

Особливості клінічних та психологічних проявів у чоловіків із хронічними запальними захворюваннями статеві системи

Гусейнов Ельнур Фаман огли

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

У роботі показані особливості клінічних та психологічних проявів у чоловіків із хронічними запальними захворюваннями статеві системи.

Ключові слова: хронічні запальні захворювання статевої системи, клінічні прояви, психологічні прояви.

У чоловіків із хронічними запальними захворюваннями (ХЗЗ) статевих органів досить часто розвиваються еректильна дисфункція (ЕД) та безпліддя, що досить часто супроводжується важкими і тривалими психологічними розладами. Реакція хворих на хворобу часто набуває ознак перманентного хронічного стресу, що в свою чергу сприяє розвитку психотравматичних сексуальних дисфункцій та сімейно-сексуальної дисгармонії, неврологічних та психоневрологічних розладів.

Відомо, що відзначені психоемоційні розлади при хронічному простатиті та інших ХЗЗ статевої системи діагностують не лише у дорослих обстежених, але й у їхніх дружин [1, 2]. Практично у всіх хворих та 70–96% жінок відзначаються ті чи інші преморбідні риси, при цьому у чоловіків найчастіше спостерігається тривожність та дезадаптивність [3].

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для більш детального дослідження всі хворі були розділені на групи, що визначались нозологією захворювання (табл. 1). Найбільш чисельну групу хворих склали чоловіки із хронічним простатитом (47,9%), майже чверть із загальної кількості склали хворі на уретрит (24,7%), а група хворих на везикуліт та доброякісну гіперплазію передміхурової залози (ДГПЗ) було відповідно набагато менше – 16,7% та 10,7%.

Слід зазначити, що головними клінічними проявами соматичної хвороби у досліджених нами чоловіків були синдром хронічного тазового болю, ослаблена сексуальна активність, тривала ЕД, часті гнійні виділення із сечівника. Об'єктивно у всіх хворих ці прояви мали різного ступеня важкості порушення стану консистенції передміхурової залози при хронічному простатиті та ДГПЗ (табл. 2).

Загальні симптоми і в першу чергу больовий синдром був виявлений у 62,6% хворих на хронічний простатит, у 54,4% – при уретриті, у 48% – при ДГПЗ та у 71,4% хворих, що страждають на везикуліт. Інші спільні прояви цих захворювань (слабкість, зниження працездатності, порушення сну, дратівливість) спостерігали у 57,1% хворих на везикуліт, 50% хворих із ДГПЗ, 56,2% пацієнтів із хронічним простатитом та 45,4% обстежених хворих із уретритом. Усі обстежені скаржились на часткове або суттєве і тривале зниження сексуальної активності та сексуального потягу. Виникнення і динаміка цих розладів дали підставу вважати, що зазначені порушення можуть стати причиною розвитку психоемоційних розладів або суттєво вплинути на їхню динаміку у хворих чоловіків. У пацієнтів контрольної

групи відзначено подібні клінічні симптоми захворювання, але із невираженими психологічними та емоційними проявами.

Під час дослідження нами проведено вивчення рівня тривожності, стресогенності та стресостійкості чоловіків із різними запальними захворюваннями статевих органів, умовно виділили в окремі групи (хронічний простатит, уретрит, везикуліт). Отримані дані в результаті використання Шкали самооцінки ситуативної та особистісної тривожності С. Спілбергера наведені в табл. 3.

При вивченні такого психоемоційного показника у пацієнтів контрольної групи, як тривожність, було встановлено, що психологічний стан хворих в більшості випадків був практично не змінений. Крім цього, слід підкреслити, що суттєвої різниці між параметрами особистісної та ситуативної тривожності також не було відзначено (див. табл. 3).

