

**В. В. Воробьев**

Харьковская медицинская академия последипломного образования (г. Харьков)

**ПСИХИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ КАК ПРЕДИКТОР РАЗВИТИЯ МАСТОПАТИИ У ЖЕНЩИН**

Успехи развития психосоматической медицины привели к тому, что давно установлена связь между наличием психотравмирующих факторов и развитием таких заболеваний как язва желудка, бронхиальная астма, артериальная гипертензия и др. В комплексной терапии этих болезней уже много лет облигатным является использование психотерапии (психологической коррекции), а в некоторых случаях — даже психофармакотерапевтического вмешательства [1—3].

Однако, в стратегиях лечения дисгормональных очаговых заболеваний молочной железы (ДОЗМЖ): фиброаденоматоза, узловой фиброзно-кистозной мастопатии, фибротизирующего аденоза, по-прежнему доминируют гормонотерапия или оперативное вмешательство. Между тем, связь между ДОЗМЖ и психической сферой больных очевидна, но, однако, мало изучена.

Первые упоминания о подобных «истерических» (по Вельяминову) [4] опухолях относятся к XVII—XVIII векам [Willis (1678 г.) и Hoffmann (1798 г.)] [цит. по 4]. Затем эти опухоли описали Astley Cooper (1829 г.) [5] как «*irritable tumor of the breast*» и Velpeau (1858) [6] как «*tumenerus neuromatiques et nodosites*» и, в конце концов, Gilles de La Tourette в 1893 году [7] сделал об этих опухолях доклад VII конгрессу французских хирургов.

Из отечественных авторов данную проблему описывали М. М. Дитерихс (1904) [8], и, наконец, Н. А. Вельяминов (1904, 1912) [4, 9], посвятивший этой проблеме две монографии.

Н. А. Вельяминов [4] называл данные опухоли «истерическими», связывая их с «истерическим характером» больных и дистиреозом, при котором действительно возможны конверсионные проявления. Однако и он признавал, что недостаточные знания гипоталамо-гипофизарно-тиреоидно-надпочечнико-гонадных взаимодействий, не позволяло говорить об истинном патогенезе данных опухолей.

Позднее о мастопатиях как о психосоматическом заболевании пишут W. Eicher (1977) [10] и E. Lewison (1980) [11]. Из отечественных авторов внимание психосоматической природе мастопатий уделяют Л. Н. Сидоренко (1979, 1991) [12, 13], Н. П. Макаренко (1999) [14], В. П. Летягин (2000) [15], Н. А. Огнерубов (2001) [16].

Как ни странно, но высокий социально-экономический уровень жизни современной женщины увеличивает риск развития мастопатии. Жизнь в мегаполисе с его стрессами и неблагоприятной экологией, отказ от родов и кормления грудью в пользу карьеры — прямая дорога в маммологический диспансер.

Мастопатия — это зеркало, отражающее общее состояние здоровья женщины. Ткани молочной железы чутко реагируют на так называемые «гормональные качели», которые «запускаются» в организме женщины с началом полового созревания и останавливаются только после менопаузы. Колебания гормонального фона зависят от множества внешних и внутренних факторов, среди которых первое место, по мнению ряда исследователей, занимают чрезмерные психические нагрузки, психоэмоциональный стресс, «бьющий» по гормональному уровню женщины, вызывая расстройства различных звеньев гормонального гомеостаза, приводящих к гиперэстрогенизации организма женщины. В свою

очередь, гиперэстрогенизация совместно с действием гонадотропных гормонов выступает в качестве основного фактора, вызывающего образование дисгормональных пролифератов в молочной железе, т. е. развитие мастопатии [17, 18].

Таким образом, по свидетельству ученых, состояние психологического неблагополучия является одним из ведущих причинных факторов возникновения мастопатии. В свою очередь, болевые ощущения, наличие узловых образований, чувства страха перед уже возникшим заболеванием ухудшают и без того нарушенное соматическое и психическое состояние больных женщин. Все это приводит к развитию дистресс-синдрома, что еще более усугубляет течение и прогноз мастопатии [19].

В современном исследовании, проводившемся в Казанском государственном медицинском университете под руководством проф. В. Д. Менделевича, установлено, что для пациенток, страдающих мастопатией, характерны следующие типы невротических состояний: невротическая депрессия (88,0 %), астения (76,0 %), тревога (56,0 %), обсессивно-фобические нарушения (51,0 %). В целом, по данным Д. Ю. Устимова, для женщин с мастопатией в 46,0 % случаев присуще состояние стабильной психической дезадаптации, неустойчивая психическая адаптация свойственна 18,0 %, а относительная психическая адаптация — только 36,0 % [20].

Учитывая вышеизложенное, целью данной работы стало исследование психического состояния женщин, страдающих мастопатией.

