

УДК 616. 6 + 618. 1]: 616. 895. 4 – 071

ОБЩЕКЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ С ПОЛОВЫМИ (УРОГЕНИТАЛЬНЫМИ) ИНФЕКЦИЯМИ, СТРАДАЮЩИМИ РАССТРОЙСТВАМИ ДЕПРЕССИВНОГО СПЕКТРА

Э.П. Станько, к.м.н., ассистент

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

В настоящей работе описаны психические расстройства у лиц с воспалительными заболеваниями женской репродуктивной системы, обусловленных инфекциями, передающимися половым путем; представлены факторы, способствующие формированию расстройств депрессивного спектра у женщин с половыми инфекциями. Выделены особенности психотравмирующих факторов, участвующих в формировании расстройств депрессивного спектра – их сочетанность, социальный оттенок и субъективная непреодолимость. Показано, что выявленные особенности расстройств депрессивного спектра у больных с половыми инфекциями могут быть их диагностическими критериями и должны учитываться при проведении лечения.

Ключевые слова: *аффективные нарушения, расстройства депрессивного спектра, половые инфекции, урогенитальный хламидиоз, воспалительные заболевания женской репродуктивной системы, преморбидные особенности личности.*

The present paper describes mental disorders in individuals with inflammatory diseases of female reproductive system caused by sexually transmitted infections; presents factors contributing to depressive disorders development in women suffering from genital infections. Characteristics of psychological traumatic factors responsible for depressive disorders development- their combination, social background and subjective insuperability – have been determined. It has been demonstrated that the characteristics of depressive disorders revealed in patients with sexually transmitted infections can serve as their diagnostic criteria and they should be considered when giving treatment.

Key words: *affective disorders, depressive disorders, genital tract infections, urogenital chlamydiosis, inflammatory diseases of female reproductive system, premorbid personality features.*

Введение

Проблема аффективной патологии, особенно депрессивных состояний, возникающих под влиянием патогенных факторов у больных с половыми инфекциями, имеет первостепенную важность как для клинической психиатрии, так и для практического здравоохранения в целом. Это обусловлено, прежде всего, ростом среди населения числа депрессивных расстройств и увеличивающейся распространенностью инфекционных заболеваний, передающихся половым путем [6, 7].

Ежегодно около 110.000.000 человек в мире (3-6% популяции) обнаруживают признаки депрессии и нуждаются в проведении соответствующей терапии [7]. Распространенность аффективной патологии, по данным ВОЗ, к концу XX века в развитых странах Европы и США достигла 5-10% против 0,4-0,8% к началу 60-х годов. При этом в структуре психической патологии расстройств депрессивного спектра возрастает удельный вес психогенных непсихотических депрессий, в развитии которых ведущая роль принадлежит неблагоприятным средовым факторам и индивидуальной личностной уязвимости [1, 5, 8, 9, 11]. Развитие депрессивных расстройств приводит к дезадаптации, нарушению социальной активности и функционирования больных в общественной, семейной, бытовой, профессиональной сферах, снижению трудоспособности, ценности и «качества» жизни, суи-

цидальным поступкам, вторичной алкоголизации, наркотизации и иным девиациям поведения [4].

Одним из основных звеньев в патогенезе аффективных расстройств у женщин рассматривают особенности когнитивной переработки психогенной информации, связанные с идеаторными процессами, вниманием и памятью. Современные социально-психологические и экологические факторы формируют повышенное стрессовое воздействие на женщину. В результате стресс - индуцированных перестроек нервной, эндокринной и иммунной систем возникает генерализованное влияние психопатологических симптомов на поведенческий и физиологический гомеостаз человека [10, 12]. Основным качеством психической травмы в плане патогенности является избирательность ее действия по отношению к преморбидным особенностям, включающим в себя личностное ядро женщины, а также ее биологическую и физиологическую составляющие [2]. Для женщин характерны повышенная когнитивная переработка результатов психотравмирующей ситуации и отрицательный прогноз исходов, что связано с особенностью их нейропсихологических процессов [12].

