

Сексуальная дисфункция у женщин с ревматическими заболеваниями

Теплякова О.В., Морозова А.А., Попов А.А.

ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, Екатеринбург
Россия, 620028, Екатеринбург, ул. Репина, 3

Цель исследования — оценить состояние сексуальной функции у пациенток с ревматоидным артритом (РА) и фибромиалгией (ФМ) и выявить ведущие факторы, приводящие к развитию сексуальной дисфункции (СД).

Пациенты и методы. В исследование включено 60 пациенток с ФМ (средний возраст $44,2 \pm 10,1$ года) — 1-я группа; 69 пациенток с РА ($45,0 \pm 9,6$ года) — 2-я группа; 100 здоровых женщин ($45,1 \pm 11,8$ года) — 3-я (контрольная) группа. У всех пациенток оценивали данные анамнеза, выраженность боли в покое и при движениях по визуальной аналоговой шкале (ВАШ), тревоги и депрессии по Госпитальной шкале тревоги и депрессии (HADS), а также сексуальную функцию с помощью опросника «Индекс сексуальной функции женщины» (FSFI).

Результаты и обсуждение. Общий балл сексуальной функции в 1-й группе ($12,7 \pm 9,0$) оказался почти в 2 раза меньше, чем в группе контроля ($23,55 \pm 8,24$; $p < 0,001$) и 2-й группе ($20,9 \pm 11$; $p < 0,001$). У пациенток с РА, за исключением шкалы «Влечение», средний балл по каждой из шкал был >3 , как и в группе контроля. У пациенток с ФМ показатели всех шкал не превышали 3 баллов, что соответствует выраженной степени СД. При этом наименьший балл отмечен по шкале «Оргазм» ($1,8 \pm 0,9$), а наибольший — по шкале «Отсутствие сексуальной боли» ($2,6 \pm 1,8$). При ФМ на степень СД оказывали влияние аффективные нарушения в виде тревоги и депрессии, при РА — активность заболевания и выраженность боли по ВАШ. Статус разведенной женщины ассоциировался с развитием СД независимо от нозологической принадлежности.

Заключение. РА и ФМ оказывают негативное действие на сексуальную функцию женщин, однако при РА больший вклад вносит активность заболевания, а при ФМ — аффективные расстройства.

Ключевые слова: сексуальная дисфункция; фибромиалгия; ревматоидный артрит; индекс сексуальной функции; тревога; депрессия.

Контакты: Ольга Вячеславовна Теплякова; oteplyakova69@gmail.com

Для ссылки: Теплякова ОВ, Морозова АА, Попов АА. Сексуальная дисфункция у женщин с ревматическими заболеваниями. Современная ревматология. 2021;15(3):43–49. DOI: 10.14412/1996-7012-2021-3-43-49

Sexual dysfunction in women with rheumatic diseases

Teplyakova O.V., Morozova A.A., Popov A.A.

*Ural State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation, Ekaterinburg
3, Repina str., Ekaterinburg 620028, Russia*

Objective: to assess sexual function in female patients with rheumatoid arthritis (RA) and fibromyalgia (FM) and to identify the main risk factors of sexual dysfunction (SD).

Patients and methods. 60 patients with FM (mean age 44.2 ± 10.1 years) — Group 1; 69 patients with RA (mean age 45.0 ± 9.6 years) — Group 2; and 100 healthy women controls (mean age 45.1 ± 11.8 years) — Group 3 were enrolled in the study. Medical history, severity of pain at rest and during movement by visual analog scale (VAS), and anxiety and depression symptoms by hospital anxiety and depression scale (HADS) were assessed. Sexual function was evaluated by «Female Sexual Function index (FSFI)».

Results and discussion. The overall sexual function score in Group 1 (12.7 ± 9.0) was almost twice lower than in the control group (23.55 ± 8.24 , $p < 0.001$) and in Group 2 (20.9 ± 11 , $p < 0.001$). There was no difference between RA patients group and control group, where the average score for each of the scales was above 3 (with the exception of the «desire» scale). In FM patients all scales were below 3 points, which indicated significant SD, score on the «orgasm» scale was the lowest (1.8 ± 0.9), and score on «absence of sexual pain» scale was the highest (2.6 ± 1.8). SD in patients with FM was significantly driven by affective disorders presenting with anxiety and depression. Inflammatory activity and severity of pain by VAS were strongly associated with SD in RA group. The divorced person status was associated with the development of SD, regardless of nosological diagnosis.

Conclusion. RA and FM have a negative impact on women's sexual function. The inflammatory disease activity is the main driver of SD in RA patients while affective disorders promote SD in FM patients.

Keyword: sexual dysfunction; fibromyalgia; rheumatoid arthritis; sexual function index; anxiety; depression.

