

Психоемоційний стан хворих із еректильною дисфункцією та доброякісною гіперплазією передміхурової залози

Ю.М. Гурженко¹, М.Д. Квач²

¹ДУ «Інститут урології НАМН України», м. Київ

²Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ

Мета дослідження: вивчення психоемоційного стану хворих із еректильною дисфункцією (ЕД) та доброякісною гіперплазією передміхурової залози (ДГПЗ).

Матеріали та методи. В основу дослідження покладено результати діагностики і лікування 235 хворих на ДГПЗ, що проходили обстеження та лікування у ДУ «Інститут урології НАМН України» м. Києва протягом 2010–2014 років.

Результати. У процесі виконання психологічного дослідження (оцінювання за шкалою Т. Лірі) в обстежених хворих на ДГПЗ із розвитком ЕД, було встановлено, що у всіх чоловіків спостерігається розвиток психологічних та емоційних розладів різного ступеня. При проведенні ефективного комплексного лікування ДГПЗ у хворих спостерігається більше енергії, віра у власні статеві можливості, підвищення самооцінки, незалежності, автономії діяльності. Хворі готові до змін, їхні дії спрямовані на пошук нових продуктивних та тривалих стосунків.

Заключення. Емоційні розлади, неприємні та тривалі переживання хворих чоловіків відносно стану здоров'я та якості життя, що постійно погіршується, підвищують прояви роздратування, агресії, нестриманості, що суттєво впливає на стосунки із членами сім'ї. При цьому одночасно спостерігається пряма залежність між копулятивними розладами, зростанням невротичних розладів та акцентуації характеру та поведінкою, патопсихічний характер, що клінічно виражається епізодами тривожності, хронізацією невротичних та депресивних станів.

Ключові слова: еректильна дисфункція, доброякісна гіперплазія, алгоритм діагностики, комплексне лікування.

Однією з найбільш вагомих і актуальних проблем сучасного комплексного лікування хворих на доброякісну гіперплазію передміхурової залози (ДГПЗ) та еректильну дисфункцію (ЕД) є підвищення якості життя. В осіб із зазначеними формами патологій розвиваються стійкі психологічні порушення, що призводять до розвитку соціально-психологічної дезадаптації, сексуальної дисфункції, інших розладів та негативно впливають на всі сфери подружнього життя і міцність шлюбу. Сексуальна дезадаптація подружньої пари, що стає невід'ємною складовою життя хворих на ДГПЗ, тяжко переживається самими хворими, їхніми дружинами, спричинюючи тривалу або статичну дисгармонію [1]. Психогенну ЕД переважно діагностують у чоловіків молодого віку (у понад 70% випадків), тоді як у пацієнтів зрілого віку психічні розлади спостерігають лише у 10% хворих. Чоловіки, які мають симптоми ДГПЗ, у 70–80% випадків вважають надзвичайно важливим чинником повноцінного сімейного життя наявність саме статевої її складової, яка в цих умовах суттєво порушується [2, 3].

Під час виконання психологічного обстеження хворих, що скаржились на розвиток тривалої ЕД та сексуальних роз-

ладів (у разі ДГПЗ) до та під час проведення комплексного лікування соматичної хвороби було відзначено, що психологічні порушення проявлялись у хворих по різному. Стан загальної психологічної незадоволеності виникав у чоловіків у результаті розвитку сексуальних розладів проявлявся при ДГПЗ і характеризувався тривалим періодом розвитку, спричиняв дезадаптивні психоемоційні розлади, що особливо чітко виявлялись в особливостях спілкування із членами сім'ї або сексуальною партнершею.

