

УДК 159

DOI: 10.34670/AR.2020.90.12.028

**Медико-социальный и психологический
«портрет» пациента с доброкачественной гиперплазией
предстательной железы (литературный обзор)**

Перевезенцев Егор Александрович

Кандидат медицинских наук, доцент,
Приволжский исследовательский медицинский университет
Министерства здравоохранения Российской Федерации,
603005, Российская Федерация, Нижний Новгород, пл. Минина и Пожарского, 10/1;
e-mail:peregal@yandex.ru

Гурвич Надежда Ильинична

Кандидат медицинских наук, доцент,
Приволжский исследовательский медицинский университет
Министерства здравоохранения Российской Федерации,
603005, Российская Федерация, Нижний Новгород, пл. Минина и Пожарского, 10/1;
e-mail:peregal@yandex.ru

Малыхина Анастасия Сергеевна

Приволжский исследовательский медицинский университет
Министерства здравоохранения Российской Федерации,
603005, Российская Федерация, Нижний Новгород, пл. Минина и Пожарского, 10/1;
e-mail:peregal@yandex.ru

Володин Марк Альбертович

Аспирант кафедры урологии им. Е.В. Шахова,
Приволжский исследовательский медицинский университет
Министерства здравоохранения Российской Федерации,
603005, Российская Федерация, Нижний Новгород, пл. Минина и Пожарского, 10/1;
e-mail:peregal@yandex.ru

Болгов Евгений Николаевич

Заведующий отделением,
Ставропольский краевой клинический консультативно-диагностический центр,
355017, Российская Федерация, Ставрополь, ул. Ленина, 304;
e-mail:peregal@yandex.ru

Аннотация

Доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ) и связанное с ней проявление симптомов нижних мочевыводящих путей (СНМП) является одним из наиболее распространенных заболеваний мужчин пожилого возраста. Клинические проявления ДГПЖ обнаруживаются у 90% мужского населения в возрасте 80 лет и старше. СНМП (чувство неполного опорожнения мочевого пузыря, ноктурия, слабый напор мочи и др.) и эректильная дисфункция оказывают значительное влияние на повседневную активность и снижают социальную и сексуальную уверенность мужчин, а значит и качество жизни, тем самым выводя данную патологию в ряд первоочередных медико-социальных проблем. Пациенты, страдающие данной патологией, имеют проявления клинической тревоги и депрессии. Лечение ДГПЖ представляет собой медикаментозную терапию или оперативное вмешательство. Для количественного определения качества жизни и тяжести симптомов ДГПЖ общепринято использование международной шкалы оценки простатических симптомов IPSS (International Prostatic Symptom Score). Несмотря на улучшение диагностики, многие пациенты обращаются к специалисту при наличии СНМП уже умеренной или тяжелой степени, так как считают появление данных симптомов характерным для своего возраста. Пожилые мужчины также выше оценивают уровень качества жизни и имеют меньший уровень тревожности, так как привыкают к появлению СНМП. Умеренная физическая активность и здоровая диета способны снизить клинические проявления ДГПЖ, позволяя отсрочить начало заболевания и предотвратить его прогрессирование.

Для цитирования в научных исследованиях

Перевезенцев Е.А., Гурвич Н.И., Малыхина А.С., Володин М.А., Болгов Е.Н. Медико-социальный и психологический «портрет» пациента с доброкачественной гиперплазией предстательной железы (литературный обзор) // Психология. Историко-критические обзоры и современные исследования. 2020. Т. 9. № 5А. С. 232-242. DOI: 10.34670/AR.2020.90.12.028

Ключевые слова

Доброкачественная гиперплазия предстательной железы, метаболический синдром, СНМП, ДГПЖ, психологический портрет пациента с ДГПЖ, социальный портрет пациента с ДГПЖ.

Введение

В современном мире количество пациентов с заболеваниями мочеполовой системы (МПС) неуклонно растет. Во многом это связано с улучшением системы диагностики, что позволяет выявлять патологию на раннем этапе, еще при отсутствии клинических проявлений, а также с повышением обращаемости мужчин за медицинской помощью в связи с развитием малоинвазивных методов лечения. Среди мужчин пожилого и старческого возраста самой распространенной урологической проблемой называют доброкачественную гиперплазию предстательной железы (ДГПЖ). Согласно современной геронтологической концепции, ДГПЖ является одним из четырех неонкологических заболеваний (вместе с сердечно-сосудистой патологией, депрессией, эректильной дисфункцией), которое влияет на качество жизни и

здоровье мужчин старше 50 лет [Семёнычев и др., 2017; Gorbachinsky, Akpınar, Assimos, 2010].

Основная часть

За последние 20 лет в динамике урологической заболеваемости болезни предстательной железы занимают одно из ведущих мест (например, прирост абсолютного числа пациентов с заболеваниями предстательной железы в период с 2002 по 2012 гг. составил +82,4%, что стало наиболее существенным приростом среди всей урологической патологии за данный период) [Аполихин и др., 2014]. Согласно статистическим данным, клинические признаки ДГПЖ у мужчин в возрасте 40-49 лет наблюдаются в 14% случаев, увеличиваются до 43% в возрасте 60-69 лет и достигают 90% к 80 годам [Себряков, 2012]. Такое широкое распространение выводит данную патологию в ряд первоочередных медико-социальных проблем. Анализ госпитализированной заболеваемости показал, что 22,7% пациентов, находящихся в урологическом отделении на госпитальном лечении, составляют мужчины с ДГПЖ. Данное заболевание занимает второе место по частоте встречаемости в стационаре после мочекаменной болезни (МКБ) – 32,3% среди всех пациентов и первое место у лиц мужского населения [Овод, Дремова, 2008].

