

Досвід медикаментозного лікування хворих на доброякісну гіперплазію передміхурової залози із сексуальними розладами

Ю.М. Гурженко, М.Д. Квач

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

У статті представлений досвід медикаментозного лікування відповідно до стандартів Європейської асоціації урологів хворих на доброякісну гіперплазію передміхурової залози та сексуальними розладами. Результати лікування оцінювали на підставі зміни симптомів порушення у нижньому сечовому відділі, об'єктивної інформації щодо функціонального його стану через 3, 6 та 12 міс. Також вивчали і оцінювали динаміку показників сексуальних розладів та психоемоційного стану через 1, 3, 6 та 12 міс. Переважну більшість позитивних результатів досягли через 6 міс після початку лікування.

Ключові слова: доброякісна гіперплазія передміхурової залози, статеві розлади, медикаментозне лікування.

На сьогодні очевидною необхідністю є покращення медичної допомоги чоловікам із сексуальними розладами (СР) та симптомами захворювання нижніх сечових шляхів (СЗНСШ), а саме – доброякісної гіперплазії передміхурової залози (ДГПЗ). Основними мотиваційними факторами виявилися поширеність патології, їхня певна спорідненість та суттєвий негативний вплив на якість життя. На тлі сучасних досягнень діагностики і новітніх технологій лікування є потреба у ранньому виявленні СР в осіб з ДГПЗ та удосконалення наявного лікувального алгоритму. Відзначена більшістю авторів наявність у зазначеній категорії хворих психоемоційних порушень, що негативно відбивається на процесі надання медичної допомоги та остаточному її результаті, розкриває перспективи вибраного напрямку дослідження. Актуальність даного питання підтверджується відсутністю комплексних наукових досліджень з вивчення ступеня зв'язку між вираженістю проявів СР та СЗНСШ, їхньої залежності та підпорядкованості рівню психоемоційного напруження, а також значення останнього у ранньому виявленні СР, місця адекватної психотерапії у комплексному лікуванні.

Питання вибору методу лікування ДГПЗ у хворих із порушеннями статевої функції на тлі існуючих можливостей та варіантів має вирішальне значення. Лікування зазвичай повинно бути індивідуальним, безпечним та зручним для пацієнта. Комплаєнтність терапії має велике значення під час надання медичної допомоги, оскільки засвідчує зацікавленість хворого у лікуванні, часто поєднується із вживанням різних препаратів, призначених з приводу соматичної патології. Наведене сприяє чіткому дотриманню лікарських призначень та рекомендацій, що дозволяє більш об'єктивно оцінювати результати. Існують дані, що в середньому комплаєнс складає лише 50% і показник зростає від тижня до тижня, особливо в випадках тривалого лікування [1, 2].

Лікування ДГПЗ та ерекційної дисфункції (ЕД) широко представлено у літературі та інформаційних ресурсах Інтернету. Накопичений у світовій практиці досвід змінив погляди урологів на питання, що стосується нагляду та лікування пацієнтів з ДГПЗ. Клінічні прояви, асоційовані зі збільшенням передміхурової залози, є обов'язковим приводом звернення до лікаря. Так само, як і прояви будь-яких розладів статевого

життя, що першочергово мотивують таку необхідність. Згідно з останніми рекомендаціями Європейської асоціації урологів (EAU), альфа-адреноблокатори та інгібітори 5-альфа-редуктази визначені препаратами першого вибору як у якості монотерапії, так й в складі комбінованих схем [3–7]. Застосування зазначених препаратів має патогенетичну основу.

Препаратами першої лінії при лікуванні ЕД є інгібітори фосфодієстерази 5-го типу (ФДЕ-5) – силденафіл, варденафіл, тадалафіл, що пов'язано з їхньою високою ефективністю та безпечністю. У публікаціях, присвячених лікуванню чоловіків у разі поєднаної патології, чітко встановлено, що за умов існування тісного взаємозв'язку між розладами сечовипускання та ЕД лікування одного захворювання може позитивно впливати на інше [8–11].

Мета дослідження: вивчення ефективності медикаментозної терапії у чоловіків із сексуальними розладами та симптомами нижніх сечових шляхів внаслідок доброякісної гіперплазії передміхурової залози.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Дослідження виконували на базі ДУ «Інститут урології НАМН України». Було обстежено 270 хворих. Багатоаспектне обстеження проведено у 235 хворих на ДГПЗ, які мали СР і отримували спеціалізовану допомогу у 2010–2015 рр. Хворих розподілили на групи. Оскільки передбачалось вивчення особливостей сексуальної дисфункції (СД) у хворих на ДГПЗ, основу розподілу склали методи лікування останньої. Відповідно до цього на першому етапі створено дві основні групи, а саме: 75 хворих на ДГПЗ I–II стадій, які отримували медикаментозну терапію, та 160 хворих після хірургічного лікування (85 і 75 хворих, яким виконували трансуретральну резекцію передміхурової залози та різні види простатектомії відповідно). Строк між операцією і включенням у дослідження становив 1–2 міс. Крім того, у дослідження включено 35 умовно здорових чоловіків, які склали референтну групу. Вона відібрана таким самим чином, що й особи з основних груп.

