

К.К. Яхин, А.Р. Нуртдинов, М.Э. Ситдыкова  
**ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ И ПСИХИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ПАЦИЕНТОВ  
 С ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИЕЙ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**  
*ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет»  
 Минздрава России, г. Казань*

Среди урологической патологии у мужчин пожилого и старческого возраста доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ) является самой распространенной. Целью исследования явилось выявление особенностей личности и психического состояния пациентов с ДГПЖ, приверженных и не приверженных к хирургическому лечению.

В исследование включены 80 пациентов с ДГПЖ, из которых 42-м выполнена чреспузырная аденомэктомия, а 38 пациентов отказались от оперативного вмешательства. Обследование проводили с помощью стандартного диагностического алгоритма. Все пациенты были разделены на 2 группы: прооперированные (аденомэктомия) и отказавшиеся от хирургического лечения. Особенности личности и психического ее состояния исследовали с помощью анкетирования пациентов. Результаты проведенных исследований по изучению психосоматического состояния пациентов позволяют заключить, что у пациентов, согласившихся на радикальную операцию (аденомэктомию), выявлен астено-вегетативный синдром, а у пациентов, отказавшихся от оперативного лечения и отдавших предпочтение медикаментозной терапии, отмечены нарушения в психическом состоянии – тревожно-депрессивный синдром.

**Ключевые слова:** аденомэктомия, особенность личности и психическое состояние.

К.К. Yakhin, A.R. Nurtdinov, M.E. Sitdykova  
**FEATURES OF PERSONALITY AND MENTAL STATE  
 OF PATIENTS WITH BENIGN PROSTATIC HYPERPLASIA**

Benign prostatic hyperplasia (BPH) is the commonest urologic pathology among male patients of old and senile age. The study aimed to determine features of personality and mental state of patients with BPH treated and not treated surgically.

The study included 80 patients with BPH, 42 of which underwent intravesical adenectomy, 38 – refused surgical intervention. The survey included a standard diagnostic algorithm. All patients were divided into 2 groups: operated (adenectomy) and those who refused surgical treatment. All patients were examined for personality characteristics and mental state by getting through questionnaire. The conducted researches on studying psychosomatic condition of patients allow to conclude that in patients who agreed to a radical operation - adenectomy, the main manifestations were based on the symptomatology of the underlying disease (astheno-vegetative syndrome); patients who refused surgical treatment and gave preference to medical therapy, revealed violations in the mental state in the form of an anxiety-depressive syndrome.

**Key words:** adenectomy, personality peculiarity and mental state.

Среди урологической патологии у мужчин пожилого и старческого возраста доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ) является самой распространенной [8].

В настоящее время для лечения ДГПЖ применяются медикаментозная терапия, которая является лишь симптоматической, а также эндоскопические методы лечения и аденомэктомия [1,2,4,10,12,13].

Радикальным методом лечения больных с ДГПЖ является аденомэктомия, позволяющая устранить инфравезикальную обструкцию и ирритативную симптоматику [3,5,8,9]. Однако не всегда пациенты соглашаются на хирургическое лечение, откладывая его на неопределенный срок, принимая препараты в рамках симптоматической терапии.

Цель исследования – выявить особенности личности и психического состояния пациентов с ДГПЖ, приверженных и не приверженных к хирургическому лечению.

**Материал и методы**

В исследовании приняло участие 80 пациентов с установленным диагнозом ДГПЖ 2-й стадии. Из них 42 больных подверглись радикальной аденомэктомии (1-я группа), а 38

(2-я группа) отказались от оперативного вмешательства и отдали предпочтение медикаментозной терапии.

Согласно рекомендациям Европейской ассоциации урологов (EAU), все пациенты были обследованы с использованием стандартного диагностического алгоритма, включающего:

1. Обязательные методы исследования – анализ жалоб пациента по Международной системе оценки симптомов при заболеваниях предстательной железы (IPSS) в баллах, анализ качества жизни QoL в баллах, физикальное обследование, пальцевое ректальное обследование предстательной железы и семенных пузырьков, общий анализ мочи, оценка функционального состояния почек по определению уровня сывороточного креатинина, анализ сыворотки крови для определения уровня простатического специфического антигена (ПСА).

