

У межах гуманістичного підходу (А. Маслоу) девіантна поведінка може бути наслідком блокування процесу самореалізації і фрустрації базових потреб, коли самоактуалізація через духовність та творчість трансформується у самоствердження через девіантну поведінку. За К. Роджерсом, ця тенденція посилюється через відсутність «позитивної безумовної уваги», безумовного прийняття особистості дитини дорослими такою, яка вона є. Згідно поглядів В. Франкла, в основі девіантної поведінки особистості лежить втрата сенсу життя і екзистенційний вакуум – переживання безглуздості життя, його спустошеності.

Отже, спираючись на ці підходи, можна виокремити такі групи чинників, що зумовлюють девіантну поведінку особистості – соціальні, соціально-психологічні, педагогічні та індивідуально-психологічні.

## **ЗАХВОРЮВАННЯ ШИЙКИ МАТКИ У ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ ТА СОЦІАЛЬНО- ПСИХОЛОГІЧНА ДЕЗАДАПТАЦІЯ ЯК ФАКТОР ЇХ РОЗВИТКУ**

*Є. О. Шевченко,*

*асистент кафедри акушерства та гінекології,  
Донецький національний медичний університет МОЗ України  
Науковий керівник – д. мед. н., проф. В. М. Астахов*

Передракові захворювання шийки матки – ряд патологічних станів, які за певних умов можуть трансформуватися у рак шийки матки (РШМ). Супутніми чинниками є запальні захворювання, порушення гормонального фону і імунного статусу.

Захворювання шийки матки залишаються актуальною проблемою у гінекології. У структурі гінекологічних захворювань патологія шийки матки становить за даними різних авторів від 15 до 40%. Рак шийки матки займає 7-е місце серед злоякісних пухлин і 3-е місце серед раків у жінок (після раку молочної залози і раку прямої кишки) (Новік В. І., 2002). В останні роки відзначається прогресуюче збільшення захворювань шийки матки, які розвинулися на тлі вірусного інфікування, порушення вагінального мікробіому, змін гормонального і імунного статусу. Хронічне запалення, що протікає в тканинах ендо- та екзоцервікса, призводить до формування порушень анатомії шийки матки у вигляді гіпертрофії вагінальної частини

шийки матки, утворенню множинних ретенційних кіст, сприяє розвитку кератозу, лейкоплакії і дисплазії.

Розвиток раку шийки матки не є блискавичним процесом: за даними ВООЗ, перехід дисплазії в рак *in situ* триває в середньому 3-8 років, ще 10-15 років проходить до розвитку мікроінвазивного раку і стільки ж до переходу в поширену форму.

Виникнення і розвиток патологічних станів екзо і ендоцервіксу – це складний і недостатньо вивчений процес. За весь період вивчення патології шийки матки висувалося кілька концепцій розвитку захворювань шийки матки: 1-а – запальна; 2-а – гормональна; 3-тя – травматична (пологи, аборти); 4-а – імунна.

За сучасними уявленнями, в походженні раку шийки матки мають значення генетичні та модифікаційні чинники. Останні можуть бути охарактеризовані як фактори внутрішнього середовища (ендогенні), так і зовнішнього середовища (екзогенні). До ендогенних факторів відносяться гормональні порушення, вік, трофічні порушення. Впливу тільки ендогенних факторів на епітелій шийки матки недостатньо для виникнення пухлинного процесу. Кофакторами, важливими для розвитку захворювання можуть бути порушення в клітинно-опосередкованому і гуморальному імунітеті, ПСШ, соціально-економічний статус, репродуктивний і контрацептивний анамнез, ранній початок статевого життя (14 років), рання (до 18 років) вагітність, два і більше спонтанних абортів, раннє менархе, захворювання партнерів, куріння та ін. (Brinton L.A. і ін., 1987; Herrero R. і ін., 1990; Janicek MF і ін., 2001; Green J. і ін., 2001).

На думку М. М. Ухманова і співавторів (2000), А. Ф. Куперта (2000) важливу роль у розвитку передракових захворювань відіграють гормональні порушення. Детальна розробка гормональної теорії і її обґрунтування на великому морфологічному матеріалі проведена І. А. Яковлевою. У хворих з передпухлинними захворюваннями шийки матки спостерігається підвищення гонадотропної функції, порушення метаболізму естрогенів з переважанням вмісту естрадіолу. Дослідження останніх років дозволяють з впевненістю сказати, що в етіології раку шийки матки провідна роль належить вірусу папіломи людини (ВПЛ), особливо його онкогенним штамам 16 і 18. Перші припущення про інфекційну природу шийки матки висловив в 1842 році Rigoni-Stern. Досягнення експериментальної вірусології дозволили Л. О. Зільбер (1945), пізніше Horsfall (1963) і Southman (1964) сформулювати положення про віруси, як агентів, що перетворюють нормальну клітину в пухлинну за допомогою впливу на її генетичний матеріал.

