

УДК: 616.69-008.6(079)

Л. З. Воробець,
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, м. Львів

ПОВ'ЯЗАНА ЗІ ЗДОРОВ'ЯМ ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ТА ЕРЕКТИЛЬНА ДИСФУНКЦІЯ РІЗНОЇ ВАЖКОСТІ

Супутне погіршення сексуального бажання, оргазмічної функції, задоволення від статевого акту і статевого життя у пацієнтів з первинними скаргами на розлади ерекції, вказує на більш коректне формулювання «сексуальна дисфункція» на противагу «еректильна дисфункція».

Ключевые слова: еректильна дисфункція, асоційована із здоров'ям якість життя.

Широко розповсюджене загально визнане твердження, яке ґрунтується на тривалих спостереженнях клініцистів, що однозначно сексуальна дисфункція пацієнтів негативно відображається на їхньому фізичному здоров'ї, взаєминах з дружинами, сім'ями та соціумом, проте рідко науковці здійснювали спроби об'єктивізувати ці взаємозв'язки.

Пов'язану зі здоров'ям якість життя (ПЗЯЖ) вивчають за допомогою спеціальних опитувальників. Опитувальники поділяють на загальні та специфічні для кожного захворювання. Загальні опитувальники використовують для дослідження здорових, а також хворих осіб незалежно від виду патологічного процесу. Перевага загальних опитувальників в тому, що їх валідність встановлена для різних нозологій, що дозволяє проводити порівняння впливу медичних програм на якість життя (ЯЖ), як окремих індивідуумів, так і в усій популяції. Недоліком цих інструментів є неадекватна чутливість до змін стану здоров'я при окремих захворюваннях. Тому загальні опитувальники використовують для оцінки тактики органів охорони здоров'я і при епідеміологічних дослідженнях [2]. Спеціальні опитувальники розробляються для конкретних нозологій, дозволяють оцінити зміни в ЯЖ за короткий період в 2–4 тижні. В Україні не існує національних опитувальників по ЯЖ, тому проблема адаптації міжнародних опитувальників для нашої країни є актуальною. Одним з найбільш популярних при проведенні медичних, соціально-економічних досліджень є опитувальник Medical Outcomes Study Short Form 36 (MOS SF-36). Популярність його пояснюється тим, що він дає змогу оцінити ЯЖ респондентів з різними нозологіями і порівнювати цей показник із здоровими, дозволяє опитувати людей в віці від 14 років. Для інших опитувальників мінімальним віковим рівнем є 17 років. SF-36 має високу чутливість, є коротким (складається з 36 питань), відповіді на питання може збирати дослідник, він може заповнюватися самим респондентом, з ним можна працювати по телефону. Загальний опитувальник SF-36 був розроблений в Центрі Вивчення Медичних Результатів (США) в 1992 році Jonh E. Ware і Cathy Donald Sherbourne. Переклад міжнародного загального опитувальника SF-36 відбувається за процедурою міжнародного центру з вивчення якості життя IQOLA (The International Quality of Life Assesment, Бостон, США) під керівництвом доктора J.E. Ware та B. Gandek. Адаптація міжнародних опитувальників з ЯЖ стала можливою завдяки розвитку крос-культуральних ідей в сучасній психології та соціології, які мають давні традиції перекладу, культурної адаптації та психометричного тестування в різних країнах та культурах. Існує головна позиція щодо використання міжнародних опитувальників. По-перше: показники та питання мають бути стандартизовані для кожної країни. По-друге: питання, повинні бути зрозумілі в будь якій країні. Однією з організацій, що проводить міжнародну політику адаптації та перекладу загального опитувальника SF-36 є проект міжнародної оцінки якості життя IQOLA, яка розпочала свою діяльність з 1991 року, для того щоб перекладати та адаптувати загальний опитувальник SF-36. Переклад та використання SF-36 було проведено за допомогою проекту IQOLA в 28 країнах (Австралія, Канада, Франція, Германия, Японія, Швеція, Великобританія, Сполучених Штатах та інших) [6]. Метою роботи [3] було створення української версії опитувальника MOS SF-36 шляхом мовної та культурної адаптації з наступною оцінкою валідності української версії.

Метою роботи було встановити залежність показників пов'язаної зі здоров'ям якості життя від важкості еректильної дисфункції (ЕД) у чоловіків молодого та середнього віку.

Матеріали і методи дослідження. Дане дослідження базується на результатах анкетування поліклінічних пацієнтів Львівської обласної консультативної поліклініки та кафедри урології Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького віком від 20 до 40 років. Дослідження проводилось з 2004 по 2010 роки, охопило результати детального клініко-інструментального, лабораторного обстеження, а також анкетного опитування 182 чоловіків. Серед обстежених – 20 практично здорових добровольців віком 22-38 років, переважно пацієнтів, які звертались в клініку з приводу перевірки фертильності, в процесі всебічного обстеження котрих оцінено сексуальну функцію, проведено анкетування за МІЕФ та SF-36, не виявлено патоспермії та соматичної патології. Анкетування і обстеження також пройшли 163 чоловіка відповідної вікової групи з еректильною дисфункцією різної вираженості та генезу.