Contact: Olga Vyacheslavovna Teplyakova; oteplyakova69@gmail.com

For reference: Teplyakova OV, Morozova AA, Popov AA. Sexual dysfunction in women with rheumatic diseases. *Sovremennaya Revmatologiya*=Modern Rheumatology Journal. 2021;15(3):43–49. DOI: 10.14412/1996-7012-2021-3-43-49

Согласно определению ВОЗ, здоровье – это полное физическое, социальное и психологическое благополучие человека, а не просто отсутствие заболевания. Здоровье является одним из ключевых параметров понятия «качество жизни», которое отражает удовлетворенность условиями и образом жизни. Сохранение и/или поддержание высокого качества жизни рассматривается среди основных целей лечения ревматических заболеваний (РЗ) [1].

Сексуальная функция тесно связана с физическими, социальными, культурными и психологическими аспектами. У больных с РЗ боль, скованность, уменьшение объема движений в суставах, сухость слизистых оболочек, усталость, плохой сон, психологическое неприятие внешних изменений тела, низкая самооценка, тревога и депрессия, а также побочные эффекты лекарственных препаратов могут приводить к развитию сексуальной дисфункции (СД). Немногочисленные данные литературы свидетельствуют о высокой распространенности СД у пациентов с РЗ, частота которой существенно различается как в разных странах, так и при разных заболеваниях. Например, в Бразилии СД встречается в среднем у 18,4% больных с РЗ, причем наиболее часто при фибромиалгии (ФМ) и системном склерозе (до 33%). Практически четверть (24,2%) пациентов указала на отсутствие сексуальной активности в течение последних 4 нед [2]. В Австрии частота СД у больных ревматоидным артритом (РА) достигает 57% [3], а в Египте – 62% [4].

Важно отметить, что при РА связь между активностью заболевания и выраженностью СД не обнаружена [5], но прослежена ее большая зависимость от степени инвалидизации и наличия депрессивных нарушений [6].

Отсутствие единого подхода к оценке СД обуславливает сложность обобщения имеющихся данных. Авторы первого систематического обзора, посвященного СД у больных с воспалительными артритами, подчеркнули неоднородность исследуемых групп, низкое методологическое качество работ, а также многообразие способов оценки. Как оказалось, только в 89,1% случаев использовались количественные критерии, из них лишь в 36,4% – унифицированный к настоящему времени «Индекс сексуальной функции женщины» (Female Sexual Function Index, FSFI) [7].

Следует признать, что в реальной клинической практике пациенты с РЗ крайне редко обсуждают проблемы СД с медицинскими работниками [8]. В отечественной литературе данных о СД у больных РЗ мы не встретили.

Цель исследования – оценка сексуальной функции у пациенток с РА и ФМ и выявление факторов, приводящих к развитию СД.

Пациенты и методы. В одномоментное исследование было включено 229 женщин, в том числе 60 (26,2%) пациенток с ФМ, соответствовавших критериям ACR (American College of Rheumatology) 2016 г. (1-я группа), 69 (30,1%) – с РА, удовлетворявших критериям EULAR (European League Against Rheumatism)/ACR 2010 г. (2-я группа), и 100 (43,7%) здоровых женщин (3-я группа, контроль). Средний возраст пациенток 1-й группы составил 44,2±10,1 года (от 21 года до 60 лет), 2-й группы – 45,0±9,6 года (от 22 до 60 лет), группы контроля – 45,1±11,8 года (от 19 до 60 лет).

Перед включением в исследование все участницы подписали информированное согласие.

В исследование не включались лица моложе 18 и старше 60 лет, с пациентки с наличием языковых проблем, препятствующих пониманию смысла анкеты, а также с тяжелой сопутствующей соматической и гинекологической патологией, которая могла бы оказать влияние на формирование СД. У пациенток с ФМ были исключены РЗ. Не зафиксировано ни одного случая отказа от анкетирования.

Вопросы анкеты касались анамнеза заболевания, жизни, в частности семейного статуса. Проводилась оценка выраженности боли по визуальной аналоговой шкале (ВАШ), в том числе боли в покое и при движениях. Все участницы исследования заполняли Госпитальную анкету тревоги и депрессии (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS) [9]. Для оценки сексуальной функции был использован опросник FSFI, состоящий из 19 вопросов, оценивающих сексуальную функцию (сексуальное желание, сексуальное возбуждение).

Таблица 1. Общая характеристика обследованных трех групп
Table 1. General characteristics of examined patients in three groups

