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

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 zz	2,758± 0,066 z	176,500± 5,625 z zz	39,667± 4,868 z zz	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. *Дизрегуляционная* 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.

Цель – оценка психологических особенностей женщин с заболеваниями молочных желез.

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, толерантская 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%; $p_{1-г}$ <0,05; p_{1-2}<0,05; $p_{2-г}$ <0,05; p_{2-3} <0,05; $p_{3-г}$<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 имелась 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%; p_{2-3}<0,05; $p_{3-г}$<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)

ном фоне последних и позволяет отнести к предрасполагающим психологическим факторам. В структуре пациенток первой группы высокий показатель алекситимии чаще имел место у больных с эндометриозом (71,4%), воспалительными процессами гениталий (57%) и кистами яичников (45%). Алекситимия чаще имела место у больных с фиброзной мастопатией (фиброзная – 32,4%; фиброзно-кистозная – 14,39%; $p<0,05$). Высокий показатель TAS у 71% женщин с мастопатией на фоне эндометриоза, у 41,11% больных раком молочной железы является психологическим предикатом возникновения доброкачественных заболеваний молочной железы. Исследование методом СМИЛ выявило психологический профиль женщин: 1-ой группы (ДЗМЖ) – 28740-/539, 2-ой группы (пролиферативная мастопатия) – 1248’60-/7359, 3-ей группы (РМЖ) – 28460-/351, контрольной группы – 84620-/57913. Психологические профили статистически достоверно отличаются друг от друга (рис.1.). Усредненные психологические профили имеют тип «зубчатой пилы». Достоверно выше у женщин с ДЗМЖ, чем у лиц контроля, были показатели шкал: 1-й – «сверхконтроля» и 2-й – «пессимистичности». В усредненном профиле женщин с пролиферативной мастопатией достоверно выше, чем в профиле женщин с ДЗМЖ были показатели шкал: 1-й – «сверхконтроля», 3-й – «эмоциональной лабильности», 4-й – «импульсивности», 8-й – «индивидуалистичности». Во всех группах были высокие показатели шкал: 2-й – «пессимистичности», 4-й – «импульсивности», 8-й – «индивидуалистичности», 0-й – «интроверсии» и утопленные пики: 3-й – «эмоциональной лабильности», 5-й – «женственности», 9-й – «оптимистичности».

Общие показатели шкал в обследуемых группах отражали психологические черты: депрессивный тип реагирования, повышенное чувство вины, неуверенность в себе, высокая аффилиативная потребность (2-я шкала); непосредственность в поведении (4-я шкала); обособленно-созерцательная личностная позиция, снижение уровня социальной адаптации, нарушения сна (8-я шкала); скромность и застенчивость (0-я шкала). Низкие показатели шкал отражали общие психологические черты женщин: (9-я шкала) высокая утомляемость; мягкость, сентиментальность, любовь к детям, приверженность семейным интересам (5-я шкала); эстетическая ориентированность (сочетание шкал: низкой 5-й с повышенной 8-й); сниженное настроение, что подтверждалось высоким уровнем СТ (наличие в личностном профиле равновысоких 4-й и 0-й шкал с утопленной 9-й шкалой – 40' - /9).

Несмотря на то, что одинаковые шкалы в личностном профиле женщин были высокими, имелись отличия: показатель шкалы «пессимистичности» (2-й) был достоверно выше у женщин с пролиферативной мастопатией, чем у лиц контрольной группы и больных раком молочной железы. Это говорит о том, что у лиц контрольной группы, больных с пролиферативной мастопатией и раком молочной железы, депрессивный тип реагирования связан не только с негативными переживаниями, но и является предрасполагающим фактором (предиспозицией) возникновения депрессивной реакции в ответ на стрессовую ситуацию. Показатель шкалы «импульсивности» (4-я) был на одном уровне у женщин 2-й и контрольной групп, но достоверно ниже, чем у женщин 2-й группы. В усредненном профиле женщин с пролиферативной мастопатией и раком молочной железы имело место сочетание равновысоких 4-й и 2-й шкал (24'/), которое отражало внутренний конфликт ввиду противоречивого типа реагирования – высокая поисковая активность и высокая инертность,. Психологически это отражает наличие у пациентки противоречивого сочетания в виде высокой активности и быстрой истощаемости, что свидетельствует о неврастеническом паттерне переживаний и является предиспозицией для развития психосоматических расстройств. Этого не выявлено у женщин контрольной группы.

