

ЛИТЕРАТУРА

1. Бундало Н. Л. Хроническое посттравматическое стрессовое расстройство: монография. — Красноярск: КрасГМУ, 2009. — 352 с.
2. Волошин В. М. Хроническое посттравматическое стрессовое расстройство (клинико-динамические аспекты: пособие для врачей. — М.: Анархис, 2004. — 48 с.
3. Вассерман Л. И., Трифонова Е. А., Федорова В. Л. Внутренняя картина болезни в структуре качества жизни у больных с соматической патологией // Сибир. психолог. журн. — 2008. — № 27. — С. 67–71.
4. Китаев-Смык Л. А. Психология стресса / Ин-т психологии. — М.: Наука, 1983. — 368 с.
5. Кокорина Н. П., Волькова М. А. Посттравматические стрессовые расстройства у участников локальных войн: предварительное сообщение // Медицина Кузбасса. Спецвып. — 2004. — № 10. — С. 35–36.
6. Кузнецов А. А., Нестеренко Н. В., Зуёкова Н. В. Распространенность психосоматической патологии среди участников вооруженных конфликтов // Боевой стресс: механизмы стресса в экстремальных условиях деятельности: Сб. науч. тр. шестого Всерос. симп. по проблемам боевого стресса / под ред. И. Б. Ушакова, Ю. А. Бубеева. — М.: Истоки, 2007. — С. 94.
7. Первомайский В. Б., Илейко В. Р. Судебно-психиатрическая экспертиза: от теории к практике. — Киев: КИТ, 2006. — 394 с.
8. Селье Г. Стресс без дистресса / под ред. члена АН СССР Е. М. Крепса. — М.: Прогресс, 1992. — 128 с.
9. Снедков Е. В. Патогенез и нозография боевой психической патологии / Е. В. Снедков // Проблемы реабилитации. — 2001. — № 1. — С. 43–49.
10. Смирнова Л. В. Посттравматические стрессовые расстройства у военнослужащих: (клиника, коморбидные состояния, факторы риска, терапия): автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Томск, 2003. — 27 с.
11. Horowitz M. J. Stress-response syndromes: a review of posttraumatic and adjustment disorders // International Handbook of Traumatic Stress Syndromes // Hosp. Community Psychiatry, 1986. — Vol. 37. — № 3. — P. 241–249.
12. Ronis D. L. et al. Longitudinal patterns of care for patients with posttraumatic stress disorder // J. of Traumatic Stress. — 1996. — Vol. 9. — P. 763–781.
13. Stein M. et al. Full and partial posttraumatic stress disorder // Am. J. of Psychiatry. — 1997. — Vol. 154. — P. 1114–1119.

РЕЗЮМЕ

Л. В. Грачева, В. А. Сергеев

Социально-психологическая адаптация и психосоматические расстройства у лиц с боевым стрессом в анамнезе

Обследованы три группы военнослужащих (по 40 человек в каждой) с боевым стрессом различной интенсивности в анамнезе (две основные группы) и без такового (группа контроля). Результаты исследования свидетельствуют о том, что военнослужащие, перенесшие боевой стресс высокой интенсивности, спустя многие годы (более 5 лет) достоверно чаще обнаруживают социально-психологическую дезадаптацию на фоне субклинически протекающего хронического посттравматического стрессового расстройства, проявляющегося пограничной психопатологической и разнообразной психосоматической симптоматикой. Все это обуславливает необходимость динамического наблюдения за данным контингентом лиц с оказанием своевременной и адекватной медико-психологической помощи.

Ключевые слова: боевой стресс, хроническое посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР), субклинические проявления ПТСР, социально-психологическая дезадаптация, психосоматические нарушения.

SUMMARY

L. V. Gracheva, V. A. Sergeev

Social, psychological and psychosomatic disorders in the people with combat stress in their medical histories

The authors examined three groups of patients — military men (40 men in each group) with combat stress of different intensity in their medical histories (two main groups) and a control group — without combat stress. The results showed that the military men with a high level combat stress in the past (more than 5 years ago) more frequently demonstrated social-mental disadaptation against the background of subclinical chronic post-traumatic stress disorder (PTSD). The conclusion is that this group of people requires dynamic follow-up and adequate medico-psychological aid.

Key words: combat stress, chronic post-traumatic stress disorder (PTSD), subclinical manifestations of PTSD, mental disadaptation, psychosomatic disorders.

