

Ущерб от преждевременной смертности от болезней системы кровообращения населения трудоспособного возраста Гомельской области в 2008 г. составил 305,1 млрд. руб., в 2009 г. — 347,5 млрд. руб. Стоимость недопроизведенной продукции на один случай смерти в 2008 г. составила 19,7 млн. руб., в 2009 г. — 22,6 млн. руб. Ее рост связан с увеличением заработной платы в 2009 г. на 14,5 % (таблицы 6 и 7).

Вклад экономического ущерба, принесенного преждевременной смертностью от болезней системы кровообращения, в экономический ущерб, обусловленный преждевременной смертностью от всех причин, в 2008 г. составил 21,9 %, в 2009 г. — 21,8 %.

Экономический эффект от снижения преждевременной смертности от болезней системы кровообращения в 2009 г. на 0,82 % составил 1,9 млрд. руб. (расчеты сделаны по уровню заработной платы в 2008 г.).

Таким образом, ожидаемый экономический эффект в Гомельской области при достижении целевого снижения смертности от бо-

лезней системы кровообращения на 5 процентов в 2010 г. составит 17,4 млрд. руб.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Здравоохранение в Республике Беларусь: ежегодные официальные статистические сборники. — Минск: Минздрав РБ, 2004–2008 гг.
2. Национальная программа демографической безопасности Республики Беларусь на 2006–2010 гг.: утв. постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 22 сент. 2005 г. № 1049.
3. Постановление Совета Министров Республики Беларусь от 22 сентября 2005 г. № 1049 «Об утверждении Национальной программы демографической безопасности Республики Беларусь на 2006–2010 гг.».
4. Постановление Совета Министров Республики Беларусь от 31.08.2006 г. № 1116 «Об утверждении Программы развития здравоохранения Республики Беларусь на 2006–2010 гг.».
5. Камруззаман, С. Экономические аспекты преждевременной смертности в Тверской области / С. Камруззаман // Проблемы управления здравоохранением. — 2008. — № 2. — С. 58–61.
6. Предотвратимая смертность в России и пути ее снижения / Под науч. ред. Ю. В. Михайловой, А. Е. Ивановой. — М: ЦНИИОИЗ, 2006. — 308 с.
7. Лисицын, Ю. Г. Концепция «человеческого капитала»: медико-экономический аспект / Ю. Г. Лисицын // Экономика здравоохранения. — 1998. — № 2/26. — С. 5–9.

Поступила 16.03.2010

УДК 615.357.631+616.379-008.64-036.868

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ МУЖЧИН С АНДРОГЕННЫМ ДЕФИЦИТОМ НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА

О. Н. Василькова¹, Т. М. Шаршакова¹, Г. В. Гатальская²

¹Гомельский государственный медицинский университет
²Гомельский государственный университет им. Ф.Скорины

Оценка изменения качества жизни мужчин, связанная с возрастными факторами, в XXI в. приобретает все большую актуальность. Высокая социальная значимость заболеваний, характерных для пожилого возраста, обуславливает необходимость изучения возрастных изменений в мужской половой системе.

В настоящее время существует острая потребность в создании специальных программ, направленных на улучшение здоровья населения и особенно мужской его половины, главной целью которых является не только продление, но и повышение качества жизни мужчин с возрастным андрогенным дефицитом.

Ключевые слова: качество жизни, возрастной андрогенный дефицит, сахарный диабет 2 типа, психологическая коррекция

ASSESSMENT OF LIFE QUALITY OF MEN WITH ANDROGENIC DEFICIENCY AT THE BACKGROUND OF INSULAR DIABETES OF THE SECOND TYPE

O. N. Vasilkova¹, T. M. Sharshakova¹, G. V. Gatalskaya²

¹Gomel State Medical University
²Gomel State University

Assessment of changes of life quality of men, connected with age-related factors is becoming more and more topical in the XXI century. High importance of diseases, characteristic for elderly people, calls forth the necessity of studying age changes in men's reproductive system.

At present, there is a burning need to create special programs, intended for the improvement of population health and especially its male part, main aim of which is not only to prolong but also to improve life quality of men with age androgenic deficiency.

Key words: quality of life, androgen deficiency, diabetes type 2, psychological correction.

В настоящее время все большее значение приобретает проблема старения населения. По данным ООН, средняя продолжительность жизни

в развитых странах неуклонно растет, в прошлом веке она увеличилась с 49 до 79 лет, в настоящее время практически достигла 85 лет.

В развитых странах доля населения в возрасте 60 лет и старше составляет примерно 20 %, а к 2050 г. она увеличится до 33 % [1].