Показатель	1-я группа (n=60)	2-я группа (n=69)	3-я группа (контроль, n=100)	p ₁₋₂	p ₁₋₃	p ₂₋₃
Доля пациенток, вступивших в менопаузу, n (%)	24 (40)	29 (42)	40 (40)	Нз	Нз	Нз
Семейный статус, n (%):						
замужем	40 (66,7)	48 (69,6)	65 (65)	Нз	Нз	Нз
разведены	13 (21,7)	12 (17,4)	23 (23)	Нз	Нз	Нз
овдовели	3 (5)	2 (2,9)	0 (0)	Нз	Нз	Нз
никогда не были замужем	4 (6,7)	6 (8,8)	12 (12)	Нз	Нз	Нз
Регулярные занятия спортом, n (%)	7 (11,6)	22 (31,9)	36 (36,0)	0,006	<0,001	Нз
ИМТ, кг/м ²	24,6±5,2	23,3±4,4	32,0±9,7	Нз	Нз	Нз
Уровень тревоги по HADS	10,4±4,6	6,5±4,1	6,4±3,5	<0,001	<0,001	Нз
Уровень депрессии по HADS	7,6±3,4	5,4±4,2	4,2±2,8	0,001	<0,001	0,036
Боль в покое по ВАШ, мм	33,1±25,5	20,5±22,9	–	0,006	–	–
Боль при движениях по ВАШ, мм	50,6±23,2	39,5±30,0	–	0,025	–	–

Примечание. Нз – незначимые различия между группами (здесь и в табл. 2–5, 7); ИМТ – индекс массы тела.

Таблица 2. Сравнительный анализ степени СД по опроснику FSFI у обследованных трех групп
Table 2. Comparative analysis of the degree of SD according to the FSFI questionnaire in the three groups

Шкала СД	1-я группа (n=60)	2-я группа (n=69)	3-я группа (контроль, n=100)	p ¹⁻²	p ¹⁻³	p ²⁻³
Влечение	1,9±1,2	2,6±1,3	3,2±1,5	0,0032	<0,001	<0,01
Возбуждение	1,9±1,9	3,3±1,9	3,7±1,5	<0,001	<0,001	Нз
Любрикация	2,3±1,8	3,8±2,3	4,4±1,7	<0,001	<0,001	Нз
Оргазм	1,8±0,9	3,6±2,2	4,1±1,7	<0,001	<0,001	Нз
Удовлетворение	2,3±1,4	3,7±1,9	4,0±1,6	<0,001	<0,001	Нз
Отсутствие боли	2,6±1,8	3,9±2,3	4,3±1,9	<0,001	<0,001	Нз
Суммарный показатель	12,7±9,0	20,9±11	23,6±8,2	<0,001	<0,001	Нз

ждение, увлажнение, оргазм, сексуальное удовлетворение и сексуальную боль) за последние 4 нед [10]. Диапазон баллов по шкале сексуального желания составляет от 1,2 до 6, по остальным шкалам – от 0 до 6. Сумма всех баллов может варьироваться от 1,2 до 36, при этом более высокие баллы означают лучшую сексуальную активность. За точку отсечения, характеризующую наличие СД, принимаем значение <28 баллов. FSFI показал приемлемую надежность (коэффициент надежности при повторном тестировании – $r=0,75-0,86$) и отличную внутреннюю согласованность для общего балла и подшкал (коэффициент альфа Кронбаха $0,89-0,95$) [10].

Результаты. При сравнении основных данных анамнеза оказалось, что по семейному статусу и доле женщин, вступивших в менопаузу, группы были сопоставимы (табл. 1). Регулярно занимались спортом только 11,6% пациенток 1-й группы, что существенно меньше, чем в двух других группах. Уровень тревоги и депрессии в 1-й группе был в 1,5 раза выше, чем во 2-й группе и в контроле. Боль в покое и при движениях у женщин 1-й группы составила $33,1\pm 25,5$ и $50,6\pm 23,2$ мм (диапазон умеренной боли), а 2-й группы – $20,5\pm 22,9$ и $39,5\pm 30$ мм (диапазон легкой и умеренной боли) соответственно.

По данным анкетирования, в течение последних 4 нед не имели сексуальных связей 32 (53,3%) женщины в 1-й группе и 16 (23,2%) во 2-й ($p<0,001$). В группе контроля таких женщин было 9 (9,0%); различия по сравнению с пациентками 1-й и 2-й групп статистически значимы ($p<0,001$ и $p=0,024$ соответственно).

Сравнение результатов, полученных при использовании опросника FSFI, показало, что общий балл сексуальной функции в 1-й группе ($12,7\pm 9,0$) был почти в 2 раза меньше, чем в контроле ($23,6\pm 8,2$; $p<0,001$) и во 2-й группе ($20,9\pm 11$; $p<0,001$; табл. 2). Обращает на себя внимание то, что у пациенток с РА, за исключением шкалы «Влечение», средний балл по каждой из шкал был >3 , как и в группе контроля. У пациенток с ФМ показатели всех шкал не превышали 3 баллов, что соответствует выраженной степени СД. При этом наименьший балл отмечен по показателю «Оргазм» ($1,8\pm 0,9$), а наибольший – по шкале «Отсутствие сексуальной боли» ($2,6\pm 1,8$).

С учетом возможности физиологических изменений сексуальной функции в разные возрастные периоды для проведения дополнительного анализа СД каждая группа

была разделена на три подгруппы: до 35 лет, 36–50 лет и старше 50 лет.

