

# Оцінювання стану сексуального здоров'я жінок із хронічним циститом

О. Д. Нікітін<sup>1</sup>, С. С. Распутняк<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, м. Київ

<sup>2</sup>Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України, м. Київ

Діагноз хронічного циститу (ХЦ) зустрічається серед жінок усіх вікових груп і призводить не лише до появи комплексу урологічних скарг, а й до порушення сексуального здоров'я. Попри бурхливий розвиток діагностичних і лікувальних можливостей, у сучасній практиці існують лише несистематизовані діагностичні стандарти при дослідженні цієї патології через дефіцит клінічних спостережень та відсутність розробок у галузі жіночої сексології.

**Мета дослідження:** визначити характерні зміни сексуальної функції пацієнток із ХЦ різних вікових груп.

**Матеріали та методи.** Відповідно до поставленої мети та завдань в основі роботи лежить аналіз обстеження 156 пацієнток, з яких основну групу становили 98 учасниць із ХЦ (І група), а контрольну групу (ІІ група) – 58 практично здорових жінок без визначеної урогенітальної патології. Відповідно до віку настання менопаузи учасниці обох груп були поділені на підгрупи: А – пацієнтки віком  $\leq 45$  років, В – віком  $> 45$  років. Для визначення стану сексуального здоров'я жінок обох груп було використано опитувальник «Індекс жіночої сексуальної функції» (Female Sexual Function Index – FSFI), а для оцінювання вираженості урологічних симптомів – опитувальник тазового болю (Pelvic Pain and Urgency / Frequency Patient Symptom Scale – PUF).

**Результати.** Середній вік настання менопаузи пацієнток із ХЦ становив  $48,7 \pm 4,2$  року, у практично здорових жінок –  $47,1 \pm 3,9$  року. Пацієнтки з ХЦ незалежно від віку мали нижчі показники сексуальних стосунків, ніж практично здорові учасниці. У пацієнток із ХЦ віком  $\leq 45$  років відзначали достовірно нижчі показники за шкалами «Збудження», «Бажання» та «Задоволення» ( $p < 0,05$  у перших двох випадках та  $p < 0,001$  – у третьому), порівняно з практично здоровими жінками. Пацієнтки І групи мали високі бали за шкалою оцінювання тазового болю, проте без достовірної різниці між підгрупами ( $27,9$  проти  $28,3$ ,  $p > 0,05$ ). Виявлено наявний кореляційний зв'язок між частотою сексуальної активності та вираженістю симптомів ХЦ за шкалою PUF ( $r_s = 0,53$ ,  $p < 0,05$ ); що вищий бал за шкалою стурбованості ХЦ, то нижчі бали за шкалами «Задоволення» та «Збудження».

**Висновки.** Результати дослідження свідчать, що сексуальне здоров'я жінок із ХЦ суттєво порушується. Хронічний перебіг захворювання супроводжується фізичним дискомфортом, болем, зниженням лібідо та іншими сексуальними дисфункціями, що впливають на якість інтимного життя.

ХЦ впливає на психоемоційний стан жінки. Часті рецидиви захворювання викликають тривожність, зниження самооцінки й психологічний дискомфорт, що додатково погіршує сексуальне здоров'я жінки.

**Ключові слова:** хронічний цистит, біль, інфекції сечових шляхів, збудження.

## Assessment of the sexual health in women with chronic cystitis

O. D. Nikitin, S. S. Rasputnyak

The diagnosis of chronic cystitis (CC) occurs among women of all age groups, which leads not only to the appearance of a complex of urological complaints, but also to a violation of sexual health. Despite the rapid development of diagnostic and treatment capabilities, in today's practice there are only unsystematized diagnostic standards in the study of this pathology due to the lack of clinical observations and the lack of developments in the field of female sexology.

**The objective:** to determine the characteristic changes in the sexual function of patients with CC of different age groups.

**Materials and methods.** In accordance with the set goal and tasks, the work is based on the analysis of the examination of 156 patients, from which the main group of 98 participants was formed with CC (I group) and 58 patients practically healthy, without defined urogenital pathology, who made up the control group (II group). According to the age of onset of menopause, the participants of both groups were also divided into subgroups: A – patients  $\leq 45$  years of age; B – patients  $> 45$  years of age. The Female Sexual Function Index (FSFI) questionnaire was used to determine the sexual health status of women in both groups, and the Pelvic Pain and Urgency / Frequency Patient Symptom Scale (PUF) was used to assess the severity of urological symptoms.

