

## ЗМІНИ СЕКСУАЛЬНОЇ ФУНКЦІЇ У ЖІНОК З ІНТЕРСТИЦІЙНИМ ЦИСТИТОМ / ХРОНІЧНИМ ТАЗОВИМ БОЛЕМ

*О.С. Федорук, В.І. Зайцев, М.С. Степанченко, І.І. Люк*

*ВДНЗУ «Буковинський державний медичний університет»*

**Вступ.** Відповідно до таксономії Міжнародної асоціації з вивчення болю (International Association for the Study of Pain, IASP), біль визначається як неприємний сенсорний та емоційний чинник, пов'язаний з фактичним або потенційним пошкодженням тканини, або описаний з точки зору такого пошкодження [1].

Інтерстиційний цистит досі є маловивченим захворюванням та однією з найбільш частих причин хронічного тазового болю (ХТБ), тому даний патологічний стан тепер прийнято називати терміном «інтерстиційний цистит / сечоміхурний больовий синдром» (ІЦ/СБС), або «інтерстиційний цистит / синдром хронічного тазового болю» (ІЦ/ХТБ), який охоплює значно ширший контингент хворих і не ґрунтується на одній лише цистоскопічній діагностиці. ІЦ/СБС визначають як «неприємне відчуття (біль, тиск, дискомфорт), що сприймається як пов'язане із сечовим міхуром та асоціюється із симптомами нижніх сечових шляхів протягом понад 6 тижнів, за умови відсутності інфекції чи інших визначених причин» [2]. Незважаючи на те, що вищезгадана патологія відома протягом понад століття, її патогенез залишається неясним. Діагностика ІЦ/СБС ґрунтується на виключенні інших захворювань. Показники захворюваності ІЦ/СБС варіюють між 0,06 та 30% [2–4]. Дана патологія переважно характерна для жіночої статі, превалюючи зі співвідношенням 10:1 [4], середній вік пацієнток складає близько 45 років [5]. Зв'язку захворюваності із расою чи етнічною приналежністю досі не було виявлено [6]. Співвідношення класичної та безвиразкової форм захворювання достовірно невідоме, але наявні наукові дані констатують від 5 до 50% [7]. З'являється все більше доказів про захворюваність дітей до 18 років, однак показники поширеності у даного контингенту є низькими. Тим не менше, не варто виключати дану патологію на підставі лише віку [8].

Загальновідомо, що хронічний тазовий біль призводить до суттєвого порушення якості життя та сексуальної дисфункції [9]. Вважається, що

зумовлені болем наслідки, як депресивний настрій, надмірна стомлюваність та супутній прийом анальгетиків, можуть негативно впливати на жіночу сексуальність [10]. В одному дослідженні приблизно дві третини пацієнтів повідомили про зниження частоти їх статевих стосунків внаслідок ХТБ [11]. В іншому дослідженні серед пацієнтів з болями у спині – половина повідомила про зниження частоти сексу з моменту появи хронічного болю [12].

Оскільки якість інтимних стосунків тісно пов'язана із сексуальною функцією, незадоволеність статевим життям іноді стає домінуючою скаргою у таких пацієнток. Однак нез'ясованим залишається ступінь спорідненості сексуальної дисфункції із больовою та дизуричною симптоматикою у пацієнток з ІЦ/ХТБ, а наявні нечисленні літературні дані досить суперечливі.

**Мета роботи:** оцінити зміни сексуальної функції у жінок із інтерстиційним циститом / хронічним тазовим болем залежно від больової та дизуричної симптоматики.

**Матеріали і методи досліджень.** У роботі обстежено 44 амбулаторні пацієнтки з діагнозом ІЦ/ХТБ (середній вік  $45,02 \pm 9,64$  року). До групи порівняння увійшли 28 практично здорових жінок (середній вік  $41,00 \pm 6,22$  року). Усього в дослідженні прийняло участь 72 особи жіночої статі (середній вік  $43,46 \pm 8,65$  року).