© А. Н. Демин, В. А. Сергеев, 2013 г.
УДК 618.214:618.141

А. Н. Демин, В. А. Сергеев

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЙ КОМПОНЕНТЫ ГИПЕРТОНУСА МИОМЕТРИЯ В ПЕРИОД БЕРЕМЕННОСТИ

Челябинская государственная медицинская академия

Повышенный тонус миометрия является одним из ведущих факторов угрозы прерывания бере-

менности и гипоксии плода. В современной литературе достаточно подробно описаны сомато-биологические предпосылки формирования гипертонуса миометрия (низкий уровень прогестерона, воспалительные заболевания, опухоли матки) [2, 3]. В последние же годы врачами и психологами, работающими в акушерско-гинекологической службе, отмечен рост интереса к психосоматической компоненте повышенного тонуса матки [1, 2] и роли социально-психологических факторов в развитии угрозы прерывания беременности [3, 4], что отчасти связано с развитием психосоматической медицины в целом. Тем не менее роль психосоматических факторов в развитии повышенного тонуса матки до настоящего времени остается мало изученной. При том что общепринятой является связь психо-

эмоционального напряжения и физической нагрузки с повышением тонуса миометрия [5], психосоматический аспект данной взаимосвязи требует дополнительного исследования. Так, не до конца ясно, почему у разных женщин при равных физиологических параметрах течения беременности физическое и психоэмоциональное напряжение по-разному отражается на состоянии тонуса матки. В значительной мере остаются нераскрытыми и патогенетические механизмы психосоматической компоненты формирования гипертонуса миометрия.

Цель исследования: изучить патогенетические механизмы психосоматической компоненты гипертонуса миометрия беременных.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Обследованы 46 беременных женщин возрастной группы от 22 до 38 лет со сроком беременности от 12 до 30 недель. 32 (69,6 %) беременных состояли на акушерско-гинекологическом учете по невынашиванию беременности с зарегистрированным повышением тонуса миометрия, нормальным количеством околоплодных вод, физиологически правильным расположением плода без органических изменений матки. 14 (30,4 %) женщин с беременностью без какой-либо патологии были взяты в качестве контрольной группы. Психоэмоциональное состояние в обеих группах оценивалось с помощью шкалы личностной и реактивной тревоги (Ч. Д. Спилбергер, адаптация Ю. Л. Ханнин), а также специально разработанного опросника, направленного на выявление психосоматических симптомов гипертонуса миометрия. Патологическое повышение тонуса матки подтверждалось ультразвуковым исследованием и кардиофонографией.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

С помощью опросника психосоматических симптомов гипертонуса миометрия было выявлено, что все пациенты основной группы имели жалобы на тянущие боли в нижней части живота и чувство «каменного» напряжения в области матки. При этом 12 (37,5 %) женщин связывали данные жалобы с психоэмоциональным напряжением, 13 (40,6 %) — с физической нагрузкой и положением тела, а 7 (21,9 %) отрицали связь симптомов с чем-либо. Все беременные данной группы имели признаки гипертонуса миометрия по результатам ультразвукового исследования. В контрольной группе отмечались нормальные показатели состояния беременности в соответствии с периодом гестации.

Женщины, находящиеся в группе риска невынашивания беременности, были распределены по четырем подгруппам в зависимости от частоты появления симптомов угрозы прерывания беременности (табл. 1). В I подгруппу вошли женщины, имеющие симптомы повышенного тонуса матки, такие как боль и чувство каменного напряжения в животе от одного до нескольких раз в сутки на момент обследования; во II подгруппе — от одного до нескольких эпизодов в неделю; в III подгруппе данные симптомы встречались 1–3 раза за последний месяц; в IV подгруппе представлены единичные эпизоды за всю беременность. При этом из данных табл. 1 видно, что с увеличением частоты симптомов растет число женщин, связывающих свое состояние с психоэмоциональным напряжением, наибольший процент (57,1 %) которых наблюдается в I подгруппе, приближаясь к уровню статистической достоверности ($p = 0,08$), но не достигая такового, что, очевидно, обусловлено недостаточной численностью выборки. В III подгруппе наблюдалось наибольшее число женщин в процентном отношении (71,4 %), связывающих симптомы повышенного тонуса матки с физической нагрузкой и положением тела, что статистически значимо отличало ее от других подгрупп ($p < 0,05$).

Тестирование обследуемых по шкале Спилбергера — Ханина (табл. 2; 3) выявило, что в группе риска невынашивания беременности 23 из 32 (71,9 %) женщин имели высокий уровень личностной тревожности, что со статистической достоверностью отличало ее от контрольной ($p < 0,05$). Кроме того, в основной группе у 15 (46,9 %) женщин наблюдалась также и высокая реактивная тревожность, причем у 2-х (6,3 %) из них отмечено сочетание высокого уровня как реактивной, так и личностной тревоги. В контрольной группе лишь у 2-х женщин из 14 (14,3 %) был зафиксирован высокий уровень реактивной тревоги, а у остальных 12 (85,7 %) уровень личностной и реактивной тревоги имели умеренные и низкие значения.

