

УДК 618

ТЕМПЫ РОСТА МИОМЫ МАТКИ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЖЕНЩИН

М. Л. Добрынина*, кандидат медицинских наук,
С. В. Смирнова, кандидат психологических наук,
Л. С. Новикова,
А. С. Хребтова

ГБОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава России, 153012, Россия,
г. Иваново, Шереметевский просп., д. 8.

РЕЗЮМЕ Проведены исследования, выявляющие психологические особенности больных с миомой матки. Установлено, что у женщин с быстрым темпом роста опухоли, являющимся показанием к оперативному лечению, отмечается высокий уровень тревожности, депрессия, обсессивно-фобический тип отношения к болезни. Для профилактики развития быстрорастущих миом у женщин с наличием факторов риска необходима консультация психотерапевта.

Ключевые слова: миома матки, темпы роста, психологические особенности больных.

*Ответственный за переписку (corresponding author): e-mail: zum_87@mail.ru.

Миома матки – одно из самых распространенных заболеваний репродуктивной системы женщин. Частота возникновения патологии составляет 15–17% у пациенток старше 30 лет и 30–35% – у женщин, достигших пременопаузального возраста [2, 10]. В последние годы наблюдается тенденция к «омоложению» миомы матки – возникновение ее у пациенток до 30 лет. При профилактическом гинекологическом обследовании она обнаруживается у 30% женщин [5].

Миома матки является полиэтиологичным заболеванием, и до сих пор нет единого мнения о причинах ее возникновения. Е. М. Вихляева и соавт. выделяют следующие факторы риска, способствующие возникновению опухоли: позднее менархе, обильные менструации, высокая частота медицинских аборт, наличие экстрагенитальной патологии (особенно сердечно-сосудистой) и гинекологических заболеваний [4]. Исследования, проведенные В. Т. Kamioski et al., показали, что избыточный вес в сочетании с низкой физической активностью и высокой частотой стрессов также относятся к факторам, способствующим

развитию данного заболевания [14]. Прослеживается и генетическая предрасположенность к ее развитию [16]. Кроме того, в патогенезе заболевания играют большую роль иммунные механизмы, определяющие темп и тип роста опухоли [9]. По данным F. Parazzini et al., риск возникновения миомы матки ниже у рожавших и у женщин в постменопаузальном периоде, чем у женщин того же возраста в пременопаузе [15]. Защитное действие на миометрий оказывает гормональная контрацепция [13, 17].

К. А. Скворцов еще в 1946 г. писал, что знание психики соматического больного во многих случаях обеспечивает своевременность и активность лечебного воздействия, придавая ему профилактическую направленность, и поэтому ее изучение имеет первостепенное значение [11]. Позже, в 1983 г., В. И. Ильин и В. И. Похилько [7] отмечали, что исследование личностных особенностей пациентов соматического профиля, особенно тогда, когда изменения в их психике не достигают уровня глубокой патологии, является основой для разработки психокоррекционных и психопро-

Dobrynina M. L., Smirnova S. V., Novikova L. S., Khrebtova A. S.

UTERUS MYOMA GROWTH RATE AND PATIENTS' PSYCHOLOGICAL PECULIARITIES

ABSTRACT Psychological peculiarities of patients with uterus myoma were studied. High anxiety level, depression, obsessive-phobic type of their attitude to the disease were revealed in women with tumor high growth rate which was the reason for operative intervention. Psychotherapist consultations were suggested to be obligatory for prevention of myoma high growth rate in women with risk factors.

Key words: uterus myoma, growth rate, patients, psychological peculiarities.

филактических мероприятий [7]. Некоторыми исследователями была признана роль нервной системы в генезе миомы матки [3, 6, 8].

Предположительно стресс является одним из главных факторов риска развития миомы матки. Однако не все женщины одинаково воспринимают стрессовую ситуацию. Ее влияние на темпы роста опухолевого процесса может зависеть от личностных характеристик пациенток, от их слабой стрессоустойчивости, повышенной тревожности, высокого невротизма.

Целью исследования явилось выявление психологических особенностей, которые могут стать факторами риска развития миомы матки различных темпов роста.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Проведен анализ клинико-анамнестических данных 82 пациенток с диагнозом «миома матки», госпитализированных в первое гинекологическое отделение Ивановского НИИ материнства и детства им. В. Н. Городкова. Все пациентки были проанкетированы для выяснения анамнеза заболевания, факторов риска, наличия сопутствующей патологии. Проведен ряд тестов, устанавливающих настоящее психическое состояние женщин, их отношение к болезни, а также личностные характеристики (использованы шкала депрессии Бека, методика Спилберга – Ханина для определения уровня тревожности, личностный опросник Бехтеревского института (ЛОБИ), методика Айзенка, тест Сонди).

