

УДК 618.14-006.36:618.15-092:612.821-07

**ПРАКТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ  
ПАЦИЕНТОК С СОЧЕТАННОЙ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ПРОЛИФЕРАТИВНОЙ  
И ИНФЕКЦИОННО-АССОЦИИРОВАННОЙ НЕВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ  
РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ**

© 2015 Д.М. Ларина, М.Е. Шляпников

Самарский государственный медицинский университет

Поступила в редакцию 15.03.2015

Изучение психологического статуса показало различия в психологических особенностях эмоциональной и поведенческой сферы больных с различными сочетаниями гинекологических патологий. Выявленные особенности позволяют обозначить область психосоматических соотношений в гинекологии, что необходимо для выработки комплексных подходов, учитывающих психосоциальные и биологические факторы сочетанных гинекологических заболеваний в лечебно-диагностическом процессе. *Ключевые слова:* психодиагностическое тестирование, доброкачественные гиперпластические заболевания тела матки, вагинальный дисбиоз.

Охрана репродуктивного здоровья женщин является одним из приоритетных направлений современного российского здравоохранения и практической медицины. Соматическая болезнь обусловлена не только биологическими факторами, но и окружающей средой, социальными условиями. Для совершенствования помощи больным с хроническими соматическими заболеваниями необходимы интегративные исследования, изучающие не только соматические, но и психологические аспекты проблемы. При анализе взаимодействия биологических и психосоматических факторов клинической патологии важнейшим инструментом является медицинская психодиагностика, отражающая интеграционные тенденции.

Взаимосвязь и взаимозависимость психического и соматического состояния человека вполне определены и отчетливо проявляются в случаях нарушения интегрирующих механизмов жизнедеятельности организма [1]. Сочетания соматического заболевания и психического расстройства наблюдаются у пациентов стационарных и амбулаторных медицинских учреждений. Негативная ассоциация тревоги и депрессии с тяжестью и прогнозом многих соматических заболеваний показана в ряде исследований с оценкой независимого вклада психических факторов. Основное препятствие для изучения психосоматических отношений представляет отсутствие единой

теоретической концепции, опирающейся на патофизиологические исследования [2].

Личность пациента при психосоматической патологии может быть в центре причин ее возникновения и сохранения, а также лечения, прежде всего – психотерапии. Следует обратить внимание на такие понятия, как депрессия и тревожность. Депрессия, или болезненно пониженное настроение, может быть как самостоятельным заболеванием, так и проявлением многих других.

Проблема тревожности занимает особое место в современном научном знании. С одной стороны, это «центральная проблема современной цивилизации», важнейшая характеристика нашего времени, с другой – это психическое состояние, вызываемое специальными условиями эксперимента или ситуации. Термин «тревожность» определяет склонность индивида к переживанию тревоги, характеризующуюся низким порогом возникновения реакции тревоги, одним из основных параметров индивидуальных различий [3; 4]. Определенный уровень тревожности – естественная и обязательная особенность активной деятельности личности. Следует различать тревогу как состояние и тревожность как свойство личности. Тревога – реакция на грозящую опасность, реальную или воображаемую, эмоциональное состояние диффузного безобъектного страха, характеризующееся неопределённым ощущением угрозы (в отличие от страха, который представляет собой реакцию на вполне определённую опасность). Тревожность – индивидуальная психологическая особенность, состоящая в повышенной склонности испытывать

*Ларина Дарья Михайловна, аспирант кафедры акушерства и гинекологии ИПО. E-mail: daryaml@mail.ru  
Шляпников Михаил Евгеньевич, доктор медицинских наук, профессор кафедры акушерства и гинекологии ИПО*

беспокойство в различных жизненных ситуациях, в том числе и тех, объективные характеристики которых к этому не предрасполагают [5; 6].

**Цель исследования:** выявить эмоциональные и поведенческие характеристики пациенток с сочетанной патологией репродуктивной системы с помощью психодиагностических методик, сформировать представления о системе взаимосвязей медико-психологических и клинических характеристик у этих пациенток.

