

## ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИН С ХРОНИЧЕСКИМИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ: ПСИХОФИЗИЧЕСКИЙ И КОРРЕКЦИОННЫЙ АСПЕКТЫ

Н.Г. Соловьёва<sup>1</sup>, Ю.Г. Рудницкая<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Белорусский государственный педагогический университет имени Максима Танка, Беларусь, solnaty@mail.ru

<sup>2</sup>Республиканский научно–практический центр «Мать и дитя», Беларусь, rudikulia@mail.ru

**Введение.** Хронические воспалительные заболевания внутренних половых органов на современном этапе занимают ведущее место в структуре гинекологической патологии и оказывают выраженное неблагоприятное воздействие как на репродуктивную функцию женщин, так и на другие стороны психофизического здоровья [1, 2]. Отмечаемый в последнее время во многих странах мира, и в том числе в Республике Беларусь, рост числа и «омоложение» воспалительных заболеваний половых органов, переходящие в 17–20% случаев в хронический патологический процесс, являются причиной не только бесплодия, невынашивания беременности, но и снижения качества жизни пациенток из-за возникающего физического и психологического дискомфорта вследствие формирования хронического болевого синдрома (синдром тазовых болей), нарушения функций кишечника (запоры, геморроидальные узлы), снижения иммунорезистентности и физической активности [1, 3]. Гинекологические патологии отличаются многообразием этиологических факторов и сложностью патогенеза, в следствие чего, существенно осложняется процесс их лечения и восстановления: эффективность лечебно–профилактических мероприятий составляет не более 50% [4]. В практике современного акушерства и гинекологии женщин с хроническими воспалительными заболеваниями органов малого таза относят к группе высокого риска не только по развитию экстрагенитальных (заболевания желудочно–кишечного тракта, мочевыделительной системы и опорно–двигательного аппарата) и гинекологических (доброкачественные опухоли яичников, гиперпластические процессы эндометрия и др.) заболеваний, но и по развитию психоэмоциональных расстройств, социальной дезадаптированности и отягощению семейного анамнеза. Отдельные исследования указывают на то, что в целом психофизический статус женщин с хроническими воспалительными гинекологическими заболеваниями характеризуется депрессиями, раздражительностью, гневливостью и склонностью к скандалам, нарушением сна и сниженным вниманием, дискомфортом в урогенетальной зоне, общей слабостью и вегето–сосудистой дистонией [3, 4].

Вопросы изучения депрессивных и тревожных расстройств у пациенток с хроническими гинекологическими заболеваниями до сих пор остаются дискуссионными. С одной стороны, существует точка зрения [5], согласно которой депрессия и тревога рассматриваются как самостоятельные психические заболевания, проявления которых лишь маскируются хроническим болевым синдромом. Другие [6] считают, что депрессивные и тревожные эмоции являются неотъемлемой составной частью переживания длительной боли. Третья позиция [7] основывается на том, что тазовый болевой синдром – частый спутник хронических воспалительных гинекологических болезней – представляет собой самостоятельную эмоцию, генерирующую депрессию и тревогу.

**Эффективное решение проблемы гинекологической заболеваемости является одним из неперемных условий воспроизводства здоровых поколений, а также сохранения здоровья семьи в целом.** На пути решения проблемы восстановления репродуктивного здоровья своевременность и эффективность оказания лечебной и коррекционной помощи выступает на первое место. К сожалению, в клинической практике доминирующими выступают биомедицинские аспекты гинекологических патологий. Несколько в меньшей степени реализуются возможности коррекционных методов и, особенно, в области психофизической реабилитации на стационарном этапе лечения. Актуальность последнего тем более высока, что в условиях длительного противовоспалительного, гормонального и физиотерапевтического лечения у пациенток **формируется эмоциональная резистентность к дальнейшим лечебным мероприятиям, повышается фон нервно–психической нагрузки, возрастает риск развития сексуальной дисфункции и внутрисемейной напряженности [8, 9].** Создаётся порочный круг, усугубляющий ситуацию и снижающий процесс излечения. Кроме того, требуют более пристального внимания и вопросы мониторинга уровня психофизического здоровья данной категории женщин, оценки адаптационных возможностей организма, активного содействия медперсонала и пациенток к привлечению использования немедикаментозных восстановительных средств и физической культуры, в частности.

Учитывая вышесказанное, цель работы заключалась в оценке уровня психофизического здоровья и качества жизни женщин, страдающих хроническими воспалительными гинекологическими

заболеваниями, а также разработка комплексного метода лечения гинекологических и коррекции неврологических дисфункций средствами немедикаментозной терапии.

