

Особливості клінічної характеристики чоловіків із сексуальними розладами, які спостерігалися до та після хірургічного лікування доброякісної гіперплазії передміхурової залози

Ю.М. Гурженко, М.Д. Квач

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ

У статті наведені особливості клінічної характеристики чоловіків із сексуальними розладами, які спостерігалися до та після хірургічного лікування доброякісної гіперплазії передміхурової залози (ДГПЗ). Доведено, що у хворих із симптомами порушення сечовипускання і сексуальними розладами страждають фізичний та психічний компоненти здоров'я. Виявлено, що чоловіки із ДГПЗ та статевими розладами, які отримували медикаментозне лікування, частіше задоволені статевим актом та загалом статевим життям проти тих, хто переніс хірургічне лікування. Це пов'язано із збереженням у більшій кількості з них оргазмічної функції та статевого бажання.

Ключові слова: клінічна характеристика, доброякісна гіперплазія передміхурової залози, сексуальні розлади.

Покращення здоров'я та якості життя населення є головною метою медичної галузі нашої держави, що вимагає диференційованого підходу до віково-статевого складу населення країни. Зі старінням населення і поширенням ролі органної патології, з урахуванням наявної в Україні «надсмертності» чоловіків у віці 40–59 років зазначена категорія потребує окремої уваги [1–7].

За прогнозом ООН, до 2041 р. на планеті проживатиме понад 9 млрд осіб, а до 2050 р. кількість людей похилого віку складе 14,7% загальної популяції [8–10]. Зазначене призведе до збільшення кількості пацієнтів з доброякісною гіперплазією передміхурової залози (ДГПЗ), еректильною дисфункцією (ЕД) та іншими порушеннями статевої функції. За даними деяких авторів ці захворювання виявляють у 56–82% чоловіків із симптомами нижніх сечових шляхів (СНСШ) [10, 11]. До 2025 р. більше 322 млн чоловіків у світі буде страждати на ЕД, внаслідок одночасного збільшення осіб похилого віку, супутніх захворювань, поширення відомих несприятливих факторів ризику та сучасного соціального психологічного дискомфорту [12, 13]. Велике значення також має психологічне напруження, яке виступає загальним несприятливим чинником перебігу кожного з них. Підвищений інтерес до проблеми взаємозв'язку ДГПЗ та сексуальної функції зумовлений не тільки тим, що ці явища відносяться до поширених у чоловіків віком старше 50 років, але й достовірно доведеним зв'язком ступеня порушенням усього циклу копулятивної функції із тяжкістю СНСШ, що суттєво впливає на якість життя (ЯЖ).

Мета дослідження: виявлення особливостей клінічної характеристики чоловіків із сексуальними розладами, які спостерігалися до та після хірургічного лікування доброякісної гіперплазії передміхурової залози.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Дослідження проводили на базі ДУ «Інститут урології НАМН України», гендерна сукупність якої представлена 270 спостереженнями. У багатонасному дослідженні взя-

ли участь 235 хворих на доброякісну гіперплазію передміхурової залози (ДГПЗ), які мали сексуальні розлади (СР) і отримували спеціалізовану допомогу у 2010–2015 роках. У всіх випадках діагнози були верифіковані на основі даних обстеження відповідно до існуючих протоколів. Для досягнення поставленої мети дослідження хворі були розподілені на групи. Оскільки передбачалось вивчення особливостей сексуальної дисфункції (СД) у хворих на ДГПЗ, основу розподілу склали методи лікування останньої.

Дотримуючись типологічного відбору, за атрибутивною та факторіальною ознаками на першому етапі створено дві групи, а саме: 75 хворих на ДГПЗ I–II стадій, які отримували медикаментозну терапію та 160 пацієнтів після хірургічного лікування (85 і 75 хворих, які перенесли ТУРП та різні види простатектомії відповідно). Термін між операцією і включенням у дослідження становив 1–2 міс. Крім того, у дослідженні взяли участь 35 умовно здорових чоловіків, що склали референтну групу, яка за основними параметрами (вік, супутня патологія, освіта) була подібною до основної. Результати обстеження використовували в якості унормованих величин для порівняння з отриманими даними, що доповнювали існуючі, як найбільш наближені до загальної популяції.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

У дослідження увійшли хворі з верифікованими діагнозами. Нижче наведені основні вихідні дані, що представляють інтерес з точки зору поєднаної патології ДГПЗ із СР, а також ті, на динаміку яких орієнтовані під час оцінювання і доведення ефективності удосконалених методів лікування. Кожна з них має загальні етіологічні, патогенетичні чинники та обтяжує перебіг захворювання. Разом з тим, буде доцільним систематизувати результати обстеження і показати їх послідовно.

Клінічні прояви ДГПЗ I–II ступеня у хворих, які отримували медикаментозне лікування (I група), представлялись типовим симптомокомплексом порушення нижнього сечового тракту. При зборі анамнезу в усіх випадках (у динаміці як до, так і після хірургічного лікування) важливою є інформація стосовно вираженості порушень акту сечовипускання в аспекті суб'єктивного оцінювання. Таку можливість забезпечує рекомендована для цього Міжнародна система сумарної оцінки симптомів при ДГПЗ (IPSS). Опитування за цією анкетною проведено серед усіх учасників дослідження (n=270 осіб). Ретельність його полягала в тому, що відповіді хворих на ДГПЗ розглядалися з урахуванням стадій (I стадія – 31 чоловік – 41,3±5,6%; II стадія – 44 особи – 58,7±5,6%; p<0,05); а хворих після хірургічного лікування (II група) – у розрізі їхнього розподілу на дві підгрупи: 2А – мали СР до операції, 2Б – не мали СР до операції. Участь в опитуванні взяли і чоловіки референтної групи.