Усі хворі отримували базову терапію відповідно до стандартів Європейської асоціації урологів – з дотриманням здорового способу життя, відмовою від шкідливих звичок, дієтою, проведенням локальної терапії від'ємним тиском (ЛВТ). Крім того, пацієнти отримували терапію за допомогою інгібіторів фосфодієстерази 5-го типу (силденафілу цитрат) в індивідуально підібраній дозі. За показаннями використовували препарати метаболічної та стимулювальної терапії, андрогени, препарати для покращання артеріального притоку крові до кавернозних тіл або засоби, що зменшують відтік венозної крові з них. Крім того, залежно від інших супутніх захворювань пацієнти продовжували отримувати відповідні лікарські призначення, дотримуючись персоналізованого підходу, за винятком тих, що можуть негативно впливати на ерекцію. Курс лікування тривав 2 міс.

Результати лікування оцінювали на підставі зміни симптомів порушення у нижньому сечовому відділі, об'єктивної

Динаміка основних параметрів у хворих на ДГПЗ із СР, які отримували медикаментозну терапію

Критерії	Період спостереження			
	До лікування	Через 3 міс	Через 6 міс	Через 12 міс
Об'єм простати, см ³	43,0±4,6	40,0±2,3	38,9±1,9	38,0±0,9
Кількість залишкової сечі, мл	37,3±5,6	24,3±4,1*	21,5±2,1	19,7±1,8
Максимальна швидкість потоку сечі, мл/с	11,0±1,5	12,5±1,0	13,9±0,8*	15,9±0,7 ^Δ
Рівень ПСА, нг/мл	4,7±0,9	3,6±0,7	3,1±1,0	2,8±0,8

Примітки: * – різниця достовірна щодо вихідних даних, p<0,05; ^Δ – різниця достовірна щодо попереднього показника, p<0,05.

Динаміка ступенів вираженості симптомів за Міжнародною системою оцінки та якості життя серед хворих на ДГПЗ із сексуальними розладами, які отримували лікування (IPSS, QoL)

Ступінь, бали	До лікування				Після лікування											
					Через 3 міс				Через 6 міс				Через 12 міс			
	Абс. число	%	m	M±m	Абс. число	%	m	M±m	Абс. число	%	m	M±m	Абс. число	%	m	M±m
Легкий, 0-7	15	20,0	4,6	6,8±0,5	31	41,3	5,6	4,8±0,9*	52	69,3 ^Δ	5,3	3,9±0,4	40	78,4	5,7	3,7±0,3
Помірний, 8-19	60	80,0	4,6	16,3±2,9	44	58,7	5,6	13,1±2,0*	33	30,7*	5,3	11,3±1,2	9	17,6	4,6	9,1±0,7 ^{ΔΔ}
Тяжкий, 20-23	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	3,9	1,8	21,0±1,0
Усього	75	100,0			75	100,0			75	100,0			51 ^{ΔΔ}	100,0		
Індекс ЯЖ, 0-6	2,9±0,6				4,0±0,4*				4,9±0,7				5,1±0,4			

Примітки: * – різниця достовірна щодо вихідних даних, p<0,05; ^Δ – різниця достовірна щодо попередніх даних, p<0,05; ^{ΔΔ} – 24 хворих не відзначали симптомів.

інформації щодо функціонального його стану через 3, 6 та 12 міс. Динаміку показників сексуальних розладів, психоемоційного стану оцінювали через 1, 3, 6 та 12 міс.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Беручи до уваги вплив симптомів порушення сечовипускання та сексуальної функції, важливим завданням ставало зменшення перших, оцінка динаміки покращання та побудова перспектив лікування за динамікою змін в обох групах симптомів. Дані щодо динаміки проявів симптомів нижніх сечових шляхів надано у табл. 1.

Результати лікування протягом перших 3 міс відзначались зменшенням типових проявів ДГПЗ, помірним – на 7% об'єму ПЗ (з 43,0±4,6 см³ до 40,0±2,3 см³) достовірним – за кількістю залишкової сечі (з 37,3±5,6 мл до 24,3±4,1 мл); збільшенням на 13,6% максимальної швидкості сечовипускання (з 11,0±1,5 мл/с до 12,5±1,0 мл/с), а також зменшенням рівня ПСА на 23,4% (з 4,1±0,9 нг/мл до 3,6±0,7 нг/мл), що підтверджує, певним чином, позитивні зміни розмірів залози внаслідок редукції її епітеліального компонента.

За результатами лікування, що приведені у табл. 1, було визначено певні зміни статусу. Зокрема, об'єм ПЗ ще через 3 міс став менший на 3% (38,9±1,9 см³) і практично залишався таким. Тобто за рік лікування залоза зменшилась на 11,6% і наблизилась до унормованої величини (38,0±0,9 см³). Кількість залишкової сечі через 6 міс і 12 міс була меншою на 12,7% та 8,4% від попередніх величин відповідно, а після завершення спостереження дорівнювала 19,7±1,8 мл. Максимальна швидкість сечовипускання через 6 міс достовірно зросла до 13,9±0,8 мл/с, а через 12 міс її показник лише на 6,5% був менший за величину, прийнятну за норму. Рівень ПСА до цього часу зменшився до 2,8±0,8 нг/мл (в 1,7 разу від вихідних даних).