Однак у пацієнтів 4 груп дослідження особистісної та ситуативної тривожності показали зовсім інші або негативні результати. За двома досліджуваними показниками рівні тривожності підвищилися у хворих більше ніж у 2 рази. У всіх хворих досліджуваних груп встановлено підвищений рівень ситуативної тривожності в 1,8–2,5 рази. Отримані дані можна пояснити, наприклад, тим, що деякі пацієнти відчували певний дискомфорт у зв'язку із проведенням досліджень, але це тлумачення є частковим. Слід підкреслити, що найбільш виражені показники тривожності були встановлені у хворих, що страждали на везикуліт. У цих хворих особистісна тривожність зростала на $132,9 \pm 14,8\%$ ($p < 0,05$), а ситуативна – на $148,4 \pm 15,4\%$ ($p < 0,05$), що, на нашу думку, свідчить про високу особистісну значущість розвитку негативних наслідків захворювання для прогнозу і розвитку несприятливих наслідків патології. Значно меншою мірою досліджувані зміни і порушення спостерігались у хворих із ДГПЗ, що розвивається у пацієнтів більш пізнього віку (див. табл. 3).

Наступним етапом дисертаційного дослідження стало визначення існуючого психологічного стану досліджуваних пацієнтів за методикою М. Курганського. Отримані нами результати наведені в табл. 4.

Результати оцінювання психологічного статусу свідчать, що у більшості хворих чоловіків реєструються

Таблиця 1

Розподіл хворих із ХЗЗ статевої системи по нозологічних групах

Діагноз	N	%
Хронічний простатит	112	47,9
Уретрит	58	24,7
Везикуліт	39	16,7
ДГПЗ	25	10,7
Усього	234	100

Таблиця 2

Клінічні прояви, що спостерігаються у пацієнтів із ХЗЗ сечостатевої системи

Захворювання	Клінічні прояви			
	Больовий синдром	%	Головний біль, ансомнія, роздратованість	%
Контрольна група	8	40,0	5	25,0
Хронічний простатит	42	62,6	31	46,2
Уретрит	12	54,5	10	45,4
ДГПЗ	24	48,0	25	50,0
Везикуліт	5	71,4	4	57,1

Таблиця 3

Вивчення проявів показників тривожності за шкалою С. Спілберґера (1970) у пацієнтів із ХЗЗ статевої системи

Захворювання	Тривожність			
	Особистісна тривожність	%	Ситуативна тривожність	%
Контрольна група	20,6±0,3	100,0±0,0	21,5±0,6	100,0±0,0
Хронічний простатит	41,0±4,2*	193,7±22,0	46,9±5,0*	217,5±25,3
Уретрит	40,7±2,9*	198,2±15,1	47,4±4,7*	220,1±23,4
ДГПЗ	40,7±3,2*	179,5±14,7	45,7±5,0*	189,8±19,8
Везикуліт	48,5±3,2*	232,9±14,8	54,7±2,5*	248,4±15,4

* – достовірно щодо показників контрольної групи осіб (p<0,05).

Таблиця 4

Аналіз окремих психологічних показників у хворих за методикою М. Курганського

Захворювання	Емоційний тонус	Інтерес, зацікавленість	Психічна активація	Комфортність	Напруження
Контрольна група	9,7±0,4	9,0±0,6	8,8±0,4	9,1±0,5	9,3±0,5
	100,0±0,0%	100,0±0,0%	100,0±0,0%	100,0±0,0%	100,0±0,0%
Хронічний простатит	10,8±1,3	10,5±1,4*	11,0±1,1*	10,1±1,2*	11,3±1,5*
	105,8±6,5%	116,4±10,9%	124,5±14,2%	108,8±9,1%	122,1±16,6%
Уретрит	10,1±0,8	9,9±1,1*	10,7±1,0*	9,9±1,1*	11,0±1,4
	104,4±7,6%	112,4±5,4%	155,6±14,0%	107,4±7,2%	116,3±14,6%
ДГПЗ	10,7±1,1	10,3±1,0*	10,8±0,9*	10,2±1,2*	11,4±1,5*
	109,9±8,9%	110,1±6,4%	121,2±13,6%	108,8±9,1%	122,2±16,6%
Везикуліт	12,5±0,7*	8,5±0,7	8,7±0,6	8,5±0,4	10,1±0,4
	143,0±10,0%	99,1±6,4%	95,7±6,4%	101,7±2,1%	111,2±10,5%

* – достовірно по відношенню до показників контрольної групи (p<0,05).