Брали до уваги три критерії для визначення еректильної дисфункції. Питання 16 базувалось на суб'єктивній загальній самооцінці еректильної функції («просте запитання»), та було першим диференційним критерієм різної важкості еректильної дисфункції (ЕД-пз): «Чи вважаєте, що ви чоловік котрий ... (а) не має проблем з ерекцією; (б) має мінімальні проблемами у досягненні ерекції; (в) має середньої важкості еректильну дисфункцію; (г) має важке порушення еректильної функції / повну відсутність ерекції?». Другим критерієм у

диференціації важкості ЕД була сума балів відповіді на запитання 1-5 та 15 опитувальника МІЕФ [4,5], яка формує домен еректильної функції (ЕФ-МІЕФ), згідно наступної шкали: 26-30 – немає дисфункції, 17-25 – помірна дисфункція, 11-16 – ЕД середньої важкості, 6-10 – важка ЕД (ЕД-ІЕФ). Третім критерієм був загальний бал анкети МІЕФ з мінімальним можливим значенням 5 та максимальним 75. Додатковими критеріями враховувались здатність відчувати оргазм – сума балів відповіді на запитання 9 і 10 з можливими значеннями 0-10; підрахунок балів для оцінки сексуального бажання - сума балів відповіді на запитання 11 і 12 з можливими значеннями 2-10; підрахунок балів для оцінки задоволення статевим актом - сума балів відповіді на запитання 6,7 і 8 з можливими значеннями 0-15; підрахунок балів для оцінки задоволення статевим життям - сума відповідей на запитання 13 і 14 з можливими значеннями 2-10.

Опитувальник SF-36 створений для самостійного заповнення особами віком понад 14 років, або заповнення кваліфікованим дослідником. Бали з кожної з 8-ми шкал (концепцій) закодовуються, додаються та переводяться у шкалу від 0 до 100, у якій чим вище бал, тим кращий стан здоров'я. Опитувальник перекладений з англійської та російської на українську мову та скорегований, враховуючи досвід авторів по адаптації SF-36 в Україні [2] та Росії [1]. Також врахована інструкція по обробці даних, підготована компанією *Эвиденс-Клинико-фармакологические исследования*. В основі конструкції шкал і сумарних вимірів опитувальника SF-36TM лежить модель трьох рівнів: 36 запитань, 8 шкал, сформованих з 2-10 запитань, 2 сумарних показників, якими об'єднуються шкали. 35 запитань використовували для розрахунку балів по 8 шкалам, 1 – для оцінки динаміки стану пацієнтів за останні 4 тижні: здоров'я (шкала загального стану здоров'я (33) — оцінка пацієнтом власного стану здоров'я в даний момент і перспектив лікування; фізичного функціонування (ФФ), що відображає якою мірою здоров'я лімітує виконання фізичних навантажень – самообслуговування, ходьба, підйом по сходах, перенесення вантажу; рольово-фізичне функціонування (РФ) – вплив фізичного стану на рольове функціонування – роботу, виконання повсякденної діяльності; рольово-емоційне функціонування (РЕ) – вплив емоційного стану на рольове функціонування, передбачає оцінку стану, в якому емоційний стан перешкоджає виконанню роботи чи іншої повсякденної діяльності (включаючи збільшення затрат часу, зменшення об'єму виконаної роботи, зниження якості її виконання та ін.); соціальне функціонування (СФ) визначається ступенем, при якому фізичний чи емоційний стан обмежує соціальну активність, спілкування; больові відчуття (БВ) – інтенсивність болю та його вплив на здатність займатись повсякденною діяльністю, включно з роботою; життєва активність – (життєздатність), (ЖЗ) включає самопочуття сповненим сил та енергії або навпаки, обезсиленим; психічне здоров'я (ПЗ) – самооцінка психічного здоров'я, характеризує настрій (наявність депресії, тривоги, загальний показник позитивних емоцій). Кожне запитання використовувалося при розрахунку балів однократно.

Для аналізу даних використовували програмне забезпечення Microsoft Excel 2007 та SPSS 17. 3 загальної бази даних відфільтровувалися пацієнти за віком, за видом чи ступенем патології та іншими ознаками. Для кожної групи за створеною програмою визначалися такі показники:

1. Число респондентів у даній вибірці – n_j .
2. Середні значення показників за даними вибірки:

$$\bar{x}_j = \frac{1}{n_j} \sum_{i=1}^{n_j} x_{ij}.$$

3. Оцінка стандартного відхилення показника за даними вибірки:

$$S_j = \sqrt{\frac{\sum_{i=1}^{n_j} (x_{ij} - \bar{x}_j)^2}{n_j - 1}}.$$

4. Оцінка стандартного відхилення середнього:

$$S_{\bar{x}_j} = \sqrt{\frac{\sum_{i=1}^{n_j} (x_{ij} - \bar{x}_j)^2}{n_j (n_j - 1)}}.$$

5. Оцінка дисперсії відповідного показника дорівнює S_j^2 .