З метою підтвердження позитивних змін вивчена динаміка суб'єктивних симптомів та якості життя за IPSS та QoL (табл. 2). За її даними простежується узгодженість інтенсивності вираженості симптомів, а звідси – й перехід хворих з часом із групи з помірним їхнім проявом до групи з легким. Так, через 3 міс лікування легкий ступінь симптоматики мали 41,3±5,6% хворих проти 20,0±4,6% до його початку (p<0,05); через 6 міс величина показника ще достовірно зросла щодо попередньої – до 69,3±5,3%. Через рік ситуація склалася так: кожен третій чоловік (24 із 75 – 32,0±5,3%) не пред'являв скарг; у 17,6±4,6% – вони залишались помірними і у 3,9±1,8% (2 хворих) захворювання прогресувало. Останнім було запропоновано хірургічне лікування, від якого вони відмовились. Оцінювання клінічних проявів здійснювали на основі суми балів. Їхні усереднені значення, конкретні величини яких подано у табл. 2, підтверджують наведені вище відомості, як й пов'язану з ними якість життя. Його індекс через 3 міс достовірно перевищував показник до лікування (4,0±0,4 бала проти 2,9±0,6 бала), з часом продовжував зростати і досягнув через 12 міс 5,1±0,4 бала, що у 1,8 разу більше за величину вихідного показника.

Отже, отримані дані, що свідчать про позитивні результати лікування ДГПЗ, ефективність якого проявилася зменшенням об'єму ПЗ, проявів розладу сечовипускання при різному ступені вираженості, а у кожного третього – їхньою відсутністю.

Нижче наведені дані щодо результативності комплексного лікування СД у цієї категорії пацієнтів.

Визначена динаміка показників доплерографії артерій статевого члена (табл. 3), за якою помітна нормалізація параметрів, що характеризують венозний відтік крові із органа (діастолічна швидкість через 12 міс наближається до 5 см/с); індекс резистентності лише на 2% менший за межове значення (0,85), що свідчить про дисфункцію, а пікова систолічна швидкість зросла достовірно через 3 міс до 14,4±1,6 см/с

Таблиця 3

Динаміка показників доплерографії артерій статевого члена у хворих на ДГПЗ із СР, що отримували лікування

Критерії	Період спостереження			
	До лікування	Через 3 міс	Через 6 міс	Через 12 міс
Пікова систолічна швидкість (PSV), см/с	12,0±0,4	14,4±1,6*	19,7±1,9 ^Δ	23,1±2,1
Пікова діастолічна швидкість (EDV), см/с	5,7±0,3	5,4±0,4	5,1±0,4	5,1±0,2*
Індекс резистентності (RI)	0,68±0,2	0,71±0,3	0,78±0,4	0,83±0,2*

Примітки: * – різниця достовірна щодо вихідних даних, p<0,05; ^Δ – різниця достовірна щодо попереднього показника, p<0,05.

Таблиця 4

Динаміка ступеня вираженості ЕД за МІЕФ-5 у хворих на ДГПЗ із СР

Ступінь, бали	До лікування				Після лікування															
					Через 1 міс				Через 3 міс				Через 6 міс				Через 12 міс			
	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
Легкий, 17-22	19	25,3	5,0	19,8±2,2	32	42,7*	5,2	20,3±1,0	31	43,7	5,8	21,5±0,9	16	30,2	6,3 ^Δ	21,9±0,7	2	6,3 ^Δ	2,6	21,5±1,1
Помірний, 11-16	32	42,7	5,7	13,0±1,7	19	25,3*	5,0	14,1±0,5	11	15,5 ^{ΔΔ}	4,2	14,9±0,3	8	15,1	4,9	15,1±0,4	10	31,2 ^Δ	8,1	14,3±0,9
Тяжкий, 0-10	24	32,0	5,3	7,6±1,8	20	26,7	5,1	7,9±1,0	11	15,5 ^Δ	4,2	8,6±0,8	8	15,1	4,9	9,2±0,6	10	31,2 ^Δ	8,1	9,0±0,9
Без сексуальних розладів, %±m від усіх	0				4 5,3±2,5				18 25,4±5,1 ^Δ				21 39,6±6,7 ^Δ				10 31,2±8,1			
Усього	75				75				71				53				32			

Примітки: * – різниця достовірна щодо вихідних даних, p<0,05; ^Δ – різниця достовірна щодо попередніх даних, p<0,05; ^{ΔΔ} – 24 хворих не відзначали симптомів.

проти 12,0±0,4 см/с відносно вихідних показників, а через рік – удвічі (23,1±2,1 см/с). Отже, комплексна терапія позитивно впливала на кровотік у судинах пеніса.

Визначення динаміки змін ступеня та вираженості (у балах) ЕД за анкетой МІЕФ-5 проводили через 1 міс після сексологічного лікування. Результати спостереження представлені у табл. 4.

Загальна ситуація за даними табл. 4 свідчить про те, що ефективність складала 70,7%. Тобто із 75 хворих 53 через рік були задоволені в цілому власним сексуальним життям.

Проте практично у кожного третього не було досягнуто бажаного результату. Заздалегідь зазначимо, що ці 22 пацієнти не дотримувались наданих рекомендацій та призначень, особливо стосовно здорового способу життя, сеансів психотерапії, вправ для досягнення контролю за м'язами тазового дна. Детальніший аналіз табл. 4 свідчить, що переважно позитивні результати були отримані у перші 6 міс – із 53 у 43 (81,1%), причому достовірна більшість припадала на 3-й місяць (25,4±5,1% проти 5,3±2,5% через 1 міс), і за наступні 3 міс їхня кількість теж достовірно зросла – до 39,6±6,7% проти попереднього показника. Практично на цьому рівні вони залишалися й надалі (31,2±8,1% до кінця року). Простежується характерна особливість, яка полягала в тому, що з кожним спостереженням (через 1, 3, 6 міс) відбувався перехід хворих із груп з більшим ступенем вираженості ЕД у групу з меншим, як в кількісному співвідношенні, так й в якісному еквіваленті – за сумою балів. Результати суб'єктивного оцінювання стану копулятивного циклу, яке проводили за допомогою анкети ПІЕФ, що доповнює попередню інформацію, представлені у табл. 5.

