

Досвід лікування хворих із сексуальними розладами та симптомами нижніх сечових шляхів після хірургічного лікування доброякісної гіперплазії передміхурової залози

Ю.М. Гурженко, М.Д. Квач

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

Мета дослідження: вибір методу лікування хворих із сексуальними розладами (СР) та симптомами нижніх сечових шляхів (СНСШ) після хірургічного лікування доброякісної гіперплазії передміхурової залози (ДГПЗ).

Матеріали та методи. Були обстежені 270 хворих, яких розподілили на дві групи: 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). Термін між операцією та включенням у дослідження – 1–2 міс. Крім того, у дослідження увійшли 35 умовно здорових чоловіків, які склали референтну групу. Усі хворі отримували базову терапію відповідно стандартів Європейської асоціації урологів, настанови зі здорового способу життя, відмови від шкідливих звичок, дієтотерапії, фізіотерапевтичних методів. Окрім того, пацієнти отримували терапію за допомогою інгібіторів фосфодіестерази 5-го типу, індивідуально підібрані препарати метаболічної та стимулювальної терапії, препарати для покращання артеріального притоку крові до кавернозних тіл чи засоби, що зменшують відтік венозної крові з них.

Результати. Результати лікування оцінювали за динамікою змін СНСШ, об'єктивної інформації щодо функціонального його стану через 3, 6 та 12 міс. Динаміку показників СР, психоемоційного стану оцінювали через 1, 3, 6 та 12 міс.

Заключення. Встановлена ідентичність характеру оцінювання чоловіками обох підгруп задоволеністю методом лікування полягала у лінійній залежності між часом і такими критеріями, як загальна задоволеність з бажанням його продовжити, впевненість і задоволенням, сексуальними можливостями, якістю ерекції.

Ключові слова: доброякісна гіперплазія передміхурової залози, сексуальні розлади, хірургічне лікування.

Покращення медичної допомоги чоловікам із сексуальними розладами (СР) та симптомами нижніх сечових шляхів (СНСШ) внаслідок доброякісної гіперплазії передміхурової залози (ДГПЗ) є досить актуальним, враховуючи поширеність наведеної патології, їхню патогенетичну спорідненість та негативний вплив на якість життя.

Вибір методу лікування ДГПЗ у хворих із розладами статеві функції на тлі існуючих на сьогодні можливостей та варіантів, має одне із вирішальних значень, особливо після хірургічного лікування ДГПЗ [1, 2].

Згідно останніх рекомендацій Європейської асоціації урологів (EAU), альфа-адреноблокатори та інгібітори 5 α -редуктази, віднесено до препаратів першої лінії в якості моно- або комбінованих схем як до, так і після хірургічного втручання з приводу ДГПЗ [3–7]. Препаратами першої лінії

при лікуванні еректильної дисфункції (ЕД) є інгібітори фосфодіестерази 5-го типу (ФДЕ-5) – силденафіл, варденафіл, тадалафіл, уденафіл, що пов'язано з їхньою високою селективністю, клінічною ефективністю та безпечністю [8–11].

Мета дослідження: вибір методу лікування хворих із СР та СНСШ після хірургічного лікування ДГПЗ.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Дослідження виконували на базі ДУ «Інститут урології НАМН України». Були обстежені 270 хворих, з яких багатобачному вивченню було піддано 235 випадків ДГПЗ у сполученні із СР, з приводу чого проводили спеціалізовану допомогу у 2010–2015 роках. Хворих було поділено 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 було створено дві групи: 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). Термін між операцією та включенням у дослідження – 1–2 міс. Крім того, у дослідження увійшли 35 умовно здорових чоловіків, які склали референтну групу.

Усі хворі отримували базову терапію відповідно стандартів Європейської асоціації урологів, настанови зі здорового способу життя, відмови від шкідливих звичок, дієтотерапії, фізіотерапевтичних методів (локальна терапія від'ємним тиском тощо). Окрім того, пацієнти отримували терапію за допомогою інгібіторів фосфодіестерази 5-го типу (силденафілу цитрат), індивідуально підібрані препарати метаболічної та стимулювальної терапії, препарати для покращання артеріального притоку крові до кавернозних тіл чи засоби, що зменшують відтік венозної крові з них. Крім того, залежно від інших супутніх захворювань пацієнти продовжували отримувати відповідні лікарські призначення, дотримуючись персоніфікованого підходу, за винятком тих, що можуть негативно впливати на ерекцію. Курс лікування – 2 міс.

Результати лікування оцінювали за динамікою змін СНСШ, об'єктивної інформації щодо функціонального його стану через 3, 6 та 12 міс. Динаміку показників СР, психоемоційного стану оцінювали через 1, 3, 6 та 12 міс.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Згідно до задач дослідження представимо результати лікування СР у чоловіків, які прооперовані з приводу ДГПЗ. Вони подаються в порівняльному аспекті серед двох підгруп, принципом розподілу яких була наявність СР до та після операції (підгрупа 2А) та виникнення їх після хірургічного втручання (підгрупа 2Б). У табл. 1 наведені дані об'єктивних методів об-

Таблиця 1

Динаміка основних параметрів результатів обстеження хворих із СР після хірургічного лікування ДГПЗ

Критерії оцінювання результатів	Підгрупа 2А			Підгрупа 2Б		
	До лікування	Через 3 міс	Через 6 міс	До лікування	Через 3 міс	Через 6 міс
Об'єм ПЗ, см ³	27,0±6,5	28,3±4,5	26,8±7,0	23,3±5,6	25,4±6,3	22,9±6,5
Максимальна швидкість потоку сечі мл/с	15,8±1,1	16,3±0,9	16,7±0,7	16,1±1,2	16,4±1,0	16,8±0,8
Кількість залишкової сечі, мл	18,6±2,9	11,1±3,0*	0	20,5±2,1	13,3±2,9*	0

Примітка: * – різниця достовірна до показника до лікування; p<0,05.