Наступним етапом аналізу даних є визначення істотності відмінностей статистичних характеристик однорідних показників (X) в різних вибірках (обумовлених різницею у віці, ступенем еректильної дисфункції). Першочерговою тут є перевірка відмінностей характеристик вибірки з патологією та вибірки без патології.

1. Істотність відмінності у дисперсіях двох груп (група X_1 і група X_2) визначається на основі F -критерію:

$$F = \frac{S_{X_2}^2}{S_{X_1}^2},$$

який підпорядковується розподілу Фішера–Снедекора з числами ступенів вільності $\nu_{X_1} = n_{X_1} - 1$,

$$\nu_{X_2} = n_{X_2} - 1.$$

Ймовірність однорідності дисперсій розраховується за програмою статистичної функції *F*-тест. Функція *F*-тест задає значущість (*significance*) істинності нуль-гіпотези, за якою дисперсії є однакові.

У переважній більшості маємо істотну відмінність між дисперсіями у досліджуваних групах.

2. Зміщення центру розподілу групи X_2 у порівнянні з групою X_1 визначається на основі *T*-критерію:

$$T = \frac{\bar{X}_2 - \bar{X}_1}{\sqrt{S_{X_1}^2 + S_{X_2}^2}},$$

який підпорядковується розподілу Ст'юдента з числом ступенів вільності

$\nu = n_{X_1} + n_{X_2} - 2$, якщо дисперсії однорідні. Якщо дисперсії неоднорідні, то формула розрахунку більш складна. Ймовірність незміщеності центрів розподілу двох груп розраховується за програмою статистичної функції «*T*-тест». Функція *T*-тест задає значущість істинності нуль-гіпотези, за якою центри розподілу двох груп співпадають.

Інформативними є дослідження на взаємозалежність або корельованість двох ознак (X, Y) однієї групи респондентів. В залежності від типу задачі істотність взаємозалежності визначається кореляційним аналізом, або аналізом таблиць спряженості. Для лінійної регресії між ознаками мірою тісноти взаємозв'язку служить коефіцієнт кореляції (ρ). Оцінкою коефіцієнта кореляції за даними вибірки об'єму n служить статистика:

$$R = \frac{\overline{XY} - \bar{X}\bar{Y}}{\sqrt{(\overline{X^2} - \bar{X}^2)(\overline{Y^2} - \bar{Y}^2)}}$$

Істотність лінійного кореляційного зв'язку визначається на основі статистики:

$$T = \sqrt{\frac{R^2(n-2)}{1-R^2}},$$

яка має розподіл Ст'юдента з числом ступенів вільності $\nu = n - 2$.

Значущість відсутності лінійного кореляційного зв'язку розраховується за програмою статистичної функції «Ст'юдента розподіл».

Якщо ознаки (X, Y) дискретні, або неперервні ознаки поділені на проміжки, тоді будують таблицю, яка називається матриця спряженості.

Рівні ознаки X	Рівні ознаки Y					Сума за рівнями ознаки Y
	1	2	3	...	J	
1	m_{11}	m_{12}	m_{13}	...	m_{1J}	m_{1*}
2	m_{21}	m_{22}	m_{23}	...	m_{2J}	m_{2*}
⋮	⋮	⋮	⋮	...	⋮	⋮
I	m_{I1}	m_{I2}	m_{I3}	...	m_{IJ}	m_{I*}
Сума за рівнями ознаки X	m_{*1}	m_{*2}	m_{*3}	...	m_{*J}	$m_{**} = n$

Мають місце такі позначення:

1, 2, ..., I – рівні ознаки X ;

1, 2, ..., J – рівні ознаки Y ;

m_{ij} – число спостережень на i -тому рівні ознаки X та на j -тому рівні ознаки Y ;

n – загальне число спостережень (об'єм вибірки);

$$m_{i*} = \sum_{j=1}^J m_{ij}$$

– загальне число спостережень на i -тому рівні ознаки X ;

$$m_{*j} = \sum_{i=1}^I m_{ij}$$

– загальне число спостережень на j -тому рівні ознаки Y .

Критерієм перевірки незалежності ознак служить статистика:

$$\chi^2 = n \left(\sum_{i=1}^I \sum_{j=1}^J \frac{m_{ij}^2}{m_{i*} m_{*j}} - 1 \right),$$

яка підпорядковується розподілу Пірсона з числом ступенів вільності $\nu = (I - 1)(J - 1)$.

Значущість відсутності взаємозалежності ознак X, Y розраховується за програмою статистичної функції «Пірсона розподіл». За функцією «Пірсона розподіл» визначається критичне значення $\chi^2_{кр} = \chi^2(\alpha; \nu)$. Якщо має місце нерівність $\chi^2 > \chi^2_{кр}$, тоді стверджується істотність взаємозалежності ознак на рівні значущості α .

