

УДК 616.69-008.14(009):055.1/613.62

К ВОПРОСУ ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У МУЖЧИН

¹Каусова Г.К., ²Сулейменов С.С.

¹Высшая школа общественного здравоохранения МЗ РК, Алматы, e-mail: g.kausova@ksph.kz;

²Высшая школа общественного здравоохранения МЗ РК, Алматы, e-mail: ss_samat@mail.ru

Исследование проводилось на базе городских поликлиник №4, №17 г. Алматы. Для репрезентативности исследования проводился отбор пациентов мужчин г. Алматы, разного возраста (20-79 лет) и социального положения общей численностью 599 человек. Программа была направлена на выявление особенностей жизнедеятельности мужчин с оценкой факторов риска их профессиональной деятельности, жилищно-бытовых условий, режима и качества питания, социально-психологического благополучия в семье и наличие дисгармоний супружеской жизни, степени физического и нервно-психологического напряжения на работе и в семье. Для определения и оценки степени выраженности нарушения эректильной функции у мужчин использовался Международный Индекс Эректильной Функции (МИЭФ-5). Исследование показало, что необходимо разрабатывать и внедрять комплексные региональные профилактические программы, создавать «центры мужского здоровья» при первичной медико-санитарной помощи (ПМСП), больше привлекать средства массовой информации (СМИ) для улучшения медицинской информированности населения и проведения государственной системы пропаганды здорового образа жизни (ЗОЖ) среди мужчин.

Ключевые слова: эректильная дисфункция, мужское бесплодие, первичная медико-санитарная помощь, факторы риска, Республика Казахстан

TO THE QUESTION ERECTILE DYSFUNCTION IN MEN

¹Kausova G.K., ²Suleymenov S.S

¹Kazakh School of Public Health MH RK, Almaty, e-mail: g.kausova @ ksph.kz;

²Kazakh School of Public Health MH RK, Almaty, e-mail: ss_samat@mail.ru

The research was conducted on the basis of urban polyclinics № 4, № 17 Almaty. For the representativeness of the study is conducted selection of men patients in Almaty of different age (20-79 years) and social provisions totaling 599 people. The program was aimed at identifying features of life of men with risk assessment of their professional activities, housing conditions, and regime of nutrition, social and psychological well-being in the presence of family and marital disharmony of life, degree of physical and neuro-psychological stress at work and at home. To identify and assess the severity of erectile function of men used the International Index of Erectile Function (IIEF-5). Research has shown the need to develop and implement comprehensive regional prevention programs to create «centers of men's health» at the primary health care (PHC), to attract more media (media) to increase health awareness and implementation of state propaganda system HLS men .

Keywords: erectile dysfunction, male infertility, primary health care, risk factors, the Republic of Kazakhstan

Укрепления здоровья нации – является одной из важнейших задач каждого государства в области социальной политики. В последние годы благодаря большому вниманию со стороны государства к процессам реформирования систем здравоохранения, масштабному перевооружению организаций здравоохранения, в Республике Казахстан (РК) наметилась положительная тенденция к снижению смертности, повышению продолжительности жизни.

Здоровье каждого человека, как составляющая здоровья всего населения, становится фактором, определяющим не только полноценность его существования, но и потенциал его возможностей. Уровень состояния здоровья народа, в свою очередь, определяет меру социально-экономического, культурного и индустриального развития страны [1].

Под качеством жизни в современных концепциях философских и социальных течений понимают комплексный показатель физического, психического и социального

благополучия, т.е. отождествляют его с понятием здоровья. Центральными задачами в концепции качества жизни провозглашаются: – обеспечение физического и морального здоровья человека.

Совершенствование системы здравоохранения, предусмотренное национальными программами, определяет необходимость научного обоснования мероприятий по сохранению и укреплению здоровья населения [2].

