

расстройствах и нарушениях адаптации – патологических реакциях на то, что в быту называют личным несчастьем.

Распространенность стрессовых расстройств находится в прямой зависимости от частоты катастроф и травматических ситуаций. Стрессовые расстройства развиваются у 50–80% переживших тяжелые психотравмы, а их морбидность зависит от интенсивности стресса. Термин «ПТСР», широко используемый в мире и утвержденный ВОЗ, недавно появился в отечественной литературе. А.Н. Краснянский в серии работ сделал попытку определить клиническую типологию заболевания с целью анализа динамики патохарактерологического развития и выявления особенностей преморбиды, проблем социально-психологической и медицинской реабилитации ветеранов. Характерной особенностью стрессовых расстройств является то, что травмирующие события переживаются долго, в виде повторяющихся навязчивых воспоминаний о травме и ночных кошмаров. Этот симптом реминисценции имеет двойное значение: он допускает реагирование, но является тщетной попыткой обеспечить контроль над преследующим его в воображении или в снах воспоминанием. Единого мнения по вопросу этиологии СР не выработано. Но большинство авторов считает, что этиологическими факторами в развитии СР могут быть длительность психотравмирующего воздействия, степень вовлеченности в психотравмирующее событие и личностные особенности индивидуума.

В МКБ-10 и в DSM-III-R необходимым условием возникновения ПТСР признается фактор вовлеченности индивидуума в экстраординарные травматические события. Хотя симптомы СР хорошо известны, диагностировать его трудно, так как пациент может скрыть от врача информацию о стрессовом переживании, может изменить или нивелировать часть симптомов алкоголем или наркотиками, поэтому только тщательно собранный анамнез сможет выявить симптоматику СР и поможет в дифференциальной диагностике между СР и другими формами психической патологии, например, алкоголизмом, наркоманией, депрессией.

Пациенты, пережившие психотравмирующие события, часто не склонны рассказывать об этом, в том числе и врачу, поэтому, при недостатке объективных критериев, такие больные могут получить основной диагноз «депрессия», «астено-депрессивное состояние», «астено-ипохондрическое состояние» и т.п., либо, какой-либо диагноз соматического характера. СР могут возникнуть значительно позже после психотравмирующего события, симптомы расстройства могут меняться, не совпадать с типичными диагностическими признаками, иметь характер синдромальной незавершенности, что создает трудности в достоверной диагностике, направляет лечебный процесс по ложному курсу, делает лечение неэффективным. Для постановки правильного диагноза надо учитывать последовательность развития СР:

1. Стадия мобилизации. Происходит трансформация личности, формирование жизненных стилей, адаптация поведения к экстремальному стрессу и выполнение возникающих задач.

2. Стадия иммобилизации. Человек выходит непосредственно из стрессовой обстановки, окружающая ситуация не предъявляет к нему экстремальных требований и необходимость в крайних формах мобилизации отпадает. Стадия иммобилизации включает в себя две подстадии: «психологического оцепенения» и «отрицания психотравмы». На 1-й подстадии реакции замедлены, заторможены, идет аффективная блокада психических процессов и временная потеря трудоспособности; на 2-й – человек не склонен объяснять свои симптомы травматическими событиями и отрицает роль психотравмы и ее значение для состояния и самочувствия. В этот период человек хочет вычеркнуть из своей жизни все события, связанные с травматическим опытом.

3. Стадия агрессии. Наблюдается раздражительность, временами вспышки гнева. Человек становится неуживчивым, капризным, тревожным, осуждает и незаслуженно обвиняет других, у него появляются страхи с кошмарными сновидениями.

4. Стадия депрессивных реакций. Состояние характеризуется подавленностью, чувством беспомощности, заторможенностью, плохим настроением, отсутствием сил и энергии что-то делать, проявляются психосоматические реакции.

5. Восстановительный процесс. Эта стадия характеризуется процессами освобождения от психотравмы под влиянием внутренних и внешних факторов.