Таблиця 2

Динаміка ступеня вираженості симптомів та якості життя хворих із СР після хірургічного лікування ДГПЗ (IPSS, QoL); M±m

Ступінь		Підгрупа 2А			Підгрупа 2Б		
		До лікування	Через 3 міс	Через 6 міс	До лікування	Через 3 міс	Через 6 міс
Легкий, (0-7)	абс.	7	4	1	12	3	2
	%	53,9	80,8*	100,0	75,0	75,0	100,0
	m	6,2±0,5	5,4±0,5	4,9±0,5	5,2±0,4	4,3±0,4 ^{ΔΔ}	3,3±0,5 ^Δ
Помірний, (8-19)	абс.	6	1	-	4	1	-
	%	46,1	20,0	-	25,0	25,0	-
	m	11,8±0,5	10,5±0,4	-	9,9±0,6	8,9±0,3 ^{ΔΔ}	-
Усього	абс.	13	5	1	16	4	2
	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	m	1,6±1,0	3,5±0,7*	4,9±0,8 ^Δ	1,7±1,1	3,9±0,5*	5,7±0,9?

Примітка: * – різниця достовірна до вихідних даних; p<0,05; ^Δ – різниця достовірна до попередніх даних; p<0,05;

^{ΔΔ} – різниця достовірна між показниками підгруп; p<0,05.

Таблиця 3

Динаміка ступеня вираженості ЕД у підгрупах спостереження згідно МІЕФ-5 (M±m, бали)

Ступінь		Підгрупа 2А				Підгрупа 2Б			
		До лікування	Через 3 міс	Через 6 міс	Через 12 міс	До лікування	Через 3 міс	Через 6 міс	Через 12 міс
Легкий	абс.	18	26	41	30	33	21	35	26
	%	23,4±4,8	33,8±5,3*	67,2±6,0 ^Δ	71,4±6,9	39,7±5,3	25,3±4,7	67,3±6,5	83,9±6,5
	m	17,9±1,9	8,7±1,0	19,1±0,7	21,1±0,5	20,0±1,0	22,1±0,9	21,5±0,7	21,9±0,8
Помірний	абс.	27	18	11	10	36	21	13	5
	%	35,0±5,4	23,4±4,8*	18,0±4,9 ^Δ	23,8±6,3	43,3±5,1	25,3±4,7	25,0±6,0	16,1±6,6
	m	12,1±1,2	14,5±1,0	15,1±0,8	15,3±0,7	14,3±1,0	15,5±0,7	15,1±0,6	15,6±0,5
Тяжкий	абс.	32	21	9	2	14	10	4	-
	%	41,5±5,6	27,3±5,0*	14,8±4,5 ^Δ	4,8±3,1 ^Δ	16,7±4,1	12,0±3,5	7,6±3,6	-
	m	6,9±2,2	7,3±1,0	7,7±0,5	8,2±0,3	9,0±1,0	9,3±0,8	9,7±0,5	-
Не виявлено		-	12	16	19	-	31	21	10
Відсоток		-	15,6	26,8	24,6	-	37,0	25,3	12,0
		-	4,1	4,6*	4,9*	-	5,2	4,7*	3,0 ^Δ
Темп приросту/зниження		-	-	33,3	18,3	-	-	-	-
		-	-	33,3	18,3	-	-	31,6	52,6
Усього		77	77	61	42	83	83	52	31
		100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Примітка: * – різниця достовірна до попереднього показника; p<0,05; ^Δ – різниця достовірна до вихідних даних; p<0,05;

^{ΔΔ} – різниця достовірна між показниками підгруп; p<0,05.

стеження, що відносяться до основних критеріїв ефективності хірургічного лікування ДГПЗ. Отримані відомості слід оцінити позитивно в обох підгрупах. Так, об'єм передміхурової залози (ПЗ) після видалення ДГПЗ в усіх випадках не перевищував 30 см³ (вважається нормальним) і залишався таким надалі. Нормалізувалась максимальна швидкість потоку сечі, що свідчить про відсутність порушення уродинаміки. Як найбільш традиційний та популярний метод вимірювали кількість залишкової сечі, що в жодному випадку не була більшою за 25 мл до початку комплексного лікування. Кількість залишкової сечі протягом перших 3 міс достовірно

зменшилась і була відсутня через 6 міс. Таким чином, підтвердилась ліквідація порушень уродинаміки. Слід акцентувати, що в зазначений термін не було виявлено статистично значущих відмінностей показників гормонального стану від унормованих величин, не спостерігались вони також і при контрольних дослідженнях кровотоку у судинах статевого члена.

Динаміка вивчення симптомів порушення нижнього сечового тракту за Міжнародною системою сумарної оцінки (IPSS) підтвердила позитивні наслідки у вигляді наведених вище об'єктивних даних хірургічного лікування ДГПЗ (табл. 2).

Як видно з даних табл. 2, суб'єктивні скарги мали 13 із 77

Динаміка ступеня показників за ІІЕФ у хворих із СР після хірургічного лікування ДГПЗ (М±m, бали)

Ступінь		Підгрупа 2А				Підгрупа 2Б			
		До лікування	Через 3 міс	Через 6 міс	Через 12 міс	До лікування	Через 3 міс	Через 6 міс	Через 12 міс
Еректильна функція (0-30)	абс.	76	55*	26 ^Δ	16*	69	44 ^{ΔΔ}	13 ^{ΔΔ}	8 ^{ΔΔ}
	%	98,7±1,2	71,4±5,2	40,0±5,9	34,0±5,7	83,1±4,1	53,0±5,4*	28,8±6,6	25,8±2,8
	m	12,6±0,5	13,1±0,9	14,5±0,8	16,0±0,9	13,5±0,4	15,1±0,5	17,1±0,8	18,3±0,9
Задоволеність статевим життям (0-15)	абс.	30	88	30	37	21	46*	38 ^{Δ, ΔΔ}	53 ^{ΔΔ}
	%	39,0±5,5	49,3±5,6	44,1±5,4	78,7±5,9	25,3±4,7	55,4±5,4	73,0±6,1	89,8±3,9
	m	6,5±0,2	7,4±0,8	8,5±0,6	9,1±0,7	7,0±0,2	8,3±0,8	9,4±0,9	10,1±1,0
Оргазмічна функція (0-10)	абс.	72	51*	17 ^Δ	12	73	33 ^{*, ΔΔ}	8 ^{Δ, ΔΔ}	4
	%	93,5±2,3	66,2±5,3	26,1±5,4	25,5±5,0	88,8±3,5	39,8±5,3	15,4±5,0	13,0±3,3
	m	1,3±0,2	2,4±0,5	3,9±0,9	4,8±1,0	1,9±0,3	3,1±0,5	5,3±0,6	7,1±0,9
Лібідо (2-10)	абс.	61	55	39	30 ^Δ	50	45 ^{ΔΔ}	26 ^Δ	20 ^Δ
	%	79,2±4,6	64,9±5,4	60,0±5,9	39,0±7,1	60,2±5,3	54,2±4,8	31,3±5,0	24,0±2,3
	m	4,4±0,2	5,8±0,5*	6,3±0,4	7,7±0,7	5,1±0,4	6,3±0,6	7,8±0,7	8,1±0,8
Зональна задоволеність статевим життям (2-10)	абс.	11	42*	46 ^Δ	45 ^Δ	18	57 ^{*, ΔΔ}	448 ^{Δ, ΔΔ}	58
	%	14,3±3,9	54,5±5,6	70,8±5,6	95,7±2,9	21,6±4,5	68,7±5,0	84,6±5,0	98,3±1,6
	m	3,2±0,5	4,1±0,6	4,9±0,5	5,9±0,7	7,0±0,3	7,5±0,5	7,8±0,8	8,3±0,3

