

**В.И. Очколяс<sup>1</sup>, С.И. Табачников<sup>2</sup>, В.А. Руженков<sup>3</sup>**  
**НЕПСИХОТИЧЕСКИЕ ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ**  
**ГИПЕРПЛАЗИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

Николаевская областная психиатрическая больница<sup>1</sup>

Украинский НИИ социальной и судебной психиатрии и наркологии МЗ Украины, г. Киев<sup>2</sup>

Белгородский государственный университет МЗИ социального развития (РФ)<sup>3</sup>

**Ключевые слова:** доброкачественная гиперплазия предстательной железы, аденома простаты, дизурические расстройства, непсихотические психические расстройства, депрессия, тревожная депрессия

Доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ) является медленно прогрессирующим заболеванием, клиническая картина которого характеризуется «волнообразным» течением и может сопровождаться периодами симптоматического ухудшения, стабилизации и улучшения. Морфологические признаки ДГПЖ находят у 10–20% мужчин 40–летнего возраста и у 90% мужчин 80 лет (В.В.Бялик и В.Г.Пинчук, 1977; А.Г.Мартов, Н.А.Лопаткин, 1997; Т.С. Перепанова, В.А. Максимов, Е.Н. Давыдова, П.Л. Хазан, 2006). Аналогичные данные приводятся и другими исследователями (С.П.Пасечников с соавт., 1997; А.С.Перверзев, Н.Ф.Сергиенко, 1998; W.M. Garraway, G.N.Collins, 1991; R.Beier-Holgersen, J.Bruun, 1990; M.J.Barry, S.Beckley et al., 1997). Основными клиническими симптомами (А.С. Перверзев, Н.Ф. Сергиенко, 1998; S. Jacobsen et al., 1997) аденомы простаты являются учащение и затруднение мочеиспускания, особенно ночью; ослабление струи мочи; чувство неполного опорожнения мочевого пузыря; императивные (внезапные, трудно сдерживаемые) позывы к мочеиспусканию, часто возникающие внезапно во время важной встречи или торжественного мероприятия, осложняя и без того волнительный момент; недержание и недержание мочи. Эти симптомы проявляются не все и не сразу, а возникают постепенно, нарастая с течением времени.

Значительная часть больных ДГПЖ своевременно не обращаются за медицинской помощью, что связано с тем, что основные симптомы часто не являются беспокоящими (L.J. Tenover et al., 1997; M.D. Eckhardt et al., 2001), а наиболее значимым симптомом, вызывающим чувство беспокойства и тревоги и обуславливающим обращение к врачу, является нарушение мочеиспускания (S.J. Jacobsen et al., 1993; R.C. Bruskevitz et al., 1997; R.C. Flanigan et al., 1998). Прогрессирование ДГПЖ включает в себя кроме увеличения размеров предстательной железы, усиление выраженности симптомов, снижение скорости потока мочи, повышение риска острой задержки мочеиспускания, а также ухудшение общего состояния здоровья больных, что оказывает негативное влияние на качество жизни (M.J.Barry, 1995). Именно нарушение повседневной активности заставляет мужчин обращаться за медицинской помощью (W.M.Garraway et al., 1993; J.D.McConnell et al., 1998; C.J.Girman et al., 1994, 1998; P.P.Sagnier et al.,

1995).

При ДГПЖ нередко наблюдаются расстройства сексуальной функции (J.Zohar et al., 1976; E.P.So et al., 1982; R.Tscholl et al., 1995; S. Bieri et al., 1997), имеющей особо важное психологическое значение и оказывающей негативное влияние на качество жизни мужчин (Блюмберг Б.И., 1999; О.Б. Лоран с соавт., 2001; Аромире О.К. и др., 2001; Пушкарь Д., Раснер П., 2003; H.Sells et al., 2000). Известно (Feldman H.A. et al., 1994), что распространенность эректильной дисфункции четко коррелирует с возрастом и составляет в 50 лет около 50%, в 60 лет - 60%, в 70 лет - 70%; при этом 72,2% больных с эректильной дисфункцией составляют пациенты, у которых имеются и симптомы ДГПЖ. Кроме того, сексуальные расстройства зачастую возникают и как осложнение оперативного вмешательства (П.И.Пивоваров с соавт., 1999) при ДГПЖ.

