

УДК 616-053.86]-616.85+618.14-06

КОРНИЕНКО С.М.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

НЕВРОТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА И ПАТОЛОГИЯ ЭНДОМЕТРИЯ У ЖЕНЩИН ПОЗДНЕГО РЕПРОДУКТИВНОГО И ПРЕМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Резюме. Цель исследования: изучить клинико-анамнестические особенности, психологический статус и качество жизни женщин позднего репродуктивного и перименопаузального возраста с невротическими расстройствами (НР) на фоне патологии эндометрия.

Материалы и методы. Изучены клинико-анамнестические особенности, психологический статус и качество жизни 176 женщин 35–53 лет с патологией эндометрия.

Результаты и обсуждение. У 76 женщин (43,2 %) были выявлены высокие оценки по шкале невротичности теста FPI. Установлено, что качество жизни этих женщин по сравнению с другими пациентками снижено по большинству шкал опросника SF-36: уменьшены физическая и социальная активность, понижены субъективные оценки эмоционального состояния и в целом психологического и физического здоровья. У 92 % невротичных пациенток наблюдалась выраженная вегетативная дисфункция полисистемного характера. При невротических расстройствах в процесс эмоциональной декомпенсации были вовлечены также нейрогуморальные стрессоры и психосоциальные факторы, наблюдалась склонность к соматоформному реагированию при наличии психологических проблем, а усиление адаптационных механизмов было направлено на защиту личности.

Выводы. Невротические нарушения, манифестирующие у пациенток позднего репродуктивного и перименопаузального возраста с патологией эндометрия, имеют мультифакторную этиологию, включая нейровегетативные, нейрогуморальные, нейроэндокринные, социальные и психологические факторы. Соотношение этих факторов может меняться под влиянием эмоциогенных воздействий и реакций личности. Препятствуя формированию адаптационного поведения, они могут снизить результат лечения гинекологического заболевания, что диктует необходимость особой профилактической и терапевтической стратегии при ведении женщин с НР: тщательного обследования, наблюдения за симптоматикой, выявления и оценки роли каждого потенциального фактора в развитии психоэмоциональных нарушений, адекватной психотерапевтической помощи.

Ключевые слова: патология эндометрия, поздний репродуктивный и перименопаузальный возраст, невротические расстройства, качество жизни.

В настоящее время проблема психического здоровья рассматривается как одна из ключевых не только в психиатрии, но и в общей медицине. По определению экспертов ВОЗ, репродуктивное здоровье женщины характеризуется состоянием полного физического, психического и социального благополучия, а не только отсутствием болезней, касающихся функций и процессов репродуктивной системы [6]. Сочетание гинекологической и психической патологии ухудшает клинический прогноз каждой из них. Для таких пациенток характерны переживания по поводу результатов диагностического обследования, эффективности проводимого лечения, предчувствие проблем при возможном неблагоприятном исходе гинекологического недуга, пессимистическая оценка прогноза развития репродуктивной патологии [3, 4, 9].

Заболевания эндометрия являются распространенной гинекологической патологией, частота которой значительно увеличивается к периоду перименопаузы [6, 10]. К этому времени у женщин накапливается множество проблем, что является критическим в плане возникновения всевозможных эмоциональных расстройств различной степени выраженности — от снижения настроения до депрессии [3, 4, 7, 9].

Невротические расстройства (НР) объединяют группу состояний, связанных с наличием чувства внутреннего беспокойства и напряжения различной интенсивности и продолжительности на фоне вегетативных нарушений [1, 2, 4]. Биологическим предиктором раз-

© Корниенко С.М., 2013

© «Медико-социальные проблемы семьи», 2013

© Заславский А.Ю., 2013

вития НР в среднем возрасте является резкое изменение гормонального фона и активности гипоталамо-гипофизарной системы, сопровождающееся трансформацией уровня активности периферического эндокринного аппарата, что этиологически объединяет их с патологическими процессами, происходящими в эндометрии [6, 9, 12]. Неврозы не сопровождаются психотическими явлениями или грубыми нарушениями поведения, выходящими за рамки социально принятых норм, однако они существенно затрудняют социальную адаптацию, ставят под угрозу самооценку женщины, приводят к депривации важных физиологических потребностей и эмоционального состояния. Нередко неврозы приобретают хроническое течение и длятся годами. В этих случаях становление личности невротика идет в неблагоприятных условиях, и происходит невротическое развитие личности, что может существенно снизить качество жизни (КЖ) пациентки и отразиться на эффективности лечения гинекологического заболевания [3, 7, 8].