Як видно, загальна тенденція змін зберігається. Інтенсивність позитивної реакції на лікування відбувається у перші 6 міс, потім процес уповільнюється. Зокрема, темп її приросту при ЕД через місяць від початку лікування (15,6%)

зростає удвічі (32,3%) через 3 міс і ще на 27,4% – у наступні 3 міс і в останні півроку зменшується. Крім того, разом з кількісною динамікою відзначено якісні зміни, достовірно зростає показник бальної оцінки від спостереження до спостереження; через 12 міс значення його становило 25,1±3,1 бала. Для підтвердження наводимо ще один доказ досягнутого результату щодо динаміки ступеня якості ерекції за шкалою ЕНС: усереднене значення показника зросло з 2,8±1,1 бала до лікування до 3,6±0,5 бала через 1 рік. Серед параметрів анкети привертають увагу досить швидкі зміни якісної характеристики відчуття сексуального потягу. Хоча у першу чергу відновлюється платонічна його стадія, сексуальна складова у 80% опитаних чоловіків до кінця року була збережена.

Водночас відбулося й відновлення еякуляції та оргазму в 53 (70,7%) хворих. Зникли проблеми із затримкою останнього та покращились генітально орієнтовані відчуття практично у половини чоловіків вже через місяць після лікування; у решти – через півроку. Усе це відповідним чином відбилося на таких важливих, ключових елементах оцінки сексуального «профілю», як задоволеність статевим актом та загальна задоволеність статевим життям. При цьому цілком логічним є факт, що темп приросту позитивних відповідей стосовно першого критерію випереджає другий. Адже задоволеність окремим статевим актом не уособлює в собі подібну оцінку відносно статевого життя загалом. Це потребує часу, що й простежується за отриманими даними.

Оскільки у попередньому розділі акцентувалася увага на значенні наявності особистісної та ситуативної тривожності як мотиваційної передумови розвитку та перебігу СР, далі розглянемо особливості змін, що відбулися після проведеного відповідного лікування (табл. 6 та 7).

Одразу наголосимо, що більш ніж третина чоловіків не дотримувались строків, схем, процедури індивідуальних і групових сеансів психотерапії, а особливо прийомів власного урегульован-

Таблиця 5

Динаміка показників за ІЕФ у хворих на ДГПЗ із СР

Параметри	До лікування				Після лікування															
					Через 1 місяць				Через 3 місяці				Через 6 місяців				Через 12 місяців			
	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
Ерекційна функція, 0-30	70	93,3	2,8	14,8±1,0	59	78,7*	4,7	19,1±1,9	40	53,3 ^Δ	5,7	22,3±2,5	29	38,7 ^Δ	5,6	20,0±4,5	23	30,7	5,3	25,1±3,1
Задоволеність статевим актом, 0-15	31	41,3	5,6	7,9±0,4	46	61,3*	5,6	8,9±0,9	49	65,3	5,4	12,1±2,0	51	68,0	5,3	13,7±2,9	53	70,7	5,2	14,1±0,8
Органічна функція, 0-10	55	73,3	5,1	2,1±0,2	35	46,7*	5,7	3,0±0,4	29	38,7	5,6	4,5±0,8	24	32,0	5,3	5,6±0,7	22	29,3	5,2	8,7±0,9
Лібідо, 2-10	56	74,7	5,1	3,8±1,1	28	39,4*	4,5	7,5±1,0*	19	26,7 ^Δ	5,2	8,4±1,2	15	28,3	6,1	8,7±0,9	9	20,1	7,9	9,1±0,8
Загальна задоволеність статевим життям, 2-10	20	26,7	5,1	4,5±0,4	28	37,3	5,5	4,9±0,7	44	58,7*	5,6	5,2±0,6	50	66,7	5,4	6,7±0,8	53	70,7	5,2	7,9±0,9

Примітка: M±m – усереднені дані бальної оцінки серед усіх хворих; * – різниця достовірна щодо вихідних даних, p<0,05; Δ – різниця достовірна щодо передніх даних, p<0,05.

Таблиця 6

Динаміка рівня ситуативної тривожності у хворих на ДГПЗ із СР за С. Спілбергером

Рівень, бали	До лікування, n=64				Після лікування															
					Через 1 місяць, n=50				Через 3 місяці, n=32				Через 6 місяців, n=20				Через 12 місяців, n=20			
	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
Низький, 0-30	41	54,7	5,7	21,3±4,8	23	46,0	7,0	20,3±3,0	6	18,8	6,3	18,7±2,9	5	25,0	9,6	17,8±3,2	6	30,0	10,2	17,1±3,5
Середній, 31-45	23	30,7	5,3	35,0±4,9	9	18,0 ^Δ	5,4	34,0±4,0	5	15,6	6,4	33,4±3,8	3	15,0	7,9	32,8±3,1	-	-	-	-
Високий, >46	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Не було виявлено	11	-	-	-	18	36,0	6,7	-	21	65,6	8,3*	-	12	60,0	10,9	-	2	10,0	6,7	-

Примітка: * – різниця достовірна щодо показників через 1 місяць, p<0,05; Δ – різниця достовірна щодо вихідних даних, p<0,05.