При вираженій клінічній картині порушень у хворих спостерігається суттєве зниження багатьох основних показників і, в першу чергу, типових сторін соціального, емоційного та статевого функціонування. Навіть у разі позитивної тенденції лікування хворих діагностований комплекс психоемоційних порушень зберігається протягом тривалого часу. Наприклад, у пацієнтів із порушеннями копулятивної функції спостерігаються виражені психологічні порушення, супутнє зниження якості життя, а у деяких осіб – навіть розвиток вираженої агресії на тлі астенізації. Особливо виражені депресивні розлади відзначалися в осіб молодого віку, проте у чоловіків зрілого віку цей симптомокомплекс патопсихологічних психічних розладів має такі самі прояви.

Виявилось, що причинами багатьох міжособистісних конфліктів у хворих ставали неадекватні усвідомлення особистісних потреб та оцінювання результатів процесу лікування. Усі пацієнти спочатку формують і займають певні позиції, а потім зосереджують значні зусилля на психологічному захисті відповідних позицій, замість того щоб конструктивно визначитись із прихованими потребами або інтересами, що змусили хворих зайняти відповідну позицію.

Ми звернули увагу на певну психологічну особливість в обстеженого контингенту хворих, що можна визначити, як страх самотності. Він розвивається у практично кожного хворого на тлі подружньої дезадаптації і полягає у розвитку відповідного конструкту в результаті втрати емоційної підтримки від членів сім'ї або сексуального партнера, сталих сімейних розладів. За цих умов психологічний стан хворих спрямовується у бік пасивної позиції по відношенню до інших осіб та формування активно-агресивної позиції щодо рідних. За такої поведінки спостерігається активне приховування важких переживань власної неповноцінності, страх бути повністю відторгнутим остаточно, що спостерігалось у 90% пацієнтів.

Мета дослідження: вивчення психоемоційного стану хворих із еректильною дисфункцією та доброякісною гіперплазією передміхурової залози.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

В основу дослідження покладено результати діагностики і лікування 235 хворих на ДГПЗ, що проходили обстеження

Результати психологічного обстеження і варіанти акцентуації характеру у чоловіків із ЕД та ДГПЗ (за шкалою Т. Лірі, 1954)

Тип характеру	Бали	Підтип характеру	Кількість хворих, %
Авторитарний	10,6±0,8	Наполегливий, втім не лідер	15
		Домінантний	60
		Диктаторський, деспотичний	25
Егоїстичний	12,4±0,4	Самолюбивий	30
		Егоїстичний	70
Агресивний	15,4±0,2	Ворожий	100
		Вимогливий	0
		Енергійний	0
Підозрілий	14,5±0,4	Відчужений	100
		Замкнутий	0
		Критичний	0
Підпорядкований	10,0±0,8	Слабовольовий	15
		Сором'язливий	45
		Скромний	40
Залежний	10,7±1,3	Невпевнений	45
		Боязкий	10
		М'який	45
Доброзичливий	13,6±0,7	Істероїдний	100
		Конформний	0
Альтруїстичний	14,5±0,5	Гіпервідповідальний	100
		Делікатний	0

та лікування у ДУ «Інститут урології НАМН України» м. Києва протягом 2010–2014 років.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

У процесі виконання психологічного дослідження (оцінювання за шкалою Т. Лірі) в обстежених хворих на ДГПЗ із ЕД, було встановлено, що у всіх чоловіків спостерігається розвиток психологічних та емоційних розладів різного ступеня. При цьому лише у 11,2% хворих психологічний стан та традиційну поведінку можна розглядати як умовно адекватну (0–8 балів), у той час як у інших хворих (78,8%) спостерігались виражені або різкі порушення. Понад 23,1% хворих мали досить високі бали, тобто рівень психологічних розладів (9–12 балів), а в 65,6% спостерігались агресивні прояви поведінки по відношенню до своєї соматичної хвороби (13–16 балів) (табл. 1).

