Український неврологічний журнал.— 2014.— № 1.— С. 75—80.

УДК 616.832-004.2-06+618.17-08-02+616.69-0088-02

Н. С. РАДЗІХОВСЬКА [1], Л. І. СОКОЛОВА [2]

[1] Київська міська клінічна лікарня № 4

[2] Національний медичний університет ім. О. О. Богомольця, Київ

Сексуальна дисфункція у хворих на розсіяний склероз різної тяжкості і тривалості

Мета — визначити частоту порушень сексуальної функції (СФ) у хворих на розсіяний склероз (РС) та їх зв'язок з демографічними і клінічними характеристиками.

Матеріали і методи. Обстежено 70 (36 жінок та 34 чоловіків) хворих на РС. Середній вік хворих становив (32,8 ± 6,5) року, середня тривалість захворювання — (6,2 ± 4,9) року, ступінь інвалідизації за шкалою EDSS — (3,3 ± 1,5) бала. Хворим проведено комплексне клініко-неврологічне дослідження, анонімне тестування за допомогою опитувальників MFSQ, IIEF, SEAR.

Результати. У жінок не виявлено статистично значущої різниці змін СФ залежно від рівня інвалідизації та тривалості захворювання. Встановлено залежність рівня зниження СФ у чоловіків від ступеня неврологічного дефіциту, а також погіршення стосунків між партнерами при вираженішій інвалідизації хворих на РС. У чоловіків з тривалістю захворювання 6—10 років виявлено більше зниження СФ. Установлено статистично значущі відмінності між хворими з тривалістю захворювання до 5 років та 6—10 років щодо погіршення стосунків між партнерами.

Висновки. У жінок, хворих на РС, суттєвих порушень СФ не виявлено. У чоловіків відзначено зниження СФ у разі наявності більш вираженого неврологічного дефіциту, а також у разі тривалості захворювання 6—10 років порівняно з іншими підгрупами. Встановлено погіршення стосунків між партнерами в перші 10 років захворювання.

Ключові слова: розсіяний склероз, сексуальна функція.

Розсіяний склероз (РС) — це хронічне прогресивне запальне нейродегенеративне захворювання центральної нервової системи [9]. На РС страждають переважно особи молодого віку. Жінки хворіють удвічі частіше, ніж чоловіки [1, 20]. У світі нараховується близько 3 млн хворих на РС. В Україні станом на 2012 р. зафіксовано близько 19 760 хворих [10]. Останнім часом спостерігається постійне збільшення захворюваності на РС як у світі, так і зокрема в Україні [1].

За даними ВООЗ, серед неврологічних захворювань РС є основною причиною стійкої інвалідизації осіб молодого віку. Через 10 років від початку захворювання 30—37 % хворих здатні пересуватися лише зі сторонньою допомогою, 50 % хворих мають труднощі з виконанням професійних обов'язків, понад 80 % хворих змушені змінити роботу [4].

РС уражає різні функціональні системи: зорову, рухову, координаторну, чутливу, функцію тазових органів, черепних нервів, церебральні функції (пам'ять, концентрація, увага, настрій). Одним із виявів захворювання можуть бути розлади сексуальної сфери [5, 26].

За даними літератури, сексуальна дисфункція виникає у 50—84 % чоловіків, хворих на РС, та у 45—85 % жінок [12, 13, 19]. Розлади сексуальної функції (СФ) виявляються у вигляді зниження бажання, збудження, порушення оргазму, в чоловіків також порушенням еякуляторної функції, у жінок — появою болісних відчуттів (диспареунії) [15, 23]. На момент діагностування РС 10,0—34,9 % жінок скаржаться на сексуальні порушення [13, 22].

© Н. С. Радзіховська, Л. І. Соколова, 2014

Стаття надійшла до редакції 4 лютого 2014 р.