Всего обследовано 150 супружеских пар (СП), из них 100 — основная группа — в которых жены страдали мастопатией и 50 — контрольная группа, среди которых страдающих мастопатией не было. Супруги были в возрасте от 27 до 53 лет и в каждой паре входили в одну возрастную группу, не превышавшую 5 лет. Контингент обследованных был однородным по всем базовым показателям, что позволило изучить проблему, а результаты исследования считать репрезентативно отображающими генеральную совокупность.

Психическое состояние женщин исследовали с помощью клинико-психопатологического и психодиагностического методов. Путем проведения структурированного интервью в соответствии с критериями раздела V «Психические расстройства» МКБ-10 диагностировали патологию психической сферы [21]; феноменологическую структуру эмоциональных нарушений исследовали с помощью «Карты самооценки эмоционального состояния», разработанной проф. Н. А. Марутой [22]; патофизиологическую почву к развитию невротической готовности устанавливали с помощью объективизации уровня личностной и реактивной тревожности (по методике Ч. Д. Спилбергера — Ю. Л. Ханина) и депрессивного реагирования (по методике дифференциальной диагностики депрессивных состояний Зунге) [23]; количественную оценку психопатологических нарушений осуществляли с помощью психометрического шкалирования с использованием стандартизированных объективных рейтинговых шкал: квантифицированной шкалы Гамильтона для оценки депрессии (HDRS) и клинической шкалы тревоги Кови (CAS) [24].

Изучение психического состояния находившихся под нашим наблюдением женщин позволило получить данные, представленные в табл. 1.

Таблица 1  
Психическое состояние обследованных женщин, % ± m

	Основная группа, n = 100	Контрольная группа, n = 50
Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства F 4	72,0 ± 4,5	—
Расстройства зрелой личности и поведения у взрослых F 6	28,0 ± 4,5	—
Психические и поведенческие расстройства отсутствуют	—	100,0

Из представленных данных следует, что те или иные психические нарушения имели место у всех обследованных женщин основной группы. Из них у 72 женщин диагностированы невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства F 4 (первая подгруппа); у 28 — расстройства зрелой личности и поведения у взрослых F 6 (вторая подгруппа). Необходимо отметить, что у женщин контрольной группы не выявлено клинически очерченных нарушений психики и поведения.

В клинической структуре психических расстройств (рис. 1) среди пациенток первой подгруппы выявлены следующие нозологические единицы: пролонгированная депрессивная реакция, а также смешанная тревожная и депрессивная реакция в рамках расстройств адаптации (F 43.21, F 43.22), ипохондрическое расстройство (F 45.2) и неврастения (F 48.0). У женщин второй подгруппы самым распространенным было истерическое расстройство личности (F 60.4), импульсивный тип эмоционально неустойчивого расстройства личности (F 60.30), встречалось также диссоциальное (F 60.2) и шизоидное (F 60.1) расстройства личности.

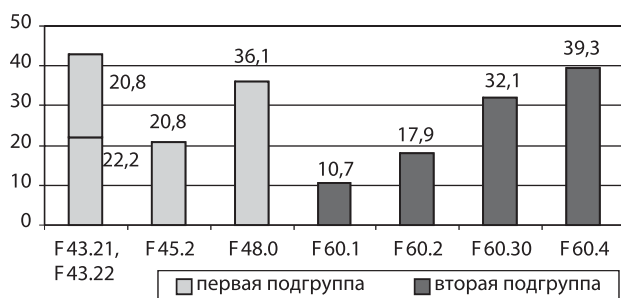


Рис. 1. Клиническая структура психических и поведенческих расстройств у женщин основной группы, %

Расстройства адаптации в виде пролонгированной депрессивной реакции, а также смешанной тревожной и депрессивной реакции проявлялись в виде состояния субъективного дистресса и эмоционального расстройства, препятствующих социальному функционированию и продуктивности обследованных женщин. Больные жаловались на депрессивное настроение, тревогу, беспокойство; чувство невозможности справиться, планировать или продолжать оставаться в настоящей ситуации; снижение продуктивности в ежедневных

делах. Описанная симптоматика возникала у женщин на фоне имеющейся стрессовой жизненной ситуации (которую отмечали все обследованные с данной нозологией) и наблюдалась от месяца до шести у пациенток со смешанной тревожной и депрессивной реакцией и не более двух лет — у страдающих пролонгированной депрессивной реакцией.

Ипохондрическое расстройство у пациенток характеризовалось постоянной озабоченностью своим здоровьем, убежденностью в наличии у них тяжелого соматического заболевания, и даже нескольких, причем с прогрессирующим течением. Больные прислушивались ко всем своим ощущениям и неизменно истолковывали их как патологические, болезненные симптомы, свидетельствующие о нарушении функции внутренних органов или систем организма. Убежденность в своей болезни или болезнях вызывала у женщин постоянный дискомфорт, нередко усугубляла имеющуюся у них микросоциальную и социальную дезадаптацию, вынуждала постоянно обращаться за медицинской помощью или добиваться обследований. При этом они упорно отказывались принять заверения врачей в отсутствии какой-либо физической причины для предъявления жалоб.

