацию гемопоэтических клеток (ТГК), множественная сексуальная дисфункция может развиваться даже спустя 5-10 лет после завершения лечения. В ряде случаев сексуальные нарушения, связанные с ТГК, обусловлены реакцией «трансплантат против хозяина», которая может

приводить к вагинальному фиброзу, стенозу, изменениям слизистой оболочки, раздражению влагалища, кровотечениям и повышенной чувствительности тканей гениталий. Кроме того, применение высоких доз кортикостероидов при ТГК может повышать эмоциональную лабильность и депрессию, влияя на способность ощущать себя сексуально привлекательной, сексуальную активность и качество половой жизни.

## Оценка женской сексуальной дисфункции

Женщинам, перенесшим лечение рака, с регулярными интервалами следует задавать вопросы относительно их сексуальной функции (в том числе до лечения рака), текущей сексуальной активности, влияния противоопухолевой терапии на сексуальную функцию и интимную жизнь. На сексуальное функционирование также могут влиять возраст пациентки и ее взаимоотношения с партнером (например, некоторые женщины могут быть сексуально не активны вследствие плохого физического здоровья партнера или качества из взаимоотношений). В качестве первичного скринингового инструмента можно использовать краткий опросник сексуальных симптомов для женщин (табл. 1). При наличии показаний следует учесть традиционные факторы риска сексуальной дисфункции, такие как сахарный диабет, ожирение, кардиоваскулярные заболевания, курение и злоупотребление алкоголем, а также онкологический анамнез и использованные методы противоопухолевого лечения. Если последнее стало причиной менопаузы, необходимо оценить выраженность менопаузальных симптомов и их влияние на сексуальную функцию. У женщин с гормонально нечувствительными опухолями и преждевременной менопаузой перед назначением гормонотерапии следует тщательно взвесить ожидаемую пользу и потенциальные риски. Кроме того, должен быть проведен общий и гинекологический осмотр для выявления болезненности, вагинальной атрофии и анатомических изменений, связанных с раком и противоопухолевой терапией.

Пациентки с жалобами на сексуальную дисфункцию должны подвергаться более тщательному обследованию, в том числе скринингу возможных симптомов и психологических проблем (тревоги, депрессии, проблем во взаимоотношениях с партнером, потребления алкоголя и других наркотических веществ), которые могут усугублять сексуальные расстройства. Кроме того, важно выяснить, какие рецептурные и безрецептурные препараты принимает женщина, поскольку они могут влиять на сексуальную дисфункцию (в особенности это касается гормонотерапии, наркотических средств и селективных ингибиторов обратного захвата серотонина). Дополнительно следует учесть традиционные факторы риска сексуальной дисфункции, такие как сахарный диабет, ожирение, кардиоваскулярные заболевания, курение и злоупотребление алкоголем, а также онкологический анамнез и использованные методы противоопухолевого лечения. Если последнее стало причиной менопаузы, необходимо оценить выраженность менопаузальных симптомов и их влияние на сексуальную функцию. У женщин с гормонально нечувствительными опухолями и преждевременной менопаузой перед назначением гормонотерапии следует тщательно взвесить ожидаемую пользу и потенциальные риски. Кроме того, должен быть проведен общий и гинекологический осмотр для выявления болезненности, вагинальной атрофии и анатомических изменений, связанных с раком и противоопухолевой терапией.

## Ведение женской сексуальной дисфункции

В целом доказательная база корригирующих вмешательств для лечения женской сексуальной дисфункции на сегодня ограничена. Современные рекомендации основаны на данных, полученных в других популяциях больных, и консенсусных положениях Американской коллегии акушеров и гинекологов (ACOG). В соответствии с этими рекомендациями лечение женской сексуальной дисфункции у ППР должно быть направлено на устранение конкретных проблем.

Лубриканты на водной, масляной или силиконовой основе, а также увлажнители помогают уменьшить такие

симптомы, как вагинальная сухость и боль во время полового акта. В одном из исследований с участием пациенток, пролеченных по поводу рака грудной железы, в контрольной группе использовался негормональный увлажнитель, при этом наблюдалось транзитное уменьшение вагинальных симптомов.

