

Психосоматичні зміни у пацієнток з лейоміомою матки

О. Г. Даниленко

ДУ «Інститут педіатрії, акушерства та гінекології НАМН України», м. Київ

Значні психоемоційні навантаження з переважанням негативних емоцій при тривалій дії можуть формувати суб-депресивні зміни, неврози, психопатії, що в свою чергу створюють підґрунтя для розвитку психосоматичних змін. Лейоміома матки – це доброякісна пухлина репродуктивної системи, проте виявлення її як в ранньому, так і в пізньому репродуктивному віці, особливо при нереалізованій або частково реалізованій репродуктивній функції необхідно розглядати з позиції психотравми, що повторно подумки переживається і може супроводжуватись тривогою, страхом, фобією.

Мета дослідження. Вивчення змін психоемоційного стану та якості життя (ЯЖ) у жінок з лейоміомою матки в різні репродуктивні періоди.

Матеріали та методи. Для реалізації поставленої мети було проведено всебічне дослідження жінок з лейоміомою матки. Психосоматичні зміни та ЯЖ вивчали за допомогою опитувальників – САН, Гіссенського опитувальника соматичних скарг (GBB), для виявлення та вивчення рівнів тривожності та диференціальної діагностики депресивних станів були використані методики Тейлора та Зунге, а також методики К. Хека і І.Х. Хесса, оцінку ЯЖ вивчали за шкалою SF-36 (Short-Form Health Survey).

Результати. Зміни психоемоційного стану у хворих з лейоміомою матки залежать від репродуктивного віку, тривалості захворювання та ефективності лікування основного захворювання. У жінок раннього репродуктивного віку виявлені зміни психоемоційного стану, що проявлялись у зміні настрою при стабільних самопочутті та активності, також характерні функціональні соматичні прояви. Для пацієнток пізнього репродуктивного віку характерні зміни настрою, самопочуття та часткове зниження активності; також виявлені психосоматичні зміни, про що свідчить значний відсоток відповідей за шкалами «інтенсивність скарг» та «виснаження». У пацієнток пізнього репродуктивного віку з лейоміомою матки виявлено дуже високий, високий та середній рівень тривожності з тенденцією до високого у 97,9%, на відміну від пацієнток першої групи, де дуже високий та високий рівень виявлено у 41,37%. Для пацієнток з лейоміомою матки в репродуктивному віці характерна замаскована депресія (34,48%) та легка депресія невротичного генезу (44,83%). Для пацієнток пізнього репродуктивного віку з лейоміомою матки характерним є істинно депресивний стан (35,4%) та замаскована депресія (47,9%). Рівень невротизації виявився значно вищим в порівнянні з хворими першої групи, що можна пояснити тривалістю захворювання, періодичним погіршенням стану (біль, кровотечі, дисфункції інших органів) та низькою ефективністю терапії. ЯЖ у пацієнток з лейоміомою матки значно погіршується, особливо це стосується емоційного компонента, тобто ці пацієнтки схильні до зміни настрою, виникнення депресивних змін, тривоги, в той час як компоненти фізичного здоров'я залишаються на середньому рівні.

Ключові слова: лейоміома матки, психосоматичні зміни, тривожність, депресія.

Психосоматичні захворювання – це хвороби або хворобливі стани, за яких психологічні фактори відіграють провідну роль в етіології, формуванні та розвитку патології [1].

Засновник психосоматичної медицини Ф. Александер відніс до класичних психосоматичних станів пептичну виразку, бронхіальну астму, виразковий коліт, ревматоїдний артрит, артеріальну гіпертензію, нейродерміт та гіпертиреоз. У сучасному світі до даного первинного переліку можна додати напади нестабільної стенокардії, гострий інфаркт міокарда, гіпертонічний криз, загострення виразкової хвороби шлунка та дванадцятипалої кишки та багато інших станів та захворювань [2]. Проте необхідно пам'ятати сучасну тезу «немає психосоматичних захворювань, існують психосоматичні хвороби».

