

АНАЛІЗ ОСОБИСТІСНОЇ ТА СИТУАТИВНОЇ ТРИВОЖНОСТІ У ХВОРИХ НА ДОБРОЯКІСНУ ГІПЕРПЛАЗІЮ ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ, ЩО СУПРОВОДЖУЄТЬСЯ ПОРУШЕННЯМИ СЕКСУАЛЬНОЇ ФУНКЦІЇ

Ю.М. Гурженко, М.Д. Квач

ДУ «Інститут урології НАМН України»

Вступ. Для вибору надання адекватної медичної допомоги не аби який інтерес представляє його емоційний, соціальний, психологічний стан [1, 2, 3]. Вимірювання цих змін стало можливим із впровадженням у медичну практику спеціальних опитувальників [4, 5, 6]. Одне із провідних місць в практиці посіла шкала самооцінки особистісної та ситуативної тривожності С. Спілбергера, а також шкали з оцінки психічних станів особистості (за методикою М. Курганського), та оціночні методики по дослідженню вольової саморегуляції (за методикою А.В. Зверкової та Е.В. Ейдмана). Тривожність, як провісник порушень психоемоційного стану з подальшою депресією, займає важливе місце на етапі раннього виявлення сексуальної дисфункції. Адже вона практично завжди більшою чи меншою мірою пов'язана з емоціональною нестабільністю пацієнта.

У роботах І.І. Горпинченка (2013) доводиться, що використання комплексного підходу при встановленні особливостей сексуального розладу (СР) дозволяє гнучко, диференційовано та обґрунтовано підходити до обстеження та лікування пацієнтів із поліетіологічною симптоматикою [7]. Об'єктивізована потреба додаткових методів діагностики та корекції патологічних змін при СР, у вигляді визначення особливостей психоемоційного стану з метою адекватної психотерапії, є одним із напрямків наукового пошуку.

Матеріали і методи дослідження. Робота виконувалась на базі ДУ «Інститут урології НАМН України», Було обстежено 270 хворих. Багатоаспектному вивченню було піддано 235 хворих на доброякісну гіперплазію передміхурової залози (ДГПЗ), які мали сексуальні розлади (СР) і отримували спеціалізовану допомогу в 2010–2015 роках. Хворі розподілялись на групи. Оскільки передбачалось вивчення особливостей сексуальної дисфункції (СД) у хворих на ДГПЗ,

основу розподілу склали методи лікування останньої. Відповідно до чого, на першому етапі створено дві групи; а саме: 75 хворих на ДГПЗ I–II стадій, які отримували медикаментозну терапію та 160 – після хірургічного лікування (85 і 75 хворих, які перенесли ТУРП та різні види простатектомії відповідно). Строк між операцією і включенням у дослідження становив 1–2 місяці. Крім того, у дослідження включено 35 умовно здорових чоловіків, які склали референтну групу. Вона відібрана таким чином, що за основними параметрами (вік, супутня патологія, освіта) була подібною до основної. Результати їх обстеження використовувались в якості унормованих величин для порівняння з отриманими даними, що доповнювали існуючі, як найбільш наближені до загальної популяції.

Результати та їх обговорення. У роботі було проаналізовано особистісні та ситуативні тривожності у хворих на доброякісну гіперплазію передміхурової залози, що супроводжуються порушеннями сексуальної функції.

Деталізацію скарг було проведено через виявлення якісних ознак тривожності за шкалою оцінки за методикою С. Спілбергера (табл. 1 та 2). За відповідями респондентів, особистісна тривожність була притаманна усім, але з різним рівнем вираженості та наявністю особливостей у групах спостереження. Зокрема, як у першій, так і в другій, без достовірності переважили випадки із середнім рівнем ($52,0 \pm 5,7\%$ та $60,0 \pm 3,8\%$ відповідно), з низьким – більше в першій на $27,2\%$ ($29,3 \pm 5,2\%$ проти $20,0 \pm 3,8\%$), а з високим – у другій на $6,9\%$ ($20,0 \pm 3,1\%$ проти $18,7 \pm 4,5\%$). Близькими були показники й за інтенсивністю проявів ознак, достовірної різниці між усередненими величинами суми балів між групами та відповідними рівнями в них не спостерігалось. Дослідженням було встановлено наявність сильного взаємозв'язку лінійного характеру, між ступенем виразності

