

На следующий день выполнена КТ, при которой обнаружен конкремент средней трети правого мочеточника диаметром до 9 мм, плотностью 599 НУ, а также конкремент левой почки диаметром 7 мм, плотностью 386 НУ.

Решено выполнить контактную литотрипсию справа. Было получено согласие пациента. За 4 ч до вмешательства пациент принял 3 г препарата Фосфомицин Эспарма внутрь. Проведена пневматическая уретеролитотрипсия, фрагменты конкремента эвакуированы с помощью корзины для захвата камней. Установлен мочеточниковый стент.

Послеоперационный период протекал спокойно. Через 24 ч после контактной литотрипсии пациент принял еще 3 г препарата Фосфомицин Эспарма.

При выписке пациенту с оставшимся интактным конкрементом левой почки рекомендован прием препарата Блемарен® с учетом рН мочи, биохимический анализ суточной мочи, регулярное проведение УЗИ и лабораторного контроля.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Микробы присутствуют в значительной доле неструвитных камней, независимо от того, есть у пациента симптоматическая инфекция мочевых путей или нет. С учетом ограниченной роли бактериологического исследования мочи в определении того, инфицирован конкремент или нет, все пациенты с уролитиазом нуждаются

в антибиотикопрофилактике перед инвазивными вмешательствами, направленными на дезинтеграцию камня. Пациентам с уролитиазом и активными инфекциями мочевых путей необходимо активное лечение с целью санации мочевого тракта и ликвидации конкремента. Решить эти задачи по отдельности нельзя. Комбинация фосфомицина трометамола (Фосфомицин Эспарма) и цитратных смесей (Блемарен®) хорошо зарекомендовала себя при инфекциях мочевыводящих путей на фоне уратного нефролитиаза.

Литература

1. Tavichakontrakool R., Prasongwattana V., Sungkeeree S. et al. Extensive characterizations of bacteria isolated from catheterized urine and stone matrices in patients with nephrolithiasis. *Nephrol Dial Transplant*. 2012;27(11):4125–4130.
2. De Cogain M.R., Lieske J.C., Vritska T.J. et al. Secondarily infected non-struvite urolithiasis: a prospective evaluation. *Urology*. 2014;84(6):1295–1300.
3. Шатылко Т.В., Попков В.М., Королёв А.Ю., Трошановский К.В. Предикторы выявления уретеролитиаза у пациентов отделения экстренного приема. Научные ведомости Белгородского государственного университета. Медицина. Фармация. 2019;42(1):107–116. [Shatylo T.V., Popkov V.M., Korolev A. Yu., Troshanovskiy K.V. Predictors of ureterolithiasis in emergency department patients. *Belgorod State University Scientific bulletin. Medicine. Pharmacy*. 2019;42(1):107–116 (in Russ.)].
4. Clayman R.V. Incidence of urinary tract infection in patients without bacteriuria undergoing SWL: comparison of stone types. *J Urol*. 1999;161:727–728.
5. Segura J.W. Staghorn calculi. *Urol Clin North Am*. 1997;24:71.

Полный список литературы Вы можете найти на сайте <http://www.rmj.ru>

Анализ психологических нарушений у больных местно-распространенным раком предстательной железы

Академик РАН В.А. Солодкий, профессор А.Ю. Павлов, к.м.н. А.Д. Цыбульский, к.м.н. А.Г. Дзидзария, к.м.н. Р.А. Гафанов, А.С. Пчелинцев

ФГБУ «РНЦПР» Минздрава России, Москва

РЕЗЮМЕ

Цель исследования: провести оценку степени выраженности психологических изменений у больных местно-распространенным раком предстательной железы (РПЖ) на фоне лечения.

Материал и методы: больные местно-распространенным РПЖ, находящиеся на лечении в ФГБУ «РНЦПР» Минздрава России, были распределены на 2 группы: 1-я группа — 58 пациентов, получивших лечение в объеме стандартного 6-польного фотонного облучения, 2-я группа — 49 пациентов, получивших лечение в объеме СЛТ (брахитерапия с последующей фотонной лучевой терапией). Психопатологические нарушения определялись с помощью самостоятельного заполнения пациентами опросника-самоотчета AMS (опросник симптомов старения мужчины — *Aging Males' Symptoms*) до и после проведенного комплексного лечения (на 3, 6, 12 мес.).

