

медицинских вузах необходимо уделять большее внимание проблеме эвтаназии. Необходимо выработать у будущих врачей серьезное отношение к своей профессии, чувство ответственности за каждого пациента, понимание высокой значимости человеческой жизни, а также сформировать высокий моральный облик студента-медика и помочь ему сделать правильный жизненный выбор.

ВЛИЯНИЕ ПСИХОТЕРАПИИ НА ДИНАМИКУ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫХ И НЕЙРОВЕГЕТАТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У ЖЕНЩИН В ПЕРИМЕНОПАУЗЕ

Таболіна А.А., Байкова І.А.

*Белорусская медицинская академия последипломного образованияг. Минск,
Республика Беларусь*

Введение. С наступлением менопаузы, в перименопаузе, начинается вторая половина жизни женщины с характерными для нее процессами инволюции, изменениями социальной роли женщины, возникновением новых, вынужденных функций, на протяжении которой состояния подавленности, колебания настроения, тревожности, вегетативные проявления становятся более частыми, чем в первой половине жизни, существенно снижающих качество жизни женщин данной возрастной группы. Психоэмоциональные и нейровегетативные расстройства способны утяжелить протекание не только климактерического периода, но течение всех хронических заболеваний, которыми страдает женщина.

Рекомендуемая менопаузальная гормональная терапия имеет ряд противопоказаний и побочных эффектов. Больным с психическими заболеваниями противопоказано назначение гормональных препаратов, особенно гестагенов, андрогенов и комбинированных средств, вызывающих обострение состояния. Чтобы сделать период перименопаузы, а в дальнейшем и постменопаузы, не только менее затруднительным и болезненным, но и способствовать благополучию женщины, необходимо

включить психотерапию в коррекцию психоэмоциональных и нейровегетативных нарушений, начиная с периода перименопаузы.

Цель работы: оценка эффективности использования программы психотерапевтической коррекции психоэмоциональных и нейровегетативных нарушений у женщин в перименопаузе.

Материалы и методы исследования

В исследование были включены давшие информированное согласие 48 пациентов в возрасте от 39 до 54 лет. Изначально пациенты обратились за помощью в консультативный кабинет патологии климакса УЗ «ГГБ» и в дальнейшем были направлены врачом-акушером-гинекологом на прием к врачу-психотерапевту. Исследование проводилось в период с 2012 г. по 2014 г. У всех пациентов анализировались результаты обследований, подтверждающие отсутствие декомпенсированной соматической патологии. С целью оценки результатов коррекции психоэмоциональных и нейровегетативных нарушений у женщин в перименопаузе все исследуемые случайным образом были распределены на две группы, которые значимо не отличались между собой по возрасту и сроку отсутствия менструации.

1-я группа – основная. Пациенты проходили комплексное лечение: медикаментозную терапию (менопаузальную гормональную терапию – МГТ – фемостон 1/10) и психотерапию.

2-я группа – контрольная. Пациенты получали только медикаментозное лечение: МГТ – фемостон 1/10.

Оценка уровня тревоги и депрессии основывалась на данных клинического метода (высказываемых пациентами жалобах, данных анамнеза и опроса, результатах объективного обследования больных и наблюдения за ними), которые подтверждались результатами шкалы депрессии Бека (Beck's Depression Inventory - BDI) и шкалы тревоги Спилбергера-Ханина. Тяжесть климактерического синдрома и эффективность проводимого лечения оценивались в баллах с помощью

модифицированного менопаузального индекса Куппермана - Уваровой (ММИ), содержащего шкалы нейровегетативных, обменно-эндокринных (метаболических) и психоэмоциональных симптомов.

Анализ полученных данных производился с помощью методов математико-статистической обработки с использованием встроенных математических функций ПЭВМ (Microsoft Excel, SPSS). Количественные данные представлены в виде медианы (Me) и квартильного размаха (LQ - нижняя квартиль, UQ – верхняя квартиль). Для всех критериев и тестов величина критического уровня значимости принималась равной 0,05, т.е. различия признавались статистически значимыми при $p \leq 0,05$.

Результаты исследования и обсуждение

Характеристика исследуемой и контрольной групп по возрасту, сроку отсутствия менструации представлена в таблице 1.