В связи с этим, определенный интерес представляет изучение психических и поведенческих расстройств у лиц с воспалительными заболеваниями женской репродуктивной системы (ВЗЖРС), обусловленных инфекциями, передающимися половым

путем (ИППП). Нередко само известие, факт наличия воспалительного заболевания репродуктивной системы, обусловленного ИППП, вызывает у женщины выраженный психоэмоциональный стресс, сопровождаемый аффективной патологией, интенсивность и длительность которой могут быть весьма различными. Вместе с тем, ИППП, в частности, урогенитальный хламидиоз, не имея характерной клинической картины, нередко протекает бессимптомно, затрудняет своевременную диагностику заболевания, предупреждение его распространения [3, 10]. Семантика диагноза, его последствия для инфицированной, длительное течение заболевания, невыясненная причина, отсутствие эффекта от многократно проводимой терапии и относительно большие при этом материальные затраты, способствуют формированию расстройств депрессивного спектра у женщин с половыми инфекциями.

Современная клиническая квалификация аффективных нарушений предполагает не только оценку выраженности депрессии, но и определение ее типа (Семин И.Р., Вершинина В.Е., Кухлева Т.А., 2004). Наряду с тоской, структура эмоциональной составляющей депрессии включает элементы тревоги и апатии, находящиеся в определенном соотношении. Преобладание по степени выраженности одного из них определяет структуру и характер депрессии в целом. В зависимости от ведущего аффекта выделяют тоскливые, тревожные, апатические и недифференцированные варианты депрессии (Вертоградова О.П., 1983). Поэтому представляется правомерным рассмотрение структурной организации депрессивного состояния с учетом ведущего аффекта и типа депрессивной триады.

Целью работы явилось изучение основных клинико-психопатологических особенностей формирования расстройств депрессивного спектра (РДС) у больных с половыми инфекциями для совершенствования критериев диагностики и выработки наиболее оптимальной терапевтической тактики.

Материал и методы

В период с 2004 по 2006 гг. проведено обследование 250 женщин преимущественно репродуктивного возраста, обратившихся в женские консультации г.Гродно и Гродненской области. Возраст больных составлял от 17 до 49 лет. Средний возраст – $28,0 \pm 5,86$ лет. Критериями включения являлись документально подтвержденный урогенитальный хламидиоз (РИФ, ИФА, ПЦР), наличие связи начала клинических проявлений заболевания и содержания РДС с идентифицируемым стрессовым фактором, непсихотический уровень РДС, отсутствие выраженных соматоневрологических нарушений, соответствие диагностическим рубрикам МКБ-10.

Материалом исследования являлись данные комплексного изучения РДС – клинико-психопатологическое исследование сочеталось с клинико-психологическим, клинико-биологическим и стати-

стическим методами исследований.

Для психопатологической оценки состояния использовалась клинико-психопатологическая карта, включающая 256 квалифицированных симптомов и признаков, ранжированных по выраженности от 0 до 2-х баллов, разработанная на кафедре психиатрии с курсом общей психологии ГрГМУ. Для оценки выраженности и терапевтической динамики РДС применялись опросник депрессии Бека, состоящий из 21 группы утверждений, из которых пациентка должна выбрать наиболее адекватные для своего состояния и шкала депрессии Гамильтона, включающая квалифицированный 21 признак.

Клинико-психологическое исследование оценки личностной структуры больных включало использование Фрайбургского личностного опросника (модифицированная форма В). Для анализа особенностей ассоциаций, возникающих в ответ на предъявление слов-стимулов, взаимосвязанных с аффективными характеристиками личности, применялся тест «Пиктограмма» (Лурия А., 1961; Драгунская Л.С., 1976; Херсонский Б.Г., 1988).

Статистическую обработку полученных данных осуществляли по общепринятым методам вариационной статистики с использованием пакета компьютерных программ STATISTICA 6.0. Применялись методы параметрической и непараметрической статистики: кластерный анализ, корреляционный анализ Спирмена, ANOVA, тест Колмогорова-Смирнова.

Результаты и обсуждение

Изучение анамнестических и общеклинических данных обследованных больных выявило следующие результаты. Наиболее частыми гинекологическими заболеваниями репродуктивной системы обследованных женщин были хроническое воспаление шейки матки, маточных труб, эндометрия, патология шейки матки, бесплодие, неразвивающаяся беременность. Псевдоэрозия шейки матки выявлена чаще у женщин с невынашиванием и неразвивающейся беременностью.