Ступінь вираженості симптомів за Міжнародною системою оцінки у розрізі груп спостереження та індекс якості життя (IPSS, QOL); M±m

Ступінь	Групи спостереження																Референтна											
	I				у тому числі								II															
					I стадія				II стадія								2А				2Б							
	Абс. число	%	m	Бали	Абс. число	%	m	Бали	Абс. число	%	m	Бали	Абс. число	%	m	Бали	Абс. число	%	m	Бали	Абс. число	%	m	Бали				
Легкий, 0-7	15	20,0*	4,6	6,8±0,5**	9	29,0#*	8,1	6,7±0,6	6	13,6#	5,1	6,9±0,4*	17	63,0#	9,2	5,6±0,7	7	53,9*	13,1	5,2±0,5 ⁰	10	71,4#	12,0	6,2±0,4	2	5,7	3,9	6,9±0,1
Помірний, 8-19	60	80,0	4,6	16,3±2,9*	22	71,0*	8,1	15,0±2,4	38	86,4	5,1	16,9±2,4	10	37,0	9,2	10,5±1,0	6	46,1	13,1	9,8±0,5 ⁰	4	28,6	12,0	11,9±0,6	-	-	-	-
Усього	75	100,0			31	100,0			44	100,0			27	100,0			13	100,0			14	100,0			35			
Індекс якості життя	2,9±0,6**				2,2±0,5				2,5±0,6				1,7±0,9				1,6±1,2				1,7±1,1				1,5±0,5			

Примітки: * – різниця достовірна між показниками I та II стадій; p<0,05; # – різниця достовірна між показниками I та II стадій у стовпчику; p<0,05; ⁰ – різниця достовірна між показниками у підгрупах 2А та 2Б; p<0,05; ** – різниця достовірна між показниками I та II груп; p<0,05.

Таблиця 2

Вихідні дані основних параметрів результатів обстеження за групами спостереження

Параметр	Група спостереження				Референтна група
	I	II	у тому числі		
			2А	2Б	
Об'єм передміхурової залози, см ³	43,0±4,6*	24,4±5,5	27,0±6,5	23,3±5,6	25,7±3,2
Максимальна швидкість потоку сечі, мл/сек	11,0±1,5*	16,0±1,4	15,8±1,1	16,1±1,2	16,7±1,9
Кількість залишкової сечі, мл	37,3±5,6*	19,6±2,4	18,6±2,9	20,5±2,1	8,3±1,5
Рівень PSA, нг/мл	4,7±0,9	3,2±0,6	2,9±0,9	3,4±0,7	3,3±0,5
Усього	75	160	77	83	

Примітка: * – p<0,05.

Був проведений аналіз даних I групи. Виявилося, що із 75 хворих на ДГПЗ переважна більшість мала помірну симптоматику (80,0±4,6%) і лише кожен п'ятий – легку (20,0±4,6%). У розрізі стадій простежена логічна особливість. При I – вірогідно більше хворих з легкою (29,0±8,1% проти 13,6±5,1% при II), при II – з помірною симптоматикою (86,4±5,1% проти 71,0±8,1% при I). За відповідями респондентів II групи спостереження тільки у 27 із 160 хворих (16,8%) були суб'єктивні скарги, пов'язані із сечовипусканням, що за бальною оцінкою віднесені у 17 (63,0±9,3%) до легкої симптоматики, а у 10 (37,0±9,2%) – до помірної (p<0,05). У разі однакового розподілу таких випадків (27) за двома підгрупами (2А та 2Б – 48,1±9,6% та 51,9±9,6% відповідно) було виявлено, що у підгрупі 2Б більшість чоловіків відзначали легкі симптоми порушень сечовипускання (74,4±12,0% проти 53,9±13,1% у 2А), тоді як у першій, навпаки, з помірною симптоматикою було практично удвічі більше (46,1±13,1% проти 28,6±12,0% у 2Б; p>0,05). Проте за інтенсивністю проявів ознак виділялись пацієнти підгрупи 2Б; сума балів при I ступені – 6,2±0,4 проти 5,2±0,5 (p<0,05), при II – 11,9±0,6 проти 9,8±0,5 (p<0,05) у підгрупі 2А. Необхідно до цього додати й таку особливість, як утрічі більшу кількість осіб з легкою симптоматикою у II групі

(63,0±9,2% проти 20,0±4,6% в I; p<0,05), так й за достовірно меншою їхньою інтенсивністю (5,6±0,7 бала проти 6,8±0,5 бала). За допомогою означеного опитувальника разом із оцінкою симптоматики визначили ЯЖ пацієнтів. Відповіді на ці питання за шестибальною шкалою були опрацьовані, середні значення з урахуванням груп спостереження наведені у табл. 1.

Вірогідна різниця виявилась лише між I та II групами. У I показники індексу достовірно більші, що свідчить про гіршу ЯЖ і узгоджується із вираженістю симптоматики (2,9±0,6 бала проти 1,7±0,6 бала у II групі; p<0,05). Не дивлячись на те, що серед чоловіків референтної групи ДГПЗ не була діагностована, 2 із 35 (5,7±3,0%) вказали на певні проблеми із сечовипусканням, що пов'язано із віком і зумовлює поглиблене їхнє обстеження у подальшому.