Враховуючи, що ІЦ/ХТБ вважається діагнозом виключення, відповідних хворих кваліфікували за результатами урологічного обстеження згідно з актуальними міжнародними критеріями, що включало наявність синтопічної до сечового міхура больової симптоматики та/або розладів сечовипускання при відсутності лабораторних та бактеріологічних змін у сечі. Для включення в дослідження керувались наступними критеріями: біль над лоном, залежний чи незалежний від характеру сечовипускання, тривалість симптомів не менше 6 місяців, вік більше 20 і менше 70 років, інтенсивність болю за візуальною аналоговою шкалою (ВАШ) 4 бали і

більше, відсутність вагітності та прийому оральних контрацептивів та підписання інформованої згоди на участь у дослідженні. Підставами для виключення з дослідження були: наявність важкої соматичної патології, активний інфекційний процес або наявність іншої патології нижніх сечових шляхів протягом останніх 6 місяців, лікування з приводу даної патології протягом останніх 3 місяців, необхідність стаціонарного чи хірургічного лікування та позитивне бактеріологічне дослідження сечі.

Цистоскопію проведено у 28 пацієнтів – жодного випадку виразкової форми ІЦ/СБС не було виявлено. Діагностичним критерієм був позитивний калієвий тест (Potassium Chloride Sensivity Test, PST, або тест Парсона [13]) – раптове загострення основної симптоматики після інстиляції 40 мл розчину калію хлориду в сечовий міхур (загалом 16 мЕкв КСІ). Окрім того, для оцінки соматичних проявів ІЦ/ХТБ були використані опитувальники O'Leary-Sant та Pelvic Pain and Urgency / Frequency Patient Symptom Scale (PUF).

Опитувальник O'Leary-Sant оцінює ступінь тяжкості симптомів та наскільки симптоми ІЦ/ХТБ є проблемою для пацієнтки. Має дві частини – домен симптомів інтерстиціального циститу (interstitial cystitis symptom index – ICSI) та домен проблем, викликаних інтерстиційним циститом (interstitial cystitis problem index – ICPI). Загальна кількість балів може бути від 0 до 20 для домену симптомів та від 0 до 16 для домену проблем. Для кожного домену загальна сума балів більше 6 свідчила про наявність інтерстиційного циститу [14].

Шкала PUF складається з 8 запитань, сім з яких оцінюють симптоматику (чотири запитання про характер сечовипускання, три запитання – 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, вираховується вираженість симптомів, ступінь обтяження останніми та сумарний показник, який у всіх пацієнток був вищим 13 балів [15].

Оцінка больового синдрому проводилася за допомогою візуальної аналогової шкали (ВАШ). При використанні ВАШ пацієнту пропонувалося відобразити суб'єктивне відчуття болю. Шкала проградуєвана від 0 до 10, де 0 – відсутність болю, 10 – максимально сильний біль, який колинебудь доводилося відчувати пацієнту [16].

Характер і ступінь прояву статевих порушень вивчали за допомогою перекладеного з

англійської опитувальника FSFI (Female sexual function index – жіночий індекс сексуальної функції). Останній включає 19 запитань, що оцінюють складові статевих розладів від 0 до 5 балів, де нижчий бал означає гіршу оцінку. Запитання розділені на шість доменів: бажання, збудження, зволоження, оргазм, задоволеність та больові відчуття. Сумарний бал кожного домену множили на відповідний коефіцієнт, результат не перевищував 6 балів. Загальний показник вираховувався на підставі суми доменів, становлячи від 2 до 36 балів [17].

Статистична обробка матеріалу проводилася за допомогою комп'ютерної програми Microsoft Office Excel 2010. Кількісні змінні описувалися середнім значенням та стандартним відхиленням. Якісні змінні описувалися частотою та відсотком представленості. Достовірність групових відмінностей для сукупностей, які підпорядковуються нормальному розподілу, оцінювали за допомогою критерію Стьюдента (Т).

**Результати та їх обговорення.** Обстежено 72 жінки віком  $43,46 \pm 8,65$  року, серед яких 44 пацієнтки з ІЦ/ХТБ, наймолодшій з яких 27 років, найстаршій – 63, середній вік  $45,02 \pm 9,64$  року. Контрольну групу сформовано із 28 практично здорових жінок у віковому інтервалі між 31 та 56 роками та середнім віком  $41,00 \pm 6,22$  року. В основній групі 16 (36,4%) пацієнток були молодшими 40 років, більшість – 24 (54,5%) – у віковому діапазоні між 40 та 60 роками, і лише 4 (9,1%) були старшими шістдесяти. У контрольній групі респондентки розподілилися порівну – по 14 осіб (50,0%) між категоріями до 40 та 40–60 років.

