

Психопатологічні прояви у хворих на хронічний простатит та їх корекція

Є.А. Литвинець, О.П. Сандурський

Івано-Франківський національний медичний університет

У хворих на хронічний простатит проведено аналіз особливостей клінічного перебігу психопатологічних проявів та вивчена ефективність застосування флювоксаміну для корекції виявлених змін. Установлено, що даний препарат позитивно впливає на усунення психопатологічних проявів у даної категорії пацієнтів.

Ключові слова: хронічний простатит, психопатологічні прояви, флювоксамін, лікування.

Хронічне ураження передміхурової залози (простатит) є одним із найбільш поширених захворювань у чоловіків. Згідно з даними низки спеціалістів хронічний простатит діагностовано у 9–35% чоловіків [1, 2, 4, 7, 9]. Уражує простатит переважно чоловіків молодого і середнього віку, тобто найбільш сексуально активних, і нерідко ускладнюється порушенням копулятивної та репродуктивної функції [6,10].

За даними різних авторів, у 20–70% хворих на хронічний простатит виявляють різні розлади психіки, які погіршують клініку захворювання [3,5,8]. Це визначає не тільки медичну, але і соціальну значущість проблеми вивчення і лікування психічних розладів при простатиті. Психічні розлади при простатиті можуть бути спричинені як соматичними факторами (запалення, інтоксикація, біль, неприємні відчуття в ділянці таза, ендокринні порушення), так і психогенними (реакція особи на хворобу, її симптоми та ситуацію, з нею пов'язану). Без сумніву, зміна психофізіологічних якостей хворих пов'язана з початковим, преморбідним психофізіологічним рівнем. Преморбід, як правило, пов'язаний із статевою конституцією і особливостями психосексуального розвитку. Деякі автори пропонують розглядати хронічний простатит як “психосоматичне захворювання”, настільки виражені зміни психологічного статусу людини, яка страждає на дану хворобу.

Значне поширення психопатологічних проявів у хворих на хронічний простатит вимагає більш повного дослідження функціонального стану організму. Індикатором функціонального стану організму можна розглядати дослідження та аналіз показників варіабельності серцевого ритму (ВСР). Дослідження ВСР дозволяє вивчити стан нейровегетативного фону в розвитку психопатологічних проявів і стан показників вегетативного гомеостазу та вегетативного забезпечення [1].

Мета дослідження: вивчення особливостей клінічного перебігу психопатологічних проявів у хворих на хронічний простатит та дослідження ефективності флювоксаміну для корекції виявлених змін.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

На лікуванні та під спостереженням перебували 167 хворих на хронічний простатит. Середній вік пацієнтів склав $28,3 \pm 3,5$ року (від 19 до 46 років), тривалість захворювання від 8 міс до 5 років (в середньому $3,8 \pm 1,2$ року). Клінічне дослідження включало загальне клінічне обстеження, дослідження неврологічного статусу та вивчення стану вегетативної нервової системи.

Діагноз верифікували на основі пальцевого дослідження передміхурової залози (ПЗ), простатиту в анамнезі, лабораторних досліджень: а) аналіз секрету ПЗ; б) дослідження виділень із сечівника на специфічну та неспецифічну флору; в) мікробіологічне дослідження секрету ПЗ та ультрасонографії ПЗ. Також проводили анкетування під час звернення та в процесі лікування за модифікованою міжнародною системою оцінки симптомів при захворюваннях передміхурової залози та якості життя. Якість життя або повнота життєвідчуттів, один з порівняно недавно впроваджених у практику існуючих суб'єктивних критеріїв вираженості тривалих патологічних процесів, дозволяє оцінити актуальність і значущість для пацієнта існуючого у нього хронічного запалення ПЗ.

Варіабельність ритму серця вивчали на апараті „Електрокард” НВО „Метекол”, Україна. Розраховували спектральні показники серцевого ритму: ТР – міра загальної варіабельності серцевого ритму, варіація N-N-інтервалів протягом 5 хв у частотному діапазоні до 0,4 Гц; високочастотну складову ВСР HF мс² у діапазоні 0,15–0,4 Гц; низькочастотну складову серцевого ритму LF мс² – потужність у діапазоні низьких частот – 0,04–0,15 Гц; потужність у діапазоні дуже низьких частот VLF мс² – менше 0,04 Гц, відображає низькочастотну складову ВСР. Вирахували LF/HF – співвідношення низько- і високочастотного компонентів як показник балансу симпатичного та парасимпатичного відділів вегетативної нервової системи.

У 54% (90 хворих) були виявлені різні розлади психіки.