У плані комплексного об'єктивного обстеження у табл. 2 наведені дані загальноновизначених, поширених у клінічній практиці інформативних методів.

Результати аналізу (див. табл. 2) підтверджують наявність ДГПЗ у хворих I групи та позитивні зміни у решті пацієнтів після хірургічного лікування.

Аналіз об'єктивних методів дослідження, що мають відношення до характеристики другої складової поєднаної патології

Рівні статевих гормонів у пацієнтів груп спостереження; М±m

Параметр	Група спостереження				Референтна група
	I	II	у тому числі		
			2А	2Б	
Тестостерон (загальний), нг/мл	14,1±1,0*	14,9±0,6*	15,0±0,8*	14,7±0,7*	16,9±1,2
Тестостерон (вільний), нг/мл	12,9±1,3*	13,8±0,5*	14,0±0,2*	13,7±0,5*	15,9±1,4
Естрадіол, пкг/мл	29,4±3,3*	26,2±2,0*	26,1±2,2*	25,9±1,9*	21,8±2,1
ЛГ, мЕд/л	8,9±2,0*	9,1±1,7*	8,7±1,6*	9,3±2,2*	5,1±1,9
ФСГ, мЕд/л	14,2±2,5*	13,9±3,0*	14,5±2,2*	13,2±2,8*	8,9±1,1
Пролактин, нг/мл	6,3±1,6	6,8±1,9	7,0±2,0	6,6±2,1	5,7±1,3

Примітка: * – різниця достовірна між показниками у групах спостереження до референтної групи; p<0,05.

Таблиця 4

Показники доплерографії артерій статевого члена у групах спостереження

Показник	Група спостереження				Референтна група
	I	II	у тому числі		
			2А	2Б	
PSV (вікова систолічна швидкість), см/с	12,0±0,4*	11,4±0,6*	11,1±0,5*	11,6±0,6*	32,5±2,7
EDV (вікова діастолічна швидкість), см/с	5,7±0,3*	5,7±0,2*	5,2±0,1*	5,6±0,3*	4,7±0,2
Ri (індекс резистентності)	0,68±0,2*	0,71±0,2*	0,69±0,1*	0,72±0,2*	0,86±0,2

Примітка: * – показники у кожній групі достовірно відрізняються від референтної; p<0,05.

Таблиця 5

Розподіл хворих за ступенем вираженості еректильної дисфункції згідно МІЕФ-5 між групами спостереження, у балах (М±m)

Ступінь	Група спостереження								Референтна група	
	I		II		у тому числі					
	Абс. число, %, m	M±m	Абс. число, %, m	M±m	Абс. число, %, m	M±m	Абс. число, %, m	M±m	Абс. число, %, m	M±m
Легка, 17-22	19 23,5±5,0	19,8±2,2	51 31,8±3,6	19,1±1,2	18 ⁰ 23,4±4,8	17,9±1,9	33 39,7±5,3**	20,0±1,0	3 8,6±4,7	21,0±0,8
Помірна, 11-16	32 ⁰ 42,7±5,7	13,0±1,7	63 39,4±3,8	13,2±1,9	27 35,0±5,4	12,1±1,2	36 43,3±5,4	14,3±1,0	1 2,8±1,7	15,0
Тяжка, 0-10	32,0±5,3	24# 7,6±1,8	28,8±3,5	46 8,0±2,0	41,5±5,6	32* 6,9±2,2	16,9±4,1	14 9,0±1,0	-	-
Усього	75		160		77		83		35	

Примітка: * – різниця достовірна між показниками груп 2А та 2Б; p<0,05; # – різниця достовірна між показниками I та 2Б групами; p<0,05; ⁰ – різниця достовірна між показниками в стовпчику; p<0,05; ** – різниця достовірна між показниками в 2Б та II і 2А групами; p<0,05.

– СР наведені у табл. 3. Виявлені порушення узгоджуються з існуючою теорією андрогенно-естрогенного дисбалансу розвитку патології. Дійсно, рівень естрогену у плазмі крові чоловіків збільшується як в абсолютних показниках, так і відносно рівня тестостерону. Зменшення останнього (на ≈14,3% від показників референтної групи) і вільної його форми (на 19,0% відповідно) призводить до збільшення концентрації вільних естрогенів у плазмі крові, що спричинює імпотенцію.

Зв'язок пролактину із ДППЗ не доведено, його показники не відрізняються від показників умовно здорових чоловіків. Проте незначна його тенденція до підвищення, як й ЛГ може опосередковано свідчити про наявність стресу. Крім того, як свідчать публікації, ЛГ підвищений у чоловіків 60–65 років. Будь-якої суттєвої різниці між показниками у групах та підгрупах не виявлено, що свідчить про однотипність порушень та ідентичність механізму розвитку патологічних процесів.