На сегодняшний день патогенез ДГПЖ до конца не изучен, но ученые сходятся во мнении, что данное заболевание является мультифакторным с повышением активности фермента 5 α -редуктазы и нарушением гормонального баланса, связанного с обменом тестостерона и дигидротестостерона. Заболевание сопровождается ремоделированием тканей, связанным со старением, и повышением активности симпатической системы. К неуправляемым факторам риска, способствующим развитию ДГПЖ, относят возраст, наследственность и географическое место проживания (жители Юго-Восточной Азии менее подвержены развитию патологии по сравнению с жителями стран Запада) [De Nunzio et al., 2020]. Наличие отца или брата с ДГПЖ в анамнезе увеличивает частоту развития СНМП средней и тяжелой степени тяжести на 50%. К управляемым факторам относятся тяжелый физический труд и, наоборот, недостаточную двигательную активность, стаж курения свыше 10 лет, стрессы, нерегулярную половую жизнь, несбалансированное питание. С точки зрения патоморфологии ДГПЖ характеризуется пролиферацией как стромальных, так и эпителиальных клеток предстательной железы в переходной зоне, окружающей мочеиспускательный канал, вызывая ее увеличение. Это приводит к сдавливанию уретры и затруднению оттока мочи, что является одним из симптомов нижних мочевыводящих путей [Себряков, Малинина, 2012; Sarma, Wei, 2012]. Проявление СНМП также связано с возрастным андрогенным дефицитом, который является компенсаторной реакцией на фоне снижения уровня тестостерона и направлен на увеличение выработки дигидротестостерона (ДГТ) [Chumakov, Marchenko, Kravchenko, 2018].

На данный патофизиологический механизм направлена медикаментозная терапия ДГПЖ, которая, как правило, используется на ранних стадиях проявления заболевания. Терапия α -адреноблокаторами обеспечивает более быстрое облегчение симптомов за счет снижения тонуса гладкой мускулатуры предстательной железы и шейки мочевого пузыря и увеличения скорости мочевого потока. Ингибиторы 5 α -редуктазы (5АРИ) предотвращают трансформацию тестостерона в дигидротестостерон (ДГТ), который отвечает за гипертрофию и гиперплазию предстательной железы. Соответственно, данная терапия эффективна с точки зрения ингибирования роста простаты, уменьшения ее объема. Комбинированная терапия α -адреноблокаторами и 5АРИ может быть эффективна для пациентов с умеренным или тяжелым

течением СНМП для быстрого облегчения симптомов и долгосрочного лечения заболевания [Cindolo et al., 2013; Miner, 2009; Novara, Ficarra, Zattoni, 2014].

Несмотря на достаточно высокую эффективность лекарственной терапии ДГПЖ, около 40% мужчин с данной патологией получают оперативное лечение. Оно рекомендуется пациентам с нарастанием СНМП, неэффективностью медикаментозного лечения или при отказе от него. «Золотым стандартом» хирургического лечения ДГПЖ является трансуретральная резекция простаты (ТУР). Преимущества данного метода заключаются в меньшей травматичности по сравнению с открытой аденомэктомией, в более коротком периоде реабилитации и возможности применения у лиц с сопутствующими заболеваниями [Семенычев и др., 2014]. Тем не менее, в раннем послеоперационном периоде у большинства пациентов наблюдаются дизурические нарушения. Они обусловлены электротермическим действием на рефлексогенную зону задней уретры и шейку мочевого пузыря, в связи с которым в области ложа аденомы образуется ожоговая раневая поверхность и формируется зона некроза [Семёнычев и др., 2017].

Появление биполярной трансуретральной резекции в физиологическом растворе позволило оперировать пациентов с противопоказаниями к проведению монополярной ТУР (например, наличие кардиостимулятора), предотвратить развитие ТУР-синдрома и снизить частоту возникновения осложнений, таких как рефлекс запирательного нерва, который представляет из себя резкое сокращение группы мышц, приводящих бедро. К преимуществам биполярной ТУР простаты (TURB) также относят возможность удлинения времени и операции и, вследствие этого, возможность удаления большего объема ткани, лучший гемостаз без обугливания. TURB-методика особенно актуальна для пациентов с высоким риском кровотечения [Гордеев и др., 2016; Севрюков и др., 2010; Севрюков, 2012].

Все СНМП, возникающие при ДГПЖ, подразделяют на симптомы наполнения (ноктурия, учащенное мочеиспускание, императивные позывы к мочеиспусканию, недержание мочи), симптомы опорожнения (прерывистое, затрудненное мочеиспускание, слабый напор мочи) и постмикционные симптомы (подкапывание мочи, абдоминальное растяжение и неполное опорожнение мочевого пузыря). Все они, безусловно, влияют на качество жизни мужчин с данной патологией [Касян и др., 2016], при этом многие пациенты обращаются к специалисту при наличии уже умеренного или тяжелого течения СНМП. Ведущей причиной несвоевременного обращения за медицинской помощью, по данным социологических исследований, стало то, что 32,5% пациентов считали появившиеся симптомы характерными для своего возраста. Чуть менее распространенной причиной (31,5%) является отсутствие ярко выраженной симптоматики в начале заболевания. Таким образом, *цель исследования* заключалась в определении характерного медико-социального и психологического «портрета» больного с ДГПЖ.

