

КЫРГЫЗСКО-РОССИЙСКИЙ СЛАВЯНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

Медицинский факультет



**ПРОБЛЕМЫ И ВЫЗОВЫ
ФУНДАМЕНТАЛЬНОЙ И КЛИНИЧЕСКОЙ
МЕДИЦИНЫ В XXI ВЕКЕ**

*сборник научных статей, посвященный
70-летию Победы в Великой Отечественной
войне*

Выпуск 15

Бишкек – 2015

4. Немондрюк А.А., Воротынская И.Е. Экстракционно-люминисцентный метод определения урана в почвах, растениях и тканях животных Жур. «Аналитическая химия». - 1962., вып.4. – С.75-88.
5. Canon H.L. Description of indicator and methods of botanical prospecting for uranium deposits in the Colorado Plateau. U.S. Geol. Bull., 1030-1 1957.-P.135.
6. Ковальский В.В., Воротницкая И.Е., Лекарев В.С., Никитина Е. Урановые биохимические пищевые цепи в условиях Иссык-Кульских котловины// Труды биохимической лаборатории– Изд-во,Наука, М 1968.,– С.65.

ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ВЗАИМООБУСЛАВЛИВАЮЩИХ ФАКТОРОВ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ НАРУШЕНИЙ В АСПЕКТЕ ОНКОУРОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

М.Э. Итикенова, В.В. Полетаев, КРСУ, г. Бишкек

Актуальной медико-социальной проблемой современной онкоурологии является широкая распространенность различной патологии предстательной железы, к которой относится рак, доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ), острые и хронические воспалительные заболевания предстательной железы.

ДГПЖ давно занимает прочное место одного из наиболее частых заболеваний мужчин пожилого и старческого возраста. По данным аутопсий, она гистологически обнаруживается у 20% мужчин в возрасте 40 лет, до 40% - в возрасте 50-60 лет, до 70%- 61-70 летних и до 80% мужчин 71-80 лет. Считается, что большинство мужчин старше 50 лет имеют те или иные симптомы, обусловленные ДГПЖ.

Рак предстательной железы (далее РПЖ) в настоящее время занимает 1 - 2-е место в структуре заболеваемости и 2 - 3-е место в структуре смертности от онкологических заболеваний среди мужчин в большинстве развитых стран (И.Г.Русаков 2011). Результаты исследований специалистов НИИ клинико-экономической экспертизы фармакоэкономики РНИМУ им. Пирогова, проведенного в 2012г. говорят о том, что общие затраты на лечение всех пациентов с этим заболеванием составляют около 3,5 млрд. рублей.

Основные трудности в первичной диагностике локализованного РПЖ связаны с тем, что в начальных стадиях РПЖ протекает бессимптомно. Иногда у этих больных отмечаются симптомы инфравезикальной обструкции (учащенное мочеиспускание, императивные позывы к мочеиспусканию, никтурия, ослабление струи мочи), но они, как правило, связаны с наличием сопутствующей доброкачественной гиперплазии предстательной железы (ДГПЖ). Для диагностики РПЖ используется один из основных диагностических методов – определение уровня ПСА в крови.

пальцевое ректальное исследование (ПРИ) и трансректальное ультразвуковое исследование (ТрУЗИ). Диагноз подтверждается при помощи биопсии предстательной железы.

Тем не менее, ни одна из технологий диагностики, существующих в настоящее время, не способна точно определить наличие у пациента локализованной формы рака предстательной железы. Каких-либо специфических клинических проявлений, свойственных только раку предстательной железы, не существует. В начале заболевания больные могут обратиться к врачу с жалобами на эректильную дисфункцию. В этой связи назначение в качестве стимуляторов андрогенов категорически противопоказано без обследования предстательной железы на наличие онкологического заболевания. На более поздних стадиях заболевания у больных могут появиться уродинамические нарушения, схожие с таковыми при доброкачественной гиперплазии простаты (ДГПЖ).