Аналізуючи отримані результати можна зробити висновки про те, що домінуючим типом акцентуації поведінки хворих є ворожо-агресивний (100%), істероїдний (істеричний) (70–100%), егоїстичний (70%) і, одночасно з цим, спостерігається гіпервідповідальний тип (100%). Для осіб на ДГПЗ із розвитком ЕД із зазначенням такого типу поведінки характерні наполегливий (домінантний) стиль, в деяких випадках спостерігається виражений агресивний підхід до складних питань та вирішення міжособистісних конфліктів. Хворі чоловіки використовують також надмірні зусилля з метою швидкого досягнення бажаного результату. При цьому у спілкуванні із партнером або членами власної сім'ї хворі чоловіки наполягають на швидкому виконанні або вирішенні конкретних питань за власним сценарієм із доведенням оточуючим логічної переваги власної позиції, постійно переконуючи інших у своїй беззаперечній правоті. Таким людям притаманні різко окреслені вольові якості, спрямовані на неухильне досягнення поставленої мети.

Інший тип стосунків у міжособистісному спілкуванні хворих із оточуючими – це домінування поведінки із вираженими намірами до досягнення компромісу. Було встановлено, що деякі хворі намагаються знайти компромісне рішення для подолання конфліктів, вважають за можливе поступитись власною позицією, програмою або сценарієм його виконання задля досягнення бажаного результату, іноді пропонують партнеру нейтральну позицію, або повністю надають йому домінуючу перевагу у вирішенні конфліктних питань. Але навіть за цих умов хворі чоловіки не втрачають домінуючого стилю власної поведінки (60%), намагаються переконати партнера або члена родини піти на компроміс, не втрачаючи при цьому з ними емоційної близькості. Для даної групи хворих характерними є сором'язливий (45% обстежених), невпевнений (45%) та м'який стилі поведінки (45%).

Слід відзначити також інший (депресивний) тип акцентуації стилю поведінки. Особи із зазначеним психологічним типом надають перевагу у міжособистісних стосунках позиції партнера, що викликає тривалі суперечки та ще більше загострення психологічних розладів у хворих. У більшості випадків опитані пацієнти з відповідним типом поведінки уникають конфліктних, травмувальних станів, напруженого спілкування, намагаються відкласти вирішення складних або суперечливих питань. У тому числі це стосується і необхідності проведення своєчасного та тривалого лікування через суперечки, що виникають в сім'ї хворих у зв'язку із тривалістю та, іноді, досить неефективним лікуванням. Дозволяючи партнеру взяти відповідальність за вирішення цих питань, це приводить до суперечок і досить часто у хворих чоловіків проявляються додаткові деспотичні (25%) або самолюбиві (30%) стилі поведінки. Проте у більшості хворих чоловіків із ЕД та ДГПЗ переважають сором'язливий (45%), невпевнений (45%), м'який (45%), скромний (40%) і навіть боязкий (10%) стилі міжособистісного спілкування.

Таким чином, різко порушений психоемоційний стан об-

Структура і частота депресивних розладів у чоловіків із ЕД та ДГПЗ

Психологічний розлад	Ступінь прояву депресії	Бали	Кількість хворих, %
Депресія (шкала депресії Бека, BDI)	Відсутній	9,0±0,0	6
	Легкий	13,2±1,4	8/8,5*
	Помірний	17,3±0,6	12/12,7
	Виразений	26,6±0,5	40/42,5
	Тяжкий	43,5±0,9	34/36,1
Відчуття самотності (шкала Рассела-Фергюсона)	<i>Самотність</i>		
	Відсутній	0,0±0,0	10
	Низький	13,2±1,4	16/20
	Середній	17,3±0,6	30/37,5
	Високий	26,6±0,5	34/42,5

Примітка: * – відсоток хворих із вибірки, що мають психічні порушення.

стежених чоловіків характеризується одночасним проявом двох амбівалентних стилів поведінки та розвитком міжособистісної дезадаптації. Найбільш вираженими рисами характеру хворих на нашу думку слід вважати агресивність (15,4±0,2 балу), егоїстичність (12,4±0,4 балу) та авторитарність (10,6±0,8 балу). Одночасно спостерігаються високі показники дружельюбного (13,6±0,7 балу) та альтруїстичного (14,5±0,5 балу) типу акцентуації характеру (див. табл. 1).

