

УДК 616.8-008.6:618.14-006.36-053.2-055.2

## ПСИХИЧЕСКИЕ НЕПСИХОТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА С МИОМОЙ МАТКИ

Насырова Р.Ф.

*НИИ психического здоровья СО РАМН, Томск,*

*e-mail: nreginaf@rambler.ru*

При оценке уровня психического здоровья женщин репродуктивного возраста с миомой матки получены данные, демонстрирующие высокую коморбидность психических нарушений и гинекологической патологии. Выявлено, что с высоким уровнем статистической значимости ( $p < 0,05$ ) преобладали пациентки с психическими непсихотическими расстройствами (44,29% (31 женщин)) и донозологическими состояниями (45,71% (32)) по сравнению с когортой женщин без психических нарушений (10,00% (7)). Полученные данные обосновывают необходимость создания комплексных высокоэффективных диагностических, профилактических и терапевтических стратегий, применяемых у гинекологических больных с донозологическими состояниями и психическими непсихотическими расстройствами.

**Ключевые слова:** психические непсихотические расстройства, миома матки, женщины репродуктивного возраста

Миома матки является одной из самых распространенных патологий в структуре гинекологических заболеваний у женщин репродуктивного возраста, при этом в настоящее время отмечается значительное «омоложение» данной патологии. Частота ее встречаемости у женщин старше 35 лет, по данным разных авторов, составляет от 25 до 50%. Развиваясь у женщин репродуктивного возраста, миома матки нарушает их детородную функцию: способно приводить к бесплодию, невынашиванию беременности, перинатальным потерям [3, 6, 9, 10]. Принимая во внимание сложившуюся в последние годы неблагоприятную демографическую ситуацию, рассматриваемое гинекологическое заболевание приобретает высокую социальную значимость [7].

По определению экспертов Всемирной организации здравоохранения репродуктивное здоровье женщины характеризуется состоянием полного физического, психического и социального благополучия, а не только отсутствием болезней, касающихся функций и процессов репродуктивной

системы [3]. Сочетание гинекологической и психической патологии ухудшает клинический прогноз каждой из них, а также социальную адаптацию и качество жизни женщин [1, 2]. Данная доброкачественная гормонально зависимая опухоль требует преимущественно радикального подхода к лечению, в связи с чем по поводу миомы матки выполняется до 50–70% оперативных вмешательств в гинекологических стационарах [3, 6]. Поэтому большое внимание уделяется изучению влияния различных видов хирургических вмешательств на психическое состояние и качество жизни оперированных по поводу миомы матки женщин [8]. Следует отметить, что основной современной терапевтической тактикой при диагностировании неосложненных форм данной нозологии является консервативное медикаментозное лечение [3, 4].

В связи с этим **целью исследования** явилось изучение психических непсихотических расстройств у женщин репродуктивного возраста с миомой матки, находящихся на диспансерном учете у гинеколога.

### Материал и методы исследования

Исследование проводилось в соответствии с требованиями Хельсинкской декларации Всемирной медицинской ассоциации об этических принципах проведения медицинских исследований с участием людей в качестве субъектов (2000 г.). После получения письменного информированного согласия было обследовано 70 женщин с верифицированным диагнозом миома матки – код D25 по Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) в возрасте от 21 до 45 лет. Инструментальная диагностика миомы матки осуществлялась с помощью ультразвукового сканирования. Распределение по клинической классификации было следующим: клинически незначимые миомы или миомы малых размеров – 17,14% (12) женщин; малые множественные миомы матки – 25,71% (18); миома матки средних размеров – 21,43% (15); множественная миома матки со средним размером доминантного узла – 35,71% (25). Из исследования исключались больные с тяжелыми сопутствующими соматическими заболеваниями, а также с коморбидной гинекологической патологией пролиферативного и нейроэндокринного генеза. Обследованные женщины находились на диспансерном учёте в областном центре планирования семьи и репродукции (г. Томск), им не планировались и не проводились хирургические вмешательства по поводу миомы матки.