Материалы и методы. Для написания обзора по данной теме были проанализированы следующие базы данных: Springer, PubMed, Cochrane library, eLibrary, Cyberleninca с использованием ключевых слов: benign prostatic hyperplasia, LUTS, transurethral resection of prostate, metabolic syndrome, ДГПЖ, ТУРП, медико-социальный «портрет» и психологический «портрет».

Результаты и обсуждение. ДГПЖ характеризуется увеличением объема простаты с характерными морфологическими изменениями. Прогрессивный рост заболеваемости связан как с инволютивными процессами в организме, так и с распространением факторов риска: гиподинамией, нерациональным питанием, стрессами, учащением простатитов, частым употреблением алкоголя, курением [Квятковский, Квятковская, 2018; Choi, Neo, Lee, Son, 2017].

Согласно исследованию, проведенному на базе урологического центра НУЗ «Дорожная клиническая больница на станции Горький» ОАО РЖД и Международного медицинского центра мужского здоровья «Алорос», средний возраст больного ДГПЖ составляет 68,7±0,8 года. Наличие в анамнезе низкого уровня тестостерона уменьшает возраст до 59±6,1 года. Употребление алкоголя и курение отмечено у 31,6% исследуемых, возраст которых варьировал в основном в пределах 60-74 лет. Из числа курящих (65,9%) более половины пациентов имели стаж курильщика свыше 30 лет [Себряков, 2012; Себряков, Малинина, 2012].

Среди сопутствующих заболеваний у пациентов урологического стационара в 48,8% определена патология желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), сердечно-сосудистые заболевания выявлены в 43,6% случаев, сахарный диабет (СД) – в 11,5%, причем они наблюдаются преимущественно среди пожилых людей [Овод, Дремова, 2008]. Большинство пациентов среднего возраста с ДГПЖ имеют избыточный вес, в то время как пожилые мужчины страдают ожирением или имеют нормальный вес. Двукратный риск развития аденомы простаты имеют пациенты с наличием СД по сравнению со всей популяцией мужчин соответствующего возраста [Parsons, Sarma, McVary, Wei, 2009]. Осложнения ДГПЖ, такие как гематурия, инфекция мочевыводящих путей, острая задержка мочи, встречаются у 20% больных старше 50 лет, и их частота возрастает до 35% к 70 годам. Боль в уретре испытывают 25,9% пациентов, 19% жалуются на боль в мочевом пузыре, что, вместе с недержанием мочи и болезненным мочеиспусканием, снижает социальную и сексуальную уверенность мужчин и, таким образом, может привести к эректильной дисфункции [Komiyu et al., 2013]. У мужчин с данной патологией обнаруживается более высокий объем предстательной железы и остаточный объем мочи, и меньшая скорость мочевого потока, чем у мужчин без эректильной дисфункции.

Для количественного определения качества жизни и тяжести симптомов ДГПЖ общепринято использование международной шкалы оценки простатических симптомов IPSS (International Prostatic Symptom Score), которая была разработана в 1992 году. Опросник состоит из семи пунктов, связанных с клиническими проявлениями заболевания, и одного, связанного с общей степенью удовлетворенности и качеством жизни пациента при наличии СНМП (QoL) [Chughtai et al., 2016; Miner, 2009]. Кроме того, психологический статус, включая депрессию и тревогу, также влияет на субъективную оценку качества жизни пациента. Клиническая тревога определяется у 35,9% больных, у 29,8% мужчин с СНМП выявляют клиническую депрессию и низкий уровень QoL, депрессия легкой степени выявляется у 11,4% мужчин. Каждый дополнительный балл по шкале IPSS увеличивает риск развития депрессии легкой и средней степени тяжести на 9,2%, а тяжелой – на 17,6% [Choi, Heo, Lee, Son, 2017].

Тяжесть IPSS увеличивается с возрастом. Тем не менее, замечена отрицательная корреляция между возрастом больного и относительно худшими показателями QoL. Пожилые пациенты имеют лучшие баллы QoL по сравнению с молодыми с аналогичной степенью тяжести СНМП. Это связывают с тем, что мужчины рассматривают появление данных симптомов как естественный процесс старения. После привыкания к ним тревожность, вызванная СНМП, уменьшается [Choi, Heo, Lee, Son, 2017; Choi, Son, 2018; Engstrom, Henningsohn, Steineck, Leppert, 2005].