Домінувальним типом міжособистісних стосунків в опитаних чоловіків є агресивний (78,8%). Хворі із відповідним типом поведінки прагнуть максимально підпорядковувати своєму впливу поведінку сексуального партнера щодо регламентації взаємодії та спілкування. Для цієї групи хворих притаманні наступні особистісні риси: агресивність, завищені самооцінка і рівень домагань, схильність до стійкого наслідування окремих стереотипів або їх систем, низький рівень рефлексії. У поведінці цих хворих домінує прагнення будь-яким способом і за будь-яку ціну домогтися домінуючого положення у стосунках, зайняти максимально високу позицію у структурі власної сім'ї.

На другому місці за частотою реєстрації відзначається егоїстичний тип стосунків, за яким хворі прагнуть досягти незалежної позиції, стану самозакоханості, розважливості та себелюбства. Будь-які труднощі у вирішенні суперечливих питань, у тому числі і в лікуванні, вони намагаються перекласти на оточуючих, близьких, сім'ю, але самі ставляться до них відчужено, хвалькувато, виправдовують зовнішніми причинами існуючі емоційні та сексуальні розлади.

Дуже рідко зустрічається так званий залежний тип міжособистісних стосунків, що проявляється у вираженій невпевненості у власних силах, розвитку фобій, стресогенності і розвитку психоемоційного дистресу з будь-якого приводу. Це має відношення, наприклад, до лікування та стосунків із партнером. Для таких чоловіків характерні гіпервідповідальний, безпомічний, або слабковольовий стилі поведінки, хворі постійно очікують на допомогу та поради від свого партнера або членів власної сім'ї.

Співставлення показників порушеного психоемоційного стану у хворих чоловіків із різним типом акцентуації характеру свідчить, що у них різною мірою проявляються ознаки вираженої депресивності та відчуття самотності. У більшості хворих спостерігаються доволі виражені (42,5%) або тяжкий (36,1%) ступінь депресії (табл. 2). Прояви депресивності відзначено переважно у хворих із залежним типом міжособистісних стосунків. У цих чоловіків загальний стан сексуального та емоційного незадоволення проявлявся у скаргах на монотонність, нудьгу, безбарвність життя, відсутність позитивних переживань або ностальгічних спогадів про минулі

події; численних наріканнях на різні приватні сторони сімейного життя і особливі феномени життя родини. Наростання власного незадоволення постійно підтримується тривалими періодами лікування, що супроводжується періодично виникаючими емоційними вибухами.

Ступінь розвитку психологічних розладів у хворих чоловіків значною мірою залежить від власного усвідомлення характеру захворювання та визнання, що міжособистісні стосунки його не влаштовують або не відповідають навіть мінімальним вимогам. Глобальна незадоволеність сексуальною сферою життя провокує виникнення агресивного стилю поведінки, агресивного та домінантного типу. Для таких типів акцентуації характеру прояви депресії менш виражені (у 20% хворих) та розподілені наступним чином: помірна депресія спостерігалась у 12,7%, легка – у 8,5%, і лише у 6% опитаних хворих виражених проявів депресії не було відзначено (див. табл. 2). У хворих на фоні депресії, спричиненої ЕД, розвивається міжособистісна дезадаптація, при цьому високий ступінь самотності вираженим відчуттям самотності. На відміну від показників, що характеризують депресію, при аналізі відчуття самотності у чоловіків не було встановлено достовірної різниці між різними типами акцентуації характеру. Даний прояв психоемоційних розладів спостерігався як при агресивному, так і при залежному стилях поведінки. При цьому високий ступінь самотності спостерігали у 42,5% хворих, середній – у 37,5%, а низький – лише у 20%. У 10% опитаних чоловіків прояви відчуття самотності були взагалі відсутні.