Результаты исследования: при поступлении в клинику количество пациентов с симптомами раздражительности и депрессии достигало 50%. Еще чаще (75% случаев) отмечалась нервозность (тревожность). Через 3 мес. после проведения комплексного лечения психопатологические симптомы возросли в обеих группах: нервозность отмечалась у 79,3% и 55,1%, симптомы депрессии — у 58,6% и 48,9% в 1-й и 2-й группах соответственно. Спустя 6 мес. после лечения раздражительность была одинаковой в обеих группах, нервозность (55,2%) и тревожность (32,7% и 18,4%) встречались чаще в 1-й группе, чем во 2-й, симптомы депрессии отмечались в 1-й группе у 50% мужчин, во 2-й группе — у 32,6%. Спустя 12 мес. симптомы нервозности, тревожности и депрессии встречались достоверно чаще в 1-й группе больных в течение всего периода наблюдения ($p < 0,05$).

Заключение: выявлено, что наиболее часто встречались тревожно-депрессивные расстройства в 1-й группе, что связано с большим количеством осложнений после окончания лечения, по сравнению со 2-й группой.

Ключевые слова: рак предстательной железы, брахитерапия, депрессия, тревожность, нервозность, психологические расстройства. **Для цитирования:** Солодкий В.А., Павлов А.Ю., Цыбульский А.Д. и др. Анализ психологических нарушений у больных местно-распространенным раком предстательной железы. *РМЖ*. 2019;2:52–55.

ABSTRACT**Analysis of psychological disorders in patients with localized prostate cancer**

V.A. Solodkii, A.Yu. Pavlov, A.D. Tsybul'skiy, A.G. Dzizaria, R.A. Gafanov, A.S. Pchelintsev

*Russian Research Center of Radiology and Nuclear Medicine, Moscow***Aim:** to assess the degree of psychological changes in patients with localized prostate cancer (PC) against the background of treatment.**Patients and Methods:** patients with localized PC who are under treatment in the Russian Research Center of Radiology and Nuclear Medicine were divided into 2 groups. The 1st group — 58 patients with localized PC who received treatment in the volume of standard 6-field photon irradiation. The 2nd group — 49 patients with localized PC who received SLT treatment (brachytherapy followed by photon radiation therapy). Psychopathological abnormalities were determined by independent completion of the AMS self-report questionnaire (Aging Males' Symptoms) by the patients before and after the complex treatment (in 3, 6, 12 months).**Results:** the number of patients with symptoms of irritability and depression reached 50% on admission to the clinic. Nervousness (anxiety) was even more frequent (75% of cases). After 3 months of complex treatment psychopathological symptoms increased in both groups: nervousness 79.3% and 55.1%, symptoms of depression 58.6% and 48.9% in the 1st and 2nd groups respectively. After 6 months of treatment, irritability was the same in both groups, nervousness (55.2%) and anxiety (32.7% and 18.4%) were more frequent in 1st group than in 2nd group, symptoms of depression were observed in 1st group in 50% of men, in 2nd group in 32.6%. After 12 months the symptoms of nervousness, anxiety and depression were observed more often in the 1 group of patients during the whole period of observation ($p < 0.05$).**Conclusion:** it was found that anxiety-depression disorders were most frequent in 1st group, which is associated with a greater number of complications in the post-treatment period compared to 2nd group.**Keywords:** prostate cancer, brachytherapy, depression, anxiety, nervousness, psychological disorders.**For citation:** Solodkii V.A., Pavlov A.Yu., Tsybul'skiy A.D. et al. Analysis of psychological disorders in patients with localized prostate cancer. *RMJ*. 2019;2:52–55.**ВВЕДЕНИЕ**

На современном этапе представляется важным при изучении качества жизни (КЖ) больных оценивать не только степень сохранности их физических функций и способность к активности, но социально-психологические аспекты КЖ. В настоящее время в системе здравоохранения специальные учреждения, оказывающие помощь онкологическим больным, по ряду причин не способны осуществлять комплексную реабилитацию.

Одной из важных психологических проблем в онкологической клинике является проблема реакции личности на болезнь. От учета этих реакций во многом зависит общий успех лечения. Вместе с тем существует достаточно глубокий разрыв между современными, постоянно усложняющимися методами специального лечения, поставленными на строго научную основу, и уровнем знаний практикующих врачей об особенностях психического состояния онкологических больных. Такой разрыв оказывает влияние на характер, течение, эффективность лечения, на психическую активность больных, возможности их социально-трудовой реабилитации и в конечном итоге на продолжительность их жизни [1].