**Results.** The average age of onset of menopause in patients with CC was  $48.7 \pm 4.2$  years, in practically healthy patients it was  $47.1 \pm 3.9$  years. Patients with CC, regardless of age, have lower rates of sexual intercourse than practically healthy participants. Patients with CC  $\leq 45$  years have significantly lower indicators on the "Arousal", "Desire" and "Satisfaction" scales ( $p < 0.05$  in the first two cases and  $p < 0.001$  in the third) than practically healthy people. Patients of the I group had high scores on the pelvic pain assessment scale, but without a significant difference between them ( $27.9$  vs  $28.3$ ,  $p > 0.05$ ). There is a correlation between the frequency of sex and the severity of CC symptoms according to the PUF scale ( $r_s = 0.53$ ,  $p < 0.05$ ), and the higher the score for concern about CC, the lower the scores on the "Satisfaction" and "Arousal" scales.

**Conclusions.** The results of the study show that the sexual health of women with CC is significantly impaired. The chronic course of the disease is accompanied by physical discomfort, pain, decreased libido and other sexual dysfunctions that affect the quality of intimate life.

CC affects the psychoemotional state of a woman. Frequent relapses of the disease cause anxiety, decreased self-esteem and psychological discomfort, which further worsen the sexual health of a woman.

**Keywords:** *chronic cystitis, pain, urinary tract infections, arousal.*

Хронічний цистит (ХЦ) – це хронічне захворювання, що характеризується частим сечовипусканням, невідкладними позивами до нього й тазовим болем. Поширеність ХЦ серед жінок варіюється залежно від діагностичних критеріїв та популяції. Згідно з даними міжнародної консультації 2023 р., поширеність захворювання становить близько 300 випадків на 100 тис. жінок [1]. Середній вік початку симптомів ХЦ (інтерстиціального циститу / синдрому болючого сечового міхура) сягає 40 років, при цьому близько 90% пацієнтів – жінки [2]. ХЦ може спостерігатись як у сексуально активних жінок, так у жінок менопаузального віку з менш активним сексуальним життям [3].

ХЦ залишається лідером у структурі урологічних захворювань із неясною етіологією та є причиною порушення репродуктивного й сексуального здоров'я жінки, створюючи таким чином низку соціальних, медичних і економічних проблем у суспільстві [4].

Під сексуальним здоров'ям розуміють не просто відсутність хвороби, а стан соматичного, емоційного, інтелектуального й соціального благополуччя щодо сексуальності. Сексуальне здоров'я передбачає позитивне і шанобливе ставлення до сексуальності та статевої відносин, можливість безпечно вести статеве життя, що приносить задоволення, відсутність примусу, дискримінації й насильства [5].

Окрім больових симптомів у ділянці сечового міхура, ХЦ впливає на сексуальне здоров'я пацієнток та пари загалом. Понад 20% жінок, що хворіють на ХЦ, повністю відмовляються від статевого життя. Однак через складність діагностики це захворювання часто плутають із вульводинією, диспареунією, ендометріозом і синдромом хронічного тазового болю [6, 7].

Оскільки ХЦ частіше спостерігається в жінок сексуально активного віку, окрім виснажливих урологічних симптомів, це захворювання негативно впливає на сексуальне життя пацієнток. Сексуальна дисфункція, порушення сну та супутня депресія є важливими факторами, які суттєво погіршують якість життя хворих на ХЦ. Згідно із систематичним оглядом McKernan et al., жінки з ХЦ у 2,4–6,6 разів частіше мають діагноз депресії, а 23% пацієнток повідомляють про суїцидальні думки. Крім того, пацієнти з хворобами сечостатевої системи у 4,37 разів частіше відзначають тривожні розлади до початку симптомів і у 2,4 рази частіше – після їх появи [8]. Саме тому важливий комплексний підхід до обстеження пацієнтів і покращення якості життя та здоров'я.

Існує низка досліджень щодо асоціації диспареунії з ХЦ, однак дуже мало саме тих, які зосереджені саме на проявах жіночої сексуальної дисфункції на тлі ХЦ. Відомо про нечисельні наукові дослідження сексуального здоров'я жінок із ХЦ. Наприклад, Amit Agrawal et al. протягом 2017–2019 рр. провели дослідження «випа-

док – контроль» жінок із ХЦ та визначали супутнє порушення сексуальної функції. У результаті з'ясовано, що біль під час сексуальної активності був найпоширенішою скаргою у пацієнтів [9].

Показники всіх 6 шкал Індексу жіночої сексуальності (Female Sexual Function Index – FSFI), а саме: бажання, збудження, лубрикація, оргазм, задоволення та біль, були значно нижчими в основній групі ХЦ ( $p < 0,05$  у кожній шкалі), а загальна оцінка задоволення становила лише 3,025 порівняно з 4,387 у контрольній групі ( $p < 0,05$ ). Пацієнтки з ХЦ мали гірші результати за сумарним балом FSFI ( $18,7 \pm 4,5$  проти  $28,1 \pm 4,3$ ,  $p < 0,05$ ). За умови використання загального бала FSFI менше ніж 26,6 як граничного значення, то у 90,6% пацієнтів основної групи було діагностовано сексуальну дисфункцію, що статистично вище порівняно з групою контролю (37,5%,  $p < 0,05$ ) [9]. Ці результати ще раз підтверджують багатогранність ХЦ та необхідність мультидисциплінарного підходу для максимально ефективного лікування.

