

Литература

1. Анкирская А.С. Бактериальный вагиноз // Акуш. и гин. – 2005; 3: 10–13.
2. Байрамова Г.Р. Клинические особенности и эффективность различных методов терапии бактериального вагиноза: дисс. ... канд. мед. наук. – М., 1996. – 186 с.
3. Кира Е.Ф. Бактериальный вагиноз. – СПб., 2001. – 363 с.
4. Доброхотова Ю.Е., Джобава Э.М. Современные подходы к терапии вагинальных дисбиозов у беременных групп риска // Росс. вестн. акуш. и гин. – 2008; 1: 62–65.
5. Доброхотова Ю.Э., Чернышенко Т.Д., Дорофеева Л.А. Особенности применения генферона при проведении комплексного лечения фоновых и предраковых заболеваний шейки матки // Эффект. фармакотерапия. – 2007; 3: 20–24.
6. Картвелишвили К.З. Эффективность применения сорбции в комплексном лечении рецидивирующих форм бактериального вагиноза, вагинального кандидоза и неспецифического вагинита // Вестн. акуш. и гин. – 2000; 1: 100–103.
7. Муслимова С.З. Современные представления о бактериальном вагинозе // Росс. вестн. акуш. и гин. – 2008; 1: 13–17.
8. Хергетт Х.Ф., Летцель Х., Петров Р.О. Комплексная терапия дисбиозов // Эпидемиология и инфекционные болезни. – 1997; 6: 51–55.
9. Cjukic-Ivancevic S., Bujko M. Bacterial vaginosis. Epidemiology and risk factors // Srp. Arh. Celok. Lek. – 2000; 128: 2, 29–33.
10. Eschenbach D. Bacterial vaginosis and anaerobes in obstetric-gynecologic infection // Obstet. Gynecol. Clin. Infect. Dis. – 1993; 16: (4): 282–287.
11. Hallen A., Pahlson C., Forsum U. Bacterial vaginosis in women attending STD clinic: diagnostic criteria and prevalence of Mobiluncus spp. // Gnitourin. Med. – 1987; 63 (6): 386–389.

ROLE OF DYSBIOTIC DISORDERS IN THE PATHOGENESIS OF RECURRENT FORMS OF BACTERIAL VAGINOSIS

A. Sannikova, Professor N. Shchukina, MD; S. Lukashenko, Candidate of Physicomathematical Sciences

Moscow Regional Research Institute of Obstetrics and Gynecology, Moscow
 Seventy-nine patients with the principal diagnosis of bacterial vaginosis (BV) were analyzed. The standard treatment had to be supplemented by the correction of dysbiotic disorders due to intestinal dysbacteriosis identified in 54 (68.4%) patients with BV. Owing to this fact, the reduction in the frequency of BV recurrence achieved 33.3%.

Key words: bacterial vaginosis, recurrence, intestinal dysbacteriosis.

Журнал «Фармация» предлагает



руководителям фарминдустрии, сотрудникам аптек, преподавателям и студентам уникальную информацию о проектах фармакопейных статей, научных исследованиях в области контроля качества лекарственных средств. С журналом «Фармация» вы всегда будете в курсе самых новейших достижений фармацевтической науки

Подписаться можно с любого месяца



Подписной индекс по каталогу «Роспечать» – **71477**
 по каталогу «Пресса России» – **44772**
 по каталогу «Почта России» – **73175**

ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ЖЕНЩИН, СТРАДАЮЩИХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

А. Березанцев¹, доктор медицинских наук, **Л. Монасыпова¹**, **А. Спиртус²**, **С. Стражев²**, кандидат медицинских наук,

¹ГНЦ ССП им. В.П. Сербского,

²Онкологический диспансер № 3 Москвы

E-mail: kolibri215@yandex.ru

По результатам катamnестического наблюдения 110 женщин, перенесших радикальные операции по поводу рака молочной железы, сделан вывод: у 68,18% пациенток имеются психические расстройства пограничного уровня, у остальных – донозологические психические нарушения. Отмечены редукция психопатологических проявлений и улучшение субъективных параметров качества жизни пациенток на фоне проведения индивидуально подобранной психотерапии.

