

Модифицированная методика оценки сексуальной функции у мужчин

М. И. Ягубов¹

И. Ю. Кан² ✉

Н. В. Добаева³

И. Р. Айриянц⁴

¹ Московский научно-исследовательский институт психиатрии, Москва, Россия, yaguobov@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-8266-0429>

² Московский научно-исследовательский институт психиатрии, Москва, Россия, v.iuwanow@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0003-1690-6619>

³ Московский научно-исследовательский институт психиатрии, Москва, Россия, dona19@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-1350-2021>

⁴ Московский научно-исследовательский институт психиатрии, Москва, Россия, nira69@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-0370-2505>

Резюме

Введение. Сексуальная дисгармония является значимым фактором дестабилизации семейных отношений, оказывая негативное влияние на демографическую ситуацию. Нарушения сексуальной функции нередко имеют коморбидные связи с различными соматическими и психическими заболеваниями, что определяет необходимость комплексного междисциплинарного подхода к их диагностике. Однако врачи различных специальностей зачастую недооценивают важность сбора анамнестических данных о сексуальном здоровье пациента, что затрудняет раннее выявление подобных расстройств. В связи с этим актуальной задачей является разработка кратких скрининговых инструментов, обеспечивающих оперативную диагностику сексуальных дисфункций.

Материалы и методы. В исследовании, проведенном в отделении сексологии Московского научно-исследовательского института психиатрии, приняли участие 194 мужчины, из которых 90 имели диагностированные сексуальные расстройства, а 104 составляли контрольную группу. Всем испытуемым были предложены как классическая, так и модифицированная версии шкалы оценки сексуальной функции у мужчин.

Результаты. Анализ данных продемонстрировал, что модифицированная версия опросника сексуальной функции у мужчин является высоконадежным инструментом для выявления сексуальных дисфункций в клинической практике и может применяться для скрининга с целью своевременного направления пациентов к профильным специалистам. Исследование подтвердило, что сокращенная версия шкалы обладает высоким уровнем внутренней согласованности (α Кронбаха = 0,7629 после стандартизации), а также высокой диагностической ценностью, подтвержденной ROC-анализом (AUC = 0,889), что свидетельствует о ее высокой чувствительности и специфичности.

Заключение. В ходе исследования установлено, что модифицированная версия опросника сексуальной функции у мужчин демонстрирует высокую надежность и диагностическую значимость, что делает ее эффективным инструментом для применения в клинической практике. Основные преимущества сокращенной версии включают снижение избыточной детализации субъективных аспектов сексуальной функции, сохранение ключевых диагностических параметров, а также повышение удобства использования врачами смежных специальностей. Данный инструмент может быть рекомендован для скрининга сексуальных дисфункций в медицинской практике, что позволит своевременно выявлять нарушения, влияющие как на сексуальное, так и на психосоматическое здоровье пациентов, и направлять их к соответствующим специалистам.

Ключевые слова: сексуальные дисфункции, шкала, диагностика, терапия

Для цитирования: Ягубов М. И., Кан И. Ю., Добаева Н. В., Айриянц И. Р. Модифицированная методика оценки сексуальной функции у мужчин. Лечащий Врач. 2025; 4 (28): 42–48. <https://doi.org/10.51793/OS.2025.28.4.006>

Конфликт интересов. Авторы статьи подтвердили отсутствие конфликта интересов, о котором необходимо сообщить.

A modified method for assessing sexual function in men

Mikhail I. Yagubov¹

Igor Yu. Kan²✉

Naida V. Dobaeva³

Irina R. Ayriyants⁴

¹ Moscow Scientific Research Institution of Psychiatry, Moscow, Russia, yagubov@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-8266-0429>

² Moscow Scientific Research Institution of Psychiatry, Moscow, Russia, v.iuwanow@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0003-1690-6619>

³ Moscow Scientific Research Institution of Psychiatry, Moscow, Russia, dona19@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-1350-2021>

⁴ Moscow Scientific Research Institution of Psychiatry, Moscow, Russia, nira69@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-0370-2505>

Abstract

Background. Sexual disharmony is a significant factor in the destabilization of family relations, having a negative impact on the demographic situation. Disorders of sexual function often have comorbid associations with various somatic and mental illnesses, which determines the need for a comprehensive interdisciplinary approach to their diagnosis. However, doctors of various specialties often underestimate the importance of collecting anamnestic data on a patient's sexual health, which makes it difficult to detect such disorders early. In this regard, it is an urgent task to develop short screening tools that provide prompt diagnosis of sexual dysfunctions.

Materials and methods. The study, conducted at the Department of Sexology at the Moscow Research Institute of Psychiatry, involved 194 men, 90 of whom had diagnosed sexual disorders, and 104 were in the control group. All the subjects were offered both classical and modified versions of the Male Sexual Function Assessment Scale.

Results. Data analysis has demonstrated that the modified version of the Male Sexual Function Assessment Scale questionnaire is a highly reliable tool for detecting sexual dysfunctions in clinical practice and can be used for screening in order to refer patients to specialized specialists in a timely manner. The study confirmed that the shortened version of the scale has a high level of internal consistency (Cronbach $\alpha = 0.7629$ after standardization), as well as a high diagnostic value, confirmed by ROC analysis (AUC = 0.889), which indicates its high sensitivity and specificity.