Результаты. Учитывая возможные осложнения при лечении ПТСР фармакологическими средствами, мы предприняли

попытку восстановления здоровья у лиц со стрессовыми расстройствами с помощью комбинации нелекарственных методов.

Цель работы – исследование эффективности гомеопатической терапии и нейроадаптивного электростимулятора СКЭНАР.

Под наблюдением находилось 65 пациентов со стрессовыми расстройствами различной этиологии, 21 – с посттравматическим стрессом. Сопутствующие заболевания: 14 – с гипертонической болезнью, 11 – с язвенной болезнью желудка или двенадцатиперстной кишки, 8 – с обструктивными воспалительными заболеваниями легких, 7 – с тромбозом вен нижних конечностей и варикозным расширением вен голени и 4 – с деформирующим артрозом коленных и голеностопных суставов. Собирался тщательный анамнез, учитывались показатели гемодинамики: артериальное давление, пульс до и после лечения.

Гомеопатические препараты подбирались индивидуально и их выбор зависел от степени проявления симптомов и модальностей заболевания, конституции и характерологических особенностей пациента. Препараты давались в виде гомеопатической крупки и их прием назначался в зависимости от потенции гомеопатического препарата. Курс лечения аппаратом СКЭНАР состоял из 7–10 сеансов в зависимости от формы и фазы заболевания. Сеансы проводились с частотой 3 раза в неделю.

После лечения у лиц с заболеваниями легких уже после 2–3 сеансов улучшилось отхождение мокроты, уменьшилась бронхиальная обструкция, одышка, постепенно уменьшился и купировался кашель; при гипертонической болезни – уменьшилась головная боль и головокружения, систолическое артериальное давление снизилось на 8–10 мм рт. ст., диастолическое снизилось на 6–8 мм рт. ст.; у лиц с язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки купировался болевой синдром и диспептические расстройства; у больных с артрозом, флегмогенными заболеваниями нижних конечностей уменьшилась болезненность варикозно расширенных и тромбированных вен и суставов, снизилась отечность, чувство тяжести в нижних конечностях, которое было до курса терапии, сменилось приятной легкостью.

Гомеопатическая терапия в сочетании с воздействием СКЭНАРа эффективна при лечении стрессовых расстройств различной этиологии и сопутствующих заболеваний. Учитывая отчетливый клинический эффект, простоту и отсутствие побочных реакций совместного применения этих методов, целесообразно более широкое их внедрение в практическую медицину.

Литература

1. Доклад о состоянии здравоохранения в мире в 2000 году // ВОЗ.– Копенгаген, 2001.
2. Краснянский А.Н. // Синапс.– 1993.– № 3.– С.27.
3. Миненко И.А., Стенанищева С.А. // XII съезд психиатров России.– М., 1995.– С.109-110.
5. Minenko I.A., Kudaeva L.M. Acupuncture treatment of post-traumatic stress disorder.– XVIII Congress acupuncturae Bohemiae et Slovaciae.– Praha, 1998.– P.43.

УДК 618.19-002/-006.6: 616.153.915

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЖИРОВОГО, ЛИПИДНОГО И ЭЛЕКТРОЛИТНОГО БАЛАНСА У ЖЕНЩИН С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ

В.В. ПАРЕЙШВИЛИ, Н.П. ЛАПЧКИНА*

Молочная железа – неотъемлемая часть репродуктивной системы женщины. Из-за количественного и качественного изменения гормонопоза [3–4, 8–9] происходит нарушение метаболического звена системы гомеостаза [1, 2], выражающееся в диспротеинемии, которая усугубляет процессы пролиферации.

Цель работы – анализ состояния жирового, липидного и электролитного обмена при заболеваниях молочных желез.

