

являлись стереотипные, агрессивные формы реагирования при отсутствии критической и прогностической оценки.

Принудительное лечение в психиатрическом стационаре специализированного типа с интенсивным наблюдением рекомендовалось больным с легкой деменцией (30,8%) при выраженных специфических изменениях личности с жестокостью, брутальностью, эгоцентризмом, аффективной ригидностью, при наличии частых непароксизмальных дисфорий с выраженной агрессией; с умеренной (6,5%) — при стойких бредовых идеях, направленных против конкретных лиц, и с тяжелой (16,7%) деменцией, при дисфориях непароксизмального характера; совершивших тяжкие преступления со склонностью к повторным ООД с угрозой для жизни окружающих, несмотря на принудительное лечение в прошлом, также учитывалась склонность к грубым нарушениям больничного режима.

Заключение

Алгоритм судебно-психиатрической оценки деменции при эпилепсии включает установление наличия когнитивных расстройств и их анализ с определением степени выраженности, психопатологической структуры, клинико-динамических характеристик, с последующим соотносением с периодом правонарушения, возможностью адекватно организовать и прогнозировать свое поведение.

Л и т е р а т у р а

1. Вандыш-Бубко В.В., Кузьминова М.В. К обоснованию типовых моделей судебно-психиатрической оценки эпилептических изменений психики // Рос. психиатр. журнал. - 2001. - С. 44-48.
2. Введенский И.Н. Эпилепсия с судебно-психиатрической точки зрения // Проблемы судебной психиатрии. - М.: Юрид. изд-во НКЮ СССР, 1941. - Вып. 3. - С. 3-34.

3. Гулямов М.Г. Клинические и судебно-психиатрические аспекты эпилептического онейроида // Проблемы общей и судебной психиатрии. - М., 1981. - С. 202-207.

4. Котов В.П., Мальцева М.М. Судебная психиатрия: рук-во по психиатрии [под ред. А.С. Тиганова]. - М., 2000. - С. 372-394.

5. Котов В.П., Мальцева М.М. Диагностика потенциальной общественной опасности больных психическими расстройствами // Функциональный диагноз в судебной психиатрии. - М., 2005. - С. 169-187.

6. Мальцева М.М., Котов В.П. Опасные действия психически больных. Психопатологические механизмы и профилактика. - М.: Медицина, 1995. - 256 с.

7. Мельник В.И. К вопросу о клинической классификации эпилепсии // Архив психиатрии. - 1998. - № 9. - С. 142-147.

8. Тальце М.Ф. Особенности эпилептического слабоумия (на судебно-психиатрическом материале): автореф. дис. ... канд. мед. наук. - М., 1954. - 15 с.

9. Brahm D. Definition of insanity // Lancet. - 1984. - Vol. 2. - №8409. - P. 989.

10. Hamilton J. R. Epilepsy and insanity // Lancet. - 1984. - Vol. 2. - №8409. - P. 989.

11. Lewis D. Delinquency psychomotor epileptic symptoms and paranoid ideation: A triad // American J. of Psychiatry. - 1976. - Vol. 133. - №12. - P. 1395-1398.

12. Nedopil N. Prognosen in der Forensischen Psychiatrie. Ein Handbuch fur die Praxis. - 2005. - P. 16.

Координаты для связи с авторами: Усюкина Мария Валерьевна — доктор мед. наук, вед. науч. сотр. отделения экзогенных психических расстройств ФГУ «ГНЦ ССП им. В.П. Сербского Минздравсоцразвития России»; Фролова Александра Владимировна — аспирант ФГУ «ГНЦ ССП им. В.П. Сербского», врач, судебно-психиатрический эксперт АСПЭ при ПКБ № 1 им. Н.А. Алексеева, тел.: 8(495)-952-88-41.



УДК 618.1 - 002 : 616.718.192 - 009-036. 868 - 055.2

Н.В. Москобенко¹, Е.Н. Кравченко²

ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ЖЕНЩИН, СТРАДАЮЩИХ СОЧЕТАННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА

Городская больница № 2¹;

Омская государственная медицинская академия², тел.: 8(3812)-54-47-92, г. Омск

На сегодняшний день сочетанные заболевания тазовых органов представляют собой серьезную медицинскую, социальную и экономическую проблему в связи с тем, что нередко в результате заболевания женщины теряют не только трудоспособность, но страдает ка-

чество их жизни, развиваются психоэмоциональные расстройства [3]. Актуальность проблемы определяется широкой распространенностью психоэмоциональных расстройств. Развивающиеся при соматических заболеваниях расстройства, в основном тревожного