Сучасна психосоматична медицина вивчає розлади соматичних функцій в різних системах організму. При повсякденному емоційному навантаженні можуть з'являтися розлади, проте вони не мають клінічної основи. Але в разі тривалого впливу негативних емоцій можуть формуватись зміни, що проявляються у формі функціональних розладів, які трактуються як «вегетосудинна дистонія» або «вагосимпатичний розлад» [3]. Підґрунтям для розвитку психосоматичних захворювань є повторні, тривалі, стійкі негативні емоції, що провокують розлади настрою в формі субдепресивних змін, неврозів, психопатій, провокуючи захворювання внутрішніх органів [4].

Лейоміома матки є найбільш поширеною доброякісною пухлиною репродуктивної системи з частотою від 35% до 50% та постійною тенденцією до збільшення її частоти, незважаючи на розроблення нових методів лікування та профілактики [5].

Основний контингент ураження це жінки середнього репродуктивного віку (після 30–35 років), хоча відзначається постійна тенденція до омолодження цього захворювання [6]. За даними деяких авторів [3, 4], за результатами автопсії цей відсоток досягає 80%.

Для жінки виявлення доброякісної пухлини репродуктивної сфери здебільшого є трагедією і супроводжується значними психоемоційними змінами, що можуть тривати довго і супроводжуватись вторинними змінами в соматичних органах. Виявлення лейоміоми матки як у ранньому, так і в пізньому репродуктивному віці, особливо при нереалізованій або частково реалізованій репродуктивній функції необхідно розглядати з позиції психотравми, що повторно подумки переживається і може супроводжуватись тривогою, страхом, фобією [7].

Тривога – це психологічний та/або фізичний стан, що включає соматичні, емоційні, когнітивні та поведінкові компоненти. Її можна розцінювати як нормальну реакцію на стрес, проте якщо тривога стає постійним супутником, необхідно говорити про тривожні розлади [8]. Рішення цих проблем лежить у площині початкового емоційного стану жінки, у можливості його корекції, міжособистих стосунках в сім'ї, соціально-економічного становища подружньої пари [9].

Розлади психоемоційної сфери розвиваються на тлі змін емоцій, настрою, почуттів та мають як прямий, так і зворотний зв'язок, з усіма органами та системами організму, бо зароджуються в центральній нервовій системі і контролюють усю

життєдіяльність, формуючи в разі тривалому розладу так звані психосоматичні захворювання [10]. Також значну роль в формуванні даної патології відіграють зміни в ендокринній, імунній, нервовій системах [11].

Мета дослідження: вивчення змін психоемоційного стану та якості життя у жінок з лейоміомою матки в різний репродуктивний період.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для реалізації поставленої мети у відділенні реабілітації репродуктивної функції всебічно було обстежено 77 жінок репродуктивного віку (від 21 до 45 років) з фіброміомою матки. Для аналізу психоемоційних змін всі обстежені жінки були розділені на дві групи. До першої групи увійшли жінки раннього репродуктивного віку (від 19 до 29 років) – 29 (37,7%) жінок. У другу групу увійшли жінки пізнього репродуктивного віку (від 30 до 45 років) – 48 (62,3%) жінок.

Перша група – 29 жінок, з яких уперше виявлена лейоміома матки як знахідка при профогляді, 19 пацієнок, що складало 65,5% від усієї групи з тривалістю даного захворювання близько 2–3 міс. Інша частина цієї групи – 10 жінок (34,5%) – про своє захворювання знали протягом 6–16 міс.

Віковий склад пацієнок даної групи був 19–23 роки – 13 (44,8%) жінок, 24–29 років – 16 (55,2%). Слід зазначити, що нереалізована репродуктивна функція була у 21 (72,4%) жінки; з одною вагітністю було 5 (17,2%) жінок, дві і більше – у 3 (10,4%) пацієнок. На порушення менструального циклу скаржились 75,9% (22 пацієнтки), які відзначали появу рясних менструальних виділень в останні 3–5 циклів. У даній групі хворих переважала вузлова лейоміома матки – 82,8% (24 жінки). Це були поодинокі субсерозно-інтрамуральні вузли значної величини – середній діаметр від 4,5 до 6,0–8,0 см. Необхідно зазначити, незважаючи на молодий вік, було виявлено нестабільний артеріальний тиск у 17,24% (5 пацієнок), надмірну масу тіла у 20,7% (6 жінок) з індексом маси більше – 26,9, патологію травного тракту та гепатобіліарної системи у 34,5% (10 хворих). У більшості випадків мало місце поєднання патологій.

