

ПОГРАНИЧНЫЕ ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ ОПУХОЛЯХ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

И.Е. ДАНИЛИН

Кафедра психиатрии и медицинской психологии РУДН.

Москва, 117198, Миклухо-Маклая, д.8. Медицинский факультет

С помощью клинического и экспериментально-психологического методов на базе онкоурологического отделения Центральной клинической больницы им. Н.А. Семашко МПС РФ и городской поликлиники №117 были обследованы 44 пациента с новообразованиями предстательной железы. Возраст больных варьировал от 58 до 87 лет и составил в среднем 71,6 года. Из общего числа обследованных 24 человека (54.5%) страдали аденомой предстательной железы, у 20 больных (45.5%) был диагностирован рак простаты на разных стадиях заболевания. Пограничные психические расстройства разной степени выраженности были выявлены у 41 чел (93.2% обследованных)

Ключевые слова: простата, опухоль, психические болезни.

Происхождение и клиническая картина пограничных психических расстройств, возникающих у соматических больных, как известно, определяются множеством факторов, среди которых основными являются: характерологические особенности больного, наличие в преморбиде невротических реакций, тяжесть соматических расстройств, возраст, а также осведомленность больного о характере своего заболевания (т.е. внутренняя картина болезни)

Интерес к изучению психических расстройств при опухолях предстательной железы вызван, прежде всего, широкой распространенностью данной патологии. Так, по данным Barry M. J., Beckley S. [3] большинство мужчин в возрасте старше 50 лет имеют те или иные симптомы, связанные с доброкачественной гиперплазией простаты. Исследования, проведенные в Шотландии [4], включавшие мужчин от 40 до 79 лет, выявили наличие доброкачественной гиперплазии простаты у 14% мужчин в пятой декаде жизни и 43% в седьмой декаде. Обследование мужского населения в возрасте от 60 до 70 лет, проведенное Beier-Holgersen R., Bruun J.[5], выявило у одной трети наличие клинических симптомов, характерных для доброкачественной гиперплазии простаты.

Литературные данные указывают на то, что рак предстательной железы (РПЖ) является в настоящее время причиной смерти 3% всех мужчин старше 50 лет. По данным Parker S.L., Tane T. [2] было подсчитано, что только в США в 1996 г. более чем у 317 тысяч пациентов был выявлен рак простаты, и 41,4 тысячи мужчин погибли от данного заболевания. Вероятность развития микроскопического РПЖ на протяжении жизни составляет 30%, а вероятность летального исхода - 3% [1]. Считается, что важную роль в развитии данной патологии играют такие факторы, как географическое положение, расовая принадлежность, наследственность, особенности питания, гормональный статус мужчины. Однако частота латентного РПЖ практически одинакова во всех исследованных популяциях и встречается на вскрытии у 10 - 15 % мужчин, умерших от различных причин, а у лиц старше 60 лет эта цифра достигает 30 %.

Частота заболеваемости РПЖ в России составляет 9,3 на 100 000 населения. Современные возможности диагностики РПЖ позволяют выявлять заболевание на ранних стадиях, однако более чем у 50 - 70% больных на момент диагностики обнаруживают III - IV стадии заболевания. РПЖ длительное время может протекать бессимптомно. Одним из первых симптомов являются нарушения акта мочеиспускания: учащенное, иногда болезненное мочеиспускание, вялая струя мочи, затрудненное начало мочеиспускания, ощущение неполного опорожнения мочевого пузыря, в 20% случаев наблюдается острая задержка мочи, хотя возможно и недержание мочи. Кроме этого, при более выраженном местном распространении опухоли может наблюдаться гематурия, боли в промежности и над лобком, симптомы сдавления мочеточников, инфекция мочевых путей, импотенция [1].

Так как вероятность возникновения рака простаты с возрастом намного выше, чем любого другого рака, и средний возраст мужчин хоть и медленно, но все же увеличива-

ется, то следует ожидать, что количество мужчин с этой формой рака будет постоянно возрастать.

За последние годы успехи онкоурологии как в области ранней диагностики, уточнения показаний к операции, совершенствования хирургического и химиотерапевтического методов лечения позволили заметно улучшить отдаленные результаты и увеличить сроки жизни больных.

Таким образом, изучение пограничных психических расстройств у больных с опухолями предстательной железы и разработка практических рекомендаций по их реабилитации, представляет большой интерес и практическую значимость.