Депресія та субдепресія були діагностовані у 47 хворих із ЕД, що складає 94% від загальної кількості опитаних пацієнтів із ДГПЗ. Тривожне напруження хворих на фоні депресії спричинюють їх «заглиблення» у прояви і перебіг власної хвороби (стан егоцентризму). Розвиток невротичних реакцій та психічних станів, що супроводжують депресивні розлади, можна розглядати як захисні механізми особистісної адаптації, що проявляються у формі егоцентризму або ергопатичності. Закріплення у хворих патологічного психоемоційного стану вказує на непродуктивне осмислення ситуації та особистісну невпевненість, знижену самооцінку та домінування фобічних настроїв.

Аналіз особливостей психоемоційного стану у хворих із різним рівнем освіти засвідчив, що чим нижче цей рівень, тим слабші показники порушення загального самопочуття та тривожності, і навпаки, у чоловіків із високим рівнем освіти ці прояви тривожності були більш вираженими.

Коливання частоти і ступеню діагностованих психоемоційних порушень у хворих достовірно не залежать від показника тривалості розвитку хвороби та лікування основного захворювання. Прояви психологічних розладів хворі відзна-

Таблиця 3

Особливості копулятивних та невротичних розладів, що спостерігаються у чоловіків із ЕД та ДГПЗ

Симптом	Кількість хворих, %
<i>Невротичні симптоми</i>	
Тривога	90
Страх, фобія	48
Депресія	94
Астенія	72
Поєднані розлади	98
<i>Копулятивні порушення</i>	
Зниження лібідо	72
Анерекція	26
Затримана ерекція	32
Прискорена ерекція	42
Поєднані розлади	60

чають навіть на самих ранніх стадіях розвитку захворювання, проте із зростанням важкості розвитку соматичної патології та тривалості лікування ступінь емоційних відхилень зростає.

На показники самопочуття чоловіків найбільш вагомий вплив здійснює тяжкість захворювання, а на активність хворих – ступінь стресогенності, на їх настрій – характер сімейних стосунків, на рівень тривожності – вік та рівень освіти. Як свідчать наші дослідження, переважна більшість хворих чоловіків (72%), особливо молодого віку, внаслідок особливостей розвитку соматичної хвороби та підвищеного функціонування не усвідомлює ступінь поточних психологічних розладів та стиль власної поведінки. У першу чергу це стосується специфічної зміни настрою, зниженої самооцінки, депресивного погляду на минуле, теперішнє, майбутнє, почуття знеціненості та втрати сенсу життя.

Середня тривалість депресивного епізоду в обстежених складає 8–10 міс, при цьому достовірної різниці у характері маніфестації між хворими молодого та зрілого віку не було встановлено. В окремих хворих він тривав і понад 1,5 року. Якщо у хворих чоловіків молодого віку ризик рецидиву депресивного епізоду набагато вищий, ніж в осіб старшого віку, то в останніх частіше спостерігається тривожно-фобічні розлади. У хворих молодого віку спостерігаються випадки генералізованих тривожних розладів та менш часто – панічні розлади, агарофобія та соціальна фобія.

За оцінкою психологічного стану хворих відзначається одночасне поєднання значної кількості невротичних та копулятивних порушень (табл. 3). Зазначені порушення проявляються у вигляді зниженого лібідо, зміни тривалості статевого акту, гіпо- та аноргазміями, гіпоерекцією або різними варіантами їхніх поєднань. Практично у всіх хворих (98%) спостерігається поєднання головних проявів (симптомів) психолого-невротичних розладів при ЕД. Серед цих розладів переважають страх, тривога, астенія або депресія із відчуттям необґрунтованої небезпеки, неспокоєм, нав'язливими песимістичними роздумами ситуаційного характеру, диссомнією. Одночасно переважають порушення копулятивної функції: прискорена (42%) або затримана (32%) ерекція. Але домінуючими порушеннями виявились поєднані копулятивні розлади, що визначені у 60% хворих.

