

Особливості депресивного стану чоловіків з виразковою хворобою шлунка та дванадцятипалої кишки, які мають сексуальні розлади

Ю.М. Гурженко, В.В. Сорока

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

Мета дослідження: оцінювання особливостей депресивного стану чоловіків з виразковою хворобою шлунка та дванадцятипалої кишки, які мають сексуальні розлади.

Матеріали та методи. Дослідження ґрунтується на узагальненні результатів комплексного обстеження і лікування 130 пацієнтів з виразковою хворобою дванадцятипалої кишки у стадії ремісії та виразковою хворобою шлунка у стадії ремісії, які мають сексуальні розлади; перших було 76 (58,5±4,3%) осіб, других – 54 (41,5±4,3%); $p < 0,05$. Вони увійшли в основну групу. Групу порівняння склали 100 чоловіків із виразковою хворобою дванадцятипалої кишки та виразковою хворобою шлунка також у стадії ремісії, проте не скаржились на наявність сексуальних розладів; відповідно їх було 66,0±4,7% та 34,0±3,3%; $p < 0,05$. Створення цієї групи мотивовано потребою у визначенні особливостей змін якості життя, психологічного стану у пацієнтів із подібними соматичними захворюваннями, але поєднаними чи не поєднаними із сексуальними розладами. Для цієї мети була використана також референтна група із 20 практично здорових чоловіків, результати обстеження якої доповнювали існуючі унормовані величини як найбільш наближені до даної популяції. Усі групи були зіставні за віком, а дві перші – за тривалістю виразкової хвороби.

Результати. Простежено, що за частотою проявів депресії у хворих із виразковою хворобою дванадцятипалої кишки та виразковою хворобою шлунка, зі статевими розладами, виявляли параметри, серед яких достовірно виділялися психічна тривожність (85,4±3,1%), депресивний настрій (73,1±3,8%), соматична тривожність (66,1±4,3%), знижені працездатність та активність (64,6±4,1%). Їхнє поєднання в різних варіантах обтяжувало ситуацію. У хворих виключно із виразковою хворобою превалювали соматична тривожність (32,0±4,6%), депресивний настрій (28,0±4,5%), знижені працездатність та активність (24,0±4,2%).

Виявлено, що більшості хворих із виразковою хворобою дванадцятипалої кишки та виразковою хворобою шлунка зі статевими розладами (60,8±4,2%) притаманний високий рівень особистісної тривожності і практично однаково часто низький та середній (19,2±3,4% та 20,0±3,4% відповідно). Разом з тим, 93,0% хворих тільки з виразковою хворобою також відзначали її наявність низького рівня вираженості. Водночас, серед перших вірогідно частіше спостерігався середній рівень ситуативної тривожності (62,3±4,2%), у кожного третього – низький (28,5±3,9%) і у решти (10,0%) – високий, тоді як серед других за частотою превалював низький її рівень (63,0±4,9% проти 31,0±4,9% середнього та 6,0±2,3% – високого).

Заключення. Підтверджена гіпотеза залежності між наявністю у хворих із виразковою хворобою різної вираженості депресії, нервово-психічної напруженості, переважно ситуативної тривожності та розвитком статевих розладів, що доведено виявленням у 14% випадків еректильної дисфункції.

Обґрунтовано принципи удосконалення раннього виявлення статевих розладів у чоловіків із хронічними соматичними захворюваннями на прикладі виразкової хвороби, суть якого – в обов'язковому включенні до анамнестичного, як і діагностичного, методу двох ключових параметрів: задоволеність статевим актом та задоволеність статевим життям загалом.

Ключові слова: виразкова хвороба шлунка та дванадцятипалої кишки, розлади статевої функції, психологічні розлади, депресія.

Відомо, що рівень психічних розладів має виражену тенденцію до збільшення, головним чином унаслідок невротизму, найбільш частою формою яких є депресія. Невротичні стани, будучи самі по собі не шкідливими для здоров'я, за винятком певних труднощів, які з ними пов'язані, під час спілкування, є підґрунтям для цілої групи хвороб, що належать до психосоматичних. Вони є фактором ризику, передумовою виникнення виразкової хвороби, негативно впливають на її перебіг і, водночас, причиною психогенної сексуальної дисфункції у чоловіків. Як відзначають І.І. Горпинченко, М.Н. Соколова (2013), змішаний характер депресивних проявів фіксують за усіх форм сексуальної дисфункції [1, 2]. Симптоми депресії мають індивідуальний характер. Разом з тим, у подібних захворювань, безумовно, є спільні ознаки. У зв'язку з цим особливої уваги передусім потребує їхнє вивчення для диференціації ступеня вираженості депресії, переваги тих чи інших її ознак як основи вибору адекватного ефективного лікування, спрямованого на нормалізацію психологічного стану та сексуальних розладів.

Мета дослідження: оцінювання особливостей депресивного стану чоловіків з виразковою хворобою шлунка та дванадцятипалої кишки, які мають сексуальні розлади.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Дослідження ґрунтується на узагальненні результатів комплексного обстеження і лікування 130 пацієнтів з виразковою хворобою дванадцятипалої кишки у стадії ремісії та виразковою хворобою шлунка у стадії ремісії, які мають сексуальні розлади; перших було 76 (58,5±4,3%) осіб, других – 54 (41,5±4,3%); $p < 0,05$. Вони увійшли в основну групу. Групу порівняння склали 100 чоловіків із виразковою хворобою дванадцятипалої кишки та виразковою хворобою шлунка також у стадії ремісії, проте не скаржились на сексуальні розлади; відповідно їх було 66,0±4,7% та 34,0±3,3%; $p < 0,05$. Створення цієї групи мотивовано потребою у визначенні особливостей змін якості життя, психологічного стану у пацієнтів із подібними соматичними захворюваннями, але поєднаними чи не поєднаними із сексуальними розладами. Для цієї мети була використана також референтна група із 20 практично здорових чоловіків, результати обстеження якої доповнювали існуючі унормовані величини як найбільш наближені до даної популяції. Усі групи були зіставні за віком, а дві перші – за тривалістю виразкової хвороби.