Необходимо отметить, что в некоторых случаях рак простаты имеет клиническую картину, схожую с хроническим бессимптомным простатитом (Л.Г.Гомелла, 1995, Н.И. Тарасов, 1999, В.П.Александров, 1998) и опухоль обнаруживают случайно при профилактических или диагностических осмотрах. Однако и у пациентов с ранними клиническими предвестниками (в той или иной форме проявления), и у пациентов с РПЖ сформированы особые, характерные только для данной когорты стереотипы поведения, которые позволяют использовать психофизиологические механизмы как инструмент ранней диагностики еще на «дораковом» этапе, с целью своевременной профилактики РПЖ. Исследование психических факторов актуально не только в плане возможности их участия в возникновении опухоли, но также и в отношении возможного влияния на дальнейшее прогрессирование уже имеющейся у пациента злокачественной опухоли и выживаемость. Проблема первичной и вторичной профилактики является актуальной для всей медицины, но, прежде всего, для тех областей, методы, лечения которых находятся на этапе совершенствования. В ряду таких областей находится и онкология.

Не смотря на большое количество исследований в психоонкологии, результаты остаются противоречивыми ввиду недостатка комплексных исследований, разносторонне раскрывающих психические особенности пациентов. Так, зачастую исследуются отдельные психопатологические расстройства - депрессивные состояния (И.Д. Карев и др., 1992) и психогенные реакции нозогении в ответ на выявление злокачественного новообразования (В.В. Васиянова, 1995), а также отдельные психологические факторы - состояния безнадежности и беспомощности, уровни дистимности и тревожности, измеренные с помощью специальных опросников. Поиск психологических причин зачастую носит узко целенаправленный характер, так, одни исследователи применяют личностные опросники, другие - изучают психотравмирующие события в

анамнезе. Вместе с тем, практически не встречается работ, посвященных комплексному исследованию психической жизни онкологического больного, учитывающих большой спектр психопатологических факторов психологических состояний и личностных характеристик.

Цель: Идентифицировать ранние специфические клинические проявления рака предстательной железы, в структуре амбулаторных аффективных расстройств, как системообразующего фактора способствующего оптимизации ранней диагностики дифференцированного подхода к терапии.

Задачи: Изучить динамику развития эмоциональных сдвигов зависимости от продолжительности заболевания предстательной железой. Изучить особенности структуры амбулаторных аффективных расстройств влияющих на формирование психофизиологических сдвигов при заболеваниях онкоурологического спектра с учетом этно-культурального фактора; Разработать диагностический алгоритм амбулаторных тревожных и депрессивных состояний с учетом тяжести онкоурологического заболевания.

Материал и методы исследования

Нами было обследовано 250 мужчин в возрасте от 20 до 60 лет проходившими стационарное лечение в связи с заболеванием простаты.

Распределение респондентов по диагностическим рубрикам выглядело следующим образом: С61 Злокачественное новообразование предстательной железы — 89 (35,6%), С97 Злокачественные новообразования самостоятельных (первичных) множественных локализаций — 6 (2,4%), D07.5 Карцинома in situ предстательной железы 16 (6,4%), D29.1 Доброкачественное новообразование предстательной железы — 16 (6,4%), D40.0 Новообразование неопределенного и неизвестного характера предстательной железы — 7 (2,8%), N4 Гиперплазия предстательной железы — 44 (17,6%), N41.1 Хронический простатит — 72 (28,8%).

Весь материал исследования был представлен тремя культуральными группами: европейская — 107 (42,8%), азиатская — 98 (39,2%). Смешанная культуральная группа — 45 (18%).

Все пациенты были разделены на две группы: 1 группа (136 чел.) пациенты с ранними преобладающими признаками (РП) злокачественного онкопроцесса (ГППЖ, ДППЖ, ХП); 2 группа (114 чел.) с диагностированным злокачественным процессом предстательной железы. Средний возраст респондентов 1 группы составил $45,5 \pm 9,2$ го, (35 — 55 лет); у респондентов 2 группы средний возраст составил $54,7 \pm 5$ года (49 — 60 лет).

Для исследования использовался метод скринингового интервью, популяционный метод и экспериментально-психологический метод использовались скрининговые опросники-тесты: шкала Цунга, шкала

Спилбергера-Ханина, шкала степени выраженности эректильной дисфункции (МИЭФ-5), шкала SF-36.

Одним из главных показателей, отражавшимся на КЖ пациента было увеличение степени выраженности эмоционального реагирования на наличие РПП или РПЖ (тревога, депрессия) связанных как с неудачами терапевтических мероприятий, беспокойством развития осложнений. Выявлено, что частота умеренной личностной тревоги у больных с РПП была зафиксирована в 46% случаев, а высокой в 23,5% соответственно. У пациентов со злокачественным процессом умеренная тревога была обнаружена у 42% респондентов, высокая – 40%.