Тривалість симптомів у дослідній групі склала від 6 до 42 місяців, у середньому  $23,52 \pm 7,29$  міс., середній вік появи симптомів –  $43,06 \pm 9,60$  року. Лише троє пацієнток з ІЦ/ХТБ (6,8%) констатували наявність симптоматики протягом року і менше, коли більшість хворих – 25 (56,8%) – від року до двох, а близько третини обстежених – 16 (36,4%) – страждали від проявів недуги понад два роки. При цьому інтенсивність больового синдрому складала від 4 до 8 балів за ВАШ, середній показник –  $5,55 \pm 1,28$  бала, більшість пацієнток 35 (79%) характеризували біль як помірний (4–6 балів), а 9 з них (20,5%) – як сильний (7–10 балів). У групі порівняння скарги на будь-який біль були практично відсутніми, достовірно зумовлюючи значну групову відмінність відповідного показника.

З огляду на вищесказане, а також через факт відсутності у жодної представниці контрольної групи, яким пропонувалося заповнити

опитувальник O'Leary–Sant, в будь-якому з двох доменів сумарного результату у понад шість балів – отримані результати вирішено не брати до уваги в аналізі статистичних даних, тому останні не згадуються в характеристиці груп учасників дослідження, яку приведено в табл. 1. У випадку опитувальника PUF, у контрольній групі також отримано значно відмінні від пацієнок з ІЦ/ХТБ дані, числові значення яких здебільшого прямували до нуля, а сума у всіх випадках не перевищувала 13 балів, тому даний опитувальник у групі порівняння також не брали до уваги.

Аналізуючи суб'єктивізовані дані, отримані в процесі анкетування пацієнок з ІЦ/ХТБ, прогнозовано виявлено взаємний зв'язок між інтенсивністю хронічного больового синдрому за ВАШ та показниками домену симптоматики опитувальника PUF ( $r=0,58$ ). Сумарний показник за шкалою O'Leary–Sant варіював від 16 до 34 балів, симптомний показник від 7 до 19, індекс проблемності – 8–16 балів. За шкалою PUF підсумковий результат коливався між 13 і 31 балом.

Щодо сексуальної функції, то всі без винятку складові характеристики у пацієнок з ІЦ/ХТБ достовірно відрізнялися від контролю

(табл. 2). Варто зауважити, що близько половини пацієнок мали досвід використання комбінованої гормональної контрацепції, майже третина досліджуваних приймали такі препарати незадовго до початку дослідження, однак останнім було рекомендовано припинити курс на час дослідження після бесіди з гінекологом.

В результаті дослідження виявлено позитивний кореляційний зв'язок між числовими значеннями самооцінки пацієнтами симптоматики при заповненні опитувальників O'Leary–Sant, PUF, інтенсивності больового синдрому за ВАШ та ступенем сексуальної дисфункції за шкалою FSFI ( $r=0,49$ ;  $r=0,43$ ; та  $r=0,38$  відповідно).

Середній вік незначно, проте достовірно ( $p < 0,05$ ) відрізнявся між групами, будучи дещо нижчим у контролі. Однак вищезгаданий показник не демонстрував сильного статистичного взаємозв'язку з інтенсивністю сечової чи сексуальної симптоматики в дослідній групі, тож гіпотезу про можливий вплив групових відмінностей вікової складової на гетерогенізацію аналізованих контингентів було відкинуто.

Чітко прослідковувався негативний вплив симптоматики на якість життя пацієнок, вияв-

Таблиця 1  
Характеристика обстежених пацієнок та практично здорових жінок

Показник M ( $\pm$ SD)	ІЦ/ХТБ n=44	Контроль n=28
Вік, років	45,02 (9,64)	41,00 (6,22) *
Тривалість симптоматики, міс.	23,52 (7,29)	н/д
Вік початку симптомів, років	43,06 (9,60)	н/д
Шкала ВАШ, балів	5,55 (1,28)	0,14 (0,36) **
Шкала O'Leary-Sant, балів	24,73 (4,23)	н/д
– індекс симптомів	13,16 (3,01)	н/д
– індекс проблематичності	11,57 (2,37)	н/д
Шкала PUF, балів	22,25 (4,63)	н/д
– симптоматика	13,93 (4,09)	н/д
– клопіт	8,32 (1,99)	н/д
Шкала FSFI, балів	13,60 (2,89)	26,37 (3,16) **

Примітка: н/д – немає даних; \* –  $p < 0,01$ ; \*\* –  $p < 0,001$ .