Таблиця 1

Розподіл хворих з урахуванням груп спостереження за рівнем особистісної тривожності згідно зі шкалою самооцінки тривожності за С. Спілбергером (бали; $M \pm m$)

Рівень	Групи спостереження																Референтна група			
	1								2											
	в тому числі								в тому числі								2Б			
2А								2А								2Б				
абс.	%	m	$M \pm m$	абс.	%	m	$M \pm m$	абс.	%	m	$M \pm m$	абс.	%	m	$M \pm m$	абс.	%	m	$M \pm m$	
Низький (0–30)	22	29,3	5,2	21,8±3,3	32	20,0	3,8	22,7±2,2	12	15,5*	4,1	25,5±3,0	20	24,0	4,3	20,3±3,9	3	8,6	4,7	18,3±6,2
Середній (31–45)	39	52,0 [^]	5,7	40,4±3,4	96	60,0 [^]	3,8	38,8±3,1	44	57,1 [^]	5,6	42,3±4,0	52	62,7	5,3	37,4±3,3	3	8,6	4,7	37,5±2,5
Високий ≥46	14	18,7	4,5	49,0±1,4	32	20,0	3,1	52,8±4,8	21	27,3*	3,5	54,4±3,3	11	13,2	3,7	52,0±4,0	—	—	—	—
Всього	75	100,0	—	—	160	100,0	—	—	77	100,0	—	—	83	100,0	—	—	35	100,0	—	—

Примітка: * - різниця достовірна між показниками груп 2А та 2Б; $p < 0,0$; [^] - різниця достовірна між показниками в стовпчику; $p < 0,05$.

Таблиця 2

Розподіл хворих з урахуванням груп спостереження за рівнем ситуативної тривожності згідно зі шкалою самооцінки тривожності за С. Спілбергером (бали; $M \pm m$)

Рівень	Групи спостереження																Референтна група			
	1								2											
	в тому числі								в тому числі								2Б			
2А								2А								2Б				
абс.	%	m	$M \pm m$	абс.	%	m	$M \pm m$	абс.	%	m	$M \pm m$	абс.	%	m	$M \pm m$	абс.	%	m	$M \pm m$	
Низький (0–30)	41	54,7 [^]	5,7	21,3±4,8	78	48,8 [^]	3,9	23,2±5,5	44	57,1*	5,6	26,1±4,1	34	41,0	5,3	21,3±4,3	2	5,7	3,9	27,0±2,0
Середній (31–45)	23	30,7	5,3	35,0±4,9	46	28,8	3,9	39,1±6,1	10	13,0*	3,8	32,3±5,1	36	43,4	5,4	37,2±4,3	-1	2,9	1,7	36,0
Високий ≥46	—	—	—	—	6	3,7	1,4	55,0±3,1	4	5,2	2,5	57,3±4,0	2	2,4	1,6	52,8±4,2	—	—	—	—
Відсутній	11	14,7	2,0	—	30	18,7	1,5	—	19	24,7*	2,9	—	11	13,2	3,2	—	32	—	—	—
Всього	75	100,0	—	—	160	100,0	—	—	77	100,0	—	—	83	100,0	—	—	35	100,0	—	—

Примітка: * - різниця достовірна між показниками груп 2А та 2Б; $p < 0,0$; [^] - різниця достовірна між показниками в стовпчику; $p < 0,05$.

симптомів нижніх сечових шляхів та рівнем особистісної тривоги ($r=0,92$), що надано на рис. 1.

Цікавими були й дані порівняльного аналізу, щодо проявів особистісної тривожності в розрізі підгруп. Чоловіків, що мали проблеми зі здоров'ям до – та після операції в підгрупі 2А вірогідно більше було із середнім та високим рівнем особистісної тривожності ($84,4 \pm 4,0\%$ проти $75,9 \pm 4,0\%$ в 2Б; $p < 0,05$). Варто зазначити, що вона мала місце й у 6 осіб референтної групи (17,2%). Виявлений факт, на нашу думку, є пов'язаним зі станом власного здоров'я, оскільки за відсутності ДГПЗ у них були хронічні захворювання інших органів і систем.

