

ВОЗДЕЙСТВИЕ КОРРИГИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ НА ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЙ И НЕРВНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС БОЛЬНЫХ С БЕСПЛОДИЕМ**А.Р. Шахгалдян***/Центр планирования семьи и сексуального здоровья/
Ереван 375025, ул. Абовяна, 56*

Ключевые слова: гипоталамический синдром, психоэмоциональный статус, корреляция, бесплодие

Бесплодие является одной из серьезных проблем современной медицины. По данным литературы, частота бесплодных браков репродуктивного возраста составляет 8–15% и имеет тенденцию к нарастанию, а в Армении достигла 31,5% [4, 6, 8].

Проблема психологических расстройств при бесплодии остается актуальной, т.к. в патогенезе возникновения нейрогуморальных нарушений важную роль играет нервно-психический фактор [3]. Данные литературы свидетельствуют о наличии специфической разновидности эндокринного психосиндрома при бесплодии [2]. Клинически он проявляется прежде всего в изменении ряда физиологических функций, имеющих отношение к наступлению беременности (нарушение менструального цикла (МЦ), инфертильность). Наряду с этим у многих больных выявляются и общеклиническая симптоматика: головные боли, астения, сексуальные нарушения, а также различные вегетативные и метаболические расстройства. Несмотря на ряд публикаций по данной проблеме [5] в клинической практике недостаточно уделяется внимания психологическим аспектам при бесплодии.

Целью настоящего исследования явился анализ динамики психологических проявлений при бесплодии в процессе комплексной терапии.

Материал и методы

Обследовано 29 женщин в возрасте 18–35 лет (в среднем $26,6 \pm 4,2$ года) с длительностью заболевания от 6 мес. до 12 лет. Все больные страдали первичным бесплодием с нейроэндокринной формой гипоталамического синдрома. Длительность наблюдения за пациентками составляла 4–5 месяцев.

Исследование состояло из следующих фаз: исходная (до начала корригирующей терапии) и на фоне лечения через каждые 1–1,5 мес. Терапия включала комплекс мер: психотерапию, физиотерапию, лечебную физкультуру, лечебное питание, а также медикаментозные средства.

Результаты лечения оценивались на основании восстановления МЦ, стабилизации уровня гонадотропинов, эстрогенов и пролактина в крови, а также числа наступивших беременностей. Наряду с этим оценивали общеклинические признаки (головные боли, снижение настроения, сексуальные расстройства и др.). Оценку психоэмоционального состояния пациенток проводили с помощью тестов психологической диагностики (тесты Айзенка, Спилбергера, ММРІ) [1].

Тест Айзенка определяет психические свойства – экстраверсию и интраверсию, а также темперамент испытуемого.

Тест Спилбергера служит для оценки реактивной и личностной тревожности. Согласно методике нормальный уровень тревожности характеризуется суммой баллов до 30, средний – 32–45, высокий – свыше 45 баллов.

Тест ММРІ позволяет наиболее полно и объективно исследовать различные аспекты личности, психологическое состояние.

Результаты и обсуждение

Спустя 2,5–3 месяца после начала корригирующей терапии 4,6% пациенток отмечали возобновление МЦ. Уровень гонадотропинов и эстрогенов оставался без существенных изменений.

Данные об изменениях общеклинической симптоматики приведены в таблице. До начала лечения больные жаловались на головные боли, слабость, быструю утомляемость, понижение настроения, сексуальные расстройства. Как следует из таблицы, в процессе лечения отмечалась значительная положительная динамика.

Необходимо отметить, что уменьшение общеклинической симптоматики в результате комплексного лечения не всегда сопровождалось полным восстановлением МЦ.

Таблица

Изменение общего самочувствия пациенток с бесплодием на фоне комплексной терапии (n=29)

Симптом	До лечения		После лечения	
	абс.	%	абс.	%
Головная боль	21	72,4	11	37,9
Слабость, быстрая утомляемость	17	58,6	10	34,4
Снижение работоспособности	13	44,8	6	20,6
Понижение настроения	25	86,2	12	41,3
Сексуальные расстройства	11	37,9	7	24,1

У обследованных больных также отмечалась нормализация психического состояния – улучшение самочувствия, снижение тревоги, депрессии. Информацию об изменении психического состояния больных в ходе лечения представляют усредненные данные обследования при помощи теста Спилбергера. Динамика суммы баллов по этой шкале представлена на рис. 2.

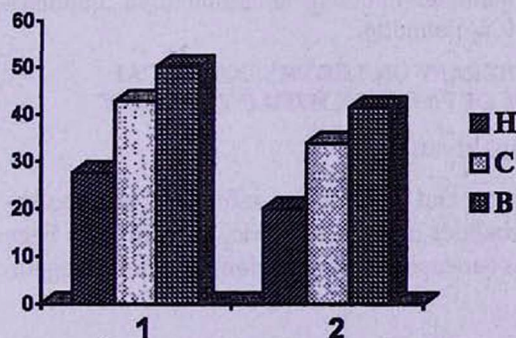


Рис. 2. Динамика суммы баллов по тесту Спилбергера на фоне комплексного лечения.