Результати обстеження хворих свідчать про домінування стану підвищеної тривожності, немотивованої стомлюваності або емоційної неврівноваженості. У всіх обстежених чоловіків зазначено знижений або пригнічений настрій із елементами тривожно-депресивного стану, зниження самооцінки, окремі напади страху. В першу чергу спостерігається уповільнення запам'ятовування, розлади уваги та відповідний егоцентризм (втеча у хворобу) або ергопатичність (втеча від хвороби). Результати проведеного психолого-діагностичного обстеження свідчать про домінування депресивного (94%), тривожного (90%) та астенічного (72%) станів, що, в свою чергу, часто стають дезадаптуючими чинниками, що безпосередньо провокують часті міжособистісні конфлікти та подальшу втрату партнера або розлучення.

У процесі бесіди і проведення діагностичних психологічних досліджень мало місце знайомство із пацієнтами та оцінювання поточного психічного стану, також надавалась допомога в усвідомленні цього психічного стану переживання самим хворим та його оцінка відповідно ступеня копулятивних розладів. За результатами обстеження та оцінки хворими реалізації власного сексуального життя та загального стану життя було отримано наступні дані (табл. 4). Більшість хворих чоловіків (60%) скаржаться на низький, тобто незадовільний рівень реалізації сексуального життя, при цьому суттєвої різниці показників між хворими молодого та зрілого віку не встановлено. Низький рівень самооцінки у пацієнтів обох груп було відзначено у 68% та 56% відповідно, а середній – у 32% та 40%.

На підставі отриманих клінічних та психологічних даних можна стверджувати, що головними причинами розвитку цього стану безперечно стають виражені еректильні розлади при ДГПЗ, супутні психічні порушення та соціальна дезадаптація, що провокують стійке зниження самооцінки пацієнтів незалежно від віку та типу індивідуально-особистісних характеристик хворих (характеру, рівня освіти, професійної діяльності).

При проведенні ефективного комплексного лікування ДГПЗ у хворих спостерігається більше енергії, віра у власні статеві можливості, підвищення самооцінки, незалежності, автономії діяльності. Хворі готові до змін, їхні дії спрямовані на пошук нових продуктивних та тривалих стосунків.

ВИСНОВКИ

У результаті проведеного дослідження стало зрозумілим, що тривалі сексуальні порушення і розлади відіграють важливу роль у житті чоловіків, впливають на якість їхнього життя та спричиняють формування психоемоційних розладів хворих та їхніх партнерів.

Таблиця 4

Рівень самооцінки стану життя та реалізації власних потреб у чоловіків із ЕД та ДГПЗ

Рівень самооцінки, реалізації цілей	Хворі молодого віку, n=25	Хворі старшого віку, n=25	Загальний показник, n=50
Високий	0 (0)	1 (4)	1 (2)
Середній	8 (32)	10 (40)	18 (36)
Низький	17 (68)	14 (56)	31 (60)
Усього, %	25 (100)	25 (100)	50 (100)

Стан високої тривоги, що притаманний розвитку ЕД та ДГПЗ, є основним механізмом неадекватної поведінки, а також формуванням проблеми порушень міжособистісних стосунків із одночасним зниженням комунікативних функцій.

Первий рівень тривожності є обов'язковим щодо продуктивної активності особистості, а самоконтроль і самооцінка цього стану виступають істотним механізмом регуляції поведінки. На відміну від цього підвищений рівень тривоги при ЕД та ДГПЗ провокують розвиток дезадаптивних розладів та зниження комунікативних властивостей пацієнта.

Психоэмоциональное состояние больных с эректильной дисфункцией и доброкачественной гиперплазией предстательной железы
Ю.Н. Гурженко, Н.Д. Квач

Цель исследования: изучение психоэмоционального состояния больных с эректильной дисфункцией (ЭД) и доброкачественной гиперплазией предстательной железы (ДГПЖ).

Материалы и методы. В основу исследования положены результаты диагностики и лечения 235 больных ДГПЖ, проходившие обследование и лечение в ГУ «Институт урологии НАМН Украины» г. Киева в течение 2010–2014 годов.