У женщин с ФМ средняя продолжительность заболевания в этих возрастных подгруппах составила $3,9\pm 4,4$; $5,5\pm 6,5$ и $7,7\pm 10,6$ года соответственно. Статистически значимых различий между подгруппами по оценке общего здоровья ($50,2\pm 12,2$; $56,9\pm 22,0$ и $58,0\pm 32,3$ соответственно), боли в покое ($32,1\pm 24,1$; $36,8\pm 27,8$ и $29,1\pm 24,0$ мм соответственно) и при движениях ($46,2\pm 16,8$; $50,4\pm 25,6$ и $54,0\pm 24,4$ мм соответственно), а также таким критериям ФМ, как индекс распространенности боли, усталость, отсутствие чувства отдыха после пробуждения и когнитивные нарушения, не выявлено. В то же время с увеличением возраста у пациенток с ФМ отмечено снижение средних значений по всем шкалам, оценивающим сексуальную функцию (табл. 3). Независимо от возраста, выраженность СД в 1-й группе была статистически значимо выше, чем во 2-й группе и в контроле.

Во 2-й группе средняя продолжительность заболевания в возрастных подгруппах составила $5,3\pm 4,0$; $5,7\pm 6,9$; $11,0\pm 12,0$ лет соответственно. Статистически значимых различий в оценке общего здоровья ($58,3\pm 28,8$; $39,1\pm 33,9$; $45,0\pm 27,3$ соответственно), боли в покое ($32,3\pm 24,6$; $15,5\pm 22,3$; $22,4\pm 21,9$ мм) и при движениях ($50,7\pm 28,2$; $28,5\pm 25,5$; $47,3\pm 31,7$ мм соответственно) между подгруппами не обнаружено. Активность РА II–III степени по DAS28 была выявлена у 9 (90,0%), 20 (60,6%) и 18 (69,2%) больных соответственно.

Таким образом, сравнительный анализ сексуальной функции в зависимости от возраста не показал значимых различий между пациентками 2-й группы и контролем. Тогда как у пациенток с ФМ отмечены низкие показатели сексуальной функции во всех возрастных подгруппах, несмотря на сравнимый с группой РА уровень боли.

Поскольку боль при движениях способна оказать влияние на сексуальную функцию, на следующем этапе исследования были выделены подгруппы с интенсивностью боли при движениях от 0 до 30 мм (отсутствие – легкая степень) и 30–100 мм (умеренная и выраженная боль). Результаты анализа свидетельствуют о том, что при РА по всем шкалам FSFI степень СД при наличии умеренной и выраженной боли при движениях была выше, тогда как при ФМ интенсивность боли при движениях не влияла на сексуальную функцию (табл. 4).

ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ / ORIGINAL INVESTIGATIONS

Таблица 3. Оценка СД у обследованных трех групп в зависимости от возраста
Table 3. Assessment of SD according to the age of examined subjects in three groups

Показатель	Влечение	Возбуждение	Любрикация	Оргазм	Удовлетворение	Отсутствие боли	Суммарный показатель
До 35 лет							
1-я группа (n=14)	2,6±0,8*	2,7±1,7*	3,4±1,8*	2,5±1,9*	3,0±1,8*	3,4±2,1*	17,6±9,9*
2-я группа (n=10)	2,9±1,3*	3,8±1,8	4,3±2,0	4,0±1,7	4,0±1,8	4,2±2,2	23,2±8,3*
3-я группа (контроль, n=24)	4,0±1,6*	4,3±1,8*	5,1±2,5*	4,6±2,1*	4,3±1,8	4,5±2,0	26,5±6,5*
p ₁₋₂	Нз	Нз	Нз	0,05	Нз	Нз	Нз
p ₁₋₃	0,0023	0,012	0,023	0,005	0,049	Нз	0,006
p ₂₋₃	0,061	Нз	Нз	Нз	Нз	Нз	Нз
35–50 лет							
1-я группа (n=26)	2,1±1,1*	2,0±2,0	2,4±2,4	1,9±2,2	2,4±2,1	2,7±2,4	13,4±11,4
2-я группа (n=33)	3,0±1,2*	3,8±1,5*	4,5±2,3*	4,2±2,1*	4,3±1,4*	4,8±1,8*	24,6±8,0*
3-я группа (контроль, n=40)	3,3±1,4*	4,0±1,6*	4,7±2,2*	4,3±1,9*	4,3±2,2*	5,0±2,0*	25,6±5,8*
p ₁₋₂	0,006	<0,001	0,002	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
p ₁₋₃	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,001	<0,001	<0,001
p ₂₋₃	Нз	Нз	Нз	Нз	Нз	Нз	Нз
Старше 50 лет							
1-я группа (n=20)	1,2±0,8	1,5±1,7	1,4±1,8	1,3±1,6	1,7±1,5	1,8±2,5	8,9±9,6
2-я группа (n=26)	2,0±1,4	2,6±2,1	2,9±2,3	2,7±2,5	3,0±2,1	2,8±2,31	16,0±13,0
3-я группа (контроль, n=36)	2,7±1,2	3,2±1,6	3,8±1,4	3,5±1,7	3,5±1,4	3,7±1,5	20,0±4,4
p ₁₋₂	0,02	0,071	0,016	0,024	0,023	Нз	0,042
p ₁₋₃	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,005	<0,001
p ₂₋₃	0,061	Нз	Нз	Нз	Нз	Нз	Нз

Примечание. Не выявлено статистически значимых различий по параметрам сексуальной функции между женщинами до 35 лет и 36–50 лет в пределах одной группы; * – различия показателей у женщин более молодого возраста по сравнению с женщинами старше 50 лет в пределах одной группы.