С помощью клинического и экспериментально-психологического (использовались шкала Гамильтона для оценки депрессии, шкала Цунга для самооценки тревоги, метод "Незаконченные предложения", тест-опросник Айзенка, тест Люшера) методов на базе онкоурологического отделения Центральной клинической больницы им. Н.А. Семашко МПС РФ и городской поликлиники №117 нами были обследованы 44 мужчины в возрасте от 58 до 87 лет. Распределение по возрасту было следующим: до 60 лет - 3 человек, от 60 до 70 лет - 15 человек, от 70 до 80 - 22 человек, свыше 80 лет - 4 человека. Таким образом, почти 71 % обследованных не достигли 75 лет. (Официально признаваемого возраста старости). Из общего числа обследованных 24 человека страдали аденомой предстательной железы, у 20 больных был диагностирован рак простаты на разных стадиях заболевания. Из числа больных первой группы операцию по поводу аденомы (трансуретральную резекцию предстательной железы или чрезпузырную аденомэктомию) перенесли 11 человек. На консервативном лечении находились 12 больных. Методы лечения рака предстательной железы среди обследованных нами больных были следующими: операция двусторонней орхэктомии в сочетании с гормональной терапией - 6 человек, 15 человек получали гормональную терапию, у нескольких пациентов она сочеталась с лучевой терапией.

Результаты обследования больных, распределение клинко-психопатологических синдромов, наблюдаемых нами на разных стадиях лечения, сведены в таблицу 1.

Таблица 1.

Распределение психопатологических синдромов у больных с опухолями предстательной железы.

Психопатология							
Клинический диагноз	Рак предстательной железы			Аденома предстательной железы			Всего
Психопатологи- ческие синдромы	Консерва- тивная терапия (13 чел.)	Оперативное лечение (7 чел.)		Консер- вативная терапия (12 чел.)	Оперативное лечение (9 чел.)		
		до опера- ции	после операции		до опе- рации	после опера- ции	
1. Тревожно – де- прессивный	7	6	1	3	4	-	21
2. Дисфорический	2	-	-	-	2	1	5
3. Астено-ипо- хондрический	2	-	2	7	1	5	17
4. Астено-депрес- сивный	2	1	3	2	2	3	13
5. Апатический	-	-	1	-	-	-	1

Из обследованных 44 человек в двух случаях нами не было выявлено сколько-либо значимой психической патологии, поэтому данные в таблице представлены на 41 боль-

ного. В группе больных раком простаты лишь три человека были осведомлены о характере своего заболевания. Все они находились на гормональной терапии. Картина психопатологических нарушений у этих пациентов была представлена астено-депрессивным (2 случая) и дисфорическим (1 случай) синдромами. Ведущее место среди неоперированных больных раком на этапе нашего обследования занимал тревожно-депрессивный синдром разной степени выраженности с переживанием страхов, чувством безнадежности, подозрениями об истинном характере их заболевания. Второе место разделили между собой астено-депрессивный, астено-ипохондрический и дисфорический синдромы. У 7 больных, перенесших операцию орхэктомии в предоперационном периоде, безусловно, лидировал тревожно-депрессивный синдром. После операции на первый план выступала картина соматогенной астении, благодаря чему на данном этапе нами наблюдалась трансформация этого синдрома в астено-депрессивный и астено-ипохондрический. У одного больного наблюдалось снижение выраженности тревожно-депрессивного синдрома, и в одном случае в послеоперационном периоде нами зафиксирована картина апатического синдрома с реакциями равнодушия, безучастности и ощущением полного бессилия.

В картине нервно-психических нарушений больных аденомой предстательной железы, не подвергавшихся оперативному лечению (12 человек), преобладающее место занял астено-ипохондрический синдром. Тревожно-депрессивный синдром был выявлен у трех больных, в преморбиде у которых наблюдались черты тревожной мнительности, и которые сомневались в правильности поставленного диагноза. У двоих больных наблюдался астено-депрессивный синдром. В группе больных, перенесших оперативное вмешательство по поводу аденомы, в предоперационном периоде преобладал тревожно-депрессивный синдром (4 человека). Дисфорический, астено-депрессивный и астено-ипохондрический синдромы были представлены примерно одинаково (2,2,1 человек). В послеоперационном периоде картина меняется, и на первое место выходит астено-ипохондрический синдром (5 человек). Астено-депрессивный синдром наблюдался в 3 и дисфорический синдром в 1 случае.