Больные ДГПЖ вынуждены вводить в свою жизнь определенные ограничения, которые так или иначе становятся заметными для окружающих. Большую роль играет ограничение физической активности и, соответственно, общения, ограничение возможности передвигаться на дальние расстояния, необходимость большую часть времени находиться в пределах досягаемости туалета. Неловкость, испытываемая больными в связи с частыми позывами на мочеиспускание, а также опасение оказаться в «постыдной» ситуации, страх не удержать мочу, стать объектом прямых или «молчаливых» насмешек, играют роль психогенных факторов, в значительной мере обуславливающих развитие психических расстройств. В связи с нарушениями половой функции, наблюдавшимися в данной категории больных, у них возникало чувство собственной неполноценности. Сами пациенты объясняли это возникающей необходимостью «объяснять свою несостоятельность болезнью», которая расценивалась ими как «унизительная» и «лишающая достоинства» (В.В.Марилов, И.Е.Данилин, 2005).

Непсихотические психические расстройства, возникающие у онкологических больных, в том числе и с ДГПЖ (В.А.Ромасенко, К.А.Скворцов, 1961; V.Ficarra, 2000; E.J.Kunkel, 2000), актуализируют такой показатель эффективности лечения, как качество жизни пациента, важнейшим компонентом которого является отсутствие психических нарушений (В.В.Марилов, И.Е.Данилин, 2005; A.Cull, 1995; P.Esper, 1999).

Известно, что в формировании психических расстройств пограничного уровня при соматических заболеваниях (Ю.А.Александровский, 1976, 1997) принимают участие чрезвычайные по силе и продолжительности действия психотравмирующее влияние данной патологии, ее социально-психологические последствия, а также изменения личности в связи с формированием внутренней картины болезни, требующие в диагностике и терапии системного подхода, позволяющего рассматривать все участвующие в возникновении нервно-психических расстройств факторы. Наряду с определением роли соматических страданий в формировании психических нарушений, клиницистов всегда будет интересовать вопрос о соотношении соматогенных и психогенных факторов в формировании психических расстройств на различных этапах соматического заболевания, проблема психосоматического балансирования. «Этот всеобщий закон, царящий в отношениях между психическими и соматическими болезнями», установленный при психотических расстройствах (Е.К. Краснушкин, 1960), обнаруживается и при нарушениях пограничного уровня (М.В. Коркина с соавт., 1982, 1983).

При ДГПЖ (Д. Пушкарь, П. Раснер, 2003) в генезе психических расстройств играют роль как психогенные факторы, связанные с предположением пациента о неблагоприятном исходе заболевания – страх развития рака простаты (71% случаев), страх перед хирургическим вмешательством (66% случаев), так и реальное ухудшение социальной составляющей жизни (47% случаев), астенизация из-за частых пробуждений ночью (42% случаев) и, что немаловажно, 91% пациентов указали на беспокойство «из-за появления еще одного возрастного симптома». В то же время, диагноз онкологического заболевания, зачастую звучащий для пациента как приговор, превращает один лишь факт постановки диагноза в мощнейшую психическую травму, способную оформиться в психические нарушения психогенно-реактивного характера (А.Ш. Тхостов, 1984; А.Н. Гузев, 1991; В.Д. Менделевич, 1994). С другой стороны, онкологическая патология является одной из самых тяжелых в соматическом плане, влияющей на психическую деятельность больного и приводящей к формированию соматогенных психических расстройств (В.Я. Семке, А.Н. Гузев, 1990; Н.Б. Шиповников, 1991). При этом выявляется определенная прямая корреляционная зависимость между степенью выраженности симптоматики и уровнем социальной дезадаптации. Так М.Л. Barry et al. (1993; 1995), С.Л. Girman et al. (1994, 1995, 1998) обнаружили, что больные ДГПЖ с умеренно и явно выраженной симптоматикой в 4-6 раз чаще отмечали дискомфорт и отрицательное влияние заболевания на качество жизни, чем те, у кого симптомы были незначительными. Симптомы незначительной степени выраженности вызывают у пациентов лишь небольшое беспокойство, в то время как умеренная и тяжелая симптоматика обуславливает нарушение социальной активности