Неврастения проявлялась двумя типами, которые имели много общего. При первом типе основным симптомом являлись жалобы на повышенную утомляемость после умственной работы, частые проявления снижения профессиональной продуктивности или эффективности в повседневных делах. Умственная утомляемость обычно описывалась как неприятное вмешательство отвлекающих ассоциаций или воспоминаний, невозможность сосредоточиться и непродуктивное мышление. При другом типе основным являлись физическая слабость и истощаемость после минимальных усилий, сопровождающиеся чувством боли в мускулах и невозможность расслабиться. При обоих типах обычными являлись и другие неприятные физические ощущения, такие как головокружение, тензионные головные боли и чувство общей неустойчивости. Обычно была также озабоченность по поводу умственного и физического неблагополучия, раздражительность, ангедония и чувство подавленности и тревожности. Часто встречались нарушения начальных и промежуточных фаз сна.

При истерическом расстройстве личности, которое было на первом месте по частоте у женщин второй подгруппы, наблюдались поверхностность и лабильность эмоций, склонность к самодраматизации, театральность, преувеличенное выражение чувств. Эти лица отличались внушаемостью, эгоцентризмом, невниманием к другим людям, ранимостью; потворствовали своим желаниям, потакали собственным слабостям. Характерными для них были постоянные поиски возбуждающих впечатлений, стремление быть объектом внимания, вызывать восхищение, повышенная озабоченность своей внешностью и сексуально провоцирующее поведение, как правило, неадекватное обстоятельствам.

При эмоционально неустойчивом расстройстве личности наблюдалась ярко выраженная склонность действовать импульсивно, не думая о возможных последствиях, и неустойчивость настроения, выражающаяся в непредсказуемых, ничем не обусловленных его изменениях. Нередко у этих пациенток возникали эмоциональные вспышки и «поведенческие взрывы», которые они были неспособны контролировать. Эти женщины были сварливы, склонны вступать в конфликты,

особенно если окружающие препятствовали их импульсивным действиям или выражали порицание.

Лица с диссоциальным расстройством личности отличались пренебрежением социальными обязанностями, черствым, равнодушным отношением к чувствам других людей. Для их поведения было характерно разительное несоответствие общепринятым социальным нормам, причем негативный опыт не влек за собой каких-либо положительных изменений. У этих пациенток можно было отметить также толерантность к фрустрации, низкий порог высвобождения агрессивных импульсов, тенденцию обвинять окружающих или выдвигать другие «рациональные объяснения» собственного неблагоприятного поведения, которое привело к конфликту с обществом, полная неспособность испытывать чувство вины. Для лиц с диссоциальным расстройством была характерна также резко выраженная безответственность и неспособность поддерживать прочные, длительные отношения, при том, что они не испытывали затруднений в установлении связей.

Шизоидное расстройство личности проявлялось характерными для этой патологии чертами: отгороженностью, избеганием эмоциональных, социальных и других контактов. Больные отдавали предпочтение фантазиям, индивидуальной деятельности, требующей уединения; характерной для них была также склонность к интроспекции. Способность выражать свои чувства и ощущать удовольствие у них была в значительной степени ограничена. У женщин с шизоидным расстройством практически не было занятий, которые доставляли бы им удовольствие. Типичными для них были эмоциональная холодность, отчужденность или уплотненная аффективность; ограниченная способность проявлять теплые чувства или выражать гнев по отношению к другим людям; внешнее безразличие как к похвале, так и к критике; сниженный интерес к сексуальным контактам. При этом они были явно невосприимчивы к основополагающим социальным нормам, общепринятым правилам поведения и непреднамеренно игнорировали их.

На следующем этапе исследования изучали структуру эмоционального состояния женщин с мастопатией. Известно, что эмоции являются сложным выражением обратной реакции организма человека на биологически и социально значимое влияние. Вместе с тем, возникшая первично, как явление физиологическое, и не теряя своего содержания на уровне социальных факторов и межличностных отношений, эмоции выступают как психические явления, являясь своеобразной формой отображения действительности. В свою очередь, негативные эмоции имеют защитную направленность, когда их преимущество в условиях психической травмы обеспечивает активацию и мобилизацию адаптивных мозговых механизмов, направленную на решение конфликтной ситуации. Состояние умеренного эмоционального напряжения, составляющее оптимальный уровень нервно-психического тонуса, оказывает в целом позитивное, адаптивное влияние на процессы деятельности человека, способствует ускорению и уточнению его реакций, принятию решения в ситуации, которая требует выбора. Однако, при избыточном эмоциональном напряжении, при психотравмирующих влияниях, превышающих возможности психической адаптации индивида, развивается сложный комплекс психических и соматических нарушений — эмоциональный стресс. При этом возникает несовпадение внутренних намерений личности и объективных условий ее деятельности;

конфликт мотивов и целей создает почву для формирования эмоционально стрессовых реакций [22]. Данный этап исследования выполнялся путем определения структуры и интенсивности эмоций у женщин с помощью «Карты самооценки эмоционального состояния» проф. Н. А. Маруты [22] (табл. 2).