В современных социально-экономических условиях важной государственной задачей является оптимизация медико-демографических процессов, укрепление семьи улучшение здоровья и качества жизни различных возрастно-половых групп населения [3,4]. За последние годы заметно возросла распространенность разных факторов риска, влияющих на формирование хронической патологии, ухудшились показатели социально-психологического благополучия. Особенности жизнедеятельности современных мужчин оказывают заметные

влияние на их состояние здоровья и продолжительность жизни. Отечественными и зарубежными исследователями отмечается возрастающий уровень распространенности мужского бесплодия, эректильной дисфункции и других сексуальных нарушений [5]. Распространенность эректильной дисфункции составляет от 5% у мужчин возрастной группы до 40 лет и более 10-20% у мужчин в возрасте старше 60 лет [6]. Однако, до настоящего времени остаются малоизученными факторы риска основных видов жизнедеятельности, влияющие на формирование эректильной дисфункции [7]. Недостаточно проводится систематизация и оценка эффективности применения многочисленных препаратов и методов профилактики и лечения эректильной дисфункции. Проведенные аналитические исследования с оценкой качества медицинской помощи и эффективности от лечения у мужчин с эректильной дисфункцией в условиях первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) представлены недостаточно. С распространением частных центров и клиник лечение эректильной дисфункции нуждается в регулировании их, аккредитация, сертификация и стандартизация методов комплексного лечения, оценка качества оказанного вида помощи и эффективности выполненных работ. Актуальным и практически целесообразным представляется совершенствование клинико-организационных форм консультативно-диагностической, лечебной и восстановительной деятельности врачей-урологов, андрологов и др. специалистов на первичном этапе медицинской помощи.

Цель исследования. Изучить и оценить состояние и особенности влияния факторов риска на эректильную функцию мужчин.

Материалы и методы исследования

Исследование проводилось на базе городских поликлиник №4, №17 г. Алматы. Согласно поставленной цели и задачи исследования было проведено медико-социальное анкетирование и затем статистическая обработка данных. В исследовании предусматривалось проведение этапного анкетирования, медико-социологического исследования, для выявленных пациентов «группы риска» по эректильной дисфункции на амбулаторном этапе. Для репрезентативности исследования проводился отбор пациентов мужчин г.Алматы, разного возраста (20-79 лет) и социального положения общей численностью 599 человек. Этапный отбор проводился методом случайной выборки со статистически достоверным распределением мужчин по группам риска развития или наличия эректильной дисфункции с разной степени выраженности. Программа медико-социального анализа (61 статистический признак) была направлена на выявление особенностей жизнедеятельности мужчин с оценкой факторов риска их профессиональной деятельности,

жилищно-бытовых условий, режима и качества питания, социально-психологического благополучия в семье и наличие дисгармоний супружеской жизни, степени физического и нервно-психологического напряжения на работе и в семье, социально-экономического состояния, уровня медицинской информированности (в том числе по проблемам сексуальной жизни и сохранения здоровья) и медико-социальной активности. Для определения и оценки степени выраженности нарушения эректильной функции у мужчин использовался Международный Индекс Эректильной Функции (МИЭФ-5), при использовании которого нормой считается сумма баллов 22-25, умеренная сумма баллов 11-21 и значительные нарушения эрекции составляют 1-11 баллов.

В «Международной классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем» (10 пересмотр, ВОЗ, Женева, 1995 год) в классе (XIV) болезней, мочеполовой системы, в блоке «болезни мужских половых органов» (N40-N51) представлены только группы болезней такие, как «мужское бесплодие» (N46), «импотенция органического происхождения» (N48.4), «сосудистые расстройства мужских половых органов» (N50.1), и «другие болезни полового члена» (N48). То, что недостаточно соответствует субъективным и объективным состояниям, был использован термин «эректильная дисфункция», которая часто используется в научной литературе и в клинической практике.

При анализе установок на здоровый образ жизни выявлялось отношение мужчин к курению и употреблению алкогольных напитков (частота и длительность), к употреблению наркотических и токсических препаратов, к физической и оздоровительной деятельности, проведению профилактических мероприятий по укреплению своего здоровья и др. Специальный блок признаков позволил провести методом анонимного анкетирования с элементами интервью анализ субъективных состояний и симптомов, специфических для заболеваний мочеполовой системы. Выявлялись особенности сексуальной жизни (возраст начала, качество и степень удовлетворенности, частота, выраженность желания, критерии выбора партнерши и др.). Мужчины откровенно, сознательно и объективно раскрывали свои мужские секреты с оценкой качества копулятивного цикла (продолжительность полового акта, качество эрекции и оргазма и др.), успешности и гармоничности половых отношений (по 5-балльной шкале).