Conclusion. The study found that the modified version of the Male Sexual Function Assessment Scale questionnaire demonstrates high reliability and diagnostic significance, which makes it an effective tool for use in clinical practice. The main advantages of the abridged version include: reduction of excessive detail of subjective aspects of sexual function, preservation of key diagnostic parameters, as well as increased usability by doctors of related specialties. This tool can be recommended for screening sexual dysfunctions in medical practice, which will allow timely detection of disorders affecting both the sexual and psychosomatic health of patients and refer them to appropriate specialists.

Keywords: sexual dysfunctions, scale, diagnosis, therapy

For citation: Yagubov M. I., Kan I. Yu., Dobaeva N. V., Ayriyants I. R. A modified method for assessing sexual function in men. *Lechaschi Vrach.* 2025; 4 (28): 42-48. (In Russ.) <https://doi.org/10.51793/OS.2025.28.4.006>

Conflict of interests. Not declared.

В последние годы наблюдается некоторая тенденция к изменению традиционных ценностей, что влечет за собой трансформацию отношения к ключевым социальным институтам — семье и браку. В ряде обществ набирают популярность формы взаимоотношений, не предполагающие обязательств и деторождения. В России фиксируется устойчивая тенденция к увеличению уровня разводов, что негативно сказывается на демографической ситуации. Одним из факторов дестабилизации семейных отношений является сексуальная дисгармония, что подчеркивает важность своевременной профессиональной помощи специалистов-сексологов. Однако из-за сохраняющегося табуирования темы интимных отношений к специалистам данного профиля обращается лишь ограниченное число лиц, испытывающих сексуальные расстройства.

Сексуальные дисфункции нередко сопутствуют урологическим, эндокринным, неврологическим и психическим заболеваниям, что обуславливает необходимость системного междисциплинарного подхода к их диагностике. Согласно ряду исследований, сексуальные расстройства выявляются у значительной части пациентов с хроническим простатитом (77%), а также с иными урологическими заболеваниями, включая синдром хронической тазовой боли [1]. Наиболее распространенными нарушениями являются преждевременная эякуляция (60,9%), снижение интенсивности оргастических ощущений (43,8%), эректильная дисфункция

(43%) и снижение либидо (24%), что приводит к дисгармонии в партнерских отношениях в 43–67% случаев [2].

Высокая распространенность сексуальных дисфункций наблюдается при ряде неврологических и психических заболеваний: у 40–90% пациентов с рассеянным склерозом, 38–71% — с эпилепсией, 45–93% — с депрессивными, 33–75% — с тревожными и 25–81% — с обсессивно-компульсивными расстройствами и 25% — с шизофренией [3].

У мужчин с сахарным диабетом (СД) эректильная дисфункция развивается на 10–15 лет раньше, чем в общей популяции, характеризуется большей выраженностью и сниженной эффективностью фармакотерапии. Эпидемиологические исследования показывают, что 45% мужчин с СД 1-го типа сообщают о наличии эректильных нарушений [4–7].

Формирование и проявление сексуального поведения определяются комплексным взаимодействием биологических, психологических и социальных факторов. Причины сексуальных дисфункций бывают разными: в одних случаях они обусловлены психическими расстройствами, в других — неврологическими, сосудистыми или эндокринными нарушениями. Психозомоциональные состояния, возникающие на фоне основного заболевания, могут усугублять клинические проявления сексуальных расстройств и препятствовать восстановлению сексуальной активности даже при успешном лечении.

Клинические исследования показывают, что тревожные и аффективные расстройства нередко являются ключевыми этиологическими факторами сексуальных дисфункций. В случаях

органических поражений головного мозга у пациентов с сексуальными расстройствами нарушения условно-рефлекторной регуляции, обусловленные нейроэндокринными и психическими изменениями, проявляются преимущественно астеническими, аффективными и когнитивными расстройствами [8].

Компульсивное сексуальное поведение, включая мастурбацию, встречающееся по эпидемиологическим данным среди взрослых в 3–6% случаев, может оказывать негативное влияние на социальное и профессиональное функционирование индивида и часто сопряжено с тревожными и аффективными расстройствами [10–12].

Приступая к обследованию пациента, сексолог оказывается перед необходимостью обнаружения и семиологической оценки широкого круга проявлений, характеризующих целый ряд подсистем (от эндокринного обеспечения, особенностей психики и состояния уrogenитальной сферы до личностных особенностей обследуемого). Без уяснения функциональной характеристики всех этих подсистем невозможны ни постановка диагноза, отражающего всю цепь патологических изменений (а не отдельные ее звенья), ни оказание эффективной помощи больному. Одной из шкал, применяемых в диагностике сексуальных дисфункций, является Квантификационная шкала сексуальной функции у мужчин (СФМ — сексуальная формула мужская). В данной работе предложена модификация квантификационной шкалы СФМ для скрининга сексуальных дисфункций специалистами смежных медицинских направлений.

СФМ (СЕКСУАЛЬНАЯ ФОРМУЛА МУЖСКАЯ)

I. Потребность в половых сношениях. Как часто возникает настоящее желание иметь половой акт (вне зависимости от напряжения полового члена):

- 0 — вообще никогда или не чаще раза в год;
- 1 — несколько раз в год, но не чаще раза в месяц;
- 2 — 2–4 раза в месяц;
- 3 — раза два или несколько чаще в неделю;
- 4 — ежедневно один или несколько раз.

