

Расуль-Заде Ю.Г., ВЛИЯНИЕ ГИСТЕРЭКТОМИИ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ЖЕНЩИН
Рахимова Г.М. Ташкентская Медицинская Академия

Ушбу мақолада субтотал ва тотал гистерэктомия операцияси қилинган аёлларнинг операциядан олдинги ва операциядан кейинги ҳаёт сифати кўрсаткичлари ўрганилганлиги ва унинг натижалари тугрисидаги маълумотлар келтирилган.

Гистерэктомия (ГЭ) является одной из самых распространенных гинекологических операций. Так, в США число производимых ежегодно ГЭ в 70-80-е годы достигло 600-700 тыс., и только после этого, осознав, что, избавляя женщину от одних страданий, эта операция может увеличивать число других заболеваний, в частности, обусловленных возникающим дефицитом эстрогенов, американские врачи стали стремиться к снижению количества радикальных операций [5]. По данным разных авторов, частота одновременного удаления яичников с маткой колеблется от 20 до 60%. Но значительной части женщин, особенно если ГЭ производится в репродуктивном возрасте, яичники сохраняют. Из-за отсутствия менструаций после операции и появления у большинства женщин многочисленных психоэмоциональных и нейровегетативных симптомов, которые часто не только они сами, но и лечащие врачи неправильно идентифицируют как приливы, создаются ситуации, когда преждевременно диагностируется наступление менопаузы и назначается заместительная гормональная терапия [1-4]. Качество жизни - обширное понятие, охватывающее разнообразные стороны жизни человека. Сюда входят условия жизни, удовлетворенность учебой, работой, роль в семье, межличностные отношения дома, в обществе и многие другие социальные и микросоциальные условия. Однако медицинское понятие качества жизни включает, прежде всего, те показатели, которые связаны со здоровьем человека. При этом выделяют три наиболее важных компонента: оценку функциональных возможностей пациента, оценку субъективного восприятия им состояния своего здоровья, оценку симптомов заболевания. В англоязычной и зарубежной литературе приводится множество методик оценки качества жизни. Все они представляют собой анкеты-опросники, заполняемые самим пациентом либо специально обученным персоналом.

Цель исследования: Изучение качества жизни женщин, перенесших тотальную и субтотальную гистерэктомию без придатков, после проведения им разработанной нами системы реабилитации.

Материал и методы: В исследование были включены 100 больных, которым была произведена тотальная и субтотальная гистерэктомия без придатков по поводу симптомной миомы матки. Все больные были разделены на две группы. В первую группу вошли 50 пациенток, перенесших субтотальную гистерэктомию (СТГ) без придатков. Во вторую группу вошли 50 пациенток, перенесших тотальную гистерэктомию (ТГ) без придатков. Проводились общеклиническое, инструментальные, лабораторные, специальное гинекологическое обследования. В своем исследовании мы применили методику оценки качества жизни, до и после гистерэктомии, охватывающую основные категории качества жизни женщин: физическое состояние, психическое состояние, социальное

функционирование, ролевое функционирование, сексуальное функционирование, общее субъективное восприятие состояния своего здоровья и общая самооценка качества жизни. Оценку проводили по 5-балльной системе с учетом интенсивности ощущений.

Результаты исследования: Физическую активность пациенток оценивали по следующим параметрам: степень усталости, вялости, сонливости; степень недостатка энергии; жизненный тонус и физическая сила, выносливость; способность выполнять значительные физические нагрузки, время пребывания на постельном режиме. В результате проведенного тестирования было выявлено, что физическая активность пациенток до оперативного лечения была снижена и колебалась от 1 до 5 баллов, причем в группы с ТГ 100% опрошенных женщин указывали на среднюю и незначительную степень нарушений физической активности и предъявляли жалобы на усталость, чувство вялости, разбитости, сонливости. В 90% было отмечено сочетание трех жалоб и более, это приводило к еще большему ухудшению состояния здоровья, снижению трудоспособности, нарушению обычного распорядка жизни. На 7 день после гистерэктомии физическая активность пациенток обеих групп оставалась на прежнем уровне. Через 1 месяц после операции первой группы в 60% женщин показатели физической активности улучшились незначительно, т.е. ощущение недостатка физической активности были на уровне «незначительно, всегда», у оставшихся 40% женщин изменений не выявлено. Через 3 месяца после оперативного вмешательства физическая активность 70% пациенток повысилась до отметки «незначительно, иногда», а в 30% осталась на прежнем уровне («незначительно, всегда»). Оценка психического состояния больных проводилась нами по следующим параметрам:

ощущение подавленности. депрессивное состояние; ослабление памяти; ощущение тревожности или нервозности; ощущение неудовлетворенности личной жизнью; желание приобрести новый наряд, изменить причёску, макияж и т. п.; наличие или отсутствие интереса к предстоящим событиям дня; рассеянность, невозможность концентрации внимания; ощущение эмоциональной нестабильности. В 1 группы до операции в 80% была выявлена «повышенная» степень психоэмоциональных нарушений (подавленность, нервозность, тревожность, неудовлетворенность своей личной жизнью, отсутствие интереса к жизни, эмоциональная нестабильность), в 20% параметры психического состояния были стабильными и не менялись после проведенного лечения. На 7 день после операции в 50% отмечалось снижение уровня психоэмоциональных нарушений до «среднего» уровня, в 50% уровень психических расстройств оставался «повышенным». Но через 1-3 месяца после операции указанные симптомы вновь возрастали до «повышенного» уровня у 80%. Социальное функционирование включает в себя оценку межличностных контактов и социальных связей. В этой категории, как одной из характеристик качества жизни, рассматриваются изменения взаимоотношений с родственниками; взаимоотношений с друзьями; нетерпимость по отношению к другим людям; желание побыть в одиночестве. В группы больных с СТГ «повышенную» степень изменений указанных выше параметров социального функционирования до операции отмечались в 10%, пациентки связывали эти изменения с состоянием ожидания операции, тревогой и нежеланием обсуждать вопросы, связанные со своим здоровьем. 40% пациенток отрицали наличие нарушений социального функционирования до и после СТГ. 50% женщин указали на отдельные нарушения параметров социального функционирования: желание побыть в одиночестве 30%, нетерпимость по отношению к другим людям 10%, ограничение числа встреч с друзьями 10%. Степень этих нарушений не превышала «среднего» показателя до лечения, через 7 дней - 1 месяц их выраженность уменьшилась до «незначительного» уровня у 70% женщин. Через 3 месяца после СТГ они полностью исчезли. Во второй группе только 20% женщин отмечали отсутствие каких-либо изменений в социальном функционировании. Остальные пациентки чаще всего указывали на желание побыть в одиночестве 30%, нетерпимость по отношению к другим людям 30%, ограничение числа встреч с друзьями 20%. В 50% женщин степень нарушений не превышала «среднего» уровня, только в 20% она была «повышенной». Через 1 месяц после ТГ степень нарушений социального функционирования снизилась до

(DoHtor axfwrotnomasi, Samarqand «незначительного» уровня 30% или исчезла полностью 70%. Через 3 месяца после ТГ на «незначительную» степень нарушения параметров социального функционирования указали 20% женщин, в остальных 60% изменений не выявлено. Категория ролевого функционирования (в семье и на работе) включает в себя следующие аспекты качества жизни: проблемы трудовой деятельности; ограничение рабочего дня; быструю утомляемость после ведения домашнего хозяйства; изменения отношений с супругом (половым партнером); изменения в отношениях с детьми;

Изменений ролевого функционирования пациенток 1 группы до и после СТГ не выявлено у 40% женщин. На отдельные нарушения параметров ролевого функционирования до операции указали 60% женщин: проблемы в трудовой деятельности 30%, быстрая утомляемость после ведения домашнего хозяйства 20%, изменения в отношениях с детьми и супругом 10%. Степень проявления этих нарушений не превышала «среднюю степень». Через 7 дней - 1 мес. после СТГ степень нарушений постепенно снизилась до «незначительного» уровня и исчезла полностью через 3 месяца после СТГ. Женщины с ТГ испытывали «среднюю» степень нарушений ролевого функционирования в большей степени до оперативного вмешательства. Пациентки чаще всего отмечали проблемы в трудовой деятельности 30%, быструю утомляемость при выполнении работ домашнего хозяйства 26%, ограничение рабочего дня 24%, изменения в отношениях с детьми и супругом 20%. Через 7 дней после операции 60% пациентов из них не нуждались в ограничении трудовой деятельности, но все-таки у 40% женщин было выявлено наличие «средней» степени утомляемости, снижения работоспособности и ограничения рабочего дня. Спустя 1-3 месяцев после операции нарушения параметров ролевого функционирования снизились до «среднего» уровня у 10% и «незначительного» уровня у 20%. В оценке сексуальной функции у больных до и после гистерэктомии использовали следующие критерии: изменение сексуальной жизни, чувство дискомфорта во время полового акта, уклонение от половых отношений, чувство сексуальной неудовлетворенности, частота сексуальных контактов. До операции в 1 группы 50% женщин отметили наличие сексуальных расстройств: чувство сексуальной неудовлетворенности, изменение в сексуальном влечении, эти нарушения были выражены в «средней» степени, у оставшихся 40% нарушений до и после операции выявлено не было. По мере увеличения времени после операции нарушения уменьшились - уже через 7 дней после СТГ 50% пациентки отметили снижение сексуальных нарушений до