ня психоемоційного стану. Зазначене відбилося на результатах, а також на кількості спостережень, оскільки були окремі випадки відмов у регулярному опитуванні. Результати порівняльного аналізу даних табл. 6 та 7 свідчать, що ситуативна тривожність, яка була представлена не тільки меншою кількістю випадків, але й меншою вираженістю за проявом, скоріше піддавалась корекції завдяки когнітивним, раціональним, особисто орієнтованим методам психотерапії, спрямованим загалом на формування нових, здорових реакцій на життєві ситуації та форми поведінки. Так, через 6 міс 55 із 64 хворих (86,0%), згідно з опитуванням, не висловлювали скарг, пов'язаних із проявами даного виду тривожності. Серед них 18 таких випадків фіксували через 1 місяць після лікування, 21 – через 3 міс і 12 – ще через 3 міс (тобто через 6 міс). Слід зазначити й таку характерну ознаку, як інтенсивний перехід із групи з середнім рівнем тривожності до групи з низьким, темп якого склав 41,4% тільки за місяць.

До кінця року тільки у 6 чоловіків залишалися симптоми, що можна зарахувати до наявності низького рівня ситуативної тривожності. Більшого часу і наполегливості потребувало нівелювання особистісної тривожності. Вона більшою мірою була пов'язана із соматичними захворюваннями. У даного контингенту діагностували не тільки ДГПЗ, але й хвороби інших органів і систем, що обтяжує ситуацію. Застосування раціональних, симптоматичних методів та соціотерапії із формуванням і стимуляцією резервних адаптаційно-компенсаторних можливостей до-

зволили досягти подібних результатів тільки через рік. Тобто до цього періоду за відповідями під час соціологічного дослідження у 55 (73,3%) із 75 чоловіків не виявляли елементів особистісної тривожності. Залишилась вона у 5 осіб і в жодному випадку не була високого рівня вираженості. За динамікою показників спостерігався поступовий, плавний характер позитивних змін особистісної тривожності, що є її відмінною особливістю. Отримані дані підтверджують необхідність наполегливості з боку пацієнтів для досягнення бажаних результатів. Зазначене особливо стосується соматизованого характеру порушень. Про це свідчить також динаміка ступеня депресії залежно від її характеру (табл. 8).

Як видно з даних табл. 8, когнітивна депресія не тільки утримувалась рідше проявлялась у чоловіків даної категорії (18 проти 54 осіб), але й через 6 міс була відсутньою у 77,8±9,7% випадків, тоді як соматична депресія до цього часу була відсутньою у 61,1±6,4% (p<0,05). Більше того, у 21 (38,9±6,6%) хворого залишались різного ступеня її прояви проти 4 (22,2±9,7%) випадків легкого при когнітивній депресії. Узгодженість з поданими вище відомостями відносно видів тривожності і строків її корекції співпадає із особливостями характеру депресивних станів. Когнітивна, як й ситуативна, тривожність частіше і швидше нівелювалась у разі усунення проблем поведінки, помилкових уявлень, настанов.

Як відзначено, динаміка змін якості життя є одним із ключових компонентів під час оцінювання результатів лікування (табл. 9).

Таблиця 7

Динаміка рівня особистісної тривожності у хворих на ДГПЗ із СР за С.Спілбергером

Рівень, бали	До лікування				Після лікування															
	n=64				Через 1 міс, n=50				Через 3 міс, n=32				Через 6 міс, n=20				Через 12 міс, n=20			
	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
Низький, 0-30	22	29,3	5,2	21,8±3,3	19	31,1	5,9	19,4±1,9	13	34,2	7,6	17,5±2,1	5	25,0	9,4	15,0±3,0	4	20,0	8,9	14,5±1,9
Середній, 31-45	39	52,0	5,7	40,4±3,4	17	27,9	5,7 ^Δ	42,0±3,2	7	18,4	6,2	43,1±2,1	3	15,0	7,9	42,8±3,1	1	5,0	3,8	43,8±3,0
Високий, >46	14	18,7	4,5	49,0±1,4	9	14,8	4,5	52,3±2,1	4	10,5 ^Δ	4,9	54,1±1,9	2	10,0	6,7	56,3±2,0	-	-	-	-
Відсутній					16	26,2	5,6		14	36,8	7,8		10	50,0	11,1*		15	75,0	9,6	

Примітки: * – різниця достовірна щодо показників через 1 міс, p<0,05; Δ – різниця достовірна щодо вихідних даних, p<0,05.

Таблиця 8

Динаміка ступеня депресії та характеру її проявів у хворих на ДГПЗ із СР за шкалою Бека

Ступінь	Когнітивна депресія						Соматична депресія					
	До лікування			Через 6 міс			До лікування			Через 6 міс		
	Абс. число	%	m	Абс. число	%	m	Абс. число	%	m	Абс. число	%	m
Відсутній	-	-	-	14	77,8	9,7*	-	-	-	33	61,1	6,4* ^Δ
Легкий	11	61,1	11,4	4	22,2	9,7	9	16,7	5,0	17	31,5	6,2
Помірний	4	22,2	9,7	-	-	-	15	27,8	6,0	3	5,6	2,5
Середній	3	16,7	8,2	-	-	-	29	53,7	6,7	1	1,8	1,3
Тяжкий	-	-	-	-	-	-	1	4,8	1,3	-	-	-
Усього	18	100,0		18	100,0		54	100,0		54	100,0	

Примітки: * – різниця достовірна між показниками у стовпчику, p<0,05; Δ – різниця достовірна між показниками у рядку, p<0,05.