Таблиця 2  
Сексуальна функція обстежених пацієнок та практично здорових жінок

FSFI, балів M ( $\pm$ SD)	ІЦ/ХТБ n=44	Контроль n=28	Достовірність	Референтний інтервал
Бажання	2,44 (1,05)	3,86 (1,00)	$p < 0,001$	1,2–6,0
Збудження	1,92 (1,22)	4,37 (0,99)	$p < 0,001$	0–6,0
Зволоження	2,26 (1,34)	4,59 (1,03)	$p < 0,001$	0–6,0
Оргазм	2,35 (1,25)	4,24 (1,20)	$p < 0,001$	0–6,0
Задоволеність	2,45 (0,99)	4,71 (1,23)	$p < 0,001$	0,8–6,0
Біль	2,18 (1,24)	4,60 (0,71)	$p < 0,001$	0–6,0
Всього	13,60 (2,89)	26,37 (3,16)	$p < 0,001$	2–36

лено більшу схильність до хворобливості, що підтверджувалося також і переважанням отриманих кількісних даних у жінок за шкалою симптоматики та пов'язаної проблемності інтерстиційного циститу.

Слід зазначити, що із 44 жінок основної групи, 40 (90,9%) – відзначали присутність тих чи інших симптомів, що вказували на сексуальну дисфункцію. Частота явищ диспареунії була значно вищою у жінок з ІЦ/ХТБ по відношенню до контролю, становлячи 88,6% (39 осіб) проти 7,1% (2 жінки). Саме з вульводинією 19 жінок (43,2%) пов'язували відмови від статевого життя протягом останніх чотирьох тижнів, а 10 пацієнток з ІЦ/ХТБ (22,7%) скаржились на відсутність інтимних стосунків протягом останніх дванадцяти місяців.

Практично повну відсутність сексуального бажання відзначали 38,6% жінок основної групи, 54,5% характеризували лібідо як незадовільне, натомість у групі порівняння 42,9% опитаних декларували хороший статевий потяг, а 57,1% – знижений.

Вкрай низьку або відсутню сексуальну збудливість описували 47,7% пацієнток з ІЦ/ХТБ, 4,5% скаржились на повну відсутність статевого життя, а 43,2% – на колосально знижену здатність до збудження, в той час як у групі порівняння спостерігалася дещо інша картина: 67,9% опитаних оцінювали даний атрибут сексуальної функції найвищими оцінками.

Рівень зволоження піхви незадовільним вважали 36,4%, вкрай поганим – 4,5% представниць досліджуваної групи ІЦ/СБС, коли в контрольній групі 82,1% жінок оцінили його як добрий.

Стосовно схильності чи здатності отримувати оргазм, то 38,6% жінок основної групи скаржились на його зниження, а 52,3% – на повну чи практично повну відсутність оргазмів. При цьому аналогічний показник у контрольній групі засвідчив протилежне: 57,1% жінок не відчували жодних труднощів у досягненні оргазму.

Виходячи з вищенаведеного, передумови для абсолютної незадоволеності статевим життям у 40,9% представниць дослідної когорти виглядали цілком зрозумілими та обґрунтованими. При цьому інші 54,5% жінок основної групи – відчували постійне невдоволення і фрустрацію через неякісне інтимне життя. Лише 4,5% пацієнток з ІЦ/ХТБ вважали себе задоволеними, що було вірогідно менше у порівнянні із 75,0% повністю задоволених жінок контрольної

групи. У всіх пацієнток із ІЦ/ХТБ із сексуальним досвідом асоціювалися больові чи неприємні відчуття. У 45,5% хворих біль супроводжував спроби статевого акту дуже часто або майже завжди, при чому 9,1% характеризували біль як нестерпний; у решти 54,5% жінок – біль при коїтусі виникав спорадично і був непостійним. Подібні дані помітно відрізнялися у групі порівняння, де 67,9% осіб жіночої статі зовсім заперечували наявність больових відчуттів під час занять коханням (проти 0% у групі ІЦ/ХТБ), і лише у 32,1% зрідка чи інколи з'являлась незначна болючість.

Виходячи із проаналізованих компонентів жіночої сексуальної функції, сукупна характеристика статевих розладів свідчила про глибокі статеві порушення в пацієнток із ІЦ/ХТБ, жодна з яких не вважала власну сексуальну функцію «достатньою» чи «нормальною». Таким чином, у 68,2% жінок із ІЦ/ХТБ мала місце сексуальна дисфункція від середнього до важкого ступеня, а у 31,8% – серйозні розлади, які передбачали критичне зниження або ж повну відмову від сексуальної активності. Так, лише у 21,4% представниць контрольної групи спостерігалися незначні або ж помірні розлади в інтимній сфері, тоді коли переважна більшість когорти – 78,6% жінок характеризувалися практично нормальною, або ж абсолютно задовільною статевою функцією.

