

## Формирование психических расстройств при дисменорее в раннем репродуктивном возрасте

Насырова Р.Ф.<sup>1, 2</sup>, Сотникова Л.С.<sup>2</sup>

### Formation of mental disorders in dysmenorrhea at early reproductive age

Nasyrova R.F., Sotnikova L.S.

<sup>1</sup> НИИ психического здоровья СО РАМН, г. Томск

<sup>2</sup> Сибирский государственный медицинский университет, г. Томск

© Насырова Р.Ф., Сотникова Л.С.

Проведено клинико-психопатологическое обследование, а также изучено качество жизни пациенток с дисменореей в периоде пубертата и в раннем репродуктивном возрасте. Выявлено, что психические нарушения при изучаемой нозологии характеризуются высокой распространенностью. У девушек-подростков с данной патологией чаще встречались невротические реакции, у женщин с дисменореей в раннем репродуктивном возрасте преобладали стойкие невротические состояния. Показано, что формирование и динамику психических расстройств детерминировали соматогенные, психогенные и социальные факторы.

**Ключевые слова:** психические расстройства, дисменорея, ранний репродуктивный период, период пубертата.

Clinical-psychopathological examination has been carried out as well as quality of life has been studied in female patients with dysmenorrhea in period of puberty and at early reproductive age. It has been revealed that mental disturbances in studied nosology were represented by their high prevalence. In girls-adolescents with this pathology neurotic reactions were found more frequently, in women with dysmenorrhea at early reproductive age persistent neurotic states predominated. It has been shown that formation and dynamic of mental disorders were determined by somatogenic, psychogenic and social factors.

**Key words:** mental disorders, dysmenorrhea, early reproductive period, period of puberty.

УДК 618.175-053.6/7:616.89-008

#### Введение

Дисменорея (альгоменорея, альгодисменорея) как нарушение менструальной функции включает в себя широкий спектр нейровегетативных, обменно-эндокринных, психических и эмоциональных отклонений, ведущее проявление которых — болевой синдром. Тенденцией настоящего времени считается повышение частоты дисменореи тяжелой степени и ее декомпенсированной формы, а также увеличение контингента молодых пациенток. Есть мнение, что в патогенезе дисменореи основное значение принадлежит врожденному или приобретенному нарушению синтеза и обмена простагландинов. Обсуждается также гормональная

теория, основанная на чрезмерном действии эстрогенов при недостаточном количестве прогестерона [4].

В последнее время изучению репродуктивного здоровья женщин уделяется особое внимание, что объясняется прежде всего критическими показателями рождаемости в Российской Федерации. Среди соматических заболеваний, сопровождающихся психическими нарушениями, гинекологическая патология занимает значимые позиции [3, 9]. Вместе с тем соматические заболевания оказывают патогенное воздействие на психику, наиболее уязвимую в периоды гормональных и психофизиологических изменений, к которым относится прежде всего период пубертата [2, 6]. В периоды жизни женщины,

связанные с гормональной перестройкой организма, часто возникают или обостряются психические заболевания. Кроме того, многочисленные стрессовые ситуации и экстремальные воздействия приводят к дестабилизации психического здоровья, проявляясь на донозологическом и нозологическом уровнях психических нарушений, клинические формы которых характеризуются выраженным полиморфизмом.

## **Материал и методы**

После получения информированного согласия обследовано 100 пациенток с дисменореей, которые были распределены на две клинические группы: 1-я группа — 50 человек в возрасте от 14 до 18 лет (период пубертата по ВОЗ) (средний возраст составил  $(16,1 \pm 1,8)$  года) и 2-я группа — 50 человек в возрасте от 18 до 23 лет (ранний репродуктивный период по ВОЗ) (средний возраст  $(20,5 \pm 1,8)$  года).

В более старшем возрасте в структуре дисменореи преобладает ее вторичная форма, которая обусловлена приобретенной органической патологией репродуктивной системы, как правило, воспалительного характера. В данном случае основным критерием включения в исследование являлось наличие первичной дисменореи функционального генеза, которая возникла через 1,5–2 года после менархе и совпала со временем установления овуляторных циклов.