Психоемоційний стан пацієнтів оцінювали за шкалою Гамільтона (Hamilton Rating Scale for Depression – HDRS). Під

Розподіл пацієнтів груп спостереження за ступенем вираженості депресивного стану за HDRS

Група спостереження	Відсутній			Легкий			Середній			Усього
	Абс. число	%	n	Абс. число	%	n	Абс. число	%	n	
Основна	34	26,1*	3,8	56	43,1*	4,3	40	30,8*	4,0	130
Порівняння	79	79,0*	4,0	19	19,0*	3,9	2	2,0*	1,4	100
Референтна	18	90,0*	6,7	2	10,0	6,7	-	-	-	20

Примітка. * – Різниця достовірна між величинами у рядку; $p < 0,05$.

час анкетування та інтерв'ювання урахували передбачені методикою відповіді, що відбивали стан пацієнта за тиждень до обстеження. Згідно з процедурою повторне подібне дослідження проводили у динаміці. При цьому свідомо порівняльний аналіз обох обстежень проводили після другого, і при останньому були відсутні запитання щодо зміни самопочуття від початку лікування. HDRS складається з двадцяти одного запитання, а сумарна кількість балів підраховується тільки за першими сімнадцятьма, інші – допомагають класифікувати різновиди депресивних розладів і не розглядаються у підсумкових результатах, що визначають їхній ступінь.

Підсумковий результат перших 17 пунктів і його інтерпретація:

- 0–7 – у межах норми;
- 8–13 – легкий депресивний розлад;
- 14–18 – депресія середнього ступеня тяжкості;
- 19–22 – важкий депресивний розлад;
- понад 23 – вкрай тяжкий депресивний розлад.

Результат опитування згідно з першими 17 пунктами HDRS за МКБ-10 (Міжнародна класифікація хвороб 10-го перегляду) відповідає:

- від 7 до 16 балів – легкому депресивному епізоду;
- від 17 до 27 балів – помірному депресивному епізоду;
- вище 27 балів – тяжкому депресивному епізоду.

Отже, було отримано дані порушення психологічного стану пацієнтів у формі депресивних розладів.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

У табл. 1 представлені дані, отримані за шкалою Гамільтона (HDRS), з оцінювання вираженості депресії у трьох групах спостереження.

Таблица 2
Середні значення оцінки депресії у групах спостереження за HDRS, бали (M±m)

Група спостереження		
Основна	Порівняння	Референтна
13,0±6,3	6,0±3,2	4,2±1,9

Як з'ясувалося, депресія була відсутня у кожного п'ятого хворого основної групи, легку її форму мала вірогідна більшість (43,1±4,3%) і середню – їхня третя частина (30,8±4,0%). Водночас інтерес представляють відомості щодо групи порівняння, де хворі не скаржились на статеві розлади. За наявності у них лише виразкової хвороби кожен п'ятий за кількістю ознак, визначених у балах, був зарахований до категорії з легким ступенем депресії (19,0±3,9%), а 2,0±1,4% – із середнім. Варто звернути увагу, що й серед референтної групи у двох (10,0±6,7%) випадках виявилася її легкий ступінь. Наведена інформація, особливо стосовно двох останніх груп, насторожує. Це підтверджує, що сама по собі виразкова хвороба частково з відомих причин (стресогенний характер етіології) створює передумови для розвитку статевих розладів і повинна розглядатись як фактор підвищеного ризику. У цій когорті, в першу чергу необхідно проводити ретельний анамнез із детальним цілеспрямованим обстеженням, що дозволить виявити ранні симптоми дисфункції статевої системи і попередити їхній подальший розвиток. Важко робити узагальнення на підставі даних референтної групи. Проте поодинокі випадки депресивного стану, навіть легкої форми серед умовно здорових чоловіків, свідчать про поширеність його серед чоловічого населення, що можна визначати як прояв напруженої соціально-економічної, соціально-побутової ситуації в країні.

Розподіл чоловіків груп спостереження за відповідями щодо основних параметрів шкали оцінювання депресії (HDRS)

Параметри	Частота позитивних відповідей									Оцінка у балах (M±m)		
	Група спостереження									Група спостереження		
	Основна			Порівняння			Референтна			Основна	Порівняння	Референтна
	Абс. число	%	n	Абс. число	%	n	Абс. число	%	n			
Депресивний настрій (0-4 бали)	95	73,1*	3,8	28	28,0	4,5	2	10,0	3,8	3,3±1,3	1,9±0,9	1,0
Працездатність та активність (0-4 бали)	84	64,6*	4,1	24	24,0	4,2	-	-	-	1,9±0,7	1,5±0,5	-
Психічна тривожність (0-4 бали)	111	85,4*	3,1	19	19,0	3,9	2	10,0	3,8	1,8±0,5	1,3±0,6	1,0
Соматична тривожність (0-4 бали)	86	66,1*	4,3	32	32,0	4,6	-	-	-	2,1±0,6	1,8±1,0	-
Іпохондрія (0-4 бали)	51	39,2*	4,2	11	11,0	3,1	-	-	-	1,6±0,4	1,2±0,3	-

Примітка. * – Різниця показників достовірна у рядку; $p < 0,05$.