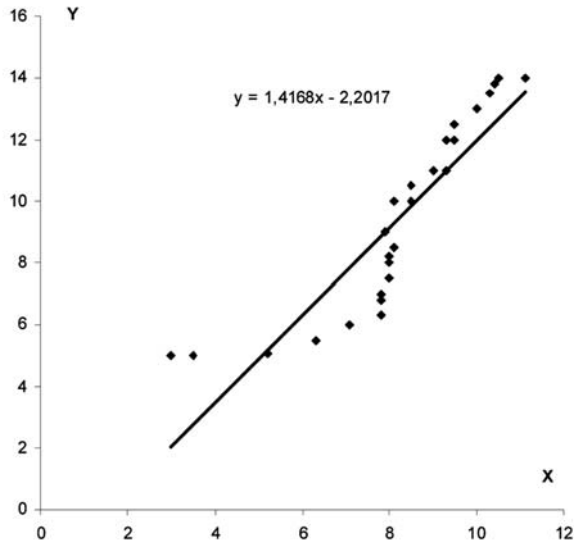
Вважаємо доцільним представити результати доплерографію кавернозних артерій і довести змішаний генез розвитку

еректильної дисфункції у хворих, перевага якої серед СР буде доведена нижче (табл. 4). У всіх хворих, незалежно від груп спостереження, є ознаки артеріальної еректильної дисфункції. Середні значення максимальної систолічної швидкості (PSV) вірогідно нижчі, ніж у практично здорових чоловіків, у яких показники наближені до норми, а саме: 32,5±2,7 см/с (норма >30 см/с) проти 12,0±0,4 та 11,4±0,6 см/с у I та II групах відповідно та 11,1±0,5 і 11,6±0,6 см/с у підгрупах 2А і 2Б (p>0,05).

Про наявність дисфункції свідчить також й індекс резистентності, величина якого нижча за 0,85 – величину, прийняту за норму.

Наведені вище об'єктивні дані повністю узгоджуються із віком, основним захворюванням, поширеною супутньою патологією, особливо ішемічною хворобою серця, артеріальною гіпертензією, наявністю психологічної напруженості, пов'язаної з очікуванням хірургічного лікування чи після нього.

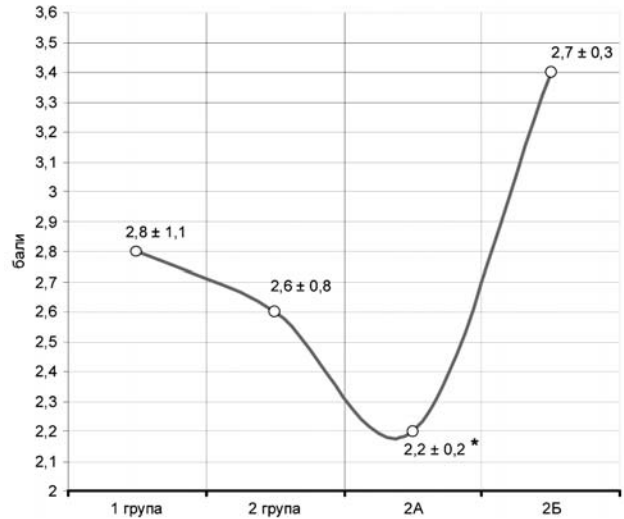
Далі проаналізуємо сексуальний профіль чоловіків, оскільки стан статевої функції гостро реагує, підпорядко-



Мал. 1. Залежність між вираженістю симптоматики нижнього сечового тракту та ступенем еректильної дисфункції

ується чисельним екзо- та ендофакторам. Слід зауважити, що еректильна дисфункція превалює над усіма іншими розладами сексуальної сфери. З метою об'єктивізації скарг хворих, кількісної характеристики копулятивних порушень наведено результати комплексного соціологічного дослідження. Згідно анкети МІЕФ-5 була визначена ступінь вираженості ЕД (табл. 5).

Наведені у табл. 5 дані свідчать, що із 235 пацієнтів у 70 (29,8±2,9%) ступінь ЕД класифікувалась як легкий, у 95 (40,4±3,2%) – помірний і у 70 (29,8±2,9%) – тяжкий, тобто у достовірній більшості вона була середньої важкості. Суттєвої різниці у розподілі чоловіків за ступенем вираженості ЕД



Мал. 2. Розподіл хворих за ступенем якості індукованої ерекції за шкалою ENH

Примітка: * – достовірна різниця між показниками у підгрупах 2А і 2Б; $p < 0,05$.

поміж I та II групами виявлено не було. Виявлені вони в результаті порівняння підгруп 2А і 2Б. Серед хворих підгрупи 2Б, до складу якої увійшли чоловіки, у яких СР зафіксовані після хірургічного лікування ДГПЗ, достовірно частіше ЕД була легкою (39,7±5,3% проти 23,4±4,8% у підгрупі 2А). У підгрупі 2А, де пацієнти мали сексуальні проблеми до та після оперативного видалення ДГПЗ, переважали випадки тяжкого ступеня її вираженості (41,5±5,6% проти 16,9±4,1% у 2Б). Варто вказати на ще одну особливість між підгрупами 2А та 2Б. У першій прояви розладів були інтенсивніші. Наприклад, у разі легкого ступеня сумарна кількісна оцінка у підгрупі 2А становила 17,9±1,9 проти 20,0±1,0 бала у 2Б

Таблиця 6

Розподіл хворих за ІЕФ між групами спостереження, бали (M±m)