Клиническое обследование начинали с изучения анамнеза (генеалогический анамнез, течение антенатального периода, условия жизни, особенности питания, перенесенные инфекции и интоксикации, наличие стрессовых ситуаций, степень физических нагрузок, наличие эндокринных нарушений и экстрагенитальных заболеваний). Для подростков оценивали степень физического развития (Stuart C., Meredith H., 1930) [4], стадию половой зрелости (Tanner J., 1959) [4], костный возраст (Grenlich W., Ryle S., 1962) [4]. Состояние половых органов исследовали влагалищно-абдоминальным и (или) ректоабдоминальным методами и ультразвуковым сканированием (УЗС) с помощью аппарата AloKa-SSD (Япония). По показаниям проводили эндоскопи-

ческие исследования с использованием набора фирмы Storz (Германия). Функциональную активность половых желез и состояние гонадотропной регуляции определяли по содержанию эстрадиола, прогестерона, лютеинизирующего (ЛГ), фолликулостимулирующего гормонов (ФСГ) и пролактина (ПЛ) в сыворотке крови с использованием стандартных наборов фирмы Hoffman la Rosh (Франция). Проводилось кольпоцитологическое исследование с описанием мазков по Geist, Salmon (1939) [4].

Диагностика патологии печени осуществлялась с помощью УЗС и оценки биохимических показателей. Состояние щитовидной железы оценивалось по результатам основного обмена, данным УЗС, содержанию тиреотропного гормона, трийодтиронина, тироксина в сыворотке крови («Стероид ИФА», г. Санкт-Петербург).

В исследовании использовались клинико-психопатологический и клинико-катамнестический методы, а также психологические методические инструменты: шкала уровня реактивной и личностной тревожности Спилбергера–Ханина, шкала оценки уровня тревоги Гамильтона (HAS), шкала «Роза качества жизни» (Гундаров И.А., 1995), шкала социальной адаптации (Holmes T.H., Rahe R.H., 1967).

Результаты исследования обработаны с помощью стандартного пакета программ Statistica for Windows 6.0 (Statsoft Inc., США) и пакета программ Microsoft Excel (2003) (Microsoft, США). Различия считались достоверными при уровне значимости  $p < 0,05$ .

## **Результаты и обсуждение**

При анализе характера жалоб пациенток с дисменореей отмечено, что у девушек 2-й группы регистрировались достоверно ( $p < 0,05$ ) более регулярные, длительные (до 3 сут) и выраженные болевые проявления, чаще (в 85% случаев) сочетающиеся с головной болью и недомоганием. Степень тяжести общего состояния обследованных в основном зависела от степени болевого синдрома. При сборе анамнеза жизни выявлено, что беременность у матерей пациенток с дисменореей, включенных в иссле-

дование, протекала на фоне высокого удельного веса соматической и акушерской патологии. Статистически значимых отличий для экстрагенитальной патологии у матерей пациенток обследованных групп не установлено. Из акушерской патологии лидировали хроническая внутриутробная гипоксия плода и гестоз.

Данные эхографии органов малого таза, проведенной до и во время менструации (увеличение объемов яичников, наличие в них кистозных образований и кист, признаки гиперплазии эндометрия), а также результаты кольпоцитологического исследования влагалищного мазка на степень эстрогенной насыщенности, уровни ФСГ и эстрадиола в сыворотке крови и величины коэффициента ФСГ/ЛГ, полученные на 5–7-й день цикла, позволили сделать вывод о наличии в сравниваемых группах дисменореи, как правило, у пациенток с гиперэстрогемией.