Онкологические заболевания приводят не только к функциональным и органическим нарушениям. Их особенностью, очень важной для восстановительного лечения, является то, что они ставят перед больным сложные психологические проблемы. Диагноз «рак» или даже просто госпитализация в онкологическую клинику являются сильнейшей психологической травмой. Онкологическое заболевание следует рассматривать как человека, находящегося в серьезной стрессовой ситуации. Длительное тяжелое соматическое заболевание, госпитализация, отрыв от привычного окружения, потеря социального статуса, возможность калечащей операции, приводящей к инвалидности, угроза смерти — все это разрушает при-

вычные стереотипы поведения, выработанные в течение всей жизни, изменяют систему ценностей и эталонов, существенно перестраивая личность больного, и ставят его перед проблемой адаптации к новым условиям жизни. Хотя значимость подобных вопросов и ясна, необходимо еще много усилий, чтобы врачи осознали, что вопрос о том, какую жизнь больной будет вести после лечения, не менее важен, чем то, каковы будут результаты самого лечения [1, 2].

В Российском научном центре рентгенодиагностики при изучении проблемы влияния комплексного лечения на качество жизни больных местно-распространенным раком предстательной железы (РПЖ) одна из поставленных задач заключалась в определении влияния основного заболевания на частоту и выраженность психоэмоциональных нарушений.

При лечении местно-распространенного РПЖ, при котором опухоль прорастает за пределы капсулы железы, предпочтение отдается комплексной терапии, которая предусматривает методы лучевого воздействия в сочетании с гормонотерапией. Существуют две общепризнанные методики лучевой терапии: дистанционная лучевая терапия и сочетанная лучевая терапия (СЛТ) — брахитерапия с дистанционной лучевой терапией.

Следствием лучевой терапии являются постлучевые циститы, ректиты, имеющие соответствующую симптоматику в виде дизурических явлений, запоров. От 30 до 60% пациентов лишаются потенции. Недержание мочи, стриктура уретры встречаются у 5–10% мужчин. Кроме того, возможны ректальные кровотечения и гематурия, ректоретральные, ректовезикальные свищи, нарушения мочеиспускания.

Лучевая терапия нередко вызывает повышенную утомляемость, которая может усиливаться в процессе облучения. Важно знать о том, что облучение может сопровождаться эмоциональными нарушениями в виде сниженного

настроения, тревоги, раздражительности, страхов, чувства одиночества и безнадежности [3, 4]. Эти явления временные и проходят самостоятельно, однако в некоторых случаях может потребоваться врачебная или психологическая помощь.

Цель исследования: провести оценку степени выраженности психологических изменений у больных местно-распространенным РПЖ на фоне лечения.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Больные местно-распространенным РПЖ, находящиеся на лечении в ФГБУ «РНЦРР» Минздрава России, были распределены на 2 группы: 1-я группа — 58 пациентов, получивших лечение в объеме стандартного 6-польного фотонного облучения с уровнем очаговых доз на весь объем малого таза и локальными дозами в диапазоне 68–72 Гр; 2-я группа — 49 пациентов, получивших лечение в объеме СЛТ (брахитерапия суммарной очаговой дозой (СОД) 110 Гр, с последующей фотонной лучевой терапией СОД 44–46 Гр).

Психопатологические нарушения определялись с помощью самостоятельного заполнения пациентами опросника-самоотчета AMS (Опросник симптомов старения мужчины — Aging Males' Symptoms). Для оценки динамики изменения психологических нарушений в 1-й и 2-й группах до и после комплексного лечения все пациенты заполняли самоопросники AMS на 3, 6, 12 мес. после проведенного комплексного лечения.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Психопатологические нарушения определены у больных, поступивших без какого-либо лечения. Многие больные при поступлении не знали своего диагноза. Больные, которые обследовались ретроспективно, не могли четко определить свое психологическое состояние непосредственно в дооперационном периоде и поэтому не были включены в таблицу 1.

Как видно из таблицы 1, у пациентов наиболее часто встречались нервозность и депрессивная симптоматика. Тревожные и депрессивные реакции являются самыми распространенными эмоциональными реакциями на стрессовые события, разочарования и утраты в жизни. Неудивительно поэтому, что они часто встречаются вместе, хотя в феноменологическом и филогенетическом отношениях