2. Рекомендуемые методы исследования – урофлоуметрия, ультразвуковое определение количества остаточной мочи.

3. Факультативные методы исследования – трансабдоминальное и трансуретральное УЗИ (ТРУЗИ), экскреторная урография.

У всех обследованных пациентов были показания к открытому хирургическому вмешательству. Однако 38 пациентов на момент осмотра и установки диагноза от хирургического лечения воздержались, хотя понимали, что в будущем такой вид лечения неизбежен. Для определения причин, по которым пациенты 2-й группы откладывали операцию, нами была поставлена задача изучить клинические проявления ДГПЖ и особенности личности и психического состояния пациентов обеих групп после

получения их согласия на дополнительное обследование психосоматического статуса.

Для решения этой задачи использовали методики определения психосоматического состояния, включающие опросник невротизации Яхина–Менделевича [14] и стандартизированный многопрофильный опросник личности (СМОЛ) [6, 7].

### Результаты и их обсуждение

Результаты проведенного обследования пациентов обеих групп представлены в табл. 1.

Таблица 1

| Показатели                                   | 1-я группа, М±m | 2-я группа, М±m | P      |
|--|-----------------|-----------------|--------|
| Оценка тяжести заболевания (IPSS), балл      | 23,58±0,95      | 16,05±0,86      | <0,001 |
| Индекс качества жизни (IPSS), балл           | 4,68±0,17       | 3,45±0,16       | <0,001 |
| Умакс, мл/с                                  | 7,64±0,40       | 8,5±0,76        | <0,001 |
| Уср, мл/с                                    | 4,06±0,45       | 5±0,10          | <0,001 |
| Объем предстательной железы, см <sup>3</sup> | 67,23±2,38      | 67,8±3,58       | >0,05  |
| Объем остаточной мочи, мл                    | 61,3±8,8        | 68,2±5,16       | <0,001 |

P – коэффициент достоверности изменений по сравнению с группой пациентов без симптомов ДГПЖ.

Сравнительный анализ полученных результатов обследования пациентов с ДГПЖ показал, что у пациентов обеих групп были абсолютные показания к хирургическому вмешательству, так как у них имели место снижение скорости мочеиспускания (7,64±0,40 и 8,5±0,76 мл/с соответственно), высокая оценка тяжести заболевания (23,58±0,95 и 16,05±0,86 балла соответственно) и низкий уровень качества жизни (4,68±0,17 и 3,45±0,16 балла соответственно). Кроме того, по данным объективного обследования у всех 80 пациентов были установлены: увеличенный объем предстательной железы (67,23±2,38 см<sup>3</sup>; 67,8±3,58 см<sup>3</sup>) и объем остаточной мочи

(61,3±8,8 мл; 68,2±5,16 мл), что также обосновывает показания к хирургическому лечению.

Для выявления связи отказа от хирургического лечения с предположительно имеющимися особенностями психосоматического статуса нами был использован опросник невротизации Яхина–Менделевича (1979), который позволил выявить предикторы выбора метода лечения. Анкетирование проводилось с согласия пациентов после полного стандартного обследования по поводу ДГПЖ, обоснования диагноза и показаний к хирургическому лечению. Анкета содержала перечень состояний, которые пациенты отмечали у себя (табл. 2).

Таблица 2

| Состояние самочувствия пациентов за последний период времени | 1-я группа | 2-я группа | P      |
|--|------------|------------|--------|
| Поверхностный и беспокойный сон                              | 55         | 40         | <0,001 |
| Затрудненное засыпание                                       | 62,50      | 20         | <0,001 |
| Повышенная утомляемость, усталость                           | 75         | 50         | <0,001 |
| Снижение работоспособности                                   | 50         | 25         | <0,001 |
| Рассеянность и невнимательность                              | 55         | 40         | <0,001 |
| Снижение потребности в интимной жизни                        | 90         | 75         | <0,001 |
| Раздражительность и вспыльчивость                            | 35         | 55         | <0,001 |
| Неспособность радоваться жизни и получать удовольствие       | 50         | 10         | <0,001 |
| Тревога и беспокойство                                       | 75         | 100        | <0,001 |
| Потливость   | 52,5       | 20         | <0,001 |
| Обидчивость  | 57,5       | 20         | <0,001 |
| Стремление к одиночеству                                     | 25         | 50         | <0,001 |
| Скованность и неуверенность в незнакомой обстановке          | 45         | 65         | <0,001 |
| Частые головные боли   | 62,5       | 20         | <0,001 |
| Красные пятна на лице при волнениях и расстройствах          | 60         | 30         | <0,001 |
| Перепады настроения  | 55         | 40         | <0,001 |
| Чувство вины   | 40         | 70         | <0,001 |

P – коэффициент достоверности различий между пациентами 1- и 2-й групп.

