

# Сексология - кейс 1

## Materials for the selected specialty

Тип: Кейсы | Образование: Высшее образование | Специализация: Сексология | Записей: 1 | Кейс: 1 |  
Вопросов: 12

## Сексология - кейс 1

Образование: Высшее образование | Специализация: Сексология

### 1. УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

#### 1.1. Ситуация

Женщина 27 лет обратилась на прием к сексологу.

#### 1.2. Жалобы

Предъявляет жалобы на невозможность вести половую жизнь с мужем, из-за резкой болезненности при имиссии и неприятных, часто болезненных ощущениях при фрикциях.

#### 1.3. Анамнез заболевания

Жалобы появились 3-4 месяца назад, до этого половая жизнь была безболезненной, приятной, хотя оргастичность не превышала 20-30%. Пациентка замужем 1.5 года, детей нет, метод контрацепции – прерванный половой акт. В ближайших планах у мужа – рождение ребенка, однако, в приватной беседе пациентка сообщает, что не уверена, что разделяет это желание мужа, сообщает, что ей неприятно давление по этому вопросу родственников с обеих сторон, она предпочла бы пожить еще немного «для себя», и вообще стала сомневаться в своем выборе партнера. Мужа характеризует, как слишком мягкого и ласкового, инфантильного, подверженного влиянию матери. Полгода назад, на отдыхе познакомилась с женатым мужчиной, с которым у нее завязался роман, с ним болезненных ощущений при коитусе не испытывает, однако понимает бесперспективность этих отношений. На фоне эмоциональных переживаний у нее снизилось сексуальное влечение по отношению к мужу, контакты стали неприятны, а затем и болезненны. Болезненные ощущения описывает, как «нестерпимые, жгущие, острые», часто длящиеся до суток после контакта. В настоящее время половая активность в браке практически отсутствует. Пациентка обращалась к 2 гинекологам, однако, те не выявили органических причин алгии. Сохраняется сексуальное фантазирование, мастурбация 1-2 р./неделю, сексуальные контакты с другим партнером 1-2 р./месяц, безболезненные, с оргазмом.

#### 1.4. Анамнез жизни

Родилась в полной семье, первый ребенок, есть младший брат 18 лет. Роды срочные, без особенностей. Анамнез неотягощен психическими заболеваниями. Из перенесенных инфекций – ОРВИ, грипп, ветряная оспа. Училась на 4 и 5, любила участвовать в спектаклях в детском саду и школе, образование высшее – дизайнер интерьеров, в настоящее время не работает.

Менархе с 13 лет, ритм установился в течение 3х месяцев. Платоническое влечение с 10-11 лет, эротическое с 13 лет – влюбленность в одноклассника. Сексуальное фантазирование с 15 лет, тогда же начала мастурбировать (мануальная стимуляция области клитора, стимуляция струей душа). Начало половой жизни в 16 лет, 50-60% оргастичность достигнута к 21 году. Беременность - 1, в 18 лет – медикаментозный аборт, без осложнений.

#### 1.5. Объективный статус

Пациентка худощавого телосложения, рост 168, вес 50 кг. Одета по моде, макияж, маникюр яркие. Ориентирована верно, поведение несколько демонстративное, отвечает быстро в плане задаваемых вопросов, многословна, эмоциональна, склонна к преувеличениям. Манерна,

мика живая, выражения лица часто сменяют друг друга, при описании семейных отношений, сексуального расстройства становится страдальческим. Ищет понимания, эмпатии со стороны врача. Подчеркивает, что ее никто не хочет понимать, она находится в кризисном состоянии. Суждения отличаются инфантилизмом и экстрапунитивностью.

## 1. План обследования

### 1. Вопрос

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

1. анализ крови на ВИЧ, RW, гепатиты
2. общий анализ крови
3. биохимический анализ крови

### 4. анализ крови на половые гормоны (эстроген, прогестерон, ЛГ, ФСГ, тестостерон)

**Правильный ответ: анализ крови на половые гормоны (эстроген, прогестерон, ЛГ, ФСГ, тестостерон)**

Недостаточный уровень эстрогенов и прогестерона (повышенный ЛГ, ФСГ) могут говорить о нарушениях полового развития, служить причиной недоразвития (инфантилизма) половых органов, при котором возможны недостаточная lubricация, узость влагалища и, как следствие болезненные проявления при коитусе. Низкий уровень тестостерона может вызывать снижение либидо, которое усугубляет болевое сексуальное расстройство, является препятствием к его устранению.