Было отмечено снижение как отдельных показателей сексуальной функции, так и суммарного балла FSFI при нарастании активности РА (табл. 5). Существенных различий между показателями СД при умеренной (II степень по DAS28) и высокой (III степень) активности РА не обнаружено.

В зависимости от семейного статуса все женщины с ФМ и РА были разделены на следующие подгруппы: «замужем» и «разведена» (7 и 9 пациенток соответственно никогда не были замужем или овдовели, поэтому были исключены из данного этапа исследования). Независимо от нозологической принадлежности, у разведенных женщин баллы по всем шкалам сексуальной функции оказались ниже, чем у замужних, при этом вне связи с семейным статусом у больных РА большинство показателей были выше, чем у больных ФМ. У разведенных женщин с ФМ и РА вы-

явлен низкий уровень полового влечения, однако в группе РА все остальные показатели сексуальной функции превышали 1 балл, что свидетельствовало о низкой удовлетворенности сексуальной функцией (при ее наличии), тогда как в группе ФМ крайне низкие показатели FSFI указывали на отсутствие удовлетворенности. Средний суммарный показатель FSFI у разведенных пациенток с ФМ составил всего 5,3±6,9 балла по сравнению с 13,2±9,3 балла у женщин с РА (табл. 6).

При оценке СД в 1-й и 2-й группах в зависимости от баллов тревоги и депрессии по HADS (табл. 7) максимальное значение FSFI наблюдалось у пациенток с нормальными показателями тревоги и депрессии (0–7 баллов), минимальное – у больных с клинически выраженной тревогой и депрессией (≥11 баллов). При этом у пациенток с РА суммарный балл в этих подгруппах оказался примерно в 2 раза

ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ / ORIGINAL INVESTIGATIONS

Таблица 4. Оценка СД у пациенток 1-й и 2-й групп в зависимости от выраженности боли при движениях
Table 4. Assessment of SD in patients of the 1st and 2nd groups, depending on the severity of pain during movement

Шкала СД	1-я группа		р	2-я группа		р
	0–30 мм (n=12)	30–100 мм (n=48)		0–30 мм (n=31)	30–100 мм (n=38)	
Влечение	1,9±1,1	1,9±1,2	Нз	3,1±1,2	2,3±1,3	0,006
Возбуждение	1,7±1,4	2,1±1,7	Нз	4,2±1,1	2,7±1,9	<0,001
Любрикация	2,1±1,8	2,4±1,9	Нз	4,9±1,4	3,0±2,1	<0,001
Оргазм	1,6±1,2	1,9±1,4	Нз	4,8±1,2	2,8±1,9	<0,001
Удовлетворение	1,9±1,3	2,4±1,9	Нз	4,7±1,1	3,1±2,0	<0,001
Отсутствие боли	2,6±1,9	2,6±2,1	Нз	5,0±1,4	3,1±2,2	<0,001
Суммарный показатель	11,7±7,5	13,14±9,3	Нз	26,6±6,4	16,9±8,8	<0,001

Примечание. Здесь и в табл. 5–7 представлены различия между соответствующими подгруппами пациенток.

Таблица 5. Оценка СД у пациенток 2-й группы в зависимости от активности РА (DAS28)
Table 5. Assessment of SD in patients of the 2nd group, depending on RA activity (DAS28)

Шкала СД	Степень активности РА			p ¹⁻²	p ¹⁻³	p ²⁻³
	0–I (n=22)	II (n=30)	III (n=17)			
Влечение	3,1±1,3	2,5±1,4	2,2±1,3	Нз	0,035	Нз
Возбуждение	4,2±1,4	3,1±1,9	2,7±2,1	0,037	0,023	Нз
Любрикация	4,9±1,6	3,5±2,3	3,2±2,6	0,014	0,021	Нз
Оргазм	4,6±1,6	3,3±2,2	2,8±2,5	0,015	0,012	Нз
Удовлетворение	4,5±1,3	3,5±1,9	3,3±2,2	0,028	0,05	Нз
Отсутствие боли	4,7±1,8	3,8±2,4	3,3±2,6	Нз	0,068	Нз
Суммарный показатель	25,9±8,4	19,8±10,9	17,5±12,7	0,027	0,022	Нз

Таблица 6. Оценка СД у пациенток 1-й и 2-й групп в зависимости от семейного положения
Table 6. Evaluation of SD in patients of the 1st and 2nd groups, depending on the marital status