Согласно критериям ВОЗ, пожилым считается человек в возрасте старше 65 лет. К сожалению, в Республике Беларусь значительная часть мужского населения не доживает до пожилого возраста.

Таким образом, в настоящее время существует острая потребность в создании специальных программ, направленных на улучшение здоровья населения и особенно мужской его половины. Высокая социальная значимость заболеваний, характерных для пожилого возраста, обуславливает необходимость изучения возрастных изменений в мужской половой системе. Однако за последние годы о мужском переходном периоде известно столько же, сколько было известно о женском 30 лет назад. Соотношение работ о пожилых мужчинах и женщинах составляет 1:100.

Согласно опросам социологов, в пожилом возрасте мужчины чувствуют себя хуже, чем женщины, в то же время проблемами женщин в климактерическом периоде активно занимаются гинекологи, терапевты, эндокринологи, психологи. Проблеме угасания половой функции мужчин, напротив, уделяется недостаточно внимания и, к сожалению, они в большинстве случаев не могут рассчитывать на подобную помощь. В развитых странах человек проводит в пожилом возрасте около 1/3 жизни, поэтому повышение качества жизни в этот возрастной период, продление сексуальной и творческой активности являются актуальными проблемами медицины XXI века [2, 3].

В начале XXI в. понятие «качество жизни» стало предметом научных исследований в медицине и психологии. Современная наука характеризует качество жизни, как надежный, информативный и экономичный метод оценки здоровья и психологического состояния как на индивидуальном, так и на групповом уровнях [4, 5].

В определении качества жизни мы придерживаемся подхода Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), рассматривая его как интегральную характеристику физического, психологического, эмоционального и социального функционирования, основанную на субъективном восприятии самого человека.

Основополагающими составляющими качества жизни являются:

1. Физическая (сила, энергия, усталость, боль, дискомфорт, сон, отдых).

2. Психологическая (положительные эмоции, мышление, изучение, концентрация, самооценка, внешний вид, переживания, взаимоотношения с окружающими).

3. Уровень независимости (повседневная активность, работоспособность, независимость от лекарств и лечения).

4. Общественная жизнь (личные взаимоотношения, общественная ценность субъекта, сексуальная активность).

5. Окружающая среда (быт, благополучие, безопасность, доступность и качество медицинской и социальной помощи, обеспеченность, экология, возможность обучения, доступность информации).

6. Духовность (религия, личные убеждения) [6, 7].

Оценка изменения качества жизни мужчин, связанная с возрастными факторами в XXI в. приобретает большую актуальность. Несмотря на проводимые аналогии с менопаузой, возрастные изменения, происходящие у мужчин, существенно отличаются от таковых у женщин. В 1939 г. Вернером был предложен по аналогии термин «мужской климакс». Однако у мужчин отсутствует столь резкое, как у женщин, падение уровня гормонов, более того, способность к воспроизводству в ряде случаев сохраняется до глубокой старости, поэтому такой термин является некорректным. Впоследствии разными авторами было предложено множество терминов для обозначения процессов, происходящих в мужском организме с возрастом: «пенопауза», «виropауза», «андропауза». В 1994 г. Австрийским обществом урологов был предложен, а впоследствии получил широкое распространение термин «частичный андрогенодефицит пожилых мужчин» (PADAM — partial androgen deficiency in aging male), который более полно отражает происходящие изменения [8, 9].

В последние годы ведущими специалистами по вопросам возрастного андрогенного дефицита (A. Morales, E. Nieshlag) был предложен термин «поздно начавшийся гипогонадизм» (late onset hypogonadism). Он подчеркивает универсальный характер изменений, связанных с дефицитом тестостерона, а также расширяет возрастные рамки данного состояния. На сегодняшний день в мире активно создаются различные общества и ассоциации по изучению синдрома возрастного дефицита андрогенов. Одним из наиболее авторитетных является Международное общество по изучению пожилых мужчин (The International Society for The Study of the Aging Male — ISSAM), рекомендации которого были рецензированы и утверждены группой экспертов. Данной организацией был предложен термин, отражающий суть вопроса, а именно: недостаточность андрогенов у мужчин зрелого возраста. В англоязычной литературе этот термин более широко известен как синдром ADAM — Androgen Deficiency in the Aging Male. С точки зрения экспертов ISSAM, термины «андропауза» и «мужской климакс» являются биологически неправильными и клинически неприемлемыми, однако они адекватно отражают процессы

эмоциональных и психических изменений, которые, будучи связаны с возрастом в целом, связаны также со значительными гормональными нарушениями. Согласно рекомендациям ISSAM, синдром ADAM — это биохимический синдром, возникающий в зрелом возрасте и характеризующийся недостаточностью андрогенов в сыворотке крови, сопровождающийся или не сопровождающийся снижением чувствительности организма к андрогенам, что может привести к значительному ухудшению качества жизни и неблагоприятно сказаться на функциях многих систем организма [10].