Таблиця 9

Динаміка показників оцінки якості життя серед хворих на ДГПЗ із СР за SF-36, M±m

Домен	До лікування	Через 6 міс	Через 12 міс
Загальне здоров'я	17,0±1,1 60,0	19,8±1,5* 75,0	20,5±1,0 77,5
Фізичне функціонування	21,4±3,0 57,0	22,3±1,9 61,5	24,1±1,0 70,5
Рольове функціонування, зумовлене фізичним станом	5,8±0,5 45,0	6,4±0,9 60,0	6,9±0,6* 72,5
Інтенсивність болю	10,8±0,7 88,0	11,1±1,0 91,0	11,7±0,9 97,0
Життєва активність	15,8±0,6 59,0	17,5±0,9* 67,5	19,5±1,9 77,5
Соціальне функціонування	7,6±0,3 70,0	8,1±0,5 75,0	8,5±0,6* 81,0
Рольове функціонування, зумовлене емоційним станом	4,2±0,4 40,6	4,5±0,8 50,0	5,5±0,3* 83,0
Психічне здоров'я	18,1±0,5 52,4	19,6±0,7 58,4	23,1±0,9* 72,4

Примітка: * – Різниця достовірна щодо вихідних даних; p<0,05.

Згідно з представленою інформацією, найбільш суттєво впливала терапія на психологічні компоненти здоров'я. За усіма його шкалами стан психічної рівноваги набув більш високого рівня. Зокрема, рольове функціонування, зумовлене емоційним станом, найбільш наблизилось до повного благополуччя через 12 міс (83,0; 5,5±0,3 бала), тобто зафіксовано удвічі вищий показник, ніж до лікування. Темп приросту соціального функціонування становив 17%, у результаті чого досяг 81,0 (8,5±0,6 бала) проти 70,0 (7,6±0,3 бала). Показники за доменами життєвої активності та психічного здоров'я зросли на 31,3% та 38,2% відповідно і до кінця спостереження становили 77,5 (19,5±1,9 бала) та 72,4 (23,1±0,9 бала) відповідно. Децю відставали показники, за якими оцінювали фізичне благополуччя. Винятком стала величина впливу інтенсивності

болю на здатність виконувати повсякденну роботу, що була найменш значущою й до лікування (88,0), і склала 97,0 через 12 міс після нього. Так, навіть такий домен, як рольове функціонування, зумовлене фізичним станом, темп приросту якого дорівнював 61,1%, до кінця року досягав 72,5%, а фізичне функціонування становило відповідно 23,7% та 70,5%. Загальне здоров'я, яке зіставне із життєвою активністю, і обидва сприймаються, на нашу думку, як основні показники якості життя, мали однаковий темп приросту (30% та 31% відповідно) і більше ніж на чверть відставали від величини повного благополуччя – на 22,5% і становили по 77,5%.

Важливим елементом у досягненні результатів лікування, на що неодноразово наголошувалось, є дотримання призначеної схеми лікування. Комплаєнс має важливе значення

Результати задоволеності методом лікування ЕД хворих на ДГПЗ із СР за EDITS, %

Домен	Через 1 міс	Через 6 міс	Через 12 міс
Загальна задоволеність та бажання продовжити лікування	81,3±11,1	70,0±12,5	56,7±13,3*
Зручність методу	85,0±17,3	61,7±15,6	54,7±16,2
Задоволеність власними сексуальними можливостями	64,8±9,5	81,5±10,1	94,8±7,5*
Оцінка якості ерекції	68,5±8,7	79,9±12,1	89,5±11,3*

Примітка. * – Результати достовірні щодо показника через 1 міс, $p < 0,05$.

Таблиця 11

Результати лікування хворих на ДГПЗ із СР

Критерії	Період спостереження											
	Через 1 міс			Через 3 міс			Через 6 міс			Через 12 міс		
	Абс. число	%	n	Абс. число	%	n	Абс. число	%	n	Абс. число	%	n
Задоволеність сексуальними можливостями	64,8			Не визначали			81,5			94,8		
Життєва активність	59,0			Не визначали			67,5			77,5		
Відновлення ЕФ	14	18,7	4,5	18	22,7	4,8	21	28,0	5,0	53	70,7	5,2
Значне покращання	22	29,3	5,2	36	48,0	5,7	32	42,7	5,7			
Незначне покращання	19	25,3	5,3	10	13,3	3,9	11	14,7	3,9	12	16,0	4,0
Без змін	20	26,7	5,1	11	14,7	3,9	11	14,7	3,9	10	13,3	3,9

Примітка. ЕФ – еректильна функція.

під час надання медичної допомоги, оскільки свідчить про зацікавленість пацієнтів у процесі лікування. У цьому контексті цікавими стають відповіді хворих за «Анкетою оцінки задоволеності пацієнтів методом лікування еректильної дисфункції» (EDITS), що подані у табл. 10.

За даними табл. 10 простежується, що з часом у 1,5 рази зменшується кількість осіб, які вважають метод лікування зручним; якщо через місяць їх було 85,0±17,3%, то через 12 міс – 54,7±16,2% ($p > 0,05$). Як результат, подібну за характером змін відповідь отримано на запитання щодо бажання продовжити лікування і загальну, у зв'язку з цим, задоволеність ним. Зокрема, через рік таких випадків виявилось достовірно менше, ніж через 1 міс (56,7±13,3% проти 81,3±11,1%). Разом з тим, є переконливі відомості щодо задоволеності власними сексуальними можливостями та якістю ерекції. При цьому відзначено пряму залежність між частотою позитивних відповідей та кожним наступним спостереженням. Як приклад, у 89,5±11,3% чоловіків, які дотримувались рекомендацій, через 12 міс було досягнуто високу якість ерекції, у той час як через місяць після завершення лікування така якість була лише у 68,5±8,7% ($p < 0,05$). Ще вираженішими були показники частоти задоволеності власними сексуальними можливостями, що становили 94,8±7,5% та 64,8±9,5% відповідно ($p < 0,05$).

