

УДК 618.1-089

© А.Н. Додонов, В.Б. Трубин, В.Л. Юлдашев

*Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Башкирский государственный медицинский университет»*

*г.Уфа, Россия*

## **СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ АДАПТАЦИЯ ЖЕНЩИН, ПЕРЕНЕСШИХ РАДИКАЛЬНЫЕ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ ТРАНСАБДОМИНАЛЬНЫМ ДОСТУПОМ**

**Аннотация.** В статье представлены результаты обследования 180 женщин, перенесших радикальные абдоминальные гинекологические операции по поводу миомы матки, эндометриоза, доброкачественных опухолей яичников в возрасте от 35 до 64 лет. Выявлен высокий процент экстрагенитальных заболеваний, хирургическое лечение проведено при наличии сочетанной патологии половой системы. Проведение экспериментального психологического исследования с использованием методики Спилбергера –Ханина, Бека, ТОБОЛ, выявило у пациенток негативную реакцию на оперативное вмешательство в виде невротических расстройств, депрессии, что характеризуется снижением социальной и психологической адаптации.

**Ключевые слова:** миома матки, эндометриоз, радикальные операции, социальная и психологическая адаптация.

© A. Dodonov, V. Trubin, V. Yuldashev

*Bashkir State University of Medicine*

*Ufa, Russia*

## **SOCIO-PSYCHOLOGICAL ADAPTATION OF WOMEN UNDERGOING RADICAL GYNECOLOGICAL TRANSABDOMINAL OPERATIONS**

**Abstract.** The article presents the results of the survey of 180 women aged 35-64 years who have undergone radical abdominal gynecological surgery for uterine fibroids, endometriosis, benign ovarian tumors. High percentage of extragenital diseases was revealed. Surgical treatment was performed in the presence of comorbidity of the reproductive system. The psychological study by Spielberger-Hanin, Beck and TOBOL tests revealed a negative reaction to the surgery in the form of neurotic disorders, depression, characterized by the reduction of social and psychological adjustment.

**Key words:** uterine fibroids, endometriosis, radical surgery, social and psychological adaptation.

**Введение.** Состояние здоровья женщин – один из главных показателей социально-экономического развития общества. В существующих социально-экономических условиях состояние здоровья женщин остается одной из наиболее острых медико-социальных проблем. Среди причин, приводящих к нарушению здоровья женщин, важную роль приобретают гинекологические

заболевания, и особенно те, которые требуют хирургического лечения (доброкачественные опухоли матки и придатков, эндометриоз) [2, 4].

Миома матки на сегодняшний день является самой распространенной доброкачественной опухолью женских половых органов. Частота этой патологии колеблется от 10 до 27 % среди гинекологических больных [1, 3]. В репродуктивном возрасте пациентки с миомой матки составляют 13,3–27% от всех гинекологических больных. Основным методом лечения миомы матки остается оперативное вмешательство. Частота радикальных операций по сравнению с консервативными достигает – 80 % [2, 4]. При гистерэктомии в значительной степени страдает психоэмоциональный статус. В дальнейшем здоровье этих женщин в значительной степени определяется степенью психоэмоциональной и социальной адаптации [6, 7]. До настоящего времени оценка эффективности хирургических методов лечения в основном проводилась по таким критериям, как смертность, продолжительность пребывания в стационаре, наличие осложнений, а также по данным лабораторных и инструментальных методов исследования. Однако в течение последнего десятилетия произошло осознание того факта, что функциональные параметры являются важнейшими для определения эффективности методов лечения и прогнозирования исходов заболеваний [5]. Среди этих функциональных параметров немаловажное значение имеет изучение интегративных показателей социальной и психологической адаптации.

**Цель исследования** – оценить состояние социально-психологической адаптации у женщин, перенесших радикальные гинекологические операции трансабдоминальным доступом.

**Материалы и методы исследования.** Были изучены результаты обследования и оперативного лечения 180 женщин, перенесших тотальную и субтотальную гистерэктомии, ведение которых осуществлялось согласно современным общепринятым установкам.

Проводилось комплексное обследование, включающее общепринятые клинические и специальные методы исследования. Изучался анамнез, выявляли жалобы пациенток, время возникновения заболевания, характер его течения, проводимое лечение и его эффективность. Оценивалось общее состояние женщин, проводилось обследование по органам и системам.