Примітка: * – різниця достовірна з вихідними даними; p<0,05; Δ – різниця достовірна до попередніх даних; p<0,05; ΔΔ – різниця достовірна між відповідними показниками підгруп 2А та 2Б; p<0,05.

пацієнтів (16,9±4,2%) підгрупи 2А та 16 із 83 (19,3±4,3%) – 2Б (p>0,05). При цьому за усередненими значеннями суми балів вони переважно належали до легкого ступеня вираженості (53,9±13,1% та 75,0±10,8% відповідно; p>0,05). Через 3 міс після лікування відбулися достовірні зміни. Із 13 хворих підгрупи 2А не пред'являли скарг 8 чоловіків (61,5±13,4%), із 16 – в 2Б – 12 (75,0±10,8%); p>0,05, а із 5 та 4 осіб, у яких вони залишалися відповідно у підгрупах, лише по 1 пацієнту мали симптоми, що належали помірного ступеню (20,0±17,8% та 25,0±21,6%). Через 6 міс тільки у 1 та 2 хворих спостерігалися незначні симптоми порушення сечовипускання, що становили 1,3% та 2,4% за підгрупами.

Необхідно зазначити, що і через 3 міс, і через 6 міс незалежно від ступеня, у кожному випадку за сумою балів у підгрупі 2А вираженість симптоматики була значнішою. Наприклад, через 3 міс серед пацієнтів, які були віднесених до легкого ступеня, їхня величина складала 5,4±0,5 бала проти 4,3±0,4 бала у підгрупі 2Б, через 6 міс – 4,9±0,5 бала проти 3,3±0,5 бала відповідно (p<0,05). Таким чином, наведені вище дані свідчать про те, що в обох порівнюваних підгрупах за перші 6 міс на тлі практично однакових вихідних об'єктивних та суб'єктивних даних було досягнуто відновлення сечовипускання з відсутністю відповідних симптомів. Підтвердження цього стали показники індексу якості життя (QoL). Як у першій, так і у другій підгрупі з кожним наступним спостереженням величина QoL достовірно збільшувалася і через 6 міс становила 4,9±0,8 бала та 5,7±0,9 бала відповідно у 2А та 2Б підгрупах. До початку комплексного лікування за оцінкою еректильної функції (ІІЕФ-5) ситуація була в них іншою, відмінність спостерігалась протягом усього періоду спостереження (табл. 3).

Результати аналізу табл. 3 свідчать, що у чоловіків, у яких СР були до операції, після неї у переважній більшості виявлена тяжка ступінь ЕД: 41,5±5,6% проти 16,7±4,1% у підгрупі 2Б (p<0,05). Тоді як у підгрупі 2Б навпаки, вірогідно перевагу складали хворі з легким її ступенем (39,7±5,3% проти 23,4±4,8% у 2А). Слід звернути увагу й на відмінність характеру загального процесу змін показників під впливом комплексного лікування. У підгрупі 2А позитивні результати були поступовими. Так, якщо через 3 міс ЕФ відновилося у 12 чоловіків (15,6±4,1% від загальної кількості), то через 6 міс – у 16 (26,2±4,6%), через 12 міс –

у 19 (24,6±4,9%). Найбільший темп приросту таких випадків приходився на перше півріччя (33,3%).

У хворих підгрупи 2Б, серед яких СР виникла після операції, інтенсивність відновлення функції припадала на 3 міс – у 31 із 83 (37,3%), через 6 міс – у 21 (25,3%) і через 12 міс – у 19 (12,0%). Тобто з кожним наступним спостереженням темп ефективності зменшувався (з 31,6% до 52,6%). У кінцевому результаті її показник склав 61,0±5,5% у підгрупі 2А, в якій із 77 хворих у 47 ЕД була відсутньою, а в підгрупі 2А – 74,7±4,7% відповідно у 62 із 83 хворих. Із 39 хворих, у кого вона залишилася у підгрупі 2А удвічі більше було з помірним ступенем ЕД (23,8% проти 16,1%), що на 17,5% менше порівняно з легким (71,4±6,9% проти 83,9±6,5%), ніж у підгрупі 2Б. Крім того, в останній жодного випадку не зазначено з тяжким ступенем, у підгрупі 2А виявлено 4,8%. Вивчення випадків з відсутнім або незначним ефектом лікування (39 та 21 хворих у підгрупах 2А та 2Б відповідно) довело, що однією з головних причин такого результату було недотримання головної детермінанти стану здоров'я – здорового способу життя, підтримки його стилю з активною позицією його збереження, а також наполегливості в лікуванні та чіткого виконання лікарських призначень та рекомендацій.

Більше інформації отримано за анкетой ІІЕФ, відповіді за якою наведені у табл. 4.

За загальним аналізом табл. 4 простежується зазначена вище тенденція, що позитивна динаміка показників відбувається повільніше у підгрупі 2А.

Еректильна дисфункція краще піддавалась лікуванню серед чоловіків, у яких вона виникла після оперативного видалення ДГПЗ. Вже через 3 міс із 69 хворих із скаргами на неї залишилося 44 (53,0±5,4% проти 88,1±4,1% до лікування; p<0,05), через 6 міс – 13 (28,8±6,6%), що вірогідно менше попередніх даних, проте у 8 (25,8±2,8%) пацієнтів не було досягнуто успіхів.