II. Настроение перед сношением:

- 0 — сильный страх неудачи, поэтому попытки никогда не предпринимались;
- 1 — выраженная неуверенность, заставляющая искать предлог, чтобы уклониться от попытки;
- 2 — некоторая неуверенность без уклонения от попыток (или сношение проводится в угоду жене, без внутреннего побуждения), либо провожу сношение, чтобы испытать себя;
- 3 — главным образом желание наслаждения, овладения женщиной, к сношению приступаю без опасения;
- 4 — всегда только жажда наслаждения женщиной, никогда не испытываю ни малейшего сомнения.

III. Половая предприимчивость. Провожу действия, направленные к непосредственному осуществлению полового акта:

- 0 — вообще не провожу или провожу с интервалом не менее года;
- 1 — несколько раз в год, но не чаще раза в месяц;
- 2 — несколько раз в месяц, но не чаще раза в неделю;
- 3 — 2 раза или несколько чаще в неделю;
- 4 — ежедневно один или несколько раз.

IV. Частота осуществления полового акта. Удастся провести половое сношение (хотя бы и не совсем полноценное по форме, то есть кратковременное или при неполном напряжении полового члена):

- 0 — вообще никогда не удавалось;
- 1 — очень редко;
- 2 — в большинстве случаев;

- 3 — в обычных условиях — всегда;
- 4 — в любых условиях и всегда, даже если обстоятельства этому не благоприятствуют.

V. Напряжение полового члена (эрекция):

- 0 — эрекция не наступает ни при каких обстоятельствах;
- 1 — вне обстановки полового акта эрекция достаточная, однако к моменту сношения ослабевает и введение члена не удается;
- 2 — приходится применять усилия или местные манипуляции, чтобы вызвать достаточную для введения эрекцию (или же эрекция ослабевает после введения, но до семяизвержения);
- 3 — эрекция неполная, но введение удается без труда;
- 4 — эрекция наступает в любых условиях, даже самых неблагоприятных.

VI. Длительность сношения. Семяизвержение наступает:

- 0 — не наступает ни при каких обстоятельствах;
- 0,5 — наступает не при каждом половом акте, сношение носит затяжной, подчас изнурительный характер;
- 1 — еще до введения члена или в момент введения;
- 2 — через несколько секунд после введения;
- 2,5 — примерно в пределах 15–20 движений;
- 3–4 — через 1–2 минуты или дольше (указать примерную длительность).

VII. Частота половых отправлений. Семяизвержение происходит при сношениях (или ночных поллюциях, онанизме и др.) в среднем:

- 0 — вообще не происходит или происходит не чаще раза в год;
- 1 — несколько раз в год, но не чаще раза в месяц;
- 2 — несколько раз в месяц, но не чаще раза в неделю;
- 3 — 2 раза или несколько чаще в неделю;
- 4 — ежедневно один или несколько раз.

VIII. Настроение после сношения (или неудавшейся попытки):

- 0 — крайняя подавленность, ощущение катастрофы (либо отвращение к партнерше);
- 1 — разочарование, досада;
- 2 — безразличие (или некоторый осадок от сознания, что женщина чувствует себя неудовлетворенной);
- 3 — удовлетворенность и приятная усталость;
- 4 — полная удовлетворенность, душевный подъем.

IX. Оценка успешности половой жизни:

- 0 — женщина не хочет иметь со мной близость;
- 1 — женщина высказывает упреки;
- 2 — половая жизнь происходит с переменным успехом;
- 3 — половая жизнь происходит в общем успешно;
- 4 — способен в любых условиях удовлетворить женщину.

X. Длительность полового расстройства:

- 0 — с начала половой жизни;
- 1 — более полугода;
- 2 — менее полугода;
- 3 — в настоящее время нет никаких расстройств, но они случались в прошлом (в особенности в начале половой жизни);
- 4 — не знаю, что значит иметь затруднения в половой жизни.

Шкала СФМ была предложена для специалистов, поскольку дает возможность врачу, сверяя жалобы и последующие анамнестические сведения с соответствующими показателями квантификационной шкалы, оценивать проявления сексуальных дисфункций пациента. Таким образом, СФМ стала надежным инструментом, фокусирующим внимание врача на потенциальных мишенях терапии, в том числе партнерских взаимоотношениях [13].

Классическая версия шкалы СФМ, заполняемая пациентом, включала 10 пунктов, касающихся сексуальной сферы, с вариантами ответов, которым соответствовали балльные показатели

ли. Врачом проводился анализ полученных данных, варианты ответа 0, 1 и 2 характеризовали различные степени снижения показателя, цифра 3 соответствовала статистической норме для мужчины со средними показателями сексуальной активности, а цифра 4 была характерна для периода юношеской гиперсексуальности или для лиц с сильной половой конституцией. Сами вопросы были объединены в три функциональные триады и один внеструктурный показатель X — «давность расстройства».

Первая триада характеризует ранние стадии копулятивного цикла, предшествующие половому акту, и объединяет следующие структурные показатели:

I — состояние предварительной нейрогуморальной готовности;

II — настроение перед сношением (т. е. состояние психической составляющей);

III — результат их интегративного взаимодействия, проявляющийся сексуальной активностью (предприимчивостью).