Соколова Лариса Іванівна, д. мед. н., проф., зав. кафедри
01601, м. Київ, бульв. Т. Шевченка, 13. Тел. (44) 249-78-24

Z. N. Guo та співавт. розробили модель розвитку порушень СФ, яка містить три складових [21]: безпосереднє ураження ЦНС та статевих шляхів, фізична інвалідизація внаслідок РС (стомлюваність, неврологічний дефіцит, зокрема спастика та/або порушення функції тазових органів), психоемоційні та когнітивні зміни, соціальні й культурні аспекти [2, 3, 6—8, 11, 14, 18, 27, 29, 30].

Порушення СФ у хворих на РС впливає на життєдіяльність хворого, його стосунки з оточенням, психоемоційний стан, тобто погіршує якість життя хворого [14, 17].

Цю проблему досліджують у різних країнах. В Україні проведено поодинокі роботи. Питання діагностики та лікування сексуальної дисфункції у хворих на РС потребують глибшого вивчення.

Мета роботи — визначити частоту порушень СФ у хворих на РС та їх зв'язок з демографічними і клінічними характеристиками.

Матеріали і методи

Обстежено 70 (36 жінок та 34 чоловіків) хворих на РС віком від 19 до 46 років, які проходили лікування в центрі РС Київської міської клінічної лікарні № 4. Середній вік хворих становив (32,8 ± ± 6,5) року, середня тривалість захворювання — (6,2 ± 4,9) року (від 1 міс до 22 років). Хворі мали ремітивно-рецидивний тип перебігу РС у стадії ремісії (31 випадок) або загострення (39).

Хворим проведено клініко-неврологічне обстеження з оцінкою неврологічного дефіциту за загальною шкалою інвалідизації Expanded Disability Status Scale (EDSS). Шкала EDSS відображує ураження нервової системи за 8 функціональними системами: зорова функція, функція черепних нервів, ураження пірамідної системи, координаторні розлади, порушення чутливості, порушення функції тазових органів, церебральні функції (пам'ять, концентрація, увага, настрій), здатність до пересування. Кожну з функціональних систем оцінювали у балах і розраховували загальний ступінь інвалідизації [24].

Для оцінки СФ у жінок застосовували опитувальник жіночої сексуальності (McCoy Female Sexuality Questionnaire (MFSQ)). За допомогою цього опитувальника виявляли порушення сексуального бажання, збудження, вагінальної любрикації, оргазму, стосунків із сексуальним партнером. Опитувальник містить 19 запитань. Відповіді оцінювали за 5-бальною шкалою, де п'ять балів відповідали незміненій функції, один — максимально вираженим змінам. Результати інтерпретували так: найвищий сумарний бал відповідав нормальній СФ, найнижчий — вираженим змінам [25].

Для оцінки СФ у чоловіків використовували міжнародний індекс еректильної функції (International Index of Erectile Function (IIEF)). Визначали рівень еректильної функції, функції оргазму, сексуального бажання, задоволення від статевого акту, загальне задоволення від сексуальних стосунків. Опитувальник містить 15 запитань. Результати оцінювали так само, як для MFSQ [28].

У хворих обох статей проводили анонімне анкетування за допомогою опитувальника Self-Esteemand Relationship Questionnaire (SEAR). Опитувальник, який містить 14 запитань, дає змогу оцінити сексуальне задоволення, почуття власної гідності, загальне задоволення від стосунків. Оцінювання здійснювали за 4-бальною шкалою, де чотири бали відповідали відсутності змін у стосунках, один — вираженим змінам. Підрахунки проводили у кожній підгрупі окремо, найвищий сумарний бал підсистеми відповідав відсутності змін, найнижчий — вираженим змінам. Також визначали трансформовану сумарну оцінку балів підгруп, норма відповідала 100 % [16].

Отримані дані обробляли за допомогою непараметричного методу — дисперсійного аналізу ANOVA.

Результати та обговорення

Хворих обстежували під час ремісії та загострення РС. Суттєвої різниці між результатами опитування хворих з обома стадіями захворювання щодо стану СФ не виявлено. Це можна пояснити тим, що опитувальники оцінюють стан СФ протягом останніх чотирьох тижнів, тобто у період до початку загострення (стадія ремісії).