Таблиця 2

## Сравнительный анализ частоты и интенсивности эмоций у здоровых женщин и страдающих мастопатией

Эмоция	Основная группа, n = 100		Контрольная группа, n = 50	
	Частота встречаемости, % ± m	Интенсивность (среднее значение баллов самооценки)	Частота встречаемости, % ± m	Интенсивность (среднее значение баллов самооценки)
1	2	3	4	5
Удовлетворение	7 ± 2,6*	1,2 ± 0,3	80 ± 4,0*	6,2 ± 1,3
Радость	9 ± 2,9*	1,4 ± 0,3	88 ± 3,2*	3,6 ± 0,4
Ликование	1 ± 1,0	1,4 ± 0,7	6 ± 2,4	1,1 ± 0,4
Увлеченность	4 ± 2,0	1,2 ± 0,5	18 ± 3,8*	4,0 ± 0,3
Уверенность	22 ± 4,1	2,9 ± 0,5	92 ± 2,7*	1,1 ± 0,3
Гордость	3 ± 1,7	1,4 ± 0,3	52 ± 5,0	2,5 ± 0,2
Доверие	17 ± 3,8	0,7 ± 0,2	86 ± 3,5	1,2 ± 0,5
Симпатия	31 ± 4,6	1,9 ± 0,3	66 ± 4,7	2,1 ± 0,2
Восторг	7 ± 2,6	2,1 ± 0,4	18 ± 3,8	1,2 ± 0,4
Умиление	6 ± 2,4	1,4 ± 0,3	14 ± 3,5	2,1 ± 0,3
Нежность	20 ± 4,0	1,1 ± 0,3	34 ± 4,7	1,2 ± 0,4
Самодовольство	11 ± 3,1	1,6 ± 0,3	18 ± 3,8	1,3 ± 0,2
Блаженство	2 ± 1,4	0,3 ± 0,2	8 ± 2,7	1,9 ± 0,2
Злорадность	14 ± 3,5	1,7 ± 0,1	4 ± 2,0	1,2 ± 0,3
Ощущение облегчения	10 ± 3,0	1,8 ± 0,3	44 ± 5,0	2,2 ± 0,2
Ощущение удовлетворенности собой	1 ± 1,0*	0,6 ± 0,4	94 ± 2,4*	1,5 ± 0,3
Ощущение безопасности	2 ± 1,4*	0,4 ± 0,9	88 ± 3,2*	3,5 ± 0,3
Предчувствие	11 ± 3,1	1,2 ± 0,3	8 ± 2,7	1,2 ± 0,3
Любопытство	21 ± 4,1	1,9 ± 0,3	22 ± 4,1	1,2 ± 0,4
Удивление	14 ± 3,5	1,2 ± 0,3	10 ± 3,0	1,9 ± 0,1
Безразличие	48 ± 5,0	2,8 ± 0,4	16 ± 3,7	2,2 ± 0,2
Неудовлетворенность	94 ± 2,4*	7,6 ± 0,4	4 ± 2,0	1,4 ± 0,3
Горе (скорбь)	39 ± 4,9	5,6 ± 0,9	—	—
Тоска	68 ± 4,7	6,4 ± 0,3	—	—
Печаль	73 ± 4,4	7,3 ± 0,7	2 ± 1,4	0,2 ± 0,4
Отчаяние	10 ± 3,0	1,4 ± 0,9	—	—
Огорчение	84 ± 3,7	6,6 ± 0,9	8 ± 2,7	1,2 ± 0,4
Тревога	96 ± 2,0*	5,1 ± 0,4	6 ± 2,4	1,4 ± 0,3
Обида	93 ± 2,6*	7,7 ± 0,4	2 ± 1,4	2,1 ± 0,3
Боязнь	73 ± 4,4	4,1 ± 0,5	2 ± 1,4	1,4 ± 0,3
Испуг	57 ± 5,0	2,9 ± 0,7	4 ± 2,0	1,1 ± 0,2
Страх	32 ± 4,7	4,2 ± 0,4	2 ± 1,4	0,2 ± 0,3
Сочувствие	26 ± 4,4	2,0 ± 0,3	18 ± 3,8	2,2 ± 0,3
Жалость к себе	72 ± 4,5	4,6 ± 0,4	8 ± 2,7	1,7 ± 0,3
Досада	83 ± 3,8*	2,5 ± 0,3	2 ± 1,4	1,3 ± 0,2
Гнев	15 ± 3,6	2,1 ± 0,9	2 ± 1,4	0,3 ± 0,5
Ощущение обиды	69 ± 4,6	5,7 ± 0,9	10 ± 3,0	1,2 ± 0,3