При анализе репродуктивной функции женщин, страдающих хронической хламидийной урогенитальной инфекцией, установлено, что чаще наблюдались позднее наступление менархе, нарушение менструальной функции по типу гиперполименореи, удлинение менструального цикла. В 13,6% случаев отмечался нерегулярный характер месячных, которые в 20,8% случаев сопровождались болезненными ощущениями. Количество искусственных прерываний беременности в анамнезе – аборт зарегистрировано у 35 (14%) пациенток, регуляций менструального цикла – у 61 (24,4%) больной, выкидышей – у 12 (4,8%) женщин.

Возраст начала половой жизни у обследованных женщин имел тенденцию к очевидному омоложению в более молодой возрастной категории (17-25 лет) по сравнению с более старшей. Подобная тенденция прослеживалась и при анализе количества половых партнеров в течение года перед заболеванием. Половой контакт с постоянным

партнером предпочитала половина обследованных женщин (51,6%), с двумя и более половыми партнерами – 37,6%. При этом в половой контакт во время месячных вступали 23,6% пациенток, испытывали болезненность при совокуплении 20% женщин. Прерванный половой акт или совокупление в «безопасные дни», как метод физиологической контрацепции, предпочитали 19,6% обследованных. Барьерную контрацепцию использовали (колпачок, презерватив) 28,8% женщин, гормональную – 21,6%, внутриматочную (контрацептивы, спирали, спринцевания) – 11,6% женщин. Многие из обследованных женщин не только не знали, для чего нужно спринцевание, но и что такое спринцевание.

Наследственность у большинства больных (85%) психопатологически не отягощена. В 10% случаев у родственников наблюдались аффективные нарушения, представленные преимущественно РДС, в 5% случаев – алкогольной зависимостью. Распределение исследованных больных в зависимости от возраста представлено на рис. 1.

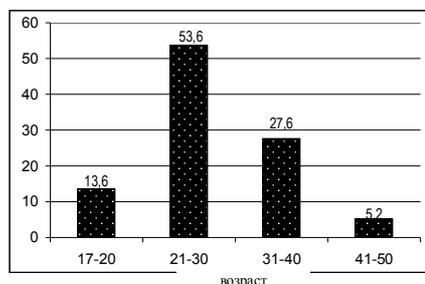


Рис. 1. Возрастные категории обследованных больных

Как видно из рис. 1, преобладали больные в возрастной группе от 21 до 30 лет. Вышее, среднее и среднее специальное образование имели 91,2% обследованных, у остальных – начальное, неполное среднее и незаконченное высшее образование. При наличии у большинства больных среднего, среднего специального и высшего образования лица, занятые в области бизнеса, умственного труда и культуры составили лишь 33,6%. Остальные пациентки либо не имели определенной занятости, либо не работали вовсе, либо выполняли работу, не соответствующую полученному образованию, что можно расценить как дополнительный фактор социальной дезадаптации.

Установлено, что в 28,8% случаев пациентки воспитывались в неполных семьях, что могло способствовать формированию личностной уязвимости к воздействию различных психотравмирующих факторов, стрессовых событий в жизни. Выявлено, что в детстве у 36% обследованных женщин в воспитании преобладали излишняя строгость, требовательность, жесткие, порой антагонистические тенденции. В 20% случаев в детско-подростковом возрасте имели место различные транзиторные невротические реакции, сопровождавшиеся нарушением поведения, чаще всего в виде реакции оппозиции.

Распределение обследованных больных в зависимости от семейного положения представлено на рис. 2.

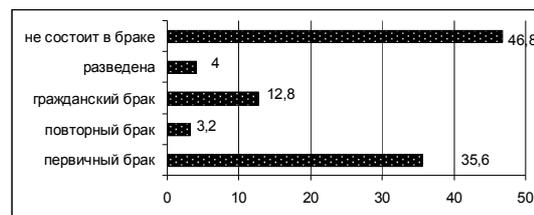


Рис. 2. Распределение больных в зависимости от их семейного положения

Как видно из рис. 2, в 46,8% случаев пациентки не вступали в брак, 12,8% находились в гражданском и 3,2% - в повторном браке, 4% обследованных больных были разведены, что можно расценивать как фактор социальной неустойчивости. 50,8% обследованных женщин имели детей, 35,6% - состояли в первичном браке и проживали с семьей.

