

STRESZCZENIE

ZABURZENIA NASTROJU I FUNKCJI SEKSUALNYCH U MĘŻCZYŹN Z CHOROBA WIEŃCOWĄ PODDANYCH REHABILITACJI KARDIOLOGICZNEJ

SŁOWA KLUCZOWE: zaburzenia erekcji, zaburzenia nastroju, choroba wieńcowa, mężczyźni, rehabilitacja kardiologiczna

WSTĘP. Choroby układu sercowo-naczyniowego (CVD) są jedną z głównych przyczyn zachorowalności i umieralności w krajach uprzemysłowionych.

Aktywność seksualna jest nieodłącznym elementem życia każdego człowieka. Zaburzenia erekcji (ZE) są często występującą dysfunkcją wpływającą niekorzystnie na jakość życia. Terminem ZE określa się stan, kiedy mężczyzna nie jest zdolny do osiągnięcia i/lub utrzymania erekcji w stopniu wystarczającym do odbycia satysfakcjonującego stosunku. ZE dotyczą ponad połowy populacji mężczyzn po 60 roku życia. W Polsce na ZE cierpi ponad 1,5 miliona mężczyzn, a 60% z nich jest w wieku 40–60 lat. Choroby układu sercowo-naczyniowego są bardzo rozpowszechnione i często występują łącznie z ZE, głównie z powodu podobnych czynników patofizjologicznych i czynników ryzyka. Postrzeganie ZE jako wczesnej manifestacji miażdżycy wydaje się uzasadnione i podkreśla konieczność uwzględnienia pytań o ocenę jakości życia seksualnego w badaniu podmiotowym. Z kolei stwierdzenie ZE u mężczyzny bez rozpoznanej wcześniej choroby sercowo-naczyniowej obliguje lekarza do szczegółowej kalkulacji całkowitego ryzyka sercowo-naczyniowego. Profilaktyka wystąpienia cukrzycy i otyłości, niepalenie tytoniu oraz skuteczna terapia dyslipidemii, zaburzeń gospodarki węglowodanowej i nadciśnienia tętniczego mogą pomóc w zachowaniu sprawności seksualnej. Odpowiednia dawka wysiłku fizycznego w znamienny sposób przyczynia się do poprawy sprawności seksualnej, a w szczególności ograniczenia ZE. Część leków kardiologicznych może również negatywnie wpływać na jakość erekcji.

Zaburzenia depresyjne stanowią jedno z najczęstszych zaburzeń zdrowia psychicznego i istotnie wpływają na jakość życia. Częstość występowania depresji związanej z chorobami serca szacuje się między 15-40%. 26% mężczyzn i 47% kobiet ma zdiagnozowaną depresję po zawale mięśnia sercowego. Depresja może mieć znaczący wpływ na przebieg i wynik leczenia chorób serca i jest związana z nieprzestrzeganiem programów leczenia i rehabilitacji. Chociaż CVD i depresja mają różne podstawy patologiczne, pewne cechy patofizjologiczne i czynniki ryzyka są wspólne, jak zwiększona produkcja prozapalnych cytokiny, dysfunkcja śródbłonna, nieprawidłowości w przepływie krwi, obniżony metabolizm glukozy, podwyższony poziomy homocysteiny w osoczu i zaburzenia w metabolizmie witaminy D.

CEL PRACY. Ocena wzajemnych zależności pomiędzy występowaniem zaburzeń nastroju oraz ZE u mężczyzn z chorobą wieńcową poddanych rehabilitacji kardiologicznej.

PYTANIA BADAWCZE.

1. Czy występuje zależność pomiędzy obecnością ZE i zaburzeń nastroju u pacjentów z chorobą wieńcową poddanych rehabilitacji kardiologicznej?

2. Czy obecność czynników ryzyka CVD ma związek z obecnością i natężeniem ZE i zaburzeń nastroju u mężczyzn z chorobą wieńcową?
3. Czy tolerancja wysiłku fizycznego ma związek z obecnością i natężeniem ZE i zaburzeń nastroju u mężczyzn z chorobą wieńcową?
4. Czy występuje związek pomiędzy obecnością i natężeniem ZE i zaburzeń nastroju, a wybranymi parametrami klinicznymi i leczeniem inwazyjnym lub farmakoterapią u mężczyzn z chorobą wieńcową?

