

Особливості депресивного стану чоловіків, хворих на виразкову хворобу 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

У статті наведена особливість депресивного стану чоловіків, хворих на виразкову хворобу шлунка та дванадцятипалої кишки, які мають сексуальні розлади. Наявність виразкової хвороби створює певну основу до подальших психологічних напружень, що близькі за негативним впливом до розвитку статевих розладів. У хворих превалює соматизований характер депресії.

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

Відомо, що рівень психічних розладів має виражену тенденцію до росту, головним чином внаслідок невротизму, найбільш частою формою яких є депресія. Невротичні стани, що самі по собі не шкідливими для здоров'я, за винятком певних труднощів, які з ними пов'язані при спілкуванні, лежать в основі групи хвороб, що відносяться до психосоматичних. Вони є фактором ризику, передумовою виникнення виразкової хвороби, негативно впливають на її перебіг і, водночас, є причиною психогенної сексуальної дисфункції у чоловіків.

Як зазначають І.І. Горпинченко, М.Н. Соколова (2013), змішаний характер депресивних проявів має місце при всіх формах сексуальної дисфункції [1, 2]. Симптоми депресії мають індивідуальний характер, але звісно, що за виразкової хвороби шлунка та дванадцятипалої кишки через наявність хронічного болю та диспепсичного синдрому психологічний стан хворого може погіршуватися. Поряд з цим, на тлі медикаментозної терапії або окремо відбувається погіршення статевого життя пацієнта. Причини останнього є мультифакторіальними: антиандрогенний вплив противиразкових препаратів, пригнічення лібідо через психогенні фактори, різні соціальні чинники тощо. Диференціація промоторного чинника є складною, тому з метою диференціації ступеня вираженості депресії, вивчення психічного стану, переваги тих чи інших ознак депресії є необхідним. Таким чином, можна розглядати можливість індивідуального моделювання програми лікування, спрямованої на нормалізацію психологічного стану та сексуальних розладів в осіб з різними соматичними патологіями [3].

Мета дослідження: оцінити вираженість та особливості розвитку депресивного стану у чоловіків із сексуальними розладами на тлі виразкової хвороби шлунка та дванадцятипалої кишки.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Дослідження ґрунтується на узагальненні результатів комплексного обстеження та лікування 130 чоловіків, хворих на виразкову хворобу дванадцятипалої кишки у стадії ремісії, виразкову хворобу шлунка у стадії ремісії, які мають

сексуальні розлади. Осіб із першою з наведених патологій було 76 (58,5±4,3%), з другою патологією – 54 (41,5±4,3%). Ці чоловіки увійшли до основної групи. Групу порівняння склали 100 чоловіків, хворих на виразкову хворобу дванадцятипалої кишки та виразкову хворобу шлунка, що перебували також у стадії ремісії, проте не скаржились на сексуальні розлади; відповідно їх було 66,0±4,7% та 34,0±3,3%. Створення цієї групи мотивовано потребою у визначенні особливостей змін якості життя, психологічного стану між пацієнтами із подібним соматичним захворюванням, з наявністю або без сексуальних розладів. Групою контролю стала референтна група з 20 практично здорових чоловіків. Крім того, результати обстеження доповнювали існуючі унормовані величини, як найбільш наближені до даної популяції. Усі групи були близькі за віком (середній вік в основних групах – 34,0±1,7 року, в контрольній – 32,0±4,0 року), а дві перші за тривалістю виразкової хвороби (середній термін за анамнезом – 6,9±0,7 року).

Психоемоційний стан пацієнтів оцінювали за шкалою Гамільтона (Hamilton Rating Scale for Depression–HDRS). Під час анкетування та інтерв'ювання враховували передбачені методикою відповіді, що свідчили про стан пацієнта за тиждень до обстеження. Згідно процедури, повторне подібне дослідження проводили у динаміці. При цьому свідомо порівняльний аналіз обох обстежень проводили після другого інтерв'ю, при останньому були відсутні питання щодо зміни самопочуття від початку лікування. Шкала Гамільтона (HDRS) має 21 питання, а сумарна кількість балів підраховується тільки на перші 17, інші сприяють класифікації варіацій депресивних розладів і не розглядаються в підсумкових результатах, що визначають ступінь депресивних розладів.