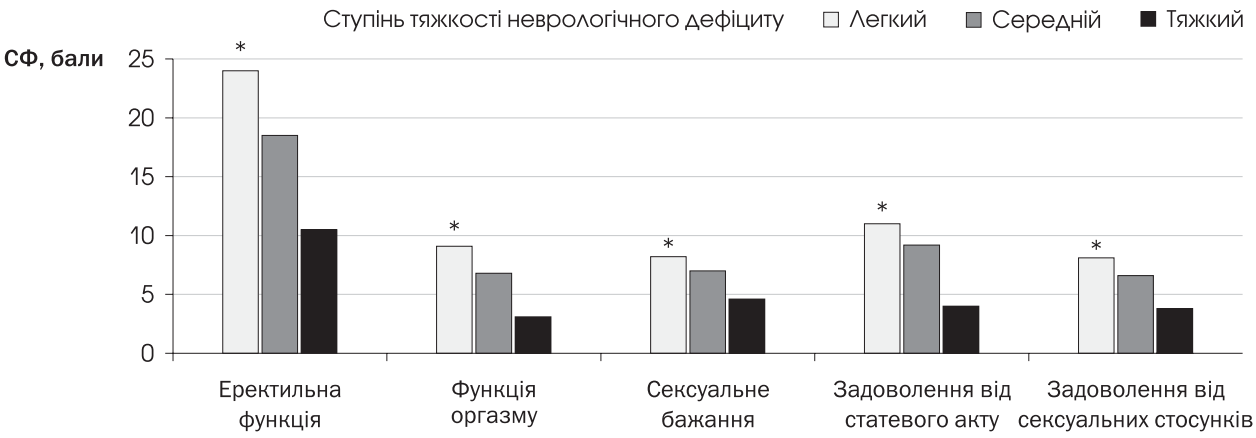
За вираженістю неврологічного дефіциту хворих розподілено на три групи: з легким ступенем тяжкості (1,0—3,0 бали за шкалою EDSS) — 37 (18 чоловіків та 19 жінок) хворих, середнім (3,5—5,5 бала) — 20 (10 жінок та 10 чоловіків), тяжким (6,0 балів та більше) — 13 (6 чоловіків та 7 жінок). Середній бал за шкалою EDSS становив (3,3 ± 1,5) бала.

За результатами оцінки СФ залежно від рівня інвалідизації у хворих чоловіків виявлено достовірні зміни СФ за всіма показниками, зокрема стійку залежність зниження СФ від вираженості неврологічного дефіциту (рис. 1). Установлено статистично значущу різницю між легким і тяжким ступенем тяжкості за всіма показниками ($p \leq 0,05$).

У жінок не виявлено статистично значущої різниці між ступенями тяжкості за всіма показниками ($p \leq 0,05$), але відзначено вираженіше зниження СФ за всіма показниками у хворих із середнім ступенем тяжкості за шкалою EDSS (рис. 2).

За результатами анкетування сексуальних партнерів виявлено стійке погіршення їхніх стосунків у міру поглиблення неврологічного дефіциту (рис. 3). Установлено статистично значущу різницю щодо сексуальної дисфункції між хворими з різним ступенем неврологічного дефіциту ($p \leq 0,05$).

Привертає увагу різке погіршення сексуальних стосунків у хворих з вираженим ступенем неврологічного дефіциту, особливо за показниками сексуального та загального задоволення.