больных (Guess H.A., 1995, 1996). Наряду с этим, одни и те же симптомы у разных пациентов могут сопровождаться клиническими проявлениями и нарушениями социальной активности различной степени (H.A. Guess et al., 1993), что является свидетельством важной роли индивидуально-психологических характеристик пациента. Усиление симптомов и «тревожно-мнительные беспокойства» (А.С.Перверзев, Н.Ф.Сергиенко, 1998), возможно и как реакция на проведение диагностических или лечебных манипуляций, в частности введения в уретру эндоскопического инструментария.

Высокая распространенность психических нарушений, возникающих при заболеваниях урологической сферы, клинические проявления которых затрагивают самые интимные стороны жизни больных подчеркивалась рядом авторов (О.Л. Тиктинский, 1984; Б.Ю. Приленский, 1990; Т.С. Захарушкина, 2001; G. Karcher, 1982; V. Ficarra, 2000). Исследования урологов (А.И. Неймарк, 1995; М.А. Лопаткин, А.Г. Мартов, 1997; А.С. Переверзев, Н.Ф. Сергиенко, 1998) показали, что у больных с ДГПЖ имеются патологические изменения в психической сфере. В генезе личностных и невротических реакций при ДГПЖ некоторые исследователи отмечают неудовлетворенность результатами операций (19% случаев), что связано с нереалистичными ожиданиями пациентов и их неправильным мнением о результатах лечения и их не в полной мере реальными ожиданиями (U.Zwergel, B.Wullich, 1998).

По мнению Т.С.Захарушкиной (2001) ДГПЖ, являясь хроническим заболеванием с постепенным нарастанием симптомов, вызывающим дезадаптацию через личностные структуры, приводит к дисбалансу с социально-психологической средой и, как правило, психическим нарушениям. Автором указывается, что психические нарушения у больных ДГПЖ представлены психопатологическими синдромами (от донозологических до выраженных клинических) в рамках пограничных психических расстройств, встречающихся в 65% случаев заболевания. На процесс формирования психических расстройств при ДГПЖ влияет степень развития симптомов аденомы простаты, длительность болезни, а также преморбидные характерологические 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, обсессивно-фобические вне зависимости от наличия объективных урологических нарушений. Астенический синдром нарастал в зависимости от длительности развития симптоматики аденомы простаты (соматогенный механизм развития), депрессивные и ипохондрические состояния преобладали после года течения симптомов заболевания (нозогенный психогенный механизм), обсессивно-фобические и тревожные расстройства – в равной степени как от

года, так и от года до трех лет, затем снижаясь, с четкой связью с предстоящим оперативным лечением. Без проведения коррекции развившихся психических нарушений, происходит дальнейшее становление и усложнение структуры психопатологических синдромов (которые часто имеют смешанный характер и тенденцию к взаимному переходу) с увеличением удельного веса депрессивных, тревожных и ипохондрических расстройств, что отражается на длительности и качестве послеоперационного периода.