Хворі, у яких було виявлено психопатологічні прояви були розділені на дві групи. Першу (1-у) групу склали 30 хворих, які лікувались за загальноприйнятими схемами (антибактеріальні, протизапальні препарати, альфа-1-адреноблокатори, ензимні засоби, фізпроцедури та масаж ПЗ). Друга (2-а) група – 35 пацієнтів, які, крім комплексної терапії, одержували флювоксамін в рекомендованому виробником дозуванні по 50 мг один раз на добу протягом тижня, а потім по 100 мг один раз на добу 1 міс.

На першому етапі реабілітаційних заходів з моменту знайомства з хворим нами широко використовувалася раціональна психотерапія.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Із групи хворих, у яких було виявлено психопатологічні прояви, у 78% пацієнтів спостерігався депресивно-астенічний синдром. Вони скаржилися на утруднене засинання, поверхневий, неспокійний сон, вранці не відчують себе бадьорими, протягом дня зберігається в'ялість, розбитість, сонливість. Працездатність знижується, спостерігається втомлюваність, слабкість. Нерідко відзначається запальність, роздратованість, конфліктність. На нашу думку, ці прояви більшою мірою пов'язані з больовим процесом, є одним з його проявів (так звані загальні симптоми). У 20% хворих неприємні відчуття набу-

вали незвичайного характеру – біль “у вигляді плями на куприку”, головка статевого члена немовби “кілцем оперезана”, в ПЗ “щось стискається, потрiскує”, “булькає, немовби пухирці лопаються”. У ділянці заднього проходу виникають відчуття пов’язані з втягненням в запальний процес чутливих і вегетативних утворень, яких є дуже багато в ПЗ та прилеглих тканинах. Неприємні відчуття, біль постійно нагадують пацієнту про страждання, можуть служити причиною розвитку психічних порушень.

32% пацієнтів відзначивши слабкість ерекцій, болючість та пришвидшені еякуляції, зниження лібідо, почали думати про можливе виникнення імпотенції, про те що “чоловічої сили залишилось мало”, що у них не буде дітей. Перевіряючи себе в статевих контактах, все більше схилилися до думки про свою неповноцінність. Після деякого періоду зниження потенції у 21% хворих виникли нав’язливі страхи, боязнь невдачі під час статевої близькості. Такі переживання пригнічують ерекцію, призводять до вкорочення статевого акту. Виникає “замкнуте коло”, яке сприяє формуванню синдрому нав’язливих станів, який нагадує невроз очікування.

18% пацієнтів почали думати про онкологічну хворобу, відзначивши у себе “незвичайний біль”, знаходячи “ущільнення”, хвилювалися, що на них чекає калічаща операція, можлива смерть.

26% хворих, помітивши слизисті чи слизисто-гнійні виділення із сечівника, починали думати, що вони хворі на венеричну хворобу. У думках постійно перебирали можливі варіанти зараження, пробували звинувачувати “невірних жінок”. У них виник страх перед розголосою їхніх страждань і подальшим осудом їх знайомими та близькими. Після значних коливань зверталися до венеролога, але від’ємний результат обстеження не розвивав сумніви.

Такі переживання не виходять за рамки різноманітних проявів простатиту, тісно пов’язані з картиною захворювання, не носять явно безглузого характеру, складаються в структуру іпохондричного синдрому і його варіантів (астеноіпохондричного, астенодепресивного, алгічно-іпохондричного, тривожно-іпохондричного).

38% хворих почали більше уваги приділяти своєму здоров’ю, вивчають спеціальну літературу, нерідко, роблячи висновок, що хвороба важка, невиліковна. Прояви захворювання служили приводом для сумнівів в правильності діагнозу. Виникало бажання обстежитись в інших спеціалістів. 28% пацієнтів вимагали певних видів лікування, проявляючи при цьому немалу наполегливість.

Необережні висловлювання лікаря про наявність ущільнень, необхідність лікування для уникнення імпотенції, можуть посилити психопатологічні прояви.

При клінічному обстеженні, крім наведених вище, найбільш характерними були скарги на неприємні відчуття в сечівнику, виділення з сечівника слизисто-гнійного та слизистого характеру, найчастіше зранку, незначна невизначена біль у ділянці промежини, калитки, паховій та крижовій ділянці, внизу живота. Дизуричні розлади (почашене сечовипускання, відчуття неповного спорожнення сечового міхура) виявлено у 42% хворих. При пальпації ПЗ у більшості пацієнтів вона була підвищено чутлива, болюча, дещо збільшена, тістуватої консистенції, у інших дещо напруженою.