порушення психоемоційного стану різного ступеня вираженості. У пацієнтів із хронічним простатитом відбувається поступове зростання рівня психічної активності, одночасно із показниками комфортності, напруженості та зацікавленості. Слід підкреслити, що найбільш виражені зміни хворих у цієї групи спостерігались щодо психічної активності (на 124,5±14,2%). У хворих із хронічним уретритом зміна психологічних порушень мала подібну тенденцію, але була більш різкою. Хворі, що страждали на везикуліт, характеризувались дещо іншим варіантом порушень параметрів психоемоційного стану, при цьому було встановлено різке зростання емоційного напруження (на 43,0±10,0%), незначне підвищення персональної напруженості. У хворих чоловіків із ДГПЗ достовірно збільшується психологічна активність, комфортність, напруженість та зацікавленість. Із зазначених вище і наведе-

них результатів випливає, що тільки хворі, які складають другу та четверту групи, характеризуються високою напруженістю, в той час як інші хворі мають середній або низький рівень показника, що не відрізняється від результатів, отриманих в контрольній групі.

Після визначення характеру і особливостей розвитку порушень психоемоційного стану хворих чоловіків важливим стало послідовне дослідження змін їхніх вольових характеристик. З цією метою застосовували методику А.В. Зверкової та Е.В. Ейдмана (1990) (табл. 5).

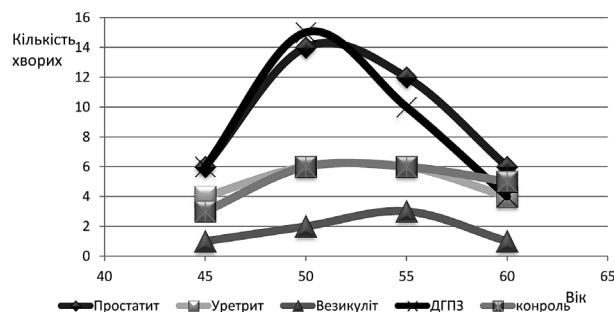
Аналіз та співставлення отриманих результатів переконливо свідчать, що у хворих із трьох дослідних груп хворих встановлено достовірне зниження вольових характеристик, що виражалось у достовірному зниженні особистісних показників наполегливості та самоволодіння. Найбільш виражені порушення спостерігались у хворих на

Аналіз вольових характеристик хворих із ХЗЗ статевої системи (за методикою А.В. Зверкової, Е.В. Ейдмана, 1990)

Захворювання	Вольові характеристики хворих			
	Наполегливість	%	Самоволодіння	%
Контрольна група	11,1±0,6	100,0±0,0	9,9±0,4	100,0±0,0
Хронічний простатит	8,1±0,9*	72,0±11,2	7,6±1,2*	78,1±14,1
Уретрит	9,1±0,7*	82,5±7,1	8,2±0,8*	83,7±8,6
ДГПЗ	8,8±0,07*	75,4±10,0	7,7±0,2*	73,6±9,4
Везикуліт	7,4±1,1*	66,6±12,3	7,8±0,9*	80,5±10,6

* -достовірно по відношенню до показників контрольної групи (p<0,05).

хронічний простатит, ДГПЗ та везикуліт. Показники наполегливості у пацієнтів цих груп знижувалась в середньому відповідно на 28%, майже на 25%, а у пацієнтів із везикулітом – навіть на 33,4%. При цьому показники самоволодіння також знижувались в середньому відповідно майже на 22%, 27% та 19,5%. Особливо низькі показники тобто погіршення вольових показників спостерігали в хворих із емоційно нестійким характером, психологічно вразливих, із вираженими ознаками фобії. Рефлексивність у таких хворих невисока, а загальний фон психологічної активності, як правило, знижений, цим пацієнтам властиві імпульсивність, нестійкість намірів та психоемоційна лабільність. Це пов'язано не лише із підвищенням



Мал. 1. Вікові характеристики хворих тренінгової групи, що страждають на ХЗЗ сечостатевої системи

Таблиця 6

Характеристика тренінгової групи хворих	
Захворювання	Кількість хворих, n=120
Контрольна група	20
Хронічний простатит	38
Уретрит	20
ДГПЗ	35
Везикуліт	7

емоційного тону пацієнтів досліджених груп, але із комфортністю та не підкріпленою здатністю цих осіб до рефлексії та самоконтролю. При цьому оцінка пацієнтами власних сексуальних можливостей виявилась заниженою у осіб другої, четвертої та п'ятої груп (табл. 5).