Применялись простая и расширенная кольпоскопия, ультразвуковой метод исследования, бактериоскопическое и бактериологическое исследование отделяемого влагалища и цервикального канала, цитологический, гистоморфологический метод.

Проводилось экспериментально-психологическое исследование с использованием методики ТООЛ, теста Спилбергера-Ханина, шкалы депрессии Бека. С каждой пациенткой предварительно проводили беседу с целью создания положительного отношения к тестированию, а затем ее обследовали (использовали бланковый вариант методики).

**Результаты обследования.** Возраст обследованных женщин составил от 35 до 64 лет, средний возраст составил  $49,0 \pm 4,9$  лет. Работающие женщины составляли 70,1 % пациенток. При изучении уровня образования получены следующие данные: высшее образование имели 44 (24,4 %), среднее образование – 136 (75,6 %) человек. На момент обследования в браке состояло 106 (58,9 %) женщин. В среднем на каждую пациентку приходилось 3,01 перенесенных в анамнезе экстрагенитальных заболеваний. Преобладали заболевания желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистой системы, мочевыделительной системы.

Среди перенесенных в анамнезе гинекологических заболеваний вульвовагиниты различной этиологии перенесли 145 (80,6 %) больных. Заболевания шейки матки были в анамнезе у 74 (41,1 %) пациенток: эктопия шейки матки – 46 (25,5 %) случаев, эрозированный эктропион – 19 (10,5 %), лейкоплакия – 9 (5,0 %). Воспалительные заболевания гениталий были в анамнезе у 61 (33,9 %) женщины: хронический сальпингоофорит – 42 (23,3

%), острый сальпингоофорит – 19 (10,6 %). В среднем на каждую пациентку приходилось 2,1 перенесенных в анамнезе гинекологических заболеваний.

При изучении менструальной функции получены следующие данные. Средний возраст наступления менархе составил  $13,5 \pm 1,3$  лет. На момент обследования 73 (40,6 %) пациенток находились в постменопаузе, ее продолжительность варьировала от 1 года до 6 лет. Климактерический синдром на момент обследования был диагностирован у 39 (31,7 %) женщин, он был представлен жалобами на вегето-сосудистые, психоэмоциональные нарушения.

Средний возраст начала половой жизни составил  $16,1 \pm 1,5$  лет. Контрацепцию применяли 92 (51,1 %) женщины. На каждую женщину приходилось в среднем 4,9 беременностей, среднее количество родов и абортос составил соответственно 1,6 и 3,2, бесплодием страдали 27 (15 %) пациенток.

Длительность течения заболевания с момента появления первых жалоб до операции составляла от 6 месяцев до 9 лет. Пациентки предъявляли жалобы на периодические боли в нижних отделах живота тянущего или ноющего характера (118 случаев – 24,8 %), на увеличение размеров живота (104 – 16,4 %), нарушение менструальной функции в виде мено- и метrorрагии (78 – 16,4 %), на плохое самочувствие, слабость, быструю утомляемость, неспособность выполнять значительную физическую нагрузку (72 – 15,2 %), у 26 (5,5 %) женщин заболевание протекало бессимптомно (показанием для операции явилось увеличение размеров матки, превышающее 12 недель беременности).

При осмотре шейки матки в зеркалах и проведении кольпоскопии у 107 (59,4 %) женщин были диагностированы: эктопия шейки матки (69 случаев – 38,3 %), железисто-мышечная гипертрофия (19 – 10,5 %), эндометриозные гетеротопии (16 – 8,8 %), эрозированный эктропион (17 – 9,4 %), лейкоплакия (19 – 10,5 %), рубцовая деформация (10 – 5,5 %). Имело место

сочетание нескольких патологических состояний шейки матки у каждой третьей больной с выявленной патологией. Нормальная кольпоскопическая картина выявлена у 73 (40,6 %) женщин.