У хворих підгрупи 2А усі відповідні показники були 71,4±5,2%; 40,0±5,9% та 34,0±5,7% відповідно. Серед складових копулятивного циклу найбільш страждала оргазмічна функція. у підгрупі 2Б через 3 міс на неї скаргилось удвічі менше чоловіків, ніж до лікування (39,8±5,3% проти 88,0±3,5%), а ще через 3 міс також удвічі менше від попередньої кількості (15,4±5,0%). Практично у всіх хворих зникла затримка еякуляції та скарги на її відсутність пов'язані з ре-

Таблиця 5

Динаміка рівнів особистісної тривожності у хворих підгрупи 2А за С. Спілбергером (M±m, бали)

Рівень	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
Низький (0-30)	12	15,5	4,1	25,5±3,0	32	41,6*	5,6	24,8±2,1	9	16,7	5,0	22,6±1,9	17	36,2	7,0	21,8±1,8
Середній (31-45)	44	57,1	5,6	42,3±4,0	13	16,9*	4,2	40,1±3,0	7	13,0	4,5	38,9±2,3	3	6,4	3,5	37,7±2,9
Високий (≥46)	21	27,3	3,5	54,4±3,3	9	11,7*	3,6	51,3±4,0	2	3,7	2,5	49,7±2,9	-	-	-	-
Не виявлено					23	29,9	5,2		18	33,3	6,4		15	32,0	6,8	
Вибули					18	33,3	6,4		12	25,5	6,3					
% від усіх					77	100,0			54	100,0			47			

Примітка: * – різниця достовірна до вихідних даних; p<0,05.

Таблиця 6

Динаміка рівнів особистісної тривожності у хворих підгрупи 2Б за С. Спілбергером (M±m, бали)

Рівень	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
Низький (0-30)	20	24,0	4,3	20,3±3,9	27	32,5*	5,1	19,5±3,0	16	25,4	5,4	18,7±2,9	3	11,1	6,0	17,9±2,1
Середній (31-45)	52	62,7	5,3	37,4±3,3	16	19,3*	4,3	36,8±3,1	10	15,9	2,0	35,9±1,9	-	-	-	-
Високий (≥46)	11	13,2	3,7	52,0±4,0	5	6,0*	2,6	50,9±3,8	1	1,6	1,5	48,9±2,9	-	-	-	-
Не виявлено					35	42,2	5,4		16	25,4	5,4		10	37,0	9,2	
Вибули					20	31,7	5,8		14	51,9	9,6					
% від усіх					83				63				27			

Примітка: * – різниця достовірна до вихідних даних; p<0,05.

троградною еякуляцією. В підгрупі 2А в зазначені терміни спостереження серед 72 хворих (93,5±2,3%) оргазмічна функція нормалізувалась у достовірно меншій кількості чоловіків 39,8±5,3% проти 66,2±5,3% у підгрупі 2Б і 15,4±5,4% проти 26,1±5,0% відповідно. До кінця року проблеми з еякуляцією залишались у 25,5±5,0% та 13,0±3,3% випадків у підгрупах 2А та 2Б відповідно (p<0,05). Подібна ситуація спостерігалась з відновленням сексуального потягу. У дослідженні було розглянуто залежність між відновленням ерекційної функції та лібідо. Вона полягає у тому, що чим більше чоловіків турбує питання ступеня досягнення ерекції для можливого проведення статевих актів, тим частіше зменшується лібідо. Покращення частоти ерекційної та оргазмічної функцій наставало раніше, тому кращими виглядають показники задоволеності статевим актом та загалом статевим життям серед чоловіків підгрупи 2Б.

Беручи до уваги аналіз результатів, включення до комплексного лікування хворих, особливе значення у дослідженні надавали вивченню у динаміці змін психоемоційного стану. Результати опитування за шкалою С. Спілбергера у порівняльному аспекті у підгрупах 2А та 2Б наведені у табл. 5 та 6.

Спочатку, за даними табл. 5 та 6, прокоментуємо особистісну тривожність, що була притаманна усім хворим, у більшій половині середнього рівня та у кожного третього – високого. Підкреслимо, що у підгрупі 2А хворі мали СР до та після операції. Розглянемо розподіл хворих за таким показ-

ником, як низький рівень особистісної тривожності. Виявлялося, що у підгрупі 2А через 3 міс значення його було 24,8±2,1 бала, через 6 міс – 22,6±1,9 бала, через 12 міс – 21,8±1,8 бала, водночас у підгрупі 2Б – 19,5±3,0 бала, 18,7±2,9 бала та 17,9±2,1 бала відповідно, у більшості випадків різниця достовірна.

Якщо брати до уваги кількісні результати психотерапії, то тут вони також були повільніші за часом, ніж у підгрупі 2Б. Практично від одного до наступного спостереження поступово кожний третій пацієнт особистісної тривожності не виявляв. Швидше на лікування реагували чоловіки підгрупи 2Б, що пов'язано, на нашу думку, з менш обтяжливим анамнезом. Вже через 3 міс 42,2±5,4% з них під час самооцінювання не відносили себе до жодного із рівнів тривожності, переважно за нівелюванням його низького рівня. Також зазначимо, що не всі хворі були організовані. Кожен третій через 6 міс, а ще через 6 міс дещо більше із тих, хто залишився, не брали участі у самооцінюванні власного психоемоційного стану. Загалом, таких випадків було 30 (39,0±5,5%) у підгрупі 2А та 34 (41,0±5,3%) в 2Б (p>0,05).