**Материалы и методы.** Обследовано 3 группы женщин: 1 группа женщин (n=100) – пациентки с доброкачественными гиперпластическими заболеваниями матки на фоне дисбиоза влагалища; 2 группа женщин (n=50) – пациентки с дисбиотическим поражением влагалища без доброкачественных гиперпластических заболеваний матки; 3 группа женщин (n=50) – женщины с вагинальным нормоценозом, но с доброкачественными гиперпластическими заболеваниями матки. Все пациентки были обследованы с помощью психодиагностических тестов: определения уровней реактивной и личностной тревожности (тест Спилберга–Ханина), степени депрессивных расстройств.

**Результаты исследования.** При анализе результатов тестирования по шкале Спилберга–Ханина (табл. 1) получены следующие результаты: в первой группе почти половине женщин присуща умеренная тревожность – 49%, чуть меньше половины (34%) – обладают высоким уровнем тревожности, и лишь у 17% – низкий уровень тревожности; во второй группе большинство женщин обладали низким уровнем тревожности

(74%), 22% пациенток – умеренным уровнем тревожности и лишь 4% – высоким; в третьей группе – низкую тревожность имели 30%, среднюю – 38%, а высокая тревожность, в свою очередь, была присуща 32% обследуемых женщин.

Полученные данные можно интерпретировать таким образом, что пациентки с невоспалительной изолированно протекающей патологией нижних отделов репродуктивной системы проявляют максимально низкую тревожность, прогрессирующую до умеренного и высокого уровней при формировании доброкачественных гиперпластических заболеваний матки при условии вагинального нормоценоза и достигшую максимальных проявлений у больных с клинико-лабораторными признаками сочетанных пролиферативных и дисбиотических заболеваний женской половой сферы. Причем, учитывая отсутствие статистически значимых различий между 1 и 3 группами в настоящем исследовании, следует констатировать, что наличие доброкачественных пролиферативных заболеваний тела матки, независимо от состояния биоценоза влагалища, ассоциируется с проявлениями «болезненной тревожности» умеренной и высокой степеней выраженности.

Тест депрессивных расстройств в ходе проведенного обследования (табл. 2) выявил следующие результаты: в первой группе больше половины женщин (57%) страдают от средней тяжести депрессии, у 26% женщин – субдепрессия, очень тяжелая депрессия присуща 4% пациенток, а норма лишь у 5%; во второй группе по тесту депрессивных расстройств у большинства была

**Таблица 1.** Уровень тревожности у пациенток исследованных групп

	Группа 1 (n=100)	Группа 2 (n=50)	Группа 3 (n=50)
	%	%	%
Низкая тревожность	17±3,76	74±6,20*	30±6,48**
Умеренная тревожность	49±5,00	22±5,86*	38±6,86
Высокая тревожность	34±4,74	4±2,77*	32±6,60**

\* - статистически значимые различия (p < 0,05) при сравнении группы 1 с группой 2;

\*\* - статистически значимые различия (p < 0,05) при сравнении группы 2 с группой 3;

\*\*\* - статистически значимые различия (p < 0,05) при сравнении группы 1 с группой 3.

**Таблица 2.** Степень депрессивных расстройств у пациенток исследуемых групп

	Группа 1 (n=100)	Группа 2 (n=50)	Группа 3 (n=50)
	%	%	%
Норма	5±2,18	78±5,86*	18±5,43**, ***
Субдепрессия	26±4,39	18 ±5,43	22±5,86
Средняя тяжесть депрессии	57±4,95	4±2,77*	34±6,70**, ***
Тяжёлая степень депрессии	8±2,71	0±0,00*	24±6,04**, ***
Очень тяжёлая депрессия	4±1,96	0±0,00*	2±1,98

\* - статистически значимые различия ( $p < 0,05$ ) при сравнении группы 1 с группой 2;

\*\* - статистически значимые различия ( $p < 0,05$ ) при сравнении группы 2 с группой 3;

\*\*\* - статистически значимые различия ( $p < 0,05$ ) при сравнении группы 1 с группой 3.