Проведені психодіагностичні дослідження та отримані результати переконливо свідчать, що розвиток ХЗЗ провокують розвиток психологічних розладів у чоловіків, знижують їхню адаптивність, вольові характеристики хворих, провокують формування комфортності, психоемоційну лабільність, роздратованість, що негативно впливають на самопочуття хворих та сексуальні стосунки в сім'ї, призводять до формування стану подружньої дезадаптації. На відміну від цього результати досліджень чоловіків контрольної групи свідчать про емоційну врівноваженість, нормативність поведінки та відносно не змінений та спокійний характер. Представлені в табл. 4, 5 показники можна вважати прийнятними, тобто такими що не порушують сталих і гармонійних взаємовідносин в подружжі. Одночасно з цим хворі, що страждають на ДГПЗ, хронічний простатит, уретрит і, особливо, везикуліт, характеризуються різкими і дезадаптивними змінами психоемоційного стану, зниженням вольових показників, наполегливості, тривожністю, підвищенням емоційного тону, що супроводжується і негативно впливає на сексуальні відносини і відповідно на темп лікування зазначених вище захворювань. На основі цих даних було виокремлено групу пацієнтів для психокоригувальної терапії, результати якої наведені нижче.

На основі отриманих результатів і оцінки порушень психоемоційного стану хворих чоловіків із ХЗЗ статевої системи виявилось можливим проаналізувати найбільш виражені розлади, що потребують психокоригувального застосування етіопатогенетичного лікування на фоні застосування відповідних психотерапевтичних методик. Основою для їхнього застосування слугували низькі рівні стресостійкості і вольових параметрів особистості та підвищені або високі прояви тривожності.

Найбільш характерними рисами хворих, включених до тренінгової (n=120) (табл. 6) групи можуть бути: внутрішня

Таблиця 7

Діагностичні показники тривожності тренінгової групи за шкалою С. Спілбергера (1970)

Захворювання	Тривожність			
	Особистісна тривожність	%	Ситуативна тривожність	%
Контрольна група	20,6±0,3	100,0±0,0	21,5±0,6	100,0±0,0
Хронічний простатит	39,91±3,5*	193,7±17,3	48,0±5,0*	222,9±23,3
Уретрит	40,3±3,0*	195,7±15,1	47,0±4,4*	218,1±20,7
ДГПЗ	39,8±3,4*	193,2±14,5	44,6±5,1*	189,8±19,8
Везикуліт	48,5±3,2*	235,6±15,5	54,7±2,5*	253,7±12,0

* - достовірно щодо показників контрольної групи (p<0,05).

Аналіз окремих психологічних показників у хворих тренінгової групи за методикою М. Курганського

Захворювання	Емоційний тонус	Інтерес, зацікавленість	Психічна активація	Комформність	Напруження
Контрольна група	9,7±0,4	9,0±0,6	8,8±0,4	9,1±0,5	9,3±0,5
	100,0±0,0%	100,0±0,0%	100,0±0,0%	100,0±0,0%	100,0±0,0%
Хронічний простатит	10,3±1,1	10,6±1,4*	11,1±1,0*	10,1±1,2*	11,4±1,5*
	106,0±12,0%	117,7±10,9%	126,1±11,3%	108,8±9,1%	122,5±16,6%
Уретрит	10,0±0,8	9,9±1,0*	10,7±1,1*	9,8±1,0*	10,8±0,8*
	103,0±7,6%	112,4±11,1%	155,6±12,5%	107,6±10,9%	116,1±8,6%
ДГПЗ	10,8±1,1	10,4±0,9*	10,3±0,8*	10,4±1,2*	11,4±1,5*
	111,3±8,9%	115,5±6,4%	117,0±13,6%	114,2±9,1%	122,2±16,6%
Везикуліт	12,5±0,7*	8,5±0,7	8,7±0,6	8,5±0,4	10,1±0,4
	143,0±10,0%	99,1±6,4%	95,7±6,4%	101,7±2,1%	111,2±10,5%

* - достовірно по відношенню до показників контрольної групи хворих (p<0,05).