До другої групи увійшли 48 жінок, що становило 62,3% від усіх обстежених жінок, віком від 30 до 45 років. 33 жінки, що становило 68,75%, лише частково реалізували свої репродуктивні наміри в той час коли 15 жінок (31,25%) були з нереалізованою репродуктивною функцією. На момент обстеження ці жінки знали про наявність лейоміоми від 6 міс до 7–8 років, але з деяких причин відклали обстеження та лікування. На момент обстеження особливих скарг ніхто з них не надавав. Пацієнтки цієї групи мали зміни соматичного стану, такі, як підвищений артеріальний тиск, що спостерігався у 37,5% (18 хворих), надмірна маса тіла виявлена у 43,75% (21 пацієнтка), патологія травного тракту, гепатобіліарної системи, щитоподібної залози близько 52,1% (25 хворих). Також слід зазначити, що у більшості пацієнок спостерігали порушення сну, швидку втому, вегетативні зміни.

З метою вивчення психоемоційного стану обстежених жінок були використані опитувальники – САН (самопочуття, активність, настрої) для з'ясування стану на момент обстеження. Для виявлення більш значних змін в психоемоційній сфері, що можуть ускладнювати перебіг і лікування фіброміоми матки були застосовані Гіссенський опитувальник соматичних скарг (GBB). Дана методика спрямована на виявлення суб'єктивного відношення до фізичних скарг пацієнтів. З метою виявлення та вивчення рівнів тривожності та диференціальної діагностики депресивних станів були використані методики Тейлора та Зунге, а також методики К. Хека і І.Х. Хесса. Для оцінювання якості життя (ЯЖ) була використана шкала SF-36 (Short-Form Health Survey), що складається з 36 запитань, які не є специфічними для будь-

якого захворювання, а оцінюють ЯЖ за наступними групами показників:

- 1) фізичне функціонування (PF-Physical Functioning);
- 2) роліве функціонування, зумовлене фізичним станом (RF – Role Physical);
- 3) больовий синдром (BP – Bodily Pain);
- 4) загальне здоров'я (GH – General Health);
- 5) життєва активність (V – Vitality);
- 6) соціальна роль (SF – Social Functioning);
- 7) емоційний стан (RE – Role Emotional);
- 8) психічне здоров'я (MH – Mental Health).

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Разом з клініко-лабораторними, гормональними, імунологічними, бактеріологічними дослідженнями всі пацієнти заповнювали опитувальники, які дали можливість виявити та оцінити психоемоційні зміни, а також дослідити ЯЖ при такій патології, як фіброміома матки.

Аналізуючи психоемоційний стан обстежених жінок обох груп за допомогою опитувальника САН (самопочуття, активність, настрої) виявлено більш виражені зміни настрою у жінок першої групи. Показники самопочуття та активності у жінок обох груп мало відрізнялись. Що може бути пояснено в першій групі надто коротким терміном хвороби, тому самопочуття та активність не встигли відреагувати. У другій групі зміни активності та самопочуття не відіграють значну роль, бо пацієнтки адаптувались до свого стану, проте зміни настрою свідчать, що думки про необхідність приймати рішення існують.

За результатами Гіссенського опитувальника (Giesener Beschwerdebogen, GBB), який використовують для реєстрації симптомів соматичних захворювань, проводить диференціальну діагностику, що дає можливість виявити психосоматичні скарги. З п'яти основних шкал даної методики в першій групі найвищий рівень виявлено в шкалі 1 «виснаження», що характеризує неспецифічний фактор, який свідчить про загальну втрату життєвих сил – 20 (69%). «Шлункові та серцеві скарги» (шкали 2 та 4) виявлені у 58,6% (17 пацієнок), «ревматичний фактор» – виражені суб'єктивні страждання, які носять алгічний або спастичний характер і безпосередньо залежать від психологічної картини особистості, виявлено в 51,7% (17 жінок). Остання шкала «інтенсивність скарг», що характеризує загальну інтенсивність скарг, становила 21,6%.

У другій групі було виявлено значний відсоток за шкалою «інтенсивність скарг» – майже 69%, а також «виснаження» – 75%, «шлункові та серцеві скарги» відповідно виявлені у 48% та 54%, «ревматичний фактор» скарг виявлено у 60% досліджуваних. Таким чином, тривалий перебіг захворювання призводить до збільшення інтенсивності скарг, виснаження, тобто необхідно виключити психосоматичні зміни.