Під час оцінювання кінцевого результату (через 12 міс) у 20 чоловіків підгрупи 2А зазначали особистісну тривожність (у 36,2±7,0% випадках низького і 6,4±3,5% – середнього рівня вираженості), тоді як у підгрупі 2Б – тільки у 3 (11,1±6,0%) низького рівня. Підсумовуючи, можна зробити наступні висновки. Передусім, найбільшої уваги і наполегливості у лікуванні як з боку лікарів, так й з боку пацієнтів

Динаміка рівня ситуативної тривожності у хворих підгрупи 2А за С. Спілбергером (M±m, бали)

Рівень	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
Низький (0-30)	44	57,1	5,6	26,1±4,1	48	66,7	5,5	24,1±3,0	23	40,4	6,4	22,3±1,9	6	22,2	7,9	20,5±1,5
Середній (31-45)	10	13,0	3,8	41,3±5,1	7	9,7	3,4	39,6±4,3	4	7,0	3,3	37,3±3,0	3	11,1	6,0	34,7±2,3
Високий (≥46)	4	5,2	2,5	57,3±4,0	2	2,8	1,3	51,5±2,7	-	-	-	-	-	-	-	-
Не виявлено					15	20,8	4,7		12	21,0	5,4		6	22,2	7,9	
Вибули					18	31,6	6,1		12	44,4	9,5					
% від усіх					72				57				27			

Примітка: * – різниця достовірна до вихідних даних; p<0,05.

Динаміка рівня ситуативної тривожності у хворих підгрупи 2Б за С. Спілбергером (M±m, бали)

Рівень	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
Низький (0-30)	34	41,0	5,3	21,3±4,3	25	43,1	6,5	19,5±3,0	6	15,8	5,9	17,8±2,8	2	8,3	4,2	15,8±0,9
Середній (31-45)	36	43,4	5,4	37,2±4,3	17	29,3	5,9	35,3±2,1	2	5,3	3,1	33,7±0,9	-	-	-	-
Високий (≥46)	2	2,4	1,6	52,8±4,2	1	1,7	1,5	50,1	-	-	-	-	-	-	-	-
Не виявлено					15	25,8	5,1		10	26,3	7,1		8	33,3	8,1	
Вибули					20	52,6	8,1		14	58,3	9,4					
% від усіх					58				38				24			

Примітка: * – різниця достовірна до вихідних даних; p<0,05.

потребують ті, у яких СР залишилися після операції з приводу ДГПЗ. Порівняно з іншими, в останніх особистісна тривожність має виражений та стійкий характер. Півроку після лікування є найбільш критичним строком для самооцінювання результатів, збереження в подальшому активної позиції до лікування.

Подібною за характером виявилася інтенсивність змін показників ситуативної тривожності (табл. 7 та 8). Ситуація, коли у чоловіків СР залишилися й після операції, певною мірою позначається на психоемоційному стані і, безумовно, до особистісної тривожності у 75,3±4,9% випадках приєднувалась ситуативна. При цьому в більшості випадків вона низького рівня і на тлі першої більш повільніше піддається нівелюванню. У підгрупі 2Б, де у чоловіків СР виникла після операції, ситуативну тривожність спостерігали у достовірної більшості переважно середнього рівня. Через 3 міс після лікування, коли проблем із власним здоров'ям стало менше і особистісна тривожність практично у половині не проявлялася, стало можливим зосередитись на нівелюванні ситуативної, що й було досягнуто у кожного четвертого. Темп позитивних результатів збільшувався з часом, у результаті чого лише у 2 чоловіків констатували легкій рівень її до кінця року. Разом з тим, у силу іншого характеру змін, у підгрупі 2А у 9 хворих залишалися її ознаки (15,5±4,7% та 2,3±1,7% у підгрупах 2А та 2Б відповідно; p<0,05).

Особливості депресивних станів простежуються за даними табл. 9 та 10. Підгрупа 2А відрізняється наявністю

вірогідної частоти проявів соматичної депресії, а саме: із 77 у 67 хворих – 87,0±3,8% проти із 83 у 58 – 70,0±5,0% у 2Б (p<0,05). Так само і через 6 міс мають місце у достовірної більшості (у 21 – 31,3±5,4% проти у 12 – 20,7±5,2% відповідно). При чому лише у 38,1±10,5% вона була легкого ступеня, тоді як у підгрупі 2Б – 66,7±13,6% (p<0,05). Оскільки зазначений вид депресії близький за суттю із особистісною тривожністю і наведені вище дані перегукуються між собою, слід вважати цей факт ознакою доказовості отриманих результатів. За аналізом когнітивної депресії виявився інший акцент між підгрупами. У цих випадках на тлі її частоти серед чоловіків підгрупи 2Б (у 20 із 83 – 24,0±4,6% проти у 7 із 77 – 9,0±3,2% у 2А підгрупі; p<0,05), через 6 міс у переважної більшості вона була відсутня (у 70,0±10,2%). Проте збереження когнітивної депресії у кожного третього потребує уваги в подальшому (у 6 із 20–30,0%).

Серед пацієнтів підгрупи 2А цей вид депресії відходив на другий план, порівняно із впливистію і негативною значимістю соматичної депресії. Через 6 міс когнітивна була визначена лише у 1 чоловіка (1,3%).

Наведені вище зміни, які поступово відбувалися за результатами лікування, продемонстровані у табл. 11. Простежується декілька особливостей як в межах кожної із підгруп, так і між ними. Так, у підгрупі 2А більшою мірою страждала до початку лікування фізична складова здоров'я. Вона й

Таблиця 9

Динаміка ступеня когнітивної депресії та характеру її проявів у хворих із СР після хірургічного лікування ДГПЗ за шкалою Бека (M±m, бали)

Ступінь	Когнітивна											
	Підгрупа 2А						Підгрупа 2Б					
	До лікування			Через 6 міс			До лікування			Через 6 міс		
	Абс. число	%	m	Абс. число	%	m	Абс. число	%	m	Абс. число	%	m
Легкий	3	42,9	18,7	1	100,0	-	5	25,0	9,6	4	66,7	15,7
Помірний	3	42,9	18,7	-	-	-	7	35,0	10,7	2	33,3	15,7
Середній	1	14,2	13,1	-	-	-	8	40,0	10,9	-	-	-
Тяжкий	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Усього	7	100,0	-	1	100,0	-	20	100,0	-	6	100,0	-

Примітка: * – різниця достовірна до вихідних даних; p<0,05.