Таблиця 9

Аналіз вольових характеристик хворих тренінгової групи (за методикою А.В. Зверкової, Е.В. Ейдмана, 1990)

Захворювання	Вольові характеристики хворих			
	Наполегливість	%	Самоволодіння	%
Контрольна група	11,1±0,6	100,0±0,0	9,9±0,4	100,0±0,0
Хронічний простатит	8,4±0,9*	75,6±11,2	7,7±1,2*	77,7±14,1
Уретрит	9,0±0,8*	81,0±7,2	8,1±0,8*	81,8±8,6
ДГПЗ	8,6±0,9*	75,4±10,0	7,4±0,9*	74,7±9,0
Везикуліт	7,8±1,1*	70,2±9,9	7,8±0,9*	80,5±10,6

* - достовірно по відношенню до показників контрольної групи хворих (p<0,05).

напруженість, невдоволеність обставинами соціального та сексуального життя, що склалися. Домінують депресивні тенденції, притаманне недостатнє спонукання і заперечення наявності персональної статевої та психологічної слабкості, тенденції уникнення невдач, обмеженість кола існуючих інтересів, психоемоційна лабільність, підвищена ситуативна демонстрація маскуліної статевої поведінки. Хворим була притаманна низька адаптивність і соціальна адекватність, заперечення існування будь-яких сексуальних проблем, підвищена тривожність, відчуття провини, підкреслено демонстративний оптимізм. Таким чином, у тренінгову групу відбирали чоловіків із ХЗЗ сечостатевих органів, вираженими і навіть патопсихічними порушеннями особистості, що потребували застосування консервативного і психокорекційного варіантів лікування. Груповий та віковий розподіл пацієнтів тренінгової групи наведено на малюнку та в табл. 6.

Безпосередньою причиною розвитку дезадаптації хворих тренінгової групи ми вважали розвиток порушень і дезадаптації психологічного стану хворих при соматичних захворюваннях, що супроводжувались негативним ставленням пацієнтів до власного незадовільного самопочуття. Подружня дезадаптація і фактори, що її обтяжують, сприяли формуванню відповідних соціально-психологічних складових порушень через відсутність взаємної любові, поваги та виникнення розбіжностей сімейно-рольових позицій та інші фактори, що впливали на стабілізацію емоційно негативного стану чоловіків.

З метою детального аналізу існуючих психоемоційних порушень для дослідження корекції психоемоційних розладів при застосуванні психокорекції у хворих було прове-

дено відповідне діагностичне дослідження їхнього психологічного стану і особистісних рис, результати яких наведені в табл. 7–9.

Результати повторного діагностування тренінгової групи свідчать, що показники особистісної тривожності достовірно зростають в 1,9 разу в осіб другої і четвертої груп, а у хворих із везикулітом в 2,3 разу. Ситуативна тривожність у хворих була більш вираженою.

Аналіз показників особистісної характеристики пацієнтів свідчить, що у пацієнтів із хронічним простатитом відбувається достовірне підвищення інтересу, психічної активності та напруженості на 17–26%. У хворих на хронічний уретрит особливо вираженими були значення психічної активності (155,6±12,5%), а у пацієнтів із везикулітом – емоційного тону (143,0±10,0%). У четвертій групі хворих, тобто у хворих із ДГПЗ, зміна психологічних порушень мала більш м'яку тенденцію, а показники психоемоційного стану зростали в середньому на 15–22%.