Результаты исследования и их обсуждение

Полученные данные показывают, что с возрастом снижается сексуальное желание у мужчин. Если в 20-29 летнем возрасте повышенное сексуальное желание встречается у более половины исследованных мужчин (62,3%), то этот показатель в возрастных группах 70-79 лет составляет 19,1%. Следует отметить, что если низкая степень сексуального желания в возрасте 20-29 лет встречается всего в 2,3% случаев, то в возрасте 30-49 лет в 7,2-7,3% случаев, а в возрасте 50-59 лет – в 25,7% случаев. Так как мужчины данных возрастов являются трудоспособными и социально актив-

ными, то данная ситуация является важной медицинской и социально значимой проблемой. Оценка мужчинами гармоничности и удовлетворенности от половых актов уменьшается по мере увеличения степени выраженности ЭД.

В исследовании установлено, что семейный статус достоверно коррелировал с тяжестью возникшей ЭД у опрошенных мужчин ($C=0,35$; $p<0,001$). Наличие выраженной ЭД^к (8,3%) и умеренной ЭД (25,9%) среди женатых мужчин меньше, чем среди разведенных или вдовцов (29,2% и 60,2% соответственно), а также среди холостых (62,5% и 13,9%). При этом риск возникновения более тяжелой формы ЭД у холостых мужчин значительно выше при сравнении с женатыми.

Исследования показали, что происходит достоверное ($p<0,001$) снижение яркости и окрашенности оргастических ощущений с возрастом. Значительное количество мужчин, однозначно отмечающих снижение оргастических проявлений, увеличивается в старших возрастных группах (до 29 лет – 14,6% иногда, 3,1% – часто; 30-39 лет – 31,0% и 2,5%; 40-49 лет – 52,2% и 6,7%; 50-59 лет – 51,3% и 12,1%; 60-69 лет – 52,2% и 18,0%; старше 70 лет – 53,8% и 22,8% соответственно).

Среди мужчин более чем на половину указывают на такие причины как, неблагоприятные жилищно-бытовые условия, физическую слабость, фригидность сексуальной партнерши, сексуальные дисгармонии, неудовлетворенность собой, недостаточность средств и возможностей, психологическая несовместимость, которые мешают

создания благоприятной атмосферы для сексуальной жизни.

Таким образом, деятельность системы здравоохранения, особенно на первичном уровне, по вопросам профилактики эректильных расстройств среди мужчин, должна быть направлена на создание здоровой среды, мотивации к укреплению и сохранению здоровья, разрабатывать и внедрять комплексные региональные профилактические программы, создавать «центры мужского здоровья» при первичной медико-санитарной помощи, больше привлекать средства массовой информации для улучшения медицинской информированности населения и проведения государственной системы пропаганды ЗОЖ среди мужчин.

Список литературы

1. Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011 – 2015 годы. – Астана. – 2010.
2. Вялков А.И. Оценка эффективности деятельности учреждений здравоохранения / А. И. Вялков // Гл. врач. 2005. – № 3. – с.25-33.
3. Новик А.А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине / А.А. Новик, Т.И. Ионова. Под ред. Ю.Л. Шевченко. М., 2007. – с.320.
4. Лучкевич В.С. Основы социальной медицины и управления здравоохранением / В.С. Лучкевич. – СПб., 2005. – с.136.
5. Коган М.И. Диагностика и лечение эректильной импотенции: автореф. дис. д-ра мед.наук. / М.И. Коган. М., 1987. – с. 32-41.
6. McKinlay J.B. Goldstein I., Hatzichristou D.G., Feldman H.A., Krane R.J., Impotence and its medical and psychological correlates: results of the Massachusetts male aging study. The journal of urology 1994. Vol. 151. P.49
7. Грегуцар А. Импотенция: интегрированный подход к клинической практике / А. Грегуцар, Д.П. Прайор. – М.: Медицина, 2000. – С.119-121.