** Різниця щодо тяжкого ступеня статистично значуща ($p \leq 0,05$).*

Рис. 1. *Залежність зниження СФ у чоловіків від вираженості неврологічного дефіциту за шкалою EDSS*

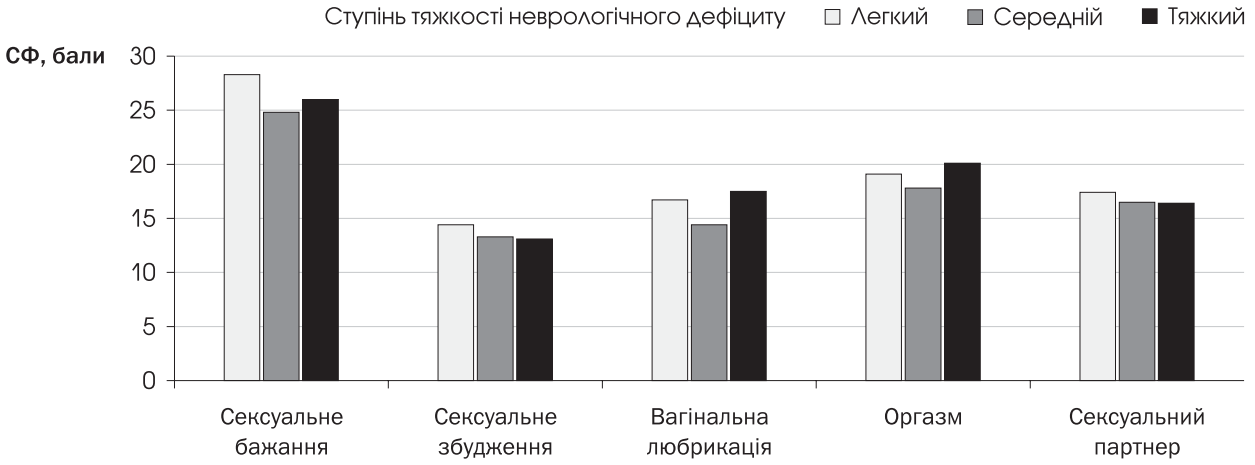
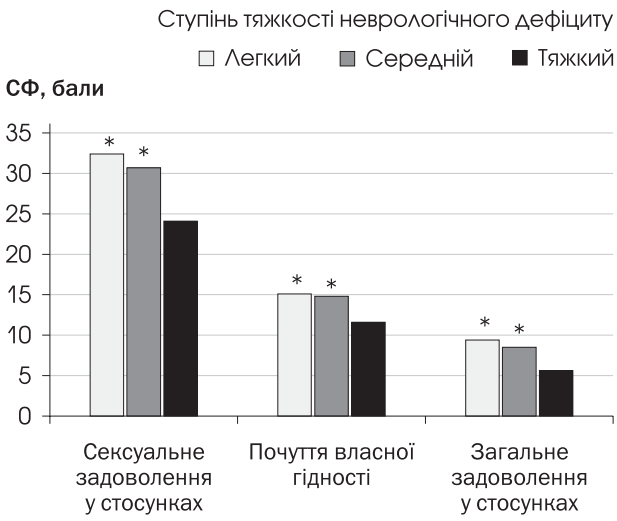


Рис. 2. *Оцінка СФ у жінок з різним ступенем тяжкості неврологічного дефіциту за шкалою EDSS*



** Різниця щодо тяжкого ступеня статистично значуща ($p \leq 0,05$).*

Рис. 3. *Залежність сексуальних стосунків між партнерами від вираженості неврологічного дефіциту за шкалою EDSS*

Таким чином, рівень неврологічного дефіциту суттєвим чином впливає на порушення СФ: що вищий рівень інвалідизації хворих, то вираженіша сексуальна дисфункція.

Для аналізу стану СФ у хворих на РС залежно від тривалості захворювання пацієнтів розподілили на три групи: з тривалістю захворювання до 5 років (19 чоловіків та 16 жінок), від 6 до 10 років (10 чоловіків та 12 жінок) та понад 11 років (5 чоловіків та 8 жінок).

Виявлено статистично незначуще зниження СФ у чоловіків з тривалістю захворювання від 6 до 10 років (рис. 4).

При аналізі змін СФ у жінок залежно від тривалості захворювання також не було виявлено статистично значущої різниці (рис. 5).