Н – нормальный уровень тревожности, С – средний, В – высокий; 1 – до, 2 – после лечения.

Как видно из рисунка, имеется статистически достоверное уменьшение суммы баллов в динамике лечения и стабилизация их на субклиническом уровне. Дифференцированный анализ динамики показателей выявил наряду со снижением общего уровня тревоги к концу периода наблюдения достоверное снижение ($p < 0,05$) выраженности депрессивных симптомов, психической напряженности и кардиоваскулярных расстройств, связанных с тревогой.

При помощи теста ММРІ выявлено снижение тревожности, избегания, нерешительности и беспокойства, а также уменьшение озабоченности своим соматическим состоянием. Однако динамика показателей по ММРІ выявила уменьшение в последующем отмеченных благоприятных сдвигов в поведении, что свидетельствовало о наличии тенденции к восстановлению первоначального уровня тревоги и аутизации.

Таким образом, комплексная терапия при бесплодии приводит к коррекции некоторых специфических изменений (МЦ) и способствует редукции общеклинической симптоматики (головные боли, утомляемость, сексуальные расстройства, настроения, психовегетативные расстройства).

Вместе с тем следует отметить, что положительное влияние лечения отражается на важной, но ограниченной части спектра клинических проявлений бесплодия и не решает всех задач по нормализации психического состояния больных. Учитывая вышеизложенное, представляется целесообразной разработка специального комплекса психокорректирующих мероприятий для данной категории больных.

Поступила 20.05.01

ՀԱՅԱՂ ԲՈՒԺՄԱՆ ԱՁԴԵՑՈՒԹՅՈՒՆԸ ԱՆՊՏՂՈՒԹՅԱՄԲ ՏԱՌԱՊՈՂ ՀԻՎԱՆԴՆԵՐԻ ՅԻԶՈՐՈՐԴԱԿԱՆ ԵՎՆՅԱՐԴԱՀՈԳԵՐԱՆԱԿԱՆ ՎԻՃԱԿԻ ՎՐԱ

Ա.Ռ.Շահգալդյան

Ներազոտվել են հիպոթալամիկ ծագման անպտղությանը տառապող 18-35 տարեկան 29 կանանց հոգեվիճակի և վարքագծի փոփոխությունները: Հայտնաբերվել են հոգեբանական վիճակի խանգարումներ (տագնապ, դեպրեսիա) և նյարդավեգետարիկ ախտանիշներ: Անպտղության շրջող բուժման արդյունքում նկատվել է ընդհանուր կլինիկական վիճակի բարելավում. 4,6%-ի մոտ վերականգնվել է երկփուլ դաշտանային ցիկլը: Կայունացել է հորմոնների մակարդակն արյան պլազմայում: Դիտվել է նաև սեքսուալ խանգարումների, գլխացավերի նվազում: Զգալիորեն բարելավվել է հոգեբանական վիճակը, նյարդավեգետարիկ ախտանիշների արտահայտվածությունը:

Զնայած պարակլինիկական տվյալների կանոնավորմանը, այնուհանդերձ, վերոհիշյալ դրական փոփոխությունները եղել են անկայուն և ոչ լիարժեք:

THE INFLUENCE OF CORRECTION THERAPY ON THE PHYSIOLOGICAL AND NEUROPSYCHOLOGICAL STATUS OF PATIENTS WITH INFERTILITY

A.R. Shahgaldyan

The women's (aged 18-35) mental condition and behavior at infertility of hypothalamic genesis were investigated. Sexual disturbances especially libido, orgasm have been examined. The impairment of the mental status (uneasiness, depression) and neurovegetative symptoms were found.

As a result of correctiong therapy of infertility a marked improvement of general clinical condition: restoration of menstrual cycle, stabilization of the hormones level in blood plasma in 4,6% of patients were established.

However, the abovementioned positive shifts in the patients' mental status were insufficient and unstable, despite the stabilization of paraclinical data.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Ахмеджанов Э.Р.* Психологические тесты. М., 1996.
2. *Бобров А.Е., Мельниченко, Г.А., Пятницкий Н.Ю. и др.* Проблемы эндокринологии, 1995,2, с. 22.
3. *Крыжановский Г.Н.* Фармакологические аспекты обезболивания. Л., 1983.
4. *Кулаков В.И.* Акушерство и гинекология, 1997, 1, с. 19.
5. *Тамазян А.М., Бегларян Г.А., Мириманова Р.П.* Матер. Международ. симпозиума. Ереван, 1998, с. 233.
6. *Хачикян М.А.* Актуальные вопросы гинекологической эндокринологии. Ереван, 1989, с. 4.
7. *Rosco A.* Psychoneuroendocrin., 1993, 18, 1, p. 57.
8. *Wilde M.* The barren wives of Barama – People Special Reports. 1993, p. 139.