Розраховано кількість пацієнтів; середні значення; стандартні відхилення значень; стандартні відхилення середніх; дисперсію даних; перевірку на гомоскедантичність за критерієм Фішера-Снедекора; *F*-тест - двосторонню вірогідність того, що різниця між дисперсіями аргументів масивів хворих та здорових

чоловіків не суттєва, різницю середніх значень; Т-тест Стюдента – вірогідність того, що вибірки масивів хворих на ЕД та здорових мають одні і ті ж середні значення; вірогідне Т-значення для кожної пари виборок. Ерекtilний домен анкети МІЕФ (запитання 1 – 5 та 15), анкета ЕД-пз (запитання 16). Список запитань щодо ерекtilної функції:

1. Як часто Вам вдавалось досягти ерекції під час сексуальної активності протягом останніх 4-х тижнів? 2. Якщо Ви мали ерекції при сексуальній стимуляції, як часто вони були достатньо твердими для пенетрації протягом останніх 4-х тижнів? 3. При спробах сексуальної активності, як часто Вам вдавалось здійснити пенетрацію протягом останніх 4-х тижнів? 4. При сексуальній активності протягом останніх 4-х тижнів як часто Вам вдавалось підтримувати ерекцію після пенетрації? 5. При сексуальній активності протягом останніх 4-х тижнів наскільки важко було підтримувати ерекцію до завершення статевого акту? 6. Скільки раз Ви здійснювали спроби статевої активності протягом останніх 4-х тижнів? 7. Скільки успішних спроб статевої активності Ви завершили протягом останніх 4-х тижнів? 8. Наскільки Ви задоволені своєю статевою активністю протягом останніх 4 тижнів? 9. Яким відсотком еякуляції завершувалась Ваша сексуальна активність протягом останніх 4-х тижнів? 10. Як часто Ви відчували оргазм або незадоволення (з або без еякуляції) під час статевих контактів протягом останніх 4-х тижнів? 11. Як часто у Вас виникали сексуальні бажання протягом останніх 4-х тижнів? 12. Як Ви оцінюєте рівень свого статевого бажання протягом останніх 4-х тижнів? 13. Наскільки Ви задоволені статевим життям протягом останніх 4-х тижнів? 14. Наскільки Ви задоволені статевими стосунками з партнеркою протягом останніх 4-х тижнів? 15. Наскільки Ви оцінюєте рівень впевненості в досягненні та підтриманні ерекції протягом останніх 4-х тижнів? 16. Чи бачите Ви себе як чоловіка ... (а) без проблем з ерекціями; (б) з мінімальною ерекtilною дисфункцією; (в) з ерекtilною дисфункцією середньої важкості; (г) з важкою/повною ерекtilною дисфункцією.

Результати дослідження та їх обговорення. У дослідженні прийняли участь 182 чоловіків, при цьому у 89,7% (163 чол.) чоловіків виявили певний ступінь ЕД: 28,9% (47) легка, 15,3% (25) середньої важкості та 55,8% (91) важка/повна ЕД при відповіді на останнє запитання. При застосуванні анкети МІЕФ легка ЕД (бал ЕД-МІЕФ 21-30) спостерігалась у 11,7% - 19 чоловіків; ЕД середньої важкості (бал ЕД-МІЕФ 11-20) у 42,3% - 69 чоловіків; виражена ЕД (бал ЕД-МІЕФ 1-10) у 46% - 75 чоловіків. Соціодемографічні показники були подібними для чоловіків з та без ЕД. За віковим розподілом групи пацієнтів з ЕД та здорових чоловіків були практично ідентичними.

Середній бал соціального функціонування у всіх здорових і хворих респондентів та при будь-якій формі чи ступеню важкості сексуальної дисфункції був подібним і відносно низьким – близько 50%. Це можна пояснити з однієї сторони тим, що більшість соматично здорових добровольців все ж звернулись в клініку з певними підозрами на хворобу, що могло негативно відбитись на їхній соціальній активності за рахунок стурбованості станом власного здоров'я, а з іншої сторони загальною десоціалізацією населення, браком спілкування між людьми в урбанізованому суспільстві. Проте, наше дослідження охоплює надто малу вибірку для екстраполяції на весь соціум. Оскільки відсутність ЕД за 16-м запитанням відтворювалось числом «0», то деякі статистичні показники щодо взаємозв'язків з 16-м запитанням неможливо навести, так як у розрахунках заборонене ділення на «0».