На відміну від власне СФ сексуальні стосунки між партнерами залежали від тривалості захворювання. Так, стосунки суттєво погіршувалися після 6 років захворювання (вірогідно порівняно з попередніми п'ятьма роками). У разі тривалості

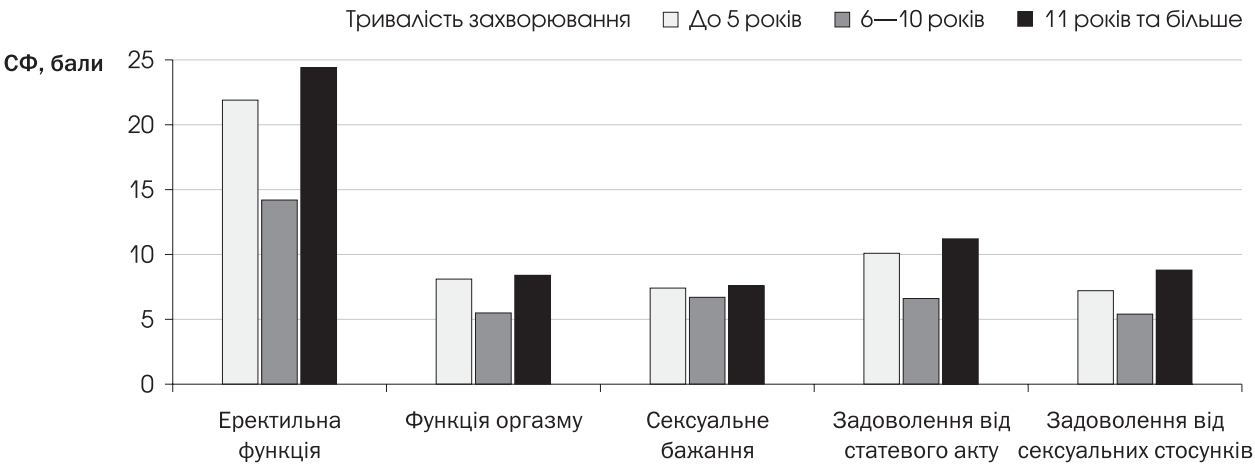


Рис. 4. *Рівень сексуальної дисфункції у чоловіків, хворих на РС, залежно від тривалості захворювання*

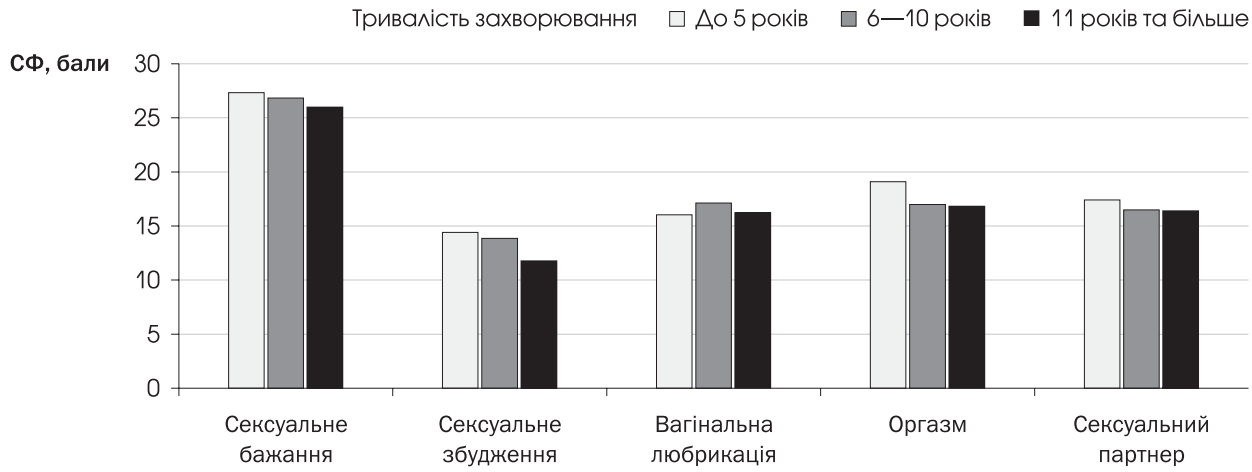
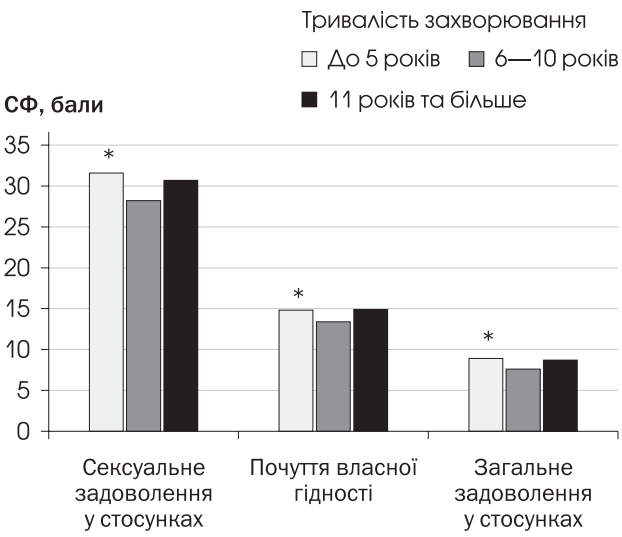