Прежде чем говорить о причинах развития возрастного андрогенного дефицита, необходимо сказать о роли половых гормонов. Основным мужским половым гормоном, который определяет функционирование мужского организма, является тестостерон. Структура тестостерона была впервые расшифрована в 1935 г. Л. Ружичкой, получившим в 1939 г. за работу в этом направлении Нобелевскую премию по химии, которую он разделил с А. Бутенандтом, одним из главных своих соперников в области химии половых гормонов.

Тестостерон — это основной гормон мужского организма, отвечающий за: рост и развитие половых органов; появление вторичных половых признаков (рост волос на лице, туловище, лобковое оволосение); развитие мышечной массы; формирование мужского поведения (инициативность, агрессивность и т. п.); либидо; эрекцию; способности образовывать сперматозоиды (сперматогенез); особенности распределения жировой клетчатки; развитие и строение скелета [11]. Тестостерон задействован в создании тонуса центральной нервной системы, подкорковых образований, центров автономной нервной системы, поддерживает функциональную активность половых желез и обеспечивает копулятивную функцию. Он играет также определяющую роль и в социальной жизни мужчины. Те из них, кто имеет более высокий уровень тестостерона, не только более успешны, но также нуждаются и в более высоком его уровне для поддержания своей активности в соответствии с «индивидуальной нормой тестостерона». Иногда тестостерон называют гормоном победителей. Уровень его в крови повышается после одержанной в борьбе победы, после удачного решения каких-то проблем. Чувство удовлетворения и праздничное настроение, охватывающие победителя, притормаживают образование стрессовых гормонов, обеспечивших достижение победы. Происходит усиленное выделение тестостерона. Кроме всего, именно уровень тестостерона влияет на скорость реакции и настроение мужчины, способность объективно оценивать си-

туацию, быть в меру агрессивным, инициативным и успешным [30].

Тестостерон образуется в яичках клетками Лейдига под воздействием гормонов, вырабатываемых в центральной нервной системе гипофизом и гипоталамусом. Эти процессы находятся в зависимом друг от друга состоянии и имеют сложные механизмы регуляции.

Существует множество теорий старения, приводящих к развитию возрастного андрогенного дефицита. Основными причинами, приводящими к недостаточности тестостерона, являются:

1. Возрастные изменения в тестикулах (яичках), сопровождающиеся уменьшением клеток Лейдига. Они связаны с развитием атеросклероза, уменьшением кровоснабжения и питания этих клеток, а также с «запрограммированной» их гибелью (апоптозом).

2. Возрастные изменения в гипофизе и гипоталамусе, в результате чего нарушается регуляция образования тестостерона.

3. Некоторые генетические предрасположенности, связанные с реакцией клеток на тестостерон и некоторые гормоны гипофиза и гипоталамуса [12].

Соматическая патология также оказывает значительное влияние как на снижение секреции тестостерона, так и на его метаболизм. Любое из сопутствующих заболеваний (ИБС, ХОБЛ, артериальная гипертензия, сахарный диабет, ожирение, цирроз печени, алкогольная висцеропатия), а также принятие определенных медикаментов может привести к развитию возрастного андрогенного дефицита. С возрастным андрогенным дефицитом у мужчин связано ухудшение общего самочувствия, появление нервозности, возбудимости, бессонницы, ночной потливости и приливов, снижение работоспособности, мышечной массы и силы, сексуальной активности, нарушение когнитивных функций, развитие ожирения, остеопении, прогрессирование атеросклероза.

Ситуация осложняется тем, что сами пациенты, а также многие врачи относятся к этой проблеме пассивно и отдельные проявления приписывают нормальному процессу старения или связывают имеющиеся симптомы с каким-либо заболеванием.

Клинические проявления возрастного снижения тестостерона разнообразны. Основной жалобой, заставляющей мужчину обратиться к врачу-андрологу, является ослабление и исчезновение спонтанных или адекватных эрекций, угасание сексуального возбуждения, снижение частоты сексуальных фантазий и либидо. Снижение либидо приводит к ухудшению всех аспектов сексуальной жизни мужчины. Одним из самых неприятных симптомов возрастного гипогонадизма является снижение потенции,

или пониженная способность к достижению и поддержанию эрекции. Многие мужчины отмечают появление забывчивости, нарушение сна, а также снижение способности к длительной концентрации внимания. Старение у мужчин сопровождается увеличением количества жировой ткани в области живота. У них существует прямая корреляция между снижением тестостерона и снижением массы мышечной ткани, так как тестостерон обеспечивает около 70 % ее роста. Андрогенный дефицит считается одной из причин, лежащих в патогенезе гиперинсулинизма, приводящей к повышению сахара в крови и развитию сахарного диабета 2 типа. Повышение «плохого» холестерина, приводит в дальнейшем к артериальной гипертензии, инфарктам и инсультам, возрастной остеопороз также связан со снижением тестостерона. Возрастное снижение секреции тестостерона у мужчин сопровождается повышением процента хронического депрессивного синдрома.