и депрессивного характера, снижают качество жизни и оказывают непосредственное влияние на течение и прогноз заболевания. Несвоевременное их выявление и лечение способствуют усугублению тяжести состояния и приводят к трудностям в дальнейшей терапии. Опасность заключается в том, что депрессивные расстройства часто скрываются под маской хронических болевых синдромов, синдрома вегетативной дисфункции [5, 6]. Установлено, что одним из основных патофизиологических механизмов депрессивных расстройств является дисбаланс вегетативной нервной системы, вследствие чего происходит снижение адаптационных возможностей организма в ответ на стресс [2, 4]. Большинство работ основное внимание уделяет клиническим исследованиям тревожных и депрессивных расстройств, при этом недостаточно изученными остаются факторы, которые могут играть важную роль в развитии этих расстройств [1], в частности психосоциальные характеристики личности у пациенток с сочетанной патологией органов малого таза.

Вышеперечисленные аспекты обуславливают трудности диагностики истинных причин страдания и часто наблюдаемые неудовлетворительные результаты лечения этого контингента больных.

Целью настоящего исследования явилось изучение психоэмоционального состояния и качества жизни женщин с сочетанными воспалительными заболеваниями придатков матки и мочевого пузыря.

Материалы и методы

Обследована 91 женщина репродуктивного возраста. Средний возраст пациенток составил $31,6 \pm 6,9$ г.; продолжительность заболевания — $6,5 \pm 4,2$ лет; частота обострений заболевания в течение года — $3,8 \pm 0,8$ раза. В работе использованы общепринятые клинические и специальные методы исследования, включая эндоскопические, реовазографические, комбинированное уродинамическое исследование (КУДИ), сонографические. Исследование активности отделов вегетативной нервной системы и определение показателя активности регуляторных систем (ПАРС) проводили методом определения вариабельности сердечного ритма (BCP) с использованием временного и спектрального анализов, кардиоинтервалографии по Р.М. Баевскому. Оценивали: SDNN (стандартное отклонение полного массива R-R интервалов) — отражает суммарный эффект вегетативной регуляции; RMSSD (квадратный корень разности из суммы квадратов разностей последовательных пар интервалов R-R) — показатель активности парасимпатической нервной системы; р NN50 (число пар последовательных R-R интервалов, различающихся более чем на 50 мс, %) — показатель степени преобладания парасимпатического звена регуляции над симпатическим; SI (стресс-индекс), оценивающий степень напряжения регуляторных систем и спектральные составляющие HF, VLF, LF (мощность спектров высокочастотного, низкочастотного и сверхнизкочастотного компонентов, %) — отражают соответственно относительные уровни активности парасимпатического и симпатического звеньев вегетативной нервной системы и вазомоторного центра; VLF/HF и LF/HF — соотношение уровня активности центрального и автономного контуров регуляции; с целью определения степени напряжения

Резюме

Проведенное исследование показало, что сочетанные заболевания органов малого таза у женщин сопровождаются развитием психоэмоциональных расстройств, в структуре которых преобладают тревожно-депрессивные состояния. Установлена их роль в развитии дисбаланса вегетативной нервной системы, сопровождающегося повышением активности регуляторных систем, и влияние на качество жизни. Отмечено, что для пациенток данной группы характерны широкий спектр и глубина нарушений важнейших категорий качества жизни.

Ключевые слова: психоэмоциональные расстройства, дисбаланс вегетативной нервной системы, тревожно-депрессивные расстройства, качество жизни.

N.V. Moskovento, E.N. Kravchenko

THE PSYCHOEMOTIONAL STATE AND QUALITY OF A LIFE OF WOMEN SUFFERING FROM SMALL PELVIS DISEASES

City hospital № 2, Omsk state medicine academia, Omsk

Summary

Research has shown that accompanying diseases of the small pelvis in women are explained by development of the psychoemotional frustration. In structure of these disorders anxiety-depression, vegetative syndromes prevail. Their role in development of the vegetative nervous system misbalance are accompanied by increase of regulatory systems activity, and their effect on the major categories of quality of a life is established. It is noticed that for patients of the given group a wide spectrum and depth of disorders of the major categories of life quality are characteristic.

The conducted research has established influence of pain and dysuria on the major categories of life's quality.

Key words: psychoemotional frustration, vegetative nervous system misbalance, anxiety depression disorders, life's quality.

регуляторных систем использовали ПАРС — показатель активности регуляторных систем.