Підсумковий результат перших 17 пунктів та його інтерпретація:

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

Результат опитування згідно перших 17 пунктів шкали Гамільтона за МКБ-10 (Міжнародна класифікація хвороб) відповідає:

- від 7 до 16 балів – легкому депресивному епізоду;
- від 17 до 27 балів – помірного депресивного епізоду;
- вище 27 балів – важкого депресивного епізоду.

Таким чином, було отримано дані порушення психологічного стану пацієнтів у вигляді депресивних розладів.

На тлі обстеження усім хворим була складена індивідуальна програма профілактики та лікування основної патології (виразкової хвороби шлунка та дванадцятипалої кишки).

Таблиця 1

Розподіл хворих у групах спостереження згідно ступеня вираженості депресивного стану за шкалою HDRS

Група спостереження	Відсутня			Легка			Середня			Усього
	Абс. число	%	m	Абс. число	%	m	Абс. число	%	m	
Основна	34	26,1*	3,8	56	43,1*	4,3	40	30,8*	4,0	130
Порівняльна	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; $p < 0,05$.

Таблиця 2

Середні значення оцінювання депресії у групах спостереження за шкалою HDRS

Показник	Група спостереження		
	основна	порівняльна	референтна
Бали, $M \pm m$	13,0 \pm 6,3	6,0 \pm 3,2	4,2 \pm 1,9

Таблиця 3

Розподіл чоловіків груп спостереження за відповідями за основними параметрами шкали оцінювання депресії HDRS

Параметри	Частота позитивних відповідей									Оцінка в балах ($M \pm m$)		
	Групи спостереження									Група спостереження		
	основна			порівняльна			референтна			основна	порівняльна	референтна
	Абс. число	%	m	Абс. число	%	m	Абс. число	%	m			
Депресивний настрій (0-4 бали)	95	73,1*	3,8	28	28,0	4,5	2	10,0	3,8	3,3 \pm 1,3	1,9 \pm 0,9	1,0
Працездатність та активність (0-4 бали)	84	64,6*	4,1	24	24,0	4,2	-	-	-	1,9 \pm 0,7	1,5 \pm 0,5	-
Психічна тривога (0-4 бали)	111	85,4*	3,1	19	19,0	3,9	2	10,0	3,8	1,8 \pm 0,5	1,3 \pm 0,6	1,0
Соматична тривога (0-4 бали)	86	66,1*	4,3	32	32,0	4,6	-	-	-	2,1 \pm 0,6	1,8 \pm 1,0	-
Іпохондрія (0-4 бали)	51	39,2*	4,2	11	11,0	3,1	-	-	-	1,6 \pm 0,4	1,2 \pm 0,3	-

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

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Дослідженням було сформульовано кінцевий результат анкетування за шкалою Гамільтона (HDRS), що представляє собою оцінювання вираженості депресії у трьох зазначених групах (табл. 1).

Як з'ясувалося, депресія була відсутня у кожного п'ятого хворого основної групи, легку її форму мала вірогідна більшість (43,1 \pm 4,3%), а порушення середнього ступеню виявляли у третини осіб (30,8 \pm 4,0%). Водночас цікавими ставали відомості з 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 мав бути віднесений до категорії з легким ступенем депресії (19,0 \pm 3,9%), а 2,0 \pm 1,4% – із середнім ступенем депресивного розладу.

Слід звернути увагу, що й серед референтної групи у 2 (10,0 \pm 6,7%) осіб виявили її легкий ступінь. Сама по собі виразкова хвороба частково, з відомих причин (стресогенний характер етіології) створює передумови до розвитку статевих розладів і повинна розглядатися як стан підвищеного ризику з подальшими висновками. Серед цієї когорти у першу чергу необхідно ретельно визначати анамнез із детальним цілеспрямованим обстеженням, що дозволить виявити ранні зміни дисфункції статевої системи та упередити їхній подальший розвиток. Складно робити узагальнення на основі вивчення даних референтної групи. Проте поодинокі

випадки депресивного стану, навіть в легкій його формі, серед умовно здорових чоловіків, свідчать про поширеність його серед чоловічого населення, що можна сприймати проявом напруженої соціально-економічної, соціально-побутової ситуації у країні. Таке положення мотивує потребу у просвітницької 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 наведеного вище було конкретизовано розраховані середні значення балів, за якими здійснювали оцінювання депресії (табл. 2).

