

ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ И СОЦИАЛЬНАЯ МЕДИЦИНА

УДК 618.11-006.2:159.23-055.2

DOI: 10.17816/pmj36641-47

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА ЖЕНЩИН С ФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ КИСТАМИ ЯИЧНИКОВ

Е.А. Сандакова¹, И.Г. Жуковская^{2}, А.Ф. Ваганова¹*

*¹Пермский государственный медицинский университет
им. академика Е.А. Вагнера Минздрава России,*

²Ижевская государственная медицинская академия Минздрава России, Россия

FEATURES OF PSYCHOLOGICAL STATUS IN WOMEN WITH FUNCTIONAL OVARIAN CYSTS

Е.А. Sandakova¹, I.G. Zhukovskaya^{2}, A.F. Vaganova¹*

¹E.A. Vagner Perm State Medical University,

²Izhevsk State Medical Academy, Russian Federation

Цель. Анализ показателей психоэмоционального статуса женщин с функциональными кистами яичников.

Материалы и методы. В группу наблюдения I вошли 35 женщин с функциональными кистами яичников (фолликулярные и кисты желтого тела), в группу сравнения II – 34 пациентки с отсутствием кист и нормальным объемом яичников. Средний возраст обследованных – $28,7 \pm 5,2$ и $29,3 \pm 4,8$ г. соответственно. Методы исследования включали: регистрацию жалоб и данных анамнеза, стандартное общеклиническое обследование и гинекологическое исследование, ультразвуковое сканирование органов малого таза с применением аппарата Sonoscape 6000, анкетирование по шкале депрессии Бека, тест Спилбергера – Ханина, MOS SF-36.

Результаты. Состояние здоровья женщин с функциональными кистами яичников характеризуется наличием абдоминального болевого синдрома ($91,3$ и $14,7 \pm 6,0$ %; $p < 0,001$), мастодинии во вторую фазу цикла ($37,1$ и $8,8 \pm 4,9$; $p < 0,01$), дисменореи ($37,1$ и $14,7 \pm 6,0$ %; $p < 0,05$), что, несомненно, оказывает влияние на показатели психоэмоционального статуса. Отмечается высокая распространенность курения среди женщин группы I ($26,5$ и $2,9$ % соответственно; $p < 0,01$). Особенности психологического статуса пациенток группы I являются: высокий уровень реактивной тревожности (по шкале Спилбергера – Ханина – $45,7 \pm 1,9$ и $35,8 \pm 0,9$ балла; $p < 0,001$), повышенный уровень депрессии (по шкале Бека – $18,9 \pm 3,4$ и $9,5 \pm 5,3$ балла;

© Сандакова Е.А., Жуковская И.Г., Ваганова А.Ф., 2019

тел. +7 922 505 61 41

e-mail: zhukovskaya@mail.ru

[Сандакова Е.А. – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии факультета дополнительного последиplomного образования; Жуковская И.Г. (*контактное лицо) – доктор медицинских наук, доцент кафедры акушерства и гинекологии; Ваганова А.Ф. – аспирант].

$p < 0,01$) и, как следствие, снижение качества жизни, особенно по шкалам ролевого (25,71 и 61,79 балла, $p < 0,01$) и социального функционирования (26,60 и 62,93 балла, $p < 0,05$).

Выводы. Оздоровление женщин с функциональными кистами яичников должно быть комплексным и включать модификацию образа жизни (отказ от курения), противовоспалительную терапию, коррекцию гипоталамо-гипофизарной дисфункции и психологического статуса.

Ключевые слова. Функциональные кисты яичников, психологический статус, качество жизни, реактивная, личностная тревожность.

Aim. To analyze the psychological status indices in women with functional cysts of the ovaries.

Materials and methods. The group of observation (group I) included 35 women with functional ovarian cysts (follicular and yellow body cysts), the group of comparison (group II) – 34 patients with no cysts available and normal ovarian volume. The mean age of the patients examined was 28.7 ± 5.2 and 29.3 ± 4.8 years, respectively. The methods used included registration of complaints and anamnesis data, standard general clinical and gynecological studies, ultrasound scanning of pelvic organs using apparatus Sonoscape 6000, survey with Beck Depression Inventory, Spielberger-HaninScale, MOS SF-36.