'Сексопатология: Справочник' - Васильченко Г.С., Агаркова Т.Е., Агарков С.Т. Москва: Медицина, 1990, раздел 7.3.1.5. Гормональные пробы

## 3. Результаты лабораторного метода обследования

### 3.1. Анализ крови на половые гормоны (эстроген, прогестерон, ЛГ, ФСГ, тестостерон)

Пролактин – 11 нг/л

ФСГ – 7,8 мМЕ/мл

ЛГ – 8,2 мМЕ/мл

Тестостерон – 0,25 нг/мл

Эстрадиол -136 пг/мл

Прогестерон -1,7 нм/л

результаты в рамках нормы (соответствует фолликулярной фазе)

### 2. Вопрос

К необходимым для постановки диагноза методам обследования относят

1. измерение базальной температуры

### 2. гинекологический осмотр

3. электроэнцефалографию (ЭЭГ)

4. кольпоцитодиагностику

### 5. УЗИ органов малого таза (вагинальный датчик)

6. компьютерную томографию головы

**Правильные ответы: гинекологический осмотр; УЗИ органов малого таза (вагинальный датчик)**

Гинекологический осмотр дает возможность установить наличие или отсутствия органической причины диспареунии, а также тонуса мышц тазового дна, эмоционально и вегето-сосудистой реакции на осмотр.

Сексопатология: Справочник' - Васильченко Г.С., Агаркова Т.Е., Агарков С.Т. Москва: Медицина, 1990, раздел 7.3.1. Методы функциональной диагностики

Ультразвуковое исследование позволить подтвердить или исключить органическую причину алгии.

Национальное руководство «Психиатрия» М.2018, Глава 19. Сексуальная дисфункция, не обусловленная органическими болезнями или нарушениями

## 5. Результаты обследования

### 5.1. Гинекологический осмотр

При гинекологическом осмотре: Наружные половые органы сформированы правильно, оволосение по женскому типу, без гипертрихозов, Большие и малые половые губы пигментированы, влагалище нерожавшей, тело матки, нормальных размеров, безболезненное при пальпации, придатки без патологии, не увеличены, б/болезненные. Пациентка сообщает перед осмотром, что плохо переносит эту процедуру, просит не вводить зеркала, быть осторожнее. Несмотря на это, осмотр практически безболезненный, введение зеркал удается без сопротивления мышц преддверия влагалища, после отвлечения и выполнения дыхательных упражнений в сочетании с упражнениями по Кегелю.

### 5.2. УЗИ органов малого таза (вагинальный датчик)

Тело матки:

Грушевидной формы, положение anteversio, по средней линии, размеры не увеличены: длина 45 мм, толщина – 33 мм, ширина 28 мм. Строение эндометрия не изменено.

М-эхо: толщина 9 мм, соответствует 1 фазе, не изменено.

Полость матки: не расширена.

Шейка матки: определяется в типичном месте, размеры не увеличены: длина 32 мм, толщина 42 мм, ширина 29 мм. Строение не изменено.

Правый яичник: расположение обычное, размеры: 36x15x23 мм, строение не изменено. Фолликулы в достаточном количестве.

Левый яичник: расположение обычное, размеры: 28x16x22 мм, строение не изменено. Фолликулы в достаточном количестве.

Жидкость в позадматочном пространстве - незначительное количество.

Объемные образования в полости малого таза – не определяются.

## 3. Вопрос

Для уточнения объективных показателей предыстории полового развития пациентки необходимо антропометрическое исследование в виде определения

### 1. трохантерного индекса

2. индекса талия/бедро

3. индекса Эрисмана

4. индекса соотношения роста/массы тела пациентки

**Правильный ответ: трохантерного индекса**

Трохантерный индекс является специфическим признаком наличия или отсутствия раннего нарушения пубертатного развития, связанного с патологией гонад, а так же важным критерием определения половой конституции.

'Сексопатология: Справочник' - Васильченко Г.С., Агаркова Т.Е., Агарков С.Т. Москва: Медицина, 1990, глава 4.6.1.2. Трохантерный индекс как один из важнейших объективных показателей предыстории полового развития индивидуума

## 7. Результаты обследования

### 7.1. Трохантерный индекс

1,99

### 4. Вопрос

Исходя из сексологического анамнеза и данных обследования, пациентку можно отнести к + \_\_\_\_\_ + типу(-а) половой конституции

1. сильному
2. нижней границе сильного

### 3. среднему

4. слабому

**Правильный ответ: среднему**

Сроки начала первой менструации, трохантерный индекс, тип оволосения лобка, сроки проявления платонического, эротического и сексуального либидо, время начало мастурбации и уровень оргстичности позволяют отнести пациентку к средней половой конституции.