Після лікування у пацієнтів II групи, які одержували препарат Депривокс ознаки депресивно-астенічного синдрому зменшились з 78% до 18%, а у пацієнтів I-ї групи лише до 56%.

Слід зауважити, що у всіх хворих після курсу лікування стандартною терапією спостерігали помірне, а при застосу-

ванні Депривоксу – досить суттєве зниження відсотку ознак основних психопатологічних проявів.

Так, при анкетуванні у пацієнтів I-ї групи сумарний бал за IPSS до лікування становив 26,4±0,31; індекс оцінки якості життя L – 4,2 ±0,05; оцінка загального стану за сумою балів (S+L) – 30,6±0,3. Після 15 днів лікування: IPSS – 18,2±0,18; L – 3,8±0,054 і (S+L) – 22,0±0,2. Через 30 днів після лікування: IPSS – 9,6±0,05; L – 2,2±0,005 і (S+L) – 11,8±0,1.

У пацієнтів 2-ї групи, які разом з комплексною терапією одержували флювоксамін за запропонованою схемою, сумарний бал за IPSS до лікування – 27,2±0,28; індекс оцінки якості життя L – 4,3±0,05 і оцінка загального стану за сумою балів (S+L) – 31,5±0,26. Після 15 днів лікування: IPSS – 12,8±0,1; L – 2,8 ±0,05 і (S+L) – 15,6±0,2. Через 30 днів лікування: IPSS – 2,6±0,05; L – 1,8±0,05 і (S+L) – 4,4±0,05.

Під впливом застосування флювоксаміну у пацієнтів 2-ї групи спостерігається збільшення загальної потужності спектра ВСР 4274,6±111,3 мс² проти 4090,4±126,2 мс² до лікування. Кліностаціонарний показник ТР зріс з 2952,9±158,4 мс² до 3427,9 мс², а ортостаціонарний – з 3650,2±152,3 до 3435,7±147,5 мс² (p<0,05). Відзначили зміни і в спектрі потужностей дуже низьких частот – VLF. Кліностаціонарний VLF до лікування була в межах 1223,6±61,2 мс², після лікування становила 1294,7±63,9, ортостаціонарний VLF дорівнював 1264,1±52,0 до лікування і 1307,4±41,7 мс² після лікування. Характеризуючи високочастотну компоненту спектра HF у хворих 2-ї групи, теж відзначено її зростання після лікування флювоксаміном.

Таким чином, використання флювоксаміну у хворих на хронічний простатит з психопатологічними проявами дозволяє провести корекцію цих проявів та ВСР у більшості пацієнтів. При цьому досягається збалансування активності симпатичної і парасимпатичної ланок ВСР.

Побічної дії при застосуванні даного препарату нами не виявлено.

ВИСНОВКИ

Використання у комплексі лікуванні хворих на хронічний простатит з психопатологічними проявами флювоксаміну сприяє підвищенню ефективності лікування даного контингенту хворих.

Психопатологические проявления у больных хроническим простатитом и их коррекция Е.А. Литвинец, О.П. Сандурский

У больных с хронический простатитом проведен анализ особенностей клинического течения психопатологических проявлений и изучена эффективность применения флювоксамина для коррекции выявленных изменений. Установлено, что данный препарат оказывает положительное влияние на устранение психопатологических проявлений у данной категории пациентов.

Ключевые слова: хронический простатит, психопатологические проявления, флювоксамин, лечение.

The Psychopathology manifestations and its correction in patients with the chronic prostatitis Ye.A. Lytvynets, O.P. Sandursky

The analysis of the special of clinical courses of psychopathologic manifestations in patients with chronic prostatitis and the effectiveness of using the medicine fluvoxamine for correction of change in these patients were learned. This medicine has positive effects for liguidation of the psychopathologic manifestations in these category patients were established.

Key words: chronic prostatitis, psychopathologic manifestations, fluvoxamine, treatment.