Среди психологических и социальных влияний первостепенную роль играет отношение пациента к собственному заболеванию. Для большинства больных с половыми инфекциями (75%) была характерна высокая субъективная значимость переживания «телесного» неблагополучия (гипернозогнозия), что способствовало развитию РДС. Вместе с этим, определенная роль в их развитии была связана с действием психотравмирующего фактора, содержанием которого являлась информация о наличии заболевания и его последствиях для здоровья, представлявших очевидную опасность для полноценной жизни женщины. В ряде случаев развитию депрессии предшествовали воздействия нескольких стрессоров одновременно. Это такие стрессовые события, как конфликт с партнером, ревность, супружеская измена, напряженная работа, потеря престижа, материальное неблагополучие, разрыв партнерских отношений, сексуальные проблемы, неразделенная любовь, разлука, одиночество. Длительность актуальной психотравмы к моменту обследования в 60% случаев составляла от 4 до 6 месяцев, в 30% случаев – 1-3 месяца и в 10% случаев – более года.

Весьма существенными для ряда больных были ограничения, налагаемые психическим страданием на бытовую активность и профессиональную деятельность, снижающие ценность жизни. Наличие тревожно-депрессивной симптоматики негативно влияло на приверженность больных к рекомендованной психофармакотерапии, которые формально относились к выполнению врачебных назначений и рекомендаций по лечению и психопрофилактике РДС, ведению здорового образа жизни, «политкорректности в интимных отношениях», отказу от курения, необходимости ограничения алкоголя и т.д. Вместе с тем, больные предъявляли жалобы на эмоциональную неустойчивость, социальную нестабильность, более низкое качество

жизни. В ряде случаев у них наблюдались экзаксация психического расстройства.

Ситуационные факторы, провоцирующие развитие депрессии, не имея выраженных различий по своему формальному содержанию, существенно различались по характеру личностного восприятия. Анализ эмоциональных переживаний психотравмирующей ситуации показал неоднозначность восприятия больными сходных по содержанию психотравмирующих жизненных событий. Следует отметить, что в большинстве случаев встречаются различные сочетания эмоциональных переживаний. Варианты эмоциональных переживаний у обследованных больных представлены в таблице 1.

Таблица 1. Эмоциональное переживание события

№	Содержание эмоционального переживания	Количество больных	
		Абс.	%
1	Тревога, страх, испуг, боязнь	173	69,2
2	Обида, унижение, чувство жалости к себе	143	57,2
3	Раздражение, недовольство, возмущение, ненависть	104	41,6
4	Тоска, печаль, грусть	57	22,8
5	Бессилие, отрешенность, беспомощность, растерянность, отчаяние, безнадежность	18	7,2
6	Стыд, сожаление, раскаяние, вина	23	9,2

Как видно из табл. 1, наибольшее количество эмоциональных переживаний сопровождалось выраженной тревожной модальностью. Следует отметить, что среди обследованных лиц эмоции агрессивного плана (раздражение, недовольство, возмущение, ненависть) чаще встречались по сравнению с собственно депрессивной модальностью, представленной тоской, печалью, грустью, бессилием, беспомощностью, отчаянием. Вместе с тем, у половины обследованных женщин эмоциональные переживания включали в себя чувство обиды, унижения, жалости к себе. Более, чем в 90% случаев встречались различные сочетания эмоциональных переживаний.

Большое значение в формировании РДС имели преморбидные черты характера. Следует отметить, что особенности личности больных не достигали степени личностного расстройства. Вместе с тем, практически во многих случаях можно было отметить акцентуации тех или иных черт. В соответствии с диагностическими критериями МКБ-10 выявлялись следующие акцентуации: тревожные (20%), зависимые (6%), гистрионные (28%), ананкастные (8%), шизоидные (6%), эмоционально-неустойчивые (4%) и параноидные (1,6%). Преобладание гистрионных и психастенических черт способствовало не только развитию РДС, но и их протрагированию, переходу в волнообразное, затяжное течение. В преморбиде у таких больных отмечались повышенный эгоцентризм, привязанность к близким в сочетании с деспотическим к ним отношением, повышенная самооценка с элементами самолюбования, особенно в области своих физических качеств.