Таблиця 10

Динаміка ступеня соматичної депресії та характеру її проявів у хворих із СР після хірургічного лікування ДГПЗ за шкалою Бека (M±m, бали)

Ступінь	Соматична											
	Підгрупа 2А						Підгрупа 2Б					
	До лікування			Через 6 міс			До лікування			Через 6 міс		
	Абс. число	%	m	Абс. число	%	m	Абс. число	%	m	Абс. число	%	m
Легкий	10	15,0	4,3	8	38,1	10,8	7	12,0	4,2	8	66,7*	13,6
Помірний	17	25,4	5,3	10	47,6	10,3	27	46,6	6,5	4	33,3	13,6
Середній	38	56,6	6,0	3	14,3	7,6	24	41,4	6,4	-	-	-
Тяжкий	2	3,0	2,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Усього	67	100,0	-	21	100,0	-	58	100,0	-	12	100,0	-

Примітка: * – різниця достовірна до вихідних даних; p<0,05.

після нього відновлювалась повільніше, темп приросту показників був меншим за той, який спостерігався у наступні 6 міс. Через 12 міс за всіма доменами фізичного здоров'я хворі зазначеної підгрупи відставали від чоловіків підгрупи 2Б. У підгрупі 2Б на тлі кращих вихідних даних темпи корекції були більш інтенсивними у перші 6 міс, у наступні була меншою, ніж в 2А. Як приклад, за першими трьома шкалами фізичної компоненти у підгрупі 2А показники темпу приросту становили через 6 міс та 12 міс відповідно: JH – 5,0% та 12,4%; PF – 4,4% та 11,3%; RP – 12,0% та 14,2%, у підгрупі 2Б: 6,6% та 11,2%; 6,5% та 6,1%; 6,7% та 6,2%. Іншу картину спостерігали у змінах психічного здоров'я. У даному випадку душевний добробут був більш вразливим у підгрупі 2Б. Темп відновлення, навпаки, серед цих пацієнтів був повільнішим за усіма шкалами у I півріччя. Зокрема, VT – 8,1% проти 12,2% за наступні 6 міс; SF – 4,5% проти 4,8%; RE – 5,4% проти 15,0%; MH – 7,3% проти 9,7% відповідно. У підгрупі 2А, де стартові показники були ліпшими, вони й швидше нормалізувалися, а саме: VT – 13,5% проти 6,0%; SF – 8,2% проти 4,7%; RE – 4,3% проти 4,0%; MH – 8,1% проти 5,1% відповідно.

Підсумовуючи, можна узагальнити, що між показниками психоемоційного стану і якістю життя існує певна залежність. У випадках, коли виявляється особистісна тривожність, соматична депресія – переважно страждає фізичне благополуччя. Душевний добробут перегукується із наявністю ситуативної тривожності та когнітивної депресії.

При загальній оцінці методу лікування, крім вивчення ефективності його за конкретними об'єктивними критеріями, важливою складовою є власна думка пацієнта, визначення ступеня його задоволеності результатом. Така мож-

ливість реалізована за допомогою опитування згідно анкети EDITS. Відповіді на основі її домени зібрані у табл. 12. Результати аналізу табл. 12 свідчать про ідентичність даних якісної характеристики методу лікування за строками вивчення, отриманих від чоловіків обох підгруп. Тобто, відсутність жодної статистично значущої відмінності у відповідях пацієнтів підгруп 2А та 2Б дає право розглядати їх разом. Так, загальна задоволеність методом і бажання продовжити лікування зростає з кожним наступним спостереженням. У всіх випадках найбільший результат у кількісному еквіваленті – 100%. Якщо через 3 міс у відповідях чоловіків частіше була присутня невпевненість, то через 6 міс з'явилася чітка тенденція задоволеністю досягненням результату, яке ще через 6 міс остаточно закріпилося разом із бажанням продовжити лікування. Таке відношення зумовлене ступенем впевненості у власних сексуальних можливостях. Тенденція змін відповідей на це питання подібна до попередньої, оскільки, на нашу думку, вони є взаємозалежними. Зокрема, через 3 міс практично половина чоловіків не відчувала бажаної впевненості (52,5±8,5% та 63,8±7,8% – показники якісної оцінки у вигляді відсотків у підгрупі 2А та 2Б відповідно).

Через рік пацієнти висловлювали високу ступінь впевненості при сексуальній активності (79,3±6,9% та 88,0±9,1% відповідні 2А та 2Б). Динаміка якості ерекції до та після лікування проявилася у такій послідовності: від невиразної зміни до переконливості в її суттєвості. Через 12 міс показники дорівнювали 89,0±11,8 та 93,5±12,3 у підгрупах 2А та 2Б відповідно проти 69,5±9,9 та 74,9±10,5 через 3 міс відповідно. Проте разом з позитивною оцінкою, що наведена вище, отримані важливі і цікаві дані, які доповнюють, уточ-

Динаміка оцінювання якості життя хворих із СР після хірургічного лікування ДГПЗ; SF – 36, M±m (бали)

Домен	Підгрупа 2А			Підгрупа 2Б		
	До лікування	Через 6 міс	Через 12 міс	До лікування	Через 6 міс	Через 12 міс
Загальна задоволеність; JH	18,8±0,4 69,0	19,5±0,6 72,5	21,3±0,5* 81,5	19,2±0,5 71,0	21,0±0,4 80,0	22,8±0,3* 89,0
Фізичне функціонування; PF	23,5±1,9 67,5	24,1±0,9 70,5	25,6±0,4* 78,0	25,2±2,1 76,0	26,2±0,8 81,0	27,3±0,5* 86,0
Рольове функціонування, зумовлене фізичним станом; RP	6,5±0,9 62,5	6,8±0,5 70,0	7,2±0,4 80,0	7,0±1,0 75,0	7,2±0,3 80,0	7,4±0,5 85,0
Інтенсивність болю, ВР	11,3±0,2 93,0	11,6±0,3 96,0	11,8±0,3 98,0	11,5±0,4 95,0	11,7±0,3 97,0	11,9±0,5 99,0
Життєва активність; VT	17,3±0,7 66,5	19,1±0,3 75,5	20,1±0,3 80,0	16,2±0,6 61,0	17,2±0,4 66,0	18,8±0,5* 74,0
Соціальне функціонування, SF	8,0±0,5 75,0	8,5±0,7 81,2	8,8±0,9 85,0	7,8±0,4 73,0	8,1±0,7 76,3	8,4±0,9 80,0
Рольове функціонування, зумовлене емоційним станом; RE	5,3±0,2 76,7	5,4±0,9 80,0	5,5±0,4 83,3	4,9±0,3 63,3	5,0±0,8 66,7	5,3±0,5 76,7
Психічне здоров'я; MH	23,4±0,6 73,6	24,9±0,7 79,6	25,9±0,9* 83,6	21,3±0,4 65,2	22,5±0,6 70,0	24,2±0,7* 76,8

Примітка: * – різниця достовірна до вихідних даних; p<0,05.