Аналіз та співставлення отриманих результатів вольових характеристик хворих тренінгової групи свідчать, що показники наполегливості та самоволодіння суттєво знижуються порівняно із показниками пацієнтів контрольної групи. Гостро вираженими були порушення у хворих із везикулітом, хронічним простатитом та ДГПЗ. Показники наполегливості у пацієнтів цих груп знижувались в середньому відповідно на 29%, 25% та 25%. Одночасно показники самоволодіння знижувались у середньому відповідно майже на 19%, 23% та 26%. Пацієнти всіх досліджуваних груп відзначали зниження задоволеності власними сексуальними можливостями та вмотивованості.

ВИСНОВКИ

Проведене нами психодіагностичне дослідження свідчить про те, що у селекціонованій нами групі пацієнтів із ХЗЗ статевих органів спостерігається зниження вольової поведінки хворих, підвищення їхньої тривожності, комфортності, зниження настрою і, особливо, енергійності, підвищення відчуття втоми хворих та зниження їхньої активності.

Навіть при незначних психофізичних навантаженнях у цих хворих наростали прояви зниження самооцінки, відсутність або примітивізація інтересів, скептично-негативне відношення до процесу лікування. Ураховуючи, що інтимна близькість представляє собою парний поведінково-статевий акт, успішність якого залежить від кооперативної участі в ньому кожного з партнерів, тобто сексуальних партнерів у процесі лікування тривожного синдрому є важливим і позитивним впливає на загальні результати лікування соматичної хронічної патології.

**Особенности клинических и психологических проявлений у мужчин с хроническими воспалительными заболеваниями половой системы
Гусейнов Эльнур Фаман оглы**

В работе показаны особенности клинических и психологических проявлений у мужчин с хроническими воспалительными заболеваниями половой системы.

Ключевые слова: хронические воспалительные заболевания половой системы, клинические проявления, психологические проявления.

**The peculiarities of clinical and psychological symptoms of man's genitals chronic inflammatory diseases
Guseinov Elnur Faman ogli**

In the work the peculiarities of clinical and psychological symptoms of men's genitals chronic inflammatory diseases were shown.

Key words: chronic inflammatory diseases of men's genitals, clinical and psychological symptoms.

Відомості про автора:

Гусейнов Эльнур Фаман оглы – Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика, 04112, г. Киев, ул. Дорогожицкая, 9; тел.: (044) 205-49-46

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

- | | | |
|---|---|---|
| 1. Сердюк А.И. Влияние макро- и микросоциальных факторов на психоэмоциональное состояние у больных с соматическими заболеваниями // Архив психиатрии. – 2004. – № 2 (37). – С. 15–16. | 2. Бахтеева Т.Д. Клинико-психопатологические особенности невротизации у женщин // Клиническая психиатрия. – 2004. – № 2 (37). – С. 75–78. | 3. Бабелюк В.Е. Сексуальная дезадаптация при хроническом простатите и система ее психотерапии (медико-психологические аспекты) // Авт. дисс. ... канд. мед. наук по специальности 19.00.04 – медицинская психология. – Харьков, 2005. – 20 с. |
|---|---|---|

Статья поступила в редакцию 12.03.2013

Н О В О С Т И М Е Д И Ц И Н Ы

ЛЮДИ С ИНТЕРНЕТ-ЗАВИСИМОСТЬЮ СТРАДАЮТ ОТ «СИНДРОМА ОТМЕНЫ», КАК НАРКОМАНЫ

Новое исследование показало, что, лишаясь доступа в Сеть, активные пользователи интернета страдают от симптомов, сходных с наркотическим "синдромом отмены", пишет Time. В исследовании приняли участие 60 добровольцев, средний возраст которых составил 25 лет, отмечает автор статьи Олли Джон.

Ученые из Университетов Су-

онси и Милана сначала определили уровень увлеченности испытуемых интернетом, в частности, пользуются ли они Всемирной паутиной с одержимостью и в ущерб своим социальным связям и работе.

Затем ученые предложили им пользоваться интернетом в течение 15 минут, посещая любые сайты, после чего определили

уровень тревожности и настроение испытуемых. У добровольцев, проявивших зависимость на предыдущем этапе испытания, после выхода из интернета ухудшилось настроение. Они страдали от "синдрома отмены", похожего на тот, который испытывают люди после экстази.

<http://www.inopressa.ru/>