Показатель шкалы «индивидуалистичности» (8-я шкала) был на одном уровне в профиле женщин 3-й и контрольной групп, но достоверно ниже, чем у женщин 2-й группы. Высокий показатель шкалы «индивидуалистичности» (8-я) отражал снижение уровня социальной адаптации и нарушения сна. Нарушение сна отметили при опросе 50,47% пациенток с пролиферативной мастопатией, 29,46% больных раком молочной железы. Сочетание в усредненном профиле женщин с пролиферативной мастопатией высоких показателей 8-й и 1-й шкал отражало их сосредоточенность на соматических жалобах без эмоциональной захваченности, что отмечалось и при беседе. Высокий пик шкалы «ригидности» (6-я) у женщин контрольной группы, больных с пролиферативной мастопатией и РМЖ отражал повышенную раздражительность, склонность к артериальной гипертензии, что подчеркивало тесную связь психологических и соматических факторов. Гипертонической болезнью страдали 22,43% больных с пролиферативной мастопатией и 17,86% – РМЖ.

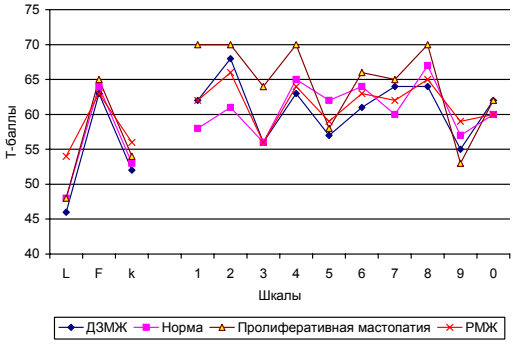

Рис.1. Личностный профиль обследованных женщин по данным метода СМИЛ

Шкала «тревожности» (7-я) имела высокий пик в личностном профиле женщин 1-ой группы, тогда как в профиле женщин 2-ой, 3-й и контрольной групп она находилась в низком пике, что отражало состояние дизадаптации вплоть до тревожной депрессии у женщин с ДЗМЖ. Сочетание высоких шкал в личностном профиле женщин 1-ой группы 2874-/ подчеркивало склонность пациенток к усилению поисковой активности в стрессовой ситуации, отражало состояние хронической дезадаптации на фоне повышенной конституционально обусловленной личностной тревожности. Женщины с ДЗМЖ имеют смешанный тип реагирования в виде стремления к доминированию с неуверенностью в себе, внутренний конфликт у них реализовался по психосоматическому варианту или в виде неврастенической симптоматики с соматическими жалобами. Высокий показатель 1-й шкалы «сверхконтроля» в личностном профиле женщин с пролиферативной мастопатией отражал психосоматическую предрасположенность к заболеваниям желудочно-кишечного тракта и называется «язвенный типом личности». В анамнезе 20,22% женщин этой группы была язвенная болезнь. На рис. 2 представлены результаты психологического тестирования женщин методом СМИЛ в зависимости от формы мастопатии. В результате проведенного обследования выявлены следующие психологические профили больных: фиброзной мастопатией – 2840-/9351; фиброзно-кистозной мастопатией – 2846-/3501.

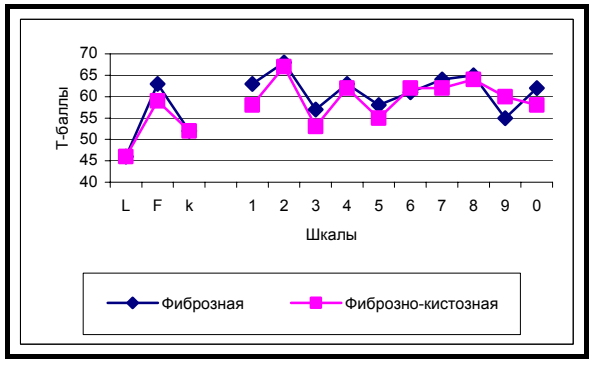

Рис.2. Личностный профиль женщин с ДЗМЖ разных форм

У больных с фиброзной мастопатией были выявлены следующие психологические особенности: непосредственность в поведении (4-я шкала), скромность и застенчивость (0-я шкала), мягкость, сентиментальность, любовь к детям, приверженность семейным интересам (5-я шкала), эстетическая ориентированность (сочетание низкой 5-й с повышенной 8-й шкалой), сниженное настроение (40 - /9) с высоким уровнем СТ. У больных с фиброзно-кистозной мастопатией были выявлены следующие психологические черты: неврастенический паттерн переживаний, что рассматривалось как предиспозиция возникновения психосо-

матических расстройств (4-я шкала), склонность к психосоматическим реакциям (6-я шкала).

