

вались бы и проблемы патологии «второго плана». Это предполагает дифференцированное ведение больных с учетом сопутствующих заболеваний и требует организационных решений.

Выводы. Патология ПС – один из наиболее частых и тяжелых видов внепеченочной висцеральной патологии, сочетающейся с БА и ХОБЛ или осложняющей их течение, – пример формирования полиморбидной патологии, включая синдром взаимного отягощения. Она зависит от клинко-патогенетического варианта, степени тяжести, длительности и фазы течения заболеваний легких. Патологические изменения ПС у больных БА и ХОБЛ составляют две группы: патогенетически связанные с основными заболеваниями и не связанные (предшествующие – с обострением или без него и интеркуррентные).

Патология ПС при БА и ХОБЛ характеризуется общностью, что проявляется близкой частотой и структурой заболеваний, сходством демографических и нозологических характеристик, однозначностью критериев клинко-патогенетической группировки, сходством факторов риска и методологии диагностических и терапевтических подходов.

Особенности патологии ПС отражают особенности БА и ХОБЛ и сводятся к достоверно большей роли аллергии, рефлюксных и эрозивно-язвенных процессов в гастродуоденальной зоне при БА и к большей роли длительного курения, эндогенной интоксикации, необратимой обструкции бронхов и легочного сердца в генезе заболеваний ПС при ХОБЛ. Заболевания ПС у больных БА и ХОБЛ требуют диагностической и прогностической оценки, терапевтической и профилактической коррекции, дифференцированных в зависимости от тяжести патологии и ее последствий. Это выдвигает требования к гастроэнтерологическому обеспечению пульмонологического стационара.

Литература

1. Гембицкий Е.В. и др. // 6 конгресс по болезням органов дыхания. – Новосибирск, 1996.
2. Кириллов С. Патология пищеварительной системы у больных бронхиальной астмой: Автореф. дис... канд. мед. наук. – Саратов, 1997.
3. Гембицкий Е. и др. // Клиническая медицина. – 2000. – № 3. – С. 54.
4. Кириллов С.М. // Сб. научных работ Сар ВМИ: Актуальные вопросы военной медицины и военно-медицинского образования. – Саратов, 2005. – С. 141–142.

УДК 618.256, 618.145

ПОГРАНИЧНЫЕ ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА И ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ У ЖЕНЩИН С БЕСПЛОДИЕМ В ПРОГРАММЕ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ОПЛОДОТВОРЕНИЯ

Ж.Р. ГАРДАНОВА, Ю.В. КОМИССАРОВА*

Лечение бесплодия методами вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ), в т.ч. экстракорпоральным оплодотворением (ЭКО), является актуальным. Супружеские пары, страдающие бесплодием, много лет находятся в процессе лечения, что способствует изменению соматической и психической сферы, развитию пограничных психических расстройств (ППР).

Цель работы – определение структуры ППР и наличие иммунологических изменений у женщин с бесплодием.

Материал и методы исследования. Основную группу (ОГ) составили 526 женщин с бесплодием, обратившиеся в ФГУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии Росмедтехнологий» в 2004–2007 гг. в отделение ВРТ. Ср. возраст – 32,6±4,9 лет. Контроль (КГ) составили 52 фертильные женщины, обратившиеся в поликлинику центра с вопросами репродукции. По возрасту, росту-весовым и демографическим показателям ОГ и КГ были сравнимы. Методы исследования крови: иммунологические методы, анализ и определение интерферонов статуса. Интервью вели по опросникам и тестам: Бека, Спилбергер. Тестирование по уровню личностной и ситуативной тревожности –

по Спилбергеру [1]. Депрессивной тревожностью считали показатель >45 баллов, тестирование по шкале Бека [2]: <12 баллов – отсутствие депрессии, 12–20 баллов – легкая, 20–30 баллов – умеренная, >30 баллов – выраженная депрессия. Лечение бесплодия шло по стандартным схемам с использованием аналогов гонадотропин-рилизинг-гормонов, рекомбинантного фолликулостимулирующего гормона с учетом индивидуального уровня гормонов. Статобработка велась с помощью пакета SPSS, Window's XP, достоверность $p < 0.05$ считалась значимой.

Результаты исследования. ППР диагностированы по критериям МКБ-10 у 295 человек, что составляет 56%. Ведущее место заняли расстройства адаптации (51,5%), тревожные расстройства (31,2%), конверсионные расстройства (7,9%), соматоформные расстройства (4,1%), шизотипические (4,1%), дистимия (1,5%). Полиморфизм тревожно-депрессивного синдрома у женщин с бесплодием в программе лечения методами ВРТ характеризовались вегетативными нарушениями, ипохондрической фиксацией. Пониженный фон настроения сопровождался вспышками раздражения, обидчивости, конфликтностью, неоправданными слезами, забывчивостью, отвлекаемостью внимания.

В эмоциональной сфере плохое настроение, чаще наблюдающееся по утрам, сопровождалось чувством тревоги и внутренней напряженностью, страхом по поводу неудачной попытки беременности. Тревога и депрессия усиливались в день переноса эмбрионов в полость матки, но максимума достигали в день сдачи теста на беременность.

В иммунном статусе отмечалось изменение субпопуляционного состава лимфоцитов в виде увеличения CD_3 , CD_8 до 86% и 43% соответственно, а в контроле CD_3 и CD_8 составляют 65,0% и 22,1%. Нарушение функционирования проявлялось в дисиммуноглобулинемии, то есть в увеличении содержания Ig M до 3,1 г/л, по сравнению с контролем (1,8 г/л).

При изучении интерферонов статуса нарушение функционирования данной системы также наблюдалось у большинства женщин в виде снижения ИФН- γ до 12 Е/мл и ИФН- α до 25 Е/мл, что говорит о развитии интерферондефицитного состояния (в контроле – 24 Е/мл и 60 Е/мл соответственно). Рост уровня циркулирующего интерферона до 6 Е/мл свидетельствует о напряженности данной системы.

Женщины с бесплодием в 56% случаев страдают ППР. На первый план выступают расстройства приспособительных реакций адаптации, на второй – тревожно-депрессивные расстройства. Нарушения в психической сфере приводит к изменениям в иммунологической системе. Показатели личностной и ситуативной тревожности (в баллах) в ОГ при первом тестировании были 48/46, вторым – 47/45. В КГ – 36/33 и 32/30. Показатели личностной и ситуативной тревожности у женщин с бесплодием были выше на 11–13 баллов. Женщины ОГ по показателям по шкале Бека оценили свое состояние в 23,2±3,2 балла.

Особенностью тревожно-депрессивных расстройств у женщин ОГ является сниженное настроение в сочетании с соматоневрологическими нарушениями, а также наличие фобий с неуверенностью в наступлении беременности, гипертрофирующимися в сознании, с тревогой за свое материнское будущее. Гипотимия сочетается с опасениями за свое здоровье, за «качество» эмбрионов, имплантацию и рост плода, ипохондрическими фобиями, сенестопатиями.

ППР ведут к изменениям в иммунологической системе, проявляющимися в росте субпопуляционного состава лимфоцитов CD_3 , CD_8 , дисиммуноглобулинемии, снижении ИФН- γ и ИФН- α , что говорит о развитии интерферондефицитного состояния, что влияет на эффективность лечения методами ВРТ.

Литература

1. Вассерман Л.И., Щелкова О.Ю. Медицинская психодиагностика. – СПб, 2003. – С. 331–335
2. Ader R, et al. // Academic Press New York. – 1991. – P. 13.

* ФГУ «НЦ акушерства, гинекологии и перинатологии Росмедтехнологий»