

ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА

УДК 616.839.1:616.89-008:618.2
ББК Р645-024+Р71

КЛИНИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ, ПРОТЕКАЮЩЕЙ БЕЗ ОСЛОЖНЕНИЙ

Руженков В. А.^{*}, Кулиев Р. Т.

Государственный национальный
исследовательский университет
308015, Белгород, ул. Победы, 85

Клинико-психопатологическим, психологическим и статистическим методами обследованы 450 женщин с беременностью, протекающей без осложнений. В 121 (26,9 %) случае имелись клинически очерченные психические расстройства, среди которых преобладали невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства (14 %). Реже встречались расстройства зрелой личности и поведения у взрослых (2,9 %), аффективные расстройства настроения (2,7 %), органические, включая симптоматические психические расстройства (2,4 %), психические и поведенческие расстройства вследствие употребления психоактивных веществ (2 %), шизофрения (1,1 %) и легкая умственная отсталость (1,8 %). **Ключевые слова:** беременность, психические расстройства, пограничные психические расстройства, тревога, депрессия.

CLINICAL STRUCTURE OF MENTAL DISORDERS IN UNCOMPLICATED PREGNANCY. Ruzhenkov V. A., Kuliev R. T. National State Research University. 308015, Belgorod, Pobyedy Street, 85. With clinical and psychopathological, psychological and statistical methods we surveyed 450 women with uncomplicated pregnancy. In 121 (26,9 %) cases we have clinically diagnosed mental disorders, among which neurotic, stress related and somatoform disorders were prevailing (14 %). Disorders of mature personality and adult behavior (2,9 %), affective mood disorders (2,7 %), organic, including symptomatic, mental disorders (2,4 %), mental and behavioral disorders due to the use of psychoactive substances (2 %), schizophrenia (1,1 %) and mild mental retardation (1,8 %) were revealed. **Key words:** pregnancy, mental disorders, borderline mental disorders, mental tension, depression.

Беременность рассматривается рядом авторов (Айламазян Э. К., 1993; Ringler M., 1981) как кризисная ситуация, создающая определенные психологические проблемы. У женщин с первой беременностью акушерами (Кочнева М. А., 1990) в 70 % случаев обнаружены нарушения психического состояния (25 % – «невротическое развитие личности», 45 % – «невротическая реакция на беременность»). Сходные данные приво-

дит и другой акушер, выявивший «пограничные психические расстройства» («неврозы» и «психопатии») у 56,7 % беременных, ранее не обращавшихся за психотерапевтической помощью (Сидоров А. Е., 2003). По данным врачей-психиатров (Bennet H. A. et al., 2004), у 30 % беременных женщин выявляются различные психопатологические нарушения, причем более половины (56 %) которых составляют депрессивные. Состояние психоэмоционального напряжения с наличием тревожности различного уровня наблюдается у 40 % женщин с нормально протекающей беременностью (Александровский Ю. А., 2004). Считается, что изменение гормонального фона во время беременности может усугублять имеющиеся эмоциональные нарушения (Грандилевская И. В., 2004; Soares C. N., 2009).

В связи с противоречивыми данными о распространенности и клинической структуре психических расстройств при беременности **целью** исследования была верификация клинической картины психических расстройств при беременности, протекающей без осложнений, для разработки рекомендаций по лечению.

Материал и методы. В 2010—2011 гг. на базе женских консультаций Белгорода и Белгородской области обследовано 450 женщин в возрасте от 17 до 38 (25,6±4,4) лет с беременностью, протекающей без осложнений на всем ее протяжении. Критериями отбора беременных были: наличие психических расстройств, отсутствие токсикозов и гестозов беременности. Основные методы: клинико-психопатологический, клинико-динамический, психометрический (опросник депрессии Бека, шкала Гамильтона [HARS] для оценки тревоги, методика исследования межличностных отношений Лири) и статистический (описательная статистика).

Результаты и обсуждение. Клинический анализ показал, что у 121 (26,9 %) беременной имелись клинически очерченные психические расстройства (табл.), в большинстве случаев (19,3 %) представленные пограничными психическими расстройствами, в 3,8 % – эндогенными, в 2 % – алкоголизмом, в 1,8 % – умственной отсталостью. В большинстве случаев психические расстройства формировались задолго до беременности, а в ее период под влиянием нейроэндокринных сдвигов обострялись.

Отдаленные последствия черепно-мозговой травмы формировались после перенесенных задолго до беременности ЧМТ и проявлялись неврозоподобным и психопатоподобным синдромами. При *неврозоподобном синдроме* симптоматика (клаустрофобия, навязчивые опасения) обострялась в конце I триместра на фоне астении, сопровождалась головокружениями, учащенным сердцебиением, дрожью, сухостью во рту, повышенным потоотделением.