Весьма важным является то обстоятельство, что зачастую врачи и психологи отождествляют андропаузу и кризис среднего возраста. Необходимо четко дифференцировать эти понятия. Принципиальным является тот факт, что кризис среднего возраста является чисто психологической проблемой и наступает в возрасте 35–45 лет, при этом он не связан с изменением уровня тестостерона в крови.

Также важно дифференцировать андропаузу и депрессию, зачастую сопровождающуюся нарушениями в сексуальной сфере. При кажущейся общности проявлений (дисфория, усталость, затруднение концентрации мысли, ухудшение памяти, снижение продуктивности при выполнении какого-либо задания, снижение мотивации, ухудшение общего самочувствия, пониженная самооценка, состояние тревожности) эти состояния имеют ряд отличий. Для депрессии не характерны вазомоторные симптомы, снижение мышечной силы, выносливости, дерматологические проявления, расстройства эякуляции, снижение удовольствия от половой близости.

Доказано, что, у мужчин происходит постепенное (начиная с 30–40 лет) снижение уровня половых гормонов и в первую очередь тестостерона, то есть у большинства мужчин с увеличением возраста нарастает вероятность развития возрастного андрогенного дефицита [2].

Распространенность андропаузы, как и любого состояния, оценивается различными методами. При телефонном опросе 959 немецких мужчин в возрасте 40–69 лет с использованием шкалы оценки «Симптомы старения мужчин» установлено, что 27 % опрошенных имели признаки андрогенного дефицита средней и тяжелой степени. Схожее исследование, проведенное в группе из 116 пациентов в кли-

нике Берлина в сходном возрастном диапазоне, показало, что в 44 % случаев имели место средние и тяжелые проявления андропаузы [13].

Таким образом, проблема возрастного андрогенного дефицита имеет достаточную значимость и распространенность, что диктует необходимость организации андрологической службы, в задачи которой должны быть включены вопросы обеспечения ранней диагностики нарушений половой функции у мужчин, в том числе при возрастном андрогенном дефиците. В идеале андролог должен быть также доступен для мужчины, как гинеколог для женщины.

Большинству пациентов с андрогенным дефицитом в силу различных обстоятельств — недостаточной материальной базы, отсутствия специализированных кабинетов, неадекватной оценки выявленных симптомов врачами и др. — не проводится комплексное обследование и не выявляются истинные причины, обуславливающие у них жалобы и объективные нарушения. Алгоритм обследования мужчин с возрастным андрогенным дефицитом известен очень узкому кругу специалистов, что существенно отражается на адекватности лечения и реабилитации пациентов с указанной патологией [2].

В настоящее время в Республике Беларусь отсутствует система этапного скринингового обследования пациентов с андрогенным дефицитом. К категории пациентов, имеющих повышенный риск развития возрастного андрогенного дефицита, относятся мужчины с повышенным индексом массы тела (ИМТ более 23), дислипидемией, депрессией, анемией.

При постановке диагноза возрастного андрогенного дефицита и при отсутствии противопоказаний, как правило, проводят заместительную тестостеронотерапию, целями которой являются: повышение либидо и общей сексуальной удовлетворенности, уменьшение выраженности или исчезновение вегетососудистых и психических расстройств, повышение плотности костной массы и снижение частоты переломов, уменьшение выраженности висцерального ожирения, нарастание мышечной массы.

Таким образом, главной целью данной терапии является не только продление, но и повышение качества жизни мужчин с возрастным андрогенным дефицитом.

С целью изучения качества жизни мужчин с возрастным андрогенным дефицитом нами было проведено исследование с использованием следующих психодиагностических методик:

1. Опросник SF-36 («SF-36 Health Status Survey») — качество жизни.
2. Методика «Шкалы психологического благополучия» К. Рифф.
3. Методика Марищук В. Л. «Комплексная оценка проявлений стресса».

4. Методика Вассермана (для оценки уровня раздражительности и профессиональной диагностики невротизации).