По данным И.Е. Данилина (2003), опухоли предстательной железы в большинстве случаев приводят к формированию пограничных психических расстройств различной степени выраженности. Их распространенность достигает 100% у больных раком предстательной железы, осведомленных о своем заболевании и 60% у больных с доброкачественной гиперплазией предстательной железы. 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, психопатологические феномены. По мнению автора, в формировании пограничных психических расстройств при опухолях предстательной железы принимает участие комплекс тесно связанных между собой соматогенных и психогенных факторов. Соматогенный компонент обусловлен длительным течением заболевания и наличием хронической симптоматики, снижающей качество жизни пациентов (частые позывы на мочеиспускание, дискомфорт и болевые ощущения в паховой области, ослабление контроля за мочеиспусканием, никтурия, снижение потенции). Соматогенный фактор привносит в картину болезни главным образом астеническую симптоматику (соматогенная астения), которая «окрашивает» все остальные, более сложные, психопатологические феномены. У больных ДГПЖ основную роль в формировании непсихотических психических расстройств психогенного характера играют такие факторы, как особый социокультуральный статус заболеваний мочеполовой сферы, заставляющий пациентов стесняться и скрывать от окружающих симптомы, снижение либидо и потенции и связанная с этим необходимость «признавать себя несостоятельным» из-за болезни, опасения, относительно возможного озлокачествления опухоли, а также разнообразные ограничения (физической активности, общения, передвижения), связанные с симптомами основного заболевания.

Нередко, в связи с недостаточной удовлетворенностью пациентов результатами операций, в отдаленном реабилитационном периоде развиваются психопатологические нарушения в виде невротических реакций или оформленных состояний, синдромально определяемые как астенические, тревожные, тревожно-депрес-

сивные, депрессивные (в т.ч. астено-депрессивные, депрессивно-ипохондрические), ипохондрические и обсессивно-фобические (Т.С. Захарушкина, 2001).

Учитывая широкую распространенность пограничных психических нарушений у больных с опухолями предстательной железы, целесообразно проведение комплексного лечения данной категории пациентов, с использованием программ психотерапии и психофармакотерапии, направленных на коррекцию возникающих пограничных психических расстройств. В первую очередь целесообразно обратить внимание на депрессивные нарушения, неблагоприятно влияющие на коморбидную соматическую патологию, часто ухудшая прогноз основного заболевания. Особенно это относится к реактивным депрессиям, нередко способствующим развитию гипертонической болезни и других патологических изменений внутренних органов (- Н.Г. Prigerson et al, 1997). Она может быть реакцией на основное страдание, а так же не зависеть от соматической болезни, но во всех случаях депрессия усугубляет проявление и течение телесного недуга и осложняет его лечение (А.Б. Смулевич, 2000).

По мнению Е.Б. Мазо и М.Н. Белковской (2001), в XXI веке больные ДГПЖ будут лечиться в основном медикаментозно, с обеспечением высокого качества жизни. Уже в настоящее время за рубежом около 80% пациентов с ДГПЖ подвергаются медикаментозному лечению этого заболевания и только 20% – оперативному и другим немедикаментозным методам лечения (К.М. Verhamme, et al., 2003). Медицинская эффективность терапии больных ДГПЖ различными медикаментами, разработанными в последние годы интересует многих исследователей (Пытель Ю.А., 1997; Сивков А.В., 1997; Лоран О.Б., Вишневский А.Е., 2001; А.С. Аль-Шукри, 2002). Несмотря на то, что разрабатываются медикаментозные методы лечения ДГПЖ, и имеющийся высокий удельный вес расстройств психической сферы у данной категории пациентов, как связанных с реакцией личности на болезнь, так и ассоциированных с возрастной динамикой психики, а также наличием церебро-васкулярной патологии, в доступной нам литературе мы не встретили работ, посвященных коррекции психической сферы пациентов при помощи методов психотерапии и психофармакотерапии, хотя наличие непсихотических психических расстройств приводит к затяжному течению заболевания и ухудшает прогноз.