У підгрупі 2А у 8,6% випадках була виявлена ситуативна тривожність, що разом з попередньою інформацією не може залишатися поза увагою і потребує окремого вивчення принаймні у даних осіб. Внаслідок чого у них було виявлено легкий ступінь ЕД, якому вони не приділяли уваги, сприймаючи сексуальні невдачі як безпосередній наслідок старіння. За результатами опитування, ситуативна тривожність не була виявлена у $14,7 \pm 2,0\%$ у першій і $18,7 \pm 1,5\%$ у другій групах ($p < 0,05$), у підгрупах 2А та 2Б відповідно у $24,7 \pm 2,9\%$ і $13,2 \pm 3,2\%$ випадках. Тобто, більшою мірою вона була притаманна чоловікам із ДГПЗ та СР та тим, у яких СР виникли після хірургічного видалення ДГПЗ. Конкретні дані наведені в табл. 2.

Вищезазначене положення про існування більш виразної залежності між ситуативною тривожністю та наявністю СР у чоловіків, які мали проблему до оперативного лікування ДГПЗ,

та у яких вона виникла після нього, знайшло своє кореляційне відображення. Виявилось, що воно має досить високу силу на разі співставлення показників ступеня еректильної дисфункції та рівня ситуативної тривожності: $r=0,94$ та $r=0,98$ відповідно. Дещо вищі величини в другому випадку пояснюються появою неочікуваного ускладнення. На рис. 2 та 3 проілюстровані отримані дані.

У порівняльних даних з табл. 2 встановлено суттєву перевагу серед чоловіків підгрупи 2Б за ситуативною тривожністю середнього та високого рівня виразності ($45,8 \pm 5,4\%$ проти

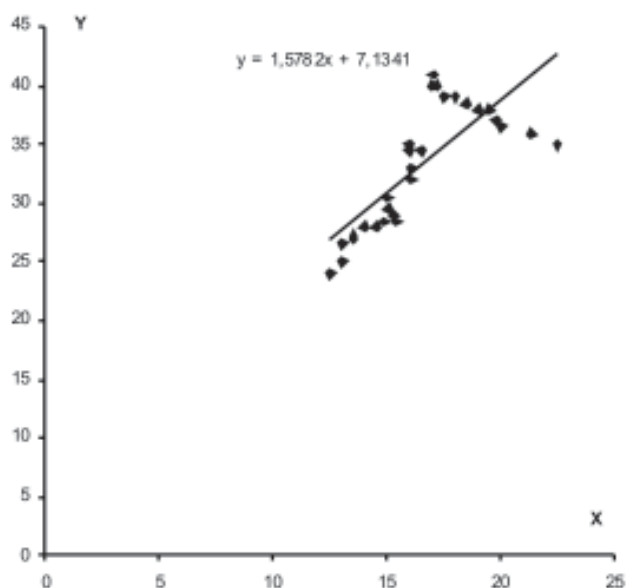


Рис. 2. Зв'язок між ступенем еректильної дисфункції та рівнем ситуативної тривожності у хворих підгрупи 2А

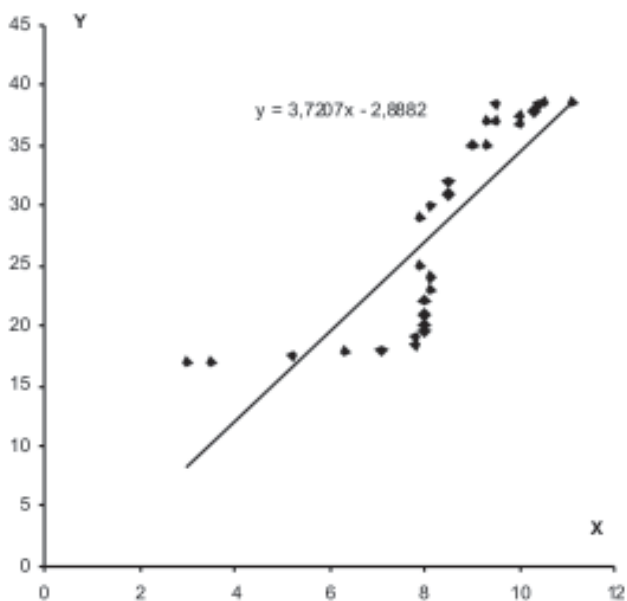


Рис. 1. Зв'язок між ступенем вираженості симптомів нижніх сечових шляхів та рівнем особистісної тривожності