При изучении социодемографических характеристик выявлено, что возрастное распределение обследованных оказалось неравномерным: 71,43% (50) обследованных женщин находились в позднем репродуктивном возрасте – от 36 до 45 лет, в репродуктивном (24–35 лет) – 20,00% (14) и самой малочисленной (8,57% (6)) оказалась группа больных раннего репродуктивного возраста (18–23 года), при этом средний возраст составил  $35,77 \pm 1,55$  лет. Исследование социальных параметров у обследованных с миомой матки выявило следующие особенности. Уровень образования в целом по группе оказался достаточно высо-

ким: преобладали лица с высшим образованием – 55,72% (39 женщин), со средним специальным 27,14% (19), незаконченным высшим – 12,86% (9) и среднее образование имели 4,28% (3) обследованных. Подавляющее большинство пациенток занималось активной трудовой деятельностью: преобладали женщины 21,42% (15), занимающиеся высшим менеджментом, служащие составили 22,86% (16) и специалисты – 17,14% (12), не работали 1,43% (1). Анализ семейного положения у изучаемых больных также показал, что большая часть женщин состояли в официальном браке – 54,28% (38), в незарегистрированном браке – 14,29% (10), не замужем было 31,43% (22) обследованных. Пациентки с нулевым паритетом беременности составили 24,28% (17) ввиду относительно позднего возникновения данной патологии репродуктивной системы; не имели детей – 38,57% (27), имели одного ребенка – 15,71% (11), двух детей – 41,43% (29), трех и более детей – 4,29% (3).

В исследовании использовался клинико-психопатологический метод. Обработку данных проводили с помощью стандартных алгоритмов биометрии с использованием пакета программ Statistica (версия 8.0). Различия считались достоверными при уровне значимости  $p < 0,05$ .

### Результаты и обсуждение

В результате клинико-психопатологического обследования женщин с миомой матки были определены уровни психического здоровья, обозначенные как «без психических нарушений», «донозологические проявления» и «психические непсихотические расстройства». Выявлено, что с высоким уровнем статистической значимости ( $p < 0,05$ ) преобладали пациентки с психическими непсихотическими расстройствами (44,29% (31)) и группа с донозологическими проявлениями (45,71% (32)) по сравнению с когортой женщин без психических нарушений (10,00% (7)).

Клиническими проявлениями донозологических состояний являются полиморф-

ные кратковременные нарушения невротического уровня, вегетативные и соматические дисфункции, чередующиеся с периодами относительного благополучия. Диагностирование донозологических состояний у обследованных женщин с миомой матки дает основание для выявления группы лиц повышенного риска развития пограничной патологии в психической деятельности, находящихся между «здоровьем и болезнью» и нуждающихся в контрольных наблюдениях и периодических осмотрах. В группе пациенток, имеющих донозологические проявления, встречались как психоадаптационные, так и психозадаптационные состояния [5].

Психоадаптационные состояния (ПАС) оценивались как относительно стабильные образования, соответствующие «предпатологии» при сохранности компенсаторных способностей. Клинически отдельные варианты ПАС характеризовались теми же проявлениями, что и ПДАС, но в более изолированном, нестойком и редуцированном виде («микросимптомы») и регистрировались у 21,43% (15) обследованных. Психозадаптационные состояния (ПДАС) определялись как относительно стабильные симптокомплексы, соответствующие регистру пограничных расстройств, формирующихся в течение длительного периода (около 6 месяцев и более) в виде четырех вариантов – астенического, дистимического, психовегетативного и дисмнестического. Для первого варианта облигатным проявлением являлся симптомокомплекс физической или психической слабости, второго – аффективных нарушений, третьего – вегетативных дисфункций, четвертого – изменений в сфере внимания и памяти. ПДАС выявлялись в актуальном состоянии у 24,29% (17) пациенток.

Астенический вариант ПАС-ПДАС в актуальном состоянии был зарегистрирован у 24,29% (17) обследованных. Данная форма экстранозологического уровня была представлена двумя подтипами: с преобладанием физической слабости и с преобладанием психической слабости. Первый вариант определялся у 12,86% (9) женщин и харак-

теризовался превалированием пониженного физического тонуса после привычного вида деятельности и нарушением сна. Если при данном варианте ПАС, выявляемом у 4,29% (3) пациенток с миомой матки, чувство физического недомогания возникало на короткий срок и быстро редуцировалось, то выраженная слабость в рамках ПДАС, которая была диагностирована у 8,57% (6), требовала пролонгированного периода восстановления сил и характеризовалась присоединением непродолжительных вегетативных дисфункций и гипотимных реакций. Показатель выявляемости астенического ПАС с психической слабостью, характеризующегося преходящими, кратковременными ухудшениями интеллектуальной продуктивности, оказался на уровне 7,14% (у 5 пациенток). Обследованные отмечали снижение памяти, способности к концентрации и адекватному переключению внимания. Частота данного варианта ПДАС, отличающегося укорочением «светлых» промежутков, составила 4,29% (3). Данные женщины также предъявляли жалобы на головокружение, изменение продолжительности сна, затрудненное пробуждение, раздражительность, неустойчивость настроения, метеочувствительность. Дистимический вариант на этапе ПАС, выявляемый у 5,71% (4) женщин, характеризовался психоэмоциональными сдвигами в виде чувства внутренней напряженности, беспокойства, переживания дискомфорта и неудовлетворенности, неопределенной тревоги, предчувствия неприятности. У 1,43% (1) обследованных выявлено ПДАС с преобладанием кратковременной эмоциональной неустойчивости, субъективно оцениваемой как «несвойственные ранее», в текущем состоянии регистрировались раздражительность с повышенной истощаемостью, чувство беспокойства и переживания психического дискомфорта, легкое возникновение дисфорических вспышек с недовольством и озлобленностью. Психовегетативный вариант ПАС был диагностирован у 4,29% (3) пациенток на основании наличия