**Мета дослідження:** визначити характерні зміни сексуальної функції пацієнток із ХЦ різних вікових груп.

## МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Відповідно до поставленої мети та завдань в основі роботи лежить аналіз обстеження 156 пацієнток, з яких основну групу становили 98 учасниць із ХЦ (І група), а контрольну групу (ІІ група) – 58 практично здорових жінок без визначеної урогенітальної патології.

Критеріями включення в дослідження були: пацієнтки віком від 18 до 65 років, раніше встановлений діагноз ХЦ (відповідно до міжнародних протоколів та критеріїв Європейської спілки урологів) [13], згода хворої.

До критеріїв виключення належали: інші види циститів, встановлений факт наявності інфекційного (бактеріального, вірусного) процесу в слизовій оболонці сечового міхура або сечівника, неврологічна природа больових відчуттів, вагітність або лактація, тяжкі розлади психіки, супутня гостра або декомпенсована патологія інших органів і систем.

Обстеження пацієнток проводили згідно із загальноприйнятими сучасними методами: збір анамнезу й клінічних симптомів, опитувальники, лабораторні та інструментальні дослідження (з метою виявлення критеріїв виключення).

При встановленні сексологічного діагнозу ми брали за основу рекомендації Всесвітньої організації охорони здоров'я та Консенсусу з питань сексуальних дисфункцій [10]. Загальновідома нозологічна одиниця сексуальних дисфункцій у жінок – це узагальнене поняття, яке включає такі сексуальні порушення: розлади бажання, збудження та досягнення оргазму.

Частота статевих актів протягом місяця розцінюється як індекс регулярності статевих стосунків.

Таблиця 1

Віковий розподіл учасниць дослідження

| Віковий діапазон, років | I група, n (%) | II група, n (%) |
|-------------------------|----------------|-----------------|
| ≤ 45                    | 62 (63)        | 34 (59)         |
| > 45                    | 36 (37)        | 24 (41)         |
| Усього                  | 98 (100)       | 58 (100)        |

Для визначення стану сексуального здоров'я жінок обох груп був використаний опитувальник FSFI, що є найбільш поширеним та зваженим інструментом у сексології. Він складається з 19 запитань, на які пацієнтки самостійно відповідають. Ці запитання згруповані у 6 різних категорій, за якими оцінюють рівень бажання та збудження, зволоження (лубрикація) та задоволеність сексуальним життям, досягнення оргазму, а також визначають наявність болю під час статевих актів (диспареунія). За кожне запитання можна отримати від 0 до 5 балів, які помножують на специфічний коефіцієнт, а далі сумують у кожній шкалі окремо і визначають загальну суму балів. Інтерпретацію результатів проводять таким чином: менше ніж 14,4 бала – виражений ступінь сексуальної дисфункції, 14,5–21,6 бала – помірний ступінь, 21,7–28,8 бала – низький ступінь, вище ніж 28,9 бала – сексуальний комфорт [11, 12].

Також ми використовували опитувальник тазового болю (Pelvic Pain and Urgency / Frequency Patient Symptom Scale – PUF). Шкала PUF складається з 8 запитань, 7 з яких оцінюють симптоматику (4 – про характер сечовипускання, 3 – про больові відчуття) та запитання про сексуальну активність. Окрім того, опитувальник включає 4 додаткові запитання, що стосуються впливу конкретних симптомів на життя пацієнта. Таким чином, вираховують активний показник [14].

Статистичний аналіз виконано за допомогою програмного забезпечення Stata 11 (StataCorp LLC, США). Кількісні дані перевірені на відповідність нормальному розподілу за допомогою критерію Шапіро – Уїлка. Дані з нормальним розподілом подано у вигляді середнього арифметичного та стандартної помилки середнього ( $M \pm SD$ ). Для порівняння двох незалежних груп за цими показниками використано t-критерій Стюдента для незалежних вибірок. Для порівняння даних, що не відповідали нормальному розподілу, або порядкових даних, використано непараметричний U-критерій Манна – Уїтні. Зв'язок між двома порядковими змінними оцінювали за допомогою коефіцієнта рангової кореляції Спірмена ( $r_s$ ). Силу кореляційного зв'язку інтерпретували таким чином:  $|r_s| = 0,00–0,49$  – слабкий зв'язок;  $0,50–0,69$  – зв'язок середньої сили;  $0,70–1,00$  – сильний зв'язок. Для оцінювання сили асоціації між факторами використано уніваріантну логістичну регресію. Результати представлено у вигляді відношення шансів (ВІШ) із 95% довірчим інтервалом (ДІ). Порогове значення  $p < 0,05$  у двосторонньому тесті вважали статистично значущим.

## РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Середній вік учасниць I групи становив  $42,5 \pm 2,3$  року, II –  $43,9 \pm 2,6$  року, без достовірної різниці між ними ( $p > 0,05$ ). Середній вік настання менопаузи пацієнток із ХІІ досягав  $48,7 \pm 4,2$  року, у практично здорових пацієнток –  $47,1 \pm 3,9$  року. Саме тому, враховуючи отримані цифри, учасниць кожної з груп було розподілено на підгрупи: А – пацієнтки віком  $\leq 45$  років, В – пацієнтки віком  $> 45$  років (табл. 1).

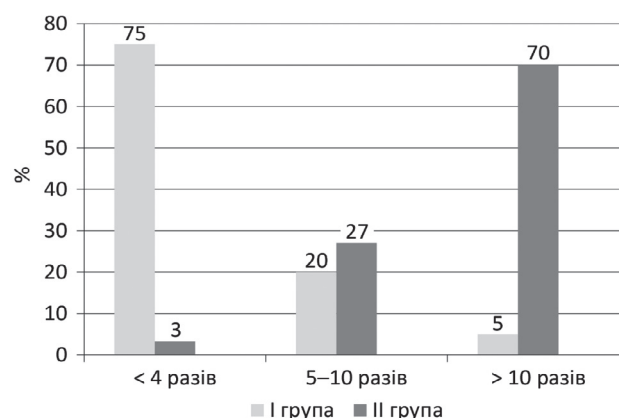


Рис. 1. Порівняльна характеристика учасниць I та II груп щодо частоти статевих актів на місяць

Пацієнтки I групи були опитані щодо наявності будь-якої хронічної патології (серцево-судинні захворювання, хвороби опорно-рухового апарату, органів травлення, аутоімунні захворювання тощо). Виявлено, що у ІВ підгрупі таких учасниць достовірно більше, що, ймовірно, пов'язано з віком.

Водночас з анамнезу стало відомо, що оперативні втручання гінекологічного чи урологічного спрямування спостерігались у 15,6% жінок віком  $\leq 45$  років та у 23,5% жінок  $> 45$  років в I групі та у 15,5% і 22,4% жінок II групи відповідних вікових категорій.

Під час оцінювання частоти сексуальних стосунків у жінок I групи було встановлено, що переважна більшість з обстежених (73 жінки) на період першого моніторингу відзначала частоту статевих актів до 4 разів на місяць, ще 20 учасниць – від 5 до 10 разів на місяць та лише 5 пацієнток (5%) – понад 10 разів на місяць. Розподіл за підгрупами був таким:

- ІА підгрупа: 38 жінок мали статеві акти до 4 разів на місяць, 10 – від 5 до 10 разів, 2 жінки – понад 10 разів.
- ІВ підгрупа: 35 жінок повідомили про частоту до 4 разів на місяць, 10 – від 5 до 10 разів, 3 жінки – понад 10 разів.

Статистичний аналіз не виявив значущих відмінностей між ІА та ІВ підгрупами щодо частоти сексуальних стосунків ( $p > 0,05$ ).

В учасниць II групи встановлено, що більшість обстежених (41 жінка) відзначала частоту статевих актів понад 10 разів на місяць (рис. 1).

При детальнішому аналізі виявлено, що за період 6 міс. кожна третя учасниця I групи (33,3%) повідомляла про стан, який узагалі унеможливував статеві стосунки, що суб'єктивно пояснюється дискомфортом/болем під час сексу чи відсутністю бажання. Це може свідчити про

Таблиця 2

Результати опитувальника «Індекс жіночої сексуальної функції» пацієнток I групи, бали

| Шкала         | IA підгрупа, М ± SD | IB підгрупа, М ± SD | р      |
|---------------|---------------------|---------------------|--------|
| Збудження     | 3,40 ± 0,71         | 2,10 ± 0,38         | > 0,05 |
| Бажання       | 2,60 ± 0,57         | 1,80 ± 0,35         | > 0,05 |
| Лубрикація    | 4,70 ± 0,65         | 2,50 ± 0,45         | < 0,05 |
| Оргазм        | 3,4 ± 0,7           | 2,60 ± 0,43         | > 0,05 |
| Задоволення   | 2,80 ± 0,59         | 2,70 ± 0,47         | > 0,05 |
| Біль          | 1,40 ± 0,32         | 1,80 ± 0,38         | > 0,05 |
| Загальний бал | 18,30 ± 0,64        | 13,50 ± 0,62        | < 0,05 |

те, що у пацієнток із ХЦ частота статевих стосунків не тільки знижується, а й іноді повністю відсутня сексуальна близькість. Водночас спонукання партнера до інтимної близькості негативно впливало не лише на самопочуття жінки, а й порушувало гармонію сексуальних стосунків. Прояви різного ступеня сексуальних больових відчуттів варіювалися від диспареунії до проявів вагінізму.