### Висновки

1. У жінок із інтерстиційним циститом / хронічним тазовим боєм виявлено глибокі статеві розлади за жіночим індексом сексуальної функції, де кожна із тематичних складових сексуальної характеристики значно відрізнялась від такої у практично здорових осіб. Найбільші групові відмінності виявлено в доменах збудливості, болю та загальної задоволеності статевим життям.

2. Знайдено негативний взаємозв'язок між зростанням інтенсивності больової / дизуричної симптоматики та зниженням сексуальної функції у жінок з інтерстиційним циститом / хронічним тазовим боєм, чіткої вікової залежності не встановлено.

3. З метою диференціації статевих розладів, урологам та гінекологам у клінічній практиці доцільно користуватися опитувальниками FSFI, PUF та O'Leary–Sant ICSI/ICPI, що дозволить оцінити провідний механізм порушень та вибрати оптимальний патогенетичний лікувальний підхід.

## Список літератури

1. Merskey H. *Classification of Chronic Pain* / H. Merskey, N. Bogduk. — Seattle: IASP Press, 1994. — 222 p.
2. Berry SH. *Development, validation, and testing of an epidemiological case definition of interstitial cystitis/painful bladder syndrome* / SH Berry, LM Bogart, C Pham [et al.] // *J Urol*. — 2010. — Vol. 183. — P. 1848–1852.
3. Parsons C. L. *Prevalence of interstitial cystitis in young women* / C. L. Parsons, V. Tatsis // *Urology*. — 2004. — Vol. 64. — P. 866–870.
4. Temml C. *Prevalence and correlates for interstitial cystitis symptoms in women participating in a health screening project* / C. Temml, C. Wehrberger, C. Riedl, A. Ponholzer, M. Marszalek, S. Madersbacher // *Eur Urol*. — 2007. — Vol. 51. — P. 803–808.
5. Онопко В.Ф. *Интерстициальный цистит или синдром болезненного мочевого пузыря: современный взгляд на проблему* / В.Ф. Онопко, Е.А. Кириленко, Е.О. Баранова, В.С. Голубева // *Бюллетень Восточно-Сибирского научного центра Сибирского отделения Российской академии медицинских наук*. — 2016. — № 1 (107). — С. 65–69.
6. Barry M.J. *Overlap of different urological symptom complexes in a racially and ethnically diverse, community-based population of men and women* / M.J. Barry, C.L. Link, M.F. McNaughton-Collins, J.B. McKinlay // *BJU Int*. — 2008. — Vol. 101. — P. 45–51.
7. Peeker R. *Toward a precise definition of interstitial cystitis: further evidence of differences in classic and non-ulcer disease* / R. Peeker, M. Fall // *J Urol*. — 2002. — Vol. 167. — P. 2470–2472.
8. Mattox T. F. *Interstitial cystitis in adolescents and children: a review* / T. F. Mattox // *J Pediatr Adolesc Gynecol*. — 2004. — Vol. 17. — P. 7–11.
9. Grace V. *Chronic pelvic pain in women in New Zealand: comparative well-being, comorbidity, and impact on work and other activities* / V. Grace, K. Zondervan // *Health Care Women Int*. — 2006. — Vol. 27. — P. 585–599.
10. Kuile M. M. *Sexual functioning in women with chronic pelvic pain: the role of anxiety and depression* / M. M. Kuile, P. T. Weijnenborg, P. Spinhoven // *J Sex Med*. — 2010. — Vol. 7. — P. 1901–1910.
11. Paice J. *Sexuality and chronic pain* / J. Paice // *Am J Nurs*. — 2003. — Vol. 103. — P. 87–89.
12. Ambler N. *Sexual difficulties of chronic pain patients* / N. Ambler, A. C. Williams, P. Hill, R. Gunary, G. Cratchley // *Clin J Pain*. — 2001. — Vol. 17. — P. 138–145.
13. Parsons C.L. *The role of urinary potassium in the pathogenesis and diagnosis of interstitial cystitis* / C.L. Parsons, M. Greenberger, L. Gabal [et al.] // *J Urol*. — 1998. — Vol. 159. — P. 1862–1866.
14. Lubeck D. P. *Psychometric validation of the O'leary-Sant interstitial cystitis symptom index in a clinical trial of pentosan polysulfate sodium* / D. P. Lubeck, K. Whitmore, G. R. Sant, S. Alvarez-Horine, C. Lai // *Urology*. — 2001. — Vol. 57. — p. 62–66.
15. Parsons C.L. *Increased prevalence of interstitial cystitis: previously unrecognized urologic and gynecologic cases identified using a new symptom questionnaire and intravesical potassium sensitivity* / C.L. Parsons, J. Dell, E.J. Stanford [et al.] // *Urology*. — 2002. — Vol. 60. — P. 573–578.
16. Gerlinger C. *Defining a minimal clinically important difference for endometriosis-associated pelvic pain measured on a visual analog scale: analyses of two placebo-controlled, randomized trials* / C. Gerlinger, U. Schumacher, T. Faustmann, A. Colligs, H. Schmitz, C. Seitz // *Health Qual Life Outcomes*. — 2010. — Vol. 8. — P. 138.
17. Rosen R. *The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function* / R. Rosen, C. Brown, J. Heiman [et al.] // *J Sex Marital Ther*. — 2000. — Vol. 26(2) . — P. 191–208.

