

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ И ОСОБЕННОСТИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ В ПЕРИОД БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С ВЫЯВЛЕННЫМ И РАДИКАЛЬНО ПРОЛЕЧЕННЫМ ВЫСОКОДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫМ РАКОМ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

О.А. Воронец, Е.В. Богомазова, Е.А. Сироткина

Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации

Беременность как особое состояние организма женщин заслуживает пристального внимания и наблюдения со стороны специалистов. Особенно остро встает вопрос беременности женщин, в анамнезе которых есть онкологические заболевания. Беременность на фоне явных или скрытых нарушений, вследствие радикального лечения рака может выступать фактором риска развития невротических расстройств и нарушения физического и социального функционирования. Исследование особенностей течения беременности женщин с выявленным и радикально пролеченным до наступления беременности высокодифференцированным раком щитовидной железы позволит определить необходимые мероприятия для коррекции имеющихся нарушений и улучшения актуального состояния данной категории женщин.

Цель работы — выявление психологических аспектов и особенностей функционирования в период беременности у женщин с выявленным и радикально пролеченным до наступления беременности высокодифференцированным раком щитовидной железы.

Материал и методы. Для достижения поставленной цели исследование проводилось в 2-х группах: основная группа — беременные с выявленным и радикально пролеченным до наступления беременности высокодифференцированным раком щитовидной железы (n=37); группа сравнения — здоровые женщины (не имевшие в анамнезе рака щитовидной железы) во время беременности (n=35).

Возраст женщин — от 18 до 40 лет. В ходе исследования выявлялись показатели качества жизни женщин и их психологический статус на протяжении трех триместров беременности.

В ходе исследования качества жизни использовались следующие методики: экспресс-методика оценки качества жизни NAIF (P.Y. Hugenholtz and R.A.M. Erdman, 1995) [1], опросник sf-36 [2] и клинический опросник для выявления и оценки невротических состояний (К.К. Яхин, Д.М. Менделевич) [3].

Результаты и их обсуждение. На протяжении беременности у женщин с выявленным и радикально пролеченным до наступления беременности раком щитовидной железы наблюдается умеренное снижение интегрального показателя качества жизни. Отдельные показатели снижены незначительно и умеренно. Показатель эмоционального состояния на протяжении беременности снижен умеренно (первый и третий триместр) и незначительно (второй триместр). Показатель ролевого функционирования, обусловленного физическим состоянием, снижен умеренно в первом и втором триместрах и значительно в третьем триместре. Показатель ролевого функционирования, обусловленного эмоциональным состоянием, на протяжении беременности снижен незначительно (второй триместр) и умеренно (первый и третий триместры). Средние по группе показатели качества жизни представлены в таблице 1.

Таблица 1

Показатели качества жизни у беременных с выявленным и радикально пролеченным до наступления беременности высокодифференцированным раком щитовидной железы (методика sf-36)

Показатели качества жизни	Триместр		
	I	II	III
Физическое функционирование	82*	80**	62
Ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием	55***	61^	31
Общее состояние здоровья	65	66	64
Жизненная активность	57	62	56
Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием	60	76	55
Психическое здоровье	67	71	67

Показатели качества жизни	Триместр		
	I	II	III
Физический компонент здоровья	48*	48**	41
Психический компонент здоровья	45	49	48

Примечания:

- 1 — * $p < 0,01$ — различия между первым и третьем триместром;
- 2 — ** $p < 0,01$ — различия между вторым и третьем триместром;
- 3 — *** $p < 0,05$ — различия между первым и третьем триместром;
- 4 — ^ $p < 0,05$ — различия между вторым и третьем триместром.

По ряду показателей у данной категории женщин наблюдается тенденция к повышению во втором триместре и затем снижению в третьем (ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием, жизненная активность, социальное функционирование, ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием, психическое здоровье, интенсивность боли, психический компонент здоровья).

Статистический анализ позволяет говорить о том, что у женщин показатели физического состояния и функционирования ухудшаются к третьему триместру. Были выявлены достоверные различия между показателем физического функционирования ($p < 0,01$) в первом и третьем триместрах, во втором и третьем триместрах, между показателем ролевого функционирования, обусловленного физическим состоянием ($p < 0,05$), в первом и третьем триместрах, во втором и третьем триместрах, между показателем физического компонента здоровья ($p < 0,01$) в первом и третьем триместрах, во втором и третьем триместрах.

Что касается психологического статуса женщин на протяжении беременности, то здесь были выявлены особенности, отраженные в таблице 2.

Таблица 2

Средние показатели уровня невротических расстройств у беременных с выявленным и радикально пролеченным высококодифференцированным раком щитовидной железы

Шкалы	Триместр		
	I	II	III
Тревоги	-3,73	-3,95	-3,36
Невротической депрессии	-8,22	-8,94	-8,66
Астении	-1,88	-1,33	-0,98
Истерического типа реагирования	-9,81	-9,71	-9,93
Обсессивно-фобических нарушений	-7,31	-7,26	-7,63
Вегетативных нарушений	-12,84	-14,74	-12,46

Во втором триместре беременности по сравнению с первым триместром отмечается тенденция к повышению показателей по шкалам тревоги, невротической депрессии и вегетативных нарушений и их снижению в третьем триместре беременности; по шкалам истерического типа реагирования и обсессивно-фобических нарушений — тенденция к снижению показателей во втором и повышению в третьем триместре беременности; по шкале астении — снижению показателей во втором и третьем триместрах. Все показатели находятся в пределах исходной степени выраженности, за исключением снижения астении до уровня нормы в третьем триместре.