Параметр		Група спостереження								Усього	Референтна група	
		1		2		у тому числі					Абс. число	M±m
		Абс. число	M±m	Абс. число	M±m	Абс. число	M±m	Абс. число	M±m			
Еректильна функція, (1-30)	Абс. число	70	14,8±	145	13,1±	76	12,6±	69	13,5±	215	2	27,0±
	%	93,3	1,0*	90,6	0,7	98,7	0,5	47,6	0,4#	91,5	5,7	0,5
	m	2,8		2,3		1,2		4,1		1,8		
Задоволеність статевим актом (0-15)	Абс. число	31*	7,9±	51	7,1±	30	6,5±	21	7,0±	82		
	%	41,3	0,4*	31,9	0,3	39,0?	0,2	25,3	0,2#	34,9	35	100,0
	m	5,6		3,6		5,5		4,7		3,1		
Оргазмічна функція (0-10)	Абс. число	55*	2,1±	145	1,6±	72	1,3±	73	1,9±	200		9,5±
	%	73,3	0,2*	90,6	0,3	93,5	0,2	88,0	0,3#	85,0	2	0,5
	m	5,1		2,3		2,8		3,5		2,3	5,7	
Лібідо (2-10)	Абс. число	23*	6,5±	111	5,3±	61#	4,4±	50	5,1±	134		9,0
	%	30,7	0,5	69,4	0,6	79,2	0,2	60,2	0,4#	57,0	1	
	m	5,3		3,6		4,6		5,3		3,2	2,8	
Загальна задоволеність статевим життям (2-10)	Абс. число	20*	4,5±	29	3,7±	11	3,2±	18	4,0±	49		
	%	26,7	0,4*	18,1	0,3	14,3	0,5	21,6	0,3#	21,0	35	
	m	5,1		3,0		3,9		4,5		2,6	100,0	
Усього		75		160		77		83			35	

Примітка: * – різниця достовірна між показниками I та II груп; $p < 0,05$; # – різниця достовірна між показниками 2А та 2Б; $p < 0,05$.

Результати оцінювання ЯЖ хворих між груп спостереження згідно анкети SF-36, M±m

Параметр	Група спостереження				Референтна група
	I	II	у тому числі		
			2А	2Б	
Загальне здоров'я (УН)	17,0±1,1 60,0	19,6±0,7* 73,0	18,8±0,4# 69,0	19,2±0,2# 71,0	21,1±0,5 ⁰ 80,5
Фізичне функціонування (PF)	21,4±3,0 57,0	24,0±1,0 70,0	23,5±1,9 67,5	25,2±2,1# 76,0	27,8±2,3 89
Рольове функціонування, зумовлене фізичним станом (RP)	5,8±0,5 45,0	6,7±0,4* 67,5	6,5±0,9# 62,5	7,0±1,0 75,0	7,7±0,7 92,5
Інтенсивність болю (BP)	10,8±0,7 88,0	11,7±0,5 97,0	11,3±0,2# 93,0	11,5±0,4 95,0	12,0±0,3 100,0
Життєва активність (VT)	15,8±0,6 59,0	16,9±0,4* 64,5	17,3±0,7 66,5	16,2±0,6 61,0	23,3±0,3 96,5
Соціальне функціонування (SF)	7,65±0,3 70,0	8,1±0,3* 76,3	8,0±0,5# 75,0	7,8±0,4 73,0	9,9±1,1 98,8
Рольове функціонування, зумовлене емоційним станом (RE)	4,2±0,4 40,6	5,2±0,3* 70,0±6,0	5,3±0,2# 76,7	4,9±0,3 63,3	5,9±1,0 97,0
Психічне здоров'я (MH)	18,1±0,5 52,4	22,0±0,7* 68,0	23,4±0,6# 73,6	21,3±0,4 65,2	29,1±1,2 96,0

Примітка: * – різниця достовірна між показниками I та II груп; p<0,05; # – різниця достовірна між показниками 2А та 2Б групами; p<0,05; ⁰ – різниця достовірна між показниками у стовпчику; p<0,05.

(p<0,05), у разі помірного – 12,1±1,2 проти 14,3±1,0 бала (p<0,05). Актуальність вивчення стану сексуального життя виявилася й у тому, що за результатами оцінки відповідей чоловіків референтної групи у 4 із 35 (11,4%) діагностовано ЕД більшою мірою легкого ступеня.

Наведена залежність між вираженістю симптоматики нижнього сечового тракту (IPSS) та ступенем ЕД (МІЕФ-5). Для доведення характеру зв'язку доцільним вважали проаналізувати I групу. За результатами кореляційного аналізу доведено прямолінійну залежність між зазначеними явищами, ступінь якої дорівнює r=0,96 (мал. 1).

Виявлено позитивний сильний зв'язок між показниками IPSS та МІЕФ-5 через наявність у чоловіків напруженого психоемоційного стану, який, водночас, поєднує і взаємно обтяжує явища.

Додатково для уточнення якості індукованої ерекції було проведено її оцінювання за допомогою чотирьохбальної шкали, згідно ЕНС. За середнім значенням показника вона була гіршою серед чоловіків II групи, проте не достовірно (2,6±10,8 бала проти 2,8±1,1 бала у I групі). Проте різниця була суттєвою при порівнянні даних підгруп 2А та 2Б; ерекція була слабшою у першій з них (2,2±0,2 бала проти 2,7±0,3 бала у 2Б; p<0,05) (мал. 2).

Більш поглиблене уявлення щодо ознак сексуальних розладів отримано за опитувальником ІЕФ (табл. 6).

Результати аналізу табл. 6 свідчать, що у 215 із 235 (91,5%) виявлено певний ступінь ЕД. Вона є однаково частим проявом СР в обох групах (93,3±2,8% та 90,6±2,3% відповідно у I та II групах спостереження). У розрізі підгруп дана ознака превалює у підгрупі 2А (98,7±1,2% проти 47,6±4,1%; p<0,05), у 2 (5,7%) чоловіків референтної групи.