Ключевые слова: рак молочной железы, пограничные психические расстройства, качество жизни, защитные личностные механизмы, психотерапия.

Одним из неблагоприятных патогенных факторов, влияющих на индивидуальное психическое здоровье, является наличие тяжелых соматических заболеваний, в том числе злокачественных новообразований, которые существенно изменяют качество жизни (КЖ) и уровень социальной адаптации пациентов. Высокую частоту нарушений психического здоровья у онкологических больных отмечают многие исследователи [13, 14].

В последние 20 лет в мире повышается интерес к психологическим аспектам онкологической заболеваемости, и прежде всего – к предупреждению развития у таких больных психических заболеваний и формированию у них эффективной адаптации. По многочисленным данным, у больных онкологического профиля эффективны психосоциальные вмешательства [17, 20].

Патогенез психических нарушений у онкологических больных сложен, поскольку определяется сочетанным воздействием на нервно-психическую сферу мощных астенизирующих экзогенно-органических и психотравмирующих влияний [13]. Основу психопатологии онкологических больных составляют пограничные психические расстройства [2, 4–6, 11, 12, 14]. В формировании у них невротических расстройств немаловажную роль играют личностные особенности, определяющие ответ индивидуума на стрессовые влияния.

В.Я. Семке [13] предлагает модель психосоматических соотношений, в которой выделяет 3 уровня адаптации: биологический, конституционально-типологический и психологический. На каждом из этих уровней определяются как патогенетические факторы, так и саногенетические, являющиеся ресурсами адаптации. Так, соматогенным фактором на биологическом уровне противостоят «соматиче-

ские ресурсы адаптации». Говоря о конституционально-типологических факторах, имеют в виду наличие внутренних ресурсов адаптации, потенциальную способность личности преодолевать ситуацию с заболеванием. Психосоциальные факторы (изменившиеся условия социальной среды, связанные с заболеванием) находятся в диалектическом взаимодействии с внешними ресурсами адаптации, связанными в первую очередь с микросоциальным окружением и социальной поддержкой.

В структуре онкологической заболеваемости женского населения России злокачественные новообразования молочных желез занимают 1-е место. В 2007 г. на их долю пришлось 20% всей онкопатологии у женщин, по сравнению с 2002 г. прирост составил 13,1% [8]. Доля рака молочной железы (РМЖ) максимальна в возрастной группе 40–54 лет (29,7%); на 2-м месте – возрастная группа 15–39 лет, вносящая наибольший вклад в смертность от онкологической патологии у женщин в целом, – 17,3% [8].

Не менее значительный стресс, чем само онкологическое заболевание, вызывают у пациенток калечащие операции при опухолях молочной железы, а также проблемы, связанные с угрозой утраты привлекательности, женственности, со значительным снижением самооценки, ощущением потери ценности для окружающих. Все перечисленное зачастую приводит к значительному снижению объективных и субъективных параметров КЖ, появлению психопатологической симптоматики и требует особенно деликатного, дифференцированного подхода к подбору лечебно-реабилитационных методик.

Психические нарушения у женщин с онкологическими заболеваниями репродуктивной системы привлекают внимание многих исследователей [1, 4, 6, 7, 16, 18]. С.Д. Галлиулина [7] отмечает, что клиническая структура психических расстройств у больных РМЖ на диагностическом этапе представлена аффективными нарушениями в виде реакций депрессии, шока, аутоагрессии, на дооперационном этапе и в момент выписки из стационара – тревожно-депрессивным синдромом, в послеоперационном периоде – астенодепрессивным, на катamnестическом этапе – депрессивным.