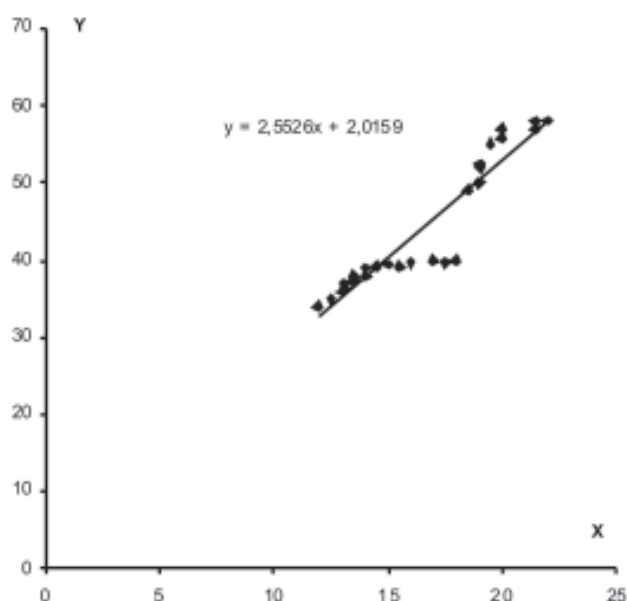


Рис. 3. Зв'язок між ступенем еректильної дисфункції та рівнем ситуативної тривожності у хворих підгрупи 2Б

18,2±4,3% в 2А; $p < 0,05$). Упевненість в отриманих результатах є у даних співставлення інформації, поданої в табл. 1 та 2. За ними простежується певна узгодженість між особистісною тривожністю та соматичним характером депресії, а також між ситуативною тривожністю та її когнітивною формою. З огляду на те, що відчуття тривожності є одним із ранніх проявів психоемоційного напруження, а її особистісний чи ситуативний характер найбільш оптимально відбиває соматизовану чи ситуативну її основу (як обов'язкового компонента сексуальних розладів), доцільним вважали розрахувати та вивчити показники відношення шансів (OR) або відносного ризику (RR). Встановлено, що при наявності низького рівня особистісної тривожності ризик виникнення сексуальних розладів стає у 13,5 рази більшим, ніж при її відсутності (OR=13,5; 95% СІ: 5,84–34,05), при середньому – у 15,0 разів (OR=15,0; 95% СІ: 6,01–37,46) і при високому – у 23 рази (OR=23,0; 95% СІ: 3,54–81,09). За відповідними розрахунками доведено, що при низькому рівні ситуативної тривожності ризик розвитку СР є у 10,2 разу більшим (OR=10,2; 95% СІ: 2,65–31,43), при середньому – у 21,6 разу (OR=21,6; 95% СІ: 8,22–48,35) і при високому – у 24 рази (OR=24,0; 95% СІ: 2,99–150,5) (рис. 4). Як видно, зі зростанням інтенсивності ознак (рівня) тієї чи іншої форми тривожності, збільшується ризик розвитку сексуальних розладів.

Отримані в ході виконання роботи дані, за результатами комплексного соціологічного до-

слідження, і поданий вище їх аналіз, об'єктивно підтверджують значення психологічного стану в розвитку СР, що є визнаним фактом та широко обговорюється в науковій літературі.

Новим є обґрунтований зв'язок між соматичним захворюванням, у даному випадку ДГПЗ, що в силу клінічного перебігу з негативним впливом на якість життя, створює передумову і пояснює поширення серед такого контингенту психоемоційного напруження, та СР, чим обумовлюється єдина патогенетична основа обох патологій у вигляді порушення стану психологічного здоров'я. Новим є виявлені нюанси характеру проявів тривожності, депресії, їх рівнів та інтенсивності виразності. Самими перспективними для клінічної практики серед них стали визначені шанси появи СР, при наявності особистісної та ситуативної тривожності у чоловіків, тим більше, що вони завжди передують депресивним розладам.