Таким чином, у першій групі домінували шкали, що характеризують функціональні зміни при відносно нетривалому стресовому навантаженні, в той час як у другій групі переважав показник «інтенсивність скарг», що може свідчити про більш значні психоемоційні зміни з переходом до тривожних та депресивних станів

Для з'ясування цього було проведено аналіз отриманих результатів методики Тейлора «Вимірювання рівнів тривожності» (адаптація Т.А. Немчиної). Сумарна оцінка балів відповідей характеризує ступінь вираженості тривожності – 40–50 балів – дуже високий рівень тривожності; 25–40 балів – свідчить про високий рівень тривожності; 15–25 балів свідчить про середній рівень з тенденцією до низького; 0–5 балів – низький рівень тривоги.

Для пацієнок першої групи характерним є дуже високий рівень тривожності у 10,34% (3 жінки), високий рівень вияв-

Рівень депресивних змін у жінок з лейоміомою матки (методика Зунге) (бали)

Рівень депресії	Перша група (n=29)	Друга група (n=48)
Істинно депресивний стан, n (%)	2 (6,9)	17 (35,4)
Субдепресивний стан або замаскована депресія, n (%)	10 (34,48)	23 (47,9)
Легка депресія ситуативного або невротичного генезу, n (%)	13 (44,83)	8 (16,7)
Стан без депресії, n (%)	4 (13,79)	-

лено у 31,03% (9 хворих), середній рівень тривожності з тенденцією до високого – у 37,9% (11 жінок) та середній рівень тривожності з тенденцією до низького виявлено у 20,73% (6 пацієнток).

У другій групі, у жінок пізнього репродуктивного віку, дуже високий рівень тривожності діагностовано у 22,9% (11 жінок), високий рівень – у 35,4% (17 пацієнток), середній рівень тривожності з тенденцією до високого – у 39,6% (19 хворих), середній рівень тривожності з тенденцією до низького виявлено у 2,1% (1 хвора).

Як видно з наведених даних, у пацієнток пізнього репродуктивного віку з лейоміомою матки виявлено дуже високий, високий та середній рівень тривожності з тенденцією до високого у 97,9% (47 жінок), на відміну від пацієнток першої групи, де дуже високий та високий рівень виявлено у 41,37% (12 жінок).

Таким чином, дуже високий та високий рівень тривожності є підґрунтям для розвитку більш значних змін – неврозів, астеничних синдромів та в подальшому – можливою основою розвитку психосоматичної патології.

На фоні зміни настрою, самопочуття, у разі високого рівня тривожності, тривалих негативних емоцій можуть розвиватися депресивні зміни. Для діагностики та диференціальної діагностики даних станів була використана методика Зунге (адаптація Т.І. Балашової). За даною методикою рівень депресії коливається в межах 20–80 балів. Істинно депресивний рівень відповідає 70 балам і більше; рівень 60–69 балів відповідає субдепресивному стану або замаскованій депресії; легкій депресії ситуативного або невротичного генезу відповідають рівні 50–59 балів та стан без депресії відповідно знаходиться в межах не більше 50 балів. Отримані результати представлені в табл. 1.

Для пацієнток з лейоміомою матки в репродуктивному віці характерна замаскована депресія (34,48%) та легка депресія невротичного генезу (44,83%). Для пацієнток пізнього репродуктивного віку з лейоміомою матки характерним є істинно депресивний стан (35,4%) та замаскована депресія (47,9%).

З метою експрес-діагностики неврозу у жінок з лейоміомою матки була застосована методика К. Хека та І.Х. Хесса. Отримані результати представлені в табл. 2.

При високому рівні невротизації (висока за абсолютними величинами, не за негативною оцінкою) може спостерігатись емоційна збудливість, що переходить до негативних переживань (тривожність, напруженість, роздратованість, підвищена подразливість). Значну роль в цьому можуть відігравати як «внутрішні», так і «зовнішні» фактори. Крайній рівень невротизації може бути проявом дезадаптованості в загальносоціальному плані. Як видно з даних табл. 2, високий рівень є в другій групі і супроводжується психосоматичними змінами. Підвищений рівень невротизації спостерігається як в першій, так і в другій групах, і супроводжується негативними переживаннями.

