

УДК 616.89-008:616.65-006-053.9

*В.И. Очколяс***ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИЕЙ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И НЕПСИХОТИЧЕСКИМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ**

Николаевская областная психиатрическая больница №1

Ключевые слова: доброкачественная гиперплазия предстательной железы, пограничные психические расстройства, тревога, депрессия, самочувствие, активность

Доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ) встречается в 10–20% мужчин 40–летнего возраста и у 90% мужчин 60–70 лет и старше [1, 6, 7, 8]. Симптоматика ДГПЖ оказывает психотравмирующее влияние на психическую сферу заболевшего мужчины, что приводит как к снижению качества жизни, так и уровня социального функционирования. Психогенный фактор, обусловленный опухолевыми поражениями предстательной железы, служит основой для развития большинства депрессивных, тревожных, обсессивно-фобических и дисфорических расстройств. Соматогенный компонент привносит в картину болезни главным образом астеническую симптоматику, которая «окрашивает» все остальные, более сложные (депрессивные, тревожные и обсессивно-фобические) психопатологические феномены [2]. Имеются данные [3, 4, 5], что психические нарушения у больных доброкачественной гиперплазией предстательной железы представлены психопатологическими синдромами (от донологических до выраженных клинических) в рамках пограничных психических расстройств, встречающихся в 65% случаев заболевания. На про-

цесс формирования психических расстройств при ДГПЖ влияет степень развития симптомов аденомы простаты, длительность болезни, а также преморбидные особенности личности. Клинически были обнаружены психопатологические нарушения в виде невротических реакций или оформленных состояний, синдромально определяемых как астенический (гипо- и гиперстенический вариант), тревожные расстройства, тревожно-депрессивные, депрессивные (в т.ч. астено-депрессивные, депрессивно-ипохондрические), ипохондрические и обсессивно-фобические. Несмотря на наличие немногочисленных работ, посвященных данной проблеме, до настоящего времени не изучены преморбидно-личностные особенности больных с ДГПЖ и их влияние на психологический статус больных с различной тяжестью симптомов основного заболевания и подходами к лечению (консервативному или оперативному). В связи с этим целью исследования была верификация психологического статуса больных с ДГПЖ с различной степенью тяжести симптомов для разработки рекомендаций по психологической коррекции и психотерапии.

Материал и методы исследования

В течение 2010–2011 гг. на базе урологических отделений Николаевской областной и городской больниц обследовано 120 мужчин в возрасте от 53 до 74 ($66 \pm 0,4$) лет с длительностью заболевания от 2 до 15 лет.

Основными методами исследования были: клинико-психопатологический, клинико-динамический, психометрический (преморбидно-личностные характеристики пациентов изучались при помощи теста Леонгарда-Шмишека, уровень тревоги – опросником самооценки личностной и ситуативной тревоги Спилбергера-

Ханина, выраженность депрессии – при помощи шкалы депрессии Зунга). Степень выраженности симптомов нарушенного мочеиспускания определялась с помощью Международной системы суммарной оценки симптомов больных при заболеваниях предстательной железы (IPSS), качество жизни оценивалось при помощи индекса QOL. В ходе исследования проводилась статистическая обработка материала (средние величины и стандартная ошибка средней, критерий Стьюдента t , корреляционный анализ [коэффициент ранговой корреляции Спирмена])

при помощи пакета прикладных статистических программ Statistica 6.0

Пациенты были разделены на 2 группы в зависимости от подхода к лечению основного заболевания: в первую (консервативное лечение) вошли 60 больных в возрасте от 55 до 72 ($65 \pm 0,5$) лет с длительностью заболевания от 2 до 5 ($3,8 \pm 0,13$) лет. Вторую группу (оперативное лечение) составили также 60 больных в возрасте от 53 до 74 ($66,8 \pm 0,5$) лет с длительностью заболевания от 5 до 15 ($9,6 \pm 0,4$) лет.

Критериями для назначения консервативной терапии (эндокринное лечение, терапия б-адреноблокаторами и другими лекарственными средствами) были: суммарный балл IPSS больше 8 и меньше 19; QOL не менее 3 баллов; объем мочеиспускания не менее 100 мл; объем остаточной мочи не более 150 мл; наличие противопоказаний к оперативному лечению в связи с сопутствующими заболеваниями; социальные причины, в частности, категорический отказ пациента от инвазивного метода лечения.

Показанием к оперативному лечению являлись: суммарный балл IPSS больше 18; QOL более 3 баллов; повторяющаяся острая задержка мочеиспускания; формирование камней мочевого пузыря; развитие и прогрессирование хронической почечной недостаточности вследствие инфравезикальной обструкции; рецидивирующие гнойно-воспалительные процессы мочевых путей; повторяющаяся макрогематурия; отсутствие эффекта от медикаментозного лечения.