Таблиця 4

Розподіл груп спостереження за рівнем особистісної тривожності за шкалою С. Спілбергера

Група спостереження	Низький			Середній			Високий		
	Абс. число	%	m	Абс. число	%	m	Абс. число	%	m
Основна	25	19,2 ^Δ	3,4	26	20,0 ^Δ	3,4	79	60,8 ^{Δ*}	4,2
Порівняння	93	93,0	2,5	5	5,0	2,1	2	2,0	1,4
Референтна	2	10,0	6,7	-	-	-	-	-	-

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

Таблиця 5

Середнє значення оцінки рівнів особистісної тривожності за шкалою С. Спілбергера у групах спостереження, бали (M±m)

Група спостереження	Низький (0-30 балів)	Середній (31-45 балів)	Високий (≥46 балів)
Основна	20,0±7,0	37,8±4,6	51,6±2,6
Порівняння	12,2±6,8	34,4±3,0	48,0±1,4
Референтна	7,5±2,5	-	-

Таблиця 6

Розподіл груп спостереження за рівнем ситуативної тривожності за шкалою С. Спілбергера

Група спостереження	Низький			Середній			Високий		
	Абс. число	%	m	Абс. число	%	m	Абс. число	%	m
Основна	37	28,5*	3,9	81	62,3 ^{Δ*}	4,2	12	9,2*	2,5
Порівняння	63	63,0 ^Δ	4,9	31	31,0	4,9	6	6,0	2,3
Референтна	2	10,0	6,7	-	-	-	-	-	-

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

Таблиця 7

Середні значення оцінки рівня ситуативної тривожності за шкалою С. Спілбергера у групах спостереження, бали (M±m)

Група спостереження	Низький (0-30 балів)	Середній (31-45 балів)	Високий (≥46 балів)
Основна	18,8±5,8	41,0±2,9	53,0±3,9
Порівняння	15,5±7,4	35,0±3,9	52,7±4,1
Референтна	-	-	-

Таке положення мотивує потребу у просвітницькій діяльності, з тим, щоб донести професійну інформацію до свідомості населення щодо необхідності уважного ставлення до власного здоров'я і своєчасного звернення до фахівців. Для уточнення викладеного вище розрахований середній бал, за яким здійснювалося оцінювання депресії (табл. 2).

У табл. 2 наведені узагальнені дані, які враховували показники усіх хворих та умовно здорових чоловіків. Вони переконують, що в основній групі є проблеми стосовно психо-емоційного стану.

Ретельний аналіз відповідей клінічного інтерв'ю дозволив виявити їхні особливості щодо окремих параметрів HDRS. Вони більш детально розкривають загальний «профіль» категорії осіб, що підлягала вивченню. Було виділено п'ять основних симптомів, які найчастіше фігурували у відповідях. Вони були окремо опрацьовані, і результати у формі усереднених величин у балах представлені у табл. 3.

Аналіз даних табл. 3 свідчить, що переважна більшість хворих основної групи (95 осіб – 73,1±3,8%) відзначали різного ступеня депресивний настрій – пригніченість, безнадію, безпорадність. Такі симптоми, як зниження працездатності та загальної активності, спостерігались у 64,6±4,1% випадках (84 особи). Почуття втоми і слабкості, втрату інтересу до роботи та звичок, що приносили задоволення, апатичність та зниження працездатності найчастіше відзначали опитувані. Ці симптоми співвідносяться із соматичною та психологічною тривожністю, яку відзначали 66,1±4,3% та 85,4±3,1% хворих. При тому, що друга достовірно відрізняється за частотою, во-

на проявляється у клінічній картині на тлі зниженого на-строю, емоційного напруження, високого рівня соматичної тривожності, що видно за бальною оцінкою (1,8±1,0 бала проти 1,3±0,6 бала при психогенній тривожності), появі сексуальних дисфункцій у різних варіантах її прояву. За таких умов в подальшому виникає невроз очікування сексуальної невдачі, який формується у формі психічної тривожності. У результаті у більш ніж третини хворих прослідковується іпохондрія (39,2±4,2%) з поліморфізмом скарг і відсутністю даних щодо органічної патології.

У групі порівняння також є подібні ознаки, проте вони спостерігались у суттєво меншій кількості хворих, були менш виражені, що видно з даних табл. 3. Серед них на тлі легкого депресивного епізоду у 28,0±4,5% випадків варто виділити частоту соматичної тривожності. Вона була удвічі нижчою, ніж в основній групі (32,0±4,6% проти 66,1±4,3%), проте її роль у подальшому поглибленні ступеня депресії не можна не враховувати.

Тобто, наявність виразкової хвороби створює певну основу для подальшого психологічного напруження, що близько за негативним впливом до розвитку статевої розладів. Отже, у хворих превалював соматизований характер депресії.

Наявність високого відсотку психічної, соматичної тривожності у хворих основної групи визначала потребу поглибленого вивчення даного явища. З цією метою була використана шкала С. Спілбергера, за якою можна уточнити характер тривожності – особистісний або ситуативний. Результати представлені у табл. 4.