При профілюванні пацієнтів за анкетами SF-36 та МІЕФ з легкою ЕД згідно простого запитання суб'єктивної оцінки важкості свого захворювання виявлено достовірне зниження середніх балів загального балу МІЕФ, домену ЕД-МІЕФ, сексуального бажання, оргазмічної функції, задоволення від статевого акту, задоволення від статевого життя, фізичного функціонування, відчуття та інтенсивності болю, життєвої активності, психічного здоров'я ($p < 0,001$), загального здоров'я ($p = 0,06$), рольового функціонування, обумовленого емоційним станом ($p = 0,03$). Не встановлено достовірної різниці середніх балів рольового функціонування, обумовленого фізичною функцією та соціальної функції. При цьому порівнювані вибірки за загальним балом МІЕФ, балами ЕД-МІЕФ, сексуального бажання, оргазмічної функції, задоволення від статевого акту, фізичної функції, відчуття болю мають істотно різні дисперсії; за балами інших доменів дисперсії відрізняються не істотно, тобто пацієнти мають подібне бачення цих компонентів анкет за результатами F-тесту. Можна спостерігати, що наявність у чоловіка сексуальної дисфункції, з переважним ураженням будь якої складової сексуального життя, неодмінно призводить до погіршення більшості доменів асоційованої зі здоров'ям якості життя. При профілюванні пацієнтів з ЕД середньої важкості згідно простого запитання (ЕД-пз), також виявлено достовірне зниження середніх значень усіх крім одного доменів обох анкет ($p < 0,05$). Не встановлено достовірної різниці середніх балів лише для соціальної функції. Порівнювані вибірки за загальним балом МІЕФ, сексуального бажання, оргазмічної функції, фізичної функції, рольового функціонування, відчуття болю мають істотно різні дисперсії; за балами доменів задоволення від статевого акту, задоволення від статевого життя, загального здоров'я, рольово-емоційного функціонування, соціальної функції, життєвої активності, психічного здоров'я дисперсії відрізняються не істотно, тобто відповіді пацієнтів даної групи на одні і ті ж запитання дуже подібні між собою за результатами F-тесту. Профілювання пацієнтів з важкою ЕД за результатами простого запитання (ЕД-пз), виявлено достовірне зниження відносно здорових чоловіків середніх значень загального балу МІЕФ, домену ЕД-МІЕФ, сексуального бажання, оргазмічної функції, задоволення від статевого акту, задоволення від статевого життя, загального здоров'я, фізичного функціонування, рольово-емоційного функціонування, відчуття болю, життєвої активності, психічного здоров'я ($p < 0,002$). За нашими даними, лише рольове функціонування, обумовлене фізичним станом не вірогідно

страждає при важкій ЕД ($p=0,09$). Порівнювані вибірки за доменами загального балу МІЕФ, сексуального бажання, оргазмічної функції, задоволення від статевого акту, фізичної функції, рольово-фізичного функціонування, відчуття болю мають істотно різні дисперсії; за балами доменів задоволення від статевого життя, еректильної функції, загального здоров'я, рольово-емоційного функціонування життєвої активності, психічного здоров'я і, звичайно, соціальної функції, дисперсії відрізняються не істотно, а отже практично однаково відображають стан свого здоров'я за цими доменами згідно результатів F-тесту.

Поруч з результатами простого запитання, ми профілювали пацієнтів за важкістю ЕД згідно еректильного домену анкети МІЕФ, який включає 6 запитань, а це передбачає істотну відмінність в розподілі пацієнтів у порівнянні з ЕД-пз. Тим не менше, також спостерігається достовірна різниця відносно здорових чоловіків середніх значень загального балу МІЕФ, домену ЕД-МІЕФ, сексуального бажання, оргазмічної функції, задоволення від статевого акту, задоволення від статевого життя, фізичного функціонування, рольово-емоційного функціонування, життєвої активності, психічного здоров'я ($p \leq 0,01$), а також узгодження важкості ЕД з ЕД-пз ($p < 0,007$). Менш значуще при легкій ЕД знижується показник загального здоров'я ($p=0,097$), відчуття болю ($p=0,07$) і навіть соціальної функції ($p=0,07$). За отриманими даними, вибірки мають значуще різні дисперсії по доменах загального балу МІЕФ, сексуального бажання, оргазмічної функції, загального здоров'я, фізичної функції, відчуття болю, що може свідчити про різноманітність форм ЕД, які ввійшли у категорію легкої ЕД. За балами доменів задоволення від статевого акту і життя, еректильної функції, загального здоров'я, рольово-фізичного і рольово-емоційного функціонування, соціальної функції, життєвої активності, психічного здоров'я дисперсії відрізняються не істотно згідно результатів F-тесту. Середні значення при легкій ЕД за критеріями МІЕФ 16-того запитання склали 1,05 бала, що майже ідентично показнику самого ЕД-пз.

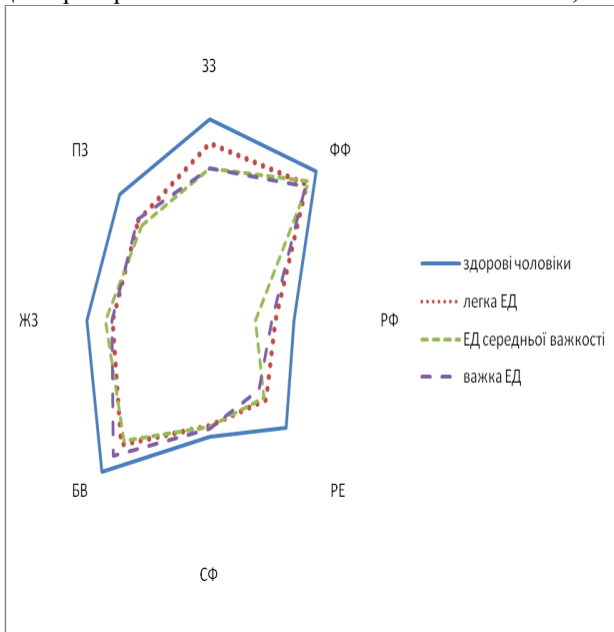


Рис. 1. Середні значення доменів SF-36 в залежності від важкості ЕД згідно ЕД-пз.