Таким чином, обґрунтованою стала запропонована пропозиція щодо удосконалення раннього виявлення і, певним чином, попередження виникнення СР за ДГПЗ або СНСШ. Суть її полягає в обов'язковому включенні до анамнестичного методу дослідження чоловіків після 40 років, незалежно від причин звернення, самооцінки визначення тривожності згідно з відомою і достатньо доступною шкалою С. Спілберґера. Аналіз результатів анкети може здійснюватись середнім медичним персоналом при прийнятті і узагальненні рішень, щодо необхідності корекції, лікарем з вирішенням потреби залучення для

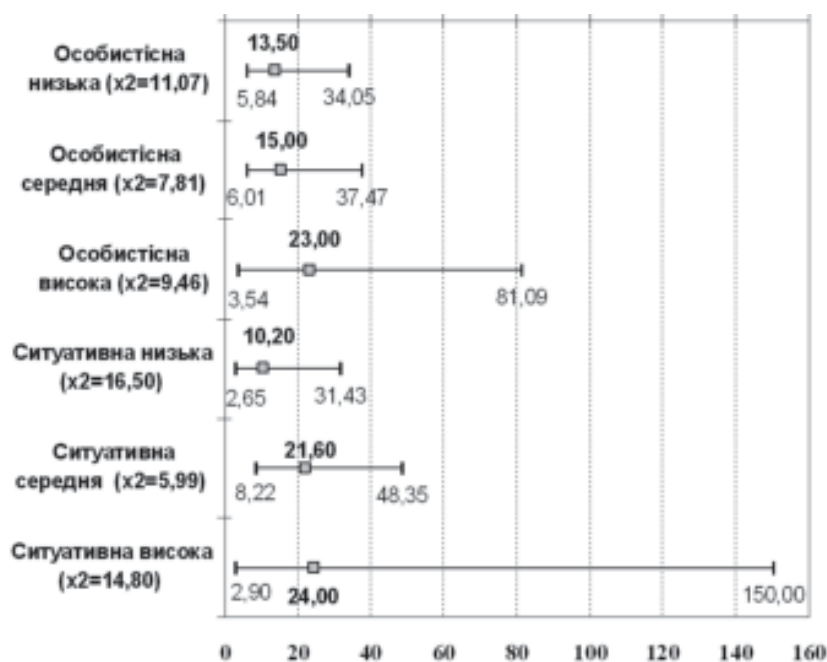


Рис. 4. Ризик розвитку СР у чоловіків при наявності різних рівнів особистісної та ситуативної тривожності

цього урологів, сексопатологів. Міждисциплінарний підхід до питання забезпечить зміну ситуації на краще. Особливо це набуває значення при поширенні на етапі надання первинної медичної допомоги сімейними лікарями. Крім того, за визначених умов і уточнень стосовно характеру депресії, переваг тієї чи іншої форм, об'єктивізації психічних процесів, що доповнені результатами вивчення якості життя за фізичним та психічним компонентами здоров'я, обґрунтована не тільки необхідність включення психотерапії в комбінаціях з іншими лікувальними заходами, але й вибору раціональної її тактики.

Підсумовуючи, слід наголосити, що завдяки соціологічному дослідженню із залученням комплексного підходу до вивчення психологічного стану хворих, які підлягали вивченню, отримані важливі дані, що дозволили реалізувати певні задачі дослідження і обґрунтувати концептуальні підходи щодо покращення якості діагностики та лікування чоловіків з вказаними проблемами.

Висновки

1. Визначена наявність особистісної тривожності у всіх чоловіків, середній рівень якої переважав повсюди (52,0±5,7% та 60,0±3,8% в першій та другій групах відповідно), низький частіше був у першій (29,3±5,2% проти 20,0±3,8% у другій; $p<0,05$), а високий, навпаки, у другій (20,0±3,1% проти 18,7±4,5%), проте, в підгрупі 2А вірогідно більше випадків з середнім

і високим рівнями (84,4±4,0% проти 75,9±4,1 в 2Б); у референтній групі виявилось, що у 17,2% опитаних були ознаки особистісної тривожності низького та середнього рівнів.

2. Ситуативна тривожність частіше є відсутньою у другій групі (18,7±1,5% проти 14,7±2,0% випадків у першій; $p<0,05$), а також у підгрупі 2А (24,7±2,9% проти 13,2±3,2% в 2Б; $p<0,05$), на відміну від підгрупи 2Б, у яких СР виникли після операції з приводу ДГПЗ (45,8±5,4% проти 18,2±4,3% в 2А).