При анализе распределения респондентов с РПП в зависимости от уровня депрессии нами было установлено, что у основной массы опрошенных депрессии либо не выявлено – 52,2%, либо отмечается легкая степень – 36%. У пациентов с РПЖ была зарегистрирована легкая и умеренная степень депрессии – 40,4% и 46,5% соответственно, причем наиболее высокий процент был зарегистрирован среди респондентов средней и старшей возрастной группы центрально-азиатской культуры.

В ходе статистической обработки данных нами была установленная прямая корреляционная зависимость ($P < 0.05$) уровня тревоги и депрессии с учетом продолжительности расстройства, где четко прослеживалось нарастание аффективных нарушений с увеличением продолжительности соматического заболевания

Наиболее распространенными причинами беспокойства по поводу заболевания были развитие осложнений, таких как импотенция (76,3%) и бесплодие (64,5%), которые в свою очередь являются сильным психотравмирующим фактором, учитывая при этом, что 65,9 % опрошенных были уверены, что заболевание не излечимо. Основное количество обследуемых, имеет умеренную (47,6%) степень эректильной дисфункции (ЭД) и встречается практически в равной степени у пациентов обеих групп. Наибольшая частота встречаемости выраженной ЭД (32,5%) наблюдается у пациентов с РПЖ старше 55 лет ($59 \pm 1,8$) ($P < 0,01$). В ходе проведенного статистического анализа данных была установлена взаимосвязь уровня ЭД, нарушений эмоционального реагирования и продолжительности основного заболевания

Одной из наиболее часто встречающихся жалоб была боль в различных областях малого таза. Она встречается у 63 % пациентов, в то время как нарушения мочеиспускания встречались в 55,1% случаев, а сексуальные нарушения отмечались у 56,6% больных.

При изучении характера жалоб, в зависимости от давности болезни, было отмечено, что с увеличением продолжительности заболевания, увеличивается число жалоб на сексуальные нарушения. Хотелось бы подчеркнуть то обстоятельство, что 68,5% больных обращались к врачу по причине не болей и дизурии, а по причине снижения сексуальной функции. Нами было установлено, что ЭД является состоянием

коморбидным, и зависит от эмоциональных сдвигов, развивающихся течением заболевания, нежели вызванным непосредственно морфологическим фактором или нарушением физиологического процесса

Говоря об особенностях эмоционального реагирования, необходимо отметить, что сам по себе психофизиологический процесс в структуре конкретного заболевания, является цикличным, а аффективные нарушения в свою очередь являются «отправным пунктом». Все это приводит, последующем к снижению КЖ у таких пациентов, на фоне низко эффективности проводимого лечения и страха развития сексуально патологии, и является одним из пусковых механизмов, формирования эмоциональных сдвигов, проявлением которых, является неспецифическая психофизиологическая реакция организма в виде тревоги, что данно случае приводит к патологическим сдвигам локализованных в ПЖ имеющие адаптационное значение.

Таким образом, формируется простатопатическая форма поведения, ориентацией на патологию в соматической сфере, в частности в ПЖ, и следовательно, обуславливая стереотипное отношению к больному с стороны врачей.

При анализе сравнительном анализе показателей аффективной сферь жалоб и КЖ нами были выявлены определенные закономерности межд уровнем адаптации и этнической принадлежностью. Осое внимани хотелось бы обратить на пациентов центрально-азиатской группы. Данна когорта пациентов в отличие от европейцев имеет более прочные и тесны связи с традициями патриархальной формы социализации. Т.е. мужчина это добытчик, он не может показать своей слабости (как физической, так моральной). Несмотря на болезни, на вопрос «Как здоровье?», «Как живешь?» принято отвечать «Слава Богу, удовлетворительно, как и все». Считается «Надежда на хорошее будущее, мысли о благополучии» лучше чем жаловаться на здоровье, тем более рассказывать о них, «а могло быт еще хуже» да еще «чужому человеку» показывая свою слабость

Что касается респондентов смешенной культуральной группы, т здесь каких либо достоверных статистических взаимосвязей обнаружен не было и данный вопрос требует отдельного целенаправленн исследования

Выводы:

1. Степень выраженности аффективных нарушений у пациентов патологией ПЖ прямопропорционально зависит от продолжительность соматического заболевания;

2. Динамика изменений аффективных нарушений у пациентов РПЖ, характеризуется трансформацией тревожного расстройства депрессию либо сочетанным тревожно-депрессивным расстройством ($P < 0.05$).