Цель исследования: изучить клинико-анамнестические особенности, психологический статус и качество жизни женщин позднего репродуктивного и пременопаузального возраста с НР на фоне патологии эндометрия (ПЭ).

Материал и методы

В обсервационное когортное исследование были включены 176 женщин в возрасте 35–53 лет, страдающих ПЭ. Полип эндометрия отмечался у 132 (75,0 %) из них, гиперплазия эндометрия — у 48 (27,3 %), хронический эндометрит — у 30 (17 %), аденоматоз — у 5 (2,8 %), синехии — у 4 (2,3 %). Все женщины прошли психологическое тестирование по тесту FPI, в результате которого у 76 (43,2 %) были выявлены высокие оценки по шкале невротичности. Эти пациентки составили основную когорту (группа НР), в референтную когорту вошли остальные 100 (56,8 %) женщин (группа К).

Личностный опросник FPI предназначен для диагностики психических состояний и свойств личности, влияющих на процессы социальной адаптации и регуляции поведения. Тест FPI содержит 12 шкал: невротичности, спонтанной агрессивности, депрессивности, раздражительности, общительности, уравновешенности, реактивной агрессивности, застенчивости, открытости, экстраверсии-интроверсии, эмоциональной лабильности, маскулинизма-феминизма.

Вегетативную дисфункцию с оценкой в баллах мы изучали по опроснику А.М. Вейна (1998). Отклонением от нормы считали сумму баллов более 15.

В качестве инструмента исследования КЖ пациенток использовали общий опросник здоровья SF-36 и шкалу Зунга (Цунга) для самооценки депрессии. Опросник SF-36 отражает стороны жизнедеятельности, связанные с состоянием здоровья человека. Тест, оценивающий субъективную удовлетворенность физическим и психическим состоянием, состоит из 36 вопросов, сгруппированных в 8 шкал: физическое функционирование; ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием; интенсивность боли; общее состояние здо-

ровья; жизненная активность; социальное функционирование; ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием, и психическое здоровье. Оценки каждой шкалы варьируют между 0 и 100, где 100 представляет полное здоровье. Все шкалы формируют два показателя: душевное и физическое благополучие. Шкала Зунга (Цунга) — тест для самооценки депрессии, позволяющий определить степень депрессивного расстройства. Опросник состоит из 20 утверждений и содержит определенные симптомы депрессии.

Статистическую обработку результатов проводили с использованием методов вариационной статистики (медиана и межквартильный размах), χ^2 -критерия и рангового критерия Манна — Уитни.

Результаты и их обсуждение

Возрастная медиана в группе НР составила 41 (38–43,8) год и не имела статистически значимого отличия от показателя группы К — 40 (37–44) лет, $p > 0,05$.

Анализируя данные социального статуса женщин, мы выявили (табл. 1), что служащие составили около 1/2 группы НР и немногим менее 3/4 группы К, $p < 0,04$, а вот представительницы рабочих профессий чаще находились в группе с высокой невротичностью — 32,9 против 15,0 %, $p < 0,005$. Домохозяйки встречались соответственно в 10,5 и 14,0 % случаев, $p > 0,05$. Наличие профессиональных вредностей отметили 11,8 % опрошенных группы НР и 17,0 % группы К, $p > 0,05$. Незамужние в группах исследования наблюдались с приблизительно одинаковой частотой: 13,2 % в группе НР и 19,0 % в группе К, $p > 0,05$.

Соматический профиль невротичных пациенток отличала повышенная заболеваемость пищеварительной ($p < 0,006$), дыхательной ($p < 0,008$), мочевыделительной ($p < 0,005$) систем и щитовидной железы ($p < 0,04$). У них значимо чаще отмечались головные боли ($p < 0,002$), склонность к легкому образованию синяков ($p < 0,02$) и повышенная кровоточивость тканей ($p < 0,02$) (табл. 1).