**Методы.** Исследования проводились среди женщин (средний возраст –  $26 \pm 3$  лет) с хроническими воспалительными гинекологическими заболеваниями (сальпингит, аднексит, сальпингоофарит), находившихся на стационарном лечении в РНПЦ «Мать и дитя», ЛГУ «5-ая КГБ» г. Минска. Учитывая наиболее часто встречаемые проблемные стороны симптомокомплекса данной категории лиц, была разработана программа психофизической реабилитации с учётом выявленных резервных возможностей и особенностей адаптации организма. Пациентки были разделены на комплексные группы ( $n_1=15$ ;  $n_2=15$ ), в которых помимо консервативного медикаментозного лечения, проводили психофизическую коррекцию, и нативную группу ( $n_0=15$ ), в которой использовался только медикаментозный способ лечения. Медикаментозная терапия включала комплексное воздействие, направленное на санацию очага инфекции (антибактериальные и антимикотические препараты), дезинтоксикацию (инфузионная терапия, антигистаминные средства и нестероидные противовоспалительные препараты) и повышение общей резистентности организма (витамины, адаптогены). Психофизическая реабилитация включала цикл лечебной гимнастики из традиционных физических упражнений и элементов йоги, дыхательной гимнастики (однократно по 40 мин, в течение 10 дней) на фоне музыкотерапии (музыкальная коллекция «Шедевры инструментальной музыки», Laser dance, 2003). Для повышения психоэмоционального фона в заключительной части каждого занятия в одной из комплексных групп ( $n_2=15$ ) использовались приёмы психологической релаксации вербальным методом длительностью 5 минут. Исследуемые психофизические параметры определяли до и после выполнения коррекционной программы.

Анализ психоэмоционального состояния осуществлялся с помощью метода анкетирования: тестовая методика диагностики типа отношения к болезни ТОБОЛ [10], оценка уровня тревожности по Спилбергеру и качества жизни SF-36 в компьютерной программной оболочке [11]; определение уровня самочувствия и физической активности. Модель, лежащая в основе конструкции шкал и суммарных измерений опросника SF-36, включала вопросы, позволяющие оценить качество жизни по основным шкалам: физическое и ролевое физическое функционирование (Physical Functioning; Role Physical), болевое ощущение (Bodily Pain), общее состояние здоровья (General Health) и жизнеспособности (Vitality), социального (Social Functioning) и эмоционального функционирования (Role Emotional), психологического здоровья (Mental Health). Расчет баллов качества жизни по каждой из шкал проводился по формуле с последующим расчетом средних значений и стандартных отклонений для каждой шкалы в статистической программной оболочке:

$$\frac{[\Sigma - \text{Min}]}{[\text{Max} - \text{Min}]} \times 100$$

где:  $\Sigma$  – суммарный счет шкалы; Min – минимально возможное значение шкалы; Max – максимально возможное значение шкалы.

Результаты анализа качества жизни SF-36 сопоставлялись и с результатами по методике ТОБОЛ, позволяющей диагностировать психосоматический тип отношения к болезни на основании информации об отношениях больного к ряду жизненных проблем и ситуаций, потенциально наиболее для него значимых и непосредственно или опосредованно связанных с его заболеванием.

Математическая обработка данных осуществлялась с применением пакета статистического анализа данных Microsoft Excel XP. Для выборок с нормальным распределением использовались методы вариационной статистики и параметрические критерии. Из числовых характеристик выборок определялись среднее арифметическое, дисперсия, стандартное отклонение; для оценки значимости различий выборок применялся t-критерий Стьюдента ( $p < 0,05$ ). Для выявления функциональных взаимосвязей между группами изучаемых параметров использовался корреляционный анализ.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Качество жизни, являясь комплексной характеристикой физического, психологического, эмоционального и социального функционирования человека, основанной на его субъективном восприятии, тесно связано со здоровьем. Качество жизни – оценка параметров, позволяющих дифференцированно определить влияние болезни и лечения на психоэмоциональное состояние больного. Показатели качества жизни, так же как и характеристика картины заболевания, изменяются во времени в зависимости от состояния больного. Методология исследования качества жизни открыла принципиально новый этап в жизни современного общества и клинической практике, предложив простой, информативный и надежный метод определения ключевых параметров благополучия человека [11]. Установлено, что наличие

депрессии и тревоги снижают качество жизни по большинству шкал, в этой связи решение проблемы преодоления психодезадаптационных синдромов представляется перспективным подходом для достижения высокого качества жизни. Психология здоровья на современном этапе эффективно дополняет классическую медицину в плане формирования более ответственного отношения людей к своему здоровью.