Тренировка мускулатуры тазового дна может уменьшать боль во время полового акта, повышать возбуждение, улучшать лубрификацию, оргазм и удовлетворение. В небольшом исследовании, включившем 34 пациентки с гинекологическими новообразованиями, было продемонстрировано, что тренировка мышц тазового дна значительно улучшает сексуальную функцию.

Вагинальные расширители рекомендуются при вагинизме, сексуальном аверсивном расстройстве; рубцовых изменениях влагалища и вагинальном стенозе, развившихся после хирургического лечения; локальной лучевой терапии таза или реакции «трансплантат против хозяина». Следует отметить, что доказательная база этого метода лечения ограничена.

Вагинальные эстрогены (таблетки, кольца, кремы) у постменопаузальных женщин являются высокоэффективными в устранении вагинальной сухости, зуда, дискомфорта и болезненного полового акта. Тем не менее масштабные исследования по оценке безопасности длительного применения вагинальных эстрогенов у ППР не проводились.

У женщин с сексуальной дисфункцией эффективной может быть психотерапия. Определенные доказательства получены в отношении когнитивно-поведенческой терапии у пациенток, перенесших лечение по поводу рака грудной железы, шейки матки и эндометрия. Таким образом, следует рассмотреть целесообразность направления пациентки на психотерапию и/или семейное консультирование, возможно, вместе с партнером.

Применение пероральных ингибиторов фосфодиэстеразы-5 (ФДЭ-5) при женской сексуальной дисфункции на сегодня не рекомендуется из-за отсутствия данных относительно их эффективности. Считается, что ингибиторы ФДЭ-5 увеличивают приток крови к клитору и влагалищу; тем не менее в рандомизированных исследованиях с участием разных популяций женщин, не страдающих онкологическими заболеваниями и получающих лечение по поводу расстройства сексуального возбуждения, эти препараты продемонстрировали противоречивые результаты.

## Мужские аспекты сексуальной дисфункции

Консенсусная конференция по импотенции, организованная Национальным институтом здоровья США (NIH), определяет импотенцию как «мужскую эректильную дисфункцию, или неспособность достигать или поддерживать эрекцию, достаточную для удовлетворяющей сексуальной активности». На самом деле импотенция и эректильная дисфункция (ЭД) не являются синонимами. Импотенция может включать проблемы относительно сексуального желания, оргазма и эякуляции, не обязательно связанные с достижением или поддержанием эрекции.

ЭД часто встречается в общей популяции, и распространенность этого расстройства повышается с возрастом. По данным ряда авторов, умеренная или тяжелая ЭД наблюдается у 33% мужчин в возрасте 75 лет и старше.

Противоопухолевые методы лечения, используемые при различных злокачественных новообразованиях, могут повреждать кровеносные сосуды, что приводит к нарушению притока крови к пенису и/или повреждению автономной нервной системы. Поэтому у мужчин, перенесших лечение рака, ЭД встречается значительно чаще, чем у представителей мужской популяции аналогичного возраста. Так, у больных колоректальным раком распространенность ЭД составляет 45-75%, раком предстательной железы – до 90%.

В 2005 г. Американская урологическая ассоциация (AUA) опубликовала руководство по ведению ЭД, которое и сегодня остается актуальным. В соответствии с этим документом, стандартной тактикой ведения ЭД является информированное принятие решений пациентом и врачом. При этом следует учитывать, что у пациентов с ЭД часто присутствует негативный психологический фон, который после установления диагноза «рак» становится еще более выраженным.