Рис. 5. *Рівень сексуальної дисфункції у жінок, хворих на РС, залежно від тривалості захворювання*



** Різниця щодо пацієнтів із тривалістю захворювання 6—10 років статистично значуща ($p \leq 0,05$).*

Рис. 6. *Залежність стану сексуальних стосунків партнерів від тривалості захворювання у хворих на РС*

захворювання понад 10 років не виявлено вірогідного погіршення стосунків (рис. 6). Можливо, це пов'язано зі зменшенням актуальності сексуальних порушень у старшому віці або свідчить про зменшення критичного ставлення пацієнтів до свого стану на тлі когнітивних розладів. Це питання потребує детального вивчення.

Таким чином, на стан СФ у хворих чоловіків та стосунки між сексуальними партнерами впливає переважно рівень неврологічного дефіциту і тривалість захворювання.

Висновки

У жінок суттєвих відмінностей стану СФ залежно від рівня інвалідизації та тривалості захворювання не виявлено. У чоловіків установлено зниження СФ у разі вираженішого неврологічного дефіциту та за тривалості захворювання 6—10 років порівняно з іншими підгрупами. Виявлено стійке погіршення стосунків між сексуальними партнерами в міру поглиблення неврологічного дефіциту, а також у перші 10 років захворювання.

Література

1. Віничук С. М. Розсіяний склероз. Неврологія: Підручник / За ред. С. М. Віничука. — К.: Здоров'я, 2010. — С. 400—423.
2. Віничук С. М., Колендо О. О. Патофізіологічні механізми втоми у хворих на розсіяний склероз // Укр. мед. часопис. — 2004. — № 2 (40). — С. 83—87.
3. Віничук С. М., Копчак О. О., Бренер І. П. Центральні механізми розвитку втоми у хворих на розсіяний склероз // Укр. мед. часопис. — 2005. — № 1 (45). — С. 119—124.
4. Волошина Н. П., Грицай Н. Н., Дыкан И. Н. и др. Рассеянный склероз: актуальность проблемы в Украине, современные аспекты иммунопатогенеза, клиники, диагностики и лечения. Украинский междисциплинарный консенсус // Нов. мед. и фармац. — 2007. — № 215. — С. 20—24.
5. Гусєв Е. І. Розсіяний склероз. Хвороби нервової системи / За ред. Н. Н. Яхно, Д. Р. Штульмана. — М.: Медицина, 2001. — Т. 1. — С. 443—459.
6. Кирилюк С. Я. Когнітивна дисфункція в патогенезі розсіяного склерозу // Укр. неврол. журн. — 2012. — № 2. — С. 28—34.
7. Корсунская Л. Л. Коррекция нарушений мочеиспускания у больных рассеянным склерозом при применении тамсулозина (ОмникОкас) // Междунар. неврол. журн. — 2008. — № 5 (21). — С. 58—64.
8. Лукина Е. В., Кузнецова Д. Е. Оценка уровня тревожности и депрессии у больных рассеянным склерозом // Саратов. науч.-мед. журн. — 2012. — Т. 8, № 2. — С. 484—488.
9. Негрич Т. І., Сорокін Б. В., Євтушенко С. К. Від вірогідної діагностики до ефективної терапії розсіяного склерозу // Междунар. неврол. журн. — 2012. — № 3 (49). — С. 152—158.
10. Соколова Л. І. Розсіяний склероз: проблема медична чи соціальна // Ваше здоров'я. — 2012. — С. 4—5.
11. Шестопалова Л. Ф., Гант Е. Е. Особенности нарушений когнитивных функций у больных с различными типами течения рассеянного склероза // Неврология. — 2009. — С. 3—6.
12. Azadzoi K. M., Siroky M. B. Neurological factors in female sexual function and dysfunction // Korean J. Urol. — 2010. — N 51. — P. 443—449.