Для зручності підрахунку результатів лікування хворих на ДГПЗ із СР була складена табл. 11, до якої увійшли основні критерії їхньої оцінки. Відновлення еректильної функції виявлено у 70,7±5,2% випадків (53 хворих), у кожного третього змін не відзначено або вони були незначними.

Зазначено, що суттєві позитивні зміни були отримані вже через 6 міс. Після лікування вони стійко зберігались у наступні півроку. Стабільність ситуації позитивно вплинула на життєву активність і задоволеність сексуальними можливостями, показники яких продовжували покращуватись з кожним наступним періодом спостереження.

ВИСНОВКИ

Протягом перших трьох місяців лікування отримано позитивну динаміку основних об'єктивних параметрів функції нижнього сечового тракту при ДГПЗ (зменшення на 7% – до

40,0±2,3 см³ – об'єму ПЗ, на 13,6% – до 12,5±1,0 мл/с – максимальної швидкості сечовипускання, на 34,8% – до 24,3±4,1 мл – кількості залишкової сечі), яка залишалася такою протягом усього періоду спостереження. У результаті через наступні 3 міс об'єм ПЗ наблизився до референтних величин (38,9±1,9 см³), максимальна швидкість сечовипускання достовірно зростала до 13,9±0,8 мл/с, а через 12 міс лише на 6,5% не досягала величини, прийнятої за норму; залишкової сечі стало менше через 6 та 12 міс на 12,7% та 8,4% відповідно і досягла величини 19,7±1,8 мл.

Динаміка симптомів за IPSS та індексу якості життя засвідчила, що через 3 міс лікування легкий ступінь симптоматики мали удвічі більше хворих на ДГПЗ (41,5±3,5% проти 20,0±4,6% до лікування; $p < 0,05$), ще через 3 міс показник достовірно зріс до 69,3±5,3%, до кінця спостереження кожен третій чоловік не пред'являв скарг (32,0±5,3%), у 78,4±5,3% вони мали легкий характер, у 17,6±4,6% залишились помірними і у 3,8±1,8% – захворювання прогресувало. Подібними були зміни показника якості життя: через 3 міс його величина достовірно перевищувала вихідну (4,0±0,4 бала проти 2,9±0,6 бала), продовжуючи поступово зростати, в результаті досягла 5,1±0,4 бала.

Нормалізація стану кровотоку судин статевого члена відбувалась поступово, на лікування спочатку реагувала пікова систолічна швидкість, показник якої достовірно зріс через 3 міс до 14,4±1,6 см/с проти 12,0±0,4 см/с, а через рік – удвічі (23,1±2,1 см/с), тоді як подібний їхній характер щодо діастолічної швидкості та показника індексу резистентності одержано через рік (5,1±0,2 см/с проти 5,7±0,3 см/с та 0,83±0,2 проти 0,68±0,2 відповідно).

Під час оцінювання динаміки еректильної дисфункції було встановлено, що виявлена її особливість полягала в інтенсивнішому з кожним спостереженням переході хворих із групи з більшим ступенем до групи з меншим ступенем її вираженості, що підтверджено значеннями суми балів. Переважна більшість позитивних результатів була досягнута за 6 міс після лікування: у перші 3 з них не виявлено ЕД у 25,4±5,1% випадків (проти 5,3±2,5% через 1 міс), у другі 3 міс – у 39,6±6,7% ($p < 0,05$). У результаті до кінця спостереження ефективність лікування становила 70,7±5,2%. Відсутність

бажаного результату у 22 чоловіків (29,3%) зумовлена недотриманням рекомендацій, призначень, схем лікування.

Простежено, що позитивна реакція на лікування, за об'єктивною оцінкою стану копулятивного циклу (ШЕФ), суттєвіше проявлялася в перші півроку, після чого уповільнювалася: темп приросту відношення ЕФ через 3 міс був удвічі більший, ніж через місяць (32,3% проти 15,6%), ще на 24,4% – через наступні 3 міс; нівелювання затримки еякуляції із покращанням генітально орієнтованого відчуття відзначено у половини чоловіків вже через 1 міс, у решти – через півроку. Подібно змінювалось відчуття сексуального потягу: спочатку платонічна його стадія, а до кінця року – сексуальна складова (у 80%); задоволеність стативим актом відзначається частіше і скоріше з часом лікування, ніж загальна задоволеність стативим життям, що більшою мірою підпорядковується особистості і заведеному ритму статевого життя.

Виявлено, що ситуативна тривожність скоріше піддавалася корекції – через 6 міс після лікування 55 із 64 опитаних (86,0%) не мали відповідних скарг; тільки за 1 міс кількість пацієнтів, що перейшли із групи з середнім рівнем тривожності до групи з низьким рівнем становила 41,4%; триваліше відбувалося нівелювання особистісної тривожності – пози-

тивні результати досягнуті через рік (у 55 із 75 осіб – 73,3%); проте до зазначеного періоду вона залишалася у 5 чоловіків, ситуативна тривожність – у 6. Ідентична тенденція спостерігалася при вивченні депресії (за ступенем та характером) – когнітивна була відсутня у 77,8±9,7% випадків через 6 міс, тоді як соматична – у 61,1±6,4% (p<0,05).