При низькому рівні невротизації (висока за абсолютною величиною позитивна оцінка) відзначається емоційна стійкість та позитивний фон основних переживань (спокій оптимізм). Як видно, дані позитивні емоції більш притаманні пацієнткам другої групи, що може свідчити про продуманий,

Таблиця 2

Рівень невротизації у жінок з лейоміомою матки за методикою К. Хека та І.Х. Хесса (бали)

Рівень неврозу (бали)	Перша група, n=29	Друга група, n=48
Рівень дуже високий (81 і менше)	-	-
Високий рівень (41-80)	-	11
Підвищений (21-40)	16	18
Невизначений (-20+10)	5	9
Знижений (+11+40)	7	2
Низький (+41+80)	1	8
Дуже низький (+81 і більше)	-	-

пережитий страх і чітко визначений подальший шлях. Також необхідно зазначити, що такі стани виявляються після тривалої психокоригувальної терапії.

Застосування методики Л.І. Вассермана дає можливість виявити рівень невротизації у досліджуваного контингенту хворих. У нашому випадку в першій групі виявлений низький рівень невротизації, хоча, розглядаючи та аналізуючи кожний випадок окремо, було виявлено в деяких випадках характеристики, що відповідають високому рівню. Так, наприклад, було зазначено виражену емоційну збудливість, що призводить до розвитку тривожних відчуттів, напруженості. У другій групі отримані результати свідчать про високий рівень невротизації даної групи хворих, що можна пояснити тривалістю захворювання, періодичним погіршенням стану (біль, кровотечі, дисфункції інших органів), низькою ефективністю отриманої терапії.

Таким чином, у пацієнток з лейоміомою матки репродуктивного віку виявлені зміни психоемоційного стану, що проявлялись у зміні настрою у жінок раннього репродуктивного віку при сталому самопочутті та активності в обох групах. Для пацієнток раннього репродуктивного віку характерні незначні соматичні прояви, в той час як для пацієнток другої групи характерні психосоматичні зміни, про що свідчить значний відсоток шкали «інтенсивність скарг» та «виснаження». Рівень невротизації в другій групі виявився значно вищим в порівнянні з хворими першої групи, що можна пояснити тривалістю захворювання, періодичним погіршенням стану (біль, кровотечі, дисфункції інших органів) та низькою ефективністю терапії.

Для правильного трактування отриманих показників слід нагадати, що показники кожної шкали лежать в межах від 0 до 100 балів, де 100 балів представляє повне здоров'я. Усі шкали формують два показники: душевне та фізичне благополуччя.

Кількісно оцінюють такі показники:

1) фізичне функціонування (PF – Physical Functioning) – відображає ступінь, при якому фізичний стан обмежує виконання фізичних навантажень (самообслуговування, ходьба, підйом сходами, підймання тягаря). Низькі показники цієї

Оцінка ЯЖ за шкалами опитувальника SF-36 у хворих з лейоміомою матки в різні репродуктивні періоди (бали)

Шкала	Перша група (n=29)	Друга група (n=48)
Фізичне функціонування (Physical Functioning - PF)	54,0±7,3	51,0±6,8
Рольове функціонування (Role Functioning - RF)	50,0±5,8	48,0±5,0
Больовий синдром (Bodily Pain - BP)	46,0±6,1	45,0±5,6
Загальне здоров'я (General Health - GH)	45,0±6,0	45,0±5,0
Життєва активність (Vitality - V);	46,0±6,0	43,0±5,0
Соціальне функціонування (Social Functioning - SF)	45,0±6,0	44,0±5,0
Рольове функціонування (Role Emotional - RE)	40,0±5,4	34,0±4,0
Психічне здоров'я (Mental Health - MH)	34,0±4,5	27,0±2,1

шкали свідчать, що фізична активність пацієнтки значно обмежується станом її здоров'я;

2) рольове функціонування, зумовлене фізичним станом (RF – Role Physical) – вплив фізичного стану на повсякденну рольову діяльність (робота, щоденна праця). Низькі показники свідчать, що щоденна діяльність значно обмежена фізичним станом пацієнта;

3) больовий синдром (BP – Bodily Pain) і його вплив на здатність займатися щоденною діяльністю включає роботу вдома та поза ним. Низькі показники свідчать, що біль значно обмежує активність пацієнта;