Шкала СД	1-я группа		р	2-я группа		р
	замужем (n=39)	разведены (n=14)		замужем (n=48)	разведены (n=12)	
Влечение	2,1±1,3*	1,6±1,0	0,05	2,8±1,3	1,9±1,4	0,047
Возбуждение	2,6±1,8*	0,8±1,3*	<0,001	3,7±1,9	2,3±1,9	0,026
Любрикация	3,2±2,0*	0,6±1,4*	<0,001	4,5±2,3	2,4±2,7	0,027
Оргазм	2,5±2,2*	0,4±1,2*	<0,001	4,1±2,2	2,1±2,6	0,016
Удовлетворение	2,9±1,9*	1,0±1,2*	<0,001	4,2±1,9	2,4±2,0	0,007
Отсутствие боли	3,5±2,2*	0,9±1,8	<0,001	4,5±2,3	2,1±2,6	0,005
Суммарный показатель	16,8±10,3*	5,3±6,9*	<0,001	23,7±9,2	13,2±9,3	<0,001

* – значимые различия между соответствующими подгруппами пациенток 1-й и 2-й групп.

выше, чем в аналогичных подгруппах у больных ФМ, у которых при клинически выраженной тревоге и клинически выраженной депрессии общий FSFI указывал на СД выраженной степени (9,35±4,7 и 7,6±3,1 соответственно).

По данным корреляционного анализа, связи между выраженностью аффективных нарушений и степенью активности РА не установлено ($r=0,17$). Связь депрессивных расстройств с активностью РА была более очевидной ($r=0,38$, $p<0,05$).

Обсуждение. Сексуальность является одной из сторон жизни человека и представляет собой нечто большее, чем просто половой акт. Нормальная сексуальная функция состоит из нескольких фаз – от возбуждения до получения чувства удовольствия и удовлетворения. РЗ могут влиять на все аспекты жизни, включая сексуальную функцию. Причины ее нарушения могут быть связаны как с социальными факторами, так и с болезнью. Проведенное исследование – одно из первых в Россий-

Таблица 7. Общий балл СД у пациенток 1-й и 2-й групп в зависимости от выраженности аффективных нарушений
 Table 7. The total score of SD in patients of the 1st and 2nd groups, depending on the severity of affective disorders

Группа	Норма (0–7 баллов)	Субклинические изменения (8–10 баллов)	Клинические значимые изменения (≥11 баллов)	p ₁₋₂	p ₁₋₃	p ₂₋₃
Тревога (HADS)						
1-я группа	14,7±12,1 (n=14)	15,5±8, (n=22)	9,4±4,7 (n=24)	Нз	Нз	0,02
2-я группа	28,9±10,4 (n=42)	18,4±9,4 (n=18)	16,6±8,3 (n=9)	<0,001	<0,001	Нз
p	<0,001	Нз	0,019			
Депрессия (HADS)						
1-я группа	17,1±7,1 (n=29)	9,7±5,2 (n=19)	7,6±3,1 (n=12)	<0,001	<0,001	Нз
2-я группа	23,1±10,5 (n=50)	14,6±7,5 (n=11)	18,0±9,2 (n=8)	0,004	Нз	Нз
p	0,003	Нз	0,004			

ской Федерации, посвященных оценке СД у женщин, страдающих РА и ФМ.

Наша работа продемонстрировала, что СД чаще встречается при ФМ. Обращает на себя внимание то, что в этой группе не имели сексуальных связей в течение последних 4 нед больше половины пациенток (53,3%), тогда как при РА и в группе контроля – всего в 23,2 и 9% женщин соответственно. Низкие показатели влечения, возбуждения и удовлетворения у больных ФМ наблюдались уже в молодом возрасте и быстро снижались после 35 лет, тогда как у женщин с РА и группы контроля стабильная сексуальная функция сохранялась по крайней мере до 50 лет.

Известно, что в клинической картине ФМ ведущими являются боль и синдром аффективных нарушений, и каждый из этих факторов может воздействовать на СД. Однако у больных ФМ с разной выраженностью боли (<30 и >30 мм по ВАШ) мы не обнаружили ее влияния на сексуальную функцию. В то же время проявления тревожного расстройства на клинически значимом уровне, а депрессивного уже на субклиническом уровне статистически значимо снижали сексуальность пациенток. Отметим также, что большинство женщин с ФМ после развода не стремятся установить сексуальные отношения.