Проведенное перед операцией раздельное диагностическое выскабливание цервикального канала и полости матки выявило у 102 (56,7 %) больных следующие патологические состояния: сложная гиперплазия эндометрия без атипии – 25 (13,9 %) случаев, простая гиперплазия эндометрия без атипии – 26 (14,4 %), железисто-фиброзные полипы эндометрия и цервикального канала – 27 (15 %), железистые полипы эндометрия и цервикального канала – 15 (8,3 %), дисплазия эпителия шейки матки I и II степени – 9 (5,0 %). В остальных 78 (43,3 %) наблюдениях выявлены эндометрий фазы пролиферации, секреции, атрофический эндометрий.

При бимануальном исследовании были получены следующие данные. Односторонние объемные образования в области придатков выявлены у 23 (12,8 %) женщин, двусторонние – у 70 (38,9 %). Увеличение размеров матки при бимануальном вагинальном исследовании диагностировано во всех наблюдениях, размеры матки колебались от 12 до 25 недельной беременности. Сочетание объемных образований в области придатков с увеличением размеров матки наблюдалось у 93 (51,7 %) пациенток.

В большинстве наблюдений (78,9 %) показаниями для оперативного лечения явилась сочетанная патология гениталий. При изолированной патологии тела матки (21,1 %) (миома матки, аденомиоз) показаниями для операции явились: размеры миомы матки более 12 недель беременности, мено- и метроррагии, приводящие к анемизации больных, сочетание миомы матки с рецидивирующей гиперплазией эндометрия.

Больные проходили предоперационную подготовку согласно общепринятым установкам. Оперативное вмешательство всем женщинам выполнялось под эндотрахеальным наркозом. Объем оперативного

вмешательства: ампутация матки трансабдоминальным доступом с придатками и без (73 случаев – 40,6 %), экстирпация матки трансабдоминальным доступом с придатками и без (107 – 59,6 %). Объем кровопотери колебался от 200 до 500 мл и составил в среднем  $350 \pm 35,9$  мл. Продолжительность операции составила от 40 до 180 мин, в среднем  $85 \pm 11,3$  мин. Длительность операции более 90 минут имела место у 34 пациенток и была связана с выраженным спаечным процессом (после перенесенных операций и на фоне эндометриоза), анатомическими особенностями (большие размеры матки и шеечное и перешеечное расположение миоматозных узлов).

В послеоперационном периоде проводились мероприятия согласно современным общепринятым методикам ведения послеоперационного периода (инфузионная, антибактериальная терапия, стимуляция кишечника, мочевого пузыря). При гистоморфологическом исследовании препаратов, полученных во время операций у женщин, были получены следующие результаты. Диагноз миома матки гистологически верифицирован у всех пациенток, из них: фибромиома (111 случаев – 61,6 %), лейомиома (58 – 32,2 %), со склерозом стромы (11 – 6,1 %), с отеком стромы (16 – 8,9 %), с гиалинозом стромы (6 – 3,3 %), с фиброзом (19 – 10,5 %), с дистрофическими изменениями стромы (13 – 7,2 %), петрификация миоматозных узлов обнаружена у 17 (9,4 %) пациенток, аденомиоз в сочетании с миомой матки диагностирован в 50 (27,7 %) наблюдениях.

Гистологически патология эндометрия обнаружена у 52 (28,9 %) женщин: железистая гиперплазия (5 случаев – 2,7 %), железисто-кистозная гиперплазия (9 – 5,0 %), железистые и железисто-фиброзные полипы (38 – 21,1 %). В остальных наблюдениях диагностированы: атрофия эндометрия (51 – 28,3 %), эндометрий фазы секреции (36 – 20,0 %), эндометрий фазы пролиферации (40 – 22,2 %), эндометрий фазы менструального распада (11 – 6,1 %).

У 107 (59,4 %) больных, которым была выполнена экстирпация матки, обнаружены следующие изменения цервикального канала и шейки матки: стационарный железистый эндоцервикоз (89 – 49,4 %), эндометриоидные гетеротопии (51 – 28,3 %), железистые полипы цервикального канала (11 – 6,1 %), дисплазия I–II степени (9 – 5 %), лейкоплакия (19 – 10,5 %).