^{*} Руженков Виктор Александрович, д. м. н., проф., зав. каф. психиатрии, наркологии и клин. психологии медицинского факультета. Тел. служ.: 8(4722)344381. E-mail: ruzhenkov@bsu.edu.ru

Кулиев Рустам Тельманович, аспирант каф. психиатрии, наркологии и клин. психологии мед. факультета.

При *психопатоподобном синдроме* усиливались несдержанность, повышенная раздражительность, вспыльчивость, периодические цефалгии. Психологическое обследование выявило во всех случаях состояние легкой депрессии и тревоги, а также высокие показатели авторитарности, эгоистичности и агрессивности.

Т а б л и ц а
Психические расстройства при беременности, протекающей без осложнений (n=450)

Шифр по МКБ-10	Клиническая единица	абс.	%
	Психически здоровые		
		329	73,1
F0	Органические, включая симптоматические психические р-ва	11	2,4
F06.8	Отдаленные последствия ЧМТ	11	2,4
F06.8	Неврозоподобный синдром	6	1,3
F06.8	Психопатоподобный синдром	5	1,1
F1	Психические и поведенческие р-ва вследствие употребления ПАВ	9	2,0
F10.20	Алкоголизм, I клиническая стадия	4	0,9
F10.20	Алкоголизм, II клиническая стадия	5	1,1
F2	Шизофрения, шизотипические и бредовые р-ва	5	1,1
F20.55	Шизофрения, параноидная форма, эпизодический тип течения со стабильным дефектом, ремиссия	3	0,7
F21	Шизотипическое расстройство	2	0,4
F3	Аффективные р-ва настроения	12	2,7
F32.0	Легкий ДЭ без соматических симптомов	7	1,6
F33.0	Рекуррентное депрессивное р-во	5	1,1
F4	Невротические, связанные со стрессом и соматоформные р-ва	63	14,0
F40	Тревожно-фобические р-ва	11	2,4
F40.1	Социальные фобии	4	0,9
F40.2	Специфические (изолированные) фобии	7	1,5
F41	Другие тревожные р-ва	12	2,7
F41.1	Генерализованное тревожное р-во	4	0,9
F41.2	Смешанное тревожное и депрессивное р-во	8	1,8
F43.2	Расстройства адаптации	25	5,5
F43.20	Кратковременная депрессивная реакция	14	3,1
F43.22	Смешанная тревожная и депрессивная реакция	11	2,4
F45.3	Соматоформная вегетативная дисфункция	4	0,9
F48.0	Неврастения	11	2,4
F6	Р-ва зрелой личности и поведения у взрослых	13	2,9
F60.30	Эмоц. неустойчивое р-во личности, имп. тип	2	0,4
F60.6	Тревожное (уклоняющееся) р-во личности	3	0,7
F60.4	Истерическое р-во личности	4	0,9
F60.7	Зависимое р-во личности	4	0,9
F7	Легкая умственная отсталость	8	1,8
	Итого	450	100

При *алкоголизме* все пациентки были в состоянии ремиссии. При осмотре жаловались на повышенную физическую утомляемость, чувство усталости, снижение настроения, чувство тревоги, опасения, что ребенок может родиться с патологией из-за предшествующего злоупотребления ими алкоголем. Психологическое исследование во всех случаях выявило состояние легкой депрессии и тревоги, а также некоторое снижение эгоистичности с повышением подозрительности, подчиняемости, зависимости и ответственности.

При *шизофрении и шизотипическом расстройстве* с третьего месяца беременности появились утомляемость, тревога, мысли о том, что может обостриться их заболевание, что они не смогут ухаживать за ребенком, а в результате потеряют семью. Характерными были диссомнические расстройства, пессимистическая оценка будущего. К врачу-психиатру не обращались в связи с тем, что, по их словам, боялись «назначения лекарств, которые негативно повлияют на ребенка». Пациентки обследованы на сроке беременности 6 месяцев. Их психическое состояние квалифицировалось тревожно-субдепрессивным синдромом, требующим назначения терапии.

При *аффективных расстройствах настроения* во II триместре беременности у пациенток беспричинно снизились настроение, аппетит, появились повышенная утомляемость, слезливость. В последующем присоединялись рассеянность внимания, наплывы пессимистических мыслей о будущем, опасения быть брошенными. Отмечались диссомнические расстройства. Во второй половине дня состояние улучшалось: они становились активнее, появлялся интерес к своей внешности, ухаживали за собой. Психометрическое обследование выявило во всех случаях легко выраженные симптомы депрессии и тревоги.

Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства составили более половины (52,5 %) от всех выявленных психических расстройств.