Как известно, боль характеризуется взаимосвязью сенсорных и аффективных компонентов. У больных с ФМ присутствует эмоциональная дисрегуляция, которая ассоциируется с дисрегуляцией восприятия боли, и на этом фоне возникают такие психические расстройства, как нарушения сна, усталость, беспокойство, негативное восприятие тела, анедония. При ФМ снижается реактивность системы гипоталамус – гипофиз – надпочечники, что приводит к увеличению выработки кортизола на незначительный стресс, который, в свою очередь, негативно влияет на либидо женщины [11]. Таким образом, можно указать на наличие выраженной связи СД с депрессией и тревогой, что обуславливает нежелание половой близости и проблемы с возбуждением. Помимо этого, у пациенток с ФМ болевой порог значительно ниже нормы, и это может объяснять появление боли при половом акте (непереносимость тактильных воздействий и давления) [12]. Наиболее низкие баллы FSFI зафиксированы по шкалам «Оргазм», «Влечение», «Возбуждение», «Удовлетворение», что еще раз указывает на связь СД

с пониженным либидо на фоне хронической усталости и беспокойства, а не с непосредственным влиянием боли как физического ограничения.

В реальной клинической практике врачи часто сталкиваются с проблемой выявления ФМ, которая в большинстве случаев является диагнозом исключения [12]. Кроме того, симптом усталости (один самых распространенных признаков ФМ), по мнению больных, не соотносится с понятием «заболевание» [13]. В связи с этим пациентки на протяжении нескольких лет могут испытывать соматический дискомфорт, не обращаясь за помощью к специалисту. Все это способствует поздней диагностике и усугублению течения ФМ, в том числе развитию выраженной СД.

При лечении ФМ возникают трудности, связанные как с подбором адекватной терапии, так и с достижением высокой комплаентности. Из-за отсутствия четкого представления о механизмах заболевания пациенты часто с недоверием относятся к назначению антидепрессантов, что, в свою очередь, также приводит к повышению тревожности, усилению симптомов и отсутствию положительного результата лечения.

Иная картина наблюдалась в группе РА. У этих пациенток, как и в группе контроля, снижение сексуальной функции отмечалось после 50 лет. На степень СД влияли выраженность боли >30 мм по ВАШ и высокая активность заболевания, соответствовавшая III степени по DAS28. Безусловно, субклинически выраженная тревога и клинически значимая депрессия вносят вклад в формирование СД, однако проявления тревожности связаны, скорее, с определенным психотипом женщины, поскольку практически не зависят от активности заболевания, тогда как депрессивные расстройства усиливаются при высокой активности РА.

Важным, с нашей точки зрения, является то, что при РА по сравнению с ФМ значительно большая часть пациенток после развода имеют сексуальные отношения. Это позволяет сделать вывод об определенной сохранности социального функционирования у женщин данной группы.

В немногочисленных зарубежных работах, как и в нашем исследовании, у пациенток с РА была обнаружена отрицательная взаимосвязь выраженности боли по ВАШ с показателями возбуждения, удовлетворенности и боли при половом акте [14, 15]. Наши результаты согласуются с дан-

ными Н. Yılmaz и соавт. [15] о влиянии активности заболевания на выраженность СД: эти авторы выявили сильную отрицательную связь между общими показателями FSFI и DAS28 [14]. Различные показатели сексуальной активности женщин с РА во многом связаны с ограничением физических возможностей, особенно снижением подвижности в тазобедренных суставах [4, 6].

Таким образом, при РА выраженность СД в большей степени зависит от активности заболевания, которая при правильном лечении и раннем обращении к ревматологу может купироваться противоревматическими препаратами, что позволяет надеяться на улучшение сексуальной функции у таких больных.

Несмотря на актуальность проблемы СД, сексуальное здоровье редко оценивается во время консультаций, боль-

шинство пациентов сообщили, что никогда не обсуждали проблемы сексуальности с медицинским работником [16, 17]. Мы предполагаем, что это связано с нехваткой времени у врачей, частым отсутствием условий приватности на поликлиническом приеме и трудностью общения на данную тему.

Заключение

1. РА и ФМ оказывают негативное влияние на сексуальную функцию женщин. При РА больший вклад в развитие СД вносит активность заболевания, тогда как при ФМ – аффективные расстройства.