## Реферат

### ИЗМЕНЕНИЯ СЕКСУАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ У ЖЕНЩИН С ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫМ ЦИСТИТОМ / ХРОНИЧЕСКОЙ ТАЗОВОЙ БОЛЬЮ

А.С. Федорук, В.И. Зайцев,  
М.С. Степанченко, И.И. Илюк

В исследовании проанализирована сексуальная функция 44 амбулаторных пациенток с интерстициальным циститом / хронической тазовой болью (ИЦ/ХТБ) в зависимости от болевой и уродинамической симптоматики. В группу сравнения вошли 28 практически здоровых женщин. Характер и степень проявления половых нарушений изучали с помощью переведенного с английского опросника FSFI (Female sexual function index – женского индекса сексуальной функции). Оценка болевого синдрома проводилась с помощью визуальной аналоговой шкалы (ВАШ), соматических проявлений – опросниками O’Leary Sant и Pelvic Pain and Urgency / Frequency Patient Symptom Scale (PUF).

В результате исследования выявлена положительная корреляционная связь между числовыми значениями самооценки пациентами симптоматики при заполнении опросников O’Leary-Sant, PUF, интенсивности болевого синдрома по ВАШ и степени полового расстройства по шкале FSFI ( $r=0,49$ ;  $r=0,43$ ;  $r=0,38$  соответственно). Таким образом, в 68,2% женщин с ИЦ/ХТБ установлена сексуальная дисфункция от средней до тяжелой степени, а в 31,8% – серьезные расстройства, что влекут критическое снижение или полный отказ от сексуальной активности. Так, только в 21,4% представительниц контрольной группы наблюдались незначительные или умеренные расстройства в интимной сфере, тогда как подавляющее большинство когорты – 78,6% женщин характеризовались практически нормальной или же абсолютно удовлетворительной половой функцией.

**Ключевые слова:** интерстициальный цистит, хроническая тазовая боль, сексуальная дисфункция.

## Адреса для листування

О.С. Федорук  
E-mail: stepanchenko.mark@gmail.com

## Summary

### CHANGING SEXUAL FUNCTION IN WOMEN WITH INTERSTITIAL CYSTITIS / CHRONIC PELVIC PAIN

O.S. Fedoruk, V.I. Zaitsev,  
M.S. Stepanchenko, I.I. Iliuk

In this study, sexual function of 44 females with interstitial cystitis / chronic pelvic pain (IC/ CPP) was analyzed. Pain and urodynamic symptoms were compared. Control group included 28 practically healthy women. The Female Sexual Function Index (FSFI) has been used for assessing the key dimensions of sexual function in women. Pain intensity was evaluated by the visual analog scale (VAS), somatic manifestations assessed by the O’Leary-Sant and Pelvic Pain and Urgency / Frequency Patient Symptom Scale (PUF) questionnaires.

As a result of the study, a positive correlation between the patient symptom worsening and the degree of sexual disorder was revealed (symptoms questioned by the O’Leary-Sant, PUF and VAS versus the FSFI scale:  $r=0.49$ ,  $r=0.43$ ;  $r=0.38$ , respectively). Thus, in 68.2% women with IC/ CPP, sexual dysfunction was found to be moderate to severe, and 31.8% were severe disorders leading to a critical decline or abandonment of sexual activity. Only 21.4% of the control group women experienced minor or moderate disorders in the intimate area, while the vast majority of the cohort (78.6%) had virtually normal or completely satisfactory sexual function.

**Keywords:** interstitial cystitis, chronic pelvic pain, sexual dysfunction.