У группы сравнения на протяжении беременности умеренно снижен интегральный показатель качества жизни. При этом незначительно снижено эмоциональное состояние, умеренно снижены физическая мобильность, социальные функции, ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием. Ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием, умеренно снижено в первом триместре и значительно снижено во втором и третьем триместрах. Средние по группе показатели качества жизни представлены в таблице 3.

Статистически достоверные различия обнаружены между показателем физического функционирования ($p < 0,01$) в первом и третьем триместрах, во втором и третьем триместрах, между показателем ролевого функционирования, обусловленного физическим состоянием ($p < 0,01$), в первом и третьем триместрах, между показателем физического компонента здоровья в первом и третьем триместрах ($p < 0,01$), в первом и втором триместрах ($p < 0,05$), между показателем физической мобильности ($p < 0,01$) в первом и третьем триместрах.

Особенности психологического статуса здоровых беременных женщин отражены в таблице 4.

Таблица 3

Показатели качества жизни здоровых женщин на протяжении беременности (методика sf-36)

Показатели качества жизни	Триместр		
	I	II	III
Физическое функционирование	83*	66**	58
Рольное функционирование, обусловленное физическим состоянием	59*	47	35
Общее состояние здоровья	73	74	74
Жизненная активность	57	62	62
Рольное функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием	71	67	66
Психическое здоровье	70	74	73
Физический компонент здоровья	49*	44***	41
Психический компонент здоровья	47	50	51

Примечания:

- 1 — * $p < 0,01$ — различия между первым и третьим триместром;
 2 — ** $p < 0,01$ — различия между вторым и третьим триместром;
 3 — *** $p < 0,05$ — различия между вторым и первым триместром.

Таблица 4

Средние показатели уровня невротических расстройств у здоровых беременных

Шкалы	Триместр		
	I	II	III
Тревоги	-4,33	-3,89	-4,1
Невротической депрессии	-8,92	-9,45	-8,49
Астении	-3,12	-3,25	-1,76
Истерического типа реагирования	-10,44	-10,07	-10,27
Обсессивно-фобических нарушений	-8,21	-8,01	-8,25
Вегетативных нарушений	-14,81	-15,54	-15,18

У группы сравнения наблюдается тенденция к повышению во втором триместре и снижению в третьем по следующим шкалам: невротической депрессии, астении и вегетативным нарушениям. По другим показателям наблюдается другая тенденция — снижение во втором триместре и повышение в третьем (тревога, истерический тип реагирования, обсессивно-фобические нарушения).

По сравнению с контролем средние показатели основной группы были ниже по шкалам астении, истерического типа реагирования, обсессивно-фобических и вегетативных нарушений, тогда как выше по шкале тревоги во втором триместре беременности и невротической депрессии в третьем триместре.

Заключение. Течение беременности у женщин с выявленным и радикально пролеченным высокодифференцированным раком щитовидной железы имеет свои особенности. У женщин наблюдается незначительное и умеренное снижение показателей качества жизни и наличие невротических расстройств, при этом на протяжении трех триместров беременности наблюдаются изменение показателей. Показатели физического функционирования снижаются с возрастанием срока беременности. Что касается психического состояния, то здесь отмечаются колебания показателей в течение беременности. В частности, наблюдается увеличение показателей тревоги, невротической депрессии, вегетативных нарушений во втором триместре, поэтому женщины нуждаются в мероприятиях психологической реабилитации. Исследование находится на этапе сбора материала.

PECULIARITIES OF PREGNANCY IN WOMEN WITH IDENTIFIED AND RADICALLY TREATED WELL-DIFFERENTIATED THYROID CANCER

O.A. Voronets, E.V. Bogomazova, E.A. Sirotkina

The course of pregnancy in women with identified and radically treated high-differentiated thyroid cancer has its own characteristics. In women, there is a low and moderate decrease in the quality of life and availability of neurotic disorders. Accounting of these features will practic specialists to increase the efficiency of rehabilitation with this category of women.

Литература

1. Аринчина, Н.Г. Методика оценки качества жизни больных и инвалидов: метод. рекомендации / Н.Г. Аринчина, А.Л. Пушкарев. — Минск, 2000. — 25 с.

2. Новик, А.А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине / А.А. Новик, Т.И. Ионова; под ред. Ю.Л. Шевченко. — М.: ЗАО «ОЛМА Медиа Групп», 2007. — 320 с.

3. Яхин, К.К. Клиническая и медицинская психология: практ. руководство / К.К. Яхин, Д.М. Менделевич. — М., 1998. — 592 с.