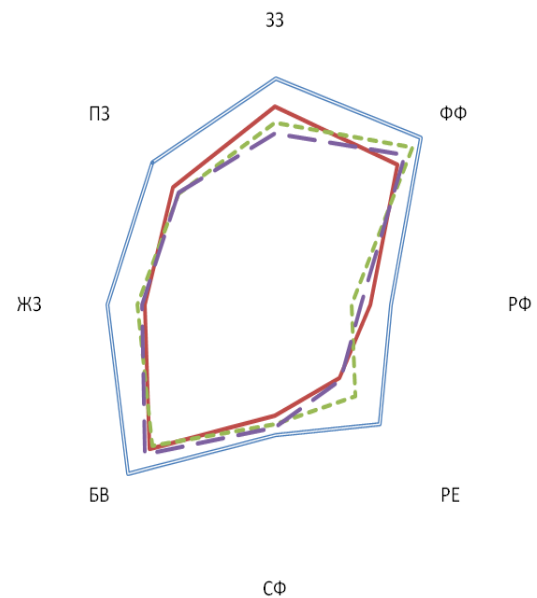


Рис. 2. Середні значення доменів SF-36 в залежності від важкості ЕД згідно ЕД-МІЕФ.

У чоловіків з ЕД середньої важкості згідно ЕД-МІЕФ відмічається достовірна різниця середніх значень усіх доменів обох анкет ($p < 0,05$), окрім соціальної функції, а, отже, ЕД середньої важкості негативно відбивається на всіх сексуальних функціях і асоційованій зі здоров'ям якості життя. Вибірki не подібні між собою, тобто мають істотно різні дисперсії балів усіх доменів, окрім соціальної функції, за результатами критерію Фішера-Снедекора. Середнє значення 16-того запитання склало 1,83, тобто є близьким до цифри 2 – оцінки помірної ЕД за ЕД-пз. У чоловіків з важкою ЕД згідно ЕД-МІЕФ також відмічається достовірна різниця середніх значень усіх доменів анкет SF-36 і МІЕФ ($p < 0,001$), окрім рольово-фізичного функціонування і соціальної функції. Мінливості вибірок подібні за доменами задоволення від статевого життя, загального здоров'я, рольово-фізичного та рольово-емоційного функціонування, соціальної функції, життєвої активності та психічного здоров'я згідно результатів розрахунку критерію Фішера-Снедекора. Середнє значення 16-го запитання при профілюванні за МІЕФ склало 2,99, що максимально наближено до констатування важкої ЕД при профілюванні за ЕД-пз. З рис. 1 спостерігається вірогідне зменшення середніх балів всіх доменів анкети оцінки залежної від здоров'я якості життя при ЕД різної важкості. Цікавим виявляється факт різкого зниження рольово-фізичного функціонування у групі ЕД середньої важкості. Враховуючи те, що домен ЕД-МІЕФ складається з суми балів 6-ти запитань, профілювання за цим доменом відобразило дещо інші тенденції в порівнянні з ЕД-пз. Як відмічалось, при наявності ЕД будь-якої важкості вірогідно знижені усі домени SF-36 ($p < 0,05$) (рис. 2). У групі з легкою ЕД зниження всіх показників найбільш репрезентативні. Важко однозначно трактувати раптове зростання балу ФФ та РЕ при ЕД середньої важкості та подальше зниження при важкій ЕД.

Це можна пояснити як і випадку профілювання за ЕД-пз великою кількістю пацієнтів з психогенною ЕД з суб'єктивно важкою оцінкою власної патології. Найбільш показово різко знижується домен ЕД-МІЕФ зі ступенем важкості ЕД згідно МІЕФ (рис. 3). Усі інші домени МІЕФ також достовірно і репрезентативно знижуються при ЕД згідно ступеня важкості, у порівнянні зі здоровою групою респондентів.

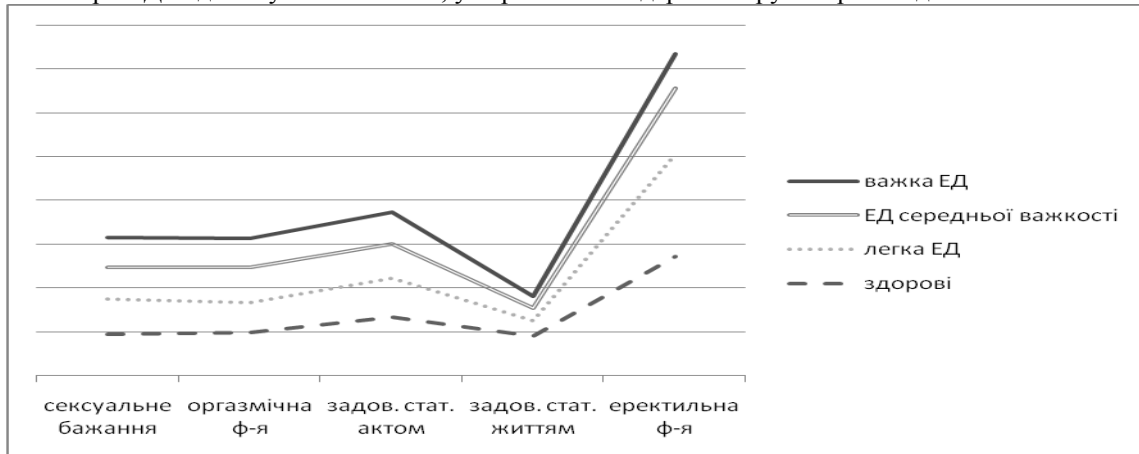


Рис. 3. Середні значення доменів МІЕФ в залежності від важкості ЕД згідно ЕД-МІЕФ (у відсотковому вираженні)