Исследование проводилось на базе государственного учреждения «Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии человека» (РНПЦ РМ и ЭЧ). В процессе формирования выборки было проведено сплошное обследование пациентов мужского пола с сахарным диабетом 2 типа, находящихся на стационарном лечении в эндокринологическом отделении и состоящих на диспансерном учете.

Выборочную совокупность составили 75 мужчин в возрасте от 47 до 65 лет с возрастным андрогенным дефицитом (средний возраст составил $56,5 \pm 9,8$ лет). Контрольную группу составили мужчины без признаков андрогенного дефицита, которые по балльной шкале с использованием стандартной международной анкеты «Опросник симптомов старения мужчины» (AMS — Aging Males' Symptoms) набрали не более 27 баллов (в количестве 75 человек). Обе группы были сопоставимы по возрасту (средний возраст $52,4 \pm 6,7$ лет).

Исследование андрогенного статуса включало выявление клинических признаков дефицита андрогенов по балльной шкале с использованием стандартной международной анкеты «Опросник симптомов старения мужчины» (AMS — Aging Male Screening) и лабораторное обследование с определением уровней в сыворотке крови свободного и общего тестостерона. Для анализа использовалась проба крови, взятая в 9–11 ч утра (время пика секреции половых гормонов).

Вопросы анкеты (AMS — Aging Males' Symptoms) позволяют выявить психологиче-

ские, соматические и сексуальные проблемы пациента в зависимости от оценки выраженности их самим пациентом в баллах (от 1 до 5). Они касаются ухудшения общего самочувствия, боли в суставах и мышцах, повышенной потливости, проблем со сном, раздражительности, нервозности, физического истощения, снижения частоты и способности сексуальных отношений, либидо, количества утренних эрекций и других показателей.

В результате первичной обработки данных исследования были получены следующие результаты:

— по результатам анализа стандартной шкалы SF-36 по экспериментальной группе было выявлено, что физический и психический компоненты здоровья значительно снижены и составляют в среднем 46,7 и 39,5 баллов соответственно. При этом у мужчин без андрогенного дефицита эти показатели были почти в два раза выше, составив 83,4 и 68,3 балла соответственно.

Качество жизни мужчин с дефицитом андрогенов по сравнению со здоровыми лицами оказалось значительно сниженным по всем шкалам опросника SF-36. Показатель физической активности был в 2 раза ниже (47,7 и 84,8;). А показатели RP (ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием) и RE (ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием) ниже в 2,5 раза — 26,7 и 78,3, 28,1 и 78,3 соответственно. На этом фоне отмечалось выраженное снижение показателей общей оценки здоровья (GH-29,6;), энергичности, настроения и жизненной активности (VT-32,8;), психического здоровья (MH-30,3) (таблица 1).

Таблица 1 — Средние значения по шкалам опросника SF-36

| Шкалы | Мужчины с андрогенным дефицитом (средние показатели) | Контрольная группа | Уровень значимости в достоверности различий |
|---|--|--------------------|---|
| Физический компонент здоровья | 46,7 | 83,4 | P < 0,001 |
| Психический компонент здоровья | 39,5 | 61,96 | P < 0,001 |
| Жизнеспособность (VT) | 32,8 | 68,7 | P < 0,001 |
| Общее восприятие здоровья (GH) | 29,6 | 68,9 | P < 0,001 |
| Физическая активность (PF) | 47,7 | 84,8 | P < 0,001 |
| Интенсивность боли (BP) | 44,9 | 87,5 | P < 0,001 |
| Социальная активность (SF) | 42,5 | 82,6 | P < 0,001 |
| Психическое здоровье (MH) | 30,3 | 62,4 | P < 0,001 |
| Роль эмоц. проблем в ограничении жизнедеятельности (RE) | 28,1 | 79,3 | P < 0,001 |
| Роль физ. проблем в ограничении жизнедеятельности (RP) | 26,7 | 78,3 | P < 0,001 |

Таким образом, качество жизни мужчин с андрогенным дефицитом оказалось существенно ниже по всем шкалам опросника SF-36.

Что касается психологического благополучия, то низкий уровень в экспериментальной группе был выявлен у 84 % мужчин, в то время

как в контрольной — всего лишь у 6,6 %. У 16 % мужчин из контрольной группы был обнаружен высокий уровень психологического благополучия, в то время как в экспериментальной группе мужчин — 0 %. У большинства мужчин контрольной группы (77,3 %) преобла-

дает средний уровень психологического благополучия, в экспериментальной — только 16 % (различия являются статистически значимыми ($p \leq 0,01$) в соответствии с критерием Фишера).