Вторая триада отражает объективные параметры реализации полового акта:

IV — интегративный показатель, характеризующий общую результативность, вне зависимости от качественной стороны;

V — состояние эрекции;

VI — состояние аппарата эякуляции.

Третья триада — оценка уже состоявшейся половой активности с обеих сторон:

VII — периодичность эякуляции;

VIII — субъективная (эмоциональная) оценка самого обследуемого;

IX — оценка партнерши (рациональная интерпретация).

Таким образом, в каждой триаде было два частных показателя, а третий — интегративный, объединяющий составные биологические и психологические части данного этапа близости.

Врачи различных специальностей зачастую недооценивают важность сбора информации о сексуальном здоровье пациента, вследствие чего выявление таких расстройств на ранних этапах остается затрудненным. При этом исследование демонстрируют, что только небольшая часть пациентов сообщает о сексуальных проблемах при первичном обращении, тогда как структурированное интервьюирование позволяет выявить их значительно чаще. С учетом значимости своевременной диагностики сексуальных дисфункций актуальной задачей является разработка кратких скрининговых инструментов, позволяющих оперативно выявлять нарушения сексуальной функции.

Целью данной работы была модификация квантификационной шкалы СФМ для скрининга сексуальных расстройств врачами смежных специальностей.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В рамках исследования был проведен опрос урологов, эндокринологов, неврологов и психиатров с целью определения спектра жалоб пациентов, касающихся различных аспектов сексуальной функции. Анализ полученных данных продемонстрировал, что вопросы, касающиеся партнерских взаимоотношений, субъективной оценки качества интимной жизни и деталей сексологического анамнеза, зачастую остаются за рамками врачебного обсуждения. Основными причинами этого являются временные ограничения приема и сохраняющееся табуирование темы, что подтверждает необходимость создания более лаконичного диагностического инструмента.

Модифицированная версия опросника исключает ряд параметров, связанных с психологическим состоянием перед и после интимного контакта, половой предприимчивостью, субъективной оценкой успешности половой жизни и давностью

расстройства. Внесены коррективы в формулировки вопросов о длительности полового акта, включен новый параметр «оргастическая разрядка», поскольку оргазм и эякуляция связаны, но не являются тождественными проявлениями. Добавлены критерии оценки яркости оргазма и способов его достижения. Вопросы, касающиеся длительности полового акта, были оптимизированы как по количеству вариантов ответа, так и по формулировкам. В результате модифицированный опросник СФМ охватывает все стадии цикла сексуальных реакций, при этом удалось устранить избыточную детализацию субъективных аспектов сексуальной функции.

Апробация модифицированной версии опросника проводилась в отделении сексологии МНИИП на выборке из 194 мужчин, из которых 90 имели сексуальные расстройства, а 104 составляли контрольную группу.

Основные характеристики исследуемых ($n = 194$): средний возраст — 34,00 [24,00; 38,75] года, средняя длительность сексуальных расстройств — 48,00 [24,00; 120,00] месяца (табл. 1).

Исследуемые заполняли стандартный вариант шкалы СФМ, а затем модифицированную версию опросника.

МОДИФИЦИРОВАННАЯ ВЕРСИЯ СФМ

Сексуальная формула мужская (модифицированная краткая версия)

Женат

Нет постоянного партнера

Есть постоянный партнер

Инициалы

Дата

В каждом из разделов обведите цифру, которая стоит против ряда, наиболее отвечающего вашему состоянию в настоящее время.

I. Потребность в половых сношениях

Как часто возникает настоящее желание иметь половой акт (вне зависимости от напряжения полового члена):

0 — вообще никогда или не чаще раза в год;

1 — несколько раз в год, но не чаще раза в месяц;

2 — 2-4 раза в месяц;

3 — 2 раза или несколько чаще в неделю;

4 — ежедневно, один или несколько раз.

II. Напряжение полового члена (эрекция)

0 — эрекция не наступает ни при каких обстоятельствах;

1 — вне обстановки полового акта эрекция достаточная, однако к моменту сношения ослабевает, и введение члена не удается;

2 — приходится применять усилия или местные манипуляции, чтобы вызвать достаточную для введения эрекцию (или же эрекция ослабевает после введения, но до семяизвержения);

3 — эрекция неполная, но введение удается без труда;

4 — эрекция наступает в любых условиях, даже самых неблагоприятных.

III. Длительность сношения

Семяизвержение наступает:

Таблица 1. **Возраст исследуемых и длительность сексуального расстройства [таблица составлена авторами]** / The age of the patients and the duration of the sexual disorder [table compiled by the authors]

Показатель	Me [LQ; UQ]
Возраст	34,00 [24,00; 38,75]
Длительность сексуального расстройства	48,00 [24,00; 120,00]

0 – семяизвержение не наступает ни при каких обстоятельствах;

1 – наступает не при каждом половом акте, сношение носит затяжной, подчас изнурительный характер;

2 – семяизвержение наступает в пределах 1 мин;

3 – семяизвержение наступает в пределах 1-3 мин;

4 – семяизвержение наступает через 3 минуты и более, при этом половой акт не носит затяжной, изнурительный характер.