З огляду на виявлені зміни частоти й бажання статевого життя, ми провели анкетування, визначили бали за допомогою опитувальника «Індекс жіночої сексуальної функції» та отримали такі результати. Пацієнтки I групи мали найнижчий бал за шкалами «Біль» –  $1,6 \pm 0,6$  бала, «Задоволення» –  $2,75 \pm 0,71$  бала та «Бажання» –  $2,30 \pm 0,53$  бала. При цьому за шкалою «Збудження» отримано  $2,30 \pm 0,51$  бала, а відчуття болю були досить інтенсивними, їх середній показник становив  $1,60 \pm 0,31$  бала. Привертає увагу шкала «Лубрикація»: у пацієнток IA підгрупи –  $4,70 \pm 0,65$  бала, у IB підгрупі достовірно нижчий бал ( $2,50 \pm 0,45$  бала,  $p < 0,05$ ) (табл. 2).

При цьому пацієнтки II групи мали значно вищі показники. Молоді жінки  $\leq 45$  років II групи мали статистично вищі показники за шкалами «Збудження» ( $5,10 \pm 0,95$  бала,  $p < 0,05$ ), «Бажання» ( $4,90 \pm 0,87$  бала,

$p < 0,05$ ) та «Задоволення» ( $5,00 \pm 1,01$  бала,  $p < 0,001$ ). Сумарний бал опитувальника в жінок  $\leq 45$  років II групи становив  $29,70 \pm 2,01$  бала, що в переважній більшості випадків відповідає стану сексуального комфорту (рис. 2).

Під час оцінювання результатів серед жінок віком  $> 45$  років було виявлено, що показники за шкалами «Лубрикація» ( $2,50 \pm 0,45$  проти  $3,61 \pm 0,51$  бала,  $p > 0,05$ ) та «Оргазм» ( $2,60 \pm 0,47$  проти  $4,00 \pm 0,78$  бала,

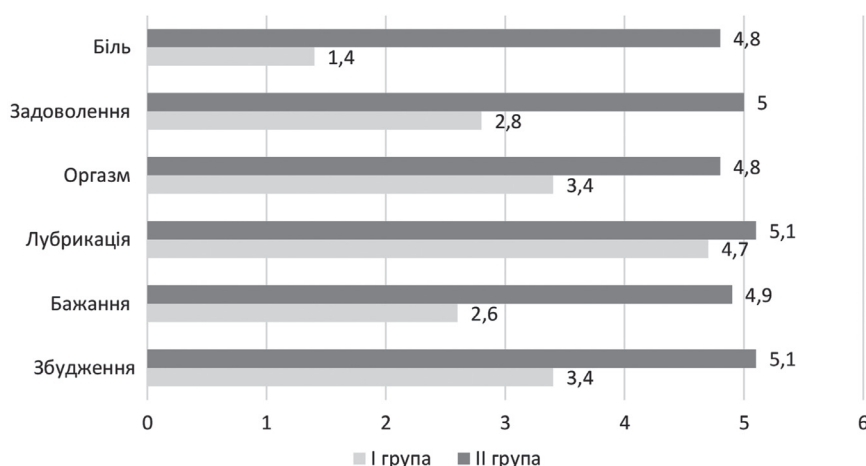


Рис. 2. Порівняльна характеристика «Індексу жіночої сексуальної функції» у жінок віком  $\leq 45$  років I та II груп, бали