СНМП хотя бы раз в жизни испытывали 72,3% мужчин, а у пациентов старше 65 лет данное явление протекает в заметно более тяжелой форме. Проблему неполного опорожнения мочевого пузыря испытывают 25,2% мужчин, страдающих аденомой простаты, 20,9% жалуются на ноктурию, 15,6% – на слабый напор мочи, 9,6% испытывают urgentные позывы к мочеиспусканию [Fujimura et al., 2011]. Среди сопутствующих СНМП симптомов наиболее

часто встречаются нарушение эрекции и констипация. Помимо эректильных расстройств, замечена связь между аденомой простаты и эякуляцией. Эякуляторная дисфункция обнаруживается у 31-68% пациентов с СНМП из-за ДГПЖ. О боли или дискомфорте во время эякуляции сообщают около 7% мужчин, большинство из которых в анамнезе имеют среднее или тяжелое течение СНМП. Эякуляторная дисфункция включает в себя такие проблемы, как преждевременная эякуляция, задержка эякуляции, анэякуляция и болезненная эякуляция. Мужчины считают патологию серьезной проблемой, и до 70% пациентов не будут продолжать лечение ДГПЖ, если побочным эффектом является данная аномалия. Можно сделать вывод, что патология является важной проблемой в терапии аденомы простаты, соответственно, эякуляторная функция должна быть обсуждена при выборе метода лечения и оценке качества жизни пациента [Herberts, Butcher, Köhler, 2016].

Метаболический синдром (МС), который представляет собой хроническое систематическое воспаление, связанное с пролиферацией и ремоделированием стромальных и эпителиальных клеток предстательной железы, влияет на динамику ее роста и развитие СНМП. МС – сложный комплекс, состоящий из взаимосвязанных факторов, включая атеросклеротические заболевания, инсулинорезистентность, абдоминальное ожирение, дислипидемию (гипертриглицеридемию и снижение уровня ЛПВП) [Кирпатовский и др., 2014; Сорокин, Семенычев, Володин, 2019; Gorbachinsky, Akpinar, Assimos, 2010]. Распространенность МС достигает 30-40% и увеличивается с возрастом, чаще наблюдается среди мужского населения. У мужчин с низким уровнем тестостерона риск развития МС увеличивается в 2–4 раза. При этом риск прогрессирования ДГПЖ при наличии МС увеличивается на 37%. У пожилых пациентов с андрогенной недостаточностью МС способен утяжелять СНМП. Пациенты с хроническим воспалением имеют больший объем предстательной железы, а также более склонны к клиническому прогрессированию ДГПЖ и острой задержке мочи по сравнению с пациентами без признаков воспаления. Таким образом, метаболические нарушения могут ускорить необходимость хирургического лечения больных ДГПЖ [Кирпатовский и др., 2017]. Развитию МС способствует гиподинамия, нерациональная диета, генетическая предрасположенность. Ожирение увеличивает риск развития ДГПЖ до 3,5 раз, особенно у мужчин с тяжелой степенью патологии ($\text{ИМТ} \geq 35 \text{ кг/м}^2$). Среди пациентов с избыточным весом ($\text{ИМТ} 25\text{-}29,9 \text{ кг/м}^2$) и ожирением ($\text{ИМТ} \geq 30 \text{ кг/м}^2$) наблюдается повышенная распространенность ноктурии (35,8% и 48,2%) по сравнению с мужчинами с нормальным весом тела (33,4%) [Bliwise, Rosen, Baum, 2014].

Больным ДГПЖ с сопутствующим МС, в связи с более низкой эффективностью медикаментозного и хирургического лечения, требуется персонализация терапии с учетом выявленных особенностей патогенеза данного коморбидного состояния [Филимонов, Васин, Костин, Панченко, 2018].

Умеренная физическая активность и здоровая диета могут уменьшить клинические проявления ДГПЖ. Чрезмерное потребление красного мяса, хлеба, насыщенных жиров, крахмала, а также недостаточное потребление белка и овощей связано с появлением СНМП. Полиненасыщенные жирные кислоты (содержатся в растительных маслах, орехах, яйцах, рыбе различных сортов), особенно линолевая кислота (льняное, тыквенное масла, льняное семя, грецкие орехи, соевые бобы), цинк (тыквенные семечки, говядина, говяжья печень, орехи кешью), витамин А (морковь, петрушка, печень говяжья, тыква), β -каротин (куриная печень, морковь, курага, зелень, сладкий перец) обратным образом влияют на развитие ДГПЖ [Cho, Chughtai, Te, www].

Заключение

ДГПЖ и ее осложнения оказывают значительное влияние на повседневную жизнь миллионов мужчин. QoL является важным и независимым пунктом оценки состояния пациента, так как помогает оценить субъективные тревожность и беспокойство, вызванные ДГПЖ, а также потребность больного в лечении. Эректильные расстройства и эякуляторная дисфункция негативно сказываются на качестве жизни мужчин, соответственно, должны обсуждаться с пациентом при выборе метода лечения. Регулярные физические упражнения, сбалансированное питание, контроль за массой тела могут снизить риск развития МС, СД, артериальной гипертензии и ожирения, которые являются значимыми факторами риска развития ДГПЖ.