Анализ данных анкетирования по методике SF-36 показал невысокий общий уровень качества жизни женщин с хроническими гинекологическими заболеваниями ( $49,6 \pm 3,4$ ), а также сниженные сферы физического и ролевого физического функционирования (на 30% и 27% соответственно,  $p < 0,05$ ), эмоционального функционирования (на 25%) и жизнеспособности (на 19%), психологического и общего здоровья (на 43% и 22%) с высокой распространённостью тревожно-депрессивных расстройств.

Введение в алгоритм лечебно-профилактических мероприятий на стационарном этапе лечения женщин с гинекологическими заболеваниями коррекционного комплекса лечебной гимнастики способствовало росту общего уровня качества жизни женщин ( $59,9 \pm 2,0$ ). При этом существенно возросли показатели физического функционирования (на 26%), эмоционального и психологического здоровья (на 22% и 29% соответственно,  $p < 0,05$ ) по сравнению с долечebным периодом. В группе, в которой использовался цикл физических упражнений с элементами вербальной релаксации, было отмечено более устойчивое повышение психоэмоционального фона, что выразилось в росте значений шкал ролевого эмоционального функционирования и психологического здоровья (на 33% и 50% соответственно,  $p < 0,05$ ). Качество жизни женщин, проходивших курс только медикаментозной терапии, практически соответствовало уровню, отмеченному до начала лечения.

Под воздействием циклов физической культуры произошло изменение и в отношении к болезни женщин с патологией репродуктивной системы. Так, в обследуемых группах в долечebный период типы отношений к болезни адекватного блока были диагностированы у 26 пациенток ( $0,38 \pm 0,05$ ): у 12 из них ( $0,43 \pm 0,08$ ) присутствовал гармоничный тип, у 8 ( $0,39 \pm 0,06$ ) – эргопатический и у 6 ( $0,33 \pm 0,05$ ) – анозогнозический тип. Пациентки данного блока, реально оценивают своё состояние, не препятствуют лечению заболевания, преимущественно соблюдают назначенный врачом режим, характеризуются стремлением преодолеть заболевание, неприятием «роли больной», сохранением ценностной структуры и активного социального функционирования. Вместе с тем достижение данных целей этой группой лиц может идти порой посредством снижения критичности к своему состоянию и преуменьшения значения заболевания вплоть до полного его вытеснения, что иногда инициирует поведенческие изменения в сторону отхождения от «режима заболевания», «ухода в работу», а подчас и отрицания самого факта заболевания. Отсутствие выраженных явлений психической дезадаптации у таких женщин, тем не менее, не может выступать фактором полного психического благополучия и удовлетворения. Для 19 женщин с воспалительными процессами в органах малого таза была характерна интрапсихическая и интерпсихическая направленность личностного реагирования на болезнь, которая и обусловила проявление тревожного ( $n=5$ ), ипохондрического ( $n=5$ ), меланхолического ( $n=2$ ), апатического ( $n=2$ ), неврастенического ( $n=2$ ), сенситивного ( $n=2$ ) и эгоцентрического ( $n=1$ ) типов отношений, а также нарушения социальной адаптации, связанной с указанными типами реактивности. Эмоционально-аффективная сфера у данных женщин приближается к дезадаптивному поведению: реагирование по типу раздражительной слабости, тревожности, подавленности, угнетенности, нетерпеливости при проведении лечебных и диагностических процедур, недоверии в их эффективности, колебания настроения и затруднённые межличностные контакты, повышенная чувствительность к болевым ощущениям. Используемая коррекционная программа оптимизации психофизического состояния здоровья позволила изменить распределение по блокам отношений к болезни в среднем на 12%: группа адекватного блока составила 34 пациентки ( $0,39 \pm 0,05$ ), группа психоадаптационных изменений – 7 пациенток ( $0,28 \pm 0,06$ ), группа психических дезадаптаций по неврастеническому и эгоцентрическому типам – 3 ( $0,48 \pm 0,08$ ) и 1 пациентки соответственно.