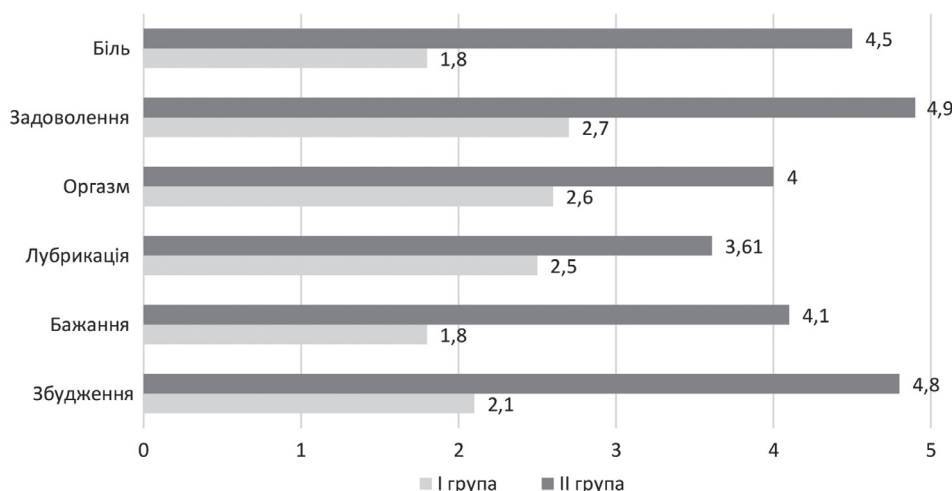


Рис. 3. Порівняльна характеристика «Індексу жіночої сексуальної функції» у жінок  $> 45$  років I та II груп



Таблиця 3

**Результати опитувальника PUF пацієнток І групи, бали**

| Показники           | ІА підгрупа,<br>М ± SD | ІВ підгрупа,<br>М ± SD |
|---------------------|------------------------|------------------------|
| Оцінка симптомів    | 17,8 ± 1,8             | 20,9 ± 1,7             |
| Оцінка занепокоєння | 10,10 ± 0,31           | 7,40 ± 0,51            |
| Загальний бал       | 27,90 ± 1,05           | 28,3 ± 1,1             |

$p > 0,05$ ) статистично не мали вагомої різниці, у той час як за іншими параметрами у жінок без ХІЦ були значно вищі бали (рис. 3). Загальний бал учасниць ІІ групи становив  $25,90 \pm 2,45$  бала, що відповідає низькому ступеню можливої сексуальної дисфункції та є достовірно вищим, порівняно з пацієнтками І групи ( $p < 0,001$ ).

Ми встановили кореляційний зв'язок між кількістю хронічних хвороб і показником за шкалою «Біль» ( $r_s = 0,56$ ,  $p < 0,05$ ), «Збудження» ( $r_s = 0,52$ ,  $p < 0,05$ ) та «Бажання» ( $r_s = 0,53$ ,  $p < 0,05$ ). Наявність в анамнезі хвороб урогенітального тракту пов'язано з показником болю ( $r_s = 0,57$ ,  $p < 0,001$ ) та досягненням оргазму ( $r_s = 0,53$ ,  $p < 0,05$ ).

Враховуючи виявлені досить низькі бали за шкалою «Біль», ми провели анкетування жінок І групи за допомогою опитувальника тазового болю для визначення вираженості й дискомфорту за наявності ХІЦ (табл. 3).

У всіх пацієнток І групи виявлено високі бали, але без достовірної різниці між собою ( $27,90 \pm 1,05$  проти  $28,3 \pm 1,1$ ,  $p > 0,05$ ). Проте привертає увагу, що жінки з ХІЦ віком  $\leq 45$  років оцінили симптоми нижчим балом, а ось занепокоєння через цей стан було значно вище, ніж у жінок  $> 45$  років ( $p < 0,05$ ). Однією з можливих причин може бути підвищений рівень тривожності, що потребує подальших досліджень.

За допомогою рангової кореляції Спірмена ми визначили, що високий бал за шкалою PUF збільшував шанс жіночої сексуальної дисфункції (ВІП = 3,19; 95% ДІ [2,52–4,15],  $p = 0,032$ ), а відчуття занепокоєння симптомами ХІЦ – з низькими балами за шкалами «Збудження» (ВІП = 2,34; 95% ДІ [1,98–3,05],  $p = 0,041$ ) та «Задоволення» (ВІП = 2,69; 95% ДІ [2,02–3,25],  $p = 0,009$ ).

Результати нашого дослідження узгоджуються з даними світової літератури, які вказують на суттєве порушення сексуальної функції в жінок із ХІЦ та больовими урологічними синдромами. Сексуальна дисфункція є одним із найпоширеніших і найбільш недооцінених проявів ХІЦ, і наші результати підтверджують цей зв'язок.

У дослідженні Bogart et al. (2011) було показано, що понад 88% жінок із ХІЦ мають принаймні один прояв сексуальної дисфункції, а 90% – симптоми, пов'язані безпосередньо з больовим синдромом під час статевого акту. Наші дані узгоджуються з цими висновками: біль, зниження лібідо та дискомфорт під час статевого акту були найбільш вираженими доменами в пацієнток із ХІЦ [14].

Подібні результати наведені в роботі Kim et al. (2019), де автори встановили, що диспареунія, зниження лубрикації та збудження є типовими для жінок із симптомами ХІЦ. У нашому дослідженні домени «Бажання», «Збудження» та «Задоволення» також мали найнижчі бали, що підтверджує домінування психоемоційного й больового компонентів у формуванні сексуальних порушень [15].