Психологический портрет человека, получившего низкий балл по данным шкалам, будет выглядеть следующим образом:

— ограниченное количество доверительных отношений с окружающими: сложно быть открытым, проявлять теплоту, заботиться о других. В межличностных отношениях, как правило, изолирован и фрустрирован, не желает идти на компромиссы для поддержания важных связей с окружающими. Испытывает сложности в организации повседневной деятельности, чувствует себя неспособным изменить или улучшить складывающиеся обстоятельства, ощущает потерю чувства контроля над происходящим вокруг. Уменьшается количество целей и намерений, перспектив, определяющих смысл жизни. Не доволен собой, разочарован событиями своего прошлого, испытывает беспокойство по поводу некоторых личностных качеств, желает быть не тем, кем является.

У 68 % мужчин с возрастным андрогенным дефицитом выявлен повышенный уровень раздражительности и лишь у 10,7 % этот уровень находится в норме, тогда как в контрольной группе — у 72 % мужчин (результаты являются статистически значимыми в соответствии с критерием Фишера (доверительная вероятность 99 %)).

В группе мужчин с возрастным андрогенным дефицитом выраженное стрессовое напряжение и сильный стресс испытывают 68 и 13,3 % мужчин соответственно. В контрольной группе — 4 и 0 %. Здесь большинство мужчин (61,3 %) испытывают умеренный стресс, у 32 % мужчин признаки стресса не наблюдались.

На полученные результаты мы опирались при разработке программы психологической коррекции для пациентов с андрогенным дефицитом. В программе приняли участие 25 мужчин с диагнозом возрастного андрогенного дефицита. По окончании ее с целью выявления эффективности была проведена повторная психодиагностика.

Психокоррекционная программа предназначена для коррекции социально-психологического

состояния мужчин с возрастным андрогенным дефицитом на амбулаторном, стационарном этапах наблюдения и включает четыре блока: диагностический, установочный, коррекционный и блок оценки эффективности коррекционных воздействий. Цель программы:

- помочь мужчинам с возрастным андрогенным дефицитом справиться с синдромом мужской раздражительности и стрессовыми состояниями;
- научить наиболее успешно и полно реализовать себя в повседневной жизни и в межличностных отношениях;
- отработать навыки преодоления препятствий на пути к достижению цели;
- совершенствовать навыки конструктивного общения;
- научить справляться с неуверенностью в себе.

По результатам проведенной психокоррекционной программы были получены следующие данные:

— Положительная динамика показателей КЖ явилась достоверной по шкалам ЖА $n = 16$; ($p < 0,01$), СФ $n = 18$; ($p < 0,01$), ПЗ $n = 17$; ($p < 0,01$), РФОЭ $n = 16$, т. е. по сумме пяти шкал, составляющих психологический компонент здоровья (таблица 2, рисунок 1).

— Прирост по психическому компоненту здоровья составил 11,2 балла.

Полученные данные указывают на позитивное влияние психокоррекционной программы на эмоциональные и социальные составляющие КЖ мужчин с возрастным андрогенным дефицитом.

При анализе данных шкалы психологического благополучия получены достоверно улучшенные показатели шкал ПО $n = 18$; ($p < 0,01$), ЛР $n = 17$; ($p < 0,01$), ЦЖ $n = 19$; ($p < 0,01$), СП $n = 22$; ($p < 0,01$) а также по сумме всех шкал ($p < 0,01$) (таблица 3, рисунок 2). Изменения зафиксированы и в общем уровне психологического благополучия. Если ранее усредненный показатель был равен 303,8 баллам (что соответствует низкому уровню), то после психокоррекции — 359,8 (средний уровень).

Также отмечается снижение уровня стресса ($n = 19$, $p < 0,01$) и уровня раздражительности ($n = 17$, $p < 0,01$).

Таблица 2 — Средние значения компонентов качества жизни до и после проведения психокоррекционной программы

| Мужчины с андрогенным дефицитом (средние показатели) | До (25) | После (25) |
|---|---------|------------|
| Физический компонент здоровья | 43,6 | 44,1 |
| Психический компонент здоровья | 39,1 | 51,3 |
| Жизнеспособность VT | 31,7 | 47,9 |
| Общее восприятие здоровья GH | 32,3 | 34,1 |
| Физическая активность PF | 45,9 | 48,8 |
| Физическая боль BP | 44,7 | 44,2 |
| Социальная активность SF | 40,5 | 54,1 |
| Психическое здоровье MH | 33,2 | 42,9 |
| Роль эмоц. проблем в ограничении жизнед. RE | 30,2 | 39,9 |
| Роль физ. проблем в ограничении жизнедеятельности RP | 29,1 | 32,3 |