Оскільки вище ЕД була деталізована за її ступенем, ретельніше прокоментуємо інші розлади копулятивного циклу. Сексологічні скарги зосереджувались на затримці утрудненої еякуляції у 200 (85,0±2,3%) чоловіків; достовірно більше таких випадків було у II групі (90,6±2,3% проти 73,3±5,1% у I групі). При цьому відсутність еякуляції з пригніченням статевих відчуттів спостерігалась у кожного п'ятого, відсутність еякуляції і оргазму мала місце у 7,0%. Решті хворим притаманна ретроградна еякуляція, з яких лише поодинокі випадки спостерігались у чоловіків I групи.

Тільки у хворих II групи (3,4%), які перенесли хірургічне лікування ДГПЗ, була дизорганія. Лібідо на сексуальній стадії було знижене у 57,0±3,2% пацієнтів (134 осіб), удвічі частіше у II групі (69,4±3,6% проти 30,7±5,3%; p<0,05), за частотою цієї ознаки виділялась підгрупа 2А (79,2±4,6% проти 60,2±5,3% у підгрупі 2Б). У 59 (25,1±2,8%) пацієнтів сексуальне бажання зберігалось на платонічній стадії і було відсутнім у 42 (17,9±2,5%) з них. За таких умов задоволеність статевим актом відзначали 82 хворих (34,9±3,1%) із загальної кількості і лише кожен п'ятий – 49 (21,0±2,6%) був задоволений статевим життям. Різниця за групами спостереження проявилася тим, що у I групі достовірно більше чоловіків було задоволено статевим актом (41,3±5,6% проти 31,9±3,6% у II групі). У I групі у більшості пацієнтів збереглась оргазмічна функція та лібідо порівняно з хворими II групи. За результатами відповідей більше виявили тих, хто був загально задоволений статевим життям (26,7±5,1% у I групі і 18,1±3,0 у II групі; p<0,05). На нашу думку це пов'язано із зосередженням хворих II групи на реабілітації після перенесеного хірургічного лікування ДГПЗ. У референтній групі у 5 із 35 (14,2%) за суб'єктивним сприйняттям сексуального життя відзначені проблеми з еректильною функцією, зменшення оргазмічного відчуття та сексуального бажання, що підтверджує існування вікових змін.

Таким чином, отримана різнопланова характеристика хворих, які мають симптоми порушення нижнього сечового тракту, пов'язані із ДГПЗ чи станом після хірургічного її видалення, що поєднані з СР. Були виявлені особливості проявів тих та інших порушень, залежність між окремими з них. Загальним фактором, що їх об'єднує, є негативний вплив на ЯЖ. Частково це питання розглядалось вище. Проте відповідь на одне питання, пов'язане із наявними ознаками порушення сечовипускання, не може охарактеризувати усе різноманіття його негативних змін, особливо серед даного контингенту.

За даними табл. 7 звертає на себе увагу загальна тенденція щодо віку пацієнтів, які взяли участь у дослідженні. У старшому віці при ЕД змішаного генезу страждає як психічний, так і фізичний компоненти здоров'я. Серед останнього гірші показники має рольове функціонування, зумовлене фізичним станом (RP), низькі показники цієї шка-

ли свідчать про обмеження у повсякденному житті за рахунок незадовільного фізичного стану. Фізична активність (PF) сприймається як логічний результат зосередження фізичної спроможності на виконанні роботи поза домом, адже більшість чоловіків були працюючими.

Фактором, що посилює психічний стан, є больовий симптом, який зустрічається в поодиноких випадках і переважно пов'язаний з оргазмом. Життєва активність та загальне здоров'я виявилися за оцінкою близькими. Якщо проаналізувати фізичний компонент здоров'я у порівняльному аспекті за групами спостереження, то виявляється, що за усіма шкалами показники кращі у чоловіків II групи, тобто у тих, хто отримав хірургічне лікування. Так, показники RP та PF у I групі дорівнювали 45 та 57, тоді як у II – 67,5 та 70,0 відповідно; VT та YH – 59,0 та 60,0 проти 64,5 та 73,0 відповідно. Хворі, які мали CP до операції з приводу ДГПЗ (2A підгрупа) за шкалами психічного здоров'я, мали кращі показники, що можна пояснити їхньою більшою адаптованістю до стану власного здоров'я. Фізичне здоров'я, навпаки, відставало за величиною показників від даних підгрупи 2B. Це свідчить про значну роль соматичного стану на фізичний компонент здоров'я.

Менш значуще у цьому віці психологічне здоров'я, тобто психічні чинники відступають на другий план у розвитку та перестрою ЕД. Разом з тим, сам факт CP негативно позначається на психічному компоненті. Серед шкал, за якими він оцінюється, більш збережене у всіх соціальне функціонування (SF) порівняно з рольовим функціонуванням, зумовленим емоційним станом (RE). Вищі показники SF порівняно з RE свідчать про менше обмеження соціальних контактів у суспільному житті, ніж у повсякденній діяльності. Характер змін за групами подібний до тих, що простежені при аналізі фізичного компонента. У I групі вони суттєвіші, ніж у другій, а у 2B, ніж у 2A підгрупах. Так, RE у I групі дорівнювало 40,6, тоді як у II – 70,0, а в 2A – 76,7 проти 63,3 у 2B. Психічне здоров'я (MH) у I групі складає 52,4% від повного добробуту, у II групі – 68,0%; у 2A – 73,6 і 65,2 у 2B. Проблеми із фізичним здоров'ям мають місце й і в референтній групі. Загальне здоров'я не досягає 20% до норми. Проте серед чоловіків цієї групи більше страждає фізичне функціонування. Психічні компоненти здоров'я найбільш наближені до стовідсоткового показника.