Свіжі дані 2024 р. (Nunez-Badinez et al.) демонструють, що вираженість симптомів за шкалами PUF та O'Leary-Sant Interstitial Cystitis Symptom Index and Problem Index безпосередньо корелює зі зниженням FSFI, а психоемоційний стан відіграє ключову роль у формуванні уникання сексу. Наша робота частково підтверджує ці висновки: високі бали за шкалою PUF асоціювалися з підвищеним ризиком сексуальної дис-

функції (ВІП = 3,19), а занепокоєння через симптоми – зі зниженням бажання та збудження [16].

Цікаво, що у світових дослідженнях середній показник FSFI при ХІЦ коливається від 18,7 до 22,0, що близько до наших результатів у підгрупі жінок  $\leq 45$  років (18,3 бала). Це свідчить про однорідність патофізіологічного механізму сексуальних порушень у різних популяціях.

Отже, отримані дані повністю відповідають світовим тенденціям: ХІЦ призводить до зниження якості сексуального життя через біль, дискомфорт, тривожність, зниження лібідо й психоемоційний дистрес. Це наголошує на необхідності мультидисциплінарного підходу, що включає консультації уролога, гінеколога, сексолога та психотерапевта.

**ВИСНОВКИ**

На основі поставленої мети та сформованого дизайну дослідження ми отримали такі результати:

1. У пацієнток із ХІЦ незалежно від віку відзначають нижчі показники сексуальних стосунків, ніж у практично здорових учасниць. При цьому лише 5% жінок із ХІЦ мають статеві акти понад 10 разів на місяць.
2. Пацієнтки з ХІЦ віком  $\leq 45$  років мають достовірно нижчі показники за шкалами «Збудження», «Бажання» та «Задоволення» ( $p < 0,05$  у перших двох випадках та  $p < 0,001$  – у третьому), ніж практично здорові жінки. Наявність в анамнезі хвороб урогенітального тракту корелювала з рівнем збудження та бажанням у статевому житті. Було встановлено кореляційний зв'язок між кількістю хвороб урогенітального тракту й показником за шкалою «Біль» ( $r_s = 0,56$ ,  $p < 0,05$ ), «Збудження» ( $r_s = 0,52$ ,  $p < 0,05$ ) та «Бажання» ( $r_s = 0,53$ ,  $p < 0,05$ ).
3. Пацієнтки І групи мали високі бали за шкалою PUF, проте без достовірної різниці між собою ( $27,90 \pm 1,05$  проти  $28,3 \pm 1,1$ ,  $p > 0,05$ ). Загальний бал за шкалою PUF асоціювався з низькими оцінками жіночої сексуальної функції (ВІП = 3,19; 95% ДІ [2,52–4,15],  $p = 0,032$ ), а відчуття занепокоєння через симптоми ХІЦ – з низькими оцінками показника «Збудження» ( $p < 0,05$  в обох випадках).

Отже, виявлено, що переважна більшість жінок не задоволена якістю сексуальних стосунків із чоловіками, що, своєю чергою, є підґрунтям щодо формування сексуальної дезадаптації пари. Негативні установки й уникнення статевого життя призводять до зниження самооцінки та якості життя жінки й благополуччя пари як єдиного цілого.

Врахування жіночих сексуальних дисфункцій в урологічній і гінекологічній практиці на всіх його рівнях дасть змогу своєчасно діагностувати, усунути або запобігти порушенням і сприяти реабілітації сексуальної функції жінок.

# Відомості про авторів

**Нікітін Олег Дмитрович** – Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, м. Київ; тел.: (067) 209-42-22.  
*E-mail: o.nikitin@i.ua*  
 ORCID: 0000-0002-6563-7008

**Распутняк Сергій Сергійович** – Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України, м. Київ; тел.: (050) 334-36-13. *E-mail: Sergrasp@ukr.net*  
 ORCID: 0000-0002-5466-4414

# Information about the authors

**Nikitin Oleh D.** – Bogomolets National Medical University, Kyiv; tel.: (067) 209-42-22. *E-mail: o.nikitin@i.ua*  
 ORCID: 0000-0002-6563-7008

**Rasputnyak Serhii S.** – State Expert Center of the Ministry of Health of Ukraine, Kyiv; tel.: (050) 334-36-13. *E-mail: Sergrasp@ukr.net*  
 ORCID: 0000-0002-5466-4414