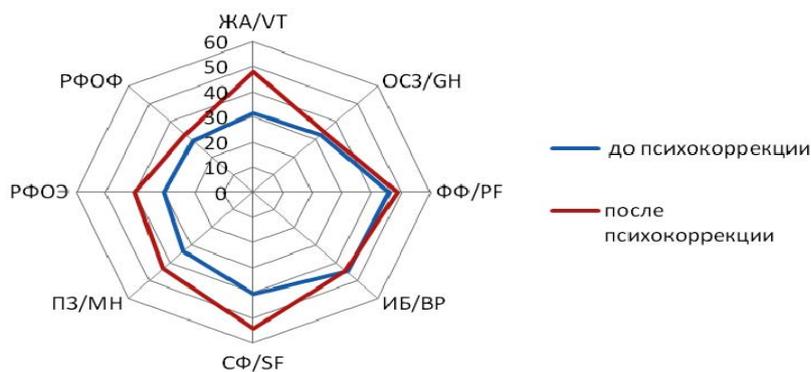


Рисунок 1 — Профиль качества жизни мужчин с возрастным андрогенным дефицитом до и после проведения психокоррекционной программы

Таблица 3 — Средние значения шкал психологического благополучия до и после проведения психокоррекционной программы

| Мужчины с андрогенным дефицитом (средние показатели) | До (25) | После (25) |
|--|---------|------------|
| 1 (полож. отнош. с другими) | 46,8 | 57,5 |
| 2 (автономия) | 52,7 | 56,8 |
| 3 (управление окружением) | 46,8 | 51,2 |
| 4 (личностный рост) | 51,9 | 63,7 |
| 5 (цель в жизни) | 52,2 | 60,7 |
| 6 (самопринятие) | 52,2 | 66,7 |
| Общий балл | 303,8 | 359,8 |

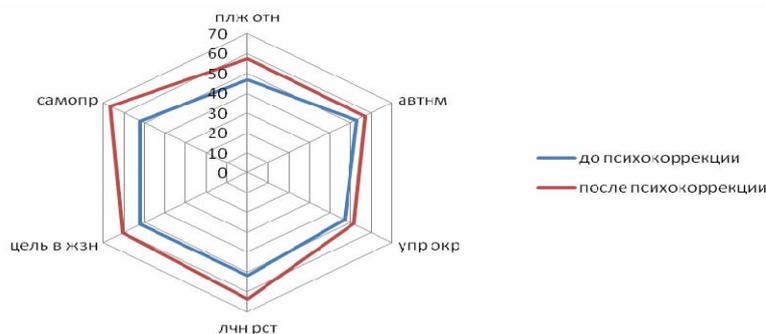


Рисунок 2 — Профиль психологического благополучия мужчин с возрастным андрогенным дефицитом до и после проведения психокоррекционной программы

По результатам анализа психодиагностики мужчин с возрастным андрогенным дефицитом до и после проведения психокоррекционной программы можно достоверно утверждать о положительном влиянии реализации этой методики на показатели КЖ, ПБ, уровня стресса и раздражительности данной категории лиц.

Кроме двух групп, принимавших участие в психокоррекционной программе, была отображена еще одна группа с целью оценки изучаемых показателей (КЖ, ПБ, уровень стресса и раздражительность) с использованием заместительной терапии препаратом андрогель. Данная терапия была назначена 25 пациентам из основной группы.

Полученные данные по результатам проведения заместительной терапии тестостероном: оценка качества жизни через 12 недель

продемонстрировала существенную положительную динамику по всем компонентам анкеты SF-36 (рисунок 3). Компонент GH, отражающий оценку больным своего здоровья в настоящий момент, увеличился на 16,2 баллов. Компоненты социального функционирования (SF) и психического здоровья (MH) претерпели значимую положительную динамику — на 17,2 и 12,7 баллов соответственно ($p < 0,05$). В целом после 12-недельной терапии тестостероном отмечены положительные изменения по физическому и психическому компоненту здоровья, прирост составил 16,6 и 14,7 балла соответственно.

После терапии тестостероном по некоторым шкалам опросника психологического благополучия Рифф (положительные отношения, автономия, личностный рост, самопринятие) были зафиксированы значимые позитивные изменения, как и об-

шего уровня психологического благополучия (рисунок 3). Если ранее усредненный показатель был равен 305,1 баллам (что соответствует низкому

уровню), то после терапии андрогелем — 365,1 (средний уровень) (рисунок 4). Также наблюдалось снижение уровня раздражительности и стресса.