Тревожно-фобические расстройства были сформированы с детского возраста представлены социальными и специфическими фобиями. *Социальные фобии* проявлялись страхом перед экзаменами, эрептофобией, сопровождающимися тахикардией, похолоданием и потливостью конечностей. После начала беременности во всех случаях навязчивые страхи и опасения усилились и приобрели содержание, связанное с актуальной ситуацией. Некоторые из них стали суеверными (возвращались, если дорогу перебежала черная кошка или перешли с пустым ведром). В связи с этим нарушалась социальная адаптация, пациентки увольнялись с работы, брали отпуск за свой счет. При *специфических фобиях* часть обследуемых к 5-летнему возрасту боялись инъекций – «начиналась истерика»: бледнели, плакали навзрыд, по несколько раз были «предобморочные состояния», замедлялся пульс, появлялось головокружение. В период беременности они испытывали страх, что если будет слабость родовой деятельности, то необходимо будет делать инъекции для стимуляции родов. При одной мысли об этом возникали внутреннее напряжение, побледнение кожных покровов, похолодание конечностей. В других случаях пациентки

боялась пауков, мышей, вида крови, крупных собак. Пациентки обследованы во II триместре (4—6-й месяц беременности). Их психическое состояние определялось легко выраженной тревогой, некоторой неуверенностью в себе. Психометрическое обследование в 3 случаях выявило симптомы депрессии и во всех – легкую тревогу.

Другие тревожные расстройства были представлены генерализованным тревожным расстройством (4 случая) и смешанным тревожным и депрессивным расстройством (8 случаев), которые были сформированы с раннего детства. В преморбиде пациентки характеризовались тревожно-мнительными чертами характера, испытывали широкую гамму различных страхов и опасений, представляющих собою сочетание и взаимопереплетение социальных и изолированных фобий, которые усиливались после ситуаций психозоматического напряжения и конфликтов. В ряде случаев наряду с тревогой и фобиями в клинической картине имела место легкая депрессивная симптоматика. После начала беременности появлялись легкая астения, тревожность, опасение за исход беременности и возможные проблемы с воспитанием ребенка. При осмотре их психическое состояние характеризовалось эмоциональным напряжением, опасениями по поводу вынашивания беременности, неуверенностью в том, что смогут родить самостоятельно (рассчитывали на кесарево сечение). Психометрическое исследование выявило во всех случаях симптомы тревоги и депрессии.

Расстройства адаптации возникали преимущественно у беременных с тревожно-мнительными и эмоциональной неустойчивыми чертами характера в ответ на психическую травму, непосредственно связанную с нежелательной беременностью и разрывом значимых отношений с отцом будущего ребенка. Клиническая картина определялась сниженным настроением, тревожностью, беспокойством о предстоящем воспитании ребенка, фиксацией на конфликтных отношениях. Психометрическое обследование выявляло признаки легкой депрессии и тревоги. Все пациентки посещали сеансы индивидуальной психотерапии. Состояние улучшалось после 3—5 сеансов и нормализации семейных отношений.

Соматоформная вегетативная дисфункция наблюдалась изолированно только в 4 случаях у пациенток с возбудимыми чертами характера, перенесших в анамнезе ряд психических травм (смерть родителей, угроза жизни). После этого у них кратковременно наблюдались подавленное настроение, тахикардия, тревога, опасения за свое будущее. После проблем на работе или бытовых конфликтов у пациенток возникали сердцебиение, тревога, не-

приятные ощущения в области сердца и эпигастрии. В последующем такие приступы повторялись до 2 раз в месяц, провоцировались психоэмоциональным напряжением и конфликтами. Пациентки лечились у неврологов. Со 2—3-го месяца беременности у всех из них появились легкое физическое недомогание, несколько подавленное настроение, снижение аппетита, повышенная потливость, стало труднее справляться с работой. Во II триместре в 2 случаях (кардиальный вариант соматоформной вегетативной дисфункции) присоединилась тревожность из-за постоянного ожидания и страха, что могут вновь появиться приступы. Самостоятельно при усилении тревоги принимали феназепам. В остальных 2 случаях примерно с 4—5-го месяца беременности отмечались некоторое снижение аппетита, отрыжка, тяжесть и неприятные ощущения в области эпигастрия.

При *неврастении* симптоматика была сформирована задолго до беременности и была связана с гиперсоциальностью и повышенной ответственностью обследуемых. С 3-го месяца беременности усиливались астения, повышенная слезливость, раздражительность, снижалось либидо, что провоцировало семейные конфликты. Психическое состояние их определялось повышенной утомляемостью, физической слабостью, раздражительностью, вспыльчивостью, рефлексией, диссоматическими расстройствами. В некоторых случаях отмечались подавленное настроение, эмоциональная напряженность, тревога.