Сведения об авторах

Литвинец Евгений Антонович – Ивано-Франковский национальный медицинский университет, 76018, г. Ивано-Франковск, ул. Галицкая, 2; тел.: (034) 252-59-80, (050) 950-00-89

Сандурский Олег Петрович – Ивано-Франковский национальный медицинский университет, 76018, г. Ивано-Франковск, ул. Галицкая, 2; тел.: (034) 252-59-80

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Анализ вариабельности ритма сердца в клинической практике /О.В. Коркушко, А.В. Писарук, В.Б. Шатило и др. – К.: Алкон, 2002. – 190 с.
2. Арнольди Э.К. Хронический простатит. – Ростов-на-Дону: Феникс, 1999. – 320 с.
3. Горпинченко И.И., Соколова М.Н. Сексуальное здоровье и неврозы // Здоровье мужчины. – 2005. – № 3. – С. 53–56.
4. Дзюрак В.С., Сапсай В.И., Сапсай А.В., Бойко А.И. Хронический простатит. – К.: Ходак, 2003. – 124 с.
5. Кочетов А.Г., Голубников В.А., Иванов А.О. и др. Психофизиологические качества больных хроническим простатитом // Урология. – 2003. – № 5. – С. 26–31.
6. Литвинец Є.А. Сучасні погляди на патогенез, діагностику і напрямки медикаментозного впливу у хворих на хронічний простатит // Галицький лікарський вісник. – 2004. – № 4. – С. 114–118.
7. Молочков В.А., Ильин И.И. Хронический уретрогенный простатит. – М.: Медицина, 1998. – 303 с.
8. Ткачук В.Н., Горбачев А.Г., Агулянский Л.И. Хронический простатит. – Л.: Медицина, 1989. – 208 с.
9. Doble A. Chronic prostatitis // British Journal of Urology. – 1994. – V. 74, N 5. – P. 537–541.
10. Ludwig M., Weidner W. Prostatitis // Therapeutische Umschau. – 1995. – Bd 52, N 6. – S. 367–373.

Статья поступила в редакцию 6.04.2013

К сведению авторов журнала «Здоровье мужчины»

1. Статья должна быть напечатана на одной стороне страницы через 2 интервала (поля слева — 3,5 см, справа — 1 см, сверху и снизу — по 2,5 см).
2. Статья подается на русском языке в 2-х экземплярах, подписанных всеми авторами. Каждый автор должен указать свои данные (фамилию, имя, отчество, научное звание (должность), научную степень, отрасль специализации, место работы, служебный адрес, почтовый индекс, служебный и домашний телефоны, факс).
3. **УДК**, фамилию автора необходимо указать на первой странице, далее должны следовать название статьи и название организации, на базе которой были проведены исследования, наблюдения и т.д.
4. Текст статьи и материалы к ней должны быть отредактированы и проверены автором. Содержание статьи должно иметь практическую направленность. К статье должны быть приложены все используемые в работе таблицы, иллюстрации, список литературы и акт экспертизы.
5. Ф.И.О. автора, название статьи, резюме и ключевые слова подаются на русском, украинском и английском языках.
6. Требования к иллюстративному материалу:
 - Иллюстрация может быть подана в виде: фотографии, слайда, рентгенограммы, электронного файла.
 - Иллюстрация должна быть подготовлена на высоком качественном уровне.
 - Поданные иллюстрации должны соответствовать основному смыслу статьи.
 - Иллюстрация должна быть максимально разгружена от надписей, которые следует перенести в подпись к ней.
- Подписи к иллюстрациям подаются на листе бумаги в конце статьи.
- Каждая иллюстрация должна иметь общее название.
- На обратной стороне иллюстрации необходимо указать порядковый номер, «верх» либо «низ».
- Иллюстрации следует передавать в отдельном конверте с указанием названия статьи и Ф.И.О. автора.
- В статье следует указать место, где, по мнению автора, желательнее было бы поместить иллюстрацию.
- Иллюстрация, поданная в электронном виде, должна быть в формате EPS или TIF и иметь разрешение не менее 300 dpi (масштаб 1:1).
7. Таблицы должны быть компактными. Название столбцов и строк должны соответствовать их содержанию, текст подается без сокращений.
8. Список цитированной литературы подается в соответствии с общепринятыми правилами оформления.
9. В статье не допускается сокращения слов, кроме общепринятых в научной литературе. Все измерения подаются в системе единиц СИ.
10. Статья должна содержать практические выводы и рекомендации для клиницистов.
11. Редакция оставляет за собой право редактировать статьи.
12. При несоблюдении указанных требований оформления статьи, редакция возвращает ее авторам без рассмотрения.
13. Статья должна быть записана в формате WORD 97, 2002, 2003; размер шрифта — 12 пунктов. Заархивированные материалы редакцией не принимаются.
14. Материалы статей, принятых к печати (рукописи, иллюстрации, дискеты), не возвращаются.

Статьи просим присылать по адресу:

Адрес: 03039, Киев, ул. Голосеевская, 13, офис 6 (подъезд 2, 23 этаж).

Тел./факс: (044) 220-15-66, 220-15-67.

«Медицинский издательский дом «Профессионал», e-mail: office@zdr.kiev.ua