IV. Частота половых отправлений

Семяизвержение происходит при сношениях (или ночных поллюциях, онанизме и др.) в среднем:

0 – вообще не происходит или не чаще раза в год;

1 – несколько раз в год, но не чаще раза в месяц;

2 – несколько раз в месяц, но не чаще раза в неделю;

3 – раза два или несколько чаще в неделю;

4 – ежедневно один или несколько раз.

V. Наступление глубокой острой оргастической разрядки

0 – никогда ни при каких обстоятельствах не испытывал оргазм или лишь при поллюциях;

1 – испытывал оргазм только при поллюциях и мастурбации;

2 – оргазм наступает при любых обстоятельствах (поллюции, мастурбация, половые акты), однако в большинстве случаев нет ощущения яркости разрядки;

3 – оргазм наступает при любых обстоятельствах (поллюции, мастурбация, половые акты) с ощущением яркости разрядки не менее, чем в 80% случаев;

4 – оргазм наступает при любых обстоятельствах (поллюции, мастурбация, половые акты) с ощущением яркости разрядки во всех случаях.

Полученные данные позволили уточнить клиническую картину, выявить нарушения на различных этапах сексуального цикла и сопоставить объективные показатели с субъективными жалобами пациентов.

Структура диагнозов (МКБ-10) исследуемых пациентов с сексуальными дисфункциями представлена в табл. 2. У 43 (48%) пациентов были двойные диагнозы.

У пациентов исследовалась половая конституция (ПК). Сильная ПК определялась у 12,4% (n = 24), средняя ПК – у 62,4% (n = 121) и слабая ПК – у 25,3% (n = 49) (рис. 1).

РЕЗУЛЬТАТЫ

При оценке анализируемых доменов опросника медиана для общего балла составила 14 [11; 17], по остальным показателям медиана преимущественно составляла 3 балла (табл. 3).

Для анализа полученных результатов, оценки согласованности переменных и их вклада в общий уровень надежности был рассчитан коэффициент альфа Кронбаха (табл. 4).

Таблица 2. Структура диагнозов в соответствии с МКБ-10 [таблица составлена авторами] / The structure of diagnoses according to ICD-10 [table compiled by the authors]

Показатель	%
F52.0	17,53%
F52.2	27,84%
F52.4	7,73%
F52.3	10,82%
F52.8	5,67%

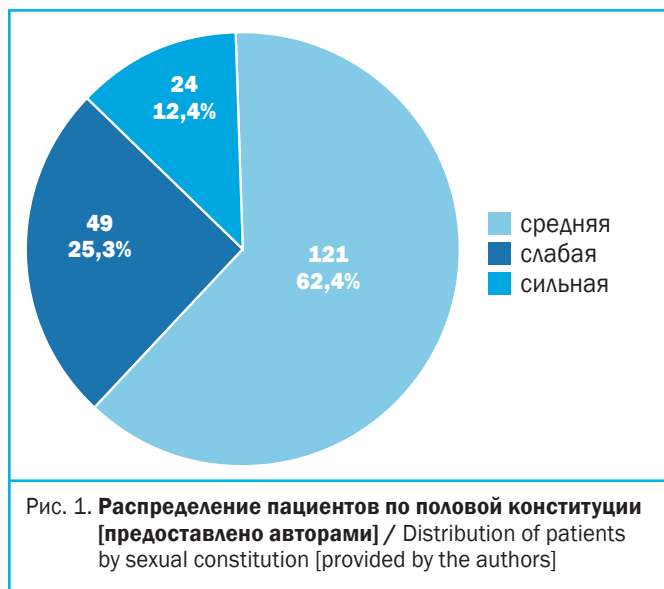


Рис. 1. Распределение пациентов по половой конституции [предоставлено авторами] / Distribution of patients by sexual constitution [provided by the authors]

Таблица 3. Анализируемые домены опросника [таблица составлена авторами] / Analyzed domains of the questionnaire [table compiled by the authors]

Показатель	Me [LQ; UQ]
Общий балл	14,00 [11,00; 17,00]
СФМ I	3,00 [2,00; 3,00]
СФМ II	3,00 [2,00; 4,00]
СФМ III	3,00 [3,00; 4,00]
СФМ IV	3,00 [3,00; 4,00]
СФМ V	2,00 [2,00; 3,00]

Значение альфа Кронбаха для нативных переменных составило 0,7465 с нижней границей 95% доверительного интервала (ДИ), равной 0,694, что свидетельствует о хорошей внутренней согласованности сокращенной версии опросника в целом. После проведения стандартизации переменных значение альфа Кронбаха увеличилось до 0,7629, а нижняя граница 95% ДИ – до 0,7138, что указывает на важность стандартизации полученных данных в последующих исследованиях.

Тест пропуска переменных продемонстрировал относительную стабильность опросника (табл. 5). Исключение каждой переменной из анализа приводит к незначительному снижению значения альфа, наибольшее снижение наблюдается при исключении переменных «СФМ_м_потребность» (-0,06691) и «СФМ_м_частота_отправлений» (-0,06607). Аналогичные результаты были получены после проведения стандартизации.