Результаты. В процессе выполнения психологического исследования (оценка по шкале Т. Лири) у больных с ДГПЖ и ЭД, было установлено, что у всех пациентов наблюдается развитие психологических и эмоциональных расстройств разной степени. При проведении эффективного комплексного лечения ДГПЖ у больных наблюдается больше энергии, вера в собственные половые возможности, повышение самооценки, независимости, автономии деятельности. Больные готовы к изменениям, их действия направлены на поиск новых продуктивных и длительных отношений.

Заключение. Эмоциональные расстройства, неприятные и длительные переживания больных относительно состояния здоровья и качества постоянно ухудшающей жизни повышают проявления раздражения, агрессии, несдержанности, что существенно влияет на отношения с членами семьи. При этом одновременно наблюдается прямая зависимость между копулятивными расстройствами, ростом невротических расстройств и акцентуации характера и поведением, патопсихический характер, что клинически выражается эпизодами тревожности, хронизации невротических и депрессивных состояний.

Ключевые слова: эректильная дисфункция, доброкачественная гиперплазия, алгоритм диагностики, комплексное лечение.

Емоційні розлади, неприємні та тривалі переживання хворих чоловіків відносно стану здоров'я та якості життя, що постійно погіршується, підвищують прояви роздратування, агресії, нестриманості, що суттєво впливає на стосунки із членами сім'ї. При цьому одночасно спостерігається пряма залежність між копулятивними розладами, зростанням невротичних розладів та акцентуації характеру та поведінкою, мають патопсихічний характер, що клінічно виражається епізодами тривожності, хронізацією невротичних та депресивних станів.

Psycho-emotional state of patients suffering from erectile dysfunction and benign prostatic hyperplasia
Yu.N. Gurzhenko, N.D. Kvach

The aim of the study: studying the emotional state of patients with erectile dysfunction (ED) and benign prostatic hyperplasia (BPH).

Materials and methods. In the study based on the results of diagnosis and treatment of 235 patients with BPH undergoing examination and treatment in state institution «Institute of urology of NAMS of Ukraine» Kyiv for 2010-2014.

Results. In the process of implementation of psychological research (evaluation on the scale T Leary) in patients with BPH and ED, it was found that all patients experience the development of psychological and emotional disorders of varying degrees. To the effectiveness of complex treatment of BPH patients show more energy, belief in their own sexual ability, increase self-esteem, independence, autonomy activities. Patients ready to change, their actions are directed on search of new productive long-term relationship.

Conclusion. Emotional distress, unpleasant and long-lasting experiences of male patients about the health status and quality of life constantly deteriorating increase manifestations of anger, aggression, incontinence, which significantly affects relationships with family members. At the same time there is a direct correlation between copulative disorders, growth of neurotic disorders and accentuations of character and behavior have parapsychosis nature, which is expressed clinically by episodes of anxiety, chronic neurotic and depressive States.

Key words: erectile dysfunction, benign prostatic hyperplasia, a diagnosis algorithm, complex treatment.

Сведения об авторах

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

Квач Николай Дмитриевич – Кафедра урологии Национальной медицинской академии последипломного образования имени П.Л. Шупика, 04112, г. Киев, ул. Дорогожицкая, 9

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Пушкарь Д.Ю., Раснер П. Нарушение мочеиспускания и сексуальной функции у больных ДГПЖ // Врач. – 2003. – № 6. – С. 34–36.
2. Burger B., Weidner W., Altwein J.E. Prostate and sexuality: an overview // Eur. Urol. – 1999. – Vol. 35. – № 3. – P. 177–184.
3. Calais Da Silva F., Marquis P., Deschaseaux P. Relative impotence of sexuality and quality of life in patients with prostatic symptoms // Eur. Urol. – 1997. – Vol. 31. – № 3. – P. 271–280.

Статья поступила в редакцию 21.06.2016