Изучение гинекологического статуса пациенток выявило, что показатели менструальной функции в группах исследования практически не различались. Так, медианное значение возраста менархе в обеих группах составило 13 (12–14) лет, $p > 0,05$. Раннее менархе наблюдалось у 10,5 % пациенток группы НР и 6,0 % группы К, позднее — у 13,2 и 11,0 % соответственно, $p > 0,05$. Обильные месячные отмечались у 63,2 % пациенток группы НР и 55,0 % группы К, болезненные — у 52,6 и 43,0 % соответственно, $p > 0,05$. Задержки месячных имелись у 6,6 % женщин группы НР и 9,0 % группы К, эндометриоидные выделения — у 42,1 и 42,0 % соответственно, $p > 0,05$. В целом нарушения МЦ в группе НР были отмечены у 68,4 %, в группе К — у 61,0 % пациенток, $p > 0,05$.

Аднекситы отягощали анамнез 40,8 % женщин группы НР и 33,0 % группы К ($p > 0,05$), кисты яичников — соответственно 9,2 и 13,0 % ($p > 0,05$), заболевания молочной железы — 15,8 и 8,0 % ($p > 0,05$), эктопия шейки матки — 43,4 и 41,0 % ($p > 0,05$), полип эндоме-

трия — 39,5 и 45,0 % ($p > 0,05$), полип цервикального канала — 10,5 и 10,0 % ($p > 0,05$), миома матки — 44,7 и 45,0 % ($p > 0,05$), гиперплазия эндометрия — 7,9 и 13,0 % ($p > 0,05$), эндометриоз — 19,7 и 9,0 % ($p < 0,04$), в том числе аденомиоз — 18,4 и 6,0 % ($p < 0,01$). Бесплодием страдали 23,7 % женщин группы НР и 20,0 % группы К ($p > 0,05$). Операции на гениталиях были выполнены в 35,5 % случаев в группе НР и 27,0 % в группе К ($p > 0,05$).

Около половины женщин группы НР использовали гормональные препараты — в 1,7 раза чаще, чем пациентки группы К ($p < 0,02$) (табл. 1). Отношение шансов НР составило 2,2.

Медианное значение количества беременностей в группе НР составило 2 (1–3,75), в группе К — 3 (1–4), $p > 0,05$; аборт — соответственно 0,5 (0–2) и 1 (0–2), $p > 0,05$; родов — 1 (0–2) и 1 (1–1), $p > 0,05$.

Согласно результатам тестирования по опроснику FPI (табл. 2), личностный профиль пациенток с НР характеризовали высокие уровни спонтанной агрессивности, депрессивности, раздражительности, застенчивости и открытости ($p < 0,001$). Кроме того, у них чаще выявлялись низкая общительность ($p < 0,006$) и высокая реактивная агрессивность ($p < 0,02$). Все это консолидированно отразилось на показателе эмоциональной лабильности: в группе НР высокая оценка по этой шкале регистрировалась в 5,1 раза чаще, чем в группе К ($p < 0,001$).

Выраженная вегетативная дисфункция была выявлена практически у всех женщин с НР (92,1 %). Необходимо отметить, что и в группе К данные расстройства наблюдались в 2/3 случаев, что, однако, было значимо меньше частоты группы НР ($p < 0,001$). На фоне НР существенно чаще наблюдались головные боли, обмороки, нарушения сна и снижение работоспособности.

В нашем исследовании не было выявлено наличия у женщин субдепрессии (маскированной депрессии)

или истинного депрессивного состояния, однако у четверти пациенток с НР была диагностирована депрессия ситуативного или невротического генеза — в 3,9 раза чаще, чем в группе К ($p < 0,001$).

Как следует из результатов, полученных при анализе интегральных шкал опросника SF-36 (табл. 2), пациентки с НР по сравнению с женщинами группы К существенно ниже оценивали не только психологический, но и физический компонент здоровья ($p < 0,001$). Наибольшее расхождение получено по шкале эмоционального функционирования (на 33,3 %, $p < 0,009$). Это свидетельствует о том, что женщины с НР в своей повседневной деятельности испытывали значительные ограничения (большие затраты времени, уменьшение объема работы, снижение ее качества) вследствие ухудшения эмоционального состояния. Свою жизненную активность пациентки группы НР оценили на 15,0 % ($p < 0,001$), психическое здоровье — на 12,0 % ($p < 0,001$) ниже, чем женщины без НР. Кроме того, они в большей степени переживали ограничения социальных контактов и снижение уровня общения ($p < 0,02$). Из шкал, формирующих физический компонент здоровья, наиболее значимое снижение было по шкале общего здоровья — на 10,0 %, $p < 0,001$. По шкале боли снижение составило 6,0 % ($p < 0,04$), физического функционирования — 5,0 % ($p < 0,008$). Необходимо отметить, что медианная оценка по шкале ролевого (физического) функционирования в группе НР была на 25,0 % ниже, чем в группе К, однако значимого различия не выявлено вследствие высокой вариабельности полученных данных ($p < 0,06$).