Психометрическое обследование выявило легкие симптомы тревоги, тест Лири показал достаточную уверенность в себе, склонность к соперничеству, настойчивость и энергичность, наряду с этим скромность, уступчивость, сдержанность, конформность. В период беременности произошло некоторое незначительное повышение показателей по шкалам агрессивности, подозрительности и подчиняемости.

При *расстройствах личности* (13 чел.) со II триместра беременности практически во всех случаях периодически возникали спонтанные колебания настроения в сторону понижения, повышенная раздражительность, усиливающие и без того проблемные семейные отношения. Для «релаксации» беременные периодически употребляли алкогольные напитки, что провоцировало новые конфликты. Психометрическое обследование выявило легкие симптомы тревоги и депрессии.

При *легкой умственной отсталости* (8 чел.) все беременные в период учебы в школе в связи с неуспеваемостью обследовались врачом-психиатром, проходили медико-педагогическую комиссию, диагноз умственной отсталости верифицирован (во всех случаях IQ был менее 69 баллов). На период обследования (II триместр)

в 4 (50 %) случаях у замужних пациенток беременность была желательной, у остальных выявлено формальное отношение (в 3 случаях воспитывать ребенка намеревались родители, в 1 – планировалось оставить ребенка в роддоме). В 3 (37,5 %) случаях клинически определялись психопатоподобные расстройства (эмоциональная неустойчивость, вспыльчивость, раздражительность), которые были присущи «с детства», а в период беременности стали проявляться более выражено. В остальных 5 случаях пациентки были пассивно подчиняемыми, исполнительными, ведомыми. У них со II триместра беременности отмечались признаки астении (повышенная утомляемость, слабость, сонливость, периодами повышенная слезливость).

Таким образом, обнаружено, что при беременности, протекающей без осложнений, в 26,9 % случаев наблюдаются клинически значимые психические расстройства, с преобладанием невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств (14 %), расстройств личности (2,9 %), аффективных расстройств настроения (2,7 %) и органических, включая симптоматические психических расстройств (2,4 %). Нейрогуморальные сдвиги при беременности проявляют ранее не диагностированные психические расстройства и обостряют латентно протекающие невротические, органические и эндогенные. Нежелательная беременность, являясь самостоятельным психотравмирующим фактором, нередко обуславливает формирование расстройств адаптации. На синдромальном уровне, вне зависимости от клинической принадлежности выявленной психопатологической симптоматики, при беременности, протекающей без осложнений, преобладают субдепрессивные и тревожные расстройства, что более чем в трети случаев является показанием для назначения антидепрессантов, малых нейролептиков и транквилизаторов.

Л и т е р а т у р а

1. Айламазян Э. К. Неотложная помощь при экстремальных состояниях в акушерской практике: рук-во. – СПб. : СпецЛит, 2003. – 320 с.
2. Александровский Ю. А. Психические расстройства в общемедицинской практике и их лечение. – М. : ГЭОТАР-МЕД, 2004. – 240 с.
3. Грандилевская И. В. Психологические особенности реагирования женщин на выявленную патологию беременности : автореф. дис. ... канд. психол. наук. – СПб., 2004. – 18 с.
4. Кочнева М. А. Психологические реакции у женщин при физиологическом течении беременности // Акушерство и гинекология. – 1990. – № 3. – С. 13–16.
5. Сидоров А. Е. Осложнения беременности и родов и их профилактика у женщин с психическими нарушениями : автореф. дис. ... к.м.н. – Казань, 2003. – 20 с.
6. Kelly R., Zatzick D., Anders T. The detection and treatment of psychiatric disorders and substance use among pregnant women cared for in obstetrics // Am. J. Psychiatry. – 2001. – Vol. 158, № 2. – P. 213–219.

7. Ringler M. Psychohygienic aspects of behavioural methods in preparation for childbirth // Wien. Med. Wochenschr. – 1981. – Vol. 131, № 8. – P. 199–203.
8. Soares C. N., Steiner M. Perinatal depression: searching for specific tools for a closer look at this window // J. Clin. Psychiatry. – 2009. – Vol. 70, № 9. – P. 1317–1318.

Транслитерация русских источников

1. Aylamzyan E. K. Emergency while critical conditions in obstetric practice: guideline. – Spb. : SpetzLit, 2003. – 320 s.
2. Aleksandrovskiy Y. A. Psychic disorders in medical practice and their treatment. – M. : GEOTAR-MED, 2004. – 240 s.
3. Grandilevskaya I. V. Psychological peculiarities of women's reaction to the revealed pathology of pregnancy: avtoref. diss. ...kand. psikhol. nauk. – SPb., 2004. – 18 s.
4. Kochneva M. A. Psychological reactions while physiological gestation course // Akusherstvo i ginekologiya. – 1990. – №3. – S. 13–16.
5. Sidorov A. E. Complication of texitis and its prevention among women with mental disorders: avtoref. diss. ...kand. med. nauk. – Kazan, 2003. – 20 s.