Показанием к оперативному лечению являлись: суммарный балл IPSS больше 18; QOL более 3 баллов; повторяющаяся острая задержка мочеиспускания; формирование камней мочевого пузыря; развитие и прогрессирование хронической почечной недостаточности вследствие инфравезикальной обструкции; рецидивирующие гнойно-воспалительные процессы мочевых путей; повторяющаяся макрогематурия; отсутствие эффекта от медикаментозного лечения.

Результаты исследования и обсуждение

Анализ возрастных характеристик пациентов и длительности заболевания ДГПЖ показал, что во второй группе статистически достоверно ($t > 2,5$ $p < 0,05$) больные старше, чем в первой и имеют большую продолжительность заболевания ($t > 13,2$ $p < 0,001$).

Клинико-психопатологический метод позволил выявить у обследованных больных адаптационные реакции на реальное соматическое заболевание, клиническая структура которых представлена в таблице 1.

Как видно из табл. 1, наиболее представленными в обеих группах были пролонгированные тревожные и тревожно-депрессивные

реакции – соответственно 23,3% и 18,3% в первой группе, 27,5% и 23,3% – во второй. Апатическая депрессивная и ипохондрическая реакции встречались одинаково часто – по 8,3% в 1 группе, а в 15,0% и 8,3% случаев соответственно во второй. Тревожно-фобическая реакция встречалась у пациентов первой группы и второй группы также одинаково часто – по 16,7%. Пролонгированная тревожно-субдепрессивная реакция с полиморфным психопатоподобным синдромом и пролонгированная тревожная реакция с конверсионными симптомами встречались только в первой группе: в 13,3% и 11,7% случаях.

Таблица 1

Клиническая структура непсихотических психических расстройств у больных ДГПЖ

№ п/п	Типы психогенных реакций	1 группа		2 группа		Всего	
		К-во	%	К-во	%	К-во	%
1	Пролонгированная тревожная реакция	14	23,3	19	31,7	33	27,5
2	Пролонгированная тревожно-депрессивная реакция	11	18,3	17	28,3	28	23,3
3	Пролонгированная тревожно-фобическая реакция	10	16,7	10	16,7	20	16,7
4	Пролонгированная тревожно-субдепрессивная реакция с полиморфным психопатоподобным синдромом	8	13,3	-	-	8	6,7
5	Пролонгированная тревожная реакция с конверсионными симптомами	7	11,7	-	-	7	5,8
6	Пролонгированная апатическая депрессивная реакция	5	8,3	9	15	14	11,7
7	Пролонгированная ипохондрическая реакция	5	8,3	5	8,3	10	8,3
ИТОГО		60	100	60	100	120	100

Таблица 2

Характеристика личностных особенностей больных ДГПЖ первой и второй группы

№ п/п	Личностные особенности	1 группа		2 группа	
		К-во	%	К-во	%
1	Тревожный тип	31	51,7	40	66,7
2	Демонстративный	11	18,3	6	10
3	Циклотимический	6	10,0	4	6,7
4	Ригидный	3	5,0	5	8,3
5	Возбудимый	3	5,0	0	0
6	Дистимический	2	3,3	5	8,3
7	Гипертимический	2	3,3	0	0
8	Экзальтированный	2	3,3	0	0
ИТОГО		60	100	60	100

Как видно из таблицы, более чем в половине случаев в обеих группах диагностировался тревожный тип акцентуации характера, который во многом и определял тревожный тип реагирования на ДГПЖ. На втором месте – демонстративный тип, обуславливающий конверсионные и психопатоподобные расстройства в структуре психогенных реакций. Существенно реже встречались цикло-

идный, дистимичный, возбудимый, гипертимный и экзальтированный типы, придающие своеобразную окраску адаптационным реакциям и требующие учета при проведении психокоррекционных и психотерапевтических сеансов.

Результаты психометрического исследования больных с ДГПЖ первой и второй группы представлены в таблице 3.