13. Bagnato F, Centonze D., Galgani S. et al. Painful and involuntary Multiple sclerosis // NIH Public Access. — 2011. — N 12 (5). — P. 763—777.
14. Baumstarck-Barrau K., Simeoni M.-C., Reuter F. et al. Cognitive function and quality of life in multiple sclerosis patients: a cross-sectional study // BMC Neurology. — 2011. — Vol. 11, N 17. — P. 1—10.
15. Bronner G., Elran E., Golomb J., Korczyn A. D. Female sexuality inmultiple sclerosis: the multidimensional nature of the problem and the ntervention // Acta Neurol. Scand. — 2010. — Vol. 121. — P. 289—301.
16. Cappelleri J. C., Althof S. E., Siegel R. L. et al. Development and validation of the Self- Esteen and Relationship (SEAR) questionnaire in erectile dysfunction // Int. J. Impot. Res. — 2004. — Vol. 16. — P. 30—38.
17. Cheng E. M., Crandall C. J., Bever C. T. et al. Quality indicators for multiple sclerosis // Mult. Scler. — 2010. — Vol. 16 (8). — P. 970—980.
18. Dean R. C., Lue T. F. Physiology of penile erection and pathophysiology of erectile dysfunction // Urol. Clin. North Am. — 2005. — Vol. 32 (4). — P. 379—399.
19. Fode M., Krogh-Jespersen S., Brackett N. L. et al. Male sexual dysfunction and intertility associated with neurological disorders // Asian J. Androl. — 2012. — Vol. 14. — P. 61—68.
20. Goldenberg M. M. Multiple sclerosis reviw // P and T . — 2012. — Vol. 37, N 3. — P. 175—184.
21. Guo Z. N., He S. Y., Zhang H. L. et al.. Multiple sclerosis and sexual dysfunction // Asian J. Androl. — 2012. — Vol. 14 (4). — P. 530—535.
22. Hulter B. H., Lundberg O. L. Sexual function in women with advanced multiple sclerosis // J. Neurol. Neurosurg. Psychiatr. — 1995. — Vol. 59. — P. 83—86.
23. Kessler T. M., Fowler C. J., Panicker J. N. Sexual dysfunction in multiple sclerosis // Exp. Rev. Neurother. — 2009. — Vol. 9 (3). — P. 341—350.
24. Kurtzke J. Rating neurologic impairment in multiple sclerosis an Expanded Disability Status Scale (EDSS) // Neurology. — 1983. — Vol. 33. — P. 1444—1452.
25. McCoy N. L. The McCoy Female sexuality Questionnaire // Quality of Life Research. — 2009. — Vol. 9 (6a). — P. 739—745.
26. Persu C., Cauni S., Gutue S. et al. Diagnosis and treatment of erectile dysfunction — a practical update // J. Med. Life. — 2009. — Vol. 2, N 4. — P. 394—400.
27. Politte L. C., Huffman C., Stern T. A. Neuropsychiatric manifestations of multiple sclerosis // Prim. Care Comp. J. Psychiatr. — 2008. — Vol. 10 (4). — P. 318—324.
28. Rosen R. C., Cappelleri J. C., Gendrano N. The International Index of Erectile Function (IIEF): a state — of — the science review // Int. J. Impot. Res. — 2002. — Vol. 14 (4). — P. 226—270.
29. Siegert R. J., Abernethy D. A. Depression in multiple sclerosis: a review // J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry. — 2005. — Vol. 76. — P. 469—475.
30. Thompson A. J., Jarrett L., Loskley L. et al. Clinical management of spasticity // J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry. — 2005. — Vol. 76. — P. 459—463.