При анкетуванні за простим 16-м запитанням щодо суб'єктивно оціненої важкості ЕД результати виявились майже ідентичними домену ЕД-МІЕФ у процентному вираженні (рис.4).

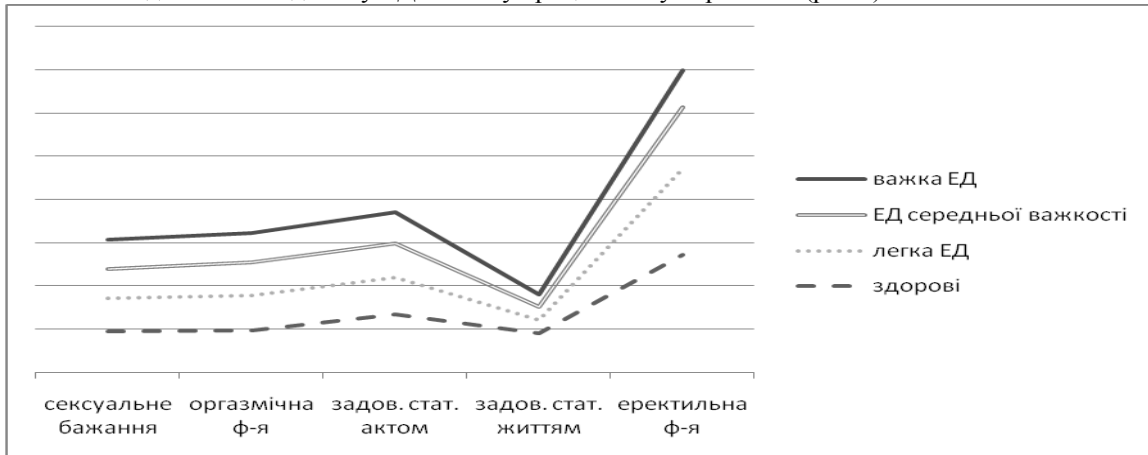


Рис. 4. Середні значення доменів МІЕФ в залежності від важкості ЕД згідно ЕД-пз (у відсотковому вираженні).

Висновки

1. У пацієнтів з легкою ЕД, згідно ЕД-пз, вірогідно знижені всі показники анкет SF-36 та МІЕФ ($p < 0,02$), окрім доменів рольового функціонування, пов'язаного з фізичною функцією і соціальної функції. Домен загального здоров'я погіршувався з вірогідністю $p = 0,06$. У пацієнтів з ЕД середньої важкості, згідно ЕД-пз, вірогідно знижені всі показники анкет SF-36 та МІЕФ ($p \leq 0,05$), окрім соціальної функції. У пацієнтів з важкою ЕД, згідно ЕД-пз, вірогідно знижені всі показники анкет SF-36 та МІЕФ ($p \leq 0,002$), окрім доменів рольового функціонування, пов'язаного з фізичною функцією і соціальної функції.
2. У пацієнтів з легкою ЕД згідно МІЕФ вірогідно знижені всі показники анкети МІЕФ ($p < 0,004$), серед доменів SF-36 вірогідно знижені показники фізичної функції, рольово-емоційної функції, життєвої активності, психічного здоров'я ($p \leq 0,01$). У пацієнтів з ЕД середньої важкості згідно МІЕФ вірогідно знижені всі показники анкет SF-36 та МІЕФ ($p < 0,04$), окрім домену соціальної функції. У пацієнтів з важкою ЕД згідно МІЕФ вірогідно знижені всі показники анкет SF-36 та МІЕФ ($p \leq 0,001$), окрім доменів рольового функціонування, пов'язаного з фізичною функцією і соціальної функції. Ці показники є ідентичними як і при застосуванні ЕД-пз.
3. Супутнє погіршення сексуального бажання, оргазмічної функції, задоволення від статевого акту і статевого життя у пацієнтів з первинними скаргами на розлади ерекції, вказує на більш коректне формулювання «сексуальна дисфункція» на противагу «еректильна дисфункція».

Перспективи подальших досліджень полягають у накопиченні статистичного матеріалу – збільшенні кількості анкетованих чоловіків, як здорових, так і зі скаргами на ЕД відповідних вікових груп, для отримання максимальної вірогідності результатів при опрацюванні результатів великих виборок.

Література

1. Амирджанова В. Н. Популяционные показатели качества жизни по опроснику SF-36 / В. Н. Амирджанова, Д. В. Горячев, Н. И. Коршунов // Научно-практическая ревматология. – 2008. – №1. – С.36-48.