Для решения поставленной задачи обследованы 440 женщин, 1-ю группу составили 150 больных с диспластическими заболеваниями молочных желез (ДЗМЖ) на фоне гинекологической патологии, 2-ю – 90 больных с пролиферативной мастопати-

* ГОУ ВПО Ивановская ГМА Росздрава, ФДППО, кафедра акушерства и гинекологии (153462 г. Иваново, пр. Ф. Энгельса, 8)

Таблица 2

Показатели липидного обмена у обследованных женщин

Группы	Общий	Липопротеиды ммоль/л			В-	ТГ
		ВП	НП	ОНП		
	M±m	M±m	M±m	M±m	M±m	M±m
ДЗМЖ и гинекол. забол-ми	6,44±0,69* ***	1,243±0,217	5,116±1,1***	0,41±0,075	59,25±0,6* ***	1,93±0,3* ***
n	43	35	31	31	38	35
Пролиферат. мастопатия	6,193±0,175 ^{zz}	1,235±0,094	5,29±0,22 ^{zz}	0,45±0,03 ^{zz}	59,583±2,866 ^{zz}	1,98±0,099 ^{zz}
n	12	12	12	12	12	12
РМЖ	4,670±0,083 ^x	1,183±0,02	3,319±0,091 ^x	0,36±0,014	51,900±0,359 ^x	1,29±0,014
n	10	10	10	10	10	10
Контроль	5,25±0,161	1,172±0,116	4,716±0,195	0,393±0,06	42,92±0,73	1,13±0,276
n	10	32	28	26	12	10

* – различия достоверны (p<0,05) между показателями больных с ДЗМЖ и пациентками контрольной группы, ** – различия достоверны (p<0,05) между показателями больных с ДЗМЖ и пролиферативной мастопатией, *** – различия достоверны (p<0,05) между показателями больных с ДЗМЖ и РМЖ, z – различия достоверны (p<0,05) между показателями больных с пролиферативной мастопатией и пациентками контрольной группы, zz – различия достоверны (p<0,05) между показателями больных пролиферативной мастопатией и РМЖ, x – различия достоверны (p<0,05) между показателями больных РМЖ и пациенток контрольной группы

Дезорганизация липидного состава мембраны эритроцитов ведет к нарушению ионного гомеостаза клетки [5]

Состояние электролитного обмена обследованных групп женщин характеризовалось ростом содержания калия в плазме крови [1 гр. – 4,608±0,167 ммоль/л; 2 гр. – 5,045±0,172 ммоль/л; 3

Таблица 1

Индекс массы тела женщин (кг/м²)

	ИМТ	20,0-25,9 Норма		Ожирение		26,0-27,9 Повышен		Ожирение						
		М±m	Абс. %		Абс. %		Абс. %		28,0-30,9 I степени		31,0-35,9 II ст.		36,0-40,9 III ст.	
			Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
1 группа n=150	26,091±0,49 ***	84	56,0 **	66	44,0 **	18	12,0	17	11,33 **	14	9,33 **	17	11,33 **	
2 группа n=90	28,996±0,447 zz	19	21,11 zz	71	78,89 zz	13	14,44	19	21,0	25	27,78 z	14	15,56 zz	
РМЖ n=80	27,665±0,472 x	28	35,0 ^x	52	65,0 ^x	14	17,5	18	22,5	18	22,5	2	2,5	
Контроль n=120	26,897±0,512	60	50,0	60	50,0	16	13,33	20	16,67	16	13,33	8	6,67	
Итого		191		249		61		74		73		41		

* – различия достоверны (p<0,05) между показателями больных ДЗМЖ и лиц контрольной группы, ** – различия достоверны (p<0,05) между показателями больных с ДЗМЖ и пролиферативной мастопатией, *** – различия достоверны (p<0,05) между показателями ДЗМЖ и РМЖ, z – различия достоверны (p<0,05) между показателями больных пролиферативной мастопатией и лиц контрольной группы, zz – различия достоверны (p<0,05) между показателями больных пролиферативной мастопатией и РМЖ, x – различия достоверны (p<0,05) между показателями больных РМЖ и контрольной группы

С утяжелением патологии молочной железы у больных имелось увеличение содержания фосфолипидов в плазме и мембране эритроцитов, а холестерина – в плазме. В мембране эритроцитов больных с пролиферативной мастопатией в сравнении с пациентками контрольной группы имело место снижение содержания холестерина, а у больных РМЖ – в сравнении с пациентками с пролиферативной мастопатией – резкое увеличение.