По данным О.А. Бехер [4], тяжесть психических расстройств у женщин, страдающих РМЖ, связана с распространением онкологического процесса; при этом на всех стадиях преобладают нозологически очерченные невротические расстройства (на I стадии – у 72,27% больных, на II – у 56,9%, на III – у 72,72%). На I и II стадиях у всех остальных пациенток констатировались донозологические расстройства (у 22,73 и 43,1% соответственно). М.А. Самушия и Е.А. Мустафина [12], рассматривая психические нарушения у женщин со злокачественными опухолями репродуктивной системы в рамках нозогений, отметили преобладание тревожно-депрессивных реакций (в 73% случаев). В 27% случаев нозогении определялись как тревожно-гипоманиакальные и тревожно-диссоциативные (по 13,5% наблюдений соответственно).

Совершенствование методов лечения онкологических заболеваний, направленное на увеличение выживаемости больных, обусловило признание ценности такого понятия, как КЖ, в связи с чем повысилась актуальность разработки надежных инструментов для оценки КЖ и лечебно-реабилитационных мероприятий, способствующих повышению КЖ. В онкологических исследованиях КЖ – важный кри-

терий эффективности лечения и прогноза. Основной принцип медицины «лечить больного, а не болезнь» не может быть реализован без оценки КЖ [9].

Среди методов улучшения КЖ онкологических больных одно из важных мест занимают психосоциальные вмешательства [5, 10, 16, 18].

Вопросы КЖ особенно актуальны на катamnестическом этапе. Если на диагностическом и стационарном этапах внимание пациентов приковано к предстоящей операции, соблюдению определенного режима, на раннем катamnестическом – к оформлению инвалидности, что предусматривает регулярное общение с медицинскими работниками, то в дальнейшем пациенты встают перед необходимостью привыкать к изменившимся обстоятельствам жизни. Это в первую очередь изменение социального статуса (инвалидность) и внешнего облика (последствия мастэктомии). Е.Ф. Бажин, А.В. Гнездилов [2] отмечали, что в течение 6–18 мес после выписки из стационара пациентки обнаруживали стремление к самоизоляции, утрату интереса к прежним развлечениям и внутрисемейным отношениям, при том что у некоторых соматическое состояние было удовлетворительным.

В целях выявления нарушений психического здоровья у женщин с РМЖ на катamnестическом этапе и разработки практических рекомендаций по коррекции психопатологической симптоматики были обследованы 110 пациенток, находившихся на учете в онкологическом диспансере № 3 Москвы. Возраст обследованных – от 28 до 70 лет; все пациентки имели верифицированный диагноз РМЖ, перенесли мастэктомию и после стационарного лечения находились на разных этапах диспансерного наблюдения. Срок выписки из стационара составил от 2 мес до 3 лет. С пациентками было проведено клиническое психопатологическое интервью с использованием критериев МКБ-10. Преморбидные личностные черты исследовали по опроснику Леонгарда, бессознательные механизмы личностной защиты – по индексу жизненного стиля Келлермана–Плутчика–Конте в адаптации Вассермана, сознательные механизмы защиты личности – по Индикатору копинг-стратегии Амирхана. Для выявления клинических психопатологических синдромов применяли Шкалу тревоги и депрессии Гамильтона, Шкалу последствий событий Горовиц, Гиссенский опросник соматических жалоб, Шкалу астенического состояния и специально разработанный для данного исследования Опросник телесной перцепции. Сокращенный вариант Опросника качества жизни ВОЗ (WHOQOL_bref) позволил оценить субъективные параметры КЖ, в том числе как реакцию на изменения в жизни после возникновения онкологического заболевания.