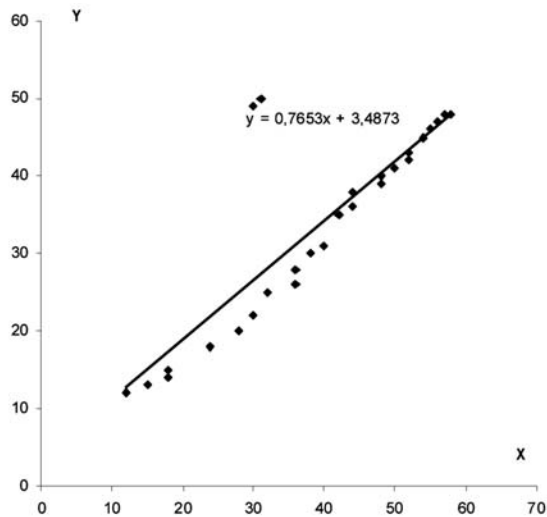


Рис. 1. Залежність рівня особистісної тривожності від тривалості виразкової хвороби

Варто зазначити, що за результатами порівняльного аналізу виявлені особливості і тенденції щодо зазначених варіантів тривожності. Виявилось, що переважній більшості (60,8±4,2%) хворих основної групи притаманний високий рівень особистісної тривожності. Практично однаково часто вона була низького та середнього рівнів (19,2±3,4% та 20,0±3,4% відповідно). З різним ступенем вираженості найчастіше проявлялась підвищеними переживаннями, внутрішнім хвилюванням, занепокоєнням щодо стану здоров'я, будь-якої конкретної події, що трапилася чи повинна відбутися. З'являються психосоматичні симптоми, що не пов'язані безпосередньо з виразковою хворобою. Поліморфні соматичні симптоми пов'язуються з відчуттям особистої вразливості, провини і незадоволення собою та оточуючими. Підвищена стомлюваність, дратівливість, незадоволення собою зумовлюють виникнення конфліктних ситуацій, почуття власної провини. Доведено, що рівень особистісної тривожності має тісний кореляційний зв'язок із тривалістю виразкової хвороби ($r=0,98$) (рис. 1).

Представлений вище розподіл групи порівняння відрізняється від основної перевагою у першій (93,0±2,5%) особистісної тривожності низького рівня. Два таких випадки виявили навіть у референтній групі. Зазначене підтверджує негативний вплив стану соматичного здоров'я, будь-яких негараздів у повсякденному житті на психоемоційний стан. Лабільність його може стати причиною розвитку інших патологічних процесів і, найчастіше, статевих розладів як найбільш емоційно зумовлених. Для об'єктивізації зазначених вище трьох рівнів самооцінки особистісної тривожності у табл. 5 наведено середні значення оцінки цих рівнів у групах спостереження.

Інша картина спостерігалася в основній групі щодо ситуативної оцінки власного стану тривожності. На відміну від попередньої, де переважав високий рівень, в даних випадках вірогідно частішим був середній рівень (62,3±4,2%), низький – практично у третью частини (28,5±3,9%) і лише у 10,0% – високий. Отримані дані логічно підтверджують ситуацію, коли повсякденні негаразди, незадоволення власними вчинками, станом здоров'я, безнадійність одержання позитивних результатів лікування негативно відбиваються на статевої функції, особливо у разі невдалих спроб під час статевого акту. При цьому відзначено формування поведінки, усамітнення, різке зниження комунікабельності; у чоловіків складається замкнуте коло – на тлі сексуальної, еректильної дисфункції спостерігається також посилення неврівноваженості, дратівливості, а після проблемних сексуальних відносин хворі свідчать про загострення апатії, тривожності, появу поліорганных необгрунтованих скарг.

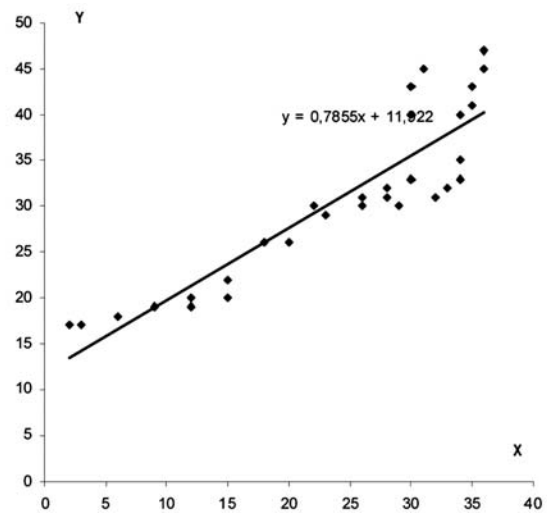


Рис. 2. Залежність між рівнем ситуативної тривожності та тривалістю сексуальних розладів