У лиц с пролиферативной мастопатией и РМЖ шел достоверный рост уровня холестерина и фосфолипидов в эритроцитах, уменьшение микровязкости в мембране эритроцита и в эритроцитах в сравнении с показателями женщин контрольной группы и лиц с ДЗМЖ на фоне гинекологических заболеваний (табл. 3).

Изменения липидного спектра при заболеваниях молочных желез, проявляющиеся дезорганизацией липидной компоненты мембраны красных кровяных клеток в виде роста уровня фосфолипидов и уменьшения ее микровязкости, роста уровня холестерина и фосфолипидов в эритроцитах и плазме крови, говорили о дислипидемии, нарастающей с утяжелением патологии.

гр. – 5,030±0,127 ммоль/л; контр. гр. – 4,455±0,109 ммоль/л; p_{1-к}<0,05; p₁₋₂<0,05; p₁₋₃<0,05; p_{2-к}<0,05; p₂₋₃<0,05; p_{3-к}<0,05] больных с ДЗМЖ, пролиферативной мастопатией и РМЖ в сравнении с контрольной группой. Содержание калия в эритроцитах [1 гр. – 74,869±4,71 мэкв/л; 2 гр. – 84,893±1,950 мэкв/л; 3 гр. – 87,530±3,268 мэкв/л; контроль – 90,04±0,859 мэкв/л; p_{1-к}<0,05; p₁₋₂<0,05; p_{2-к}<0,05] у больных с ДЗМЖ и пролиферативной мастопатией уменьшалась. Концентрация натрия в плазме крови [1 гр. – 143,283±1,153 ммоль/л; 2 гр. – 143,040±0,251 ммоль/л; 3 гр. – 143,875±0,464 ммоль/л; контр. гр. – 143,400±1,231 ммоль/л, p>0,05] достоверно не отличалась, тогда как в эритроцитах – [1 гр. – 27,746±4,871 мэкв/л; 2 гр. – 17,127±0,655 мэкв/л; 3 гр. – 16,680±1,194 мэкв/л; контр. гр. – 15,963±0,282 мэкв/л; p_{1-к}<0,05; p₁₋₂<0,05; p₁₋₃<0,05; p_{2-к}<0,05] была достоверно выше у больных с ДЗМЖ.

В ходе обследования женщин с заболеваниями молочной железы нами выявлены изменения жирового и липидного обмена у больных с диспластическими заболеваниями молочной железы на фоне гинекологической патологии. Заболевания молочной железы сопровождалась комплексом структурно-метаболических нарушений эритроцитов в виде дезорганизации плазматических мембран уже у больных с ДЗМЖ на фоне гинекологических заболеваний и нарастали с утяжелением патологии, что говорит о вовлечении периферического звена эритрона в сложный процесс изменений в организме задолго до малигнизации.

Выявленные изменения липидного спектра мембраны эритроцитов, очевидно, могут быть использованы в качестве прогностического критерия течения доброкачественных заболеваний молочных желез. С утяжелением патологии молочных желез

отмечались нарушения электролитного обмена в виде увеличения продукции калия в плазме крови и снижения – в эритроцитах.

Цель – оценка психологических особенностей женщин с заболеваниями молочных желез.