Обобщая полученные результаты, можно сделать заключение, что почти у половины пациенток позднего репродуктивного и пременопаузального возраста ПЭ сопровождается выраженным невротическим синдромом астенического типа со значительными

Таблица 1. Клинико-anamnestические данные пациенток групп исследования, n (P %)

Сравниваемые показатели	Группа НР, n = 76	Группа К, n = 100
Служащая	43 (56,6) *	71 (71,0)
Рабочая	25 (32,9)**	15 (15,0)
Профессиональные вредности	9 (11,8)	17 (17,0)
Не замужем	10 (13,2)	19 (19,0)
Сердечно-сосудистые заболевания	21 (27,6)	18 (18,0)
Заболевания дыхательной системы	46 (60,5)**	41 (41,0)
Заболевания пищеварительной системы	49 (64,5)**	44 (44,0)
Заболевания мочевыделительной системы	27 (35,5)**	17 (17,0)
Заболевания щитовидной железы	18 (23,7)*	12 (12,0)
Кожные и аллергические заболевания	25 (32,9)	22 (22,0)
Головные боли	52 (68,4)**	45 (45,0)
Легкое образование синяков	53 (69,7)*	52 (52,0)
Повышенная кровоточивость тканей	15 (19,7)*	7 (7,0)
Аденомиоз	14 (18,4)**	6 (6,0)
Использование гормонов	32 (42,1)*	25 (25,0)
Генитальные операции	27 (35,5)	27 (27,0)
Бесплодие	18 (23,7)	20 (20,0)

Примечание: *, **, *** — значимое отличие от референтной группы, соответственно $p < 0,05$, $p < 0,01$ и $p < 0,001$ (критерий χ^2).

психосоматическими нарушениями. Среди глубинных личностных свойств невротичных женщин с ПЭ доминируют депрессивность и раздражительность, застенчивость и открытость. Парадоксальное сочетание таких качеств говорит о повышенной тревожности, неуверенности в себе, низкой самооценке, что свидетельствует о сложностях интериоризации и недостаточной саморегуляции. Усиление адаптационных механизмов направлено не на преодоление препятствий, а на защиту личности. Можно предположить, что в ситуации с болезнью такие женщины будут использовать иррациональный способ адаптации, ухудшающий качество их жизни.

Действительно, согласно полученным нами данным, у пациенток с НР снижено ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием. Следствием эмоциональных проблем явились когнитивные нарушения в виде снижения работоспособности и способности к планированию деятельности. При этом в данной выборке были существенно хуже и показатели КЖ, определяющие физический компонент здоровья. На фоне НР был также значительно снижен показатель шкалы общего состояния здоровья, оценивающий перспективы лечения. Таким образом,

в структуре НР наблюдалась астенизация не только в виде психической, но и физической истощаемости.

Как показали наши исследования, помимо личностных факторов астенизации, в процесс эмоциональной декомпенсации были вовлечены также нейровегетативные, нейрогуморальные, нейроэндокринные стрессоры и социальные обстоятельства. В последнем случае речь идет о женщинах рабочих профессий, количество которых в выборке НР было значимо выше. Из-за своего профессионального и финансового статуса такие пациентки чаще испытывают самоощущение социальной изоляции и беспомощности при преодолении ситуаций, угрожающих их благосостоянию и здоровью.