## Оценка мужской сексуальной функции

Мужчинам, перенесшим лечение рака, с регулярными интервалами следует задавать вопросы относительно их сексуальной функции (в том числе до терапии), текущей

**Таблица 1. Краткий опросник для оценки сексуальных симптомов у женщин**

<b>Пожалуйста, ответьте на следующие вопросы относительно вашей сексуальной функции в целом.</b>	
<b>1. Вы удовлетворены вашей сексуальной функцией?</b>	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
<b>Если Вы ответили «Нет», пожалуйста, продолжайте.</b>	
<b>2. Как давно вы не удовлетворены вашей сексуальной функцией?</b>	
<b>3а. Проблема (-ы) в вашей сексуальной функции состоит (-ят) в следующем (отметьте один или несколько пунктов):</b>	
<input type="checkbox"/> 1. Интерес к сексу низкий или отсутствует	
<input type="checkbox"/> 2. Сниженная чувствительность гениталий	
<input type="checkbox"/> 3. Повышенная сухость влагалища	
<input type="checkbox"/> 4. Трудности с достижением оргазма	
<input type="checkbox"/> 5. Болезненные ощущения во время секса	
<input type="checkbox"/> 6. Другое (укажите):	
<b>3б. Отметьте, какая проблема беспокоит вас больше всего.</b>	
1 2 3 4 5 6	
<b>4. Вы хотели бы обсудить вопросы сексуальной функции с вашим врачом?</b>	
<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	

сексуальной активности, влияния противоопухолевой терапии на сексуальную функцию и интимную жизнь. Такие опросники, как SHIM (табл. 2), помогают идентифицировать пациентов, которые могут получить пользу от лечения ЭД.

Мужчины с жалобами на сексуальную дисфункцию должны подвергаться более тщательному обследованию, в том числе скринингу возможных симптомов и психологических проблем (тревоги, депрессии, проблем во взаимоотношениях с партнером, потребления алкоголя и других наркотических веществ), которые могут усугублять сексуальные расстройства. Кроме того, важно выяснить, какие рецептурные и безрецептурные препараты принимает пациент, поскольку они могут влиять на сексуальную дисфункцию (в особенности это касается гормонотерапии и наркотических средств). Дополнительно следует выполнить физикальный осмотр, включающий обследование грудной клетки (гинекомастия), живота, пениса, мошонки/яичек и семенных канатиков.

У всех мужчин с ЭД, особенно имеющих кардиоваскулярные заболевания, необходимо оценивать сердечно-сосудистый риск, поскольку доказано, что эти заболевания имеют общие факторы риска и часто сосуществуют. Сексуальная активность считается эквивалентом ходьбы по ровной поверхности на расстояние 1,6 км за 20 мин или подъема на два лестничных проема за 20 с. Мужчины, не способные выполнить эти нагрузки без появления симптомов, относятся к группе высокого риска неблагоприятных событий при сексуальной активности и должны быть направлены к кардиологу до назначения лечения ЭД.

#### Ведение сексуальной дисфункции у мужчин

Лечение ЭД начинается с модификации факторов риска: отказа от курения и злоупотребления алкоголем, снижения массы тела и повышения физической активности. Кроме того, уменьшить проявления ЭД и устранить психосоциальные проблемы зачастую позволяет парная (супружеская) терапия и ее подвид – секс-терапия.

Пероральные ингибиторы фосфодиэстеразы-5 (ФДЭ-5) значительно уменьшают симптомы ЭД и хорошо переносятся пациентами. В многочисленных исследованиях также была продемонстрирована высокая эффективность этих препаратов у мужчин с ЭД, перенесших лечение рака. Необходимо помнить о том, что ингибиторы

**Таблица 2. Опросник сексуального здоровья для мужчин (SHIM)**

Отметьте вариант ответа, который лучше всего описывает Вашу ситуацию (только один ответ на каждый вопрос)