Положительные изменения наблюдались также и в структуре тревожных расстройств. Под влиянием циклов лечебной гимнастики увеличилось число пациенток с низким уровнем ситуативной (СТ) и личностной (ЛТ) тревожности за счет уменьшения числа женщин с умеренным уровнем её выраженности. Хотя при этом число женщин с высоким уровнем тревожности не изменилось и осталось в прежнем диапазоне (13%;  $n=4$ ,  $p < 0,05$ ). Данные пациентки имели не только высокий уровень тревожности, но и более худшие показатели качества жизни в целом ( $43,6 \pm 3,0$ ), низкие показатели физического ( $40,9 \pm 3,2$ ) и психологического здоровья ( $29,0 \pm 1,8$ ).

Известно, что под личностной тревожностью понимается устойчивая индивидуальная характеристика, отражающая предрасположенность субъекта к тревоге и предполагающая наличие у него тенденции воспринимать достаточно широкий «веер» ситуаций как угрожающие, отвечая на каждую из них определенной реакцией. Личная тревожность активизируется при восприятии определенных стимулов, расцениваемых человеком как опасные для самооценки и самоуважения. Ситуативная или реактивная тревожность характеризуется субъективно переживаемыми эмоциями: напряжение, беспокойство, озабоченность, нервозность. Это состояние возникает как эмоциональная реакция на стрессовую ситуацию и может быть разным по интенсивности и динамичности во времени [9]. Включая во внимание данную характеристику, отмеченный факт сохранения доли женщин с высоким уровнем личностной и ситуативной тревожности как при использовании методов консервативного лечения, так и дополнительного включения методов физической культуры указывает на необходимость применения при лечении данной категории женщин индивидуально-подхода и возможно дополнительной психологической помощи узких специалистов.

Анализ мотивационной сферы показал недостаточный уровень среди женщин в долечебный период: регулярно посещали различные спортивные и физкультурные занятия только 20% из опрошенных, 80% – занимались физической культурой время от времени или совсем не занимались. При этом 25% из последних имели низкий уровень самочувствия и физической активности, 75% – средний уровень. При беседе было отмечено, что преимущественно все женщины (90%) осознают необходимость формирования и поддержания на должном уровне своей физической активности, поддержание и ведение здорового образа жизни, и лишь 7% – прислушиваются к мнению врача и задумываются об изменении стиля жизни только в период обострения заболевания, 3% – не видят смысла на данном этапе своей жизни в поддержании здоровья и хорошей физической форме.

В категории женщин с низким уровнем мотивационной сферы, самочувствия и физической активностью был выявлен также более высокий фон повышенной раздражительности, несдержанности, нарушений сна, изменчивости настроения и утомляемости (в среднем на 15% выше;  $p < 0,05$ ), в отдельных случаях – повышенная мнительность, тревожность, ипохондрия ( $n=5$ ). Кроме того, у пациенток с ослабленной мотивационной сферой были выявлены и вегетативные сдвиги в регуляции жизненных функций в сторону преобладания парасимпатических влияний. Известно, что адаптационные возможности организма определяются общей активностью регуляторных механизмов кровообращения, соотношением между симпатическим и парасимпатическим отделами вегетативной нервной системы. Текущая активность симпатического и парасимпатического отделов является результатом реакций многоконтурной и многоуровневой регуляторной системы, изменяющей во времени свои параметры в зависимости от потребностей организма в целях достижения максимального приспособительного ответа. Превалирование парасимпатикотонических влияний, в целом, характеризуется комплексом трофотропных изменений: понижение общего уровня основного обмена, объема циркулирующей крови и кровоснабжения, снижение мышечной деятельности и активности органов чувств и мышления, повышение порога раздражимости и интровертированности. Данные процессы существенно изменяют энергопотенциал организма и, как следствие, снижают его адаптационные возможности и стрессоустойчивость [12]. Нервная, иммунная и эндокринная системы являются составными частями общей системы адаптации. В результате стресс-индуцированных перестроек данных систем возникает генерализованное влияние психопатологических проявлений на физиологический гомеостаз всего организма женщины и особенно ее репродуктивной системы [13]. Психическая адаптация является результатом целостной самоуправляемой системы, ее изменение свидетельствует об изменениях функционирования всего организма.