У подавляющего большинства женщин с НР наблюдалась выраженная вегетативная дисфункция полисистемного характера как с перманентным, так и с пароксизмальным течением. Характер соматической патологии (заболевания пищеварительного тракта, дыхательной системы и щитовидной железы) свидетельствовал о склонности к соматоформному реагированию при наличии психологических проблем. Видимо, пациентки с НР переключали переживания с психогенной ситуации на свое здоровье, а соматоформные расстройства усиливали уже имевшиеся ранее сомато-

Таблица 2. Психоземotionalные особенности пациенток групп исследования, n (P %)

Сравниваемые показатели	Группа НР, n = 76	Группа К, n = 100
Личностный профиль по шкалам опросника FPI		
— высокая спонтанная агрессивность	10 (13,2)***	0 (0,0)
— высокая депрессивность	28 (36,8)***	4 (4,0)
— высокая раздражительность	35 (46,1)***	10 (10,0)
— низкая общительность	6 (7,9)**	0 (0,0)
— низкая уравновешенность	34 (44,7)	53 (53,0)
— высокая реактивная агрессивность	12 (15,8)*	5 (5,0)
— высокая застенчивость	49 (64,5)***	25 (25,0)
— высокая открытость	35 (46,1)***	21 (21,0)
— высокая интроверсия	33 (43,4)	57 (57,0)
— высокая эмоциональная лабильность	39 (51,3)***	10 (10,0)
— высокий феминизм	48 (63,2)	66 (66,0)
Вегетативные расстройства по опроснику Вейна, Me (Q ₁ -Q ₃) баллов	37,5 (28–46,5)***	20 (13,25–30)
Вегетативные расстройства по опроснику Вейна свыше 15 баллов, n (P %)	70 (92,1)***	66 (66,0)
Легкая депрессия по шкале Цунга, n (P %)	18 (23,7)***	6 (6,0)
Оценка качества жизни по опроснику SF-36, Me (Q ₁ -Q ₃) %		
Физическое функционирование	85 (75–93,75)**	90 (80–95)
Ролевое (физическое) функционирование	75 (50–100)	100 (50–100)
Боль	68 (44–100)*	74 (51–100)
Общее здоровье	57 (45–67)***	67 (55–77)
Жизнеспособность	50 (35–65)***	65 (50–75)
Социальное функционирование	80 (62,5–87,5)*	82,5 (75–92,5)
Эмоциональное функционирование	66,67 (33,3–100)***	100 (66,7–100)
Психическое здоровье	52 (44–68)**	64 (52–75)
Физический компонент здоровья	69,88 (58,38–78,63)***	78,5 (66–88)
Психологический компонент здоровья	61,42 (47,07–76,06)***	71,79 (62,29–82,38)

Примечание: *, **, *** — значимое отличие от референтной группы (использовали критерий χ^2 при номинальных шкалах и ранговый критерий Манна — Уитни при интервальных шкалах), соответственно $p < 0,05$, $p < 0,01$ и $p < 0,001$.

вегетативные проявления. Известно, что расстройства «телесного чувства», обнаруживая патогенетическую связь с астеническими и депрессивными нарушениями, выполняют маскирующие функции, имитируя болезни различных органов и систем. Определенную роль при этом играет нечеткость границ между психогенными и соматогенными воздействиями, частое их переплетение в клинической структуре невротических состояний. Недооценка тяжести эмоционального состояния пациенток может привести к длительному хроническому течению соматоформных расстройств.

Результаты нашего исследования показали, что нейровегетативные нарушения опосредуют также высокую коррелированность аденомиоза и НР. На фоне аденомиоза значимо чаще наблюдались такие неврологические симптомы, как сердцебиение, ощущения затруднения при дыхании, головная боль. Наши данные согласуются с выводами С.Г. Миловидовой [5], выявившей у женщин с аденомиозом вегетативную дисфункцию в виде сниженной реактивности парасимпатического отдела вегетативной нервной системы и недостаточной активации симпатoadренальной системы.

Оценивая место депрессивных нарушений в структуре НР у пациенток с ПЭ, мы не обнаружили коморбидности нейротизма и выраженных депрессивных расстройств. Проявления легкой депрессии у пациенток с НР отмечались несколько чаще, чем в контроле, но интереснее другое: они регистрировались значительно реже, чем такая дисфункциональная личностная черта, как высокая депрессивность. Последнее обстоятельство позволяет сделать предположение, что речь идет о стертых формах депрессий. Косвенным подтверждением данного тезиса является частое сочетание у женщин с НР астенических расстройств со снижением физического тонуса и телесными ощущениями, что является особенностью депрессивных расстройств.