Инфекционный индекс в 1-й группе составил  $4,40 \pm 0,21$ , что достоверно выше ( $p < 0,05$ ), чем во 2-й группе ( $3,13 \pm 0,52$ ). Все девушки имели сочетанную соматическую патологию. В большинстве случаев выявлен синдром вегетативной дистонии (82% в 1-й группе и 70% во 2-й группе); 54% пациенток 1-й группы и 76% 2-й группы имели верифицированный пролапс митрального клапана; 47% обследованных 1-й группы и 51% 2-й группы страдали дискинезией желчевыводящих путей. Также женщины 2-й группы чаще ( $p < 0,05$ ) имели миопию, сколиоз и плоскостопие. Около 70% пациенток обеих групп перенесли в более раннем возрасте железодефицитную анемию.

Таким образом, в 1-й группе отмечен достоверно ( $p < 0,05$ ) более высокий индекс здоровья, что отразилось на субъективной оценке удовлетворенности здоровьем при исследовании качества жизни с использованием шкалы «Роза качества жизни». Критерий «здоровье» оказался уязвимым у обследованных обеих групп ( $(2,8 \pm 0,16)$  балла в 1-й группе и  $(2,1 \pm 0,13)$  балла во 2-й группе), но у женщин с дисменореей в раннем репродуктивном возрасте субъективная оценка оказалась ниже с высоким уровнем статистической значимости ( $p < 0,05$ ). По субъективным оценкам качества

жизни по остальным критериям, входящих в шкалу, уровень статистической значимости различий не достигал достоверных значений.

В настоящее время широкое распространение получило представление о психосоматической природе гинекологической патологии [3, 9]. В генезе данных заболеваний существенным считается воздействие психотравмирующих факторов с ориентированностью патологических проявлений на репродуктивную систему женщины. В современных условиях в связи с неуклонным ростом социальной, экономической, экологической, техногенной и личностной экстремальности наиболее характерным психическим состоянием женщин является стресс. Наслоение эмоциональных стрессовых состояний, соматовегетативного компонента в совокупности с генетической предрасположенностью вызывает психосоматическое расстройство в репродуктивной системе. Ингибирование гипоталамо-гипофизарно-яичниковой оси выступает механизмом влияния стресса на менструальный цикл [10].

Большинство (до 80%) представительниц обеих групп имели в анамнезе психотравмирующую ситуацию, которая по времени совпала с периодом препубертата. У пациенток 1-й группы степень стрессовой нагрузки составила  $(152,19 \pm 14,82)$  балла и  $(163,57 \pm 19,73)$  балла — во 2-й группе по шкале Т.Н. Holmes, что соответствовало 30%-му риску физической реакции на стресс. В подавляющем большинстве у обследованных обнаружено сочетание различных психотравмирующих факторов, пролонгированных по времени. Стресс, связанный с переживанием потенциальной угрозы, включает в себя доминирующий и облигатный элемент — тревогу, которая выступает одним из важных звеньев патогенеза соматических расстройств. Личностные особенности пациенток характеризовались наличием выраженного тревожного радикала (в среднем в 1-й группе  $(46,53 \pm 3,42)$  и во 2-й группе  $(45,58 \pm 4,15)$  балла), что демонстрировало наличие невротического конфликта. Кроме того, были зарегистрированы высокие

показатели реактивной тревоги ( $(48,59 \pm 2,37)$  и  $(46,76 \pm 3,14)$  балла соответственно) у обследуемых. Полученные данные показали избирательную чувствительность и предрасположенность к стрессорным воздействиям у представительниц обеих групп.

При экстранозологической оценке психического здоровья у обследуемых была использована модель «реакция – состояние – развитие» [1, 5]. Также была осуществлена систематика психических непсихотических расстройств при дисменорее, основанная на феноменологическом принципе (симптом, синдром) [7, 8]. Модель психопатологического синдрома имела вероятностный принцип, который реализовывался в определении дискретного набора признаков-симптомов. Выделение ведущего психопатологического синдрома с учетом сложных психических и соматических взаимоотношений было сопряжено со значительными практическими трудностями. Необходимо отметить, что в большинстве случаев имело место сочетание нескольких синдромов.