Таким чином, у результаті проведеного дослідження отримані важливі відомості стосовно загального стану чоловіків, які мають симптоматику порушення нижнього сечового тракту, внаслідок ДГПЗ та CP. Кожен з чоловіків з ДГПЗ та CP отримує медикаментозне лікування, очікуючи оперативне лікування, а також ті, хто має відповідні проблеми після хірургічного видалення ДГПЗ та у разі появи CP після втручання потребують виважених рішень щодо тактики надання медичної допомоги. Базуватись вона повинна на поглибленому вивченні виявлених узагальнених ознаках проявів симптомів, їхньої вираженості та особливостей. Тільки з таких позицій можна знайти обґрунтовану можливість удосконалити лікування зазначеної категорії з тим, щоб досягти кращих результатів.

Виявлені у ході виконання роботи дані щодо існування залежності між вираженістю симптомів згідно IPSS та MIEF-5 опосередковано свідчать, що при їхній різноплановості існує єдиний об'єднуючий етіологічний чинник, який є психологічне навантаження. Підтвердженням цього слід вважати доведену практичною однозначність ураження фізичного та психологічного компонентів здоров'я за анкетною SF-36, незважаючи на вік, серйозне основне соматичне захворювання та низку супутніх, що обтяжують фізичний стан. Зазначене свідчить про важливість психологічного стану, необхідність його ретельного вивчення з тим, щоб призначити найдієвіші схеми лікування.

Виявлені кількісні та якісні особливості симптоматики порушення сечовипускання за міжнародною системою їхньої оцінки при доброякісних захворюваннях передміхурової залози (ДГПЗ) – IPSS у хворих до та після хірургічного лікування ДГПЗ пацієнтів, які мали сексуальні розлади. Доведено, що серед останніх вони мали місце у 27 із 160 (16,8%) у разі переваги симптомів легкого ступеня (63,0±9,2% проти 37,0±9,2% помірного), тоді як серед перших, навпаки, у 80,0±4,6% чоловіків спостерігалась їхня помірна вираженість і у 4 рази рідше – легка, водночас при інтенсивнішому їхньому прояві (6,8±0,5 і 5,6±0,5 бала відповідно при легкій стадії у I та II групах; 16,3±2,9 і 10,5±1,0 бала відповідно; $p<0,05$).

Простежена відмінність симптоматики за анкетною IPSS серед хворих на ДГПЗ із CP, що отримували медикаментозне лікування, полягала в тому, що у вірогідної більшості чоловіків з ДГПЗ II стадії вона помірно виражена (86,4±5,1% проти 71,0±8,1% з I стадією; $p<0,05$), а за інтенсивністю – виразніша (16,9±2,4 проти 15,0±2,4 бала відповідно; $p<0,05$).

Встановлено, що помірна симптоматика порушення сечовипускання, яка зберігалась у чоловіків після хірургічного лікування ДГПЗ, частіше проявлялась у випадках наявності CP до операції, ніж у тих, у яких вона виникла після неї (46,1±13,1% проти 28,6±12,0% відповідно), проте з перевагою за інтенсивністю серед останніх (11,9±0,6 проти 9,8±0,5 бала відповідно).

У всіх хворих серед сексуальних розладів переважала еректильна дисфункція (ЕД) – 91,5±1,8%, яка у кожного третього була легкого та важкого ступеня (по 29,8±2,9% випадків відповідно) і у вірогідної більшості – помірного (40,4±3,2%). Особливо ЕД переважала у пацієнтів після хірургічного лікування. Найчастіше ЕД поєднувалась із затримкою, утрудненою еякуляцією і оргазмічною дисфункцією (85,0±2,3%) у вигляді відсутності (7,0%), пригніченості відчуттів (21,0%) та ретроградною еякуляцією, що достовірніше було притаманно чоловікам після хірургічного видалення ДГПЗ (90,6±2,3% проти 73,3±5,1% осіб, які лікувались медикаментозно). Знижене лібідо також удвічі частіше було серед останньої категорії (69,4±3,6% проти 30,7±5,3% відповідно), особливо у тих, хто мав CP до операції (79,2±4,6% проти 60,2±5,3%; $p<0,05$). При цьому на сексуальній стадії зниження – у 57,0±3,2%, на платонічній – у 25,1±2,8%, у решти – відсутнє.

Виявлено, що чоловіки, які мали ДГПЗ та CP і отримували медикаментозне лікування, частіше задоволені статевим актом та загалом статевим життям проти тих, хто переніс хірургічне лікування, що пов'язано із збереженням у більшій кількості з них оргазмічної функції та статевого бажання (41,3±5,6% проти 31,9±3,6% та 26,7±5,1% проти 18,1±3,0% відповідно; $p<0,05$).

Доведено, що у хворих із симптомами порушення сечовипускання і сексуальними розладами страждають фізичний та психічний компоненти здоров'я. На тлі зменшення усіх показників за шкалами серед I групи найбільше відстає рольове функціонування, зумовлене фізичним станом, серед II – рольове функціонування, зумовлене емоційним станом. Такі ключові домени, як життєва активність та психічне здоров'я знаходяться у межах – 59,0–66,5 та 52,4–73,6 відповідно у чоловіків, які не оперовані з приводу ДГПЗ та оперовані. У двох останніх випадках простежується чітка особливість: при наявності CP до та після хірургічного лікування виразніше відстає фізичний компонент, тоді як у інших – психічний. Зазначене мотивує поглиблене вивчення психологічного стану, як варіанту впливу на нього з метою покращення результатів лікування.