Из общего количества обследованных больных нами был исключен пациент с аденомой предстательной железы, клиническая картина психических нарушений которого укладывалась в рамки сенесто-ипохондрического синдрома. Приводим описание клинического случая:

Больной Ч, 67 лет, поступил в онкоурологическое отделение больницы им. Семашко МПС РФ с жалобами на боли в промежности, учащенное, болезненное мочеиспускание, никтuriю до 4-х раз за ночь. Указанные жалобы беспокоят больного около 1,5 месяцев. В результате обследования в отделении был выставлен диагноз: аденома предстательной железы.

Единственный ребенок в семье. Беременность и роды у матери больного протекали без патологии. Ранее развитие без особенностей. Детские инфекции перенес без осложнений. В детстве отличался замкнутостью, необщительностью. Говорит, что на протяжении всей жизни "единственным другом" его была мать. Сблизиться с кем-либо больному, по его словам, всегда мешала "врожденная недоверчивость". Учился среднее, окончил училище, после устроился работать слесарем. Не женат. В настоящее время - на пенсии. Более подробный анамнез собрать не представляется возможным, т.к. больной крайне настороженно относится к беседе с врачом, старательно избегает тем, касающихся его психологического благополучия в тот или иной период жизни. Удастся лишь выяснить, что он состоит на учете в психоневрологическом диспансере. Названия заболевания, явившегося причиной постановки на учет, больной "не помнит". В процессе беседы явно оживляется только тогда, когда разговор заходит о его соматических заболеваниях. Считает себя "насквозь больным человеком". Находит массу признаков того, что "сердце, почки, печенька у него совсем слабые, надо лечить, укреплять". Никак не реагирует на замечание врача об относительном благополучии результатов обследования. О вновь поставленном диагнозе "аденома простаты" говорит, что он явился для него "новым ударом, подтверждающим общее нездоровье организма". Красочно и необычно описывает болевые ощущения в промежности, затрудняется как-то конкретно охарактеризовать боль, "не знает с чем ее можно сравнить". Говорит, что, начавшись в паховой области, "боль, растягивается вниз по ногам, достигая пальцев". Причем, наиболее неприятные ощущения "сжатия и скручивания" больной испытывает в области икроножных мышц. Длительность подобных "приступов" обычно не превышает 20-30 минут. Данных за неврологическую или ишемическую патологию, способную вызвать болевые ощущения в данной области, нет. Описанная картина, по нашему мнению, является проявлением сенесто-ипохондрического синдрома, возникшего в рамках эндогенного заболевания.

Таким образом, можно сказать, что опухоли предстательной железы в абсолютном большинстве случаев приводят к развитию пограничных психических расстройств. Наблюдается преобладание тревожно-депрессивного синдрома у больных раком предстательной железы. У пациентов с аденомой предстательной железы лидирующее место в картине психических расстройств занимает астено-ипохондрический синдром. В обеих группах больных наблюдается преобладание тревожно-депрессивного синдрома в предоперационном периоде. У больных злокачественным новообразованием в послеоперационном периоде наблюдается снижение выраженности тревожно-депрессивного синдрома, его трансформация в астено-депрессивный, астено-ипохондрический и даже апатический синдромы. У больных аденомой простаты в послеоперационном периоде так же наблюдается преобладание астено-ипохондрического и астено-депрессивного синдромов.

Литература

1. Бухаркин Б.В., Подрезульский К.Э. // Русский Медицинский Журнал, Клиническая онкология. 1999;1(1): 164.
2. Parker SL, Tone T, et al: Cancer Statistics, Cancer J Clin.,1996; 46: 5-27
3. Barry M.J. Beckley S. et. al. : Importance of understanding the epidemiology and natural history of BPH, In : Proceeding of the international Consultation of BPH, WHO, 1997, p.25.
4. Garraway W.M. Collins G.N. High prevalence of benign prostatic hypertrophy in the community. Lancet 1991; 338: 469.
5. Beier-Holgersen R., Bruun J. Voiding pattern of men 60 to 70 years old: Population study in an urban population J. Urol. 1990;143: 531.

BORDER-LINE CASES IN PATIENTS WITH PROSTATE NEOPLASM

I.E. DANILIN

Department of psychiatry and medical psychology RPFU
Moscow. 117198. M-Maklaya st 8. Medical faculty

44 patients with prostate neoplasm were studied using clinical and experimentally-psychological methods in the Semashko Central Clinical Hospital MC and in the City polyclinic #117. Their age varied from 58 to 87 years and the mean was 70.2 years. Of the gross amount of patients 24 (54.5%) had a prostate adenoma, 20 patients (45.5%) had a diagnose of prostate cancer in different stages. Various border-line disorders were revealed in 41 patient (93.2% of all cases)

Key words: a prostate, tumour, mental diseases.