Исследование по опроснику Леонгарда выявило наличие акцентуации характера той или иной степени практически у всех пациенток, что может быть связано с заострением личностных черт в ситуации длительного, массивного стресса, связанного с болезнью. Наибольшая частота акцентуации отмечалась по шкале эмотивности – 32 случая. Реже выявлялись гипертимность (у 12 пациенток), циклотимность и дистимность (по 6 случаев). Демонстративность отмечена у 7 (6,3%) пациенток, у 43 (39,1%) определялась смешанная акцентуация – эмотивность в сочетании с гипертимностью, циклотимностью, тревожностью. В отдельных случаях на первый план выходили возбудимость, экзальтированность, педантичность. У 65,4% пациенток отмечено наличие стрес-

сового фактора на протяжении 0,5–5 лет перед манифестацией злокачественного процесса; эти больные высказывали предположение о возможной связи заболевания с длительной стрессовой ситуацией.

При изучении данных, полученных с помощью Индикатора копинг-стратегии, обнаружены высокие показатели такого способа поведения в стрессовой ситуации, как разрешение проблемы (от 31 до 33 баллов у 62,7% пациенток), и низкие и очень низкие баллы по шкале «Избегание проблем» (от 12 до 23 баллов у 84,5%), что может свидетельствовать о напряжении механизмов сознательной защиты и пребывании пациенток в ситуации дистресса. Приведенные сведения свидетельствуют о высоком риске формирования стрессогенных невротических расстройств у обследованных. Такой способ преодоления проблем, как «Поиск социальной поддержки», получил низкую и очень низкую оценку – от 13 до 18 баллов (у 19% пациенток) и высокую – свыше 29 баллов – у 48,2%. И те и другие показатели могут расцениваться как факторы риска нарушения социальной адаптации. Лишь у 6 (5,45%) обследованных показатели по всем 3 способам поведения в условиях стресса были в пределах нормы, т.е. только эти больные использовали преимущественно способ, который помогал им бороться со стрессом.

Оценка бессознательных механизмов психологической защиты (МПЗ) по Индексу жизненного стиля выявила высокое напряжение, связанное с использованием эффективных МПЗ. Так, МПЗ «Отрицание» применяли у 84 (76,3%) пациенток, МПЗ «Интеллектуализация» – у 22 (20%). Однако у большинства обследованных обнаружена одновременно высокая напряженность и по другим дезадаптивным МПЗ, в целом у 98 (89,09%) – по 2 и более МПЗ. У 45 женщин вызывало напряжение МПЗ «Проекция» (в сочетании с другими механизмами), у 32 – МПЗ «Реактивное образование», у 25 – «Регрессия», у 21 – «Замещение», у 8 – «Компенсация», у 7 – «Вытеснение». Напряжение неэффективных, дезадаптивных МПЗ тесно коррелировало с результатами применения других клинических психодиагностических методик и психопатологического обследования.

У 75 (68,18%) обследованных выявлены нозологически очерченные психические расстройства пограничного уровня, у 35 (31,82%) – донозологические расстройства, которые представляли собой нерезко выраженные, атипичные симптомокомплексы, не укладывающиеся в какую-либо диагностическую рубрику МКБ-10. Согласно критериям МКБ-10, у 34 (30,9%) больных психические расстройства соответствовали диагнозу F43.22 (смешанная тревожная и депрессивная реакция, обусловленная расстройством адаптации), у 14 (12,72%) – F48.0 (неврастения), у 12 (10,9%) – F43.21 (пролонгированная депрессивная реакция, обусловленная расстройством адаптации), у 6 (5,46%) – F42.1 (смешанное тревожное и депрессивное расстройство), у 7 (6,36%) – F06.6 (органическое эмоционально-лабильное – астеническое расстройство), у 2 (1,82%) – F43.8 (другие реакции на тяжелый стресс). Донозологические расстройства были представлены сочетанием астенических симптомов с мягкими аффективными нарушениями. У 21 (19,09%) пациентки преобладали астенические симптомы, у 14 (12,73%) – аффективные в виде колебания настроения, раздражительности, ощущения психического дискомфорта.