Сильным эндогенным стрессовым фактором является также изменение гормонального баланса. Авторы, изучающие влияние эстрогенов на ЦНС, выявили их антидепрессивный эффект и его снижение при добавлении прогестагена [11–13]. Эстрогены препятствуют развитию депрессивных и тревожных расстройств, стимулируя нейротрансмиттерные системы (серотонинергическую, норадренергическую, холинергическую), повышая чувствительность серотониновых, норадреналиновых рецепторов и активность дофамина. Прогестерон, напротив, уменьшает продолжительность действия норадреналина, серотонина и дофамина, снижая электрическую возбудимость головного мозга и повышая активность моноаминоксидазы. Вероятнее всего, высокое отношение шансов НР при использовании гормональных препаратов, полученное в нашем исследовании, связано с приемом контрацептивов, содержащих высокие дозы прогестинов.

Таким образом, невротические нарушения, манифестирующие у пациенток с ПЭ позднего репродуктивного и перименопаузального возраста, имеют мультифакторную этиологию, включая нейровегетативные, нейрогуморальные, нейроэндокринные, социальные

и психологические факторы. Взаимоотношение этих факторов может меняться под влиянием эмоциогенных воздействий и реакций личности. Препятствуя формированию адаптационного поведения, они могут снизить результат лечения гинекологического заболевания, что диктует необходимость особой профилактической и терапевтической стратегии при ведении женщин с НР: тщательного обследования, наблюдения за симптоматикой, выявления и оценки роли каждого потенциального фактора в развитии психоэмоциональных нарушений, адекватной психотерапевтической помощи.

Список литературы

1. Бурлачук Л.Ф. Психодиагностика: Учебник для вузов. — 2-е издание / Л.Ф. Бурлачук. — СПб.: Питер, 2011. — 384 с.
2. Вейн А.М. Вегетативные расстройства / А.М. Вейн. — М.: Медицинское информационное агентство, 2003. — 752 с.
3. Лахно И.В. Обеспечение психоэмоционального комфорта у женщин перименопаузального возраста / И.В. Лахно // *Consilium Medicum Ukraina*. — 2009. — Т. 3, № 5. — С. 40-43.
4. Междисциплинарный подход к реабилитации женщин с гинекологическими заболеваниями, ассоциированными с непсихотическими психическими расстройствами / Р.Ф. Насырова, Л.С. Сотникова, И.Е. Курьянова, В.А. Семке // *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. — 2010. — № 6. — С. 57-61.
5. Миловидова С.Г. Психовегетативные нарушения у женщин репродуктивного возраста при аденомиозе / С.Г. Миловидова, Р.Н. Кильдебекоева // *Мат. научно-практ. конф. «Актуальные проблемы внутренних болезней: традиционные и психосоматические подходы»*. — Челябинск, 2007. — № 2. — С. 205-207.
6. Национальное руководство. Гинекология / Под ред. В.И. Кулакова, И.Б. Манухина, Г.М. Савельевой. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. — 1063 с.
7. Новик А.А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. — 2-е издание / А.А. Новик, Т.И. Ионова / Под ред. акад. РАМН Ю.Л. Шевченко. — М.: Олма Медиа Групп, 2007. — 320 с.
8. Расстройства личности и депрессия / А.Б. Смулевич, Э.Б. Дубницкая, В.В. Читлова // *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. — 2012. — № 9. — С. 4-11.
9. Юренина С.В. Депрессивные расстройства у женщин в пери- и постменопаузе / С.В. Юренина, Г.Я. Каменецкая // *Гинекология*. — 2007. — Т. 9, № 2. — С. 40-43.
10. *Diagnosis and management of endometrial hyperplasia* / Armstrong A.J., Hurd W.W., Elguero S. [et al.] // *J. Minim. Invasive Gynecol.* — 2012. — Vol. 19 (5). — P. 562-71.
11. *Membrane receptors for oestrogen in the brain* / C. Beyer, J. Pawlak, M. Karolczak // *J. Neurochem.* — 2003. — Vol. 87. — P. 545-50.
12. *Huttner R.P. Gonadal steroids, selective serotonin reuptake inhibitors, and mood disorders in women* / R.P. Huttner, J.E. Shepherd // *Med. Clin. North Am.* — 2003. — Vol. 87. — P. 1065-76.
13. *Sherwin B.B. Estrogen and cognitive functioning in women* / B.B. Sherwin // *Endocrine Rev.* — 2003. — Vol. 24. — P. 133-151.