Продолжение табл. 2

Эмоция	Основная группа, n = 100		Контрольная группа, n = 50	
	Частота встречаемости, % ± m	Интенсивность (среднее значение баллов самооценки)	Частота встречаемости, % ± m	Интенсивность (среднее значение баллов самооценки)
1	2	3	4	5
Возмущение	10 ± 3,0	3,6 ± 0,4	4 ± 2,0	1,2 ± 0,3
Ненависть	9 ± 2,9	2,3 ± 0,5	2 ± 1,4	1,3 ± 0,4
Неприязнь	32 ± 4,7	3,1 ± 0,9	4 ± 2,0	1,3 ± 0,4
Злоба	26 ± 4,4	2,9 ± 1,1	6 ± 2,4	2,4 ± 0,2
Грусть	76 ± 4,3	2,6 ± 0,5	4 ± 2,0	1,3 ± 0,3
Скука	41 ± 4,9	3,9 ± 0,7	2 ± 1,4	1,0 ± 0,3
Стыд	29 ± 4,5	2,3 ± 0,3	2 ± 1,4	0,8 ± 0,3
Ярость	4 ± 2,0	2,4 ± 0,4	—	—
Презрение	7 ± 2,6	0,8 ± 0,3	—	—
Отвращение	19 ± 3,9	2,2 ± 0,4	—	—
Недовольство собой	92 ± 2,7*	2,1 ± 0,3	14 ± 3,5	2,0 ± 0,3
Горечь	78 ± 4,1	2,6 ± 0,4	6 ± 2,4	1,0 ± 0,4

Примечание: \* — при сравнении частоты встречаемости симптомов в основной и контрольной группах отличия достоверны (p < 0,01).

Из представленных в табл. 2 данных видно, что у обследованных основной группы имело место преобладание негативных эмоций тревожно-депрессивного спектра: тревога — 96 %, неудовлетворенность — 94 %, обида — 93 %, недовольство собой — 92 %, огорчение — 84 %, досада — 83 %, горечь — 78 %, грусть — 76 %, боязнь — 73 %, жалость к себе — 72 %. При этом по частоте и интенсивности преобладали тревога (p < 0,01), досада (p < 0,01), обида (p < 0,01) и недовольство собой (p < 0,01). В данной группе частота и интенсивность позитивных эмоций были значительно более низкими, чем у пациенток контрольной группы: удовлетворение — 7 %, радость — 9 %, нежность — 6 %, ощущения удовлетворения собой (p < 0,01) и чувства безопасности (p < 0,01). В то же время, среди женщин контрольной группы преобладали позитивные эмоции: ощущение удовлетворенности собой — 94 %, уверенность — 92 %, чувство безопасности — 88 %, радость — 88 %, удовлетворение — 80 %.

При изучении патопсихологической невротической готовности с помощью психодиагностики с применением методик Ч. Д. Спилбергера — Ю. Л. Ханина и Зунге (в адаптации Т. И. Балашовой), установлено следующее.

Среди пациенток основной группы не было больных с низким уровнем как реактивной, так и личностной тревожности. Высокий ее уровень был присущ 94 и 78 %, соответственно. В контрольной группе преобладали низкий и средний уровни тревожности (рис. 2, 3).

У женщин с мастопатией выявлен также высокий уровень депрессивного реагирования: у 31 % пациенток установлено истинное депрессивное состояние, у 50 % — маскированная, а у 19 % — ситуативная депрессия. В отличие от основной группы, у обследованных контрольной группы не выявлено ни одного случая депрессивного реагирования (рис. 4).