Анализ распределения больных в зависимости от диагноза основного психического расстройства позволил выделить следующие диагностические рубрики, представленные в таблице 2.

Таблица 2. Распределение обследованных больных в зависимости от диагноза основного психического расстройства (n=250)

№	Диагноз по МКБ-10	Код диагноза	Количество больных	
			Абс.	%
1	Депрессивный эпизод легкой и средней степени выраженности	F32.0; F32.1	63	54,7
2	Рекуррентное депрессивное расстройство, повторный эпизод легкой, средней степени	F33.0; F 33.1	6	5,2
3	Хронические депрессивные состояния - дистимия	F34.1	10	8,6
	Смешанное тревожное и депрессивное расстройство	F41.2	8	6,9
4	Расстройство адаптации с кратковременной депрессивной реакцией, со смешанной тревожной и депрессивной реакцией, смешанного расстройства эмоций и поведения	F 43.20; F 43.22; F 43.25	28	24,3
ВСЕГО			115	46

Основной диагностической дефиницией, как видно из табл.2, является депрессивный эпизод легкой и средней степени выраженности. Расстройство адаптации было также наиболее часто встречающейся патологией среди обследованных женщин. Сопутствующая патология в 7,82% случаев встречалась в виде соматоформной вегетативной дисфункции. В 1,73% случаев коморбидность представлена паническим, и в 2,6% случаев – ипохондрическим расстройствами.

Изучение распределения принадлежности РДС в зависимости от ведущего аффекта выявило преобладание тревожного (75,6%) и тоскливого (14,7%) диапазонов над апатическим (6,1%) и недифференцированным (3,4%). Преобладание ситуационных расстройств тревожного диапазона депрессивного спектра свидетельствует об их весомой распространенности в общей медицинской практике.

Ситуационные депрессии тревожного диапазона развивались преимущественно у личностей с гистрионными, тревожными и зависимыми чертами. Психопатологическая структура депрессии характеризовалась симптомами, отличающими этот диапазон от других: гипотимия с тревогой, эмоциональная неустойчивость, эмоциональная слабость, идеаторное и двигательное возбуждение, ощущение общего физического напряжения, снижение физического тонуса, активности, физическая и умственная истощаемость, нарушение концентрации внимания, нарушение запоминания, гиперестезия, обостренное самонаблюдение, чувство безнадежности в сочетании с мерцающей астенической симптоматикой, алгиями, другими телесными сенсациями, дневная сонливость, вазомоторная лабильность, головные боли, головокружения, колебания артериального давления с тенденцией к гипотонии, непереносимость жары, духоты, особенно в переполненном транспорте, повышенная метеотропная чувствительность.

Ситуационные депрессии тоскливого диапазона развивались преимущественно у личностей с ананкастными чертами в ситуациях, имеющих индивидуальное этическое значение, обусловленных невозможностью разрешения конфликта. К числу наиболее характерных признаков расстройств тоскливого диапазона депрессивного спектра относились тоска, снижение побуждений, болезненная

психическая анестезия, снижение аппетита и либидо, снижение физического тонуса, идеи малоценности и самообвинения, эмоциональная неустойчивость, нарушения сна в виде ранних пробуждений, склонность к суточным колебаниям аффекта, ощущение тяжести в груди, неустойчивость артериального давления, снижение массы тела. Кроме того, для депрессий тоскливого диапазона были характерны симптомы, относимые к тревожному диапазону в виде беспредметной тревоги, фобий и вазомоторной лабильности.