Н. С. РАДЗИХОВСКАЯ [1], Л. И. СОКОЛОВА [2]

[1] Киевская городская клиническая больница № 4

[2] Национальный медицинский университет им. А. А. Богомольца, Киев

Сексуальная дисфункция у больных рассеянным склерозом разной тяжести и продолжительности

Цель — установить частоту нарушений сексуальной функции (СФ) у больных рассеянным склерозом (РС) и их взаимосвязь с демографическими и клиническими характеристиками.

Материалы и методы. Обследовано 70 (36 женщин и 34 мужчины) больных РС. Средний возраст больных составил (32,8 ± 6,5) года, средняя длительность заболевания — (6,2 ± 4,9) года, степень инвалидизации по шкале EDSS — (3,3 ± 1,5) балла. Больным проведено комплексное клинико-неврологическое обследование, анонимное тестирование с помощью опросников MFSQ, IIEF, SEAR.

Результаты. У женщин не выявлено статистически значимых различий в изменениях СФ в зависимости от уровня инвалидизации и длительности заболевания. Установлена зависимость уровня снижения СФ у мужчин от степени неврологического дефицита, а также ухудшение отношений между партнерами при более выраженной инвалидизации больных РС. У больных мужчин с длительностью болезни 6—10 лет обнаружено более заметное снижение СФ. Установлены статистически значимые различия между больными с длительностью болезни до 5 лет и 6—10 лет относительно ухудшения отношений между партнерами.

Выводы. У женщин существенных нарушений СФ не обнаружено. У мужчин выявлено снижение СФ при наличии более выраженного неврологического дефицита, а также при длительности болезни от 6 до 10 лет по сравнению с другими подгруппами. Отмечено ухудшение отношений между партнерами в первые 10 лет болезни.

Ключевые слова: рассеянный склероз, сексуальная функция.

N. S. RADZIKHOVSKA [1], L. I. SOKOLOVA [2]
[1] Kyiv City Clinical Hospital N 4
[2] O. O. Bogomolets National Medical University, Kyiv

Sexual dysfunction in patients with multiple sclerosis of different severity and duration

Objective — to reveal the frequency of sexual dysfunctions (SD) in patients with multiple sclerosis (MS) and their relation to demographic and clinical characteristics.

Methods and subjects. 70 patients (36 women and 34 men) with MS have been examined. Average age of patients was 32.8 ± 6.5, mean duration of disease — 6.2 ± 4.9 years, degree of disability by EDSS scale — 3.3 ± 1.5 points. Patients have undergone complex clinical and neurological investigation, anonymous testing by questionnaires MFSQ, IIEF, SEAR.

Results. We haven't determined any statistically significant difference of SD changes depending on the level of disability and duration of disease in women. We have found out the dependence of sexual dysfunction level on the neurological status in men and worsening of partners' relationship in more expressed disability of patients with MS. In men with the duration of disease 6—10 years, we have found out the significant decline of sexual functions. We have revealed the statistically significant difference in worsening of relations between partners in patients with the duration of disease not more than 5 years and 6—10 years.

Conclusions. We haven't determined any profound SD in women. SD is more expressed in men with more progressive neurological deficit and duration of disease 6—10 years in comparison to other subgroups. Partners' relation worsening is also marked during the first 10 years of the disease.

Key wods: multiple sclerosis, sexual function.