Диагностированные в обеих группах психические расстройства представлены в основном невротическими реакциями и состояниями. Невротические реакции у обследуемого контингента выступали инициальным этапом формирования психических расстройств, отличительной особенностью которых была быстрая регрессия данных проявлений в ответ на проведение адекватной терапии. Невротические состояния характеризовались увеличением полиморфизма и стойкостью психопатологических признаков. Невротические развития выражались значительным нарастанием свойств характера, что приводило к нарушению личностной и социальной адаптации.

В результате проведенного исследования установлено, что психические расстройства отсутствовали у 10% обследованных 1-й группы, что имело тенденцию к увеличению, но не достигало уровня статистически значимых различий по сравнению с пациентками 2-й группы (таблица). Невротические расстройства диагностированы у 96% женщин раннего репродуктивного периода и у 90% подростков. Следует от-

метить, что у пациенток 1-й группы чаще встречались невротические реакции ( $p < 0,05$ ) (таблица). Обращает на себя внимание то, что у женщин с дисменореей в раннем репродуктивном возрасте преобладали стойкие невротические состояния ( $p < 0,05$ ) (таблица). Распространенность невротических развитий имела обратную тенденцию у девушек-подростков с дисменореей, но также не принимала достоверных различий (таблица).

#### Сравнительная характеристика невротических расстройств

у пациенток с дисменореей в периоде пубертата и в раннем репродуктивном периоде, %

Показатель	Пациентки с дисменореей в подростковом возрасте	Пациентки с дисменореей в раннем репродуктивном возрасте
Невротические реакции	58	34*
Невротические состояния	28	52*
Невротическое развитие	4	10
Без психических нарушений	10	4

\* Достоверность различий показателя ( $p < 0,05$ ) при сравнении пациенток с дисменореей в подростковом возрасте.

Необходимо подчеркнуть, что синдромальный аспект изучения психических расстройств у обследуемых пациентов имеет важное диагностическое и реабилитационно-прогностическое значение. Психическое состояние, квалифицированное в рамках основного синдрома, демонстрирует динамику психопатологического процесса и характеризует степень выраженности социально-психологической дезадаптации. Кроме того, мишенью для современной психотерапии являются не определенные нозологические единицы, а синдромы-мишени.

При проведении синдромальной оценки психических нарушений установлено, что в структуре невротических расстройств у пациенток с дисменореей 1-й группы преобладали тревожные (36%), а затем по распространенности следовали депрессивные и астенические (22 и 18% соответственно) проявления. Диссоциативные, фобические и ипохондрические синдромы опреде-

лены у 14, 10 и 6% обследованных соответственно. Сочетание синдромов имело место у 32% пациенток. При рассмотрении синдромального ранга невротических расстройств у женщин с дисменореей в раннем репродуктивном возрасте обращает на себя внимание то, что по распространенности на первое место выходили депрессивные состояния (в 34% случаев), затем следовали тревожные и астенические (в 28 и в 22% случаев соответственно). Следует отметить, что частота ипохондрических нарушений у обследованных 2-й группы возрастала по сравнению с пациентками, включенными в 1-ю группу, и достигала 18%. Диссоциативные и фобические проявления диагностированы у 16 и 12% женщин соответственно. Коморбидность психопатологических синдромов диагностирована у 42% пациенток с дисменореей в раннем репродуктивном возрасте.

### Заключение

Психические нарушения при дисменорее имеют высокую распространенность, что оказывает негативное влияние на социальную адаптацию, течение и прогноз болезни. В результате исследования установлено, что клинические признаки психических расстройств при данной нозологии в период пубертата и в раннем репродуктивном возрасте отличаются выраженным полиморфизмом, проявляющимся множественностью психопатологических синдромов, которые, в свою очередь, интегрируются в невротические реакции, состояния и развития. Возрастная динамика психических нарушений при рассматриваемой патологии заключается в постепенной трансформации невротических реакций в невротические состояния с тенденцией к последующему переходу в невротические развития.