Медико-психологическое обследование женщин включало изучение особенностей личности с помощью классических психодиагностических методик: теста Айзенка, характерологического теста Смишека, определения уровней реактивной и личностной тревожности (тест Спилберга-Ханина) и степени депрессивных расстройств. Интенсивность боли (БИ — болевой индекс) оценивали по шкалам, включающим оценку нарушения основных категорий качества жизни (КЖ) — физической активности, эмоционального статуса, сна, трудоспособности, семейной и социальной составляющих. Оценку производили в баллах (БИ 0-145). Высчитывали процентное соотношение полученной суммы коэффициентов к общему их числу и переносили на визуальную шкалу. Легкая степень нарушений соответствовала показателю 0-25%; умеренная — 25-50%; выраженная — 50-75%; тяжелая — более 75%. Полученные данные обработаны методом вариационной статистики, различия считали достоверными при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

Боли различной степени выраженности носили хронический характер и были у всех наблюдаемых; нарушения мочеиспускания отмечены у 87 (95,6%) женщин. Клинико-anamnestическое исследование позволило выявить значительную частоту (59,3%) заболеваний желудочно-кишечного тракта. Тазовый миофасциальный синдром и остеохондроз пояснично-крестцового отдела позвоночника выявлены у 71,4 и 53,8% пациенток соответственно. У каждой второй женщины (53,8%) имели место вегетативные нарушения (общее недомогание, метеозависимость, головокружения, повышенная потливость). Сочетанные заболевания гениталий отмечены у 68 (74,2%) пациенток; миома матки — у 35 (38,5%); эндометриоз — у 17 (18,7%); пролапс гениталий — у 15 (16,5%). Изменения слизистой оболочки мочевого пузыря, характерные для хронического цистита, выявлены у всех обследованных; при этом наиболее частым гистологическим вариантом хронического цистита у 52 (57,1%) женщин была плоскоклеточная метаплазия переходного эпителия. У 75 (82,4%) женщин выявлены дисфункции мочевого пузыря (гиперактивность детрузора и/или сфинктерно-детрузорная диссинергия), более выраженные нарушения уродинамики наблюдались у пациенток с плоскоклеточной метаплазией эпителия мочевого пузыря.

РЭГ показала, что у 79 (86,8%) женщин имели место нарушения венозного оттока в разных отделах мозга; снижение тонуса сосудов и дистония; изменения ангиоспастического характера отмечены у 65 (82,3%). Анализ ВСР показал, что у 87 (95,6%) пациенток имеет место повышение активности регуляторных систем. Умеренное напряжение регуляторных систем (ПАРС $3,5 \pm 0,5$) наблюдалось у 36 (34,6%) женщин; выраженное (ПАРС $5,4 \pm 0,8$) и перенапряжение (ПАРС $7,9 \pm 0,5$) — у 24 (23,1%) и 28 (26,9%) соответственно; истощение регуляторных систем отмечено у 16 (15,4%) пациенток (ПАРС $9,2 \pm 0,2$). Смещение вегетативного баланса в сторону превалирования симпатического отдела вегетативной нервной системы выявлено у 65 (74,7%) женщин; при этом мощность HF-волн уменьшалась, наблюдалось существенное увеличение SI (на $82,1 \pm 1,1\%$), показатель LF/HF был высоким. Повышение активности парасимпатического отдела вегетативной нервной системы подтверждалось достоверным увеличением показателя RMSSD на $51,5 \pm 1,4\%$ от средних значений, усилением мощности HF компонента сердечного ритма; соотношение LF/HF уменьшалось на $56,4 \pm 0,8\%$.

Боли легкой интенсивности (БИ $29,4 \pm 5,2$ балла) имели 27 (29,6%) женщин; средней (БИ $57,0 \pm 1,1$ балла) — 38 (41,7%); у 19 (20,8%) пациенток боли носили выраженный характер (БИ — $88,6 \pm 10,4$ балла); у 7 (7,7%) болевой индекс составил $129,4 \pm 6,2$ балла. Диапазон оценок качества жизни у пациенток варьировал от 9 до 34 баллов; частота тяжелых нарушений качества жизни достигла 11,6%, умеренных — 42,9%; остальные женщины оценили нарушения качества жизни как легкие.

Медико-психологическое обследование показало, что 89 (97,8%) женщин предъявляли жалобы на эмоциональные расстройства (подавленность, пониженное настроение, плаксивость, раздражительность и т.п.). Повышенный нейротизм имел место у 70 (76,9%) женщин. Умеренная или высокая реактивная тревожность

отмечена у 83 (91,2%) наблюдаемых, высокая личностная тревожность — у 29 (31,8%). Легкие депрессивные расстройства и близкие к ним состояния выявлены у 47 (51,6%) пациенток, умеренные — у 19 (20,8%) женщин. Уровень депрессивных расстройств у 4 (4,4%) пациенток выходил за рамки легких и умеренных.