Таким образом, анализ литературных данных показал, что ДГПЖ более чем в половине случаев сопровождается непсихотическими психическими расстройствами, в генезе которых преобладают психогенные влияния, связанные со страхом малигнизации, социальной и семейной дезадаптацией, а также личностная реакция на заболевание обуславливающие высокий удельный вес депрессивных, тревожных, тревожно-депрессивных и ипохондрических состояний. Наряду с этим, существенное значение в генезе пограничных психических расстройств у больных с ДГПЖ

играет соматогенный фактор (в аспекте астенизации) и преморбидные личностные особенности пациентов, играющие роль в формировании внутренней картины болезни. Несмотря на широкую распространенность непсихотических психических расстройств у больных ДГПЖ до настоящего времени не разработаны дифференцированные алгоритмы оказания им психофармакологической и психотерапевтической помощи и отсутствует организационная модель ее реализации, что ставит перед психиатрией соответствующие задачи научного и организационного аспектов.

### Литература:

1. Александровский, Ю. А. Состояние психической дезадаптации и их компенсация: пограничные нервно-псих. расстройства / Ю. А. Александровский. – М.: Наука, 1976. – 272 с.
2. Александровский, Ю. А. Пограничные психические расстройства: руководство для врачей / Ю. А. Александровский. – М.: Зевс; Ростов н/Д: Феникс, 1997. – 572 с.
3. Аль-Шукри, А. С. Оценка эффективности и безопасности длительного лечения больных доброкачественной гиперплазией предстательной железы простаром: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.40 / А. С. Аль-Шукри; С.-Петерб. гос. мед. ун-т. – СПб., 2002. – 18 с.
4. Доброкачественная гиперплазия простаты и половая функция / О. К. Аромире, С. И. Терещук, Э. К. Арнольди [и др.]; науч. ред. О. К. Аромире. – Ростов н/Д: Феникс, 2001. – 349 с.
5. Блюмберг, Б. И. Сексуальная функция при медикаментозном лечении больных доброкачественной гиперплазией предстательной железы: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.40 / Б. И. Блюмберг; Саратов. гос. мед. ун-т. – Саратов, 1999. – 26 с.
6. Гузев, А. Н. Феноменологические особенности психопатологических расстройств в онкологической клинике / А. Н. Гузев // Медико-социальные аспекты охраны психического здоровья: тез. докл. всесоюз. конф. с междунар. участием, Томск 10-13 сент. 1991 г. / под ред. В. Я. Семке. – Томск, 1991. – С. 9-11.
7. Данилин, И. Е. Пограничные психические расстройства у больных с опухолями предстательной железы: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.18 / И. Е. Данилин; Рос. ун-т дружбы народов. – М., 2003. – 24 с.
8. Захарушкина, Т. С. Психические расстройства при доброкачественной гиперплазии предстательной железы на различных этапах оперативного лечения: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.40 / Т. С. Захарушкина. – М., 2001. – 25 с.
9. Коркина, М. В. Некоторые закономерности формирования психических расстройств при хронических соматических заболеваниях / М. В. Коркина, М. А. Цивильно, В. В. Марилов // Психогенные (реактивные) заболевания на измененной «почве»: материалы науч.-практ. конф., Воронеж, 21-22 окт. 1982 г. / Воронеж. науч. мед. о-во невропатологов и психиатров; отв. ред. В. М. Банициков. – Воронеж, 1982. – Вып. 2. – С. 122-124.
10. Коркина, М. В. Особенности пограничных психических расстройств при некоторых хронических соматических заболеваниях / М. В. Коркина, М. А. Цивильно, М. А. Карева // Пограничные нервно-психические расстройства: клиника, лечение, систематика: материалы науч. конф., Москва, 18-19 мая 1982 г. / ВНИИ общ. и судеб. психиатрии, Всесоюз. науч. о-во невропатологов и психиатров; гл. ред. Г. В. Морозов. – М., 1983. – С. 101-102.
11. Краснушкин, Е. К. О некоторых отношениях между душевными и соматическими болезнями / Е. К. Краснушкин // Краснушкин Е. К. Избранные труды / ред. кол.: В. М. Банициков [и др.]. – М., 1960. – С. 427-445.
12. Сравнительная оценка качества жизни больных, перенесших операции по поводу доброкачественной гиперплазии предстательной железы / О. Б. Лоран, А. В. Еситов, С. П. Свистунов [и др.] // Военно-медицинский журнал. – 2001. – Т. 322, № 4. – С. 43-48.
13. Лоран, О. Б. Альфа-адреноблокаторы в лечении расстройств мочеиспускания у больных с доброкачественной гиперплазией предстательной железы / О. Б. Лоран, А. Е. Вишневецкий // Лечащий врач. – 2001. – № 2. – С. 28-30.