Анализ распределения уровня тревожности в основной группе (табл. 4) показал, что у беременных женщин с симптомами повышенного тонуса

Таблица 1
Распределение причинных факторов гипертонуса миометрия по группам

Параметр	Группа								Всего
	I подгруппа		II подгруппа		III подгруппа		IV подгруппа		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Связь с психоэмоциональным напряжением	4	57,1	5	35,7	2	28,6	1	25,0	12
Связь с физической нагрузкой и положением тела	2	28,6	5	35,7	5	71,4	1	25,0	13
Отсутствие какой-либо связи	1	14,3	4	28,6	–	–	2	50,0	7
Всего	7	100	14	100	7	100	4	100	32
Достоверность	p = 0,08		p < 0,05		–		–		–

Таблица 2
Показатели уровня личностной тревожности беременных по шкале Спилберга-Ханина

Группа	Уровень						Всего
	низкий		средний		высокий		
	п	%	п	%	п	%	
Основная	-	-	9	28,1	23	71,9	32
Контрольная	4	28,6	10	71,4	-	-	14
Достоверность	-		p<0,05		p<0,01		-

Таблица 3
Показатели уровня реактивной тревоги беременных по шкале Спилберга-Ханина

Группа	Уровень						Всего
	низкий		средний		высокий		
	п	%	п	%	п	%	
Основная	2	6,3	15	46,9	8	25,0	32
Контрольная	3	21,4	9	64,3	2	14,3	14
Достоверность	-		-		-		-

от одного до нескольких раз в сутки наблюдался достоверно чаще высокий уровень личностной тревожности по сравнению с женщинами из других подгрупп (p<0,05).

Для выявления патогенетических механизмов психосоматической компоненты гипертонуса миометрии беременных женщин основной группы применялась техника работы с симптомом, суть которой заключалась в поиске взаимосвязи между значимой жизненной ситуацией и болью (напряжением) в животе по принципу «воздействие — отклик». В ходе клинического и экспериментально-психологического исследования пациенткам задавались специально разработанные вопросы и оценивалась обратная связь. За диагностический критерий такой взаимосвязи принималось изменение субъективных ощущений в области живота самими женщинами и одновременно зарегистрированное как при пальпации, так и на тококардиографии, изменение тонуса матки.

Анализ причинно-следственных связей показал, что изменение положения тела чаще вызывало симптомы гипертонуса у женщин, ведущих малоподвижный образ жизни. По сравнению с контрольной группой, у данных пациенток был высокий уровень личностной тревоги, подсознательным

Таблица 4
Распределение личностной тревоги в основной группе

Подгруппа	Уровень				Всего	
	средний		высокий			
	п	%	п	%	п	%
I	-	-	7	100,0	7	100
II	4	28,6	10	71,4	14	100
III	3	42,9	4	57,1	7	100
IV	2	50,0	2	50,0	4	100
Всего	9		23		32	
Достоверность	-		p<0,05		-	

паттерном которой являлся страх перед будущим и жизненными переменами. 12 из 13 (92,3 %) женщин, связывавших угрозу беременности с физическими нагрузками, имели высокий уровень тревоги, обусловленный внутриличностным конфликтом, основанным на борьбе между нежеланием делать то, что не хочется, и страхом утраты работы, любимого человека, за которыми стояло чувство собственной неполноценности и вины.

У 12 (37,5 %) беременных, отмечающих связь угрозы беременности с психоэмоциональными нагрузками, наиболее частыми жалобами была боль (напряжение) в животе в конце рабочего дня. В структуре жалоб преобладали усталость, раздражительность, эмоциональная лабильность. При работе с симптомом отмечалась взаимосвязь боли, напряжения в животе с подавлением агрессии во время рабочих конфликтов и спорных ситуациях. К концу дня накопленное психоэмоциональное напряжение находило выход в виде раздражительности, обиды, безысходности и жалости к себе с последующим появлением гипертонуса нижнего и среднего сегмента матки. При проведении телесно-ориентированной психотерапии при осознании данной взаимосвязи происходило пальпаторно осязаемое расслабление нижнего сегмента матки, подтверждаемое данными кардиотокографии с улучшением самочувствия и эмоционального состояния пациентки.

Следует также отметить, что в процессе исследования у всех беременных женщин основной группы была выявлена тесная созависимая связь с родителями, чаще с матерью (29) и реже с отцом (3). Все они связывали боль и напряжение в животе при пальпации с чувством страха утраты родителя, сформированного в детстве и сохранявшегося на протяжении всей жизни. В свою очередь, появление патологического страха утраты родителя испытуемые связывали с тревожностью самих родителей и гипертрофированным страхом за жизнь будущего ребенка.