у них фрагментарных вегетативных нарушений. Деадаптационный уровень, проявляющийся вегетативным дисбалансом в нескольких системах организма с эмоциональными отклонениями в виде гипотимических и тревожно-фобических реакций, зарегистрирован у 10,00% (7) обследованного контингента.

В соответствии с диагностическими критериями МКБ-10 диагностированные психические расстройства включали четыре кластера: аффективные, преимущественно депрессивного спектра (F3) выявлены у 7,14% (5); невротические, связанные со стрессом, и соматоформные расстройства (F4) – у 30,00% (21) обследованных женщин; поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами (F5) – у 4,29% (3) и расстройства личности и поведения в зрелом возрасте (F6) – у 2,86% (2).

Распределение по нозологиям внутри каждого регистра было следующим. В группу с аффективными расстройствами вошли пациенты с депрессивным эпизодом легкой степени (F32.0; 4,29% (3)), депрессивным эпизодом средней степени (F32.1; 1,43% (1)) и рекуррентным аффективным расстройством (текущий эпизод легкой степени) (F33.0; 1,43% (1)). Полученные в ходе исследования данные свидетельствуют о высокой распространенности психических нарушений кластера «Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства» (F4) среди женщин с миомой матки. Изучение структуры психических нарушений данного регистра продемонстрировало, что психические нарушения у 7,14% (5) обследованных соответствовали диагностическим критериям неврастении (F48.0) из секции «Других невротических расстройств» (F48); у 7,14% (5) – рубрике «Реакция на тяжелый стресс и расстройства адаптации» (F43). Психические нарушения из рубрики фобических тревожных расстройств (F40) были зарегистрированы у 2,86% (2); актуальное психическое состояние 4,29% (3) женщин соответствовало

рубрике F41 «Другие тревожные расстройства»; 5,71% (4) обследованных пациенток имели соматизированные расстройства (F45). Психические нарушения, соответствующие диагностическим критериям обсессивно-компульсивного (F42) и диссоциативного (F44) расстройства, выявлены у 2,86% (2) больных. Из секции поведенческих синдромов, связанных с физиологическими нарушениями и физическими факторами (F5), выявлялись 2,85% (2) случаев атипичной нервной анорексии (F50.1) и в 1,43% (1) – диспареуния неорганического происхождения (F52.6). Психические нарушения кластера расстройства личности и поведения в зрелом возрасте (F6) были представлены у обследованных истерическим (F60.4; 1,43% (1)) и тревожным (F60.6; 1,43% (1)) вариантами.

При синдромальной оценке статуса установлено, что у пациенток с миомой матки преобладали тревожный и депрессивный синдромы (38,57% (27) и 35,71% (25) соответственно), отличительными особенностями которых у обследованных женщин являлись переживания по поводу результатов очередного ультразвукового обследования диагностирования количества и размеров миоматозных узлов, эффективности проводимого лечения, предчувствие проблем при возможном неблагоприятном исходе гинекологического недуга, пессимистической оценкой прогноза развития репродуктивной патологии.

Далее по частоте следовали астенический и ипохондрический синдромы (20,00% (14) и 17,14% (12) соответственно). Последний характеризовался постоянной фиксацией на незначительных симптомах имеющегося гинекологического заболевания, также отмечалось стремление к ограничению любых факторов, которые, по мнению женщины, могли неблагоприятно отразиться на состоянии половой системы, а также вызвать осложнения репродуктивной патологии. Данная категория больных придерживалась различных диет, минимизировала производственные и бытовые