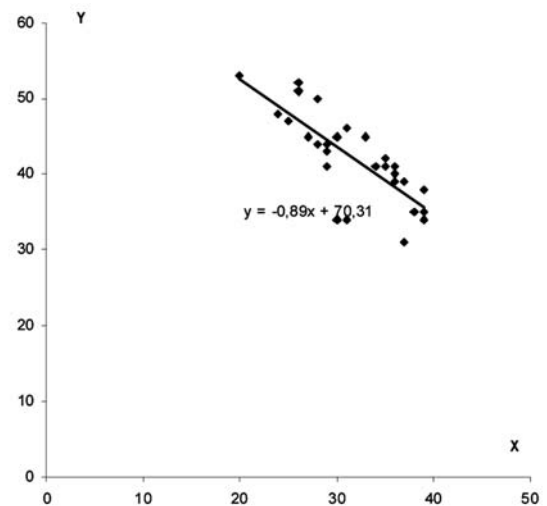


Рис. 3. Залежність рівня ситуативної тривожності від віку хворого

Варто зазначити, що ситуативна тривожність визначена й серед хворих групи порівняння. Проте вона була удвічі рідше середнього рівня, ніж в основній (31,0±4,9% проти 62,3±4,2% відповідно), і настільки ж частіше – низького (63,0±4,9% проти 28,5±3,9% відповідно; $p<0,05$). Представлені відомості можна розцінювати неоднозначно. З одного боку, наявність особистісної чи ситуативної тривожності, тим більше виявлених за шкалою самооцінки у хворих із соматичним захворюванням (виразкова хвороба дванадцятипалої кишки та виразкова хвороба шлунка), які самі по собі є невротичними, не є стовідсотковою причиною розвитку сексуальних розладів. Присутність тієї чи іншої тривожності у зазначеній категорії слід розцінювати як передумову для виникнення різноманітних сексуальних дисфункцій. Її треба визначити, врахувати, провести профілактику на етапі диспансеризації, залучаючи до цього фахівців суміжних спеціальностей. З іншого боку, у випадках поєднання обох видів тривожності, особливо високого та середнього рівнів вираженості, суттєво зростає ризик виникнення статевих розладів. Це потребує особливого підходу до визначення мотивувальних факторів, точної диференціальної діагностики та відповідного лікування, успіх якого також залежить від наполегливості пацієнта, а також ран-

Розподіл груп спостереження за психічним станом особистості за методикою М. Курганського

Ступінь	Група спостереження								
	Основна			Порівняння			Референтна		
	Абс. число	%	n	Абс. число	%	n	Абс. число	%	n
Високий (3-8 балів)	21	16,2	3,2	75	75,0*	3,0	19	95,0*	4,8
Середній (9-15 балів)	24	18,5	3,4	18	18,0	1,7	1	5,0	2,2
Низький або виражена напруженість (16-21 бал)	85	65,3*	4,1	7	7,0	2,5	-	-	-

Примітка. * – Різниця між показниками достовірна у стовпчику; $p < 0,05$.

Таблиця 9

Середні значення оцінки рівня психічного стану особистості за методикою М. Курганського у групах спостереження, бали (M±m)

Група спостереження	Низький або виражена напруженість (16-21 бал)	Середній (9-15 балів)	Високий (3-8 балів)
Основна	18,8±1,8	11,7±2,0	4,9±1,7
Порівняння	17,2±71,2	9,8±1,1	4,0±1,2
Референтна	16,0	-	3,5±1,1

нього його звернення до лікаря. Дане положення обґрунтовано результатами кореляційного аналізу, за яким доведено прямий високий зв'язок між рівнем ситуативної тривожності та тривалістю статевих розладів ($r=0,95$) (рис. 2).

Водночас, зворотний зв'язок достатньо високої сили отримано між першим явищем та віком хворих ($r=-0,97$) (рис. 3).

Останній факт є проявом певної настанови чоловіків, що з віком статева життя стає менш активним, і вони не пред'являють підвищених вимог до власних можливостей. Конкретні величини усереднених значень ситуативної тривожності у групах спостереження подані у табл. 7.

З метою уточнення даних за шкалою С. Спілберґера додатково проведено визначення психічного стану особистості за методикою М. Курганського (табл. 8).

Отримані результати виявилися подібними до тих, що характеризували особистісну тривожність за С. Спілберґером. Найбільше хворих основної групи відзначали виражену напруженість, пригнічений емоційний стан, зниження інтересу до роботи, близьких. Тобто низький ступінь спостерігався при поганому емоційному стані. За таких умов можна з упевненістю вважати самооцінку хворих основної групи щодо сприйняття проблем зі здоров'ям об'єктивізованою.

Що стосується групи порівняння, то в ній, навпаки, у 75,0±3,0% було відзначено високий ступінь активності, інтересу, емоційного тону та комфортності. Разом з тим, частка тих, у кого констатовано низький або виражений ступінь та середній за методикою М. Курганського, збігає з тією, що за С. Спілберґером мали середній та високий рівень особистісної тривожності. У табл. 9 наведені середні значення оцінки рівня психологічного стану особистості за методикою М. Курганського у групах спостереження, що об'єктивізують представлений вище розподіл за ступенем його порушення.

Зазначене вселяє упевненість в отриманих результатах, що забезпечить адекватний вибір передбаченої психологічної корекції для нівелювання негативного фону під час лікування статевих розладів.

Обґрунтування удосконалення діагностики сексуальних розладів у хворих соматичного профілю на прикладі виразкової хвороби

За результатами поглибленого аналітико-синтетичного аналізу результатів дослідження були простежені різноаспектні зміни у групі порівняння, яка представлена лише хворими із ВХДК та ВХШ. Передусім привертала увагу показники якості життя. Ті зміни у параметрах стосовно фізичного та пси-