Характерной особенностью пациенток явилось сочетание специфических акцентуаций или черт характера, оказывающих влияние на отношение к болезни и определяющих ее течение и стратегию поведения. Превалировали акцентуации, для которых свойственны смена настроения, недоверчивость, длительное переживание одного и того же события, вспыльчивость и трудность переключения на новый вид деятельности. Так, эмотивность отмечена у 81 (89,0%) женщины, застревание — у 52 (57,1%), педантичность наблюдалась у 49 (53,6%) пациенток, циклотимность и возбудимость отмечены в 42,9% случаев, дистимность — в 46,1%. Корреляционный анализ выявил зависимость некоторых черт характера (педантичность, демонстративность, возбудимость; $p < 0,05$) от уровня тревожности. Экстраверсия чаще ассоциировалась с истероидными чертами личности. О влиянии психоэмоционального состояния на течение заболевания и качество жизни женщины свидетельствует факт усиления симптомов под влиянием эмоционального напряжения, выявленный у 57 (62,3%) пациенток. Умеренное снижение активности в быту ($6,5 \pm 2,1$ балла), незначительное и умеренное ($3,2 \pm 1,2$ балла) осложнение семейных отношений были связаны не только с симптомами заболевания, но и обусловлены эмоциональными факторами (снижение и перепады настроения, вспыльчивость, раздражительность), имели место соответственно у 91 и 82 (90,1%) наблюдаемых.

Проведенный корреляционный анализ выявил положительные связи между ($p < 0,001$) повышенным тонусом симпатической нервной системы и высокими показателями тревожности в структуре личности, а также КЖ и реактивной тревожностью ($p < 0,01$). Выявлено, что нарушения сна и уровень работоспособности тесно связаны ($p < 0,01$) с показателем активности регуляторных систем. Обратная корреляция отмечена между РЭГ и вариабельностью сердечного ритма ($p < 0,05$).

Таким образом, можно заключить, что психоэмоциональные расстройства, в основном тревожно-депрессивного характера, оказывают непосредственное и негативное влияние на течение заболевания, качество жизни женщины и тесно связаны с повышенной активностью симпатического отдела вегетативной нервной системы, так как играют весьма значимую роль в развитии вегетативного дисбаланса. Усиление симпатической активности характерно для хронического стресса, которое проявляется вазоконстрикторным действием, приводящим к расстройству гемодинамики и микроциркуляции на системном уровне, и сопровождается нарушением адаптационных возможностей организма.

Заключение

Проведенное исследование показало, что сочетанные заболевания органов малого таза у женщин репродуктивного возраста довольно часто сопровождаются психоэмоциональными расстройствами. В структуре этих расстройств тревожно-депрессивные состояния на-

ходятся на первом месте и оказывают значимое влияние на формирование болевого синдрома. Они способствуют снижению адаптационных возможностей организма за счет нарушения баланса вегетативной нервной системы. Тревожно-депрессивные расстройства являются факторами риска развития неблагоприятного течения и прогноза заболевания и, наряду с болями, приводят к более значительным нарушениям качества жизни, а также могут стать причиной резистентности к проводимой терапии. В связи с этим, становится очевидной необходимость индивидуального подхода к лечению сочетанных заболеваний органов малого таза, при этом обязательно должны учитываться особенности психоэмоционального состояния пациенток.

Л и т е р а т у р а

1. Назарова Н.А. Состояние психовегетативной и сексуальной сферы у женщин в перименопаузе: автореф. дис. ... канд. мед. наук. - М., 2000. - 26 с.
2. Ревина Н.Е. Вариабельность сердечного ритма как показатель регулирования сердца при эмоциональном

напряжении человека // Вестн. РАМН. - 2006. - №2. - С. 41-45.

3. Савицкий Г.А., Иванова Р.Д. Хирургическое лечение тазовых болей в гинекологической практике. - СПб.: Элби-СПб., 2003. - 260 с.

4. Симоненков А.П., Федоров В.Д. Современная концепция стресса и адаптации с учетом новых данных о генезе тканевой гипоксии // Вестн. РАМН. - 2008. - № 5. - С. 7-14.

5. Яворская С.А. Применение селективных ингибиторов обратного захвата серотонина в неврологической практике // Рус. мед. журнал. - 2007. - Т. 15, №5. - С. 429-433.

6. Яроцкая Е.Л. Современные подходы к лечению больных с тазовыми болями в клинике оперативной гинекологии: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. - М., 2004. - 48 с.

Координаты для связи с авторами: Москоленко Наталья Владимировна — канд. мед. наук, врач-уролог, тел.: 8(3812)-54-47-92; Кравченко Елена Николаевна — доктор мед. наук, профессор, зав. кафедрой акушерства и гинекологии ОГМА, тел.: 8(3812)-23-02-93, e-mail: Moskov-Antonra@yandex.ru.