4) загальне здоров'я (GH – General Health) – оцінка пацієнтом свого здоров'я в даний момент та перспективу лікування. Чим нижчий бал цієї шкали, тим нижча оцінка стану здоров'я;

5) життєва активність (V – Vitality) – пацієнт відчуває себе повним сил, енергійним або, навпаки, знесиленим. Низькі бали свідчать про втому, зниження життєвої активності;

6) соціальна роль (SF – Social Functioning) визначається ступенем фізичного або емоційного стану, що обмежує соціальну активність (спілкування). Низькі бали свідчать про значне обмеження соціальних контактів, зниження рівня спілкування в зв'язку з погіршенням фізичного та емоційного стану;

7) рольове функціонування, зумовлене емоційним станом (RE – Role Emotional), передбачає оцінку ступеня, при якій емоційний стан заважає виконанню роботи або іншої щоденної діяльності (великі затрати часу, зменшення об'єму роботи, зниження її якості). Низькі показники трактують як обмеження виконання щоденної роботи, що зумовлене погіршенням емоційного стану;

8) психічне здоров'я (MH – Mental Health) характеризує настрій, наявність депресивних змін, тривоги, загальний показник позитивних емоцій. Низькі показники свідчать про наявність депресивних змін, тривожних переживань, психічного неблагополуччя.

За результатами, представленими в табл. 3, при оцінюванні ЯЖ за допомогою опитувальника SF-36 найнижчі показники відносять до шкали «психічне здоров'я» (Mental Health – MH), що склали від 34,0±4,5 в першій групі до 27,0±2,1 в другій групі, а також за шкалою «рольове функціонування», зумовлене емоційним станом (Role Emotional – RE) від 40,0±5,4 в першій групі до 34,0±3,0 в другій групі.

Показники шкали «больовий синдром» (Bodily Pain – BP), «загальне здоров'я» (General Health – GH), «життєва активність» (Vitality – V); «соціальне функціонування» (Social Functioning – SF) знаходяться приблизно на одному рівні. Тоді як показники «фізичне функціонування» (Physical Functioning – PF) та «рольове функціонування»,

зумовлене фізичним станом» (Role Functioning – RF) в обох групах були в межах 54,0±7,3 до 50,0±5,3.

Таким чином, при використанні опитувальника SF-36 з'ясувалось, що ЯЖ у пацієнтів з лейоміомою матки значно страждає, особливо це стосується емоційного компонента, тобто ці пацієнти схильні до зміни настрою, виникнення депресивних змін, тривоги, що заважає виконанню роботи, щоденної праці (значні затрати часу на виконання роботи, зменшення об'єму виконаних робіт, зниження якості виконаних робіт), в той час, як компоненти фізичного здоров'я залишаються на середньому рівні.

Подальші перспективи дослідження полягають у створенні алгоритму діагностики та лікування, з урахуванням індивідуальних особливостей особистості, змін психоемоційного, психосоматичного стану, в реабілітації хворих з лейоміомою матки в різних вікових групах.

ВИСНОВКИ

Зміни психоемоційного стану у хворих з лейоміомою матки залежать від репродуктивного віку, тривалості захворювання та ефективності лікування основного захворювання.

У жінок раннього репродуктивного віку виявлені зміни психоемоційного стану, що проявлялись у зміні настрою при стабільному самопочутті та активності, також характерні функціональні соматичні прояви. Для пацієток пізнього репродуктивного віку характерні зміни настрою, самопочуття та часткове зниження активності; також виявлено психосоматичні зміни, про що свідчить значний відсоток відповідей за калами «інтенсивність скарг» та «виснаження».

У пацієток пізнього репродуктивного віку з лейоміомою матки виявлено дуже високий, високий та середній рівень тривожності з тенденцією до високого у 97,9%, на відміну від пацієток першої групи, де дуже високий та високий рівень виявлено у 41,37%.

Для пацієток з лейоміомою матки в репродуктивному віці характерна замаскована депресія (34,48%) та легка депресія невротичного генезу (44,83%). Для пацієток пізнього репродуктивного віку з лейоміомою матки характерні істинно депресивний стан (35,4%) та замаскована депресія (47,9%).

Рівень невротизації виявився значно вищий в порівнянні з хворими першої групи, що можна пояснити тривалістю захворювання, періодичним погіршенням стану (біль, кровотечі, дисфункції інших органів) та низькою ефективністю терапії.