хологічного компонентів здоров'я, що були притаманні хворим основної групи, де статеві розлади поєднані з виразковою хворобою, з меншою мірою вираженості виявлені і в групі порівняння. Це – загальний стан здоров'я, що повного благополуччя суттєво не досягав, оскільки дорівнював 76,5%; показники соціального функціонування становили 51,3%, психічного здоров'я – 69,6%. Частково це можна було б пояснити наявністю соматичного захворювання, якби під час аналізу інших показників не спостерігались зміни, що насторожують. За даними табл. 1 та 3, в яких представлені результати опитування щодо наявності та ступеня депресії, виявлено у практично кожного п'ятого легкий її ступінь, а в поодиноких випадках (2,0%) середній. За шкалою оцінки параметрів депресії (HDRS) простежувався депресивний настрій (28,5±4,5%), мала місце психічна тривога (19,0±3,9%) та соматична тривога (32,0±4,6%). Відповіді за шкалою С. Спілберґера також підтвердили у більшості (93,0±2,5%) низький, а у решті середній та високий рівень особистісної тривожності (див. табл. 4). Більш вираженою була ситуативна тривожність – у кожного третього (31,0±4,9%) встановлено її середній рівень, низький – у 63,0±4,9% (див. табл. 6).

Викладені вище дані разом із відомим положенням спільної етіології статевих розладів та виразкової хвороби у формі стресових життєвих ситуацій, на що вже наголошувалося, мотивувало проведення окремого дослідження. Воно було спрямовано на вивчення оцінки еректильної дисфункції у хворих групи порівняння, при тому, що вони не пред'являли скарг щодо порушення окремих складових копулятивного циклу. Гіпотезою передбачалась можливість виявлення означених порушень сексуальної функції на якомого ранньому етапі їхнього розвитку, оскільки рівень визначеної депресії, нервово-психічної напруженості, переважно ситуативної, а також психосоматичні невротичні стани обґрунтували їхню реальність. Реалізували її шляхом опитування 100 хворих із виразковою хворобою дванадцятипалої кишки та виразковою хворобою шлунка за анкетною МІЕФ-5 та ПЕФ. Результати наведені у табл. 10 та рис. 4.

Виявилось, що 14 (14,0%) чоловіків мали ознаки еректильної дисфункції, вираженість яких згідно із сумарним балом 10 віднесена до легкого ступеня та 3 – до середнього.

На наступному етапі дослідження за аналізом відповідей анкети ПЕФ виявлені особливості «профілю» сексуального життя. Дві позиції з них, на нашу думку, найбільш ёмко дозволяють його охарактеризувати, а саме: задоволеність статевим актом та задоволеність статевим життям. Як видно з табл. 10, суттєво більше хворих мали проблеми у зазначеному аспекті, що свідчить про різноманітність сексуальних розладів крім

Результати оцінки еректильної функції у хворих із виразковою хворобою дванадцятипалої кишки та шлунка (група порівняння)

Параметри	Еректильна функція	Задоволеність статевим актом	Оргазмічна функція	Лібідо	Загальна задоволеність статевим життям
Абс. число	14	16	10	2	20
Бали, M±m	23,2±1,8	13,0±0,7	9,6±0,4	9,5±0,5	8,5±0,7

еректильної дисфункції. Варто звернути увагу на деяке різноманіття відповідей респондентів стосовно сексуальних розладів, що свідчить про існування їхнього власного уявлення щодо складових питань анкет. І, разом з тим, простежується прямий зв'язок між ними та відповідями за анкетною SF-36, які відбивають рівень соціальної активності, тривожності, напружений емоційний стан, про що свідчили й інші автори.

Таке положення дає підставу припустити, що соматичні хвороби складають передумови до розвитку статевих розладів у чоловіків, що треба враховувати при їхній диспансеризації. Особливо це стосується виразкової хвороби, що не потребує, з огляду на певну єдність етіології, додаткових коментарів. Реальне підтвердження було отримано після відповідних об'єктивних обстежень згідно з протоколом. У результаті 11 хворих із виразковою хворобою дванадцятипалої кишки та виразковою хворобою шлунка потребували лікування статевих розладів. Із запропонованих трьох варіантів більшість обрала третій, тобто поєднання психотерапії та лікування силденафілу цитратом (6 осіб); решта – виключно базове лікування із психотерапією та базове лікування із силденафілу цитратом (2 та 3 чоловіки відповідно). Оскільки цей аспект не був передбачений дослідженням, наводимо узагальнено результати проведених медичних призначень. Хворі, яких можна зарахувати до третьої групи, вже через місяць не мали статевих розладів, у інших такі позитивні наслідки відзначено через 6 міс після завершення лікування.

Приведені дані дозволяють зробити два основні висновки. Перше – підтверджується значення раннього виявлення та своєчасного лікування сексуальних розладів. Друге – співвідноситься із першим і зумовлює цю потребу. Суть пропозиції полягає у необхідності на етапі виявлення, диспансеризації чоловіків з виразковою хворобою у якості діагностичного методу ширше застосовувати анамнестичний. Пропонується на рівні сімейних лікарів/лікарів загальної практики, профільних спеціалістів при зверненні з будь якого приводу чоловіків незалежно від віку з виразковою хворобою (чи іншим соматичним захворюванням) обов'язково під час вивчення анамнезу пацієнта ставити два ключових запитання: чи задоволений він статевим актом та про загальну задоволеність статевим життям. Залежно від відповіді рекомендувати консультацію сексопатолога, уролога, андролога. Тобто за такими двома простими запитаннями можна удосконалити процедуру ранньої діагностики. Більше того, на них треба акцентувати увагу під час проведення просвітницької діяльності, доносити інформацію до населення, яке на сьогодні має ще певні упередження стосовно сексуальних розладів, про існуючі варіанти спеціалізованої допомоги, важливість залежності загального стану власного здоров'я від його сексуальної складової та соціальної активності у широкому її розумінні. Крім того, обґрунтована необхідність попередження стресових навантажень як причин виникнення низки захворювань.