представляют собой совершенно разные явления. Тревога отражает состояние повышенной готовности организма к быстрому ответу на возможные внешние стрессовые факторы; депрессия — состояние подавленности, угнетения, часто вследствие осознания безвыходности ситуации, разочарования в жизни. Нередко депрессия развивается вторично, после длительного состояния тревоги, когда адаптационные резервы человека исчерпываются и наступает состояние декомпенсации. Психические реакции на стрессовые события и расстройства невротического уровня, развивающиеся в ответ на длительно сохраняющуюся стрессовую ситуацию, следует отличать от более тяжелых психопатологических расстройств, таких как, например, рекуррентная депрессия, паническое расстройство и т. д. При развитии хронических заболеваний рецидивирующего характера у пациентов, как правило, развиваются нарушения в виде тревожно-депрессивных реакций и расстройств невротического круга, которые проявляются сниженным, угнетенным настроением, чувством постоянного беспокойства, напряжения. В исследованиях было показано, что тревожно-депрессивные расстройства как пограничная психическая патология большей частью наблюдаются в общемедицинской практике, где распознаются далеко не всегда [4–7]. Кроме того, тревога и депрессия принимают участие в патогенезе многих соматических расстройств (например, гипертонической болезни, стенокардии, инфаркта миокарда, бронхиальной астмы и др.) и оказывают существенное влияние на эффективность лечения и прогноз заболевания [6, 8].

Выраженность психологических симптомов у больных при поступлении в стационар представлена на рисунке 1.

Анализ психологических нарушений у больных при поступлении в клинику показал, что количество пациентов с симптомами раздражительности и депрессии достигало 50%. Еще чаще (75% случаев) отмечалась нервозность (тревожность) — внутреннее напряжение, суетливость, беспокойство.

Динамика изменения психологических нарушений в 1-й и 2-й группах через 3, 6 и 12 мес. после комплексного лечения представлена в таблице 2.

Из таблицы 2 видно, что после проведения комплексного лечения выраженность психопатологических симптомов возросла в обеих группах. Это связано с агрессивно-

Таблица 1. Психологические нарушения у больных при поступлении (n=62)

Симптом	Количество больных (%)
Раздражительность (ощущение агрессивности, раздражение по пустякам)	28 (45,16%)
Нервозность (внутреннее напряжение, суетливость, беспокойство)	47 (75,8%)
Тревожность (чувство тревоги, приступы паники)	18 (29,03%)
Симптомы депрессии (чувство подавленности, грусти, тоски, слезливость, уныние, апатия, ангедония, эмоциональная лабильность, чувство бесполезности)	34 (54,83%)
Опущенность, ощущение «дошел до ручки»	5 (8,06%)

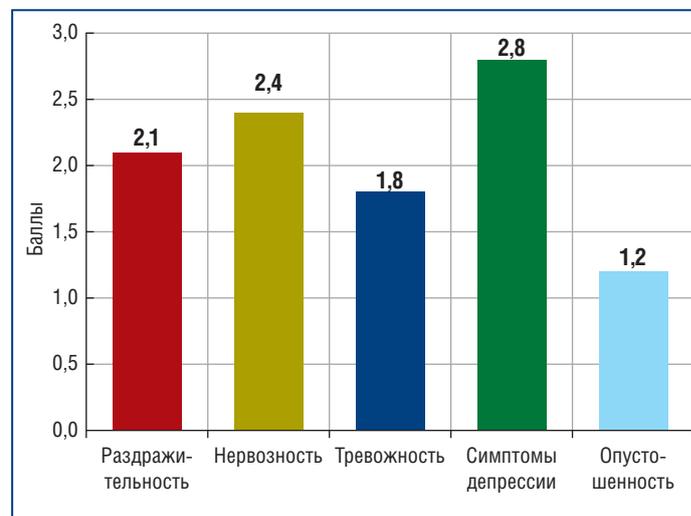


Рис. 1. Выраженность психологических симптомов у больных при поступлении (n=62)

Таблица 2. Психологические нарушения у больных после лечения в группах через 3, 6 и 12 мес. (n=107)

Симптом	3 мес.			6 мес.			12 мес.		
	1-я группа, %	2-я группа, %	P	1-я группа, %	2-я группа, %	P	1-я группа, %	2-я группа, %	P
Раздражительность (ощущение агрессивности, раздражение по пустякам)	51,7	42,8	0,36	29,3	28,5	0,91	20,6	20,4	0,971
Нервозность (внутреннее напряжение, суетливость, беспокойство)	79,3	55,1	0,007	55,2	44,8	0,289	51,7	32,6	0,047
Тревожность (чувство тревоги, приступы паники)	36,2	24,4	0,191	32,7	18,4	0,041	31,03	14,2	0,041
Симптомы депрессии (чувство подавленности, грусти, тоски, слезливость, уныние, апатия, ангедония, эмоциональная лабильность, чувство бесполезности)	58,6	48,9	0,318	50	32,6	0,052	43,1	22,5	0,024
Опущенность, ощущение «дошел до ручки»	5,2	–	0,106	–	–	–	–	–	–

стью лучевого лечения, возникновением ранних лучевых осложнений и неуверенностью больных в радикальности проведенного лечения.