Таблица 1 – Характеристика исследуемой и контрольной групп по возрасту, сроку отсутствия менструации

Параметр	Основная группа, n = 24	Контрольная группа, n = 24
Возраст, г (Me (LQ-UQ))	45,0 (43,0-51,0)	50,0 (39,8-52,8)
Срок отсутствия последней менструации, мес (Me (LQ-UQ))	4,5 (1,3-20)	2,0 (1,0-5,8)

Терапевтическая эффективность различных способов лечения оценивалась сразу после проведения психотерапии (через 3 месяца) и через 9-12 месяцев по изменению структуры жалоб и симптомов проявления психоэмоциональных, нейровегетативных нарушений, климактерического синдрома, по динамике психопатологических показателей. По исходным показателям терапевтические группы были сопоставимы.

Таблица 2 – Сравнительная оценка динамики уровня депрессии по результатам шкалы Бека (Me (LQ-UQ))

№	Показатель	Исходно	Через 3 месяца	Через 12 месяцев	<i>p</i> ₁₋₂	<i>p</i> ₁₋₃	<i>p</i> ₂₋₃
		1	2	3			
1	МГТ+ПТ (основная группа)	16,5 (15,0-23,5)	7,0 (5,0-8,8)	8,0 (4,2-11,5)	0,003	0,003	<i>0,131</i>
2	МГТ (контрольная группа)	14,5 (10,8-18,5)	13,0 (9,0-19,0)	16,0 (10,2-22,5)	<i>0,167</i>	<i>0,766</i>	0,026
<i>p</i> ₁₋₂		<i>0,174</i>	0,007	0,010			

Согласно представленным данным после проведенного лечения (через 3 месяца) отмечалась значимая редукция депрессии в основной группе от умеренной депрессии до показателя «отсутствие депрессивной симптоматики». Практически такой же «уровень» отмечался и через 12 месяцев наблюдения. В контрольной группе, несмотря на незначительное снижение уровня депрессии через 3 месяца – легкая депрессия, наблюдалось увеличение депрессивных симптомов до уровня умеренной депрессии через один год приема МГТ.

Полученные данные динамики реактивной и личностной тревожности (РТ и ЛТ) по результатам шкалы Спилбергера-Ханина в исследуемых группах представлены в таблицах 3 и 4.

Таблица 3 – Сравнительная оценка динамики уровня реактивной тревожности по результатам шкалы Спилбергера-Ханина в группах исследования (Me (LQ-UQ))

№	Показатель	Исходно	Через 3 месяца	Через 12 месяцев	<i>p</i> ₁₋₂	<i>p</i> ₁₋₃	<i>p</i> ₂₋₃
		1	2	3			
1	МГТ+ПТ (основная)	43,5 (38,5-49,8)	35,0 (29,5-36,0)	35,0 (30,0-39,5)	0,007	0,003	<i>0,222</i>
2	МГТ (контрольная)	41,0 (36,2-48,2)	40,0 (37,0-49,0)	44,0 (39,8-52,2)	<i>0,824</i>	0,021	0,036
<i>p</i> ₁₋₂		<i>0,524</i>	0,011	0,002			

Согласно представленным данным после проведенного лечения только в основной группе произошло значимое снижение уровня реактивной тревожности, без тенденции, к увеличению спустя 12 месяцев. В

контрольной группе через 3 месяца приема МГТ статистически значимых различий показателя РТ не отмечалось. Следует отметить, что через 12 месяцев уровень РТ возрос, превышая даже исходные показатели. На всех этапах наблюдений в исследуемых группах уровень РТ соответствовал умеренной тревожности.

Таблица 4 – Сравнительная оценка динамики уровня личностной тревожности по результатам шкалы Спилбергера-Ханина в группах исследования (Me (LQ-UQ))

№	Показатель	Исходно	Через 3 месяца	Через 12 месяцев	<i>p</i> ₁₋₂	<i>p</i> ₁₋₃	<i>p</i> ₂₋₃
		1	2	3			
1	МГТ+ПТ (основная)	55,5 (52,0-56,8)	43,5 (39,0-48,2)	41,0 (36,2-47,0)	0,002	0,002	0,324
2	МГТ (контрольная)	48,0 (43,8-59,2)	43,0 (40,0-48,0)	45,0 (40,8-52,0)	0,012	0,414	0,011
<i>p</i> ₁₋₂		0,093	0,951	0,105			

Из таблицы 4 видно, что значимое снижение ЛТ (через 3 месяца) отмечалось только в основной группе от высокой тревожности до умеренной, которая сохранилась и через 12 месяцев наблюдения. В контрольной группе показатель ЛТ незначительно снизился ко 2 сроку наблюдений (от высокой до умеренной тревожности) и статистически значимо вырос до высокой тревожности к 3-му-через 12 месяцев.