ВИСНОВКИ

Доведено, що у переважній більшості пацієнтів з виразковою хворобою дванадцятипалої кишки та шлунка, які мали сексуальні розлади (73,9%), спостерігались достовірно частіше симптоми депресії легкого і середнього ступеня (43,1±4,3% та 30,8±4,0% відповідно), водночас, виявлена вона також у кожного п'ятого хворого з виразковою хворобою – 19,0±3,9% та середнього – у 2,0±1,4% відповідно.

Простежено, що за частотою проявів депресії у хворих із виразковою хворобою дванадцятипалої кишки та виразковою

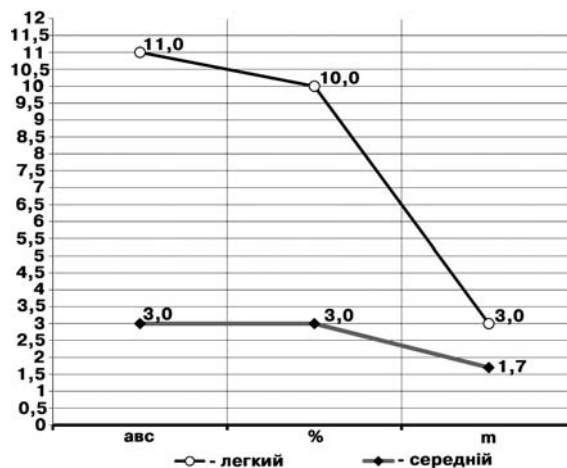


Рис. 4. Розподіл хворих із виразковою хворобою шлунка та дванадцятипалої кишки за ступенем еректильної дисфункції (MIEФ-5)

хворобою шлунка, поєднаних зі статевими розладами, виявляли параметри, серед яких достовірно виділялись психічна тривожність (85,4±3,1%), депресивний настрій (73,1±3,8%), соматична тривожність (66,1±4,3%), знижені працездатність та активність (64,6±4,1%). Їхнє поєднання в різних варіантах обтяжувало ситуацію. У хворих виключно із виразковою хворобою превалювали соматична тривожність (32,0±4,6%), депресивний настрій (28,0±4,5%), знижені працездатність та активність (24,0±4,2%).

Виявлено, що більшості хворих із виразковою хворобою дванадцятипалої кишки та виразковою хворобою шлунка зі статевими розладами (60,8±4,2%) притаманний високий рівень особистісної тривожності і практично однаково часто низький та середній (19,2±3,4% та 20,0±3,4% відповідно). Разом з тим, 93,0% хворих тільки з виразковою хворобою також відзначали її наявність низького рівня вираженості. Водночас, серед перших вірогідно частіше спостерігався середній рівень ситуативної тривожності (62,3±4,2%), у кожного третього – низький (28,5±3,9%) і у решти (10,0%) – високий, тоді як серед других за частотою превалював низький її рівень (63,0±4,9% проти 31,0±4,9% середнього та 6,0±2,3% – високого).

За даними кореляційного аналізу доведено, що рівень особистісної тривожності має прямулінійний тісний зв'язок із тривалістю виразкової хвороби (r=0,98), таким він є між рівнем ситуативної тривожності та тривалістю сексуальних розладів (r=0,95), тоді як зворотний – між останніми і віком хворих (r= -0,97).

Підтверджена гіпотеза залежності між наявністю у хворих із виразковою хворобою різної вираженості депресії, нервово-психічної напруженості, переважно ситуативної тривожності та розвитком статевих розладів, що доведено виявленням у 14% випадків еректильної дисфункції.

Обґрунтовано принцип удосконалення раннього виявлення статевих розладів у чоловіків із хронічними соматичними захворюваннями на прикладі виразкової хвороби, суть якого – в обов'язковому включенні до анамнестичного, як і діагностичного, методу двох ключових параметрів: задоволеність статевим актом та задоволеність статевим життям загалом.

Особенности депрессивного состояния мужчин с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, имеющих сексуальные расстройства
Ю.М. Гурженко, В.В. Сорока

Features of men depressed patients with gastric ulcer and duodenal ulcer, with sexual disorders

Y.M. Gurzhenko, V.V. Soroka

Цель исследования: оценка особенностей депрессивного состояния мужчин с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, имеющих сексуальные расстройства.

Материалы и методы. Исследование основывается на обобщении результатов комплексного обследования и лечения 130 пациентов с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки в стадии ремиссии и язвенной болезнью желудка в стадии ремиссии, имеющих сексуальные расстройства; первых было 76 (58,5±4,3%) человек, вторых – 54 (41,5±4,3%); $p < 0,05$. Они вошли в основную группу. Группу сравнения составили 100 мужчин с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки и язвенной болезнью желудка также в стадии ремиссии, которые не жаловались на наличие сексуальных расстройств; соответственно их было 66,0±4,7% и 34,0±3,3%; $p < 0,05$. Создание этой группы мотивировано необходимостью определения особенностей изменений качества жизни, психологического состояния у пациентов с подобными соматическими заболеваниями, но сочетанными или не сочетанными с сексуальными расстройствами. Для этой цели была использована также референтная группа из 20 практически здоровых мужчин, результаты обследования которой дополняли существующие нормированные величины как наиболее приближенные к данной популяции. Все группы были сопоставимы по возрасту, а две первые – по продолжительности язвенной болезни.