УДК 616.839:616.65-002
ББК Р64-324-37+Р69

АФФЕКТИВНЫЕ И НЕЙРОВЕГЕТАТИВНЫЕ СООТНОШЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПРОСТАТИТОМ

Зайцев Д. Н. *, Говорин А. В.,
Говорин Н. В., Потемкин П. С.

ГБОУ ВПО Читинская ГМА МЗСР России
672090, Чита, ул. Горького, 39 А

У 57 больных хроническим простатитом проводилось изучение распространенности тревожно-депрессивных и вегетативных расстройств, а также исследовался уровень общего тестостерона в сыворотке крови. Выявлено, что у пациентов с хроническим простатитом имеют место симптоматика и аффективные нарушения в виде умеренной и выраженной тревожности, а также депрессивные расстройства. Тяжесть психовегетативных нарушений зависит от гормональной насыщенности организма и возрастает по мере усиления андрогенодефицита. **Ключевые слова:** хронический простатит, аффективные нарушения, вегетативные расстройства, общий тестостерон.

AFFECTIVE AND NEURO-VEGETATIVE CORRELATIONS IN PATIENTS WITH CHRONIC PROSTATITIS. Zaytsev D. N., Govorin A. V., Govorin N. V., Potemkin P. S. Chita State Medical Academy MHS of Russia. 672090, Chita, Gorky's Street, 39 A. In 57 patients with chronic prostatitis we studied prevalence of anxiety-depressive and vegetative disorders and also the level of total testosterone in blood serum. It has been revealed that in patients with chronic prostatitis, sympathotony and affective disturbances in the form of the moderate and severe anxiety and also depressive disorders were found. Severity of psycho-vegetative disturbances depended on hormonal saturation of the organism and increase in process of worsening deficit of androgens. **Key words:** chronic prostatitis, affective disturbances, vegetative disorders, total testosterone.

Введение. Хронический простатит – самое распространенное урологическое заболевание у мужчин моложе 50 лет, третье по частоте – у мужчин старше 50 лет (после доброкачественной гиперплазии и рака простаты), составляет 8 % амбулаторных визитов к урологу [1, 2, 3]. С возрастом частота заболевания увеличивается до 30–73 % [4]. По мнению отечественных и зарубежных урологов и психотерапевтов, хронический простатит является одним из сильных психотравмирующих факторов для мужчин [5, 6]. Это во многом определяется преобладанием в клинической картине таких синдромов, как болевой, дизурический и нарушение половой функции [7]. Одним из ключевых звеньев в патогенетической схеме психопатологических расстройств является стресс, сопровождающийся хроническим эмоциональным напряжением и вегетативным дисбалансом с преимущественной активацией симпатического отдела вегетативной нервной системы [8, 9, 10, 11]. Психопатологические нарушения выявля-

ются примерно у 75 % больных хроническим простатитом, при этом наиболее частыми расстройствами являются ипохондрические идеи сверхценного характера, тревога и депрессия [6]. Длительно существующие психовегетативные нарушения при хроническом простатите могут явиться важным потенциальным фактором риска развития ранних сердечно-сосудистых нарушений.

Несомненна роль гормональных нарушений в патогенезе хронического простатита. Известно, что возникающие при данной патологии физико-химические сдвиги в предстательной железе приводят к снижению андрогенной насыщенности организма с одновременным повышением эстрогенной активности яичек [5]. Это сопровождается выраженными нарушениями функции гипоталамо-гипофизарно-гонадной и гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой систем, играя немаловажную роль в прогрессировании хронического простатита. Известна взаимосвязь между возрастным гипогонадизмом, увеличением степени тяжести тревожно-депрессивных расстройств и снижением качества жизни у лиц пожилого возраста [12]. В то же время подобных исследований у больных хроническим простатитом практически нет.

В связи с этим **целью** нашего исследования явилось изучение взаимосвязи между тяжестью вегетативных, тревожно-депрессивных расстройств и уровнем тестостерона у больных хроническим простатитом.

Материалы и методы. В работе представлены результаты обследования 57 больных хроническим простатитом (ХП), средний возраст – 34,2±8,1 года. Контрольную группу составили 10 здоровых мужчин, сопоставимых по возрасту с основной группой. В исследование не включались пациенты старше 45 лет, с заболеваниями сердечно-сосудистой системы (в том числе артериальной гипертензией), а также воспалительными заболеваниями любой другой локализации.