«незначительного» уровня. Через 1-3 месяца после операции сексуальные нарушения исчезли полностью у 60% женщин, в 40% они не превышали показатель «незначительно, иногда». 64% женщин 2 группы до операции отмечали наличие сексопатологических нарушений «средней» степени, 36% пациентки отметили «незначительно, всегда». Через 7 дней после ТГ степень проявления сексуальных расстройств увеличилась до «повышенного» уровня в 40%, в 40% - оставалась на «среднем» уровне, через 1-3 месяца после ТГ - «повышенный» уровень расстройств был отмечен в 20%, «средний» - в 30%, «незначительный» уровень - в 50%. Анализ общей самооценки состояния здоровья основывался на собственном анализе качества сна, изменений функции мочеиспускания, наличия или отсутствия болей внизу живота и пояснице, состояния кишечника. До операции 1 группы проблемы со сном, нарушение функции мочеиспускания, боли в нижней части живота и спины были выявлены у 50% женщин, все эти нарушения были выражены в «средней» степени. Уже через 7 дней после СТГ эти симптомы исчезли полностью у 30% или по уровню «незначительно, иногда» 20%. Через 1-3 месяца данная группа нарушений беспокоила только 10% женщин в «незначительной» степени. Во 2 группы женщин параметры нарушения здоровья были выражены в большей степени - 70% женщин отметили наличие проблем со сном, болевого синдрома, нарушения стула и функции мочеиспускания, причем 30% отметили «повышенную» степень нарушений, в 40% она была «средней». В раннем послеоперационном периоде, а также в течение первых недель после операции было отмечено усиление нарушений до «повышенного» уровня в 40%, в 20% уровень оставался «средним». И только через 1-3 месяцев после ТГ параметры нарушения состояния

здоровья снизились до уровня «незначительно, иногда» в 40%, у оставшихся 40% они исчезли полностью. Качество жизни до операции 40% пациенток с СТГ оценили как «плохое» по 3-х балльной системе, 40% - как «удовлетворительное» и 20% - как «хорошее». Через 7 дней после операции у 40% больных группы с СТГ самооценка качества жизни улучшилась или сохранилась на прежнем «хорошем» уровне, 60% женщин считали ее «удовлетворительной». Через 1 месяц после СТГ 60% женщин отметили улучшение качества жизни, оставшиеся 40% пациенток оценили свое качество жизни как «удовлетворительное». И только через 3 месяца после СТГ 90% женщин дали «хорошую» оценку своему качеству жизни, а остальные 10% считали ее «удовлетворительной». У женщин после ТГ 10% женщин до операции оценили свое качество жизни по 3-х балльной системе как «хорошее», 40% - как «удовлетворительное» и 50% - как «плохое». Через 7 дней после операции показатели качества жизни оставались на прежнем уровне. Через 1 месяц после ТГ улучшение качества жизни отметили 30% женщин до уровня «хорошее», 50% дали «удовлетворительную» оценку качеству жизни и 20% пациенток считали его «плохим». Спустя 3 месяца после ТГ показатели качества жизни улучшились: 60% женщин считали его «хорошим», 40% - «удовлетворительным».

На основе изучения данного вопроса, мы пришли к выводу, что гистерэктомия приводит к снижению всех параметров, характеризующих качества жизни, способствуя развитию психоэмоциональных, вегетоневротических, сексуальных, гормональных и атрофических расстройств, снижению социальной адаптации. Частота этих нарушений возрастает с увеличением объема операции и сроком, прошедшим после гистерэктомии.

Литература

1. Доброхотова Ю. Э. Гистерэктомия в репродуктивном возрасте (системные изменения в организме женщины и методы их коррекции): автореф. дис.... д-ра мед. наук.— М., 2000.— 36 с.
2. Кулаков В. И., Адамьян Л. В., Аскольская С. И. Гистерэктомия и здоровье женщины.— М.: Медицина, 1999.— 311 с.
3. Рубченко Т. И. Клинико-метаболические последствия гистерэктомии и их гормональная коррекция: авто-реф. дис. ... ф-ра мед. наук.— М., 2000.— 45 с.
4. Studd J., Khastgir G. Hormone replacement therapy after hysterectomy. In: The Management of the Menopause. Annual Review. Ed. J. Studd. 2008; 257-270.
5. Schofield M.J., Bennet A., Redman S., Walters W.A.W., Sanson-Fisher R.W. Self-reported long-term outcomes of hysterectomy. Br J Obstet Gynecol 2007; 98: 1129-1136.