Особенности клинической характеристики мужчин с сексуальными расстройствами, которые наблюдались до и после хирургического лечения доброкачественной гиперплазии предстательной железы
Ю.Н. Гурженко, М.Д. Квач

Features of clinical characteristics of the men with sexual disorders, observed pre- and post-surgical treatment of benign prostatic hyperplasia
Y.M. Gurzhenko, M.D. Kwach

В статье показаны особенности клинической характеристики мужчин с сексуальными расстройствами, которые наблюдались до и после хирургического лечения доброкачественной гиперплазии предстательной железы (ДГПЖ). Доказано, что у больных с симптомами нарушения мочеиспускания и сексуальными расстройствами страдают физические и психические компоненты здоровья. Выявлено, что мужчины с ДГПЖ и сексуальными расстройствами, которые получали медикаментозное лечение, чаще довольны половым актом и вообще половой жизнью по сравнению с теми, кто перенес хирургическое лечение. Это связано с сохранением у большего числа из них оргазмических функций и полового влечения.

The paper shows the features of the clinical characteristics of men with sexual dysfunction were observed before and after surgical treatment of benign prostatic hyperplasia. Also it is shown that patients with symptoms of urinary disorders and sexual disorders suffer physical and mental health components. It was found that men who have benign prostatic hyperplasia and sexual disorders and receive medication, most often satisfied with sexual intercourse, and general sexual life against those who underwent surgery, which is associated with preservation of a greater number of them orgasmic function and sexual desire.

Ключевые слова: клиническая характеристика, доброкачественная гиперплазия предстательной железы, сексуальные расстройства.

Key words: clinical characteristics, benign prostatic hyperplasia, sexual disorders.

Сведения об авторе

Гурженко Юрий Николаевич – ГУ «Институт урологии НАМН Украины», 04053, г. Киев, ул. В. Винниченко, 9а.
 E-mail: 7espoir@rambler.ru

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Антонян И.М. Симптомы нижних мочевых путей. Как улучшить результаты лечения / И.М. Антонян // Здоровье мужчины. – 2008. – № 1. – С. 127–130.
2. Горпинченко І.І. Ерекtilьна дисфункція та пов'язана зі здоров'ям якість життя / І.І. Горпинченко, Д.З. Воробець, П.Л. Свердан // Здоровье мужчины. – 2010. – № 1 (32). – С. 54–60.
3. Горпинченко И.И. Реальная практика выбора тактики лечения пациентов с доброкачественной гиперплазией предстательной железы в Украине и ее соответствие международным протоколам / И.И. Горпинченко, В.И. Зайцев, М.В. Криштопа // Здоровье мужчины. – 2011. – № 3 (38). – С. 10–13.
4. Горпинченко И.И. Лечение пациентов с симптомами нижних мочевых путей и с эректильной дисфункцией / И.И. Горпинченко // Здоровье мужчины. – 2012. – № 1 (42). – С. 14–17.
5. Горпинченко И.И. Современные тенденции комплексной терапии пациентов с эректильной дисфункцией и симптомами нижних мочевых путей на фоне доброкачественной гиперплазии предстательной железы / И.И. Горпинченко, А.М. Сытенко // Здоровье мужчины. – 2016. – № 1 (56). – С. 110–113.
6. Горпинченко І.І. Можливості впливу фітокорекції на пригнічення процесів доброякісної гіперплазії передміхурової залози в осіб із супутніми хронічними захворюваннями передміхурової залози / І.І. Горпинченко, Ю.М. Гурженко, В.В. Спиридоненко // Здоровье мужчины. – 2016. – № 1 (56). – С. 121–126.
7. Горпинченко І.І. Ерекtilьна дисфункція: етіологія, патогенез, діагностика та методи лікування / І.І. Горпинченко, А.М. Ситенко // Здоровье мужчины. – 2016. – № 2 (57). – С. 6–8.
8. Пушкарь Д.Ю. Нарушение мочеиспускания и сексуальной функции у больных ДГПЖ / Д.Ю. Пушкарь, П. Раснер // Врач. – 2003. – № 6. – С. 34–36.
9. Пушкарь Д.Ю. Анализ результатов эпидемиологического исследования распространенности эректильной дисфункции в РФ / Д.Ю. Пушкарь, А.А. Камалов, С.Х. Аль-Шукри, А.А. Еркович [и др.] // Урология. – 2012. – № 6. – С. 5–9.
10. Раснер П.И. Оценка эффективности и безопасности лечения Диффамом СР больных симптоматической аденомой предстательной железы / П.И. Раснер, Д.Ю. Пушкарь // Урология. – 2013. – № 3. – С. 34–38.
11. Камалов А.А. Комбинированное лечение больных эректильной дисфункцией, страдающих расстройствами мочеиспускания / А.А. Камалов, Б.Е. Осмоловский, Д.А. Охоботов, Л.А. Ходырева [и др.] // Урология. – 2013. – № 3. – С. 29–33.
12. Верткин А.Л. Доброкачественная гиперплазия предстательной железы и ее осложнения в общемедицинской практике / А.Л. Верткин, О.Б. Лоран, Е.И. Вовк, О.Н. Зимин [и др.] // Здоровье мужчины. – 2011. – № 4 (39). – С. 16–19.
13. Верткин А.Л. новая Левитра в лечении эректильной дисфункции / А.Л. Верткин, Л.Ю. Моргунов // Урология. – 2012. – № 6. – С. 100–104.

Статья поступила в редакцию 25.10.2016