Библиография

1. Аполихин и др. Анализ уронефрологической заболеваемости и смертности в Российской Федерации за десятилетний период (2002-2012 гг.) по данным официальной статистики // Экспериментальная и клиническая урология. 2014. № 2. С. 4-13.
2. Гордеев В.В. и др. Биполярная трансуретральная резекция в физиологическом растворе при осложненных формах доброкачественной гиперплазии предстательной железы // Тихоокеанский медицинский журнал. 2016. № 1. С. 79-81.
3. Касян Г.Р. и др. Комбинированное лечение симптомов нижних мочевых путей у мужчин // Медицинский совет. 2016. № 5. С. 84-90.
4. Квятковский Е.А., Квятковская Т.А. Сравнительный анализ данных урофлуометрии у больных ДГПЖ и больных ДГПЖ в сочетании с хроническим простатитом // Урология. 2018. № 4(87). С. 13-16.
5. Кирпатовский и др. Андрогены и хроническая ишемия – два независимых патогенетических фактора развития ДГПЖ // Экспериментальная и клиническая урология. 2014. № 2. С. 20-26.
6. Кирпатовский В.И. и др. Метаболический синдром: влияние на прогрессирование ДГПЖ, симптомов нижних мочевых путей и эффективность терапии ДГПЖ (обзор литературы) // Экспериментальная и клиническая урология. 2017. № 1. С. 74-83.
7. Овод А.И., Дремова Н.Б. Медико-социологические исследования урологических больных // Вестник Воронежского государственного университета. 2008. № 2. С. 135-139.
8. Сорокин Д.А., Семеньев Д.В., Володин М.А. Лечение и профилактика осложнений трансуретральных эндоскопических операций по поводу доброкачественной гиперплазии простаты // International Journal of Medicine and Psychology. 2019. Т. 2. № 4. С. 118-125.
9. Севрюков Ф.А. Комплексное изучение качества жизни больных с доброкачественной гиперплазией предстательной железы // Проблемы стандартизации в здравоохранении. 2012. № 3-4. С. 54-55.
10. Севрюков Ф.А., Малинина О.Ю. Новые организационные технологии оказания медицинской помощи больным с доброкачественной гиперплазией предстательной железы // Социальные аспекты здоровья населения. 2012. Т. 23. № 1. С. 1-7.
11. Севрюков и др. Трансуретральная энуклеация простаты (ТУЕВ) - альтернатива открытой аденомэктомии // Материалы конгресса «Второй российский конгресс по эндоурологии и новым технологиям». М., 2010. С. 149-151.
12. Севрюков Ф.А. Трансуретральная резекция в физиологическом растворе // Урология. 2012. № 2. С. 67-70.
13. Семеньев Д.В. и др. Опыт применения биполярной вапорезекции предстательной железы (TUVRB) в лечении ДГПЖ // Экспериментальная и клиническая урология. 2014. № 2. С. 49-53.
14. Семёнычев Д.В. и др. Сравнительная оценка эффективности различных энергетических блоков в биполярной хирургии простаты // Тихоокеанский медицинский журнал. 2017. № 1 (67). С. 88-90.
15. Филимонов В.Б., Васин Р.В., Костин А.А., Панченко В.Н. Влияние метаболического синдрома на развитие и клинические проявления доброкачественной гиперплазии предстательной железы // Исследования и практика в медицине. 2018. Т. 5. № 4. С. 46-57.
16. Bliwise D.L., Rosen R.C., Baum N. Impact of nocturia on sleep and quality of life: A brief, selected review for the International Consultation on Incontinence Research Society (ICI-RS) nocturia think tank // Neurourology and Urodynamics. 2014. No. 33(S1). P. 15-18. doi:10.1002/nau.22585.
17. Cho A., Chughtai B., Te A.E. Benign Prostatic Hyperplasia and Male Lower Urinary Tract Symptoms: Epidemiology and Risk Factors. Current Bladder Dysfunction Reports. 2020. doi: 10.1007/s11884-019-00566-z.
18. Choi W.S., Heo N.J., Lee Y.J., Son H. Factors that influence lower urinary tract symptom (LUTS)-related quality of life (QoL) in a healthy population // World Journal of Urology. 2017. No. 35(11). P. 1783-1789. doi: 10.1007/s00345-