нагрузки, тщательно выполняла рекомендации врача-гинеколога, с особой пунктуальностью относилась ко времени приема медикаментов, пыталась «усовершенствовать» лечебный процесс, настоятельно требовала проведения дополнительных обследований. При дальнейшем проведении корреляционного анализа с применением коэффициента Спирмана установлено, что ипохондрические проявления были значимо сопряжены с принадлежностью пациенток к определенной возрастной категории ( $R = 0,273$ ;  $p < 0,05$ ). Фобический синдром выявлялся у 5,71% (4) обследованных, которые испытывали навязчивые страхи перерождения опухоли в злокачественную, неэффективности терапии, страх ожидания необходимости удаления репродуктивного органа, потери фертильности, женственности и возникновения семейных проблем из-за имеющегося гинекологического заболевания. Истерический синдром диагностирован у 8,57% (6) женщин и проявлялся в требовании поддержки и внимания со стороны близких, «понимании тяжести состояния» больной, сочувствии, демонстративным и аффективно окрашенными требованиями по отношению к близкому окружению «жалости» и «сострадания», в раздражительности и плаксивости. Деперсонализационно-де-realизационный и обсессивный синдромы выявлялись у 6,25% (5) и 4,29% (3) пациенток соответственно.

**Заключение.** Высокая коморбидность донозологических проявлений и психических непсихотических расстройств при миоме матки у женщин репродуктивного возраста оказывает несомненное негативное влияние на течение и прогноз болезни, существенно ухудшает эффективность гинекологических лечебных мероприятий. Полученные данные обосновывают необходимость создания комплексных высокоэффективных диагностических, профилактических и терапевтических стратегий, применяемых у гинекологических больных с доболезненными состояниями и психи-

ческими непсихотическими расстройствами в психиатрической и гинекологической практике.

*Исследование выполнено в рамках Гранта Президента Российской Федерации для государственной поддержки молодых российских ученых (№ гранта МК-3743.2008.7).*

#### Список литературы

1. 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.
2. Менделевич Д.М., Менделевич В.Д. Гинекологическая психиатрия (современные аспекты проблемы) // Неврологический вестник. – 1993. – № 25 (1/2). – С. 104–108.
3. Национальное руководство. Гинекология / под ред. В.И. Кулакова, И.Б. Манухина, Г.М. Савельевой. – М.: ГОЭТАР-Медиа. – 2007. – 1063 с.
4. Самойлова Т.Е. Миома матки. Обоснование неоперативного лечения (обзор литературы) // Проблемы репродукции. – 2003. – № 9(4). – С. 32–36.
5. Семке В.Я. Превентивная психиатрия. – Томск: Изд-во Томского университета, 1999. – 404 с.
6. Тихомиров А.Л., Лубнин Д.М. Миома матки. – М.: МИА, 2006. – 174 с.
7. Улумбекова Г.Э. Демография и показатели здоровья населения России // Российский психиатрический журнал. – 2010. – № 2. – С. 28–35.
8. The psychosocial outcomes of total and subtotal hysterectomy: A randomized controlled trial / N. Flory, F. Bissonnette, R.T. Amsel, Y.M. Binik // J. Sex. Med. – 2006. – №3. – P. 483–491.
9. Laughlin S.K., Schroeder J.C., Baird D.D. New directions in the epidemiology of uterine fibroids // Semin. Reprod. Med. – 2010. – № 28 (3). – P. 204–217.
10. Olive D.L., Pritts E.A. Fibroids and reproduction // Semin. Reprod. Med. – 2010. – № 28(3). – P. 218–227.

#### Рецензенты:

Иванова Т.И., д.м.н., доцент кафедры психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии ГОУ ВПО «Омская государственная медицинская академия», Омск;

Елисеев А.В., д.м.н., профессор кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии ГОУ ВПО «Сибирский государственный медицинский университет Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию», Томск.

## MENTAL NON-PSYCHOTIC DISORDERS IN WOMEN OF REPRODUCTIVE AGE WITH UTERINE MYOMA

**Nasyrova R.F.**

*Mental Health Research Institute SB RAMSci, Tomsk,  
e-mail: nreginaf@rambler.ru*

During assessment of mental health of women of reproductive age with uterine myoma we have obtained data demonstrating high co-morbidity of mental disturbances with gynecological pathology. It has been revealed that with high level of statistical significance ( $p < 0,05$ ) female patients with mental non-psychotic disorders predominated (44,29% (31 women)) and group with pre-nosological manifestations predominated (45,71% (32)) as compared with cohort of women without mental disturbances (10,00% (7)). Obtained data substantiates necessity of creation of complex highly effective diagnostic, preventive and therapeutic strategies applied in gynecological patients with pre-illness states and non-psychotic disorders.

**Keywords: mental non-psychotic disorders, uterine myoma, women of reproductive age**