Таблица 5 – Сравнительная оценка динамики значений нейровегетативного компонента модифицированного менопаузального индекса (ММИ) Куппермана в модификации Уваровой в группах исследования (Me (LQ-UQ))

№	Показатель	Исходно	Через 3 месяца	Через 12 месяцев	<i>p</i> ₁₋₂	<i>p</i> ₁₋₃	<i>p</i> ₂₋₃
		1	2	3			
1	МГТ+ПТ (основная)	22,5 (14,8-28,2)	15,0 (10,0-19,8)	13,5 (11,0-19,5)	0,003	0,003	0,714
2	МГТ (контрольная)	24,5 (20,2-26,8)	20,0 (15,0-24,0)	21,5 (16,0-25,0)	0,013	0,014	0,918
<i>p</i> ₁₋₂		0,488	0,072	0,023			

Через 3 месяца после терапии анализ нейровегетативного компонента ММИ выявил статистически значимое снижение данного показателя до слабой степени тяжести у пациентов основной и контрольных групп, по

сравнению с исходными данными, когда этот компонент в обеих группах соответствовал средней степени тяжести. Медианные значения нейровегетативного компонента на втором сроке наблюдений достоверно не различались ($p = 0,072$). Однако статистически значимая картина отмечалась через 12 месяцев наблюдений ($p_{1-2} = 0,023$), когда медианное значение нейровегетативного компонента в контрольной группе возросло до средней степени тяжести, в то время как в основной оставалось на уровне слабой степени. На всех сроках наблюдений в 2-х исследуемых группах метаболический компонент ММИ соответствовал слабой степени тяжести.

Таблица 6 – Сравнительная оценка динамики значений психоэмоционального компонента ММИ Куппермана в модификации Уваровой в группах исследования (Me (LQ-UQ))

№	Показатель	Исходно	Через 3 месяца	Через 12 месяцев	p_{1-2}	p_{1-3}	p_{2-3}
		1	2	3			
1	МГТ+ПТ (основная)	9,5 (7,2-11,8)	5,5 (3,3-7,0)	6,5 (3,2-7,0)	0,002	0,003	0,059
2	МГТ (контрольная)	9,0 (6,0-11,8)	8,0 (6,0-11,0)	8,0 (7,0-12,5)	0,176	0,856	0,085
p_{1-2}		0,728	0,030	0,003			

Из таблицы 6 видно, что исходные медианные показатели психоэмоционального компонента ММИ в обеих группах статистически не различались и соответствовали средней степени тяжести. Через 3 месяца терапии только в основной группе отмечалось значимое снижение исследуемого компонента ($p = 0,002$) до слабой степени тяжести. После 12 месяцев наблюдений медианные значения психоэмоционального компонента в основной группе соответствовали слабой степени тяжести, а в контрольной – средней степени. Различия были статистически значимы ($p = 0,003$)

Через 3 месяца медианные уровни ММИ уменьшились у пациентов в основной и контрольной группах до слабой степени тяжести, однако статистически значимое уменьшение отмечалось только в основной группе ($p = 0,003$). Спустя 12 месяцев ММИ соответствовал слабой степени тяжести в

обеих группах, хотя медианные значения этого показателя отличались статистически значимо ($p = 0,016$).

Заключение. По результатам анализа можно сделать выводы, что проведение комплексного лечения с применением медикаментозной терапии (МГТ) и психотерапевтической программы способствуют улучшению психоэмоционального состояния, редукции тревожно-депрессивной симптоматики, в том числе в виде соматовегетативных проявлений, снижению частоты и степени выраженности приливов, что значимо повышает качество жизни женщины в перименопаузе.

Таким образом, результаты клинического применения психотерапии при лечении психоэмоциональных и нейровегетативных нарушений у женщин в перименопаузе говорят о более высокой терапевтической эффективности при ее использовании, что оправдывает ее применение в практическом здравоохранении.

ИССЛЕДОВАНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ У ВРАЧЕЙ НА РАЗНЫХ ЭТАПАХ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО СТАНОВЛЕНИЯ

Уланова Н.Н.

*Рязанский государственный медицинский университет имени
академика И.П. Павлова
г. Рязань, Российская Федерация*

Представления о благополучии современного человека не только основываются на определенном уровне материального благосостояния, но и подразумевают рассмотрение особенностей такой категории как здоровье. Изменения, происходящие различных сферах жизни человека, влекут за собой радикальные изменения в психологии, ценностных ориентациях людей, а также изменяется и их представление и отношение к здоровью.

Отношение к здоровью - один из центральных, но пока еще очень слабо разработанных вопросов психологии здоровья.