выявлена норма, лишь у 18% – субдепрессия, у 4% – средняя тяжесть депрессии; в третьей группе по тесту депрессивных расстройств почти у всех пациенток имелись депрессивные расстройства различных видов, лишь у 18% отмечалась норма.

Параллельно с нарастанием тревожности у пациенток исследуемых групп отмечается и формирование депрессивных расстройств, достигающих своего максимума – 57% средней степени тяжести у больных с сочетанными поражениями репродуктивных органов и даже 24% тяжелых депрессий у пациенток с изолированно протекающими пролиферативными заболеваниями тела матки. Причем, вновь следует отметить, что в группе женщин с невоспалительными дисбиотическими изменениями нижних отделов репродуктивного тракта в 78% случаев выявлена норма-реакция по тесту депрессивных расстройств в сочетании с полным отсутствием случаев тяжелой и очень тяжелой депрессии, что позволяет отнести вагинальный нормоценоз к анти-факторам риска психосоматических нарушений у пациенток с доброкачественными гиперпластическими заболеваниями матки.

Таким образом, в результате проведенного исследования можно установить, что пациентки с пролиферативными доброкачественными заболеваниями матки на фоне вагинального дисбиоза имеют более высокий уровень тревожности, более склонны к проявлениям депрессии. Данные женщины более эмоционально лабильны, склонны к проявлениям истерии, по сравнению с другими группами исследования. Выявлены различия в

психологических особенностях эмоциональной и поведенческой сферы больных с различными сочетаниями гинекологических заболеваний. Полученные в исследовании результаты помогут оптимизировать целенаправленность психопрофилактических вмешательств, направленных на снижение психологической уязвимости женщин репродуктивного возраста с гинекологической патологией. Следует отметить, что пациентки с сочетанной пролиферативной и невоспалительной инфекционно-обусловленной патологией репродуктивной системы в большинстве своем имели тревожные, эмотивные, демонстративные черты личности. Данные женщины более эмоционально лабильны, склонны к проявлениям истерии и депрессии, по сравнению с другими группами исследования. Выявленные особенности позволяют обозначить область психосоматических соотношений в гинекологии, что необходимо для выработки комплексных подходов, учитывающих психосоциальные и биологические факторы гинекологического заболевания в лечебно-диагностическом процессе.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Александровский А.А. Пограничные психические расстройства : рук. для врачей. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. 720 с.
2. Междисциплинарный подход к реабилитации женщин с гинекологическими заболеваниями, ассоциированными с непсихотическими психическими расстройствами / Р.Ф. Насырова, Л.С. Сотникова, И.Е. Куприянова, В.А. Семке // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2010. № 6. С. 57–61.

3. Менделевич Д.М., Менделевич В.Д. Гинекологическая психиатрия (современные аспекты проблемы) // Неврологический вестник. 1993. № 25 (1/2). С. 104–108.
4. Психосоматические расстройства в практике терапевта: рук. для врачей [под ред. В.И. Симаненкова]. СПб.: СпецЛит, 2008. 335 с.
5. Психотерапевтическая энциклопедия [под ред. Б.Д. Карвасарского]. 3-е изд., доп. и перераб. СПб.: Питер, 2006. 944 с.
6. Смуглевич А.Б. Депрессии в общей медицинской практике. М., 2007. 256 с.

**PRACTICAL ANALYSIS OF PSYCHOSOMATIC PATIENTS  
WITH COMBINED BENIGN PROLIFERATIVE AND INFECTION-RELATED  
NONINFLAMMATORY ABNORMALITIES OF REPRODUCTIVE TRACT**

© 2015 D.M. Larina, M.E. Shlyapnikov

Samara State Medical University

The study of psychological status showed the differences in the psychological aspects of emotional and behavioral spheres of patients with various combinations of gynecological pathologies. Revealed features allow defining the area of psychosomatic relations in gynecology, which is necessary to develop an integrated approach that combines psychosocial and biological factors of gynecological diseases in the treatment process.

*Keywords:* psychodiagnostic testing, benign hyperplastic diseases of the body of the uterus, vaginal dysbiosis.