ВЫВОДЫ

Женщины с повышенным тонусом матки в период беременности отличаются в значительной степени высоким уровнем личностной тревоги в сравнении с женщинами без признаков гипертонуса миометрии. При том, что, на первый взгляд, в появлении данной симптоматики триггерными факторами выступают психоэмоциональное напряжение, изменение положения тела и физическая нагрузка, обнаруживается психосоматическая взаимосвязь боли и напряжения с подсознательно протекающими внутриличностными конфликтами, подавленной (вытесненной) агрессией, переживанием чувства вины и обиды на фоне общей тревожности. Данная



тревожность, сформированная в детстве, в значительной степени связана с патологическим страхом потери родителя, чаще матери, на почве декомпенсированных созависимых отношений.

Все это может создавать психосоматические предпосылки для усугубления гипертонуса миометрия, а в ряде случаев и явиться непосредственной причиной угрозы прерывания беременности. Последнее указывает на необходимость проведения психодиагностики на ранних сроках беременности и оказания психотерапевтической помощи беременным женщинам, угрожаемых по невынашиванию, с целью коррекции психоэмоционального состояния в комплексной терапии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Александр Ф. Психосоматическая медицина: принципы и применение — М.: Ин-т ОГИ, 2004. — 336 с.
2. Арина Г. А., Айвазян Е. Б. Беременность как модель и этап развития телесного опыта во взрослом возрасте // Ежегодник РПО. Спец. вып. — М., 2005. — С. 228—230.
3. Грон Е. А. Генетические и психологические аспекты невынашивания беременности: диссертация кандидата медицинских наук. — М., 2004. — 155 с.
4. Разбаева Е. Е. Социально-психологические факторы в патологии беременности у некоренных жителей Крайнего Севера: дис. ... канд. психол. наук. — СПб., 2009. — 213 с.
5. Серов В. Н., Тютюнник В. А. Тактика лечения угрожающих преждевременных родов // *Мать и дитя. Акушерство и гинекология*. Спец. номер. — 2008. Т. 16. — № 1.

РЕЗЮМЕ

А. Н. Демин, В. А. Сергеев

Патогенетические механизмы психосоматической компоненты гипертонуса миометрия в период беременности

С целью изучения психосоматической компоненты гипертонуса миометрия было обследовано две группы беременных женщин: основная (32) и контрольная (14). Определена структура и частота жалоб, сопровождающих повышение тонуса матки, оценен уровень личностной и реактивной тревоги, выявлена связь симптомов гипертонуса миометрия с психоэмоциональным напряжением, изменением положения тела, физической нагрузкой и внутриличностными конфликтами.

Ключевые слова: беременность, гипертонус матки, психосоматические нарушения, психоэмоциональное напряжение, тревожность.

SUMMARY

A. N. Demin, V. A. Sergeev

Pathogenetic mechanisms of psychosomatic components of the myometrium increased tone in the pregnancy period

In order to study the psychosomatic component of myometrium hypertonus two groups of pregnant women were examined: the main group (n = 32) and the control one (n = 14). The character and frequency of the complaints associated with the uterus tone increase, the level of personal and reactive anxiety, association of the symptoms of the myometrium hypertonus with psychoemotional tension.

Key words: pregnancy, uterine hypertonus, psychosomatic disorders, psycho-emotional stress, anxiety.

© Коллектив авторов, 2013 г.
УДК [616.1-008.64-036.12-053.9]:616.895.4-073.756.8

**А. А. Станжевский, И. В. Вологодина,
Е. Г. Порошина, А. В. Петров,
Ю. Р. Илющенко**

ПРИМЕНЕНИЕ ПЭТ С ¹⁸F-ФДГ В КОМПЛЕКСНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Северо-Западный государственный медицинский университет имени И. И. Мечникова; Российский научный центр радиологии и хирургических технологий, Санкт-Петербург

ВВЕДЕНИЕ

Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) остается одним из самых распространенных

и прогностически неблагоприятных осложнений заболеваний сердечно-сосудистой системы. Все более актуальной становится проблема ХСН у пациентов преклонного возраста [2, 5]. Результаты программы КОМПАС показали, что распространенность клинически выраженной депрессии у пациентов с хронической сердечной недостаточностью составляет 36,6 %, риск выявления депрессивного расстройства увеличивается в 1,4 раза на каждые 10 лет жизни [3]. Имеющиеся литературные данные позволяют предполагать, что тревожно-депрессивные расстройства оказывают негативное влияние на течение, прогноз сердечно-сосудистой патологии, приверженность пациентов старческого возраста к лечению [1, 2]. При этом отмечается изменение клинической картины соматического заболевания, негативное влияние на течение и прогноз, качество жизни, формирование неадекватной реакции на болезнь, дополнительные проблемы терапии и коммуникативные проблемы [6]. Свойственная данным пациентам полиморбидность приводит к дополнительным сложностям выявления тревожно-депрессивных расстройств у данной категории больных. В связи с этим использование ПЭТ с ¹⁸F-ФДГ как метода диагностики