Вегетативный статус определяли с помощью: 1) оценки клинической картины вегетативных нарушений у больных хроническим простатитом; 2) вегетативной анкеты (А. М. Вейн «Опросник для выявления признаков вегетативных изменений») [8, 9] – о синдроме вегетативной дисфункции можно говорить, если сумма баллов превышает 15; 3) вегетативного индекса Кердо $ВИ=(1-D/ЧСС) \cdot 100$, где D – величина диастолического давления; $ЧСС$ – частота сердечных сокращений в 1 минуту. При полном вегетативном равновесии (эйтония) в сердечно-сосудистой системе $ВИ=0$. Если коэффициент положительный, то преобладают симпатические влияния; если цифровое значение коэффициента получают со знаком минус, то повышен парасимпатический тонус; 4) исследования минутного объема крови (непрямым методом Лилье-Штрандера и Цандера).

Ниже приводится схема расчета.

$$\begin{aligned} A_{\text{амплитуда}} &= A_{\text{сист}} - A_{\text{диаст}} \\ A_{\text{ср}} &= (A_{\text{сист}} + A_{\text{диаст}}) / 2 \\ A_{\text{ред}} &= A_{\text{амплитуда}} / A_{\text{ср}} \cdot 100 \\ MO &= A_{\text{ред}} \cdot ЧСС \end{aligned}$$

где

* Зайцев Дмитрий Николаевич – ассистент каф. факультетской терапии. Телефон мобильный: 89644676864. E-mail: zaycevdn@mail.ru

МО – минутный объем; AD_{cp} – среднее АД; $AD_{ред}$ – редуцированное АД.

Трактовка результатов. У здоровых МО составляет 4,4 литра. При повышении симпатического тонуса минутный объем повышается, при увеличении парасимпатического – понижается.

Всем больным определяли уровень личностной и ситуативной тревожности при помощи теста Спилбергер–Ханина. Низкая степень тревожности диагностировалась у пациентов, набравших по шкале до 30 баллов, умеренная – 31–44 балла, высокая – 45 и более баллов. Уровень депрессии определяли с помощью шкалы Бека: 0–9 – отсутствие депрессивных симптомов; 10–15 – легкая депрессия (субдепрессия); 16–19 – умеренная депрессия; 20–29 – выраженная депрессия (средней тяжести); 30–63 – тяжелая депрессия.

Гормональное обследование включало определение уровня общего тестостерона методом иммуноферментного анализа набором реагентов «СтероидИФА-тестостерон-01». Статистическая обработка проведена с применением пакета статистических программ «Statistica 6.0». Значимость различий оценивали по критерию Манна–Уитни.

Результаты. При проведении исследования больных хроническим простатитом в 70 % случаев (40 пациентов) выявлены вегетативные расстройства. У 34 пациентов (59,5 %) вегетативная дисфункция проявлялась гипертонусом симпатического отдела ВНС (симпатотоники), у 6 (10,5 %) – активацией парасимпатического отдела ВНС (ваготоники), у 17 (30 %) тонус ВНС был уравновешен (эйтоники).

При объективном осмотре симпатическая направленность вегетативных расстройств была представлена эмоциональной неустойчивостью, бледностью лица при любом волнении, тахикардией, чувством неполноты вдоха, приступообразными головными болями, мидриазом, быстрой утомляемостью. Парасимпатическая направленность характеризовалась снижением артериального давления, брадикардией, потливостью, наличием стойкого красного дермографизма, замедлением ритма дыхания. Количество пациентов, имеющих те или иные вегетативные нарушения, представлено в таблице 1.

При изучении вегетативного статуса у больных ХП – симпатотоников было выявлено значительное увеличение индекса Кердо, минутного объема крови и частоты сердечных сокращений по сравнению с аналогичными параметрами пациентов – ваготоников, эйтоники и лиц контрольной группы. Полученные данные свидетельствуют о существовании вегетативного дисбаланса у пациентов с хроническим простатитом, преимущественно в сторону симпатикотонии (табл. 2).

Таблица 1
Клинические признаки вегетативной дисфункции у больных хроническим простатитом

Вегетативные проявления	К-во больных абс. (%)
Склонность к изменению окраски кожи лица (побледнение, покраснение)	29 (52 %)
Чувство онемения или похолодания пальцев кистей, стоп	32 (57 %)
Повышенная потливость	34 (61 %)
Ощущения сердцебиения, «замирания», «остановки» сердца	24 (43 %)
Чувство неполноты вдоха, учащенное дыхание	18 (33 %)
Нарушение функции ЖКТ: склонность к запорам, поносам, «вздутиям» живота, боли	18 (33 %)
Появление чувства «дурноты», наличие обмороков	10 (19 %)
Приступообразные головные боли	29 (52 %)
Снижение работоспособности, быстрая утомляемость	32 (57 %)
Нарушения сна (трудность засыпания, поверхностный, неглубокий сон с частыми пробуждениями; чувство невыспанности, усталости при пробуждении утром)	26 (47 %)