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

Ретельний аналіз відповідей клінічного інтерв'ю дозволив виявити їхні особливості у розрізі окремих параметрів шкали 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 опрацьованими і результати у вигляді усереднених величин у балах було наведено у табл. 3.

Аналіз даних табл. 3 свідчить, що більшість 95 (73,1 \pm 3,8%) хворих основної групи визначали депресивний настрій різного ступеня у вигляді пригніченості, безнадії та беспорядності. Такі симптоми, як зниження працездатності та загальної фізичної активності спостерігалися у

84 (64,6±4,1%) випадках. Почуття втоми і слабкості, втрата інтересу до роботи та звичок, що приносили задоволення, апатія та зниження продуктивності, хвилювало опитаних і представлені в анкетах. Вони перегукуються із соматичним станом та психологічною тривогою, які відзначалися у 66,1±4,3% та 85,4±3,1% хворих. Було встановлено, що стан психологічної тривоги вірогідно відрізняється за частотою, проявляється у клінічній картині симптомами зниженого настрою, емоційного напруження, високого рівня соматичної тривоги, що видно за даними бального оцінювання (1,8±1,0 бали проти 1,3±0,6 при психогенній тривозі; $p < 0,05$), сексуальні дисфункції в різних варіантах їхнього прояву. За таких умов у подальшому виникає невроз очікування сексуальної невдачі, що формується у вигляді психічної тривоги. У результаті у більш ніж третини хворих спостерігають ознаки іпохондрії (39,2±4,2%), поліморфізм скарг, але відсутні дані щодо органічної патології.

Група порівняння також має подібні ознаки, проте вони наявні у суттєво меншій кількості хворих, характеризуються згладженістю своєї вираженості (див. табл. 3). Серед них на тлі легкого депресивного епізоду у 28,0±4,5% випадках, варто виділити невисоку частоту соматичної тривоги. Вона була удвічі рідше, 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.

Даним дослідженням було встановлено, що наявність виразкової хвороби шлунка та дванадцятипалої кишки у чоловіків створює певну основу до прогресування психологічних (психічних) напружень, що є близькими за негативним впливом, до проявів статевих розладів психогенного генезу. Таким чином, сексуальні розлади у чоловіків на разі виразкової хвороби шлунка та дванадцятипалої кишки мають соматично зумовлений характер депресивних розладів й потребують медикаментозної та психологічної корекції.

ВИСНОВКИ

1. В осіб з виразковою хворобою шлунка та дванадцятипалої кишки стан психологічної тривоги має вірогідний вплив на формування та прогресування сексуальних розладів.

2. Сексуальні розлади полягають у порушенні психічного статусу, що проявляється симптомами зниженого настрою, емоційного напруження, високого рівня соматичної тривоги, що видно за даними бального оцінювання (1,8±1,0 бали при виразковій хворобі, проти 1,3±0,6 при її відсутності; при $p < 0,05$).

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

В статье показаны особенности депрессивного состояния мужчин, больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, которые имеют сексуальные расстройства. Наличие язвенной болезни создает определенную основу дальнейших психологических напряжений, близких по отрицательным влияниям к развитию половых расстройств. У больных превалирует соматизированный характер депрессии.

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

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

Y. Gurzhenko, V. Soroka

In the paper features of men depressed patients with gastric ulcer and duodenal ulcer who have sexual disorders. The presence of peptic ulcer creates a basis for further psychological stresses that close in to the negative impact of sexual disorders. Patients nature prevails somatization depression.

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 ЛИТЕРАТУРИ

1. Горпинченко И.И. Сексуальное здоровье и неврозы / И.И. Горпинченко, М.Н. Соколова // Здоровье мужчины. – 2008. – № 25. – С. 42–144.
2. Горпинченко И.И. 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.
3. Спиридоненко В.В. Эффективность экстракта якорцев стреляющихся при эректильной дисфункции у лиц с сахарным диабетом // Здоровье мужчины. – 2010. – № 2 (33). – С. 3–6.

Статья поступила в редакцию 25.10.2016