# ПОСИЛАННЯ

1. Homma Y, Akiyama Y, Tomoe H. Summary of the 2023 report of the international consultation on interstitial cystitis/bladder pain syndrome. *Low Urin Tract Symptoms*. 2023;15(4):282-92. doi: 10.1016/j.cont.2023.101056.
2. Cox A, Golda N, Nadeau G, Curtis Nickel J, Carr L, Corcos J, et al. CUA guideline: Diagnosis and treatment of interstitial cystitis/bladder pain syndrome. *Can Urol Assoc J*. 2016;10(5-6):136-55. doi: 10.5489/cuaj.3786.
3. Ma R, Chavez JA, Christie AL, Zimmer PE. Electro-fulguration for extensive inflammatory bladder lesions in post-menopausal women with antibiotic-recalcitrant recurrent urinary tract infections. *Int Urogynecol J*. 2023;34(7):1415-22. doi: 10.1007/s00192-022-05360-w.
4. Birder LA. Pathophysiology of interstitial cystitis. *Int J Urol*. 2019;26(1):12-5. doi: 10.1111/iju.13985.
5. Starrs AM, Ezech AC, Barker G, Basu A, Bertrand JT, Blum R, et al. Accelerate progress-sexual and reproductive health and rights for all: Report of the Guttmacher-Lancet Commission. *Lancet*. 2018;391(10140):2642-92. doi: 10.1016/S0140-6736(18)30293-9.
6. Al-Shaiji TF, Alshamma DH, Al-Mansouri MM, Al-Terki AE. Association of endometriosis with interstitial cystitis in chronic pelvic pain syndrome: Short narrative on prevalence, diagnostic limitations, and clinical implications. *Qatar Med J*. 2021;2021(3):50. doi: 10.5339/qmj.2021.50.
7. Rubin RS, Malphrus E. Interstitial cystitis and sexual dysfunction: Diagnostic accuracy is essential. *Curr Sex Health Rep*. 2018;10:104-08. doi: 10.1007/s11930-018-0162-5.
8. Nickel JC, Tripp DA, Pontari M, Moldwin R, Mayer R, Carr LK, et al. Interstitial cystitis/bladder pain syndrome: Matching therapies to patient phenotypes. *Curr Bladder Dysfunct Rep*. 2025;20(1):22-35. doi: 10.1007/s11884-025-00772-y.
9. Agrawal A, Tripathy S, Kumar D. Sexual dysfunction in women with interstitial cystitis/bladder pain syndrome: A case-control study. *Indian J Urol*. 2020;36(3):212-5. doi: 10.4103/iju.145\_20.
10. Topcuoglu M, Karaburun MC, Ibiş A, Gokce M, Süer E, Gülpinar O. Sexual dysfunction in women with interstitial cystitis/bladder pain syndrome: Do onabotulinum toxin – A injections improve sexual function? *NeuroUrol Urodyn*. 2023;42(3):607-14. doi: 10.1002/nau.25139.
11. Romashchenko OV, Melnikov SN, Bilogolovskaya BB, Koval SB, Yashchenko LB. Sexual health as a component of the quality of life of women of elegant age. *Health Woman*. 2012;(9):76-82.
12. Wagenlehner F, Wullt B, Ballarín S, Zingg D, Naber KG. Social and economic burden of recurrent urinary tract infections and quality of life: A patient web-based study (GESPRIT). *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res*. 2018;18(1):107-17. doi: 10.1080/14737167.2017.1359543.
13. Engeler D, Baranowski AP, Berghmans B, Birch J, Borovicka J, Cottrell AM, et al. EAU Guidelines on chronic pelvic pain [Internet]. Arnhem (The Netherlands): EAU; 2022. 76 p. Available from: [https://d56bochlqxqz.cloudfront.net/documents/full-guide-line/EAU-Guidelines-on-Chronic-Pelvic-Pain-2022\\_2022-03-29-084111\\_kpbq.pdf](https://d56bochlqxqz.cloudfront.net/documents/full-guide-line/EAU-Guidelines-on-Chronic-Pelvic-Pain-2022_2022-03-29-084111_kpbq.pdf).
14. Bogart LM, Suttrop MJ, Elliott MN, Clemens JQ, Berry SH. Prevalence and correlates of sexual dysfunction among women with bladder pain syndrome/interstitial cystitis. *Urology*. 2011;77(3):576-80. doi: 10.1016/j.urology.2010.10.016.
15. Kim HD, Choi JB, Yoo SJ, Chang MY, Lee SW, Park JS. Tongue-to-palate resistance training improves tongue strength and oropharyngeal swallowing function in subacute stroke survivors with dysphagia. *J Oral Rehabil*. 2017;44(1):59-64. doi: 10.1111/joor.12461.
16. Nunez-Badinez P, Shah R, Deme-triou L, De Leo B, Meijlink J, Birch J, et al. Dyspareunia is rarely assessed in rodent models of endometriosis and interstitial cystitis/bladder pain syndrome. *Reprod Fertil*. 2025;6(1):e230083. doi: 10.1530/RAF-23-0083.

Стаття надійшла до редакції 04.11.2025. – Дата першого рішення 13.11.2025. – Стаття подана до друку 05.12.2025