Таблица 3

Результаты психометрического исследования больных с ДГПЖ первой и второй группы

Метод психологического исследования		I группа		II группа		t>	p<
		М	m	М	m		
САН	Самочувствие	3,9	0,03	3,0	0,09	10	0,0001
	Активность	3,9	0,03	3,0	0,08	11,2	0,0001
	Настроение	3,9	0,03	3,0	0,1	9	0,0001
Спилбергера-Ханина	Личн. тр.	32,8	0,9	38,7	0,9	4,5	0,0001
	Ситуат. тр.	40,3	0,6	48,5	0,8	8,2	0,0001
Шкала Зунге	Депрессия	51,4	0,6	62,3	1,2	8,1	0,0001
IPSS		17,5	0,09	31,1	0,4	33,2	0,0001
QOL		3,8	0,09	5,2	0,1	10,8	0,0001

Как видно из таблицы 3, опросник САН выявил, что пациенты первой и второй группы оценивали свое состояние как неблагоприятное. Показатели отражали их неудовлетворенность активностью, здоровьем (самочувствием), а также эмоциональным состоянием (настроением). Хотя показатели функционального психоэмоционального состояния пациентов первой и второй группы были примерно на одном уровне, тем не менее они статистически достоверно ($p < 0,0001$) более низкие, чем во второй.

Тест Спилбергера-Ханина показал, что пациенты первой и второй группы отличались умеренной личной тревожностью: $32,8 \pm 0,9$ балла и $38,7 \pm 0,9$ балла соответственно, хотя различия

статистически достоверны. В то же время показатели реактивной тревожности (как состояния), обусловленного переживаниями, связанными с заболеванием ДГПЖ у пациентов первой группы были умеренными ($40,3 \pm 0,6$ балла), а во второй группе ($p < 0,0001$) носили более выраженный характер ($48,5 \pm 0,8$ балла).

Шкала депрессии Зунга выявила легкую депрессию в первой группе – $51,4 \pm 0,6$ балла, а у пациентов второй группы степень выраженности депрессии была более высокой ($p < 0,0001$) и характеризовалась наличием субдепрессивного состояния ($62,3 \pm 1,2$ балла).

Средний балл по Международной системе суммарной оценки симптомов и качества жизни

больных при заболеваниях предстательной железы (IPSS) пациентов первой группы составил $17,5 \pm 0,09$ балла, что свидетельствует об умеренно выраженной симптоматике. При этом пациенты первой группы оценивали свое качество жизни, в общем как неудовлетворительное ($3,8 \pm 0,09$ балла). Пациенты же второй группы выявляли у себя более выраженную симптома-

тику ($t > 33,2$ $p < 0,0001$) ДГПЖ ($31,1 \pm 0,4$ балла), а качество жизни оценивали ($t > 10,8$ $p < 0,0001$) как плохое ($5,2 \pm 0,1$ балла).

Результаты корреляционного анализа по ряду параметров: уровень депрессии, ситуативной и личностной тревожности, самочувствие, активность, настроение с показателями IPSS и QOL представлены в таблице 4.

Таблица 4

Результаты корреляционного анализа психометрическим показателями больных ДГПЖ

№ п/п	Корреляционные пары		r	p<
1	IPSS	QOL	- 0,63	0,000001
2	IPSS	Депрессия	0,6	0,000001
3	IPSS	Личностная тревожность	0,34	0,00013
4	IPSS	Ситуативная тревога	0,52	0,000001
5	IPSS	Самочувствие	- 0,56	0,000001
6	IPSS	Настроение	- 0,5	0,000001
7	QOL	Депрессия	-0,45	0,000001
8	QOL	Личностная тревожность	-0,32	0,00042
9	QOL	Ситуативная тревога	-0,5	0,000001
10	QOL	Самочувствие	0,47	0,000001
11	QOL	Настроение	0,43	0,000001

Как видно из таблицы, качество жизни пациентов (QOL) находится в обратной корреляционной зависимости от степени выраженности симптомов ДГПЖ. В свою очередь, глубина симптомов ДГПЖ имеет прямую корреляционную зависимость со степенью выраженности депрессии, личностной и ситуативной тревожности, и обратную – с самочувствием и настроением пациентов. Также выявлена обратная корреляционная зависимость качества жизни с депрессией, личностной и ситуативной тревожностью и прямая – с самочувствием и настроением, что свидетельствует об определенной зависимости аффективных расстройств от нарушения качества жизни пациента.

Таким образом, в результате исследования установлено, что у пациентов с доброкачественной гиперплазией предстательной железы преобладают психогенные реакции с выраженным тревожным компонентом. Степень выраженности

тревоги и депрессии статистически достоверно преобладает в группе с оперативным лечением и коррелирует с тяжестью основных симптомов ДГПЖ, которая существенно выше, чем в группе с консервативным лечением. ДГПЖ оказывает негативное влияние на качество жизни пациентов, более низкий уровень которого присущ пациентам, подлежащим оперативному лечению. Учитывая наличие у пациентов обеих групп разной степени выраженности тревоги и депрессии целесообразно назначение невысоких доз транквилизаторов и антидепрессантов, а также проведение личностно-ориентированной психотерапии, направленной на снижение эмоционального напряжения и устранение предоперационной тревоги. В последующем целесообразно проведение психотерапии, направленной на устранение патологических симптомов психогенного реагирования на ДГПЖ.

ПСИХОЛОГІЧНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ ХВОРИХ ПОХИЛОГО ВІКУ ІЗ ДОБРОЯКІСНОЮ ГІПЕРПЛАЗІЄЮ ПРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ ТА НЕПСИХОТИЧНИМИ ПСИХІЧНИМИ РОЗЛАДАМИ

Ніколаєвська обласна психіатрична лікарня № 1

Клініко-психопатологічними та психометричними методами було досліджено 120 хворих із доброякісною гіперплазією предміхурової залози та непсихотичними психічними розладами. Було виявлено більш наявне для обох груп переважання пролонгованих тривожних та тривожно-депресивних реакцій, з декілька меншою частотою - апато-депресивні, іпохондричні та тривожно-фобічні реакції, та пролонговані тривожні реакції, з конверсійними симптомами та тривожно-субдепресивні реакції з поліморфними психопатичним синдромом мали місце тільки у першій групі. Показники емоційного функціонального статусу пацієнтів першої групи були вищими ніж у другій, де визначалися більш високі показники ситуативної тривоги та депресії. Було виявлено зворотні кореляції якості життя з депресією, особистісною та ситуативною тривогою та прямі кореляції між благополуччям та настроєм. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2012. — № 4 (31). — С. 24-28).

V.I. Ochkołas

PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF ELDERLY PATIENTS WITH BENIGN PROSTATIC HYPERPLASIA AND NON-PSYCHOTIC MENTAL DISORDERS

Nikolaev Regional Psychiatric Hospital № 1

Clinical - psychopathological and psychometric methods were examined in 120 patients with benign prostatic hyperplasia and non-psychotic mental disorders. Found that the most represented in both groups were prolonged anxiety and anxiety-depressive reaction, a few less frequent apathetic depressive, hypochondriac and anxious-phobic reactions, and prolonged alarm reaction, with conversion symptoms and anxiety - sub depressive reaction with polymorphic psychopathic syndrome occurred only in the first group. Indicators of emotional functional status of patients of the first group were higher than the second, in which higher rates were situational anxiety and depression. There was an inverse correlation of quality of life with depression, personal and situational anxiety, and a direct correlation with the well-being and mood. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2012. — № 4 (31). — P. 24-28).

Литература

1. Аляев Ю.Г., Григорян В.А., Чиненов Д.В. Диагностика и лечение доброкачественной гиперплазии предстательной железы // Лечащий врач. —2007. —№ 4. —С. 70-73.
2. Данилин И.Е. Пограничные психические расстройства у больных с опухолями предстательной железы: автореф. дис. канд. мед. наук: 14.00.18. —М., 2003. —24 с.
3. Захарушкина Т.С. Психические расстройства при доброкачественной гиперплазии предстательной железы на различных этапах оперативного лечения: автореф. дис. канд. мед. наук: 14.00.18. —М, 2001. —25 с.
4. Захарушкина Т.С., Абоян И.А., Павлов С.В. Психические расстройства при доброкачественной гиперплазии предстательной железы // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 2001. —Т. 101, № 12. —С. 29-31.
5. Захарушкина Т.С., Абоян И.А., Павлов С.В. Качество жизни пациентов, страдающих доброкачественной гиперплазией простаты // Социальная и клиническая психиатрия. —2002. № 1. С. 77-80.
6. Перепанова Т.С., Максимов В.А., Давыдова Е.Н., Хазан П.Л. Сетегис при лечении доброкачественной гиперплазии предстательной железы. Интермиттирующий режим дозирования / Т.С. Перепанова [и др.] // Русский медицинский журнал. —2004. —№ 24: Клинич. рекомендации и алгоритмы для практикующих врачей. Хирургия. Урология. —С. 1458-1461.
7. Importance of understanding the epidemiology and natural history of BPH / M.J. Barry [et al.] // Proceedings of the Fourth International Consultation on Benign Prostatic Hyperplasia (BPH), Paris, July 2-5, 1997. —Atlanta, Ga, 1998. —P. 25.
8. Lytton D. Interracial incidence of benign prostatic hyperplasia // Benign prostatic hypertrophy / ed. by F. Hinman Jr. New York, N.Y. —1983. —P. 22-26.

Поступила в редакцию 19.06.2012