14. Марилов, В. В. Психические расстройства у больных опухолями предстательной железы в сравнительном аспекте / В. В. Марилов, И. Е. Данилин // Социальная и клиническая психиатрия. – 2005. – Т. 15, № 4. – С. 23-27.
15. Менделевич, В. Д. Антиципационный тренинг в психологической реабилитации онкогинекологических больных / В. Д. Менделевич // Неврологический вестник. – 1994. – Т. 26, № 1-2. – С. 41-44.
16. Переверзев, А. С. Аденома предстательной железы / А. С. Переверзев, Н. Ф. Сергиенко. – Киев: Ваклер, 1998. – 277 с.: ил.
17. Пушкарь, Д. Нарушение мочеиспускания и сексуальной функции у больных доброкачественной гиперплазией предстательной железы / Д. Пушкарь, П. Раснер // Врач. – 2003. – № 6. – С. 34-38.
18. Пытель, Ю. А. Этиология и патогенез гиперплазии предстательной железы / Ю. А. Пытель, А. З. Винаров // Доброкачественная гиперплазия предстательной железы: сб. ст. / Всерос. о-во урологов, НИИ урологии; под ред. Н. А. Лопаткина. – М., 1997. – С. 19-32.
19. Ромасенко, В. А. Нервно-психические нарушения при раке / В. А. Ромасенко, К. А. Скворцов. – М.: Медгиз, 1961. – 387 с.
20. Семке, В. Я. Теоретико-методологические проблемы современной онкопсихиатрии / В. Я. Семке, А. И. Гузев // Психосоматические расстройства: сб. ст. / ред. кол.: Э. Вассар [и др.]. – Тарту, 1990. – С. 238-247. – (Учен. зап. Тарт. ун-та; вып. 891).
21. Сивков, А. В. Медикаментозная терапия доброкачественной гиперплазии предстательной железы / А. В. Сивков // Доброкачественная гиперплазия предстательной железы: сб. ст. / Всерос. о-во урологов, НИИ урологии; под ред. Н. А. Лопаткина. – М., 1997. – С. 67-83.
22. Тхостов, А. Ш. Осознание заболевания у онкологических больных / А. Ш. Тхостов // Журнал невропатологии и психиатрии им С. С. Корсакова. – 1984. – № 12. – С. 1839-1884.
23. Шиповников, Н. Б. Особенности личностной реакции на болезнь при раке желудка и прямой кишки: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 19.00.04: 14.00.14 / Н. Б. Шиповников; Ленингр. науч.-исслед. психоневрол. ин-т. – Л., 1991. – 24 с.
24. Measuring disease – specific health status in men with benign prostatic hyperplasia. Measurement Committee of The American Urological Association / M. J. Barry, F. J. Fowler, M. P. O'Leary [et al.] // Med. Care. – 1995. – Vol. 33, suppl. 4. – S. 145-155.
25. Testing to predict outcome after transurethral resection of the prostate / R. C. Bruskewitz, D. J. Reda, J. H. Wasson [et al.] // J. Urol. – 1997. – Vol. 157, № 4. – P. 1304-1308.
26. Cull, A. Assessment of and intervention for psychosocial problems in routine oncology practice / A. Cull, M. Stewart, D. G. Altman // Br. J. Cancer. – 1995. – Vol. 72, № 1. – P. 229-235.
27. Prevalence and bothersomeness of lower urinary tract symptoms in benign prostatic hyperplasia and their impact on well-being / M. D. Eckhardt, G. E. van Venrooij, H. H. van Melick [et al.] // J. Urol. – 2001. – Vol. 166, № 2. – P. 563-568.
28. Esper, P. Supportive care, pain management, and quality of life in advanced prostate cancer / P. Esper, B. G. Redman // Urol. Clin. North Am. – 1999. – Vol. 26, № 2. – P. 375-389.
29. A population-based study of health care-seeking behavior for treatment of urinary symptoms. The Olmsted County Study of Urinary Symptoms and Health Status Among Men / S. J. Jacobsen, H. A. Guess, L. Panser [et al.] // Arch. Fam. Med. – 1993. – Vol. 2, № 7. – P. 729-735.
30. Impact of previously unrecognized benign prostatic hyperplasia on the daily activities of middle-aged and elderly men / W. M. Garraway, E. B. Russell, R. J. Lee [et al.] // Br. J. Gen. Pract. – 1993. – Vol. 43, № 373. – P. 318-321.
31. Natural history of prostatism: impact of urinary symptoms on quality of life in 2115 randomly selected community men / C. J. Girman, R. S. Epstein, S. J. Jacobsen [et al.] // Urology. – 1994. – Vol. 44, № 6. – P. 825-831.
32. Natural history of prostatism: relationship among symptoms, prostate volume and peak urinary flow rate / C. J. Girman, S. J. Jacobsen, H. A. Guess [et al.] // J. Urol. – 1995. – Vol. 153, № 5. – P. 1510-1515.
33. Health-related quality of life associated with lower urinary tract symptoms in four countries / C. J. Girman, S. J. Jacobsen, T. Tsukamoto [et al.] // Urology. – 1998. – Vol. 51, № 3. – P. 428-436.
34. Impotence and its medical and psychosocial correlates: results of