3. Ключевым компонентом в структуре амбулаторных аффективных нарушений у пациентов с патологией ПЖ является эректильна

дисфункция, оказывающая влияние на формирование «простатопатической» формы поведения пациентов.

4. Этно-культуральный фактор находится в реципрокных связях с параметрами субъективной модели болезни и оказывает влияние на специфичность формирования дифференциально-диагностического процесса аффективных расстройств амбулаторного уровня у пациентов с патологией ПЖ.

5. Необходима разработка оригинального опросника, позволяющего типологизировать группы риска среди пациентов с РПП и позволяющего оптимизировать существующие методики дифференциальной диагностики и терапии заболеваний онкоурологического спектра.

Литература

1. Акунов Н.Д. Местная этиотропная терапия урогенитального хламидиоза у мужчин. // В кн.: Актуальные вопросы урологии. Сб. научных трудов.- Бишкек, 2001.- С.38-40
2. Акунов Н.Д. Совершенствование методов лечения хламидийного уретро-простатита/ Н.Д. Акунов: Автореф. дисс... канд. мед. наук (14.00.40).- Алма-Ата, 1998.-25с.
3. Александров Ф. Психосоматическая медицина – М., 2000. – С.122-125.
4. Аптер И.М. О принципах и методах психотерапии сексуальных расстройств у мужчин и женщин.// В кн.: Лечение половых расстройств (Тезисы Республиканской научной конференции сексопатологов Украины).- Киев, 1982.- С.19-21
5. Белов В.Г., Абрамова Г.С. Психология в медицине - М.: Кафедра-М, 2006. – С. 220-221
6. Былкина Н.Д. Развитие зарубежных психосоматических теорий / Н.Д. Былкина // Психол. журнал. - 1997. - № 2. - С. 149-160
7. Васиянова В.В. Особенности пограничных непсихотических расстройств у больных разных возрастных групп после радикальных онкологических операций / В.В. Васиянова, В.Д. Меиделевич // Казан, мед. журнал. - 1995. - № 5. — С.444-481.
8. Вознесенская Т.Г., Вейн А.М. Хроническая боль и депрессия. // Consilium Medicum: Психиатрия и Психофармакотерапия. – 2000.- Т. 1. - № 1. С. 93 -95.
9. Гомелла Л.Г. Простатит и другие заболевания предстательной железы. - М. : КРОН-ПРЕСС, 1995.
10. Городилова В.В. Иммунобиология опухолевого роста / В.В. Городилова, М.Н. Боева. - М. : Медицина, 1983. - 240 с.
11. Джарбусынов Б.У., Макажанов О.Х., Алжикеев С.Ж. и др. Пути повышения эффективности физической терапии при копулятивных дисфункциях у больных хроническим простатитом. // Материалы конгресса урологов Казахстана.- Алматы, 1995.-С.68-71.
12. Ильин И.И., Ковалёв Ю.Н., Блазман М.И. Концепции патогенеза хронического простатита. // Урология и нефрология.- 1993.- № 3. - С.28-30.

**ПРОБЛЕМЫ И ВЫЗОВЫ ФУНДАМЕНТАЛЬНОЙ
И КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ В ХХІ ВЕКЕ**

*сборник научных статей,
посвященный 70-летию Победы
в Великой Отечественной войне*

(выпуск 15)

Редактор – Шидаков Ю.Х-М.
Компьютерная верстка – Борисова И.Л.
Дизайн обложки – Шарафутдинов В.И.

Подписано к печати 20.05.2015 г. Формат 60х84 ¹/₁₆
Офсетная печать. Объем 31 печ. л.
Тираж 200 экз. Заказ 88.

Типографии ОсОО «Алтын принт»
720000, г. Бишкек, ул. Орозбекова, 44
Тел.: (+996 312) 62-13-10
e-mail: altyntamga@mail.ru