Сексopatология: Справочник' - Васильченко Г.С., Агаркова Т.Е., Агарков С.Т. Москва: Медицина, 1990, глава 4.7.1. Модифицированный (ускоренный) вариант карты сексологического обследования женщин

## 2. Диагноз

### 5. Вопрос

В соответствие с критериями МКБ-10 пациентке следует выставить диагноз

#### 1. F52.6 Диспареуния неорганического происхождения

2. F66.2 Расстройство сексуальных отношений
3. N94.1 Диспареуния (органическая) (см.МКБ-1)
4. F52.5 Вагинизм неорганического происхождения

**Правильный ответ: F52.6 Диспареуния неорганического происхождения**

В данном случае, по данным обследования диспареуния не связана с локальным патологическим процессом. Отсутствует первичная неорганическая сексуальная дисфункция – вагинизм, сухость влагалища). Исключена: диспареуния (органическая) (N94.1) (Источник – МКБ-10)

## 10. Диагноз

### 10.1. F52.6 Диспареуния неорганического происхождения

### 6. Вопрос

Психосексуальное развитие пациентки можно отнести к

1. ретардированному
2. преждевременному
3. дисгармоничному

### 4. нормальному

**Правильный ответ: нормальному**

Отсутствуют признаки как ретардации, так и искажения, дисгармонии или преждевременного психосексуального развития. Сроки физиологического и психологического созревания укладываются в рамки нормы.

## 7. Вопрос

У пациентки наблюдается расстройство сексуального влечения в виде

### 1. парциальной сексуальной аверсии

2. первичной гиполибидемии
3. вторичной алибидемии
4. первичной сексуальной аверсии

**Правильный ответ: парциальной сексуальной аверсии**

Уровень либидо находился в рамках нормы (сексуальное фантазирование, мастурбация, половая жизнь с партнером вне брака остаются нормальными), на фоне ухудшения межличностных отношений с мужем, появилась отвращение к сексуальным контактам с ним, и болевые ощущения, по сути являющиеся истералгиями.

Национальное руководство «Психиатрия» М.2018, Глава 19. Сексуальная дисфункция, не обусловленная органическими болезнями или нарушениями

## 8. Вопрос

В рассматриваемом случае, благоприятную почву для развития данной сексуальной патологии создали имеющиеся + \_\_\_\_\_ + черты личности

### 1. истерические

2. тревожные
3. психастенические
4. неустойчивые

**Правильный ответ: истерические**

Пациентка склонна к демонстративности, ищет поддержки и симпатии у врача, склонна обвинять окружающих в проблеме, инфантильна в поступках и суждениях, что дает возможность отнести ее к личности и истерическими чертами.

Национальное руководство «Психиатрия» М.2018, Глава 16. Расстройства личности

## 3. Лечение

## 9. Вопрос

Правильной тактикой терапии пациентки будет назначение в первую очередь

1. фармакотерапии с использованием антидепрессантов
2. фармакотерапии с использованием транквилизаторов

### 3. психотерапии

4. сексуального тренинга

**Правильный ответ: психотерапии**

Учитывая высокую эффективность психотерапии у пациентов с истерическими чертами личности, наиболее уместной будет рациональная индивидуальная и парная психотерапия, целью которой станет разъяснение природы болевого расстройства и сексуальной аверсии и создание благоприятной перспективы развития партнерских отношений.

Национальное руководство «Психиатрия» М.2018, Глава 19. Сексуальная дисфункция, не обусловленная органическими болезнями или нарушениями

## 10. Вопрос

На втором этапе терапии эффективной методикой будет

1. гипноз
- 2. суггестивная терапия**
3. техника чувственного фокусирования
4. аутотренинг

**Правильный ответ: суггестивная терапия**

Высокая внушаемость лиц, с истерическими чертами при должном доверии и авторитете к личности терапевта, делает суггестивную терапию, методикой выбора для устранения истералгий повышения уровня комплаенса пациентки.

Национальное руководство «Психиатрия» М.2018, Глава 31. Психотерапия

## 11. Вопрос

На первом этапе секс-тренинга паре рекомендуется

1. регулярность половых актов не реже 2-3-х раз в неделю
2. отказа от просмотра видео эротического содержания и мастурбации
3. отказ от суррогатных видов сексуального взаимодействия

### **4. условный запрет на половые акты**

**Правильный ответ: условный запрет на половые акты**

Такой запрет является психотерапевтической тактикой, позволяющей пациентке не испытывать чувство тревоги, страха и ожидания боли, и сфокусироваться на приятных ощущениях от стимуляции эрогенных зон.

Национальное руководство «Психиатрия» М.2018, Глава 19. Сексуальная дисфункция, не обусловленная органическими болезнями или нарушениями

## 12. Вопрос

На следующем этапе секс-тренинга пациентке рекомендуется

1. массаж крестцово-копчиковой зоны и области наружных половых органов.
2. прием небольших доз алкоголя для эффекта расслабления и снятия тревоги и гиперконтроля
- 3. самостоятельная и совместная с партнером стимуляция влажных эрогенных зон**
4. самостоятельное и совместное с партнером введение влажных зеркал малого диаметра

**Правильный ответ: самостоятельная и совместная с партнером стимуляция влажных эрогенных зон**

Методика десенсибилизации позволяет преодолеть страх, научиться управлять тонусом мышц тазового дна, снизить тревожное ожидание болевых ощущений при имиссии, добиться повышения эрогенной чувствительности влажных эрогенных зон.

Национальное руководство «Психиатрия» М.2018, Глава 19. Сексуальная дисфункция, не обусловленная органическими болезнями или нарушениями