

1. Васильев С. А. Пластическая хирургия в онкологии. — Челябинск: ЧГМА, 2002.
2. Вербо Е. В., Неробеев А. И. Реконструкция лица ревааскуляризованными аутоотрансплантатами. — М.: Медицина, 2008.
3. Данищук И. В., Боровиков А. М. // Вестн. эстет. мед. — 2003. — Т. 2, № 2. — С. 72—77.
4. Ильина Е. Э. Клинико-морфологическая и лечебная тактика при пигментных доброкачественных новообразованиях у больных детского и юношеского возраста: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 2009. — С. 24.
5. Неробеев А. И. Восстановление тканей головы и шеи сложными артериализированными лоскутами. — М.: Медицина, 1988.
6. Неробеев А. И., Малаховская В. И., Шургая Ц. М. // Руководство по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии / Под ред. В. М. Безрукова, Т. Г. Робустовой. — М.: Медицина, 2000. — Т. 2. — С. 94—174.
7. Bennett R. G. // Flaps and grafts in dermatologic surgery. — Amsterdam: Saunders Elsevier, 2007. — P. 159—177.
8. Bowman P., Fosko S. W., Hatsten M. E. // Flaps and grafts in dermatologic surgery. — Amsterdam: Saunders Elsevier, 2007. — P. 137—158.
9. Brader J. P., Hurwitz D. J., Carstens M. H. // Pediatric plastic surgery. — California, 2006. — Vol. 4. — P. 15—43.
10. Coleman S. R. // Oper. Tech. Plast. Reconstr. Surg. — 1994. — Vol. 1, № 1. — P. 120—126.
11. Hom D. B., Tope W. D. // Пейпл А. Д. Пластическая и реконструктивная хирургия лица. — М.: БИНОМ, 2007. — С. 548—585.
12. McCord C. D., Codner M. A. // Pediatric eyelid anomalies. — Missouri, 2008. — P. 753—781.

Поступила 14.02.11

© С. В. АВЕРЬЯНОВА, 2012

УДК 616.348-006.04-055.2-06:616.89]-07

С. В. Аверьянова*

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЖЕНЩИН, БОЛЬНЫХ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ

НУЗ Дорожная клиническая больница ОАО РЖД, Саратов

*Аверьянова Светлана Владимировна, канд. мед. наук, зав. отд. онкологии. E-mail: svtshkvor@mail.ru
410004, Саратов, Первый станционный пр-д, д. 7

♦ Описаны психологические особенности и ведущие личностные паттерны женщин, больных колоректальным раком. Выявлено, что наиболее распространенной личностной чертой этих больных является ипохондрия (70,2%). У 15,5% больных констатированы разной степени выраженности депрессивные расстройства. Остальные пациентки формировали защитные реакции в виде гипоманиакальных тенденций (реакция отрицания болезни), истероидных и невротоподобных реакций. Результаты исследования демонстрируют необходимость разработки комплексной реабилитации, направленной на коррекцию психологического состояния больных на всех этапах лечения.

Ключевые слова: колоректальный рак, личностные особенности, депрессия

S. V. Averyanova

PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF WOMEN WITH COLORECTAL CANCER

Railway Clinical Hospital, ОАО "RZhD", Saratov

♦ The paper describes the psychological features and leading personality patterns of women with colorectal cancer. Hypochondria has been found to be the most common personality trait (70.2%) in these patients. Varying degrees of depressive disorders are stated in 15.5%. The other patients have developed protective responses as hypomanic trends (a disease denial reaction) and hysteroid and neurosis-like reactions. The study demonstrates that it is necessary to elaborate a complex rehabilitation program to correct the psychological state of the patients at all treatment stages.

Key words: colorectal cancer, personality traits, depression

Первые упоминания о влиянии психики на возникновение и течение рака появились очень давно. Еще во II веке н. э. древнеримский врач Гален обратил внимание на то, что жизнерадостные женщины болевают раком реже, чем женщины, часто находящиеся в подавленном состоянии [11]. Он предположил, что к раку предрасполагает дисбаланс четырех основных жидкостей организма со сдвигом в сторону черной желчи (меланхолии).

За прошедшее с тех пор время интерес к связи психических особенностей личности с развитием онкологических процессов постоянно возрастал и сформировался в науку психоонкологию как отдельное направление психосоматической медицины. Несмотря на все возрастающее количество публикаций, направленных на изучение различных аспектов этого направления, многие вопросы до сих пор остаются открытыми. Мало изучена роль связи локализации злокачественного новообразования и психологического статуса, хотя в психосоматической медицине этому вопросу посвящено много работ [2, 3]. В большинстве случаев исследования касаются психологических особенностей женщин, больных раком молочной железы, и их реакций на различные этапы противоопухолевой те-

рапии [8—10]. При этом невозможно проецировать полученные результаты исследований на больных с другими нозологическими формами злокачественных новообразований. Между тем в онкологии подход к лечению опухолей различных локализаций уникален. Основоположник отечественной онкологии Н. Н. Петров выдвинул неоспоримый и в настоящее время постулат: "раки все разные".