КЖ оценивали с помощью сокращенного варианта Опросника качества жизни ВОЗ (WHOQOL_bref); ответы позволяли сделать выводы об удовлетворенности следую-

щими сферами жизни: физическим здоровьем; психологическим состоянием; уровнем независимости; социальными взаимоотношениями; окружающими условиями жизни и средой; духовной жизнью. Пациентки оценивали также субсферу «Общее качество жизни и состояние здоровья». Максимальная оценка КЖ составила 27,87 балла из 30 возможных (92,9%); это была пациентка без психопатологической симптоматики, с гармоничным личностным профилем (отсутствие акцентуации по опроснику Леонгарда), невысокими показателями напряжения психологической защиты. Минимальный показатель – 14,7 балла (49%), средний – 20,4 балла (68%).

Пользуясь анкетой оценки КЖ ВОЗ и оценками, полученными при осмотрах пациенток, а также данными из амбулаторных карт, мы произвели объективную оценку социального функционирования. Было определено 4 варианта соотношения объективных и субъективных оценок КЖ: 1) адекватно позитивный (пациентки оценивают свое социальное функционирование как хорошее и объективные параметры социального функционирования – высокие); 2) неадекватно позитивный (пациентки оценивают свое социальное функционирование как хорошее при низких объективных параметрах социального функционирования); 3) адекватно негативный (пациентки оценивают свое социальное функционирование как плохое при низких объективных параметрах социального функционирования); 4) неадекватно негативный (пациентки оценивают свое социальное функционирование как плохое при высоких объективных параметрах социального функционирования).

Субъективная оценка КЖ в сопоставлении с объективными параметрами социальной адаптации у 49 (44,5%) больных была адекватно негативной, у 29 (26,4%) – адекватно позитивной, у 5 (4,5%) – неадекватно позитивной, у 25 (22,6%) – неадекватно негативной. У пациенток с астенической симптоматикой преобладали адекватно негативная и адекватно позитивная оценки КЖ. Неадекватно негативная оценка коррелировала с депрессивной и тревожно-депрессивной симптоматикой. Отмечена корреляция между выраженностью психопатологической симптоматики (тревога, депрессия по Шкале Гамильтона, астения по Шкале астенического состояния) и данными, полученными с помощью Опросника качества жизни. Низкая оценка КЖ отмечена у пациенток с более высокими показателями тревоги, депрессии. Высокие показатели по Опроснику соматических жалоб коррелировали с более высоким уровнем тревоги.

Для улучшения психического состояния и КЖ предложена комбинированная схема лечения, предусматривающая психотерапию: суггестивную (гипнотерапия по Р. Тукаеву, аутогенная тренировка, релаксация по Джекобсону); рациональную (когнитивно-поведенческая психотерапия, краткосрочные образовательные программы). В случаях преобладания таких МПЗ, как «Отрицание», «Вытеснение», «Замещение», использовали суггестивные методики; женщинам с высокими показателями использования МПЗ «Компенсация», «Интеллектуализация», «Реактивное образование», предлагали когнитивно-поведенческие методы. Кроме того, учитывали результаты субъективной оценки социального функционирования по Опроснику качества жизни. Гипнотерапию рекомендовали пациенткам, низко оценивающим свое КЖ по шкалам «Физическое состояние», «Психологическая сфера», «Уровень независимости». Пациентки, низко оценившие такие сферы своей жизни,

как «Социальные отношения», «Окружающая среда», были настроены на активную работу с психотерапевтом и обсуждение проблем со взаимоотношениями, которые как появились в связи с онкологическим заболеванием, так и существовали до него и служили источником дистресса. Когнитивная терапия в данном случае воспринималась пациентками как более приемлемая.