Results. Health status of women with functional cysts of the ovaries is characterized by abdominal pain syndrome (91.3 % and $14.7 \pm 6.0\%$; $p < 0.001$), mastodynia in the second phase of cycle (37.1 % and $8.8 \pm 4.9\%$; $p < 0.01$), dysmenorrhea (37.1 % and $14.7 \pm 6.0\%$; $p < 0.05$) that undoubtedly influences the indices of psychoemotional status. It is worth noting that the prevalence of smoking among women of group I is high (26.5 % and 2.9 % respectively; $p < 0.01$). The characteristic features of psychological status of group I patients are the following: high level of reactive anxiety (Spielberger-Hanin Anxiety Scale – 45.7 ± 1.9 and 35.8 ± 0.9 scores; $p < 0.001$), elevated level of depression (Beck scale – 18.9 ± 3.4 and 9.5 ± 5.3 scores; $p < 0.01$) and, as a result, decrease in the quality of life, especially with the Role Functioning Scale (25.71, 61.79 scores, $p < 0.01$) and Social Functioning Scale (26.60 and 62.93 scores, $p < 0.05$).

Conclusions. Improvement of health among women with functional ovarian cysts should be complex and include modification of the way of life (refusal from smoking), anti-inflammatory therapy, correction of hypothalamic-pituitary dysfunction and psychological status.

Key words. Functional ovarian cysts, psychological status, quality of life, reactive personal anxiety.

ВВЕДЕНИЕ

Функциональные кисты яичников – доброкачественные ретенционные образования яичников, возникающие вследствие накопления жидкости в фолликуле или желтом теле в результате нарушения овуляции [2]. Ретенционные образования яичников выявляются у 7,8 % клинически здоровых женщин и у каждой второй (52,3 %) пациентки с болями внизу живота или с нарушениями цикла [3, 7]. В последние годы отмечается увеличение частоты функциональных кист яичников, что объясняют как влиянием внешних факторов (экология, психические,

физические стрессы), так и ростом гинекологической заболеваемости (воспалительные заболевания органов малого таза, спайочный процесс, эндометриоз) [1, 6, 9, 10].

Гинекологические заболевания ведут к изменению не только физического, но и психологического, социального функционирования женщины, являются причиной ограничения круга контактов, меняют социальную роль женщины, способствуют возникновению депрессии, тревожности, сексуальных расстройств, снижают профессиональную и психосоциальную адаптацию в целом [15]. В свою очередь, изучение качества жизни женщины при гинекологической

патологии, ее субъективных переживаний в связи болезнью часто оказывается за пределами внимания специалистов, вызывает трудность в связи с интимностью сферы исследования и недостаточной разработанностью целостного подхода к интегральной оценке данных параметров [13]. В гинекологической практике врачи, как правило, не проводят оценку качества жизни пациенток, и психоэмоциональные жалобы женщин обычно не анализируются. Традиционные критерии (физикальные, лабораторные, инструментальные) не охватывают всех аспектов заболевания и не позволяют всесторонне оценить состояние больной [8]. Характеристики качества жизни должны учитываться в гинекологической практике (и при необходимости должна рекомендоваться консультация клинического психолога и психиатра) [14], в том числе при формировании персонифицированных лечебно-профилактических программ у женщин с ретенционными образованиями яичников. Одновременно с пониманием высокой распространенности психоэмоциональных расстройств при гинекологических заболеваниях констатируется отсутствие клинических наблюдений и целостного подхода к оценке параметров качества жизни пациенток с функциональными кистами яичников.

Целью исследования явился анализ показателей психоэмоционального статуса женщин с функциональными кистами яичников для формирования персонифицированных лечебно-профилактических программ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Проведено медико-социальное исследование состояния здоровья 69 пациенток в возрасте от 18 до 45 лет. В группу наблюдения I вошли 35 женщин с функциональными

кистами яичников (фолликулярные и кисты желтого тела). Группу сравнения II составили 34 пациентки с отсутствием кист и нормальным объемом яичников. Средний возраст обследованных не имел достоверных различий: $28,7 \pm 5,2$ и $29,3 \pm 4,8$ г. соответственно. Группы женщины не отличались по месту проживания, уровню образования (среднее специальное у $37,1 \pm 8,2$ и $23,5 \pm 7,3$ %; высшее – у $62,8 \pm 8,2$ и $76,5 \pm 7,3$ % соответственно), возрасту сексуального дебюта ($18,4 \pm 0,2$; $18,4 \pm 0,4$), количеству половых партнеров в течение жизни (3–4). Критерии исключения: кровотечения, гипертензия, тяжелая экстрагенитальная патология, доброкачественные опухоли яичников, миома матки больших размеров.