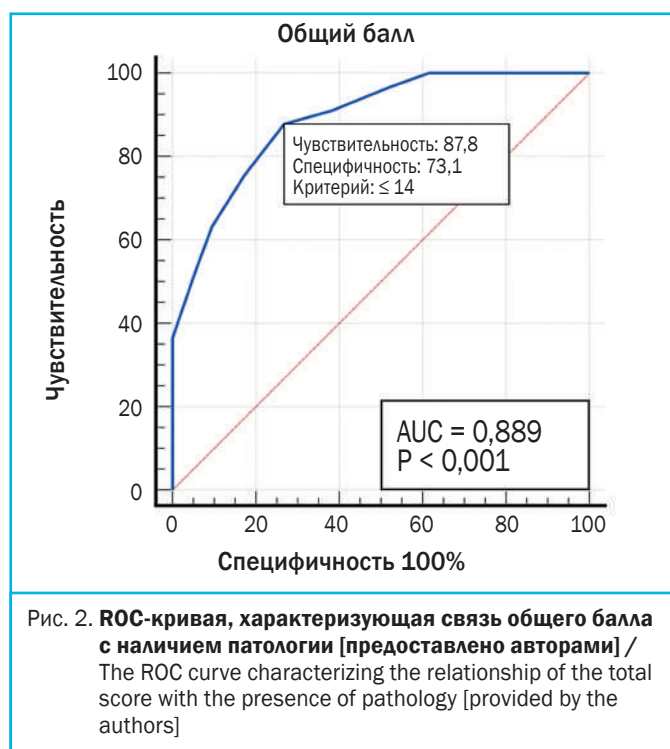
Полученные результаты указывают на то, что набор переменных демонстрирует высокий уровень внутренней согласо-

Таблица 4. Значение альфа Кронбаха для нативных и стандартизованных переменных [таблица составлена авторами] / Cronbach's alpha value for native and standardized variables [table compiled by the authors]

Критерий	Нативные переменные	Стандартизованные переменные
Альфа Кронбаха	0,7465	0,7629
Нижний предел 95% ДИ	0,694	0,7138

Таблица 5. Анализ эффекта пропуска для нативных и стандартизованных переменных [таблица составлена авторами] / Analysis of the skipping effect for native and standardized variables [table compiled by the authors]

Пропущенные переменные	Нативные переменные		Стандартизованные переменные	
	Альфа	Изменение	Альфа	Изменение
Потребность	0,6796	-0,06691	0,713	-0,04989
Напряжение	0,7004	-0,04607	0,7133	-0,04957
Частота_отправлений	0,6804	-0,06607	0,6802	-0,08271
Оргазм	0,6943	-0,05223	0,7203	-0,04256



ванности, особенно в условиях стандартизации. Исключение некоторых переменных, таких как «потребность» и «частота отправок», может сопровождаться некоторым снижением уровня надежности, что указывает на их значимость в структуре опросника.

Далее выполнена оценка количества пациентов с наличием патологии, с последующей оценкой диагностической ценности сокращенной версии опросника для различения нормальных и патологических состояний. В качестве классификационной переменной выступало наличие или отсутствие диагностированной патологии. К группе с патологией было отнесено 90 (46,39%) случаев, а 104 (53,61%) — к группе без патологии.

Анализ ROC-кривой продемонстрировал высокую диагностическую точность опросника (рис. 2). Площадь под кривой (AUC) составила 0,889 (95% ДИ от 0,836 до 0,930), что свидетельствует о высокой способности модели различать группы ($p < 0,0001$). Индекс Юдена составил 0,6085 при критерии общего балла ≤ 14 . Для данного значения были достигнуты чувствительность 87,78% и специфичность 73,08%, что обеспечивает оптимальное соотношение между прогнозными характеристиками.

В модели бинарной логистической регрессии также была подтверждена значимость ассоциации общего балла с вероятностью наличия патологии. Коэффициент регрессии соста-

вил -0,62556, что указывает на отрицательную связь между уровнем общего балла и наличием патологии — ОШ 0,535 (95% ДИ от 0,4514 до 0,6340). Это свидетельствует о том, что снижение общего балла ассоциируется с увеличением вероятности наличия патологии. Модель показала высокую степень объясненной дисперсии, о чем свидетельствуют значения R^2 Кокса и Снелла (0,427) и R^2 Нэйджелкерка (0,5703). Значение критерия согласия Хосмера — Лемешоу также подтвердило адекватность полученной модели. Снижение общего балла ≤ 14 сопровождалось повышением шансов наличия патологии в 19 раз: ОШ 19,49 (95% ДИ от 9,0687 до 41,9020).

Таким образом, модифицированная версия опросника СФМ является надежным инструментом для выявления сексуальных дисфункций в клинической практике и может использоваться для скрининга пациентов с целью своевременного направления их к профильным специалистам. Анализ показал, что сокращенная версия шкалы демонстрирует высокий уровень внутренней согласованности (альфа Кронбаха = 0,7629 после стандартизации). ROC-анализ подтвердил высокую диагностическую ценность инструмента (AUC = 0,889), что свидетельствует о его высокой чувствительности и специфичности.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В результате проведенного исследования установлено, что модифицированная версия опросника СФМ обладает высоким уровнем надежности и диагностической ценности, что делает его эффективным инструментом для клинической практики. Основные преимущества сокращенной версии шкалы включают:

- снижение избыточной детализации субъективных аспектов сексуальной функции;
- сохранение всех ключевых диагностических параметров;
- повышение удобства использования врачами смежных специальностей.