Сформировано 2 группы: первую составили 42 пациентки с быстрым темпом роста миомы матки, вторую – 40 пациенток с медленным темпом роста миомы матки.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Средний возраст обследованных составил $44,00 \pm 7,65$ года. Стрессовый фактор имеется у 51%. По результатам теста Айзенка интровертированные черты характера выявлены у 64% женщин, из них 57% – меланхолики и 7% – флегматики-сангвиники; 46% обследованных пациенток – экстраверты, из них 11% – сангвиники и 32% – холерики (рис. 1). Статистически значимых различий между группой женщин с миомой матки стабильно малых размеров и группой быстрых темпов роста по этим показателям не выявлено.

Повышенный уровень невротизма, который выражался в чрезвычайной нервной неустойчивости, плохой адаптации, склонности к быстрой смене настроений (лабильности), чувстве вины и беспокойства, озабоченности, депрессивных реакциях, рассеянности внимания, неустойчивости в стрессовых ситуациях, установлен у 96% пациентов.

Высокий уровень депрессии имел место у 12,5% больных первой группы и у 4% – второй; средний уровень – у 33,3% пациенток первой группы, во второй женщин с таким уровнем депрессии не было. Склонность к депрессивным состояниям проявляли 33,3% больных первой группы и 16% – второй; отсутствие депрессии отмечено у 20,8% больных первой группы и у 80% – второй.

Высокий уровень тревожности в первой группе наблюдался у 90% женщин, во второй – у 27%; умеренный – у 10% в первой группе и у 73% – во второй. Таким образом, у пациенток с быстрым ростом опухоли преобладает высокая тревожность, тогда как у женщин с медленным ростом – умеренная.

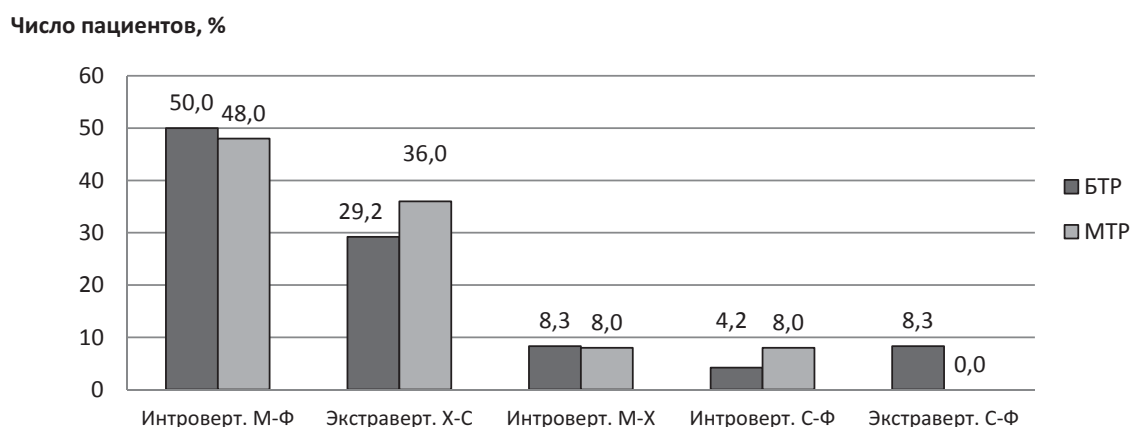


Рис. 1. Черты характера и тип темперамента пациентов:
М – меланхолик, Ф – флегматик, Х – холерик, С – сангвиник

По тесту ЛОБИ у пациенток первой группы преимущественно встречались обсессивно-фобический, неврастенический и паранойяльный типы отношения к болезни. Женщинам с обсессивно-фобическим типом свойственны тревожная мнительность, опасения относительно осложнений болезни, неудач лечения, а также связанных с ней возможных (но малообоснованных) неудач в жизни, работе, семейной ситуации. При неврастеническом типе больные отличались поведением по типу «раздражительной слабости», нетерпеливостью, вспышками раздражения, особенно при болях, неприятных ощущениях, неудачах лечения, неблагоприятных данных обследования. Пациентки с паранойяльным типом уверены, что болезнь есть результат чьего-то злого умысла, крайне подозрительны при назначении лекарств и процедур. У 70% женщин второй группы наблюдался гармоничный тип отношения к болезни. Они трезво оценивали свое состояние и не преувеличивали его тяжесть, не проявляли склонности видеть ситуацию в мрачном свете или преуменьшать тяжесть болезни. А в 15% случаев выявлены анозогнозический, эйфорический и сенситивный типы отношения к болезни. Для больных с анозогнозическим типом свойственно отбрасывание мысли о болезни, о возможных ее последствиях. При эйфорическом типе пациентки имеют необоснованно повышенное настроение, нередко наигранное, выказывают пренебрежение и легкомысленное отношение к болезни и лечению. Сенситивный тип характеризовался чрезмерной озабоченностью женщины о возможном неблагоприятном впечатлении, которое могут произвести на окружающих сведения о ее болезни, и опасениями,

что окружающие станут избегать ее, считать неполноценной, что она станет обузой для близких (рис. 2).