Курс психотерапии в формате групповой и индивидуальной универсальной гипнотерапии по Р. Тукаеву прошли 35 пациенток. Особенностью гипнотерапии по Р. Тукаеву [15] является работа с образами: внушение цветовых ощущений при гипнозе оказывает отчетливое, направленное (седативное либо активирующее) комплексное воздействие на человеческую психику, а через нее — на весь организм в целом. Внушение цветовых образов с использованием седативных цветов вызывает нерезкую общую активацию. Целенаправленное использование механизмов воздействия внушенных цветовых ощущений при гипнозе и аутогенной тренировке может расширить возможности словесного психотерапевтического воздействия, являясь его адекватным, синергизирующим фоном [15]. Кроме того, проективная гипнотерапия по Р. Тукаеву предусматривает комплексную оценку состояния пациента в процессе сеанса и в начале лечения. Было проведено от 10 до 20 групповых и индивидуальных сеансов; 19 пациенток дополнительно были обучены технике самогипноза и методике релаксации по Джекобсону.

Психотерапию в формате индивидуальной когнитивно-бихевиоральной терапии получили 10 пациенток. В основе когнитивного подхода лежит теоретическое положение, согласно которому эмоции и поведение человека в значительной степени детерминированы тем, как он структурирует мир. Представления человека (вербальные или образные «события», присутствующие в его сознании) определяются его установками и умопостроениями (схемами), сформированными в результате прошлого опыта [3]. Основными

целями когнитивной терапии стали решение актуальных проблем пациенток, а также изменение дисфункционального, искаженного мышления и поведения.

Тревога, сниженный эмоциональный фон обследованных поддерживались иррациональными убеждениями, касающимися восприятия их родными и окружающими после обнаружения онкологического заболевания и калечащих операций, представлениями об инфекционной природе злокачественных новообразований, стремлением как можно быстрее вернуться к трудовой деятельности в прежнем объеме. При этом в ряде случаев игнорировалась необходимость определенной продолжительности реабилитационного периода, необходимая для восстановления сил и работоспособности. С каждой пациенткой было проведено от 7 до 12 сеансов индивидуальной терапии. Эффективность психотерапевтических вмешательств оценивалась по динамике показателей клинического тестирования (Шкала депрессии и тревоги Гамильтона, Гиссенский опросник соматических жалоб, Шкала астенического состояния, Опросник качества жизни ВОЗ). Вычисляли средний процент улучшения КЖ. После гипнотерапии КЖ повысилось с 2,66 (8,8%) до 7,2 балла (24,3%), в среднем — на 5,7 балла (19%), после когнитивно-бихевиоральной психотерапии — с 2,34 (7,8%) до 9,25 балла (30,8%), в среднем — на 5,6 балла (18,6%). Показатели тревоги и депрессии по Шкале Гамильтона снизились в среднем до 3,4 и 5,2 балла соответственно после гипнотерапии и до 3,9 и 4,4 балла — после когнитивно-бихевиоральной психотерапии.

Таким образом, у 75 (68,18%) пациенток с РМЖ выявлены нозологически очерченные пограничные психические расстройства с преобладанием тревожно-депрессивной симптоматики, у 35 (31,82%) — донозологические нарушения. Исследование с помощью копинг-стратегий и МПЗ выявило несостоятельность сознательных адаптивных механизмов борьбы со стрессом у большинства пациенток, а также напряжение при использовании дезадаптивных



ШЕСТНАДЦАТАЯ РОССИЙСКАЯ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКАЯ НЕДЕЛЯ

11–13 октября 2010 года

Москва, Российская академия государственной службы при Президенте РФ
(проспект Вернадского, д. 84, метро «Юго-Западная»)



Уважаемые коллеги!

Российская гастроэнтерологическая ассоциация (РГА) приглашает вас принять участие в работе очередного съезда врачей-гастроэнтерологов страны — 16-й Российской гастроэнтерологической недели.

Программа Недели включает в себя обсуждение широкого круга теоретических и практических проблем современной гастроэнтерологии и эндоскопии, курс последипломного обучения.