Анализ результатов анкетирования показал, что для группы пациентов, отказавшихся от хирургического лечения (2-я группа), основными показателями нарушения психо-

соматического статуса были: тревога, повышенная утомляемость, скованность, неуверенность, стремление к одиночеству, чувство вины. Для пациентов, согласившихся на опе-

ративное вмешательство, проявления нарушений психосоматического статуса основывались на симптоматике основного заболевания ДГПЖ (поверхностный сон, затрудненное засыпание, головные боли, усталость, раздражительность в связи симптоматикой заболевания, потребность в интимной жизни).

Для личностной характеристики пациентов использовался стандартизированный многопрофильный опросник (СМОЛ), результаты анкетирования по которому представлены в табл. 3.

Анализ результатов анкетирования по СМОЛ показал, что для группы пациентов, отказавшихся от хирургического лечения (2-я группа), основными показателями нарушения психосоматического статуса были депрессия

(неспособность принимать решения самостоятельно, неуверенность в себе, склонность к тревогам, отчаянность), истерия (склонность к неврологическим защитным реакциям конверсионного типа, при которых пациенты используют симптомы соматического заболевания как средство избегания ответственности и все проблемы решают «уходом в болезнь»). Основными показателями для пациентов, согласившихся на операцию аденомэктомии, были паранойяльность (склонность к формированию «сверхценных» идей, агрессивность, злопамятность), шизоидность (повседневные радости и горести не вызывают эмоционального отклика), гипомания (приподнятое настроение, активность, энергичность, но интересы поверхностные).

Таблица 3

Личностная характеристика пациентов (по СМОЛ), балл

| Шкалы, отражающие определенное свойство личности | 1-я группа | 2-я группа | P      |
|--|------------|------------|--------|
| Ипохондрия                                       | 58,0±1,3   | 59,55±1,44 | >0,05  |
| Депрессия  | 43,2±1,4   | 46,45±1,39 | <0,05  |
| Истерия  | 40,79±1,77 | 44,8±1,73  | <0,05  |
| Психопатия                                       | 38,73±1,62 | 37,55±1,01 | >0,05  |
| Паранойяльность                                  | 36,8±1,45  | 27,2±1,29  | <0,001 |
| Психастения                                      | 56,8±1,67  | 56,55±1,19 | >0,05  |
| Шизоидность                                      | 53,2±1,24  | 51,4±0,96  | <0,05  |
| Гипомания  | 39,1±1,61  | 36,75±1,06 | <0,05  |

P – коэффициент достоверности различий между пациентами 1- и 2-й групп.

Анализ результатов анкетирования показал, что у пациентов 1-й группы выявлен астеновегетативный синдром, однако это не препятствовало выбору хирургического лечения и подтверждало способность пациента объективно оценить его необходимость.

В то время как пациенты, отказавшиеся от хирургического лечения, в силу выраженности симптомов невротизации не воспринимали объективное убеждение в необходимости хирургического лечения ни в одном из случаев. Все пациенты с тревожно-депрессивным синдромом продолжали медикаментозное лечение.

Углубленное обследование показало, что предикторами согласия на хирургическое лечение или отказ от лечения являются две группы факторов. Первая группа обусловлена клиническими проявлениями ДГПЖ, которые по всем показателям, кроме объема предстательной железы, достоверно отличаются у лиц, отказавшихся от хирургического лечения, более тяжелыми проявлениями клинической симп-

томатики (тяжесть заболевания (IPSS), качество жизни (IPSS), V<sub>макс.</sub>, V<sub>ср.</sub> предстательной железы, объем остаточной мочи).