2. Учитывая важность СД в оценке качества жизни, мы рекомендуем использовать опросник FSFI, который позволяет преодолеть проблемы, связанные с обсуждением сексуальной активности, а также улучшить взаимодействие между врачом и пациенткой.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Шевченко ЮЛ, редактор. Исследование качества жизни в медицине: учебное пособие. Москва: ГЭОТАР-МЕДИА; 2004. 304 с. [Shevchenko YuL, editor. *Issledovanie kachestva zhizni v meditsine: uchebnoe posobie* [Quality of Life Research in Medicine: a textbook]. Moscow: GEOTAR-MEDIA; 2004. 304 p.]
2. Ferreira C, da Mota LM, Oliveira AC, et al. Frequency of sexual dysfunction in women with rheumatic diseases. *Rev Bras Reumatol.* 2013 Feb;53(1):35-46. doi: 10.1016/s2255-5021(13)70004-x.
3. Dorner TE, Berner C, Haider S, et al. Sexual health in patients with rheumatoid arthritis and the association between physical fitness and sexual function: a cross-sectional study. *Rheumatol Int.* 2018 Jun;38(6):1103-1114. doi: 10.1007/s00296-018-4023-3. Epub 2018 Apr 11.
4. Abdel-Nasser AM, Ali EI. Determinants of sexual disability and dissatisfaction in female patients with rheumatoid arthritis. *Clin Rheumatol.* 2006 Nov;25(6):822-30. doi: 10.1007/s10067-005-0175-0. Epub 2006 Mar 7.
5. Costa TF, Silva CR, Muniz LF, Mota LM. Prevalence of sexual dysfunction among female patients followed in a BrasTlia Cohort of early rheumatoid arthritis. *Rev Bras Reumatol.* Mar-Apr 2015;55(2):123-32. doi: 10.1016/j.rbr.2014.10.006. Epub 2014 Nov 25.
6. Abda E, Selim Z, Teleb S, et al. Sexual Function in Females With Rheumatoid Arthritis: Relationship With Physical and Psychosocial States. *Arch Rheumatol.* 2016 Apr 20;31(3):239-247. doi: 10.5606/Arch Rheumatol.2016.5838. eCollection 2016 Sep.
7. Restoux LJ, Dasariraju SR, Ackerman IN, et al. Systematic Review of the Impact of Inflammatory Arthritis on Intimate Relationships and Sexual Function. *Arthritis Care Res (Hoboken).* 2020 Jan;72(1):41-62. doi: 10.1002/acr.23857.
8. Josefsson KA, Gard G. Sexual health in patients with rheumatoid arthritis: experiences, needs and communication with health care professionals. *Musculoskeletal Care.* 2012 Jun;10(2):76-89. doi: 10.1002/msc.1002. Epub 2012 Jan 6.
9. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand.* 1983 Jun;67(6):361-70. doi: 10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x.
10. Rosen R, Brown C, Heiman J. The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual functions. *J Sex Marital Ther.* Apr-Jun 2000;26(2):191-208. doi: 10.1080/009262300278597.
11. Galvez-Sanchez CM, Duschek S, Reyes del Paso GA. Psychological impact of fibromyalgia: current perspectives. *Psychol Res Behav Manag.* 2019 Feb 13;12:117-27. doi: 10.2147/PRBM.S178240. eCollection 2019.
12. Srinivasan S, Maloney E, Wright B, et al. The Problematic Nature of Fibromyalgia Diagnosis in the Community. *ACR Open Rheumatol.* 2019 Mar 15;1(1):43-51. doi: 10.1002/acr.2.1006. eCollection 2019 Mar.
13. Vincent A, Roberto PB, Mary OW, et al. Beyond pain in fibromyalgia: insights into the symptom of fatigue. *Arthritis Res Ther.* 2013; 15(6):221. doi: 10.1186/ar4395.
14. Khnaba D, Rostom S, Lahlou R, et al. Sexual dysfunction and its determinants in Moroccan women with rheumatoid arthritis. *Pan Afr Med J.* 2016 May 6;24:16. doi: 10.11604/pamj.2016.24.16.9081. eCollection 2016.
15. Yilmaz H, Polat HA, Yilmaz SD, et al. Evaluation of Sexual Dysfunction in Women With Rheumatoid Arthritis: A Controlled Study. Sexual Difficulties and Total Hip Replacement in Rheumatoid Arthritis. *J Sex Med.* 2012 Oct; 9(10):2664-70. doi: 10.1111/j.1743-6109.2012.02882.x. Epub 2012 Aug 20.
16. Pouchot J, Le Parc JM, Queffelec L, et al. Perceptions in 7700 Patients With Rheumatoid Arthritis Compared to Their Families and Physicians. *Joint Bone Spine.* 2007 Dec;74(6):622-6. doi: 10.1016/j.jbspin.2006.11.024. Epub 2007 Jul 19.
17. Kobelt G, Woronoff AS, Bertholon DR. Sexuality and relationship in patients with rheumatoid arthritis in France. *BMC Musculoskelet Disord.* 2012 Sep 10;13:170. doi: 10.1186/1471-2474-13-170.

Поступила/отрецензирована/принята к печати
Received/Reviewed/Accepted
15.01.2021/3.04.2021/7.04.2021

Заявление о конфликте интересов/Conflict of Interest Statement

Исследование не имело спонсорской поддержки. Конфликт интересов отсутствует. Авторы несут полную ответственность за предоставление окончательной версии рукописи в печать. Все авторы принимали участие в разработке концепции статьи и написании рукописи. Окончательная версия рукописи была одобрена всеми авторами.

The investigation has not been sponsored. There are no conflicts of interest. The authors are solely responsible for submitting the final version of the manuscript for publication. All the authors have participated in developing the concept of the article and in writing the manuscript. The final version of the manuscript has been approved by all the authors.

Теплякова О.В. <https://orcid.org/0000-0003-2114-0419>
Морозова А.А. <https://orcid.org/0000-0003-0731-1058>
Попов А.А. <https://orcid.org/0000-0001-6216-2468>