Методы обследования включали анкетирование по шкале депрессии Бека, тесту Спилбергера – Ханина, MOS SF-36, общий осмотр и гинекологическое исследование, микроскопическую диагностику цервикального секрета, ультразвуковое сканирование органов малого таза (Sonoscape 6000 с применением конвексного (3,5–5,0 МГц) и трансвагинального (3,5–5,0 МГц) датчиков) по общепринятой методике.

Статистическая обработка данных проводилась с применением интегральной системы для комплексного статистического анализа и обработки данных Statistica 6.0.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Изучение социального портрета женщин обеих групп не выявило различий за исключением курения, частота которого в I группе была значительно выше (26,5 и 2,9 %; $p < 0,001$). Влияние этой вредной привычки на формирование функциональных кист яичников, возможно, обусловлено негативным воздействием никотина и его дериватов на син-

тез, транспорт, метаболизм эстрогенов, прогестерона и гонадотропных гормонов [12].

Клинические проявления заболевания у женщин с функциональными кистами яичников представлены в табл. 1.

Как видно из табл. 1, в клинической картине лидировал болевой синдром, по-

видимому, отражавший хронический воспалительный процесс, нередко сопутствующий функциональным кистам, а также гиперпрогестероэмию.

Заболевания репродуктивной системы, сочетавшиеся с ретенционными кистами яичников, представлены в табл. 2.

Таблица 1

Жалобы у женщин с функциональными кистами яичников, %

Клинический симптом	Группа I (n = 35)	Группа II (n = 34)	p
Боль внизу живота	91,4 ± 4,7	14,7 ± 6,0	< 0,001
Межменструальные кровянистые выделения	14,3 ± 5,9	8,8 ± 4,9	> 0,05
Боли в молочных железах во II фазу цикла	37,1 ± 8,2	8,8 ± 4,9	< 0,01

Таблица 2

Сопутствующие гинекологические заболевания у женщин с функциональными кистами яичников, %

Нозологические формы	Группа I (n = 35)	Группа II (n = 34)	p
Хронический вагинит	80,0 ± 6,7	29,4 ± 7,8	< 0,001
Воспалительные заболевания органов малого таза	65,6 ± 8,0	38,2 ± 8,3	< 0,05
Дисменорея	37,1 ± 8,2	14,7 ± 6,0	< 0,05
Миома матки	8,6 ± 4,7	11,8 ± 5,5	> 0,05
Аденомиоз	17,1 ± 6,4	8,8 ± 4,9	> 0,05

Функциональные кисты формировались на фоне хронических воспалительных заболеваний нижних и верхних отделов репродуктивной системы, а также дисменореи.

Вопреки ожиданиям, данные репродуктивного анамнеза у женщин обеих групп не отличались: каждая вторая имела одни роды (51,4 и 47,0 %) и один аборт (40,0 и 44,1 %), потери беременности встречались только в группе I в единичных случаях (самопроизвольные аборты у 5,7 % женщин; неразви-

вающаяся беременность у 5,7 %, внематочная – у 2,9 %).

Обращает на себя внимание тот факт, что при наличии у пациенток функциональных кист яичников уровень реактивной тревожности был достоверно выше и квалифицировался как высокий (тест Спилберга – Ханина) в отличие от женщин группы сравнения II, в то время как личностная тревожность в группах была одинаковой (табл. 3).

Таблица 3

Данные теста Спилбергера – Ханина, баллы

Показатель	Группа I (n = 35)	Группа II (n = 34)
Реактивная тревожность	45,7 ± 1,9***	35,8 ± 0,9
Личностная тревожность	38,8 ± 1,5	37,5 ± 1,8

Примечание: степень достоверности разности сравниваемых показателей между группами I и II:
*** – $p < 0,001$.