- 017-2052-2.
19. Choi W.S., Son H. The change of IPSS 7 (nocturia) score has the maximum influence on the change of Qol score in patients with lower urinary tract symptoms // *World Journal of Urology*. 2018. doi: 10.1007/s00345-018-2410-8.
 20. Chughtai B. et al. Benign prostatic hyperplasia // *Nature Reviews Disease Primers*. 2016. No. 2. doi:10.1038/nrdp.2016.31.
 21. Chumakov P.I., Marchenko L.A., Kravchenko I.V. Epidemiology of Age-Related Androgen Deficiency in Patients with Benign Prostatic Hyperplasia // *RUDN Journal of Medicine*. 2018. No. 22(3). P. 272-278. doi: 10.22363/2313-0245-2018-22-3-272-278.
 22. Cindolo L. et al. Actual medical management of lower urinary tract symptoms related to benign prostatic hyperplasia: temporal trends of prescription and hospitalization rates over 5 years in a large population of Italian men // *International Urology and Nephrology*. 2013. No. 46(4). P. 695-701. doi: 10.1007/s11255-013-0587-8.
 23. De Nunzio et al. Inflammation is a target of medical treatment for lower urinary tract symptoms associated with benign prostatic hyperplasia // *World J Urol*. 2020. URL: <https://doi.org/10.1007/s00345-020-03106-1>.
 24. Fujimura T. et al. Assessment of lower urinary tract symptoms in men by international prostate symptom score and core lower urinary tract symptom score // *BJU International*. 2011. No. 109(10). P. 1512-1516. doi:10.1111/j.1464-410x.2011.10445.x.
 25. Engstrom G., Henningsohn L., Steineck G., Leppert J. Self-assessed health, sadness and happiness in relation to the total burden of symptoms from the lower urinary tract // *BJU International*. 2005. Vol. 95. No. 6. P. 810-815.
 26. Gorbachinsky I., Akpinar H., Assimos D.G. Metabolic syndrome and urologic diseases. *Rev Urol*. 2010. No. 12(4). P. 157-180.
 27. Herberts M., Butcher M., Köhler T. The Effect of LUTS/BPH and Treatments on Ejaculatory Function // *Current Urology Reports*. 2016. No. 17(7). doi: 10.1007/s11934-016-0604-4.
 28. Komiya et al. (2013). Correlations Among Urinary, Sexual, and Testicular Functions and Health-Related Quality of Life // *Journal of Men's Health*. No. 10(3). P. 112-118. doi:10.1089/jomh.2012.00040.
 29. Miner M.M. Primary care physician versus urologist: How does their medical management of LUTS associated with BPH differ? // *CurrUrol Rep*. 2009. No. 10. P. 254-260. URL: <https://doi.org/10.1007/s11934-009-0042-7>.
 30. Novara G., Ficarra V., Zattoni F. Medical Treatment of LUTS/BPH // Chapple C., Tubaro A. (eds.) *Male LUTS/BPH Made Easy*. Springer, London, 2014.
 31. Parsons J.K., Sarma A.V., Mc Vary K., Wei J.T. Obesity and benign prostatic hyperplasia: clinical connections, emerging etiological paradigms and future directions // *J Urol*. 2009. No. 182 (6 suppl). P. 27-31. doi: 10.1016/j.juro.2009.07.086.
 32. Sarma A.V., Wei J. T. Benign Prostatic Hyperplasia and Lower Urinary Tract Symptoms // *New England Journal of Medicine*. 2012. No. 367(3). P. 248-257. doi: 10.1056/nejmcp1106637.

Medical-social and psychological "portrait" of a patient with benign prostatic hyperplasia (literature review)

Egor A. Perevezentsev

PhD in Medical Sciences, Associate Professor,
Privolzhsky Research Medical University
of the Ministry of Health of the Russian Federation,
603005, 10/1 Minina i Pozharskogo square, Nizhnii Novgorod, Russian Federation;
e-mail: peregal@yandex.ru

Nadezhda I. Gurvich

PhD in Medical Sciences, Associate Professor,
Privolzhsky Research Medical University
of the Ministry of Health of the Russian Federation,
603005, 10/1 Minina i Pozharskogo square, Nizhnii Novgorod, Russian Federation;
e-mail: peregal@yandex.ru

Anastasiya S. Malykhina

Privolzhsky Research Medical University
of the Ministry of Health of the Russian Federation,
603005, 10/1 Minina i Pozharskogo square, Nizhnii Novgorod, Russian Federation;
e-mail: peregal@yandex.ru

Mark A. Volodin

Postgraduate Student of the Department of urology named after E.V. Shakhova,
Privolzhsky Research Medical University
of the Ministry of Health of the Russian Federation,
603005, 10/1 Minina i Pozharskogo square, Nizhnii Novgorod, Russian Federation;
e-mail: peregal@yandex.ru

Evgenii N. Bolgov

Head of the Department, Stavropol Regional Clinical Consultative
And Diagnostic Center,
355017, 304 Lenina st., Stavropol', Russian Federation;
e-mail: peregal@yandex.ru

Abstract

Benign prostatic hyperplasia (BPH) and the associated manifestation of lower urinary tract symptoms (LUTS) is one of the most common diseases in older men. Clinical manifestations of BPH are found in 90% of the male population aged 80 years and older. LUTS (feeling of incomplete emptying of the bladder, nocturia, weak urine pressure, etc.) and erectile dysfunction have a significant impact on daily activity and reduce the social and sexual confidence of men, and therefore the quality of life, thereby bringing this pathology into a number of priority medico-social problems. Patients suffering from this pathology have manifestations of clinical anxiety and depression. BPH treatment is medication or surgery. To determine the quality of life and the severity of BPH symptoms, it is generally accepted to use the International Prostatic Symptom Score (IPSS). Despite the improvement in diagnostics, many patients turn to a specialist if they already have moderate or severe LUTS, as they consider the appearance of these symptoms characteristic of their age. Older men also rate the quality of life higher and have a lower level of anxiety, as they get used to the appearance of LUTS. Moderate physical activity and a healthy diet can reduce the clinical manifestations of BPH, allowing you to delay the onset of the disease and prevent its progression.

For citation

Perevezentsev E.A., Gurvich N.I., Malykhina A.S., Volodin M.A., Bolgov E.N. (2020) Mediko-sotsial'nyi i psikhologicheskii "portret" patsienta s dobrokachestvennoi gi-perplaziei predstatel'noi zhelezy (literaturnyi obzor) [Medical-social and psychological "portrait" of a patient with benign prostatic hyperplasia (literature review)]. *Psikhologiya. Istoriko-kriticheskie obzory i sovremennye issledovaniya* [Psychology. Historical-critical Reviews and Current Researches], 9 (5A), pp. 232-242. DOI: 10.34670/AR.2020.90.12.028

Keywords

Benign prostatic hyperplasia, metabolic syndrome, LUTS, BPH, psychological portrait of a patient with BPH, social portrait of a patient with BPH.