MATERIAŁ I METODY BADAŃ. Grupa badawcza obejmowała 760 mężczyzn z chorobą wieńcową, w średnim wieku $59 \pm 9,41$ lat i BMI - $28,13 \pm 3,64$ kg/m². W badaniach zastosowano następujące narzędzia badawcze: Inwentarz Depresji Beck'a (BDI), Kwestionariusz oceny życia płciowego mężczyzn (IIEF-5), Kwestionariusz Framingham oraz ankietę własnego autorstwa. W przeprowadzonych analizach uwzględniono podział badanych osób na cztery podgrupy:

1. pacjenci z ZE i z zaburzeniami nastroju - 64 osoby,
2. pacjenci z zaburzeniami nastroju bez ZE - 13 badanych,
3. pacjenci z ZE bez zaburzeń nastroju - 509 mężczyzn,
4. pacjenci bez ZE i zaburzeń nastroju - 174 chorych.

Otrzymane wyniki badań poddano analizie statystycznej. Wykorzystano następujące testy: test t-Studenta, test U Manna-Whitneya (dla dwóch grup), test Kruskala-Wallisza porównaniami wielokrotnymi (dla więcej niż 2 grup), test chi kwadrat (Pearsona lub z modyfikacją Yates'a) oraz korelację porządku rang Spearmana. Za istotne statystycznie przyjęte zostały zależności na poziomie $p < 0,05$.

WYNIKI. W analizowanej grupie ZE wystąpiły u 573 (75,39%) chorych. Najczęściej ZE miały charakter umiarkowany i łagodny. A ich obecność związana była istotnie z wyższym wiekiem badanych ($61,53 \pm 8,57$ vs $53,18 \pm 9,07$; $p = 0,0001$). Wyższa częstość występowania ZE była związana z obecnością cukrzycy ($84,28\%$ vs $71,56\%$; $p = 0,0002$), prowadzeniem siedzącego trybu życia ($77,56\%$ vs $60,42\%$; $p = 0,0004$), niższym stężeniem hemoglobiny ($13,23 \pm 1,83$ g/dl vs $14,03 \pm 1,26$ g/dl; $p = 0,0000$), pomstowaniem aortalno-wieńcowym ($83,65\%$ vs $69,46\%$; $p = 0,0000$), leczeniem antagonistami receptora dla angiotensyny II ($94,20\%$ vs $73,52\%$; $p = 0,0002$), przyjmowaniem diuretyków ($81,48\%$ vs $72,04\%$; $p = 0,0050$) oraz ze stosowaniem alfa adrenolityków ($91,18\%$ vs $71,32\%$; $p = 0,0474$).

Zaburzenia nastroju zdiagnozowano u 77 (10,13%) badanych mężczyzn. W prezentowanych badaniach wykazano istotny statystycznie związek obecności objawów depresji z wysokością średniego przychodu na członka rodziny w gospodarstwie domowym (2 dolny-górny kwartył 1-2 vs 2 dolny-górny kwartył 2-3; $p = 0,008493$) i poziomem wykształcenia (2 dolny-górny kwartył 2-3 vs 3 dolny-górny kwartył 2-3; $p = 0,0283$). Obecność zaburzeń nastroju wiązała się istotnie statystycznie ze średnią wielkością wywołanej treningiem poprawy tolerancji wysiłku (0 dolny-górny kwartył 0-0,5 MET vs 0,3 dolny-górny kwartył 0-1,1 MET; $p = 0,0172$).

Analiza porównawcza pomiędzy czterema podgrupami wykazała obecność różnic istotnych statystycznie w zakresie miesięcznego przychodu na członka rodziny w gospodarstwie domowym pomiędzy podgrupą z ZE bez zaburzeń nastroju i ZE oraz zaburzeniami nastroju (2 dolny-górny kwartył 2-3 vs 2 dolny-górny kwartył 1-2; $p = 0,0070$). Obecność różnic istotnych statystycznie stwierdzono także w wywołanej przez trening zmianie tolerancji wysiłku fizycznego pomiędzy podgrupą z ZE bez zaburzeń nastroju i ZE

oraz zaburzeniami nastroju (0,3 dolny-górny kwartyl 0-1,0 MET vs 0 dolny-górny kwartyl 0-0,35; 0,04449).

WNIOSKI.

1. Im mocniej wyrażone ZE tym mamy do czynienia z silniej wyrażonymi zaburzeniami nastroju pacjentów z chorobą wieńcową.
2. Obecność i natężenie zaburzeń erekcji wiąże się z wiekiem, obecnością czynników ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego, wybranymi parametrami klinicznymi, rodzajem leczenia inwazyjnego i leczeniem farmakologicznym.
3. Tolerancja wysiłku jest istotnie związana z obecnością i natężeniem zaburzeń erekcji jak i z obecnością i natężeniem zaburzeń nastroju, pacjenci z zaburzeniami nastroju cechują się mniejszą skutecznością rehabilitacji kardiologicznej w poprawie ich tolerancji wysiłku.