Якість життя у пацієнтів з лейоміомою матки значно погіршується, особливо це стосується емоційного компонента, тобто ці пацієнти схильні до зміни настрою, виникнення депресивних змін, тривоги, в той час як компоненти фізичного здоров'я залишаються на середньому рівні.

Психосоматические изменения у пациентов с лейомиомой матки

Е.Г. Даниленко

Значительные психоэмоциональные нагрузки с преобладанием негативных эмоций при длительном воздействии могут формировать субдепрессивные изменения, неврозы, психопатии, которые в свою очередь создают основу для развития психосоматических изменений. Лейомиома матки – это доброкачественная опухоль репродуктивной системы, однако обнаружение ее как в раннем, так и в позднем репродуктивном возрасте, особенно при нереализованной или частично реализованной репродуктивной функции необходимо рассматривать с позиции психотравмы, которая повторно медленно переживается и может сопровождаться тревогой, страхом, фобией.

Цель исследования. Изучение изменений психоэмоционального состояния и качества жизни (КЖ) у женщин с лейомиомой матки в разный репродуктивный период.

Материалы и методы. Для реализации поставленной цели было проведено всестороннее исследование женщин с лейомиомой матки. Психосоматические изменения и КЖ изучали с помощью опросников – САН, Гессенского опросника соматических жалоб (ГБВ), для выявления и изучения уровней тревожности и дифференциальной диагностики депрессивных состояний были использованы методики Тейлора и Зунге, а также методики К. Хека и И.Х. Хесса, оценку КЖ изучали по шкале SF-36 (Short-Form Health Survey).

Результаты. Изменения психоэмоционального состояния у больных с лейомиомой матки зависят от репродуктивного возраста, продолжительности заболевания и эффективности лечения основного заболевания. У женщин раннего репродуктивного возраста выявлены изменения психоэмоционального состояния, которые проявлялись в изменении настроения при стабильных самочувствии и активности, также характерны функциональные соматические проявления. Для пациенток позднего репродуктивного возраста характерны изменения настроения, самочувствия и частичное снижение активности; также обнаружены психосоматические изменения, о чем свидетельствует значительный процент ответов по шкалам «интенсивность жалоб» и «истощение». У пациенток позднего репродуктивного возраста с лейомиомой матки обнаружен очень высокий, высокий и средний уровень тревожности с тенденцией к высокому в 97,9%, в отличие от пациенток первой группы, у которых очень высокий и высокий уровень выявлен у 41,37%. Для пациенток с лейомиомой матки в репродуктивном возрасте характерна замаскированная депрессия (34,48%) и легкая депрессия невротического генеза (44,83%). Для пациенток позднего репродуктивного возраста с лейомиомой матки характерно истинно депрессивное состояние (35,4%) и замаскированная депрессия (47,9%). Уровень невротизации оказался значительно выше по сравнению с больными первой группы, что можно объяснить длительностью заболевания, периодическим ухудшением состояния (боль, кровотечения, дисфункции других органов) и низкой эффективностью терапии. КЖ у пациентов с лейомиомой матки значительно ухудшается, особенно это касается эмоционального компонента, то есть эти па-

циентки склонны к изменению настроения, возникновение депрессивных изменений, тревоги, в то время как компоненты физического здоровья остаются на среднем уровне.

Ключевые слова: лейомиома матки, психосоматические изменения, тревожность, депрессия.

Psychosomatic changes of patients with uterine leiomyoma

E.G. Danilenko

Significant psycho-emotional stress predominance of negative emotions during prolonged action may form subdepressive changes neuroses, psychopathy, which in turn create the basis for development of psychosomatic changes. Uterine leiomyoma – a benign tumor of the reproductive system, but detecting it as in early, as in late reproductive age, especially when unrealized or partially unrealized reproductive function of necessity viewed from the perspective of psychotrauma that mentally experienced and can be accompanied by anxiety, fear, phobia.

The aim was to study changes in emotional state and quality of women's life with uterine leiomyoma in different reproductive period.