Ситуативная, или реактивная, тревожность как состояние характеризуется субъективно переживаемыми эмоциями: напряжением, беспокойством, обреченностью, нервозностью. Личностная тревожность – это устойчивая индивидуальная характеристика, которая отражает предрасположенность субъекта к тревоге и предполагает наличие у него тенденции воспринимать достаточно широкий круг ситуаций как угрожающие, отвечая на

каждую из них определенной реакцией. Личностная тревожность как предрасположенность активируется при восприятии определенных стимулов, расцениваемых человеком как опасность для самооценки, самоуважения.

Анализ уровня депрессии по шкале Бека показал, что он был достоверно выше у женщин с функциональными кистами яичников ($18,9 \pm 3,4$ и $9,5 \pm 5,3$ балла соответственно; $p < 0,01$).

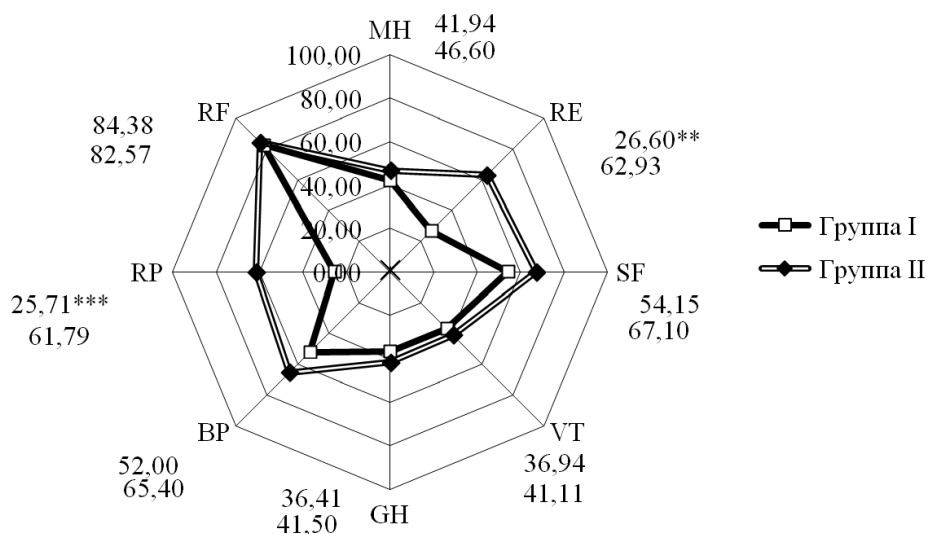


Рис. Качество жизни женщин с функциональными кистами яичников, баллы: степень достоверности разности сравниваемых показателей между группами I и II: ** – $p < 0,01$; *** – $p < 0,001$

Медицинские критерии качества жизни – это влияние самого заболевания (его симптомов и признаков) и лечения на повседневную жизнедеятельность пациента, а также наступающего в результате болезни ограничения функциональной способности. Иначе, они определяются тем, насколько болезнь не позволяет пациентке жить в соответствии со своими желаниями и представлениями.

Качество жизни было значительно снижено у женщин группы I, особенно по шкалам ролевого, физического функционирования, что свидетельствует об ограничении повседневной деятельности, а также по шкале социального функционирования, что отражает значительное ограничение социальных контактов, снижение уровня общения в связи с ухудшением физического и эмоционального состояния (рисунок).

Полученные данные обусловлены клиническими проявлениями заболевания, а также особенностями психологического статуса.

Выводы

Таким образом, данные исследования показали, что состояние здоровья женщин с функциональными кистами яичников характеризуется наличием абдоминального болевого синдрома ($91,3 \pm 4,7$ и $14,7 \pm 6,0$ %; $p < 0,001$), мастодинии во вторую фазу цикла (37,1 %), дисменореи ($37,1 \pm 8,2$ и $14,7 \pm 6,0$ %; $p < 0,05$), что, бесспорно, оказывает влияние на их психоэмоциональный статус. Обращает на себя внимание высокая распространенность курения среди этих женщин в отличие от пациенток с отсутствием кист (26,5 и 2,9 % соответственно; $p < 0,01$). Психологический статус пациенток с функциональными кистами яичников имеет свои особенности: высокий уровень реактивной тревожности (по шкале Спилбергера – Ханина – $45,7 \pm 1,9$

и $35,8 \pm 0,9$ балла; $p < 0,001$), повышенный уровень депрессии (по шкале Бека – $18,9 \pm 3,4$ и $9,5 \pm 5,3$ балла; $p < 0,01$) и, как следствие, снижение качества жизни, особенно по шкалам ролевого ($25,71$; $61,79$ балла, $p < 0,01$) и социального функционирования ($26,60$ и $62,93$ балла, $p < 0,05$).