Результаты. Определено, что по частоте проявлений депрессии у больных с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки и язвенной болезнью желудка, с половыми расстройствами, выявлены параметры, среди которых достоверно выделялась психическая тревожность (85,4±3,1%), депрессивное настроение (73,1±3,8%), соматическая тревожность (66,1±4,3%), сниженные работоспособность и активность (64,6±4,1%). Их сочетание в различных вариантах обременяло ситуацию. У больных исключительно с язвенной болезнью превалировали соматическая тревожность (32,0±4,6%), депрессивное настроение (28,0±4,5%), сниженные работоспособность и активность (24,0±4,2%).

Выявлено, что большинству с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки и язвенной болезнью желудка с половыми расстройствами (60,8±4,2%) присущ высокий уровень личностной тревожности и практически одинаково часто низкий и средний (19,2±3,4% и 20,0±3,4% соответственно). Вместе с тем, 93,0% больных только с язвенной болезнью также отметили ее наличие низкого уровня выраженности. В то же время, среди первых достоверно чаще наблюдался средний уровень ситуативной тревожности (62,3±4,2%), у каждого третьего – низкий (28,5±3,9%) и у остальных (10,0%) – высокий, тогда как среди вторых по частоте превалировал низкий ее уровень (63,0±4,9% против 31,0±4,9% среднего и 6,0±2,3% – высокого).

Заключение. Подтверждена гипотеза зависимости между наличием у больных с язвенной болезнью различной выраженности депрессии, нервно-психической напряженности, преимущественно ситуативной тревожности и развитием половых расстройств, что доказано обнаружением в 14% случаев эректильной дисфункции.

Обоснован принцип усовершенствования раннего выявления половых расстройств у мужчин с хроническими соматическими заболеваниями на примере язвенной болезни, суть которого – в обязательном включении в анамнестический, как и диагностический, метод двух ключевых параметров: удовлетворенность половым актом и удовлетворенность половой жизнью в целом.

Ключевые слова: язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, нарушение половой функции, психологические расстройства, депрессия.

The objective: the evaluation of depressive state in men with peptic ulcer of stomach and duodenum, which have sexual disorders.

Patients and methods. The study is based on the generalization of the results of complex examination and treatment of 130 patients with peptic ulcer disease duodenal ulcer in remission and gastric ulcer in remission who have sexual disorders; the first were 76 (58,5±4,3%) patients, the second – 54 (41,5±4,3%); $p < 0,05$. They entered the main group. The comparison group consisted of 100 men with peptic ulcer disease duodenal ulcer and gastric ulcer that also in remission who did not complain of sexual disorders; accordingly, they were of 66,0±4,7% and 34,0±3,3%; $p < 0,05$. The creation of this group are motivated by the need to determine the characteristics of changes in the quality of life, psychological status between patients with these somatic diseases, but if not combined with sexual disorders. For this purpose was used the referential group consisted of 20 healthy men, the survey results of which complements the existing normalized values most approximate to this population. All groups were matched for age, and the first two – for the duration of peptic ulcer disease.

Results. It is determined that the frequency of manifestations of depression in patients with peptic ulcer disease duodenal ulcer and gastric ulcer with sexual disorders identified parameters, among which stood out significantly mental anxiety (85,4±3,1%), depressive mood (73,1±3,8%), somatic anxiety (66,1±4,3%), reduced efficiency and activity (64,6±4,1 percent). Their combination in various embodiments burdened the situation. Exclusively in patients with peptic ulcer disease were most prevalent somatic anxiety (32,0±4,6%), depressive mood (28,0±4,5%), capacity and activity (24,0±4,2%).

It is revealed that most duodenal ulcer and gastric ulcer with sexual disorders (60,8±4,2%) characterized by a high level of personal anxiety and almost equally often low to moderate (19,2±3,4% and 20,0±3,4%, respectively). However, 93,0% of patients only with peptic ulcer were also noted its low level of expression. At the same time, among the first significantly more often observed the average level of situational anxiety (62,3±4,2%), every third – low (28,5±3,9%) and others (10,0%) – high, whereas among second – frequency dominated low level (63,0±4,9% vs 31,0±4,9% of the average and 6,0±2,3% – high).

Conclusion. It was confirmed the hypothesis of dependence between the presence of in patients with peptic ulcer disease various intensities of depression, mental tension, mainly situational anxiety and the development of sexual dysfunctions, as evidenced by the discovery in 14% of cases of erectile dysfunction.

It was proven the principle of improving the early identification of sexual disorders in men with chronic somatic diseases, for example peptic ulcer disease, the essence of which – a mandatory inclusion in the medical history, as diagnostic method of two key parameters: the satisfaction of sexual intercourse and satisfaction with sexual life in General.

Key words: gastric ulcer and duodenal ulcers, sexual function disorders, psychological disorders, and depression.

Сведения об авторах

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

Сорока Василий Васильевич – Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика, 04112, г. Киев, ул. Дорогожицкая, 9

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Горпинченко И.И. Сексуальное здоровье и неврозы / И.И. Горпинченко, М.Н. Соколова // Здоровье мужчины. – 2008. – №25. – С. 42–144.
2. Горпинченко І.І. Чоловічі статеві розлади: Навчальний посібник / І.І. Горпинченко, Ю.М. Гурженко, С.В. Возіанова, Д.З. Воробець, О.В. Шуляк. – Львів: Кварт, 2011. – 221 с.

Статья поступила в редакцию 25.10.16