Работы, посвященные психологическим особенностям больных с колоректальным раком, малочисленны. В основном они касаются изменений, возникающих в связи с появлением колостомы [14, 15].

В 1947 г. С. Dukes [6] описал около 100 наблюдений из больницы Св. Марка в Лондоне. Он подчеркнул важность поддержки супруга и заметил беспокойство больного из-за возможности инвалидности. Автор описал депрессию в послеоперационном периоде, когда больной узнает о колостоме [6]. В 1948 г. S. McLanahan и W. Gilmore [13] описали 40 пациентов с колостомой, отметив, что из них 21 больной стали менее активными, но это не было точно подтверждено. В 1950 г. M. Ewing [7] выявил серьезное ограничение в общественной деятельности в группе из 20 больных. Эти исследования показывают, что у большого

процента больных с колостомой значительно ухудшается качество жизни. Вместе с тем не было проведено сравнение качества жизни до и после колостомы и не было попытки оценить серьезность ухудшения в общей структуре жизни. Область исследования не была определена. Ни значение опыта личности, ни его методы адаптации не были изучены, не было и попытки связать изменение качества жизни и потерю физиологически и психологически значимого органа. Самостоятельное влияние хирургического метода также не было изучено. Более современные работы также касаются особенностей хирургического вмешательства и улучшения качества жизни после него [5]. Определенное внимание уделено депрессии и ее роли при раке кишечника, однако практически не освещены другие психологические особенности данной категории лиц [4, 12].

Целью нашего исследования явилось изучение психологических особенностей и определение ведущих личностных паттернов женщин, больных колоректальным раком, для дальнейшей разработки личностно-ориентированного комплекса реабилитационных мероприятий.

При помощи сокращенной версии многопрофильного личностного опросника ММРП ("Мини-мульти") [1] изучен психологический статус 37 женщин, больных колоректальным раком. У 17 больных имелась II стадия заболевания, у 15 — III стадия и у 5 — IV стадия. Средний возраст больных составил 60,49 года. Все пациентки прооперированы, все диагнозы гистологически подтверждены. Исследование у всех больных проводилось троекратно: до операции, в раннем послеоперационном периоде и через месяц после операции.

При анализе оценочных шкал выявлены 2 варианта. Первый вариант, с более высоким показателем шкалы F (достоверности), демонстрирующий обнаженность в раскритику дефектов своего характера и проблем, снижение контроля над эмоциями и желание быть искренним, отмечен у 23 (62,2%) женщин, второй вариант, с более высокими показателями шкал L (лжи) и К (коррекции) по сравнению с F, связанный с попыткой показать себя в лучшем свете, — у 14 (37,8%).

У 2 (5,4%) больных отмечен линейный профиль, характерный для лиц с отсутствием психологических проблем.

У 26 (70,2%) больных ведущим являлся пик профиля на шкале ипохондрии, что отражает мотивационную направленность на соответствие нормативным критериям как в социальном окружении, так и в сфере физиологических функций своего организма. У 15 (40,5%) больных пик на шкале ипохондрии встречался во всех трех исследованиях, у 7 (18,9%) — в двух исследованиях и только у 4 (10,8%) больных повышение по шкале ипохондрии отмечено в одном исследовании. Но у всех этих пациенток в другом тестировании отмечен невротизированный профиль, показывающий "свободноплавающую тревогу", не сформировавшуюся в какое-либо клиническое проявление. Основные проблемы этих женщин — подавление спонтанности психических реакций, сдерживание активной самореализации, контроль над агрессивностью, гиперсоциальная направленность интересов. Пик на шкале ипохондрии несет в себе стержневую тенденцию сенситивно-тревожной гиперсоциальной личности. Исходно повышенное внимание к себе обуславливает перенесение угрозы для жизни, связанной с онкологическим заболеванием, на процессы, происходящие в собственном организме. Это сочетается с недостаточной способностью контролировать свои эмоции. Даже при относительно небольших подъемах профиля на этой шкале обнаруживается склонность к жалобам, а при выраженных пиках — постоянная озабоченность своим физическим состоянием, пессимизм и неверие в успех, особенно в отношении медицинской помощи. Такие больные постоянно ищут помощи, но редко остаются

довольными. Собственное соматическое состояние превращается в объект тщательного изучения. Поглощенность вниманием собственными соматическими процессами приводит к высокой резистентности поведения по отношению к внешним воздействиям, которую окружающие воспринимают как несговорчивость и упрямство. Нарушаются межличностные отношения, прежде всего с ближайшим окружением.