Таблица 3

Показатели липидного обмена у обследованных женщин

Группы	В плазме крови, усл.ед.			В мембране эритроцита, усл. ед.			В эритроците, усл. ед.		
	Холестерин	Фосфолипиды	Холестерин /Фосфол.	Холестерин	Фосфолипиды	Холестерин /Фосфол.	Холестерин	Фосфолипиды	Холестерин /Фосфол.
	M±m	M±m	M±m	M±m	M±m	M±m	M±m	M±m	M±m
1 группа	108,655± 5,472 * * * * *	43,855± 2,421 * * *	2,553± 0,112	125,667± 3,598 **	33,667± 2,892 * * * * *	4,027± 0,485 * * * * *	139,333± 10,171 **	28,167± 1,228 * * * * *	5,136± 0,596 ***
n	29	29	29	9	9	9	9	9	9
2 группа	145,583± 8,734	63,857± 3,026 ^z	2,492± 0,191	104,000± 1,528 ^{z zz}	38,000± 1,285 ^z	2,758± 0,066 ^z	176,500± 5,625 ^{z zz}	39,667± 4,868 ^z	4,810± 0,367 ^{zz}
n	15	15	15	9	9	9	9	9	9
3 группа	141,647± 11,487	61,765± 4,353 ^x	2,663± 0,239	131,154± 10,344 ^x	52,577± 7,039 ^x	3,016± 0,394 ^x	153,333± 11,967 ^x	53,857± 2,713 ^x	2,936± 0,251 ^x
n	15	15	15	13	13	13	12	12	12
Контрольная группа	143,00± 12,937	57,769± 4,632	2,561± 0,207	126,714± 4,238	33,929± 1,331	4,049± 0,393	140,857± 7,095	28,179± 0,997	5,201± 0,479
n	13	13	13	14	14	14	14	14	14

* – различия достоверны (p<0,05) между показателями больных 1-й и контрольной группы, ** – различия достоверны (p<0,05) между показателями больных 1-й и 2-й группы, *** – различия достоверны (p<0,05) между показателями больных 1-й и 3-й группы, z – различия достоверны (p<0,05) между показателями больных 2-й и контрольной группы, zz – различия достоверны (p<0,05) между показателями больных 2-й и 3-й группы, x – различия достоверны (p<0,05) между показателями больных 3-й и контрольной группы

Литература

1. Бохман Я.В. Онкологические аспекты ановуляции.– Псков, 1980.
2. Бурдина Л.М. Клинико-рентгенологические особенности заболеваний молочных желез у гинекологических больных репродуктивного возраста с нейроэндокринной патологией: Дис...докт. мед. наук.– М., 1993.
3. Василевская Л.Н. и др. Предраковые заболевания и начальные формы рака шейки матки.– М.: Медицина, 1987.
4. Грицман Ю.А. и др. // Сов. мед.– 1991.– №4.– С.38–40.
5. Дизрегуляторная патология./ Под ред. Г.Н Крыжановского.– М., 2002.
6. Ростовцев В.Н. и др. // Лаб. дело.– 1982.– №4.– С.26–29.
7. Лабораторные методы исследования в клинике: Справочник/ Под ред. В.В. Меньшикова.– М., 1987.
8. Справочник по акушерству и гинекологии./ Под ред. Г.К. Степанковской.– Киев, 1997.
9. Creasman W. T. Cancer of the Endometrium.– Chicago, 1980.
10. Hladovec J.// Physiol. Bohemoslov.–1978.– Vol.27.– P. 140–144.

УДК 618.19-002/-006.6: 616.89-072.8/-008.19

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЖЕНЩИН С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Н.П. ЛАПОЧКИНА*

К настоящему времени в литературе накоплено много работ и фактов, относящихся к исследованию роли психогенного фактора в онкогенезе. В ряде исследований было показано, что у больных раком молочной железы в анамнезе психотравмирующие обстоятельства встречаются заметно чаще, чем у контрольных лиц [3, 4, 7]. Психологическими особенностями больных раком молочной железы являются низкая степень эмоциональной лабильности, склонность к депрессии, подавление эмоций и интроверсия [5, 6, 8]. Развивающаяся под влиянием различных фрустрирующих факторов дисгармония регулирующих отделов гипоталамуса и репродуктивной системы является непосредственной предпосылкой для развития патологического процесса в молочных железах [1]. Однако следует признать, что его роль остаётся недостаточно изученной и ясной.