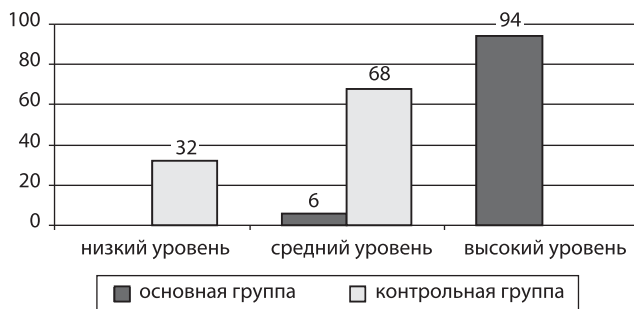


Рис. 2. Уровень реактивной тревожности у обследованных женщин, %

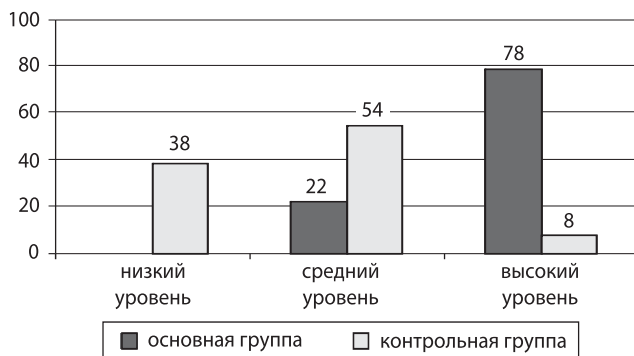


Рис. 3. Уровень личностной тревожности у обследованных женщин, %

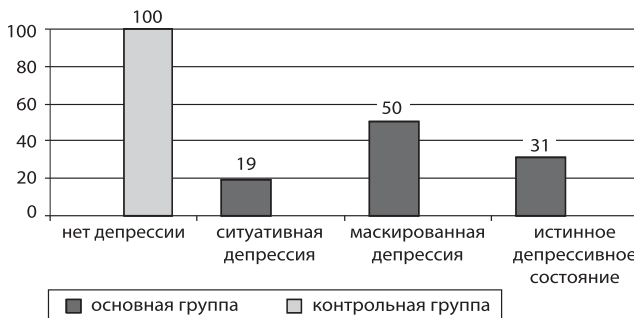


Рис. 4. Уровень депрессивного реагирования у обследованных женщин, %

Клинические особенности и степень выраженности депрессивной симптоматики у пациенток проверялись с помощью шкалы Гамильтона (HDRS) (табл. 3).

Таблица 3

Показатели выраженности психопатологических симптомов по шкале HDRS (балл ± m)

Симптомы HDRS	Средняя выраженность	
	Основная группа (n = 100)	Контрольная группа (n = 50)
Депрессивное настроение	1,31 ± 0,31	—
Чувство вины	0,91 ± 0,25	—
Суицидальные намерения	0,20 ± 0,26	—
Ранняя инсомния	0,97 ± 0,13	0,10 ± 0,03
Средняя инсомния	1,57 ± 0,12	—
Поздняя инсомния	0,83 ± 0,09	—
Работоспособность и активность	0,89 ± 0,16	—

Продолжение табл. 3

Симптомы HDRS	Средняя выраженность	
	Основная группа (n = 100)	Контрольная группа (n = 50)
Заторможенность	0,65 ± 0,12	0,02 ± 0,02
Ажитация	0,19 ± 0,09	—
Психическая тревога	1,29 ± 0,17	—
Соматическая тревога	1,56 ± 0,19	—
Желудочно-кишечные соматические симптомы	0,15 ± 0,12	—
Общие соматические симптомы	0,97 ± 0,14	—
Генитальные симптомы	1,21 ± 0,13	—
Ипохондрия	2,09 ± 0,10	—
Потеря массы тела	0,29 ± 0,14	—
Критичность отношения к болезни	0,72 ± 0,10	—
Суточные колебания	1,12 ± 0,14	—
Деперсонализация и дереализация	—	—
Параноидные симптомы	—	—
Обсессивные и компульсивные симптомы	0,45 ± 0,11	—
Общий балл	15,06 ± 0,88	2,74 ± 0,85

Как видно из представленных в таблице 3 данных, средний балл степени выраженности депрессии в основной группе составил 15,06, что по шкале Гамильтона отвечает легкому депрессивному эпизоду.

В структуре депрессивной симптоматики наибольшую выраженность имели следующие показатели: соматическая тревога — 1,6 балла, средняя инсомния — 1,6 балла, депрессивное настроение — 1,3 балла, психическая тревога — 1,3 балла, генитальные симптомы — 1,2 балла. В наименьшей мере были представлены: параноидные симптомы, деперсонализация и дереализация и ажитация.

Анализ выраженности тревожной симптоматики, которая определялась с помощью клинической шкалы Кови (CAS), представлен в табл. 4.