References

1. Apolikhin et al. (2014) Analiz uronefrologicheskoi zabolevaemosti i smertnosti v Rossiiskoi Federatsii za desyatiletanii period (2002-2012 gg.) po dannym ofitsial'noi statistiki [Analysis of uronefrological morbidity and mortality in the Russian Federation over a ten-year period (2002-2012) according to official statistics]. *Eksperimental'naya i klinicheskaya urologiya* [Experimental and Clinical Urology], 2, pp. 4-13.
2. Bliwise D.L., Rosen R.C., Baum N. (2014) Impact of nocturia on sleep and quality of life: A brief, selected review for the International Consultation on Incontinence Research Society (ICI-RS) nocturia think tank. *Neurourology and Urodynamics*, 33(S1), pp. 15-18. doi: 10.1002/nau.22585.
3. Cho A., Chughtai B., Te A.E. (2020) Benign Prostatic Hyperplasia and Male Lower Urinary Tract Symptoms: Epidemiology and Risk Factors. *Current Bladder Dysfunction Reports*. doi: 10.1007/s11884-019-00566-z.
4. Choi W.S., Heo N.J., Lee Y.J., Son H. (2017). Factors that influence lower urinary tract symptom (LUTS)-related quality of life (QoL) in a healthy population. *World Journal of Urology*, 35(11), pp. 1783-1789. doi: 10.1007/s00345-017-2052-2.
5. Choi W.S., Son H. (2018) The change of IPSS 7 (nocturia) score has the maximum influence on the change of QoL score in patients with lower urinary tract symptoms. *World Journal of Urology*. doi: 10.1007/s00345-018-2410-8.
6. Chughtai B. et al. (2016) Benign prostatic hyperplasia. *Nature Reviews Disease Primers*, 2. doi:10.1038/nrdp.2016.31.
7. Chumakov P.I., Marchenko L.A., Kravchenko I.V. (2018) Epidemiology of Age-Related Androgen Deficiency in Patients with Benign Prostatic Hyperplasia. *RUDN Journal of Medicine*, 22(3), pp. 272-278. doi: 10.22363/2313-0245-2018-22-3-272-278.
8. Cindolo L. et al. (2013) Actual medical management of lower urinary tract symptoms related to benign prostatic hyperplasia: temporal trends of prescription and hospitalization rates over 5 years in a large population of Italian men. *International Urology and Nephrology*, 46(4), pp. 695-701. doi: 10.1007/s11255-013-0587-8.
9. De Nunzio et al. (2020) Inflammation is a target of medical treatment for lower urinary tract symptoms associated with benign prostatic hyperplasia. *World J Urol*. Available at: <https://doi.org/10.1007/s00345-020-03106-1> [Accessed 12/09/2020].
10. Engstrom G., Henningsohn L., Steineck G., Leppert J. (2005) Self-assessed health, sadness and happiness in relation to the total burden of symptoms from the lower urinary tract. *BJU International*, 95(6), pp. 810-815.
11. Filimonov V.B., Vasin R.V., Kostin A.A., Panchenko V.N. (2018) Vliyanie metabolicheskogo sindroma na razvitie i klinicheskie proyavleniya dobrokachestvennoi giperplazii predstatel'noi zhelezy [The influence of metabolic syndrome on the development and clinical manifestations of benign prostatic hyperplasia]. *Issledovaniya i praktika v meditsine* [Research and practice in medicine], 5(4), pp. 46-57.
12. Fujimura T. et al. (2011) Assessment of lower urinary tract symptoms in men by international prostate symptom score and core lower urinary tract symptom score. *BJU International*, 109(10), pp. 1512-1516. doi: 10.1111/j.1464-410x.2011.10445.x.
13. Gorbachinsky I, Akpinar H, Assimos DG. (2010) Metabolic syndrome and urologic diseases. *Rev Urol*, 12(4), pp. 157-180.
14. Gordeev V.V. et al. (2016) Bipolyarnaya transuretral'naya rezektsiya v fiziologicheskom rastvore pri oslozhnennykh formakh dobrokachestvennoi giperplazii predstatel'noi zhelezy [Bipolar transurethral resection in saline in complicated forms of benign prostatic hyperplasia]. *Tikhookeanskii meditsinskii zhurnal* [Pacific Medical Journal], 1, pp. 79-81.
15. Herberts M., Butcher M., Köhler T. (2016) The Effect of LUTS/BPH and Treatments on Ejaculatory Function. *Current Urology Reports*, 17(7), doi: 10.1007/s11934-016-0604-4.
16. Kasyan G.R. et al. (2016) Kombinirovannoe lechenie simptomov nizhnikh mochevykh putei u muzhchin [Combined treatment of lower urinary tract symptoms in men]. *Meditsinskii sovet* [Medical Council], 5, pp. 84-90.
17. Kirpatovskii et al. (2014) Androgeny i khronicheskaya ishemiya – dva nezavisimykh patogeneticheskikh faktora razvitiya DGPZh [Androgens and chronic ischemia - two independent pathogenetic factors in the development of BPH]. *Eksperimental'naya i klinicheskaya urologiya* [Experimental and clinical urology], 2, pp. 20-26.
18. Kirpatovskii V.I. et al. (2017) Metabolicheskii sindrom: vliyanie na progressirovanie DGPZh, simptomov nizhnikh mochevykh putei i effektivnost' terapii DGPZh (obzor literatury) [Metabolic syndrome: influence on the progression of BPH, lower urinary tract symptoms and the effectiveness of BPH therapy (literature review)]. *Eksperimental'naya i klinicheskaya urologiya* [Experimental and Clinical Urology], 1, pp. 74-83.
19. Komiya et al. (2013) Correlations Among Urinary, Sexual, and Testicular Functions and Health-Related Quality of Life. *Journal of Men's Health*, 10(3), pp. 112-118. doi: 10.1089/jomh.2012.00040.
20. Kvyatkovskii E.A., Kvyatkovskaya T.A. (2018) Sravnitel'nyi analiz dannykh urofluometrii u bol'nykh DGPZh i