Таблица 2
Вегетативный статус у больных хроническим простатитом

Показатель	Контроль (n=10)	Больные ХП		
		эйтоники (n=17)	ваготоники (n=6)	симпатотоники (n=34)
Вегетативная анкета, баллы	12,64±2,45	6,7±1,32 [#]	9,2±2,03	19,45±11,93 ^{***#}
Индекс Кердо, баллы	0,64±0,32	0,12±0,001 [#]	-9,12±3,72 [#]	15,2±8,46 ^{***#}
Минутный объем крови, литр	3,39±0,77	3,45±0,07	3,22±0,62	4,48±0,74 ^{**}
ЧСС	76,54±10,45	67±2,82	71,5±10,77	95,24±12,92 ^{***#}

Примечание. – Достоверность различий показателей по сравнению с больными эйтониками; * – по сравнению с ваготониками; # – по сравнению с лицами контрольной группы ($p < 0,05$).

Аффективные расстройства у больных ХП были представлены тревогой различной степени выраженности, связанной с фиксацией на тягостных ощущениях в промежности, снижением количества и качества эрекции, стертости ощущения оргазма, снижением полового влечения. При изучении аффективных расстройств с помощью анкетирования у пациентов с ХП было установлено, что легкую степень тревожности имеют 7 пациентов (12,4 %), умеренную и высокую – по 25 больных (43,8 %). При изучении уровня депрессивных расстройств у 15 пациентов (26 %) выявлена гипотимия различной степени выраженности. Так, у 9 пациентов (60 %) фон настроения был снижен незначительно, у 2 пациентов (13,3 %) – умеренно выраженная симптоматика, у 4 больных ХП (26,6 %) настроение было подавленное и соответствовало клинике отчетливой депрессии.

Известно, что возрастной андрогенодефицит, развивающийся у лиц пожилого возраста, сопровождается усилением аффективных расстройств, в частности повышением уровня тревоги и депрессивной симптоматикой различной степени выраженности, причем тяжесть этих расстройств имеет обратную зависимость от содержания тес-

тестостерона в сыворотке крови [12]. Подобных исследований у больных хроническим простатитом со сниженной андрогенной насыщенностью организма ранее не проводилось. В связи с этим у всех больных ХП изучено содержание общего тестостерона в сыворотке крови и в зависимости от его концентрации выделены две группы пациентов. 1-ю группу составили 29 больных, у которых уровень тестостерона в сыворотке крови был выше 12 нмоль/л; во 2-й группе (28 пациентов) уровень тестостерона составил менее 12 нмоль/л. У лиц контрольной группы содержание тестостерона было в пределах $35,43 \pm 6,3$ нмоль/л.

При изучении аффективных расстройств во 2-й группе больных ХП уровень ситуативной и личностной тревожности на 35 % превышал аналогичный показатель пациентов 1-й группы, на 78 % – параметры в группе контроля. Уровень гипотимии у пациентов 2-й группы на треть был выше, чем у больных 1-й группы, и в 3 раза тяжелее, чем у лиц контрольной группы. Количество баллов по шкале Вейна, отражающей степень вегетативной дисфункции, у больных с андрогенодефицитом было также значительно выше, чем у пациентов с нормальным уровнем тестостерона (на 12 %), и достоверно больше (в 3 раза), чем в контрольной группе ($p < 0,05$) (табл. 3).

Таблица 3

Показатели психопатологических и вегетативных расстройств у больных хроническим простатитом

Показатель	Контроль (n=10)	1-я группа (n=29)	2-я группа (n=28)
Общий тестостерон, нмоль/л	36 [29,9; 38]	13,4 [#] [12,7; 15,2]	10,6 [#] [9,5; 11,3]
Ситуативная тревожность, баллы	28,44 [20; 36]	34 [31; 40]	50,5 [#] [35; 57]
Личностная тревожность, баллы	26,44 [22,4; 28]	38,5 [33; 45] [#]	47,5 [#] [39; 55]
Депрессия, баллы	2,6 [1,8; 3,2]	7 [4; 8]	9 [#] [3; 17]
Шкала Вейн, баллы	10,3 [6,2; 14]	23,5 [16; 26]	30 [#] [24; 35]

Примечание. * – Достоверность по сравнению с пациентами 1-й группы, # – по сравнению с лицами контрольной группы.