Таблиця 12

Результати задоволеності методом лікування ЕД хворих із СР після хірургічного лікування ДГПЗ (EDITS), %

Домен	Підгрупа 2А			Підгрупа 2Б		
	До лікування	Через 6 міс	Через 12 міс	До лікування	Через 6 міс	Через 12 міс
Загальна задоволеність та бажання продовжити	65,6±15,1	69,0±10,6	73,7±19,1	60,8±11,9	69,3±12,5	75,5±11,1
Зручність методу	59,7±12,8	50,8±13,0	39,9±9,3	75,8±13,3	61,0±11,8	47,8±14,186,0
Впевненість і задоволеність власними сексуальними можливостями	52,5±8,5	68,3±9,7	79,3±6,9	63,8±7,8	78,9±6,9	88,0±9,1
Оцінка якості ерекції у порівнянні з розвитком її порушення	69,5±9,9	82,8±10,5	89,0±11,8	74,9±10,5	85,9±15,0	93,5±12,3

нують інформацію стосовно випадків сумнівних результатів за рахунок недотримання рекомендацій та схем призначень. Найнижчими були показники, за якими визначали зручність методу лікування.

Крім того, вони мали негативну тенденцію. З кожним наступним опитуванням якісна характеристика у кількісному її відображенні поступово змінювалась. Спочатку чоловіки зручність методу оцінювали як в цілому не складний, потім після змішаного відчуття достовірно визначили його складності. Таким чином, актуальним питанням у досягненні ефективності є мотивація, значення медичної активності та комплайєнс. Ще раз отримано підтвердження прямої залежності результативності від напольгливості пацієнта у бажанні її досягнення. Вважаємо потрібним використовувати аргументи необхідності підвищення відповідальності за збереження власного здоров'я у засобах масової інформації і, зокрема, при обговоренні плану лікувальної тактики безпосередньо у кожному конкретному випадку.

При підсумуванні кінцевих результатів з метою наочності, вважалося за доцільне основні з них подати ще раз у порівняльному аспекті між підгрупами у табл. 13. Повторюється і наголосимо, що ефективність лікування досягнута у

вірогідної більшості чоловіків у підгрупі 2Б (74,6±4,7% проти 61,0±5,5 у підгрупі 2А). Через 6 міс вони досягли максимального позитивного ефекту, після чого інтенсивність його зменшувалася. Задоволеність статевим життям мала місце у більшій кількості чоловіків, що визначається індивідуальним ставленням, сприйняттям цього питання, а також урахування власних можливостей. Перевага випадків у підгрупі 2Б пов'язана з кінцевим результатом, тоді як більше наближення до добробуту за життєвою активністю після лікування у підгрупі 2А, можна пояснити адаптованістю чоловіків до ситуації, що склалася ще до операції ДГПЗ. Таким чином, проведене дослідження дозволило виявити особливості СР та довести ефективність запропонованого удосконаленого комплексного лікування чоловіків на тлі змін сечовипускання при ДГПЗ та після її оперативного видалення.

ВИСНОВКИ

1. Встановлено, що через 3 міс в обох підгрупах одночасно із нормалізацією основних показників розладів сечовипускання після операції були нівельовані й симптоми нижніх сечових шляхів (СНСШ) переважно легкого ступеня, що мали місце у 16,9±4,2% та 19,3±4,3% випадків відповідно у чо-

Результаты лікування хворих із СР після хірургічного видалення ДГПЗ

Критерії	Підгрупа 2А									Підгрупа 2Б								
	Через 3 міс			Через 6 міс			Через 12 міс			Через 3 міс			Через 6 міс			Через 12 міс		
	Абс. число	%	m	Абс. число	%	m	Абс. число	%	m	Абс. число	%	m	Абс. число	%	m	Абс. число	%	m
Задоволеність сексуальним життям	52,5			68,3			79,3			63,8			78,9			88,0		
Життєва активність	66,5			75,5			80,0			61,0			66,0			74,0		
Відновлення ЕФ	12	15,6	4,1	16	26,2	5,6	47	61,0	5,5	31	37,3	5,2	21	40,4	6,7	62	1,6	4,7
Значне покращення ЕФ	4	5,2	1,8	1	1,6	1,2	5	6,5	1,8	3	3,6	1,2	-	-	-	3	3,6	1,2
Незначне покращення ЕФ	6	7,8	3,0	12	19,7	3,1	20	26,0	5,1	4	4,8	1,4	7	13,5	4,7	15	12,0	4,1
Без змін	5	6,5	1,8	-	-	-	5	6,5	1,8	3	3,6	1,2	-	-	-	3	3,6	1,2

ловіків із сексуальними розладами (СР) як до, так і після операції, або лише після неї.

2. Встановлено, що у чоловіків, які мали СР до та після хірургічного видалення доброякісної гіперплазії передміхурової залози (ДГПЗ), відновлення еректильної функції (ЕФ) носило поступовий характер (у 15,6±4,1%, 26,2±4,6% та 45,2±4,9% через 3, 6, 12 міс відповідно), тоді як у випадках еректильної дисфункції, що була спричинена оперативним втручанням, інтенсивність позитивних змін припадала на перші 3 міс – 37,0±5,2% і без достовірної різниці, трималася на такому рівні. У результаті на кінець спостереження ефективність лікування становила у підгрупах 2А – 61,0±5,5%, у 2Б – 74,7±4,7%; $p < 0,05$.

3. Покращення складових копулятивного циклу було повільнішим у підгрупі 2А, порівняно з підгрупою 2Б, де найбільш значущі порушення оргазмічної функції (застримка еякуляції, зниження генітально орієнтованого відчуття) залишилися лише у 25,5±5,0% та 13,0±3,3% випадках відповідно. При цьому була встановлена лінійна залежність між частотою і ступенем досягнення ерекції та відновленням спочатку на платонічному, а потім сексуальному рівнях статевих бажань, а також задоволеністю статевим актом.