the Massachusetts Male Aging Study / H. A. Feldman, I. Goldstein, D. G. Hatzichristou [et al.] // *J. Urol.* – 1994. – Vol. 151, № 1. – P. 54-61.

35. General state of health and psychological well-being in patients after surgery for urological malignant neoplasms / V. Ficarra, R. Righetti, A. D'Amico [et al.] // *Urol. Int.* – 2000. – Vol. 65, № 3. – P. 130-134.

36. 5-year outcome of surgical resection and watchful waiting for men with moderately symptomatic benign prostatic hyperplasia: a Department of Veterans Affairs cooperative study / R. C. Flanigan, D. J. Reda, J. H. Wasson [et al.] // *J. Urol.* – 1998. – Vol. 160, № 1. – P. 16-17.

37. Karcher, G. *Kurzlehrbuch der Urologie: ein Leitfadens für Studium und Praxis* / G. Karcher. – Stuttgart ; New York : Schattauer, 1982. – 274 s.

38. Communicating effectively with the patient and family about treatment options for prostate cancer / E. J. Kunkel, R. E. Myers, P. L. Lartey [et al.] // *Semin. Urol. Oncol.* – 2000. – Vol. 18, № 3. – P. 233-240.

39. The effect of finasteride on the risk of acute urinary retention and the need for surgical treatment among men with benign prostatic hyper-

plasia. Finasteride Long-Term Efficacy and Safety Study Group / J. D. McConnell, R. Bruskewitz, P. Walsh [et al.] // *N. Engl. J. Med.* – 1998. – Vol. 338, № 9. – P. 557-563.

40. Impact of symptoms of prostatism on level of bother and quality of life of men in the French community / P. P. Sagnier, G. MacFarlane, P. Teillac [et al.] // *J. Urol.* – 1995. – Vol. 153, № 3 (pt. 1). – P. 669-673.