Оздоровление женщин с функциональными кистами яичников должно быть комплексным и включать модификацию образа жизни (отказ пациенток от курения), противовоспалительную терапию, коррекцию гипоталамо-гипофизарной дисфункции и психологического статуса. Большинство используемых препаратов для лечения этой патологии дают временный положительный результат. Применение фитотерапии в комплексном лечении является одним из перспективных направлений современной медицины [4, 5, 11]. Поэтому обоснован поиск средств, которые могли бы предотвратить рецидивы функциональных кист яичников, нивелировать проявления данной патологии, уменьшить депрессивный компонент и повышенную тревожность, оптимизировать психоэмоциональный статус и улучшить качество жизни пациенток.

Библиографический список

1. Геворян М.А., Манухина Е.И., Смирнова С.О. Профилактика формирования функциональных кист. Эффективная фармакотерапия 2015; 5: 50–55.
2. Гинекология. Под ред. Г.М. Савельевой, Г.Т. Сухих, В.Н. Серова, В.Е. Радзинского, И.Б. Манухина М.: ГЭОТАР-Медиа 2017, available at: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970441527.html>.
3. Даубасова И.Ш. Киста яичников: симптомы, методы диагностики, лечение. Вестник КазНМУ 2013; 3 (2): 7–9.

4. *Ершов Н.В., Корсун В.Ф.* Фитотерапия фолликулярных кист яичника. Практическая фитотерапия 2013; 4: 25–29.
5. *Жуковская И.Г., Сандакова Е.А., Перевалов А.Я.* Применение «Промеда» в комплексной терапии пациенток с хроническими воспалительными заболеваниями половой сферы. Практическая медицина 2011; 54 (6): 188–191.
6. *Киргизов В.Ю., Москалева А.Ю., Киргизова О.Ю.* Эффективность акупунктуры и физиотерапии в лечении фолликулярных кист яичников. Сибирский медицинский журнал 2012; 7: 50–52.
7. *Киргизова О.Ю., Москалева А.Ю.* Немедикаментозные инновационные технологии в лечении функциональных кист яичников. Сибирский медицинский журнал 2009; 7: 97–99.
8. *Новик А.А., Ионова Т.И., Шевченко Ю.Л.* Руководство по исследованию качества жизни в медицине. М. 2007; 320.
9. *Петров И.А., Тихоновская О.А., Петрова М.С.* Репродуктивное здоровье женщин с кистами яичников. Сибирское медицинское обозрение 2011; 67 (1): 70–73.
10. *Радзинский В.Е., Галина Т.В., Добрецова Т.А.* Железный щит репродуктивного здоровья. Терапевтические стратегии при железодефицитной анемии. Status Praesens 2015; 32.
11. *Сандакова Е.А., Ракитина Ю.В., Капустина Е.Ю.* Опыт применения отечественного фитокомплекса в лечении больных с доброкачественными гиперпластическими процессами репродуктивной системы. Пермский медицинский журнал 2018; 35 (4): 5–13.
12. *Сахарова Г.М., Антонов Н.С.* Табакокурение и репродуктивная функция женщин. РМЖ. Мать и дитя 2013; 21 (1): 12–20.
13. *Хащенко Е.П., Уварова Е.В., Баранова А.В.* Качество жизни и сексуальное здоровье молодых женщин с синдромом поликистозных яичников. Современная медицина: актуальные вопросы 2015; 48–49: 19–29.
14. *Hirayama R., Walker A.J.* When a partner has a sexual problem: gendered implications for psychological well-being in later life. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci 2011; 66 (6): 804–813.
15. *Simon J.A.* Low sexual desire- is it all in her head? Pathophysiology, diagnosis, and treatment of hypoactive sexual desire disorder. Postgrad Med 2010; 122 (6): 128–136.

Материал поступил в редакцию 07.10.2019