Для женщин с ДЗМЖ на фоне гинекологических заболеваний были характерны психологические особенности: состояние хронической дизадаптации вплоть до тревожной депрессии на фоне повышенной конституционально обусловленной личностной тревожности, предрасположенность к депрессивному реагированию, пессимистичность, индивидуалистичность, тревожность и импульсивность (2874-/) со склонностью к поисковой активности в стрессовой ситуации, предрасположенность к психосоматическим реакциям. У больных с фиброзной мастопатией имелось сниженное настроение с высоким уровнем ситуационной тревожности, а у лиц с фиброзно-кистозной мастопатией – склонность к психосоматическим реакциям. По данным метода СМИЛ, больные с пролиферативной мастопатией имели такие психологические особенности: предрасположенность к депрессивному реагированию, состояние дизадаптации вплоть до тревожной депрессии, снижение уровня социальной адаптации, сосредоточенность на соматических жалобах, раздражительность, склонность к артериальной гипертонии, психосоматическая предрасположенность к заболеваниям ЖКТ. Психологический портрет больных раком молочной железы: расположенностть к депрессивному реагированию ввиду повышенной раздражительности, склонность к артериальной гипертонии, противоречивый тип реагирования в виде поисковой активности на фоне быстрой истощаемости, что является предиспозицией для развития психосоматических расстройств.

Психологическими предикатами возникновения заболеваний молочных желез являются: высокий показатель личностной и ситуационной тревожности, наличие черт алекситимии, предрасположенность к психосоматическим реакциям, состояние хронической дизадаптации вплоть до тревожной депрессии, наличие синдрома психоэмоционального напряжения.

Литература

1. *Сидоренко Л.Н.* // Вопр. онкол.– 1984.– №11.– С. 30–33.

2. *Стандартизированный* многофакторный метод исследования личности: Метод. рук-во / Под ред. Л.Н. Собчик. – М., 2000.

3. *Andersen D.E.* // Cancer.– 1985.– Vol. 56, № 2.– P. 383–387.

4. *Baruch M.* // Lancet.– 1989.– Vol.1, № 8639.– P. 629–630.

5. *Bender H. G., Beck L.* Cancer of the Uterine Cervix.– Stuttgart, 1981.

6. *Bender H. G., Beck L.* Carcinoma of the ovary.– Stuttgart N. Y.: Springer Verlag.– *1983.*

7. Berrino F. //Cancer.– 1989.– Vol. 44.–P. 186–187.

8. *Bishop D.* //Eur. J. Cancer Prevent.– 1993.– Vol. 2.– Suppl.3, P. 125–130.

УДК (616.857-053.9-073.75)

КЛИНИКО-ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ И НЕЙРОВИЗУАЛИЗАЦИОННАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ГОЛОВНОЙ БОЛИ НАПРЯЖЕНИЯ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Н. А. ЯКОВЛЕВ*, С. С. РУБИНА, Т. П. КУРИЦЫНА**

Среди ведущих клинических симптомов у лиц пожилого возраста одно из первых мест по распространенности занимает головная боль (ГБ); она встречается у 27% пожилых пациентов (в общей популяции – от 30 до 78 %), причем в структуре ГБ наибольший удельный вес принадлежит головной боли напряжения – ГБН [1, 4, 6, 17, 22, 24]. В формировании ГБН ключевую роль отводят тревоге и/или депрессии в ответ на воздействие психосоциального стресса (ПСС), нарушению метаболизма нейротрансмиттеров, недостаточности функционирования антиноцицептивной системы и снижению болевого порога, что определяет склонность больных к длительной фиксации болевых ощущений [5, 12, 18]. ГБН подразделяют на эпизодическую (повторяется менее 15 дней в месяц) и хроническую (более 15 дней в месяц) формы, клинические особенности которых у лиц пожилого возраста изучены недостаточно. Существенной особенностью пожилых лиц является наличие выявляемых методами ЯМР-томографии дегенеративных (атрофических) изменений мозга, связанных со старением и хронической цереброваскулярной недостаточностью [7, 13]. Но нейровизуализационные характеристики морфологических изменений мозга у пожилых пациентов с ГБН, имеющие большое значение для диагностики и повышения эффективности лечения больных, остаются малоизученными.

Цель работы – исследование особенностей клиники, психовегетативных нарушений и нейровизуализационных изменений мозга при ГБН у лиц пожилого возраста.