Перед Неделью 8–10 октября 2010 г. будет проведен IV Клинический конгресс Национальной Школы гастроэнтерологов, гепатологов «Достижения мировой гастроэнтерологии» (Осенняя сессия).

В период проведения Гастронедели будет работать выставка современных лекарственных препаратов, медицинской техники и технологий, применяемых в гастроэнтерологии и лечебном питании, и специализированных изданий. Мы приглашаем представителей отечественных и зарубежных фармацевтических компаний принять участие в выставке и работе научного форума.

Вход на научные заседания Гастронедели свободный.

Почтовый адрес для переписки и справок: 119146, Москва, а/я 31, «ГАСТРО».

Телефоны для справок: +7 (499) 263-57-74, +7 926 213-25-52.

Факс: +7 (495) 263-57-74 (авт., круглосуточно).

Электронная почта: rgas@orc.ru, rga-org@yandex.ru

Адреса в Интернете: www.gastro.ru, www.liver.ru

бессознательных МПЗ. Отмечена корреляция между выраженностью психопатологической симптоматики (тревога, депрессия по Шкале Гамильтона, астения по Шкале астенического состояния) и данными анкетирования по Опроснику качества жизни. Динамика психического статуса в процессе психотерапии свидетельствует об эффективности психотерапевтического вмешательства при пограничных психических расстройствах у пациенток со злокачественной патологией молочной железы.

Литература

1. Архипова И.В. Клинические и реабилитационные аспекты психических расстройств у женщин с диагнозом рак молочной железы на этапе хирургического лечения: автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – Кемерово, 2008.
2. Бажин Е.Ф., Гнездилов А.В. Психогенные реакции у онкологических больных: метод. реком. – Л., 1983. – 33 с.
3. Бек А., Раш А., Шо Б. и др. Когнитивная терапия депрессии. – СПб.: Питер, 2003. – 304 с.
4. Бехер О.А. Нервно-психические расстройства у женщин, страдающих раком молочной железы: автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – Томск, 2007.
5. Бухтояров О.В., Архангельский А.Е. Психогенный кофактор канцерогенеза. Возможности применения гипнотерапии. – СПб.: Алетей, 2008. – 264 с.
6. Васиянова В.В. Особенности психических нарушений у онкологических больных после гинекологических, урологических и проктологических операций: автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – Челябинск, 1996.
7. Галлиулина С.Д. Нервно-психические нарушения у больных раком молочной железы: автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – Уфа, 2000.
8. Давыдов М.И., Аксель Е.М. Статистика злокачественных новообразований в России и странах СНГ в 2007 г. // Вестн. РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН. – 2009; 3 (20): 55.
9. Ионова Т.И., Новик А.А., Сухонос Ю.А. Качество жизни онкологических больных // Вопр. онкологии. – 1999; 44 (6): 749–752.
10. Куприянова И.Е., Семке В.Я. Качество жизни и психическое здоровье. – Томск, 2004. – 121 с.
11. Менделевич В.Д. Пограничные психические расстройства после радикальных онкологических операций: дисс. ... докт. мед. наук. – М., 1994. – 432 с.
12. Самушия М.А., Мустафина Е.А. Нозогении (психогенные реакции) у женщин со злокачественными опухолями органов репродуктивной системы // Психические расстройства в общей медицине. – 2007; 3: 11–16.
13. Семке В.Я. Психиатрия и онкология. Грани соприкосновения // Сибир. вестн. психиатр. и нарколог. – 2008; 3: 7–12.
14. Смулевич А.Б., Андрющенко А.В., Бескова Д.А. Психические расстройства в онкологии (результаты мультицентровой программы «Синтез») // Психические расстройства в общей медицине. – 2009; 1: 4–11.
15. Тукаев Р.Д. Гипноз. Механизмы и методы клинической гипнотерапии. – М.: МИА, 2006. – 448 с.
16. Шарова О.Н. Особенности психических расстройств у женщин после радикального лечения рака молочной железы и формирования при них механизмов психологической защиты: автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – Челябинск, 2000.
17. Fawzy F., Fawzy N., Hyun C. et al. Malignant melanoma. Effects of an early structured psychiatric intervention, coping and affective state on recurrence and survival 6 years later // Arch. General Psychiatry. – 1993; 50: 681–689.
18. Hersh J. et al. Psychosocial intervention and quality of life in gynaecological cancer patients: a systematic review // J. Psycho-Oncol. – 2009; 18: 795–810.
19. Holland J. Psychooncology: where are we, and where are going? // J. Psychooncology. – 1992; 2: 103–112.
20. Stein S., Hermanson K., Spiegel D. New directions in psycho-oncology // Current Opinion in Psychiatry. – 1993; 6: 838–846.