Для решения поставленной задачи обследовано 519 женщин, из них первую группу составили 150 больных с доброкачественными заболеваниями молочной железы (ДЗМЖ) на фоне гинекологической патологии, вторую – 107 больных с пролиферативной мастопатией, третью – 112 больных раком молочной железы, контрольную группу – 150 пациенток с гинекологическими заболеваниями без патологии молочной железы. Средний возраст лиц 1-й группы составил 40,97±0,7 лет, 2-й – 45,64±0,99 лет, 3-й – 52,71±1,93 лет, контрольной группы – 42,28±0,67 лет. Для выявления психологических особенностей использованы вербальные и невербальные методы исследования личности. Вербальные методы исследования: Ч.Д. Спилбергера для выявления уровня тревожности, толерантная алекситимическая шкала

для выявления алекситимии, стандартизированный многофакторный метод исследования личности (СМИЛ). Метод СМИЛ адаптирован и интерпретирован Л.Н. Собчик (2000) [2]. В результате тщательно собранного анамнеза у обследованных выявлен синдром психоэмоционального напряжения (СПЭН), который чаще испытывали больные 1-й и 2-й групп. Пациентки с СПЭН чаще жаловались на слабость, утомляемость, тревожность, подавленность, фобии, головную боль, сердцебиение, боль в области сердца, повышенную потливость. Число жалоб нарастало по мере утяжеления патологии молочной железы от ДЗМЖ к пролиферативной мастопатии до рака молочной железы.

По данным метода Спилбергера, у большинства женщин во всех группах личностная тревожность (ЛТ) находилась на высоком уровне (1 гр. – 58,93%; 2 гр. – 60,75%; 3гр.– 56,25%; контроль – 59,01%; p>0.05), что являлось их личностной особенностью. Высокий уровень ситуационной тревожности (СТ)>46 баллов чаще был у больных с пролиферативной мастопатией и с ДЗМЖ (58,04%; 83,18%; 49,21%; 33,33%; p₁₋₂<0,05; p₁₋₃<0,05; p₂₋₃<0,05; p₃₋₄<0,05) и подтверждает психоэмоциональное напряжение в момент обследования, на которое указывали больные при опросе. В группе лиц с ДЗМЖ высокий уровень ЛТ чаще был у больных с мастопатией на фоне эндометриоза (76,2%), а высокая СТ чаще имела у больных с мастопатией на фоне эндометриоза (71,4%) и миомы матки (67%). У больных с внутренним эндометриозом высокий показатель СТ обусловлен высокой ЛТ. Высокий уровень ЛТ чаще выявлен в 1-й группе лиц с фиброзно-кистозной болезнью (фиброзно-кистозная – 55,44%; фиброзная – 71,43%; p>0,05), а СТ преобладала у лиц с фиброзной (60,87%) мастопатией и с фиброзно-кистозной (57,14%; p>0,05).

Следовательно, большинство обследованных женщин имели высокую тревожность как личностную особенность. Поскольку у больных с фиброзной и фиброзно-кистозной мастопатией имели место высокие уровни как ЛТ, так и СТ, очевидно, определенную роль в формировании мастопатии играет психоэмоциональное состояние женщин. Наиболее высокие показатели СТ были у больных ДЗМЖ на фоне внутреннего эндометриоза и миомы матки и с пролиферативной мастопатией, подтверждая высокое эмоциональное напряжение женщин в момент обследования. Осознавая тяжесть имеющегося заболевания молочной железы, каждая вторая больная раком испытывала либо средний, либо высокий уровень ситуационной тревожности. Высокий уровень алекситимии (>72 баллов) отражает присутствие у человека алекситимических черт, проявляющихся в трудности выражения эмоций вербально и символически. Черты алекситимии достоверно чаще имели больные раком молочной железы (1 гр. – 31,65%; 2 гр. – 26,03%; 3 гр. – 41,11%; контроль – 29,51%; p₂₋₃<0,05; p₃₋₄<0,05), что отражает их существование в преморбид-

* ГОУ ВПО Ивановская ГМА Росздрава, ФДППО, кафедра акушерства и гинекологии (153462 г. Иваново, пр. Ф. Энгельса, 8)