3. Виявлено, що 91,0% пацієнтів мали субклінічний рівень депресії, що за інтенсивністю ознак превалювала у чоловіків із ДГПЗ та СР (10,0±0,6 бала проти 9,4±0,5 бала серед тих, хто прооперований), мала чіткий соматичний характер (76,2±2,9% проти 19,1±2,5% когнітивного; $p<0,05$), характеризувалася лінійною залежністю між частотою соматичної форми депресії з віком, а також вірогідною кореляцією між віком та ступенем тяжкості проявів ($r=0,59$).

4. Більшість хворих із когнітивною формою депресії зосереджена в першій групі (25,0±4,1% проти 17,8±3,0% – у другій), та в підгрупі 2Б (25,6±4,9% проти 9,5±3,4% у підгрупі 2А), де було більше хворих із середнім ступенем проявів вказаної депресії (40,0±10,9% проти 14,2±13,1% в 2А; $p<0,05$).

5. Встановлено, що при низькому рівні особистісної тривожності у хворих із СНСШ ризик виникнення сексуальних розладів є у 13,5 разів більшим, ніж у випадках її відсутності.

Список літератури

1. Неймарк А.И. Взаимосвязь психоэмоциональных и эректильных дисфункций у мужчин, подвергшихся коронарному шунтированию / А.И. Неймарк, Е.В. Помешкин, Е.В. Тавлуева, О.Л. Барбараш, С.А. Помешкина // *Здоровье мужчины*. – 2011. – № 4(39). – С. 13–15.
2. Smith D.P. Relationship between lifestyle and health factors and severe lower urinary tract symptoms (LUTS) in 106,435 middle-aged and older Australian men: population-based study / D.P. Smith, M.F. Weber, K. Soga, R.J. Korda, G. Tikellis [et al.] // *PLoS One*. – 2014. – V. 9(10). – P. 109–278.
3. Zeng H.Q. Psychological factors and erectile function in men with refractory chronic prostatitis / H.Q. Zeng, C.H. Zhang, G.C. Lu [et al.] // *Zhonghua Nan Ke Xue*. – 2008. – V. 14(8). – P. 728–730.
4. Горпинченко І.І. Зв'язок показників анкет Міжнародного індексу еректильної функції, ЕД–ПЗ з пов'язаною зі здоров'ям якістю життя, в залежності від тяжкості еректильної дисфункції / І.І. Горпинченко, Д.З. Воробець // *Здоровье мужчины*. – 2010. – № 1(52). – С. 31–41.
5. Горпинченко І.І. Кореляційні зв'язки між показниками анкет Міжнародного індексу еректильної функції, ЕД–ПЗ та пов'язаною зі здоров'ям якістю життя / І.І. Горпинченко, Д.З. Воробець // *Здоровье мужчины*. – 2010. – № 3(54). – С. 26–31.
6. Феценко Ю.І. Процедура адаптації міжнародного опитувальника оцінки якості життя MOS SF-36 в Україні / Ю.І. Феценко, Ю.М. Мостовой. Ю.В. Бабійчук // *Укр. пульмонологічний журнал*. – 2002. – № 3. – С. 9–11.
7. Горпинченко І.І. Механізми розвитку сексуальної дисфункції: Монографія / І.І. Горпинченко, Д.З. Воробець. – Львів: ЛМНУ, 2013. – 388 с.

Реферат

АНАЛИЗ ЛИЧНОСТНОЙ И СИТУАТИВНОЙ ТРЕВОЖНОСТИ У БОЛЬНЫХ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИЕЙ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, СОПРОВОЖДАЮЩЕЙСЯ НАРУШЕНИЕМ СЕКСУАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ

Ю.М. Гурженко, М.Д. Квач

В работе проведен анализ личностной и ситуативной тревожности у больных доброкачественной гиперплазией предстательной железы, сопровождающейся нарушением сексуальной функции.

Ключевые слова: доброкачественная гиперплазия предстательной железы, половые расстройства, личностная тревожность, ситуативная тревожность.

Адреса для листування

Ю.М. Гурженко
E-mail: 7espoir@rambler.ru

Summary

ANALYSIS PERSONAL AND SITUATIONAL ANXIETY IN PATIENTS WITH BENIGN PROSTATIC HYPERPLASIA INVOLVING VIOLATIONS OF SEXUAL FUNCTION

Y.M. Gurzhenko, M.D. Kvach

The paper analyzes the personal and situational anxiety in patients with benign prostatic hyperplasia involving violations of sexual function.

Keywords: benign prostatic hyperplasia, sexual disorders, personal anxiety, situational anxiety.