41. The development and validation of a quality-of-life measure to assess partner morbidity in benign prostatic enlargement / H. Sells, J. Donovan, P. Ewings [et al.] // *B. J. U. Int.* – 2000. – Vol. 85, № 4. – P. 440-445.

42. Efficacy and tolerability of finasteride in symptomatic benign prostatic hyperplasia: a primary care study. Primary Care Investigator Study Group / J. L. Tenover, G. A. Pagano, A. S. Morton [et al.] // *Clin. Ther.* – 1997. – Vol. 19, № 2. – P. 243-258.

#### НЕПСИХОТИЧЕСКИЕ ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

В.И. Очкаляс, С.И. Табачников, В.А. Руженков

В обзоре рассматривается распространенность непсихотических психических расстройств у больных доброкачественной гиперплазией предстательной железы, их клиническая структура и механизм формирования. Обсуждаются возможные пути оказания психофармакологической и психотерапевтической помощи.

**Ключевые слова:** доброкачественная гиперплазия предстательной железы, аденома простаты, дизурические расстройства, непсихотические психические расстройства, депрессия, тревожная депрессия

#### NON-PSYCHOTIC MENTAL DISORDERS BY BENIGN HYPERPLASIA OF PROSTATIC GLAND

V.I. Ochkyas, S.I. Tabachnikov, V.A. Ruzhenkov

The prevalence of non-psychotic mental disorders by patients with benign hyperplasia prostatic gland, their clinical structure and mechanism of formation is the subject of this report. The possible ways in which psychopharmacological and psychotherapeutic help are discusses.

**Keywords:** Benign hyperplasia of prostatic gland, prostatic adenoma, dysuric disturbance, non-psychotic mental disorders, depression, worried depression

УДК 616.89-612.821

О.М. Зінченко

#### ДИНАМІКА ЗАГАЛЬНОЇ ТА ПЕРВИННОЇ ЗАХВОРЮВАНОСТІ НА РОЗЛАДИ ПСИХІКИ ТА ПОВЕДІНКИ НАСЕЛЕННЯ ЧЕРНІВЕЦЬКОЇ ОБЛАСТІ У 2000-2010 РОКАХ

Міністерство охорони здоров'я України

**Ключові слова:** психічні розлади, захворюваність, жителі села, жителі міста, психіатрична допомога

Психічне здоров'я - важливий елемент громадського здоров'я, що визначає економічне і соціальне благополуччя людини і суспільства в цілому [3, 4]. Відомо, що клімато-географічна, соціально-демографічна і адміністративно-економічна своєрідність різних територій впливає на формування і динаміку здоров'я населення, у тому числі психічне [1;2;5].

Загальноприйнято оцінювати стан психічного здоров'я за показникам, які характеризують загальну та первинну захворюваність на психічні розлади у населення. Проведений нами аналіз деяких соціально значимих показників, за даними звернення в установи психіатричної служби Чернівецької області у 2000-2010 роках дозволив виявити їх особливості у динаміці.

У 2010 р. до лікувально-профілактичних закладів Чернівецької області за психіатричною допомогою звернулося 22119 осіб (у 2000 р. - 20985). З цього числа

3176 осіб склали діти; 1231 - підлітки; 17712 - дорослі.

У порівнянні з 2000 р. кількість дорослих, що звернулися за допомогою збільшилося на 13,4%, а підлітків та дітей зменшилося на 15,2% і 18,8% відповідно.

Показники психічного здоров'я населення Чернівецької області за період з 2000 по 2010 р. характеризуються зростанням на 9,36% загальної захворюваності на розлади психіки та поведінки (рис. 1).

У структурі контингенту хворих у 2010 році переважали хворі з непсихотичними психічними розладами (47,98%), хворі з розладами психіки психотичного характеру і розумовою відсталістю становили 22,2% і 29,82% відповідно. В порівнянні з 2000 р. зрушення в структурі були мінімальними (табл. 1).

По групах розладів і окремих нозологіях показники загальної захворюваності мали тенденцію до зростання (табл. 2).