За последние 6 мес

1. Как Вы оцениваете Вашу способность достигать эрекции и поддерживать ее?		Очень низкая	Низкая	Средняя	Высокая	Очень высокая
		1	2	3	4	5
2. Как часто Вы можете поддерживать эрекцию (развившуюся при сексуальной стимуляции), достаточную для пенетрации?	Сексуальная активность отсутствует	Никогда или почти никогда	Иногда (значительно реже, чем в половине случаев)	Примерно в половине случаев	В большинстве случаев (значительно чаще, чем в половине случаев)	Всегда или почти всегда
	0	1	2	3	4	5
3. Как часто во время полового акта Вы способны поддерживать эрекцию после пенетрации?	Не пытался осуществить половой акт	Никогда или почти никогда	Иногда (значительно реже, чем в половине случаев)	Примерно в половине случаев	В большинстве случаев (значительно чаще, чем в половине случаев)	Всегда или почти всегда
	0	1	2	3	4	5
4. Насколько Вам тяжело поддерживать эрекцию до завершения полового акта?	Не пытался осуществить половой акт	Исключительно тяжело	Очень тяжело	Тяжело	В некоторой степени тяжело	Нетяжело
	0	1	2	3	4	5
5. Как часто половой акт приносит Вам удовлетворение?	Не пытался осуществить половой акт	Никогда или почти никогда	Иногда (значительно реже, чем в половине случаев)	Примерно в половине случаев	В большинстве случаев (значительно чаще, чем в половине случаев)	Всегда или почти всегда
	0	1	2	3	4	5

Суммировать баллы, соответствующие вопросам 1-5

Интерпретация: 1-7 баллов – тяжелая ЭД; 8-11 баллов – ЭД средней тяжести; 12-16 баллов – ЭД, занимающая промежуточное положение между легкой ЭД и ЭД средней тяжести; 17-21 балл – легкая ЭД.

ФДЭ-5 противопоказаны пациентам, получающим пероральные нитраты, вследствие возможного опасного снижения артериального давления.

Лечение ингибиторами ФДЭ-5 следует начинать с обычной дозы, при необходимости титруя ее до максимальной. Пациент должен периодически проходить обследование для оценки эффективности терапии, побочных эффектов и значимых изменений общего состояния здоровья. Адекватная пробная терапия ингибиторами ФДЭ-5 подразумевает, по крайней мере, 5 отдельных приемов препарата в максимальной дозе – только после этого лечение можно признать неэффективным (за исключением случаев, когда причиной меньшего количества приема лекарственного средства является плохая переносимость). При неэффективности 1-й линии терапии

ингибитором ФДЭ-5 можно попробовать назначить другой препарат этого класса.

Если второй ингибитор ФДЭ-5 также оказался неэффективным, пациента следует направить к урологу, который может назначить дополнительные терапевтические вмешательства. Последние могут включать интрауретральные суппозитории алпростадил, интракавернозные инъекции вазоактивных препаратов и вакуумные устройства. Наконец, при неэффективности этих методов может осуществляться радикальное вмешательство – имплантация протеза.

Список литературы находится в редакции. Печатается в сокращении.

Полный текст руководства – [www.nccp.org](http://www.nccp.org).  
Перевод с англ. **Алексея Терещенко**



## НАШІ ЗНАННЯ – ЗДОРОВ'Я ПАЦІЄНТІВ!



СПІЛКА  
ОНКОУРОЛОГІВ  
УКРАЇНИ



НАЦІОНАЛЬНИЙ  
ІНСТИТУТ РАКУ



Міністерство  
охорони  
здоров'я України

### НАУКОВО-ПРАКТИЧНА КОНФЕРЕНЦІЯ НОВЕ В СТАНДАРТАХ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ УРОЛОГІЧНИХ ТА ОНКОУРОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ

28 листопада 2014 року, м. Київ



Міністерство охорони здоров'я України  
Національна академія медичних наук України  
ГС «Українська асоціація міждисциплінарної медицини»  
БФ «За Безпечну медицину»  
ТОВ «Нью Віво»

## ЛЮДИНА ТА ЛІКИ – УКРАЇНА Національний конгрес



Київ  
1-3 квітня 2014 року



Донецьк  
22 квітня 2014 року



Дніпропетровськ  
17 вересня 2014 року



Вінниця  
14 жовтня 2014 року



Харків  
23 жовтня 2014 року



Одеса  
19 листопада 2014 року

Ресстрація на інтернет-порталі [www.chil.com.ua](http://www.chil.com.ua)

Оргкомітет: ТОВ «Нью Віво»  
Адреса: м. Київ, вул. Симона Петлюри 13/135, офіс 23, тел/факс +38 (044) 287-07-20,  
e-mail: [office@newvivo.com.ua](mailto:office@newvivo.com.ua)