Сочетание пика на шкале ипохондрии с пиком на шкале истеричности отражает пассивное отношение к конфликту, уход от решения проблем, эгоцентричность. Болезнь используется как алиби по отношению к чувству вины за недостаточную социальную активность.

У 7 (68,9%) больных отмечался пик на шкале шизоидности (аутичности), который сочетался или с пиком на шкале ипохондрии, или с пиком на шкале паранойальности. Одновременный пик на шкалах шизоидности и ипохондрии выявляет сосредоточенность на своеобразных соматических жалобах без эмоциональной захваченности. То, что для большинства является критической ситуацией, лицами с повышением профиля на шкале шизоидности расценивается иначе в силу своеобразия их иерархии ценностей. Ситуация, субъективно воспринимаемая ими как стресс, вызывает состояние растерянности; у таких пациенток формируется своеобразный защитный механизм: неприятные для них данные подвергаются интеллектуальной переработке и уходят в мир мечты и фантазий. Таким образом соблюдается дистанция между человеком и окружающим миром, которая позволяет воспринимать происходящее как бы со стороны. При умеренной выраженности пиков профиля на шкале паранойальности и шизоидности может отмечаться только сочетание аутизации, дистанцирования, отчуждения с ригидностью и стремлением возложить на окружающих вину за жизненные трудности.

У 8 (21,6%) больных в одном или нескольких тестированиях выявлялось наличие депрессивных симптомов, из них у 3 отмечена картина депрессивного эпизода легкой и средней степени тяжести (F32.0, F32.1 — МКБ-10), что проявилось подъемом на шкале депрессивности. Ведущая мотивационная направленность таких женщин — избегание неуспеха; для них характерна выраженная глубина переживаний. В стрессе — склонность к стоп-реакциям, т. е. к блокировке активности; защитным механизмам являются отказ от самореализации и усиление контроля сознания. Повышение показателя шкалы депрессивности связано с ситуацией резкого разочарования или с заболеванием, нарушающим обычный ход жизни и перспективные планы человека. Повышение профиля на шкале депрессивности более 70 Т-баллов выявляет у обследованных не только пониженное настроение в связи с негативными переживаниями, но и определенные личностные особенности: склонность к острому переживанию неудач, к волнениям, к повышенному чувству вины с самокритичным отношением к своим недостаткам, с неуверенностью в себе.

У 14 (37,8%) женщин отмечался пик профиля на шкале паранойальности, причем у 8 он сочетался с подъемом на шкале ипохондрии, что характерно для лиц, у которых беспокойство за состояние физического здоровья развивается на базе аффективной ригидности. При этом число неприятных физических ощущений невелико, но значимость соматических ощущений и их влияние на поведение весьма высоки. При этом обычно имеется неопределенное беспокойство о состоянии своего здоровья, а хорошо разработанная концепция заболевания. У 6 больных повышение на шкале паранойальности сопровождалось подъемом на шкале истеричности и/или гипомании. Одновременное повышение на шкалах паранойальности и истеричности свидетельствует о глубоко-

кой личностной дисгармоничности, которое указывает на сочетание стремления ориентироваться на внешнюю оценку с вытеснением отрицательных сигналов, исходящих из окружения и ощущения враждебности со стороны окружающих (с фиксацией и идеаторной переработкой сигналов, которые могут свидетельствовать о такой враждебности). В результате сочетания этих тенденций лица с описанным типом профиля подавляют свою подозрительность и агрессивность при осуществлении социальных контактов, декларируя свое положительное отношение к окружающим и ситуации, однако агрессивности проявляется в степени, обратно пропорциональной социальной дистанции, причем враждебность к близким либо не осознается, либо получает рациональное объяснение. Иногда для давления на окружающих используются немногочисленные, но упорные соматические жалобы.

Пик профиля на шкале гипомании встретился у 21 (56,7%) пациентки; при этом у 12 повышение показателя отмечено во всех трех исследованиях, у 9 — в двух исследованиях, что свидетельствует об устойчивости выявленных тенденций; у 17 оно сопровождалось одновременным пиком на шкале ипохондрии. Повышение профиля на шкале гипомании характеризует формирование такого механизма защиты, как отрицание болезни (анозогнозии). Поведение больных проявляется либо напряженностью и активным стремлением к соматической терапии, либо демонстративным оптимизмом и стремлением подчеркивать свою стойкость перед лицом тяжелого недуга. Последний вариант особенно вероятен, если имеется повышение профиля на шкалах истеричности и ипохондрии. Повышение на шкале гипомании в сочетании с подъемом на шкале истеричности сопровождается большой, но плохо организованной активностью в сочетании с высокой способностью к вытеснению отрицательных сигналов, демонстративностью, эмоциональной незрелостью. Энтузиазм подобных личностей возрастает в присутствии большой аудитории.