Вторая группа факторов обусловлена особенностями личности и текущего психического состояния обследованных. У пациентов, согласившихся на оперативное вмешательство, выявлен астеновегетативный синдром, который основывался на симптоматике основного заболевания. У пациентов, отказавшихся от хирургического лечения, основными показателями нарушений психосоматического статуса был тревожно-депрессивный синдром.

Таким образом, оценка психического состояния пациентов с ДГПЖ, приверженных и не приверженных к хирургическому лечению, и определение особенностей личности методом анкетирования (с согласия пациента) позволяют специалисту-урологу по результатам беседы с пациентом о методах лечения по поводу ДГПЖ предположить выбор пациента и обоснованно назначить симптоматическую терапию.

#### Сведения об авторах статьи:

**Яхин Каусар Камилевич** – д.м.н., профессор, зав. кафедрой психиатрии ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России. Адрес: 420012, г. Казань, ул. Волкова, 80. Тел./факс: 8(843)264-32-73. E-mail: psychiatry-kgmu@mail.ru.

**Нуртдинов Айрат Робертович** – аспирант кафедры урологии ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России. Адрес: 420012, г. Казань, ул. Бутлерова, 49. E-mail: ayratik-88@mail.ru.

**Ситдыкова Марина Эдуардовна** – д.м.н., профессор, зав. кафедрой урологии ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России. Адрес: 420012, г. Казань, ул. Бутлерова, 49. Тел./факс: 8(843)236-76-47. E-mail: sitdikovaM@telebit.ru.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Аляев, Ю.Г. Комбинированное применение тамсозина и финастериды перед трансуретральной резекцией простаты / Ю.Г. Аляев, Л.М. Рапопорт, Д.Г. Цариченко // Эффективная фармакотерапия в урологии. – 2010. – № 3. – С. 6-8.
2. Как можно предотвратить прогрессирование заболевания? / Ю.Г. Аляев [и др.] // Consilium medicum. – 2008. – Т. 10, № 4. – С. 22-24.
3. О выборе способа аденомэктомии / О.И. Братчиков [и др.] // Пленум Всероссийского научного общества урологов : тез. докл. – Курск, 1993. – С. 26-27.
4. Винаров А.З. Медикаментозное лечение больных гиперплазией предстательной железы: дис. ... д-ра мед. наук. – М., 1999. – 273 с.
5. Винаров, А.З. Гиперплазия предстательной железы. Современное лечение / А.З. Винаров, Э.Г. Асламазов // Материалы X Российского съезда урологов. – М., 2002. – С. 33-42.
6. Зайцев, В.П. Вариант психологического теста Mini-Mult / В.П. Зайцев // Психологический журнал. – 1981. – № 3. – С. 118-123.
7. Зайцев, В.П. Психологический тест СМОЛ / В.П. Зайцев // Актуальные вопросы восстановительной медицины. – 2004. – № 2. – С. 17-19.
8. Современные аспекты оперативного лечения доброкачественной гиперплазии предстательной железы / А.А. Камалов [и др.] // Урология. – 2004. – № 1. – С. 30-34.
9. Наш опыт хирургического лечения доброкачественной гиперплазии предстательной железы / Б.К. Комяков [и др.] // Материалы X Российского съезда урологов. – М., 2002. – С. 125-126.
10. Лопаткин, Н.А., Доброкачественная гиперплазия предстательной железы / под ред. Н.А. Лопаткина. – М., 1999. – 216 с.
11. Лопаткин, Н.А. Урология. – М.: ГЭОТАР-МЕДИА, 2004. – 335 с.
12. Мартов, А.Г. Опыт применения дутастерида (Аводарт) перед трансуретральной резекцией доброкачественной гиперплазии простаты больших размеров / А.Г. Мартов, Д.В. Ергаков // Первый Российский конгресс по эндокринологии: тез. докл. – М., 2008. – С. 64-65.
13. Пушкарь, Д.Ю. Современный алгоритм обследования и лечения больных аденомой предстательной железы / Д.Ю. Пушкарь, П.И. Раснер // Урология. – 2007. – № 3. – С. 87-94.
14. Яхин, К.К. Клинический опросник для выявления и оценки невротических состояний / К.К. Яхин, Д.М. Менделевич // Клиническая и медицинская психология: практическое руководство. – М., 1998. – 563 с.