Данный инструмент может быть рекомендован для скрининга сексуальных дисфункций в медицинской практике, что позволит своевременно выявлять нарушения, влияющие как на сексуальное, так и на психосоматическое здоровье пациентов, и направлять их к профильным специалистам. **ЛВ**

Работа выполнена в рамках Государственного задания Федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В. П. Сербского» Министерства здравоохранения Российской Федерации, № НИОКТР: 1240208000061-8 «Разработка клинко-патогенетической модели и диагностического модуля расстройств тревожно-депрессивного спектра у пациентов с хроническими заболеваниями». The work was carried out within the framework of the State Assignment of Federal State Budgetary Institution V. P. Serbsky National Medical Research Center for Psychiatry and Narcology of the Ministry of Health of the Russian Federation, No. NIOCTR: 1240208000061-8 "Development

of a clinical and pathogenetic model and diagnostic module of anxiety-depressive spectrum disorders in patients with chronic diseases".

Вклад авторов:

Концепция и дизайн исследования — Ягубов М. И., Кан И. Ю., Добаева Н. В., Айриянц И. Р.

Сбор и обработка материала — Ягубов М. И., Кан И. Ю., Добаева Н. В., Айриянц И. Р.

Статистическая обработка данных — Ягубов М. И., Кан И. Ю., Добаева Н. В., Айриянц И. Р.

Написание текста — Ягубов М. И., Кан И. Ю., Добаева Н. В., Айриянц И. Р.

Редактирование — Ягубов М. И.

Утверждение окончательного варианта статьи — Ягубов М. И., Кан И. Ю., Добаева Н. В., Айриянц И. Р.

Contribution of authors:

Concept and design of the study — Yagubov M. I., Kan I. Yu., Dobaeva N. V., Ayriyants I. R.

Collection and processing of material — Yagubov M. I., Kan I. Yu., Dobaeva N. V., Ayriyants I. R.

Statistical data processing — Yagubov M. I., Kan I. Yu., Dobaeva N. V., Ayriyants I. R.

Text development — Yagubov M. I., Kan I. Yu., Dobaeva N. V., Ayriyants I. R.

Editing — Yagubov M. I.

Approval of the final version of the article — Yagubov M. I., Kan I. Yu., Dobaeva N. V., Ayriyants I. R.

Литература/References

1. Давидов М. И. Сексуальная дисфункция у больных хроническим простатитом и ее коррекция. Урология. 2020; 1 (51-58). DOI: <https://dx.doi.org/10.18565/urology.2020.1.51-58>.
Davidov M. I. Sexual dysfunction in patients with chronic prostatitis and its correction. Urologiya. 2020; 1 (51-58). DOI: <https://dx.doi.org/10.18565/urology.2020.1.51-58>. (In Russ.)
2. Крючкова М. Н., Перехов А. Я. Симптомы сексуальной дисфункции у мужчин с синдромом хронической тазовой боли/хроническим простатитом III типа и депрессией. Вестник урологии. 2018; 6 (3): 36-43. <https://doi.org/10.21886/2308-6424-2018-6-3-36-43>.
Kryuchkova M. N., Perekhov A. Y. Symptoms of sexual dysfunction in men with chronic pelvic pain syndrome/chronic prostatitis type III and depression. Vestnik urologii. 2018; 6 (3): 36-43. <https://doi.org/10.21886/2308-6424-2018-6-3-36-43>. (In Russ.)
3. Giannopoulos V., Smyrni V., Kitsos D. K., et al. Tibial nerve stimulation in the management of primary sexual dysfunction in patients with multiple sclerosis: a pilot randomized control trial. Neurol Sci. 2024; 45 (12): 5849-5858. DOI: 10.1007/s10072-024-07687-2. Epub 2024 Jul 16. PMID: 39009893.
4. Zhao S., Tang Z., Xie Q., et al. Association between epilepsy and risk of sexual dysfunction: A meta-analysis. Seizure. 2019; 65: 80-88. DOI: 10.1016/j.seizure.2019.01.004. Epub 2019 Jan 10. PMID: 30639977.
5. Pop-Busui R., Hotaling J., Braffett B. H., et al. DCCT/EDIC Research Group. Cardiovascular autonomic neuropathy, erectile dysfunction and lower urinary tract symptoms in men with type 1 diabetes: findings from the DCCT/EDIC. J Urol. 2015; 193 (6): 2045-2051. DOI: 10.1016/j.juro.2014.12.097. Epub 2015 Jan 10. Erratum in: J Urol. 2015 Sep; 194 (3): 855. DOI: 10.1016/j.juro.2015.07.030. PMID: 25584994; PMCID: PMC4439365.
6. Blair Y. A., Doherty L., Tempresa M., et al. Diabetes Prevention Program Research Group. Prevalence and predictors of erectile dysfunction among men in the diabetes prevention program outcomes study. J Diabetes Complications. 2024; 38 (2): 108669. DOI: 10.1016/j.jdiacomp.2023.108669. Epub 2023 Dec 29. PMID: 38219334; PMCID: PMC10922921.
7. Herder T., Spoelstra S. K., Peters A. W. M., et al. Sexual dysfunction related to psychiatric disorders: a systematic review. J Sex Med. 2023; 20 (7): 965-976. DOI: 10.1093/jsxmed/qdad074. PMID: 37279603.
8. Карашева Б. Г., Кибрик Н. Д. Сексуальные дисфункции в отдаленном периоде черепно-мозговой травмы. Социальная и клиническая психиатрия. 23 (2). 106-109.
Karasheva B. G., Kibrick N. D. Sexual dysfunctions in the remote period of craniocerebral trauma. Sotsialnaya i klinicheskaya psikhatriya. 23 (2). 106-109. (In Russ.)
9. Kuzma J. M., Black D. W. Epidemiology, Prevalence, and Natural History of Compulsive Sexual Behavior. Psychiatr Clin N Am. 2008; 31: 603-611.