MENTAL HEALTH AND QUALITY OF LIFE IN WOMEN WITH BREAST CANCER

A. Berezantsev¹, MD; L. Monasipova¹; A. Spirtus²; S. Strazhev². Candidate of Medical Sciences

¹V.P. Serbsky State Research Center of Social and Forensic Psychiatry; ²Cancer Dispensary Three, Moscow

The results of following up 110 women who have undergone radical operations for breast cancer lead to the conclusion that 68.16% of the patients have borderline mental disorders and the remaining patients had prenosological mental disorders. There are reduced psychopathological manifestations and better subjective quality of life during individually chosen psychotherapy.

Key words: breast cancer, borderline mental disorders, quality of life, psychological defence mechanisms, psychotherapy.

КОМПЛЕКСНАЯ ТЕРАПИЯ ГИПЕРБИЛИРУБИНИИ У ДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ С ПЕРИНАТАЛЬНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

А. Афонин, доктор медицинских наук, профессор,
А. Шокарев, кандидат медицинских наук, **А. Левкович**,
Ростовский НИИ акушерства и педиатрии
Федерального агентства по высокотехнологичной
медицинской помощи
E-mail: leval@inbox.ru

Оценивали эффективность препарата Полисорб МП в комплексе лечения конъюгационной желтухи у новорожденных с перинатальным поражением центральной нервной системы. У детей, получавших дополнительно Полисорб МП, отмечались более быстрое снижение уровня билирубина и трансаминаз в крови и более раннее клиническое разрешение конъюгационной желтухи. Аллергических реакций и осложнений со стороны желудочно-кишечного тракта не выявлено.

Ключевые слова: Полисорб МП, гипербилирубинемия, конъюгационная желтуха, новорожденные дети.

Проблема желтухи у новорожденных приобретает большую актуальность в связи с наблюдающимся патоморфозом перинатальной патологии. Так, за последние годы отмечена тенденция к более длительному (затяжному) течению так называемой физиологической (конъюгационной) желтухи у практически здоровых детей, получающих не только грудное, но и смешанное или искусственное вскармливание. Продолжительность желтухи нередко переходит границы 1-го месяца жизни. Как при гемолитических, так и при конъюгационных желтухах обращают на себя внимание длительно выявляемый высокий уровень непрямого гипербилирубинемии и сопутствующее им умеренное увеличение содержания прямого билирубина в крови в сочетании с пороговыми значениями печеночных ферментов. Возможно, указанный патоморфоз неонатальных желтух связан с общим ухудшением состояния здоровья и питания беременных женщин, с распространением вредных привычек, экологическим неблагополучием, субклиническим йодным дефицитом и другими факторами, нарушающими созревание гепатоцитов плода.

Исходя из этого, целесообразен поиск средств для новорожденных и грудных детей, позволяющих ускорить процессы элиминации непрямого билирубина, что снизит риск его нейротоксичного эффекта.

Нами изучена клиническая эффективность препарата Полисорб МП в комплексной терапии неонатальных желтух у доношенных новорожденных детей с перинатальным поражением центральной нервной системы (ЦНС).