

ОЦЕНКА ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ОПРОСНИКОВ СПИЛБЕРГА-ХАНИНА И ЗУНГА

Ганчар Е.П.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

«Детальное знание взаимосвязи между эмоциональной жизнью и соматическими процессами расширяет функции врача: физическая и психическая помощь пациенту могут быть скоординированы в интегральном целом....».

Франц Александер

Актуальность. В последние годы во всех областях клинической медицины большое внимание уделяется проблеме метаболического синдрома (МС). В настоящее время под термином «метаболический синдром» понимают комплекс метаболических, гормональных и клинических нарушений, в основе которых лежит инсулинорезистентность и компенсаторная гиперинсулинемия. МС представляет особую значимость для здоровья женщин репродуктивного возраста, являясь серьезным фактором риска эндокринного бесплодия, ранних потерь беременности, перинатальной патологии, злокачественных новообразований. Однако, несмотря на известные патогенетические механизмы влияния компонентов МС на репродуктивное здоровье женщин, лечить данный контингент пациенток по стандартным протоколам крайне сложно, в связи с наличием длительных нарушений в пищевом поведении и в психической сфере.

Особенности психоэмоционального статуса женщин репродуктивного возраста, страдающих МС, до настоящего времени остаются малоизученными.

Цель работы: изучить особенности психоэмоционального статуса у женщин репродуктивного возраста с МС с использованием опросников Спилберга-Ханина и Зунга.

Материалы и методы. Для достижения поставленной цели было обследовано 116 женщин репродуктивного возраста (от 18 до 44 лет). Основную группу составили 87 пациенток с МС. Контрольную группу составили 29 пациенток без МС. Критерии

включения в основную группу: наличие МС согласно критериям International Diabetes Federation (2005), а именно: основной критерий - центральное ожирение (окружность талии у пациенток ≥ 80 см). Дополнительные критерии: повышенный уровень триглицеридов ($\geq 1,7$ ммоль/л или 150 мг/дл); сниженный уровень холестерина липопротеинов высокой плотности ($\leq 1,29$ ммоль/л), повышенное артериальное давление (систолическое АД ≥ 130 мм рт. ст. или диастолическое АД ≥ 85 мм рт.ст.) или проведение лечения в связи с ранее диагностированной артериальной гипертензией, повышенный уровень глюкозы в плазме натощак ($\geq 5,6$ ммоль/л). Критерии исключения: наличие органического поражения гипоталамо-гипофизарной области, надпочечников. Сравнимые нами группы были сопоставимы по возрасту, социальному положению.

С целью изучения психоэмоционального статуса использовалась шкала депрессии Зунга, шкала самооценки уровня тревожности Спилберга-Ханина.

Результаты и обсуждение. Обследование женщин по шкале депрессии Зунга показало высокую частоту депрессии в основной группе. У 46 (52,87%; ДИ₉₅ 42,48-63,01) женщин с МС выявлена различная степень выраженности депрессивных расстройств, в контрольной группе лишь у 6 женщин (20,69%; ДИ₉₅ 9,85-38,39), ($p < 0,05$). У 22 (25,29%; ДИ₉₅ 17,34-35,33) женщин с МС основной группы выявлена легкая депрессия ситуативного или невротического генеза, данное состояние диагностировано у 4 (13,79%; ДИ₉₅ 5,5-30,56) женщин контрольной группы ($p > 0,05$). Субдепрессивное состояние диагностировано у 16 (18,39%; ДИ₉₅ 11,65-27,8) женщин основной группы и 2 (6,9%; ДИ₉₅ 1,91-21,97) – контрольной ($p > 0,05$). Истинное депрессивное состояние диагностировано у 8 (9,2%; ДИ₉₅ 4,74-17,11) женщин, страдающих МС, в контрольной группе данного состояния выявлено не было ($p < 0,05$).