В миоматозном узле имеет место расстройство микроциркуляции и нарастание тканевой гипоксии, обуславливающей компенсаторные изменения в гладкомышечных клетках в виде увеличения гладкой цитоплазматической сети, возрастания числа митохондрий, их набухания. Затем наступает декомпенсация, характеризующаяся появлением ишемических зон в митохондриях липидного происхождения, слипания миофибрилл, вакуолизации ядра, диффузного отека [1]. Данные расстройства микроциркуляции клинически проявляются быстрым увеличением миоматозной матки. В свою очередь расстройство микроциркуляции и нарастание тканевой гипоксии вызвано спазмом сосудов, который является результатом неадекватной, чрезмерно сильной реакцией на стресс, обусловленной психологическими особенностями больной. Вероятно, скорректировав психологическое состояние пациентки, можно добиться снижения темпов роста миомы и, соответственно, уменьшения количества оперативных вмешательств при данном заболевании.

ВЫВОДЫ

1. Из всех обследуемых пациенток стрессовый фактор отмечался в 3 раза чаще у женщин с миомой матки быстрых темпов роста, чем у женщин с миомой стабильно малых размеров.
2. У пациенток с миомой матки быстрых темпов роста отмечены высокий уровень тревожности, депрессия и обсессивно-фобический тип отношения к болезни, в то время как в группе



Рис. 2. Тип отношения к болезни

женщин с миомой матки стабильно малых размеров депрессии нет и преобладает гармоничный тип.

3. Эмоциональная лабильность, тревожность, склонность к депрессивным состояниям у пациенток с миомой матки определяют неадек-

ватную чрезмерную реакцию на стресс, что проявляется спазмом сосудов с гипоксией тканей с последующим отеком узла. Клинически ситуация оценивается как быстрый рост миоматозного узла, которая является показанием к оперативному лечению.

ЛИТЕРАТУРА

1. Брехман, Г. И. Синдром психоэмоционального напряжения и миома матки / Г. И. Брехман // *Акушерство и гинекология*. – 1990. – № 2. – С. 13–17.
2. Вихляева, Е. М. Руководство по диагностике и лечению больных миомой матки / Е. М. Вихляева. – М. : МЕДпресс-информ, 2004. – 400 с.
3. Вихляева, Е. М. Миома матки / Е. М. Вихляева, Л. Н. Василевская. – М., 1981.
4. Руководство по эндокринной гинекологии / Е. М. Вихляева [и др.]. – М., 1997. – 768 с.
5. Голубева, В. Л. Вегетативные расстройства. Клиника, диагностика, лечение / В. Л. Голубева. – М. : Мед. информ. аг-во, 2010. – 640 с.
6. Ильин, В. И. Актуальные проблемы акушерства и гинекологии / В. И. Ильин, Н. В. Гаврилова. – М., 1985.
7. Ильин, В. И. Сравнительный анализ личностных особенностей больных с различными формами гинекологической патологии / В. И. Ильин, В. И. Похилько // *Журн. невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова*. – 1983. – Вып. 12. – С. 1836–1840.
8. Кац, Е. И. Функциональные состояния нервной системы у больных миомой матки: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Е. И. Кац. – М., 1975.
9. Иммуные механизмы быстрого роста миомы матки : монография / А. И. Малышкина [и др.]. – Иваново : ОАО «Изд-во «Иваново», 2010. – 272 с.
10. Сидорова, И. С. Миома матки (современные проблемы этиологии, патогенеза, диагностики и лечения) / И. С. Сидорова. – М. : Мед. информ. аг-во, 2002. – 256 с.
11. Чиссов, В. И. Состояние онкологической помощи населению России в 2004 году / В. И. Чиссов, В. В. Старинский, Г. В. Петрова. – М. : ФГУМНИОИ им. П. А. Герцена Росздрава, 2005. – 184 с.
12. Azici, A. Transforming growth factor – beta-3 is expressed at high levels in leiomyoma where it stimulates fibronectin expression and cell proliferation / A., Azici I. Sozen // *Fertil. Steril.* – 2000. – № 73 (5). – P. 1006–1011.
13. Chiaffarino, F. Use of oral contraceptives and uterine fibroids: results from a case-control study / F. Chiaffarino // *Brit. J. Obstet. Gynaecol.* – 1999. – Vol. 106, № 8.
14. Kamioski, B. T. Evaluation of the influence of certain epidemiologic factors on development of uterine myomas / B. T. Kamioski, J. Rzempe // *Wiad. Lek.* – 1993. – Vol. 46, № 15–16. – P. 592–596.
15. Epidemiologic characteristics of women with uterine fibroids a case-control study / Parazzini F. [et al.] // *Obstet Gynecol.* – 1988. – Vol. 72, № 6. – P. 853–857.
16. Vikhlayeava, E. M. Familial predisposition to uterine leiomyomas / E. M. Vikhlayeava, Z. S. Khodzhaeva, N. D. Fantschenko // *Int. J. Gynecol. Obstet.* – 1995. – Vol. 51, № 2. – P. 127–131.
17. Vollenhoven, B. J. Conclusion / B. J. Vollenhoven // *Balliere's Clin. Obstet. Gynaecol.* – 1998. – Vol. XX, № 2.