Materials and methods to achieve this goal were conducted a comprehensive study of women with uterine leiomyoma. Psychosomatic change and quality of life were studied by questionnaire – SUN, Hesse's questionnaire of somatic complaints (GBB), to identify and study levels of anxiety and depression differential diagnosis were used techniques of Taylor and Dzung and methods K. Hek and Y.H. Hess, assessment of quality of life (QOL) was studied on a scale SF-36 (Short-Form Health Survey).

Results. Changes emotional state of patients with uterine leiomyoma depends on the reproductive age, disease duration and effectiveness of treatment of the underlying disease. In early women of reproductive age changes of emotional state, evidenced in the changing mood in stable health and activity, as characterized by functional somatic symptoms. For patients late reproductive age characterized by changes in mood, feeling and partial reduction of activity; also manifest psychosomatic changes evidenced by a significant percentage «of complaints intensity» and «exhaustion». Patients of the late reproductive age with uterine leiomyoma were detected very high, high and medium level of anxiety with a tendency to high at 97.9%, in contrast to the first group of patients where very high and high levels detected in 41.37%. For patients with leiomyoma in the reproductive age characterized by masked depression (34.48%) and mild depression neurotic origin (44.83%). For patients late reproductive age with uterine leiomyoma is typical truly depression (35.4%) and masked depression (47.9%). The level of psychopathology was significantly higher compared to the first group of patients that can be explained by disease duration, periodic deterioration (pain, bleeding, dysfunction of other organs) and ineffective therapy. Quality of life of patients with uterine leiomyoma much suffering, especially the emotional component, ie those patients prone to mood changes, changes in the occurrence of depressive, anxiety, whereas the physical health component are average.

Key words: uterine leiomyoma psychosomatic changes, anxiety, depression.

Сведения об авторе

Даниленко Елена Григорьевна – ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины», 04050, г. Киев, ул. Платона Майбороды, 8; тел.: (044) 483 -38-61. E-mail: e-danilenko@mail.ru

СПИСОК ЛИТЕРАТУРИ

1. Александр Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и практическое применение Psychosomatic Medicine it's Principles and Applications / Пер. с англ. С. Могилевского. – М.: Эксмо-Пресс, 2002. – 352 с.
2. Бройтигам В. Психосоматическая медицина / Бройтигам В., Кристьян П., Рад М., пер. с нем. – М.: ГЭОТАР Медицина, 2009. – 376 с.
3. Вассерман Л.И. Методология исследования качества жизни в контексте психосоматических и соматопсихических соотношений / Вассерман Л.И., Трифонова Е.А.// Обзорные психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. – 2006. – № 4. – С. 12–15.
4. Исследование качества жизни / Недошвин А.О., Кутузова А.Э., Петрова Н.Н., Варшавский С.Ю. Перепеч Н.Б. // Русский медицинский журнал. – 2000. – Т. 1, № 1.
5. Brosens I.A., Lunenfeld B., Donnez J. Pathogenesis and medical management of uterine fibroids. – New York–London: The parthenon publishing group, 1999. – 158 p.
6. Kind P., Measuring success in health care - the time has come to do it properly/ Kind P., Williams A. Health Policy Matter, Issue 9, 2004, p. 1–8.
7. Cramer S.F., Hoizny J.A. Epidemiology of uterine leiomyomas. With an etiologic hypothesis //J.Reprod. Med. – 2011. – V. 40. – P. 595–600.
8. Клиническая психология / Под ред. Б.Д. Карвасарского. – Санкт-Петербург: Питер, 2010. – 864 с. – (Учебник для вузов).
9. Новик А.А. Концепция исследования качества жизни в медицине / Новик А.А. Т.И. Ионова, И. Кайнд. – СПб.: Энци, 1999. – 139 с.
10. Рад М. Психосоматическая медицина Краткий учебник / пер с нем Г.А. Обуховой и соавт. – М.: ГЭОТАР Медицина, 2012. – 165 с.
11. Савицкий Г.А. Миома матки, Проблема патогенеза и патогенетической терапии / Савицкий Г.А., Савицкий А.Г. – Ст-Петербург. – 2000. – 150–210.
12. Татарчук Т.Ф. Пути оптимизации органосохраняющей терапии лейомиомы матки / Татарчук Т.Ф., Косей Н.В., Альтман И.В., Кондрачук В.А., Васильчук Г.М. // Междунар. эндокринолог. ж. – 2006. – № 3 (5). – С. 10–13.

Статья поступила в редакцию 15.12.2015