При количественной оценке симптомов психологических нарушений спустя 6 мес. после комплексного лечения отмечено, что раздражительность была одинаковой в обеих группах, нервозность встречалась чаще в 1-й группе (55,2%). Тревожность также чаще встречалась в 1-й группе, чем во 2-й — 32,7% и 18,4% соответственно ($p < 0,05$). Симптомы депрессии отмечались в 1-й группе у 50% мужчин, во 2-й группе — у 32,6% ($p = 0,052$). Таким образом, психологические симптомы в виде раздражительности и нервозности в период 6 мес. после комплексного лечения достоверно не отличались в обеих группах. Однако тревожно-депрессивный синдром диагностирован достоверно чаще в 1-й группе больных ($p < 0,05$).

Спустя 12 мес. после комплексного лечения нами была проведена количественная оценка, отражающая встречаемость психологических нарушений у больных в обеих группах после лечения осложненной комплексной терапии (табл. 2). После оценки психопатологических нарушений отмечено, что в 1-й и 2-й группах симптомы раздражительности достоверно не отличались и составляли 20,6% и 20,4% соответственно. Симптомы нервозности, тревожности и депрессии встречались достоверно чаще в 1-й группе больных в течение всего периода наблюдения ($p < 0,05$). Такие различия встречаемости психопатологических нарушений в группах в определенной мере обусловлены спектром лучевых осложнений после комплексного лечения и их относительно скудной динамикой на фоне консервативной терапии.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Более чем у половины онкологических больных еще при поступлении в онкологический стационар встречаются психопатологические нарушения различной степени выраженности. В дальнейшем у больных мест-

но-распространенным РПЖ после лучевого лечения отмечается снижение качества жизни за счет возникновения ранних и поздних лучевых изменений мочеполовой системы и ректосигмоидного отдела толстой кишки, что, в свою очередь, усугубляет психоэмоциональное состояние больных, приводя к тяжелым психопатологическим нарушениям, ухудшая течение различных сопутствующих заболеваний.

Врачам общей клинической практики необходимо обратить внимание на проблему психического состояния онкологических больных после радикального лечения. Реабилитация таких больных должна включать в себя не только комплекс мероприятий, направленных на устранение функциональных изменений, но и консультации клинических психологов с целью выявления и своевременной коррекции психических и психосоматических нарушений.

Литература

1. Смудевич А.Б. Депрессия в общемедицинской практике. М.: Берез; 2000. [Smulevich A.B. Depression in general medical practice. M.: Bereg; 2000 (in Russ.).]
2. Cohen-Cole S.A., Stoudemire A. Major depression and physical illness. Special considerations in diagnosis and biologic treatment. *Psychiatr. Clin. North. Am.* 2007;10(3):1-17.
3. Klein D.F. The treatment of atypical depression. *Eur. Psychiat.* 1993;8(5):251-255.
4. Краснов В.Н. Психиатрические расстройства в общемедицинской практике. РМЖ. 2002;25(144):1187-1191 [Krasnov V.N. Psychiatric disorders in general medical practice. *RMJ.* 2002; 25 (144):1187-1191 (in Russ.).]
5. Органов Р.Г., Ольбинская Л.И., Смудевич А.Б. и др. Депрессия и расстройства депрессивного спектра в общемедицинской практике. Результаты программы КОМПАС. *Кардиология.* 2004;1:48-55 [Organov R.G., Ol'binskaya L.I., Smulevich A.B. et al. Depression and depressive spectrum disorders in general medical practice. Results of the COMPASS program. *Cardiology.* 2004;1:48-55 (in Russ.).]
6. Смудевич А.Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях. М.: Медицинское информационное агентство; 2003. [Smulevich A.B. Depression with somatic and mental illness. M.: Medical Information Agency; 2003 (in Russ.).]
7. Lodo A., Campos R. Managing the psychiatry/primary care interface. In: *Depression and Physical Illness.* Eds. Robertson M., Katona C. Chichester, John Wiley and Sons, 1997.
8. Koenig H.G., Meador K.G., Shelp F. et al. Major depressive disorder in hospitalized medically ill patients: an examination of young and elderly male veterans. *J. Am. Geriatr. Soc.* 1991;39(9):881-890.