4. У результаті лікування особистісна тривожність у підгрупі 2А корегувалася повільно – від спостереження до спостереження, у кожного третього була відсутньою; у підгрупі 2Б відповідні ознаки зникли вже через 3 міс – у 12,2±5,4% випадках, що є наслідком менш обтяжливого перебігу захворювання. Водночас через 6 міс 39,0±5,5% та

41,0±5,3% пацієнтів відповідно у підгрупі 2А та 2Б не підтвердили бажання участі в анкетуванні, через 12 міс. особистісна тривожність залишалася у 36,2±7,0 випадках у підгрупі 2А проти у 11,1±6,0 у підгрупі 2Б ($p < 0,05$). Зміни ситуативної тривожності були подібними, чоловіки із СР, що виникли після операції, темп позитивних результатів зростає з часом через рік вони залишилися тільки у 2,3±1,7%, тоді як серед чоловіків із СР до та після операції інтенсивність позитивних змін була повільнішою і залишалася через 12 міс у 15,5±4,7% хворих ($p < 0,05$).

5. Доведено, що у чоловіків із СР до та після операції соматична депресія переважала як до лікування (87,0±3,8% проти 70,0±5,0% у підгрупі 2Б), так і через 6 міс поспіль (31,3±5,4% проти 20,7±5,2%; $p < 0,05$) у більшості випадків помірного та середнього ступеня (62,0±10,5% проти 33,3±13,6% у підгрупі 2Б; $p < 0,05$), тоді як когнітивна депресія залишалася до вказаного періоду у кожного третього (30,0±10,2% проти 1,3±0,8% у підгрупі 2А) і мала помірний і середній ступені у 75% випадках.

6. Якість життя у підгрупі 2А відновлювалася повільніше, ніж у підгрупі 2Б ($p \geq 0,05$), хоча в останній більш уразливим виявився духовний добробут, інтенсивність змін яких за усіма доменами також зростала з часом.

Встановлена ідентичність характеру оцінювання чоловіками обох підгруп задоволеністю методом лікування полягала у лінійній залежності між часом і такими критеріями, як загальна задоволеність з бажанням його продовжити, впевненістю і задоволенням, сексуальними можливостями, якістю ерекції.

Опыт лечения больных с сексуальными расстройствами и симптомами нижних мочевых путей после хирургического лечения доброкачественной гиперплазии предстательной железы Ю.М. Гурженко, М.Д. Квач

Цель исследования: выбор метода лечения больных с сексуальными расстройствами (СР) и симптомами нижних мочевых путей (СНМП) после хирургического лечения доброкачественной гиперплазии предстательной железы (ДГПЖ).

Материалы и методы. Были обследованы 270 больных, которых распределили на две группы: 75 больных ДГПЖ I–II стадий, которые получали медикаментозную терапию, и 160 – после хирургического лечения (85 и 75 больных, перенесших ТУРП и различные виды простатэктомии соответственно). Срок между операцией и включением в исследование – 1–2 мес. Кроме того, в исследование вошли 35 условно здоровых мужчин, которые составили референтную группу. Все больные получали базовую терапию согласно стандартам Европейской ассоциации урологов, установки относи-

тельно здорового образа жизни, отказа от вредных привычек, диетотерапии, физиотерапевтических методов. Кроме того, пациенты получали терапию с помощью ингибиторов фосфодиэстеразы 5-го типа, индивидуально подобранные препараты метаболической и стимулирующей терапии, препараты для улучшения артериального притока крови к кавернозным телам или средства, уменьшающие отток венозной крови из них.

Результаты. Результаты лечения оценивали по динамике изменений СНМП, объективной информации о функциональном его состоянии через 3, 6 и 12 мес. Динамику показателей СР, психоэмоционального состояния оценивали через 1, 3, 6 и 12 мес.

Заключение. Установлена идентичность характера оценки мужчинами обеих подгрупп удовлетворенностью методом лечения заключалась в линейной зависимости между временем и таким критерием, как общая удовлетворенность с желанием его продолжить, уверенностью и удовольствием, сексуальными возможностями, качеством эрекции.

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

Experience in the treatment of patients with sexual disorders and lower urinary tract symptoms after surgical treatment of benign prostatic hyperplasia
Y.M. Gurzhenko, M.D. Kvach

The aim of the research: the choice of treatment for patients with sexual disorders (SD) and lower urinary tract symptoms (LUTS) after surgical treatment of benign prostatic hyperplasia (BPH).

Materials and methods. There were examined 270 patients, who were divided into two groups: 75 patients with BPH stage I-II who received medical therapy and 160 after surgical treatment (85 and 75 patients undergoing TUPR and the different types of prostatectomy, respectively). The period between surgery and inclusion in the study was 1-2 months. In addition, the study included 35 healthy men who made up the reference group. All patients received basic therapy according to the standards of the European Association of urology, guidelines regarding healthy lifestyle, avoiding harmful habits, diet and physical

therapy methods. In addition, patients received therapy with inhibitors of phosphodiesterase of 5-th type, tailor-made preparations and metabolic stimulation therapy, drugs to improve blood flow of blood to the cavernous bodies, or tools that reduce the outflow of venous blood from them.

Results. Treatment results were assessed by the dynamics of changes in LUTS, objective information about the functional status after 3, 6 and 12 months. Dynamics of indicators of SD, psycho-emotional status was assessed at 1, 3, 6 and 12 months.

Conclusion. Established the identity of the nature of the assessment of men from both groups' satisfaction with the treatment was a linear relationship between time and criteria such as overall satisfaction with desire to continue it, with confidence and pleasure, sexual opportunities, quality of erections.

Key words: benign prostatic hyperplasia, sexual disorders, surgical treatment.

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

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

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Колесник Н.А. Теория и практика доказательной медицины / Н.А. Колесник, В.Н. Непомнящий, Е.С. Самусева. – Киев: Полиграфплюс, 2006. – 200 с.
2. Пасечников С.П. Принципы классификації. Диагностики та лікування доброякісної гіперплазії передміхурової залози / С.П. Пасечников // Мед. аспекти здоров'я чоловіка. – 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, № 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 rhumans, and dosage considerations hiprostatitis based on a site-specific pharmacokinetic/pharmacodynamic evaluation / G. Nishikawaa, 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 29.11.2016