УДК 575.174.015.3

© Коллектив авторов, 2017

Э.Б. Имаева<sup>1</sup>, Т.Р. Насибуллин<sup>1</sup>, Я.Р. Тимашева<sup>1</sup>, В.В. Эрдман<sup>1</sup>,  
И.А. Туктарова<sup>1</sup>, Л.И. Хабибрахманова<sup>1</sup>, Г.Х. Мирсаева<sup>2</sup>, О.Е. Мустафина<sup>1,3</sup>  
**СОЧЕТАНИЯ ПОЛИМОРФНЫХ МАРКЕРОВ ГЕНОВ МОЛЕКУЛ АДГЕЗИИ,  
ХЕМОКИНОВ, ИХ РЕЦЕПТОРОВ И ГЕНА ФАКТОРА РОСТА  
ЭНДОТЕЛИЯ СОСУДОВ КАК ПОТЕНЦИАЛЬНЫЕ ПРЕДИКТОРЫ  
ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ**

<sup>1</sup>ФГБУН «Институт биохимии и генетики Уфимского научного центра РАН», г. Уфа<sup>2</sup>ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет»

Минздрава России, г. Уфа

<sup>3</sup>ФГБОУ ВО «Башкирский государственный университет» Минобрнауки России, г. Уфа

Эссенциальная гипертензия (ЭГ) – многофакторное полигенное заболевание, развитие которого обусловлено сложным взаимодействием множества средовых и генетических факторов. В настоящем исследовании проведён анализ ассоциаций с ЭГ сочетаний полиморфных маркеров rs5498 (K469E) гена *ICAM1*, rs3917010 (c.w928+420A>C), гена *VCAM1*, rs1024611 (-2518A>G), гена *CCL2*, rs1799864 (V64I), гена *CCR2*, rs3732378 (T280M) гена *CX3CR1*, rs333 ( $\Delta$ 32 I/D) гена *CCR5* и rs35569394 (-2549(18)I/D) гена *VEGFA*. Материалом для анализа послужили 196 образцов ДНК больных ЭГ мужчин и 301 образец ДНК практически здоровых мужчин. С помощью алгоритма APSampler обнаружены сочетания аллельных вариантов генов-кандидатов, ассоциированные с повышенным риском развития ЭГ, из которых наибольший интерес представляют *CCL2\*G/G+CCR2\*I*, *ICAM1\*E+VCAM1\*C+CCR5\*D+CX3CR1\*M*, *CAM1\*A+CCR2\*I+CX3CR1\*M*.

**Ключевые слова:** эссенциальная гипертензия, генетика, полиморфные маркеры генов-кандидатов, сочетания аллельных вариантов, алгоритм APSampler.

E.B. Imaeva, T.R. Nasibullin, Ya.R. Timasheva, V.V. Erdman,  
I.A. Tuktarova, L.I. Khabibrakhmanova, G.Kh. Mirsaeva, O.E. Mustafina  
**COMBINATIONS OF ADHESION MOLECULES, CHEMOKINS,  
THEIR RECEPTORS AND VASCULAR ENDOTHELIAL GROWTH FACTOR  
A GENE POLYMORPHISMS AS POTENTIAL PREDICTORS  
OF ESSENTIAL HYPERTENSION**

Essential hypertension (EH) is a multifactorial disease, caused by complex interaction between genetic and environmental factors. In this study we performed an analysis of the associations between EH and polymorphic markers in candidate genes: *ICAM1* rs5498 (K469E), *VCAM1* rs3917010 (c.w928+420A>C), *CCL2* rs1024611 (-2518A>G), *CX3CR1* rs3732378 (T280M), *CCR5* rs333 ( $\Delta$ 32 I/D) and *VEGFA* rs35569394 (-2549(18)I/D). For genotyping we used 196 DNA samples of men with EH and 301 DNA samples of almost healthy men. Using the APSampler algorithm, combinations of polymorphic markers associated with an increased risk of developing EH have been obtained, of which the most interesting are *CCL2\*G/G+CCR2\*I*, *ICAM1\*E+VCAM1\*C+CCR5\*D+CX3CR1\*M*, *VCAM1\*A+CCR2\*I+CX3CR1\*M*.

**Key words:** essential hypertension, genetics, polymorphic markers of candidate genes, combinations of allelic variants, APSampler algorithm.