Людина як компонент екосистеми завжди була і знаходилась під впливом навколишнього середовища, незважаючи на величезний прогрес в освоєнні природи. Тому, всі процеси в організмі, залежать від умов, в яких вони протікають. Однією з таких умов є екологія. Навколишнє середовище впливає на організм двома шляхами: безпосередньо і побічно. Прямий вплив визначається фізичними і хімічними елементами. Непрямий вплив може позначатися через вплив зовнішніх факторів на імунну, ендокринну та нервову системи.

В умовах погіршення соціально-економічного становища значної частини населення, хронічного стресу спостерігається прогресуюче погіршення показників здоров'я населення. Зв'язок захворювань жіночих статевих органів з розладами психоемоційної сфери відомий давно. Наявність так званого поняття «захворювання» суттєво погіршує психологічне життя людини, що проявляється емоційними реакціям, психологічним стресом, почуттям втрати контролю, впливом на самооцінку, ідентичність та соціальні стосунки. Розвиток захворювань шийки матки пов'язаний з такими факторами, як депресія, соматизація та тривога.

Мета даного дослідження полягає у виявленні та розумінні закономірного зв'язку між порушенням психосоматичної адаптації у жінок репродуктивного віку та розвитком захворювань шийки матки. Виявити інші фактори, які впливають на розвиток передракових захворювань шийки матки.

Матеріали та методи. Всього обстежено 165 жінок у віці 25-38 років. З них досліджувану групу склали 78 хворих з інтраепітеліальною дисплазією, які розділені на підгрупи: 48 хворих з легкою дисплазією шийки матки CIN I (підгрупа 1), 10 пацієток з помірною дисплазією CIN II (підгрупа 2), 10 пацієток з важкою дисплазією шийки матки CIN III (підгрупа 3), 10 хворих на рак шийки матки Ca in situ (підгрупа 4). До контрольної групи увійшли 87 практично здорових жінок репродуктивного віку. Всі пацієтки були обстежені: анамнез, анкетування, бімануальне обстеження, виконані мазки на флору, онкоцитологічне дослідження, ПСШ, розширена кольпоскопія.

Результати. В анамнезі пацієток з CIN I-II мали місце ранній сексуальний дебют у віці до 16 років (д.гр. – 44,8%; к. гр. – 13,7%), більше п'яти статевих партнерів (44,8%; 22,9% відповідно), 2 і більше пологів (50%, 50,5% відповідно), три і більше медичних абортів (16,6%; 13,7% відповідно), шкідливі звички у вигляді куріння (48,7%; 25,2% відповідно). При розширеній кольпоскопії у хворих з дисплазією шийки матки частіше, ніж у жінок контрольної групи

діагностували ектопію (89,7%; 54% відповідно). Лейкоплакія та еритроплакія мали місце лише у пацієток з легкої дисплазією (10,3%). При обстеженні на ІПСШ у пацієток досліджуваної групи переважно діагностували віруси папіломи людини високих онкогенних серотипів (81,25%; 9,38% відповідно). У хворих з СІН I-II серед ВПЛ переважали 16 (38,4%), 18 (28,2%) і 33 (23%) типи, значно рідше - ВПЛ 31 і 39 (7,6%), 54 і 56 (2,8%) серотипи. Лише у жінок досліджуваної групи були виявлені хламідіоз (12,8%), уреаплазмоз (15,3%), мікоплазмоз (16,6%).

За результатами анкетування переважаюча більшість жінок (д.гр. 62 –79,4%, к.гр. 38 – 43,6%) мала психосоматичні розлади різного ступеня тяжкості, при цьому у деяких пацієток ці розлади були вираженими (28 – 45,1%, 12 – 31,5% відповідно).

У жінок переважали порушення психологічної адаптації, що проявляються порушенням сну (д.гр. 34 – 43,5%, к.гр. 28 – 32,1%), підвищеним рівнем стресу (42 – 53,8%, 20 –22,9% відповідно), підвищеною реактивною тривожністю (38– 47,4%, 31 – 35,6% відповідно), депресивними станами (16 – 20,5%, 10 – 11,49% відповідно). Гормональний статус жінок з патологією шийки матки та психосоматичними розладами характеризувався дисбалансом гонадотропних та статевих гормонів, який проявлявся відносною прогестероновою недостатністю (22 – 28,2%), ознаками гіперестрогенемії, гіперандрогенемії (14 – 17,9%) та гіперпролактинемії (11 – 14,1%).

Висновки. Таким чином досліджуючи і тестуючи психологічні особливості жінок із патологічними станами шийки матки, вдалося визначити, що пацієнтки мають різні форми психосоматичних розладів (підвищений рівень тривоги, порушення сну, депресивні стани, тощо) на фоні зміненого гормонального статусу (прогестеронова недостатність, відносна гіперестрогенемія, гіперандрогенемія та гіперпролактинемія), та виявити групу інших факторів, які призводять до виникнення цієї патології (ранній сексуальний дебют, велика кількість статевих партнерів, три і більше медичних абортів, шкідливі звички, ІПСШ, ВПЛ, і т.і.).