При анализе результатов анкетирования по шкале Спилберга-Ханина выявлена повышенная личностная и ситуативная тревожность женщин с МС по сравнению с женщинами контрольной группы. У 50 (57,47%; ДИ₉₅ 46,98-67,33) женщин с МС выявлен повышенный уровень личностной тревожности, в контрольной группе – у 2 (6,9%; ДИ₉₅ 1,91-21,97) ($p < 0,05$). Выраженная лично-

стная тревожность определена у 15 (17,24%; ДИ₉₅ 10,74-26,52) пациенток основной группы, в контрольной группе данного состояния диагностировано не было ($p < 0,05$). Умеренная личностная тревожность выявлена у 35 (40,23%; ДИ₉₅ 30,55-50,74) женщин, страдающих МС, и у 2 женщин контрольной группы (6,9%; ДИ₉₅ 1,91-21,97) ($p < 0,05$). При анализе результатов анкетирования по шкале Спилберга-Ханина у 56 (64,37%; ДИ₉₅ 53,9-73,63) женщин с МС выявлена повышенная ситуативная тревожность, в контрольной группе лишь у 7 (24,14%; ДИ₉₅ 12,22-42,11) ($p < 0,05$). Высокая степень ситуативной тревожности определена у 10 (11,49%; ДИ₉₅ 6,36-19,88) пациенток основной группы, в контрольной группе данного состояния диагностировано не было ($p < 0,05$). Умеренная ситуативная тревожность выявлена у 46 (52,87%; ДИ₉₅ 42,48-63,01) женщин с МС и у 7 (24,14%; ДИ₉₅ 12,22-42,11) женщин контрольной группы ($p < 0,05$).

Таким образом, очевидно, что МС – это заболевание, в патогенезе и клинической картине которого сочетаются и взаимодействуют биологические и психологические факторы. Депрессия, тревога и ожирение оказывают друг на друга взаимонегативное влияние. Связь МС и психических расстройств, обусловлена многими факторами, в первую очередь — общностью некоторых звеньев центральной регуляции приема пищи и настроения, то есть серотонин- и норадренергических нейротрансмиттерных систем ЦНС, а также сходством функционального состояния нейроэндокринной системы и психологических особенностей.

Все сказанное обуславливает необходимость целостного психосоматического подхода к ведению пациенток с МС, сочетающего стандартные методы лечения гинекологических заболеваний с психотерапией, направленной на устранение психологических проблем. При наличии клинически явной депрессии или тревоги целесообразно начинать с лечения соответствующих расстройств, и лишь затем приступать к собственно лечению, в противном случае вероятность положительного результата невелика.

Выводы

1. Женщины с МС в 2,6 раза чаще страдают депрессивными расстройствами по сравнению с пациентками контрольной группы ($p < 0,05$). Истинное депрессивное расстройство было выявлено у 9,2% пациенток с МС ($p < 0,05$).

2. Пациентки с МС в 8,3 раза чаще страдают повышенным уровнем личностной тревожности и в 2,7 раза чаще – ситуативной тревожностью по сравнению с женщинами контрольной группы ($p < 0,05$).

3. При лечении и восстановлении репродуктивного здоровья женщин с МС необходимо использовать тест-опросники с целью выявления психологических проблем у данного контингента женщин и своевременной консультации психолога и психотерапевта.

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЮНЫХ БЕРЕМЕННЫХ

¹Ганчар Е.П., ²Юшкевич Н.Я.

¹УО «Гродненский государственный медицинский университет»

²УЗ «Гродненский областной клинический перинатальный центр»

Актуальность. Несмотря на широкое использование современных диагностических и лечебных мероприятий в акушерской практике, частота различных осложнений гестации продолжает оставаться на высоком уровне. Это в определенной степени обусловлено снижением индекса здоровья женщин, увеличением числа экстрагенитальной патологии [1, 3]. Известно, что становление репродуктивного здоровья происходит с момента рождения девочки, в периодах детства и полового созревания, поэтому значительную роль в системе оказания квалифицированной медицинской помощи должна занимать охрана здоровья девочек и девушек [3, 5]. В настоящее время наблюдается снижение возраста начала половой жизни, увеличение сексуальной активности подростков. Это приводит к значительному увеличению числа беременных женщин юного возраста. Однако отношение к подростковой беременности исторически изменялось на протяжении последних столетий. Известно много выдающихся лиц в истории, рожавших и родившихся в результате подростковой беременности. Королеве Англии в XIII в. Элеаноре Прованской было 14, 16 и 17 лет, когда она родила своих первых трёх детей от мужа, короля Англии Генриха III. Леди Маргарита Бофорт в возрасте 13 лет родила своего единственного ребёнка, который позже стал