Выявлена сильная прямая ($r=0,77$) связь между уровнем ситуативной и личностной тревожности у больных ХП, прямая связь средней силы между уровнем ситуативной, личностной тревоги и количеством баллов по шкале Вейна ($r=0,54$ и $r=0,45$), отрицательная связь средней силы между уровнем ситуативной и личностной тревожности и содержанием общего тестостерона ($r=-0,5$ и $r=-0,47$). Между тяжестью ситуативной тревоги и выраженностью гипотимии обнаружена сильная прямая связь ($r=0,72$), между личностной тревогой и гипотимией – прямая связь средней силы ($r=0,6$). Проведенный корреляционный анализ свидетельствует о негативном влиянии андрогенодефицита на тяжесть вегетативных и аффективных расстройств у больных хроническим простатитом.

Выводы. У больных хроническим простатитом имеют место выраженные психовегетативные нарушения преимущественно с высоким уровнем симпатотонии и аффективными расстройствами, часто в виде умеренной и выраженной тревожности. У каждого четвертого пациента выявлена клиническая картина депрессивных расстройств. Тяжесть психовегетативных расстройств зависит от гормональной насыщенности организма и возрастает по мере усиления андрогенодефицита. Полученные результаты свидетельствуют о необходимости комплексного подхода к лечению и реабилитации больных хроническим простатитом.

Литература

1. Чеботарев В. В., Кулагина Л. М. Диагностика хронического уретрогенного простатита // Вестник дерматологии и венерологии. – 1992. – № 7. – С. 62–64.
2. Щетинин В. В., Зотов Е. А. Простатит. – М.: Медицина, 2003. – 488 с.
3. McNaughton-Collins M., Stafford R. S. et al. How common is prostatitis? A national survey of physician visits // J. Urol. – 1998. – Vol. 159. – P. 1224–1228.
4. Luzzi G., O'Leary M. Chronic pelvic pain syndrome // Br. Med. J. – 1999. – Vol. 318. – P. 1227–1228.
5. Berghuis J. P. Psychological and physical factors involved in chronic idiopathic prostatitis // J. Psychosom. Res. – 1996. – Vol. 41. – P. 313–325.
6. Egan K. J., Krieger J. N. Psychological factors in chronic painful prostatitis syndrome // Clin. J. Pain. – 1994. – Vol. 10. – P. 218–225.
7. Голубчиков В. А., Родоман В. Е., Ситников Н. В. и др. Патогенетическое обоснование сочетанного применения физических факторов в комплексном лечении больных хроническими простатитами // Урология. – 2001. – № 4. – С. 15–21.
8. Вейн А. М. Лекции по неврологии неспецифических систем мозга. – М.: «МЕДпресс-информ», 2010. – 112 с.
9. Вейн А. М. Вегетативные расстройства. Клиника, диагностика, лечение. – М.: ООО МИА, 2003. – 752 с.
10. Говорин А. В. Некоронарогенные поражения миокарда. – Новосибирск: «Наука», 2010. – 231 с.
11. Оздоева Л. Д. Взаимосвязь факторов риска атеросклероза и тревожно-депрессивных состояний у мужчин из неорганизованной популяции // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2003. – № 2. – С. 59–64.
12. Возрастной андрогенодефицит и эректильная дисфункция. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 176 с.

Транслитерация русских источников

1. Chebotarev V. V., Kulagina L. M. Diagnostika hronicheskogo uretrogenogo prostatita // Vestnik dermatologii i venerologii. – 1992. – N 7. – S. 62–64.
2. Schetin V. V., Zotov E. A. Prostatit. – M.: Meditsina, 2003. – 488 s.
3. Golubchikov V. A., Rodoman V. E., Sitnikov N. V. i dr. Patogeneticheskoe obosnovanie sochetannogo primeneniya fizicheskikh faktorov v kompleksnom lechenii bolnykh hronicheskimi prostatitami // Urologiya. – 2001. – N 4. – S. 15–21.
4. Veyn A. M. Lektsii po nevrologii nespetsificheskikh sistem mozga. – M.: «MEDpress-inform», 2010. – 112 s.
5. Veyn A. M. Vegetativnyie rasstroystva. Klinika, diagnostika, lechenie. – M.: OOO MIA, 2003. – 752 s.
6. Govorin A. V. Nekoronarogennyie porazheniya miokarda. – Novosibirsk: «Nauka», 2010. – 231 s.
7. Ozdoeva L. D. Vzaimosvyaz faktorov riska ateroskleroza i trevozhno-depressivnykh sostoyaniy u muzhchin iz neorganizovannoy populyatsii // Kardiovaskulyarnaya terapiya i profilaktika. – 2003. – n 2. – S. 59–64.
8. Vozrastnoy androgeodefitsit i erektilnaya disfunktsiya. – M.: GEOTAR-Media, 2009. – 176 s.