Получено 29.11.13 □

Корнієнко С.М.
Донецький національний медичний університет
ім. М. Горького

НЕВРОТИЧНІ ПОРУШЕННЯ ТА ПАТОЛОГІЯ ЕНДОМЕТРІЯ У ЖІНОК ПІЗЬНОГО РЕПРОДУКТИВНОГО ТА ПРЕМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ВІКУ

Резюме. Мета дослідження: вивчити клініко-анамнестичні особливості, психологічний статус і якість життя жінок пізнього репродуктивного та пременопаузального віку з невротичними розладами (НР) на тлі патології ендометрія.

Матеріали і методи. Вивчено клініко-анамнестичні особливості, психологічний статус та якість життя 176 жінок 35–53 років з патологією ендометрія.

Результати і обговорення. У 76 жінок (43,2 %) були виявлені високі оцінки за шкалою невротичності тесту FPI. Встановлено, що якість життя цих жінок у порівнянні з іншими пацієнтками знижена за більшістю шкал опитувальника SF-36: зменшені фізична та соціальна активність, знижені суб'єктивні оцінки емоційного стану та в цілому психологічного та фізичного здоров'я. У 92 % невротичних пацієнток спостерігалась виражена вегетативна дисфункція полісистемного характеру. При невротичних розладах у процес емоційної декомпенсації були залучені також нейрогуморальні стресори та психосоціальні фактори, спостерігалась схильність до соматоформного реагування за наявності психологічних проблем, а посилення механізмів адаптації було спрямовано на захист особистості.

Висновки. Невротичні порушення, що маніфестують у пацієнток пізнього репродуктивного та пременопаузального віку з патологією ендометрія, мають мультифакторну етіологію, включаючи нейровегетативні, нейрогуморальні, нейроендокринні, соціальні та психологічні фактори. Співвідношення цих факторів може змінюватися під впливом емоціогенних дій і реакцій особистості. Перешкоджаючи формуванню адапційної поведінки, вони можуть знизити результат лікування гінекологічного захворювання, що диктує необхідність особливої профілактичної та терапевтичної стратегії при веденні жінок із НР: ретельного обстеження, спостереження за симптоматикою, виявлення та оцінки ролі кожного потенційного чинника в розвитку психоемоційних порушень, адекватної психотерапевтичної допомоги.

Ключові слова: патологія ендометрія, пізній репродуктивний і пременопаузальний вік, невротичні розлади, якість життя.

Korniyenko S.M.
Donetsk National Medical University
named after M. Gorky, Donetsk, Ukraine

NEUROTIC DISORDERS AND ENDOMETRIAL PATHOLOGY IN WOMEN OF LATE REPRODUCTIVE AND PREMENOPAUSAL AGE

Summary. Objective: to study clinicoanamnestic features, psychological status and quality of life of women of late reproductive and premenopausal age with neurotic disorders on a background of endometrial pathology.

Materials and Methods. We studied clinical and historical features, psychological status and quality of life in 176 women aged 35–53 years with endometrial pathology.

Results and Discussion. In 76 (43.2 %) women we identified high scores by neurotic test FPI. It is established that the quality of life of these women compared with other patients reduced by most scales of the SF-36 questionnaire: reduced physical and social activity, downgraded subjective assessments of emotional state and in general psychological and physical health. In 92 % of neurotic patients we observed significant autonomic polysystemic dysfunction. In neurotic disorders in the process of emotional decompensation were also involved neurohumoral stressors and psychosocial factors, there was a tendency to somatoformic response in the presence of psychological problems, and strengthening the mechanisms of adaptation was directed to protection of individual.

Conclusions. Neurotic disorders manifested in patients of late reproductive and premenopausal age with endometrial pathology have a multifactorial etiology, including neurovegetative, neurohumoral, neuroendocrine, social and psychological factors. The relationship of these factors can be changed under the influence of emotiogenic actions and reactions of the individual. Preventing the formation of adaptive behavior, they can reduce the result of treatment of gynecological diseases, which necessitates special preventive and therapeutic strategies in the management of women with neurotic disorders: a thorough examination, observation of symptoms, detection and assessment of the role of each potential factor in the development of psychoemotional disorders, adequate psychotherapeutic care.

Key words: endometrial pathology, late reproductive and premenopausal age, neurotic disorders, quality of life.