- bol'nykh DGPZh v sochetanii s khronicheskim prostatitom [Comparative analysis of urofluometry data in patients with BPH and patients with BPH in combination with chronic prostatitis]. *Urologiya* [Urology], 4(87), pp. 13-16.
21. Miner M.M. (2009) Primary care physician versus urologist: How does their medical management of LUTS associated with BPH differ? *Curr Urol Rep*, 10, pp. 254-260. Available at: <https://doi.org/10.1007/s11934-009-0042-7> [Accessed 12/09/2020].
 22. Novara G., Ficarra V., Zattoni F. (2014) Medical Treatment of LUTS/BPH. In: Chapple C., Tubaro A. (eds) *Male LUTS/BPH Made Easy*. Springer, London,.
 23. Ovod A.I., Dremova N.B. (2008) Mediko-sotsiologicheskie issledovaniya urologicheskikh bol'nykh [Medical and sociological research of urological patients]. *Vestnik Voronezhskogo gosudarstvennogo universiteta* [Bulletin of the Voronezh State University], 2, pp. 135-139.
 24. Parsons J.K., Sarma A.V., Mc Vary K., Wei J.T. (2009) Obesity and benign prostatic hyperplasia: clinical connections, emerging etiological paradigms and future directions. *J Urol*, 182 (6 suppl), pp. 27-31. doi: 10.1016/j.juro.2009.07.086.
 25. Sarma A.V., Wei J. T. (2012) Benign Prostatic Hyperplasia and Lower Urinary Tract Symptoms. *New England Journal of Medicine*, 367(3), pp. 248-257. doi: 10.1056/nejmcp1106637.
 26. Semenychev D.V. et al. (2014) Opyt primeneniya bipolyarnoi vaporezeksii pred-statel'noi zhelezy (TUVRB) v lechenii DGPZh [Experience of using bipolar vaporessection of the prostate gland (TUVRB) in the treatment of BPH]. *Eksperimental'naya i klinicheskaya urologiya* [Experimental and Clinical Urology], 2, pp. 49-53.
 27. Semenychev D.V. et al. (2017) Sravnitel'naya otsenka effektivnosti razlichnykh energeticheskikh blokov v bipolyarnoi khirurgii prostaty [Comparative evaluation of the effectiveness of various energy blocks in bipolar surgery of the prostate]. *Tikhookeanskii meditsinskii zhurnal* [Pacific Medical Journal], 1(67), pp. 88-90.
 28. Sevryukov et al. (2010) Transuretral'naya enukleatsiya prostaty (TUEB) - al'ternativa otkrytoi adenomektomii [Transurethral enucleation of the prostate (TUEB) - an alternative to open adenomectomy]. *Materialy kongressa «Vtoroi rossiiskii kongress po endourologii i novym tekhnologiyam»* [Proceedings of the Congress "Second Russian Congress on Endourology and New Technologies"]. Moscow, pp. 149-151.
 29. Sevryukov F.A. (2012) Transuretral'naya rezektsiya v fiziologicheskom rastvore [Transurethral resection in saline]. *Urologiya* [Urology], 2, pp. 67-70.
 30. Sevryukov F.A., Malinina O.Yu. (2012) Novye organizatsionnye tekhnologii okazaniya meditsinskoi pomoshchi bol'nym s dobrokachestvennoi giperplaziei predstatel'noi zhelezy [New organizational technologies for providing medical care to patients with benign prostatic hyperplasia]. *Sotsial'nye aspekty zdorov'ya naseleniya* [Social aspects of population health], 23(1), pp. 1-7.
 31. Sorokin D.A., Semenychev D.V., Volodin M.A. (2019) Lechenie i profilaktika oslozhnenii transuretral'nykh endoskopicheskikh operatsii po povodu dobrokachestvennoi giperplazii prostaty [Treatment and prevention of complications of transurethral endoscopic surgery for benign prostatic hyperplasia]. *International Journal of Medicine and Psychology* [International Journal of Medicine and Psychology], 2(4), pp. 118-125.
 32. Sevryukov F.A. (2012) Kompleksnoe izuchenie kachestva zhizni bol'nykh s dobrokachestvennoi giperplaziei predstatel'noi zhelezy [Comprehensive study of the quality of life of patients with benign prostatic hyperplasia]. *Problemy standartizatsii v zdravookhraneni* [Problems of standardization in healthcare], 3-4, pp. 54-55.