Ситуационные депрессии апатического диапазона развивались преимущественно у личностей с шизоидными чертами. Для ситуационных депрессий апатического диапазона наиболее характерны такие симптомы, как апатия, гипотимия, эмоциональная неустойчивость, раздражительность вплоть до дисфории, идеи обвинения окружающих, ипохондрические фиксации, психическая анестезия, витальный страх. Психопатологическая картина представлена гипотимией с апатией, эмоциональной неустойчивостью, симптомокомплексом апатического и анестетического регистра с тревожной и дисфорической симптоматикой, маскировавшей основные апатические проявления, анестетическими расстройствами, психической анестезией, раздражительностью, дисфорическими включениями с идеями обвинения окружающих, ипохондрической настроенностью с жалобами на головные, мышечные боли, боли в области сердца и живота, витальным страхом в виде страха потери контроля, потливостью, ощущением жара в теле, ощущением нехватки воздуха, вазомоторной лабильностью, затруднениями при засыпании, запорами.

Таким образом, результаты проведенного исследования позволяют сделать следующие **выводы**:

1. У женщин, больных урогенитальным хламидиозом, имеются психические расстройства, представленные различными диапазонами ситуационных расстройств депрессивного спектра.

2. Ситуационные расстройства депрессивного спектра проявляются в аффективных и некоторых когнитивных особенностях, определяющих формирование психопатологических характеристик депрессии и специфику личностного восприятия психотравмирующей ситуации.

3. Формирование ситуационных расстройств депрессивного спектра у больных с урогенитальным хламидиозом происходит под влиянием таких факторов, как отсутствие занятости или выполнение работы, не соответствующей полученному образованию; актуальность и личностная уязви-

мость к воздействию психотравмирующих факторов; антагонистические тенденции воспитания в детстве; социальная неустроенность; высокая субъективная значимость переживания; премоурбидные особенности личности.

4. Отличительной особенностью психотравмирующих факторов, участвующих в формировании ситуационных расстройств депрессивного спектра, является их сочетанность, социальный оттенок и субъективная непреодолимость.

5. Наличие ситуационных расстройств депрессивного спектра у больных с урогенитальным хламидиозом негативно влияет на клиническое течение заболевания и его прогноз.

6. Выявленные особенности ситуационных расстройств депрессивного спектра у больных с урогенитальным хламидиозом могут быть их диагностическими критериями и должны учитываться при проведении лечения.

7. Междисциплинарный клинический подход, позволяющий осуществить системную оценку состояния больного, является необходимым условием для определения клинической модели болезни, в соответствии с которой должны строиться лечебно-диагностические мероприятия и реабилитационные программы.

Литература

1. Александровский Ю.А. Пограничная психиатрия и современные социальные проблемы. - М., 1996.
2. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства: Учебное пособие. - М., 2000.
3. Барановская Е.И. Хламидийная инфекция и репродуктивная функция женщин / Е.И. Барановская, С.В. Жаворонок, Л.Н. Мельникова. - Мозырь: ООД ИД «Белый ветер», 2002. - 128с.
4. Головизнина О.Л. Клинико-психологическая дифференциация больных с психогенными (непсихотическими) депрессиями // Российский психиатрический журнал. - 2004. - № 4. - С.4 - 8.
5. Дмитриева Т.Т. // Российский психиатрический журнал. - 1999. - №3. - С.9-14.
6. Масюкова С.А. Инфекции, передающиеся половым путем // Фармацевтический вестник. - 2004.
7. Михайлов Б.В. Проблема депрессий в общесоматической практике // Международный медицинский журнал. - 2003. - Т. 9, № 3. - С. 22 - 27.
8. Павлова М.С., Головизнина О.Л., Низова А.В. // Российский психиатрический журнал - 2003. - №4. - С.7-11.
9. Смулевич А.Б., Дубицкая Э.Б., Тхостов А.Ш. и др. // Депрессии и коморбидные расстройства / Под ред. А.Б.Смулевича. - М., 1997. - С.28-54.
10. Устюжанина Л.А., Прилепская В.Н. Патология шейки матки при хламидийной инфекции. Возможности комплексной терапии // Акушерство и гинекология. - 2000. - № 5. - С. 20-22.
11. Akiskal H. Et al. // Arch. Gen. Psychiatry. - 1983. - Vol. 40. - P. 801 - 810.
12. Anderson J.L. // Adv. Neuroimmunol. - 1996. - Vol. 6. - P. 119-129.

Поступила 31.07.07