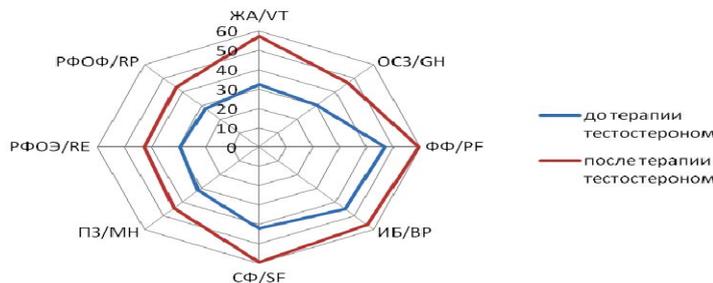


Рисунок 3 — Профиль качества жизни мужчин с возрастным андрогенным дефицитом до начала терапии андрогелем и через 12 недель применения препарата

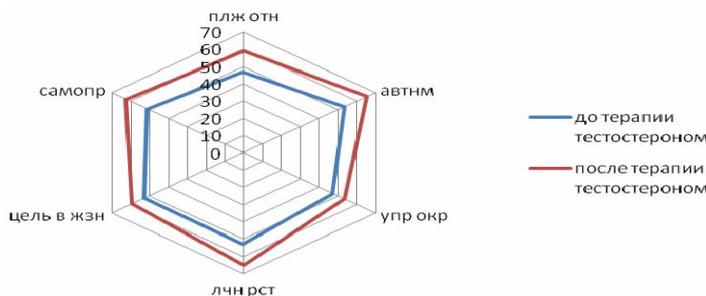


Рисунок 4 — Профиль психологического благополучия мужчин с возрастным андрогенным дефицитом до начала терапии андрогелем и через 12 недель применения препарата

Результаты данного исследования позволяют сформулировать следующие **выводы**:

1. У мужчин возрастной андрогенный дефицит способствует снижению физического и психического компонентов, составляющих качество жизни и психологическое благополучие.

2. Возрастной андрогенный дефицит определяет психологические (характерные) изменения, происходящие с личностью.

3. На фоне возрастного андрогенного дефицита снижается устойчивость к стрессам, повышается уровень раздражительности.

4. Реализация психокоррекционной программы и заместительной терапии тестостероном способствует улучшению качества жизни, повышению психологического благополучия, снижению уровня раздражительности и стресса у мужчин с возрастным андрогенным дефицитом.

Проведенная работа доказывает необходимость разработки новых комплексных лечебно-реабилитационных программ с использованием медико-психологического консультирования для более полной и разносторонней помощи данной категории пациентов.

Результаты исследований могут быть применены в качестве рекомендаций практическим врачам, а также практическим психологам при реабилитации пациентов, а также с целью улучшения репродуктивного здоровья мужского населения.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. <http://www.un.org/russian/E/CN.9/2001/4>. Мировые демографические тенденции. Доклад Генерального секретаря ООН.
2. Василькова, О. Н. Состояние проблемы и организация медицинской помощи при возрастном андрогенном дефиците: метод. пособие для студентов / О. Н. Василькова, Т. М. Шаршаркова, Т. В. Мохорт. — Гомель: ГГМУ, 2008. — 24 с.
3. № 359–360.1 — 18 янв. 2009 г., «Население и общество» Евразийская панорама.
4. Оценка качества жизни у детей с хроническими заболеваниями / В. П. Ситникова [и др.] // Педиатрия. — 2000. — № 2 — С. 45–53.
5. Мащенко, И. В. Метод оценки индивидуального качества жизни / И. В. Мащенко // Эндокринология. — 2004. — № 4 — С. 19–23.
6. Отношение к лечению у больных сахарным диабетом. Влияние сопутствующих депрессивных и тревожных фобических расстройств / М. Ю. Дробижев [и др.] // Проблемы эндокринологии. — 2002. — № 5 — С. 19–25.
7. Новик, А. А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине / А. А. Новик, Т. И. Ионова. — СПб.: Нева, 2002. — 320 с.
8. Касаткина, Э. П. Профилактика поздних осложнений сахарного диабета у детей и подростков. Пути оптимизации диспансерной службы / Э. П. Касаткина, И. Г. Сичинава // Педиатрия. — 2000. — № 2 — С. 13–20.
9. Уоллес, К. Качество жизни и социальное качество в Европе / К. Уоллес, П. Эбботт // Социология. — 2007. — № 4. — С. 37.
10. Возрастной андрогенный дефицит у мужчин: вопросы терминологии и современные подходы к выбору метода заместительной гормональной терапии / С. Ю. Калинин [и др.] — М., 2006.
11. Дедов, И. И. Возрастной андрогенный дефицит у мужчин / И. И. Дедов, С. Ю. Калинин. — М.: Практическая медицина, 2006.
12. www.dpushkar.ru/d_about.html.
13. Каррузерс, М. Революция тестостерона / М. Каррузерс — М., 2005.

Поступила 12.05.2010