Установлено, що зі збільшенням часу спостереження достовірно зменшується кількість чоловіків, які вважають метод лікування зручним (через 1 міс – 85,0±17,3%, через 12 міс – 54,7±16,2%), що відбивається на бажанні його продовжувати (81,3±11,1% та 56,7±13,3% відповідно; p<0,05), тоді як частота відповідей щодо загальної задоволеності його результатом у формі сексуальних можливостей, якості ерекції, навпаки, зростає від спостереження до спостереження (у 64,5±9,5% через 1 міс та 94,8±7,5% через 12 міс і 68,5±8,7% та 89,5±11,3% відповідно; p<0,05).

За динамікою комплексу показників, що задіяні у дослідженні, доведені виражені інтенсивні позитивні зміни за усіма параметрами, що відбувалися протягом перших 6 міс після лікування з поступовим поліпшенням у наступні 6 міс. Це підтверджує необхідність активної роботи з боку пацієнтів у лікуванні з метою отримання позитивних результатів.

Опыт медикаментозного лечения больных доброкачественной гиперплазией предстательной железы с сексуальными расстройствами
Ю.М. Гурженко, М.Д. Квач

В статье представлен опыт медикаментозного лечения в соответствии со стандартами Европейской ассоциации урологов пациентов с доброкачественной гиперплазией предстательной железы и сексуальными расстройствами. Результаты лечения оценивали на основании изменения симптомов нарушения в нижнем мочевом отделе, объективной информации о функциональном его состоянии через 3, 6 и 12 мес. Также изучали и оценивали динамику показателей сексуальных расстройств и психоэмоционального состояния через 1, 3, 6 и 12 мес. Подавляющее большинство положительных результатов было достигнуто через 6 мес после начала лечения.

Ключевые слова: доброкачественная гиперплазия предстательной железы, половые расстройства, медикаментозное лечение.

Experience of drug treatment benign prostatic glands with sexual disorders
Y.M. Gurzhenko, M.D. Kvach

The paper shows the experience of drug treatment therapy according to the standards of the European Association of Urology patients with benign prostatic hyperplasia sexual disorders. Results of treatment was evaluated based on changes in symptoms of lower urinary department, objective information about its functional status after 3, 6 and 12 months. Also studied the dynamics of sexual disorders and emotional state was assessed at 1, 3, 6 and 12 months. The majority of positive results was achieved by 6 months after starting treatment.

Key words: benign prostatic hyperplasia, sexual disorders, medication.

Сведения об авторах

Гурженко Юрий Николаевич – Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупи-ка, 04112, г. Киев, ул. Дорогожицкая, 9; тел.: (050) 668-08-08

Квач Николай Дмитриевич – Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупи-ка, 04112, г. Киев, ул. Дорогожицкая, 9

СПИСОК ЛИТЕРАТУРИ

1. Колесник Н.А. Теория и практика доказательной медицины / Н.А. Колесник, В.Н. Непомнящий, Е.С. Саму-сева. – К.: Полиграфплюс, 2006. – 200 с.
2. Пасечников С.П. Принципы класифікації. Діагностика та лікування доброякісної гіперплазії передміхурової залози / С.П. Пасечников // Мед. аспекти здоров'я чоловіків. – 2015. – № 4 (19). – С. 5–10.
3. Трайш А.М. Тестостерон и эректильная дисфункция: от фундаментальных исследований к новой клинической парадигме лечения мужчин с возрастным андрогенным дефицитом и эректильной дисфункцией / А.М. Трайш, Н.Н. Ким, И. Голдштейн // Здоровье мужчины. – 2008. – № 1. – С. 24–36.
4. European Association of Urology. Guidelines on Male Sexual Dysfunction: Erectile Dysfunction and Premature Ejaculation, 2015. – 21 p.
5. Giuliano F. et al. The mechanism of action of phosphodiesterase type 5 inhibitors in the treatment of lower urinary tract symptoms related to benign prostatic hyperplasia / F. Giuliano [et al.] // Eur. Urol. – 2013. – V. 63. – P. 506–616.
6. Rosen R.C. Lower urinary tract symptoms and male sexual dysfunction: the Multi-National surgery of the ageing male (MSAM-7) / R.C. Rosen, J. Altwein, P. Boyle [et al.] // Eur. Urol. – 2003. – V. 44. – P. 637–649.
7. Seki N. Prevalence and preference with regard to various surgical treatment for benign prostatic hypertrophy: a survey for the Japanese endourology and ESWL society member / N. Seki, S. Naito, S. Oshima // Nippon Hinyokika Gakkai Zasshi. – 2003. – V. 94, N 4. – P. 495–502.
8. Donatucci C.F. Tadalafil administered once daily for lower urinary tract symptoms secondary to benign prostatic hyperplasia: a 1-year, open-label extension study / C.F. Donatucci, G.B. Brock, E.R. Goldfischer [et al.] // BJU Int. – 2011. – V. 107 (7). – P. 1110–6.
9. Green R. Orally disintegrating vardenafil tablets for the treatment of erectile dysfunction: efficacy, safety, and patient acceptability / R. Green, R.W. Hicks // Patient Prefer Adherence. – 2011. – V. 5. – P. 181–185.
10. Nishikawa G. Prostatic penetration of meropenem in humans, and dosage considerations for prostatic infection based on a site-specific pharmacokinetic/pharmacodynamic evaluation / G. Nishikawa, K. Ikawab, K. Nakamura [et al.] // Int. J. Antimicrobial Agents. – 2013. – V. 41. – P. 267–271.
11. Shabsigh R. Testosterone therapy in erectile dysfunction / R. Shabsigh // Aging Male. – 2004. – V. 7. – P. 312–318.

Статья поступила в редакцию 29.11.16