Активизация внутренних механизмов саморегуляции, самосохранения и внутренней самосредоточенности через систему упражнений йоги, дыхательных и релаксационных способствовала более выраженной динамике эффективных изменений в состоянии психофизического здоровья. Перестройка на адренергический характер регуляции, осуществляемая в период выполнения данной психофизической деятельности, индуцирует последующий более полновесный этап анаболического покоя и соответствующий ему уровень холинергического гомеостаза. Последнее, в свою очередь, способствует росту энергопотенциала организма и улучшению психоэмоциональной составляющей здоровья [12]. В частности, прирост адаптационного потенциала у женщин комплексной группы  $n_2$  по окончании коррекционной программы в среднем составил 28% по сравнению с 18% в группе  $n_1$  ( $p < 0,05$ ). Мотивационная сфера и самочувствие также существенно улучшились у

женщин из комплексных групп после окончания применения лечебной гимнастики: в среднем на 30% ( $p < 0,05$ ) по сравнению с группами консервативного лечения.

### **Выводы.**

1. Хроническое течение воспалительных заболеваний в половых органах инициирует значительное изменение качества жизни женщин, переводя функционирование организма на дезадаптационный уровень. Качественной стороной последнего выступает выраженное проявление вегетативного дисбаланса в ведущих системах организма с эмоциональными изменениями в виде гипотомических и тревожно–депрессивных реакций. Данные диссоциативные проявления в большинстве своём не носят пролонгированного характера, но вместе с тем выступают фактором риска стойких психофизических расстройств.

2. Использование комплекса физических упражнений в лечебно–восстановительном алгоритме пациенток с хроническими гинекологическими заболеваниями уже на стационарном этапе изменяет качество жизни женщин в позитивную сторону и снижает уровень психогенной тревожности, благоприятно влияет на нормализацию физиологических механизмов функциональной соматической регуляции, что ускоряет восстановительные процессы и выздоровление в целом.

3. Вовлечение в среду физической жизни способствует формированию у женщин с гинекологическими патологиями элементарных навыков физической активности, росту уровня их общей физической подготовленности и формированию побудительных мотивов к дальнейшему активному включению в среду физкультурных занятий и соблюдению здорового образа жизни.

### **Литература:**

1. Кулаков, В.И. Репродуктивное здоровье населения России / В.И. Кулаков // Акушерство и гинекология. – 2007. – Т 9. – С. 7–9.
2. Здоровоохранение в Республике Беларусь: офиц. стат. сб. за 2009 г. – Минск, 2010.
3. Незнанов, Н.Г. Характеристика депрессивных расстройств у пациенток с хроническими тазовыми болями / Н.Г. Незнанов, И.Ю. Щеглова // Социальная и клиническая психиатрия. – 2004. – № 2. – С. 27–31.
4. Ермошенко, Л.В. Этиологическая структура хронических сальпингоофоритов и оптимизация комплексной терапии с иммунокоррекцией лейкоцитами / Л.В. Ермошенко. – Автореф. дисс....канд. мед. наук; М., 1992. – 25 с.
5. Смулевич, А.Б. Депрессии в общей медицинской практике / А.Б. Смулевич. – М., 2000. – 43 с.
6. Аверкина, Н.А. Психологические факторы при хронической боли / Н.А. Аверкина, Е.Г. Филатова // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2000. – Т.100, № 12. – С. 21–27.
7. Незнанов, Н.Г. Характеристика депрессивных расстройств у пациенток с хроническими тазовыми болями / Н.Г. Незнанов, И.Ю. Щеглова // Соц. и клин. психиатр. – 2004. – № 2. – С. 27–31.
8. Богатова, И.К. Психологические особенности женщин с генитальным эндометриозом / И.К. Богатова, О.К. Семенова // Вест. Новых мед. Технол. – 2008. – № 1. – С 61–63.
9. Вейн, А.М. Вегетативные расстройства: клиника, лечение, диагностика / А.М. Вейн. – М.: Мед. Информ. Аген–во, 2000. – 108 с.
10. Вассерман, Л.И. Психологическая диагностика отношения к болезни: пособ. для врачей / Л.И. Вассерман, Б.В. Иовлев, А.Я. Вукс. – СПб: СПбНИПИ им. В.М. Бехтерева, 2005. – 33 с.
11. Brazier, J.E. Validating the SF-36 health survey questionnaire: new outcome measure for primary care / J.E. Brazier [et al.] // BMJ. – 1992. – Vol. 305. – P. 160–164.
12. Апанасенко, Г.Л. Эволюция биоэнергетики и здоровья человека / Г.Л. Апанасенко. – СПб.: Петрополис, 1992. – 137 с.
13. Насырова, Р.Ф. Психическое здоровье женщин с гинекологической патологией (клинико–патогенетический, социально–психологический и реабилитационный аспекты) / Р.Ф. Насырова – Автореф. дисс. ...докт. мед. наук; Томск, 2012. – 50 с.