10. Klein V., Briken P., Schröder J., et al. Mental health professional-spithologization of compulsive sexual behavior: Do clients' gender and sexual orientation matter? J. Abnorm Psychol. 2019; 128 (5): 465-472. DOI: 10.1037/abn0000437. PMID: 31282729.
11. Кан И. Ю., Ягубов М. И. Клинические особенности компульсивной мастурбации при психических расстройствах у мужчин. Социальная и клиническая психиатрия. 2020; 30 (3): 43-48.
Kan I. Yu., Yagubov M. I. Clinical features of compulsive masturbation in psychiatric disorders in men. Sotsialnaya i klinicheskaya psikhatriya. 2020; 30 (3): 43-48. (In Russ.)
12. Ягубов М. И., Кан И. Ю. Особенности сексуального поведения в период пандемии COVID-19 (2020-2021). Социальная и клиническая психиатрия. 2021; 31 (2): 94-97.
Yagubov M. I., Kan I. Yu. Features of sexual behavior during the COVID-19 pandemic (2020-2021). Sotsialnaya i klinicheskaya psikhatriya. 2021; 31 (2): 94-97. (In Russ.)
13. Васильченко Г. С. Сексопатология. Справочник. М.: Медицина, 1990. 576 с.
Vasilchenko G. S. Sexopathology. Reference book. Moscow: Meditsina, 1990. 576 p. (In Russ.)

Сведения об авторах:

Ягубов Михаил Ибрагимович, д.м.н., руководитель отделения сексологии, Московский научно-исследовательский институт психиатрии — филиал Федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В. П. Сербского» Министерства здравоохранения Российской Федерации; Россия, 107076, Москва, ул. Потешная, 3, к. 10; yagubov@mail.ru

Кан Игорь Юльевич, к.м.н., старший научный сотрудник отделения сексологии, Московский научно-исследовательский институт психиатрии — филиал Федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В. П. Сербского» Министерства здравоохранения Российской Федерации; Россия, 107076, Москва, ул. Потешная, 3, к. 10; v.iuwanow@yandex.ru

Добаева Наида Владимировна, к.м.н. научный сотрудник отделения сексологии, Московский научно-исследовательский институт психиатрии — филиал Федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В. П. Сербского» Министерства здравоохранения Российской Федерации; Россия, 107076, Москва, ул. Потешная, 3, к. 10; dona19@mail.ru

Айриянц Ирина Рудольфовна, к.м.н., научный сотрудник отделения сексологии, Московский научно-исследовательский институт психиатрии — филиал Федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В. П. Сербского» Министерства здравоохранения Российской Федерации; Россия, 107076, Москва, ул. Потешная, 3, к. 10; nira69@mail.ru

Information about the authors:

Mikhail I. Yagubov, Dr. of Sci. (Med.), Head of the Department of Sexology, Moscow Research Institute of Psychiatry, a branch of the Federal State Budgetary Institution V. P. Serbsky National Medical Research Center for Psychiatry and Narcology of the Ministry of Health of the Russian Federation; 3 b. 10 Poteschnaya str., Moscow, 107076, Russia; yagubov@mail.ru

Igor Yu. Kan, Cand. of Sci. (Med.), Senior Researcher of the Department of Sexology, Moscow Research Institute of Psychiatry, a branch of the Federal State Budgetary Institution V. P. Serbsky National Medical Research Center for Psychiatry and Narcology of the Ministry of Health of the Russian Federation; 3 b. 10 Poteschnaya str., Moscow, 107076, Russia; v.iuwanow@yandex.ru

Naida V. Dobaeva, Cand. of Sci. (Med.), Researcher of the Department of Sexology, Moscow Research Institute of Psychiatry, a branch of the Federal State Budgetary Institution V. P. Serbsky National Medical Research Center for Psychiatry and Narcology of the Ministry of Health of the Russian Federation; 3 b. 10 Poteschnaya str., Moscow, 107076, Russia; dona19@mail.ru

Irina R. Ayriyants, Cand. of Sci. (Med.), Researcher of the Department of Sexology, Moscow Research Institute of Psychiatry, a branch of the Federal State Budgetary Institution V. P. Serbsky National Medical Research Center for Psychiatry and Narcology of the Ministry of Health of the Russian Federation; 3 b. 10 Poteschnaya str., Moscow, 107076, Russia; nira69@mail.ru

Поступила/Received 01.02.2025

Поступила после рецензирования/Revised 26.02.2025

Принята в печать/Accepted 28.02.2025