Материалы и методы. Проведено обследование 120 больных с ГБН в возрасте 55–74 лет (средний возраст 65,6±2,6 г.), из них 61 человек (50,8%) – с эпизодической (ЭГБН) и 59 (49,2%) – с хронической (ХГБН). В группе пациентов с ЭГБН преобладали мужчины (33 человека – 54,1%), а в среди пациентов с ХГБН – женщины (45 человек – 76,3%). Диагноз устанавливали по критериям 2-го издания Международной классификации головных болей [11]. Контроль составили 53 практически здоровых пожилых человека (21 мужчина и 32 женщины в возрасте от 55 до 74 лет, средний возраст 69,3±4,6 г.), не имевшие жалоб на ГБ.

Критериями включения пациентов в исследование были: достоверный клинический диагноз ГБН, возраст от 55 (женщины) или 60 (мужчины) до 74 лет; длительность анамнеза головной боли более 6 месяцев. Критерии исключения: перенесенные транзиторные ишемические атаки, церебральный инсульт или другое органическое заболевание головного мозга с резидуальной неврологической симптоматикой; алкогольное поражение нервной системы (энцефалопатия, полиневропатия); тяжелые соматические (инфаркт миокарда, аритмии сердца, сахарный диабет, хронический гепатит, пневмония, заболевания эндокринной системы), эндогенные психические заболевания; онкоанамнез.

Обследование больных велось по стандартному протоколу для больных с головными болями и включало: клинико-анамнестический анализ ГБ с оценкой ее интенсивности по визуально-аналоговой шкале (ВАШ); измерение уровня ПСС с помощью опросника Холмса – Рея [21]; исследование соматического и неврологического статуса; оценку когнитивных функций по диагностическим критериям легких когнитивных нарушений – ЛКН [10, 16] и умеренных когнитивных расстройств (УКР) [10,16, 25], а также по суммарному показателю батареи тестов для оценки лобной дисфункции – БТЛД [20]; 5) оценку коморбидных симптомов и синдромов: головокружения, вегетативной дисфункции – по анкете ММА им. И.М. Сеченова [3], личностной и реактивной тревоги (тест Спилбергера Ч.Д.–Ханина Ю.Л.) [14, 24], депрессии (опросник Бека) [19], общей астении (шкала MFI-20), нарушений сна (анкета ММА им. И.М. Сеченова). Магнитно-резонансная томография (МРТ) проведена 45 больным с ГБН (21 мужчина и 24 женщины) на томографе Magnetom Impact Expert (Siemens, Германия) с напряженностью магнитного поля 1 Тл. У 17 пациентов МРТ головного мозга была проведена в ангиографическом режиме. Расчеты велись с помощью электронных таблиц «Excel», «Statistica».

Результаты. Обследованные пациенты с ГБН характеризовалась наличием билатеральной диффузной либо преобладающей в лобно-теменных или теменно-затылочных отделах головы давящей (у 59,2% больных) или сжимающей (у 55,0%) боли средней интенсивности (5,1±0,5 балла по ВАШ при ХГБН, 4,7±0,4 балла – при эпизодической) и умеренной длительности (9,1±0,7 ч при ХГБН, 3,2±0,3 ч – при ЭГБН). У 21,7% пациентов (у 30,5% – с ХГБН и у 13,1% – с ЭББН) головная боль сопровождалась напряжением мышц головы и шеи выраженностью 1–2 балла по 3-балльной шкале. У части пациентов отмечались отдельные сопутствующие ГБ симптомы: анорексия (40,8%), тошнота (23,3%), фото- или фонофобия (22,5%); они достоверно чаще встречались у больных с отягощенным по мигрени семейным анамнезом. Боль, подобная ГБН, в 31,7% случаев имелась у близких родственников. При этом наряду с генетически детерминированными механизмами реагирования на дистресс, по данным анамнеза, нельзя было исключить роли «культа» боли в семьях (избыточное внимание к проблеме болевых синдромов).

Среди факторов, провоцирующих ГБ, наиболее частыми были стрессорные события (у 67,2% пациентов с ЭГБН, у 72,9% – с ХГБН), перемена погоды (соответственно у 68,9% и у 78,0%

* Кафедра нервных болезней факультета последипломного образования ГОУ ВПО «Тверская ГМА Росздрава», 170 642, Тверь, ул. Советская,4
** Лечебно-диагностический центр международного института биологических систем, Россия, 170000, Тверь, ул. Орджоникидзе, д.36