Таблица 4

**Показатели выраженности психопатологических симптомов по шкале CAS (балл ± m)**

Симптомы CAS	Средняя выраженность	
	Основная группа (n = 100)	Контрольная группа (n = 50)
Психическое напряжение	3,6 ± 1,2	0,8 ± 0,09
Способность к расслаблению	1,5 ± 1,9	0,6 ± 0,09
Реакции испуга	3,8 ± 0,9	—
Беспокойство	3,1 ± 1,7	—
Опасения (предчувствие плохого)	3,3 ± 1,5	—
Суетливость (беспокойство)	2,7 ± 1,9	—
Общий балл	18,0 ± 9,1	1,6 ± 0,4

Как видно из представленных в таблице 4 данных, средний балл степени выраженности тревожной симптоматики у пациенток основной группы составил 18,0, что по шкале CAS отвечает наличию клинически выраженного тревожного эпизода. В структуре тревожной симптоматики женщин с мастопатией наибольшую

выраженность имели следующие показатели: реакция испуга — 3,8 балла, психическое напряжение — 3,6 балла и опасения (предчувствия плохого) — 3,3 балла.

Таким образом, в целом проведенное исследование подтвердило полученные ранее другими исследователями данные о наличии связи между состоянием психического здоровья и наличием ДОЗМЖ у женщин.

В результате исследования установлено, что у 100 % женщин с мастопатией имеют место психические и поведенческие расстройства: у 72 % — невротические, связанные со стрессом и соматоформные, у 28 % — личностные.

Кроме того, выявлено, что 100 % женщин с мастопатией испытывают состояние психологического неблагополучия с преобладанием эмоций негативного содержания: тревоги, недовольства собой, досады, обиды, огорчения, грусти и неудовлетворенности.

К тому же, у всех женщин, страдающих мастопатией, диагностирована патопсихологическая готовность к невротическому реагированию, а также превалирование психопатологической симптоматики тревожно-депрессивного спектра.

Из вышесказанного следует, что нарушения психического здоровья и психологического благополучия являются одним из факторов риска развития ДОЗМЖ у женщин, что необходимо учитывать при разработке программ лечения и профилактики данной патологии.

#### Список литературы

1. Михайлов Б. В., Сердюк А. И., Федосеев В. А. Психотерапия в общесоматической медицине (Клиническое руководство) / Под общ. ред. Б. В. Михайлова. — Харьков: Прапор, 2002. — 108 с.
2. Чабан О. С., Хаустова О. О. Психосоматична медицина (аспекти діагностики та лікування). — К.: ДСГ Лтд, 2004. — 96 с.
3. Криштал В. В., Маркова М. В. Нарушение сексуального здоровья и психосоматические соотношения // Doctor. — 2002. — № 6. — С. 24-27.
4. Вельяминов Н. А. Клинические наблюдения над так называемыми «истерическими опухолями» молочных желез в связи с вопросом о железах с внутренней секрецией // Известия Императорской Военно-Медицинской Академии. — СПб., 1912. — Т. XXV. — С. 593—640.
5. Astley Cooper. Illustrations of the diseases of the breast and their treatment. — London, 1829.
6. Velpeau. Traite des maladies du sein. — Paris, 1858.
7. Gille de La Tourette. Revue de chirurgie. — 1893. — P. 398.
8. Дитерихс М. Н. Истерические опухоли грудной железы // Рус. хирург. архив. — 1904. — С. 800.
9. Вельяминов Н. А. Истерия в хирургии // Рус. хирург. архив. — 1904. — С. 782.
10. Eicher W. et al. Soziale, seznelle und psychosomatische Aspekte beim Mammakarzinom // Med. Welt. — 1977. — Bd. 28. — № 41. — S. 1631—1634.
11. Lewison E. F. Changing Concepts in Breast Cancer // Cancer. (Philad.) — 1980. — Vol. 46. — № 4. — P. 859—864.
12. Сидоренко Л. Н. Мастопатия: (психосоматические аспекты). — Л.: Медицина, 1979. — 168 с.
13. Сидоренко Л. Н. Мастопатия: психосоматические аспекты. — 2-е изд., перераб. — Л.: Медицина, 1991. — 264 с.
14. Макаренко Н. П. Мастопатия // Русский медицинский журнал. — 1999. — № 10. — С. 451—454.
15. Лятегин В. П. Мастопатия // Там же. — 2000. — № 11. — С. 468—472.
16. Огнерубов И. А. Мастопатия: возможности консервативной терапии. — Воронеж, 2001. — 136 с.
17. Мастопатия: болезнь благополучных [http://www.wlal.ru/womans-health/womans-health\\_50.html](http://www.wlal.ru/womans-health/womans-health_50.html).
18. Тагиева Т. Т. Мастопатия: негормональные методы лечения // Гинекология. Журнал практикующих врачей. — 2004. — Т. 06, № 5 // <http://www.consilium-medicum.com>.
19. Типологические особенности женщин с диагнозом ФКБ и механизмы психологической защиты, как фактор снижения их

психологической дезадаптации // [http://www.umus.ru/view\\_work.htm?id\\_work=1590&s\\_special=4](http://www.umus.ru/view_work.htm?id_work=1590&s_special=4)

20. Устимов Д. Ю. Способы психологической и психофармакологической коррекции психоэмоционального состояния женщин с дисгормональными очаговыми заболеваниями молочной железы в предоперационный период // [http://www.rusanesth.com/Genan/st\\_11\\_13.htm](http://www.rusanesth.com/Genan/st_11_13.htm).

21. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств:

Клинические описания и указания по диагностике. — Киев: Факт, 1999. — 272 с.

22. Марута Н. А. Эмоциональные нарушения при невротических расстройствах: Монография. — Харьков: Арсис, 2000. — 160 с.

23. Практическая психодиагностика (методики и тесты) / Под ред. Д. Я. Райгородского. — Самара: Изд. дом «Бахрах», 1999. — 672 с.

24. В. С. Подкорытов, Ю. Ю. Чайка Депрессии (Современная терапия). — Харьков: Торнадо, 2003. — 350 с.

Надійшла до редакції 11.09.2008 р.

*V. V. Vorob'iv*

### **Психічний стан як предиктор розвитку мастопатії у жінок**

*Харківська медична академія післядипломної освіти  
(м. Харків)*

У роботі наведені дані аналізу стану психічного здоров'я та психологічного благополуччя у жінок з мастопатією порівняно з відносно здоровими жінками. Встановлено, що усі жінки з мастопатією страждають на психічні та поведінкові розлади невротичного або особистісного спектру, на відміну від відносно здорових жінок. Зроблено висновок про негативний вплив порушення психічного здоров'я та психологічного благополуччя в генезі мастопатії у жінок.

*V. V. Vorob'ev*

### **Mental condition as predictor of development of mastopathy for women**

*Kharkiv medical academy of postgraduate education  
(Kharkiv)*

In our work the data of the analysis of the condition of psychical health and psychological prosperity for women, who suffer from mastopathy in comparison with relatively healthy women is given. It is set that all women from mastopathy suffer from psychical and behavior disorders of neurotic or personality spectrum, unlike in relation to healthy women. A conclusion about negative influence of violation of psychical health and psychological prosperity in genesis of mastopathy is done.

УДК 616.8-008.64-07

*I. V. Remniak*

ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины»  
(г. Харьков)

## **ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА В КЛИНИКЕ НЕРВНЫХ БОЛЕЗНЕЙ**

Депрессия, тревога и сопутствующие им соматовегетативные симптомы являются едва ли не самыми частыми психическими нарушениями, встречающимися в неврологической практике. Депрессивная симптоматика часто развивается у больных с цереброваскулярными нарушениями, как острыми так и хроническими, вертеброневрологической патологией, у больных с мигренью, головной болью напряжения, кластерными болями и др.

Среди психотропных средств, которые используются для лечения депрессивных расстройств, приоритетное место занимают препараты группы антидепрессантов, а именно селективные ингибиторы обратного захвата серотонина, достаточно широко представленные в настоящее время на фармацевтическом рынке Украины.

Нами показана также эффективность лазерорефлексотерапии, биологической обратной связи, методик постизометрической релаксации у таких пациентов. В соответствии с современными критериями, депрессивный синдром характеризуется снижением настроения, уменьшением или отсутствием интереса, которые сочетаются со снижением или повышением аппетита, снижением или увеличением массы тела, инсомнией или гиперсомнией, психомоторной заторможенностью или ажитацией, чувством усталости, потери энергии, неадекватным чувством вины, уменьшением способности мыслить, концентрировать внимание, повторяющимися мыслями о смерти. Для клинициста важным является вопрос о характере депрессивного синдрома — первичный он или вторичный. Для решения

этого вопроса важны два диагностических критерия: временной фактор и выраженность депрессивной симптоматики.

Для оценки выраженности депрессивного расстройства в клинике нервных болезней широко используется шкала Гамильтона для депрессий (HAM-D), версия из 18 пунктов. Главным показателем шкалы является сумма баллов, по которой депрессии распределяют на легкие (7—16 баллов), средней тяжести (17—27 баллов), тяжелые (больше 27 баллов).

Наши данные свидетельствуют о том, что у пациентов с неврологической патологией и наличием депрессии встречаются средней тяжести и легкие депрессивные расстройства. Наличие депрессии также подтверждается существованием в картине болезни не выраженных, но несомненных ее признаков — дневных колебаний выраженности как психических, так и неврологических, соматических расстройств, отсутствие соответствия между объективным статусом и субъективно оцениваемой тяжестью состояния, неэффективностью общеневрологической и общесоматической терапии.

Данные проведенных нами исследований свидетельствуют о хорошей эффективности, безопасности и переносимости препарата флуоксетин у постинсультных больных с наличием депрессивного расстройства.

Флуоксетин, действуя на серотонинергические рецепторы, одновременно оказывает малое влияние на захват норадреналина и дофамина и слабо действует при этом на холинергические и H<sub>1</sub>-гистаминовые