Сочетание пиков на шкалах паранойяльности и гипомании при умеренной выраженности этих пиков отражает увеличение эффективной деятельности лиц с таким типом профиля по сравнению с лицами, профиль которых характеризуется "чистым" подъемом на шкале гипомании

за счет большей последовательности и целенаправленности поведения, которое в этом случае организуется вокруг определенной концепции. Люди такого типа обычно стремятся утверждать свое превосходство и использовать окружающих для достижения своих целей, будучи убежденными, что эти цели имеют ценность не лично для них, а необходимы "для пользы дела".

В ы в о д ы

1. Только 5,4% женщин, больных колоректальным раком, не требуется коррекция психологического состояния.
2. Большинство больных с колоректальным раком имеют ипохондриальный личностный психотип.
3. Достаточно часто регистрируемые депрессивные и тревожные симптомы требуют назначения антидепрессивных и противотревожных препаратов.
4. Необходима разработка программы комплексной реабилитации, направленной на коррекцию психологического состояния больных на всех этапах лечения.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Зайцев В. П. // Психол. журн. — 1981. — № 3. — С. 118—123.
2. Карвасарский Б. Д., Простомолотов В. Ф. Невротические расстройства внутренних органов. — Кишинев, 1988.
3. Кулаков С. А. Основы психосоматики. — СПб., 2007.
4. Смулевич А. Б. Депрессии в общей медицине: Руководство для врачей. — М.: НЦПЗ РАМН, 2001.
5. Яццкий Н. А., Васильев С. В., Ковалев В. К. // Практ. онкол. — 2002. — № 2. — С. 114—122.
6. Dukes C. E. // Lancet. — 1947. — Vol. 2. — P. 12—14.
7. Ewin M. R. // Post-Grad. M. J. — 1950. — Vol. 26. — P. 584—589.
8. Holland J., Lewis S. The Human side of cancer: Living with hope, coping with uncertainty. — New York: Harper Collins, 2000.
9. Jensen M. R. // Personal. — 1987. — Vol. 2. — P. 317—342.
10. Kogon M. M., Biswas A., Pearl D. et al. // Cancer. — 1997. — Vol. 80. — P. 225—230.
11. Kowal S. J. // Psychoanal. Rev. — 1955. — Vol. 42. — P. 217—227.
12. Levin T., Kissane W. D. // Consilium medicum. — 2007. — N 3.
13. McLanahan S., Gilmore W. E. // South. M. J. — 1948. — Vol. 41. — P. 408—412.
14. Padilla G. V., Grant M. M., Lipsett J. et al. // Cancer. — 1992. — N 5. — P. 1450—1456.
15. Sutherland A. M., Orbach C. E., Dyk R. B. // Ibid. — 1952. — N 5. — P. 857—872.

Поступила 21.12.11

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2012

УДК 616.617+618.164]-002-02:616.97

О. А. Сингур*, А. Д. Юцковский, Л. Г. Сингур

К ВОПРОСУ ОПТИМИЗАЦИИ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ УРЕТРИТОВ, ВЫЗВАННЫХ ИНФЕКЦИЯМИ, ПЕРЕДАВАЕМЫМИ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ

Кафедра дерматовенерологии и косметологии Владивостокского государственного медицинского университета

*Сингур Ольга Александровна, канд. мед. наук, ассистент каф. E-mail: Olga.Singour@mail.ru

♦ Изучены эпидемиологические особенности отдельных возбудителей инфекций, передаваемых половым путем, вызывающих воспалительные заболевания урогенитального тракта, их чувствительность к антибактериальным препаратам, β-лактазная активность. Установлено, что гонорея протекает как ассоциированная инфекция в 68% случаев, с преобладанием в эпидемиологической структуре микробных ассоциаций с *Staphylococcus aureus* (52%). Отмечен существенный рост удельного веса штаммов *Neisseria gonorrhoeae* и *S. aureus*, продуцирующих β-лактамазу, — 95,8 и 93% соответственно. Выявлен высокий уровень антибиотикорезистентности штаммов *S. aureus* и *Escherichia coli* в ассоциации с гонококком, рост устойчивости штаммов *Ureaplasma urealyticum*, *Mycoplasma hominis* и *Mycoplasma genitalium*, выделенных при микст-инфекции (в 1,25—5,8 раза), и снижение чувствительности гонококка к антибиотикам (в 2—4 раза) при микст-инфекции. Полученные данные обосновывают необходимость обследования на сопутствующую микрофлору одновременно с идентификацией возбудителя и регулярного мониторинга антибиотикочувствительности всех выделенных возбудителей при моно- и микст-инфекции.

Ключевые слова: *Neisseria gonorrhoeae*, *Staphylococcus aureus*, микст-инфекция, антибиотикорезистентность