Формирование и динамику психических расстройств детерминируют соматогенные, психогенные и социальные факторы. Полученные результаты обосновывают необходимость создания высокоэффективных лечебных и профилактических стратегий с целью использования при данных расстройствах в психиатрической и гинекологической практике, а также формирование специализированных служб для их реализации.

*Исследование выполнено в рамках гранта Президента Российской Федерации для государственной поддержки молодых российских ученых (№ МК-3743.2008.7).*

### Литература

1. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства. М: ГЭОТАР-Медиа, 2007. 708 с.
2. Гурьева В.А., Семке В.Я., Гиндикин В.Я. Психопатология подросткового возраста. Томск: Изд-во Том. ун-та, 1994. 310 с.
3. Менделевич Д.М. Менделевич В.Д. Гинекологическая психиатрия (современные аспекты проблемы) // Невролог. вестн. 1993. Т. 25, № 1/2. С. 104–108.
4. Национальное руководство. Гинекология / Под ред. В.И. Кулакова, И.Б. Манухина, Г.М. Савельевой. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. 1063 с.
5. Семке В.Я., Положий Б.С. Пограничные состояния и психическое здоровье. Томск: Изд-во Том. ун-та, 1990. 209 с.
6. Сухарева Г.Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста. Избранные главы. М.: Медицина, 1974. 320 с.
7. Фролов Б.С., Пашковский В.Э. Основные психопатологические синдромы. СПб.: ИД СПбПАПО, 2004. 240 с.
8. Ясперс К. Общая психопатология. М., 1997. 1056 с.
9. Chandra P.S., Ranjan S. Psychosomatic obstetrics and gynecology — a neglected field? // Curr. Opin. Psychiatry. 2007. V. 33, № 1. P. 11–16.
10. Young E., Midgley A., Carlson N., Brown M. Alteration in the Hypothalamic-Pituitary-Ovarian Axis in Depressed Women // Arch. Gen. Psychiatry. 2000, V. 57. P. 1157–1162.

Поступила в редакцию 01.05.2009 г.

Утверждена к печати 17.06.2009 г.

### Сведения об авторах

**Р.Ф. Насырова** — канд. мед. наук, ст. науч. сотрудник отделения профилактической психиатрии НИИ психического здоровья СО РАМН (г. Томск).

**Л.С. Сотникова** — д-р мед. наук, доцент кафедры акушерства и гинекологии ФПК И ППС СибГМУ (г. Томск).

**Насырова Р.Ф., Сотникова Л.С. Формирование психических расстройств при дисменорее в раннем репродуктивном возрасте**

Для корреспонденции

Насырова Регина Фаритовна, тел. 8-913-882-5378; e-mail: nreginaf@rambler.ru

---

## Уважаемые читатели!

### Предлагаем вам подписаться на наш журнал с любого номера

В 2010 году стоимость подписки на полугодие — 1000 рублей, на год — 2000 рублей.

**Как оформить подписку на журнал «Бюллетень сибирской медицины»**

**На почте во всех отделениях связи**

Подписной индекс **46319** в каталоге агентства Роспечати «Газеты и журналы 2010, 1-е и 2-е полугодие».

**В редакции**

- Без почтовых наценок.
- С любого месяца.
- Со своего рабочего места.

По телефону (382-2) 51-57-08; факс (382-2) 51-53-15.

На сайте <http://bulletin.tomsk.ru>

Если вы являетесь автором публикаций или хотите приобрести наш журнал, он будет выслан вам наложенным платежом при заполнении заявки. Стоимость приобретения одного номера 300 рублей.

Заявку на приобретение журнала нужно выслать по адресу редакции:

634050, г. Томск, пр. Ленина, 107,

Научно-медицинская библиотека Сибирского государственного медицинского университета,  
редакция журнала «Бюллетень сибирской медицины»,

тел. (8-3822) 51-57-08. E-mail: [bulletin@bulletin.tomsk.ru](mailto:bulletin@bulletin.tomsk.ru)