2. Перцева Т. О. Медико–соціальні аспекти визначення якості життя у хворих на бронхіальну астму та хронічний обструктивний бронхіт / Т. О. Перцева, Л. А. Ботвіннікова // Укр. пульмонол. журн. — 2000. — № 1. — С. 19–21.
3. Фещенко Ю. І. Процедура адаптації міжнародного опитувальника оцінки якості життя MOS SF-36 в Україні. Досвід застосування у хворих бронхіальною астмою / Ю. І. Фещенко, Ю. М. Мостовой, Ю.В. Бабійчук // Український пульмонологічний журнал. — 2002. — №3. — С.9-11.
4. Rosen R.C. The International Index of Erectile Function (IIEF): a multidimensional scale for assessment of Erectile Dysfunction / R. C. Rosen, A. Riley, G. Wagner // Urology. — 1997. — V.49. — P.822–830.
5. Cappelleri J.C. Diagnostic evaluation of the erectile function domain of the international index of erectile function / J. C. Cappelleri, R. C. Rosen, M. D. Smith // Urology. — 1999. — V.54. — P. 346–351.
6. Ware J.E. Evaluating translations of health status questionnaires / Ware J. E., Keller S.D., Gandek B. Brazier J.E. // International Journal of Technology Assessment in Health care. — 1995. — № 11:3. — С. 525–551.

Резюме

СВЯЗАННОЕ СО ЗДОРОВЬЕМ КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И ЭРЕКТИЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ РАЗНОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ

Воробец Д.З.

Исследовано показатели связанного со здоровьем качества жизни у пациентов с эректильной дисфункцией (ЭД) в зависимости от ее тяжести. У мужчин с незначительной эректильной дисфункцией наблюдается достоверное снижение всех доменов анкет МИЭФ и SF-36, кроме ролевого функционирования, опосредованного физической функцией и социальной функции ($p < 0,02$). У мужчин с умеренной ЭД снижены средние показатели всех доменов анкет МИЭФ и SF-36, кроме социальной функции ($p \leq 0,05$). У мужчин с тяжелой ЭД снижены средние показатели всех доменов анкет МИЭФ и SF-36, кроме ролевого функционирования, опосредованного физической функцией и социальной функции ($p \leq 0,002$). Этот факт наводит на более корректное формулирование «сексуальная дисфункция» чем «эректильная дисфункция»

Ключевые слова: эректильная дисфункция, ассоциированное со здоровьем качество жизни.

Стаття надійшла 24.06.2010 р.

HEALTH-RELATED QUALITY OF LIFE DEPENDING ON ERECTILE DYSFUNCTION SEVERITY

Vorobets D.Z.

The research evaluates the rates of life quality related to health of patients with erectile dysfunction depending on it severity. Patients with slight ED evaluated by ED-sq had lower average rates of all domains from the questionnaires IIEF and SF-36, except role-physical function social function and, then men without ED ($p < 0,02$). Patients with moderate ED had lower average rates of all domains from the questionnaires IIEF and SF-36, except social function ($p \leq 0,05$). Patients with severe ED had lower average rates of all domains from the questionnaires IIEF and SF-36, except role-physical function social function and, then men without ED ($p \leq 0,002$). It lead us to conclusion that definition “sexual disfunction” is more correct than “erectile dysfunction”.

Key words: erectile dysfunction, health-related quality of life.

УДК 616.843

Д. А. Воскресенська, В. В. Корбутало, І. І. Соболюк, О. В. Міжєшкова
ВЛНЗ України, Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава

СУЧАСНІ МЕТОДИ ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНИХ ДАКРІОЦИСТИТИВ

Стійке порушення слезовідвідної функції ока є одним з проявів хронічного дакріоцистити. Ефективні тільки хірургічні методи лікування. Існують 2 основні методи його лікування: екстраназальна та ендоназальна дакріоцисториностомія. Ендоназальний доступ характеризується невеликою травматичністю, косметичністю, мінімальним порушенням фізіологічної системи слезовідведення. Для отримання хороших функціональних результатів потрібно одномоментно усувати несприятливі риногенні фактори.

Ключові слова: слезовідвідна система, дакріоцистит, дакріоцисториностомія.

Одним з проявів хронічного дакріоцистити є стійке порушення слезовідвідної функції ока. У загальній структурі очної патології запальні захворювання вертикального відділу слезовідвідного тракту становлять від 2 до 21, 9 % . У жінок дакріоцистит зустрічається в 6-10 разів частіше, ніж у чоловіків [3]. Частіше воно буває хронічним але може перебувати і у гострій формі- флегмона слезного міхура. При гострому перебігу дакріоцистити в перші дні його лікування консервативне, а в стадії, коли запалення ушухло лікування завжди хірургічне. Всі ж операції що застосовували до XIX століття, давали маловтішні результати, тому що створений отвір швидко заростав.

На початку XX століття Тоті запропонував дакріоцисториностомію (ДЦРС), яка вирішила проблему дакріоцистити завдяки створенню анастомозу між слезним міхуром і носовою порожниною. За сто минутих