При гистологическом исследовании яичников диагностированы истинные опухоли (66 случаев – 36,6 %), из них: серозные цистаденомы (26 – 14,4 %), серозные сосочковые кистомы (11 – 6,1 %), серозные аденофибромы (3 – 1,7 %), муцинозные цистаденомы (13 – 7,2 %), муцинозные аденофибромы (4 – 2,2 %), дермоидные кисты (9 – 5,0 %). Эндометриоз яичников гистологически установлен у 27 (15%) пациенток. В яичниках так же были выявлены множественные серозные кисты (23 – 12,8 %), фолликулярные кисты (19 – 10,6 %), кисты желтого тела (17 – 9,4 %). Явления хронического воспаления и склероз стромы в трубах гистологически диагностированы у всех пациенток.

Средняя продолжительность стационарного лечения составила  $12,7 \pm 0,3$  койко-дней. Для оценки социально-психологической адаптации проводилось экспериментально-психологическое исследование с использованием методики ТОБОЛ, методики Спилбергера-Ханина, шкалы депрессии Бека.

Определение типа отношения к заболеванию было проведено с помощью опросника «ТОБОЛ». Данная психодиагностическая методика позволяет получить и количественно оценить наиболее существенные сведения об отношении больного к своей болезни, способности адекватно реагировать на стресс, влияние болезни и оперативного вмешательства на психологическую и социальную адаптацию. Исследование проводилось в условиях женской консультации через 1 месяц после операции. По результатам анализа шкал теста ТОБОЛ у больных, перенесших радикальные операции по поводу доброкачественных опухолей матки и яичников, было

выявлено преобладание гармоничного (28,3 %), смешанного (18,8 %), диффузного (12,2 %) и сенситивного (10 %) типов отношения к заболеванию. В структуре смешанного типа преобладали эргопатический тип (12,4 %) отношения к болезни и сенситивный тип (8,6 %). В структуре диффузного типа были представлены шкалы всех типов отношения к заболеванию, наиболее чаще отмечались тревожный (7,3 %) и эгоцентрический (6,8 %) типы отношения к заболеванию, реже наблюдались сенситивный (4,5 %) и ипохондрический типы (3,9 %).

Полученные с помощью методики ТОБОЛ данные свидетельствуют о том, что среди пациенток, перенесших радикальные оперативные вмешательства, только одна треть (28,2 %) адекватно прореагировали на перенесенную операцию, остальные две трети женщин обнаружили патологические варианты внутренней картины болезни и нуждаются в проведении комплексной психокоррекционной работы, направленной на улучшение психологической и социальной адаптации.

По тесту тревожности Спилбергера-Ханина перед операцией у женщин с доброкачественными опухолями матки и яичников показатели реактивной тревожности находились на высоком уровне ( $45,5 \pm 3,1$  баллов), что характеризуется субъективно переживаемыми эмоциями: напряжением, беспокойством, озабоченностью, нервозностью. Через год после перенесенной трансабдоминальной гистерэктомии уровень реактивной тревожности снизился, оставаясь в пределах средней степени ( $33,5 \pm 2,8$  баллов), что свидетельствует о недостаточной психологической адаптации женщин после перенесенной операции.

Перед операцией показатели личностной тревожности находились на низком уровне ( $27,3 \pm 4,5$  баллов), что характеризуется высокой исходной способностью психики адекватно реагировать на стресс. Через год после операции уровень личностной тревожности нарастал, располагаясь в пределах средней степени ( $35,1 \pm 3,1$  баллов), что свидетельствует об

изменениях способности адекватно реагировать на стресс, истощении адаптационных возможностей психики, повышении склонности к невротическим расстройствам и необходимости проведения комплексных корригирующих мероприятий.

Согласно результатам, полученным при помощи шкалы депрессии Бека, перед операцией у пациенток с доброкачественными опухолями матки и яичников была выявлена умеренная депрессия ( $17,3 \pm 2,1$  баллов), что проявлялось ощущением безразличия, равнодушия, утратой желаний, интереса к чему бы то ни было, неспособностью радоваться и получать удовольствие от жизни.

Через год после операции уровень депрессии вырос относительно предыдущего этапа ( $15,5 \pm 1,7$  баллов), оставаясь в пределах субдепрессивных значений. Эта негативная тенденция свидетельствует о недостаточной компенсации депрессивных расстройств, связанных с последствиями радикального оперативного лечения у пациенток с доброкачественными опухолями матки и яичников.

**Выводы.** Проведенное комплексное обследование женщин, подвергшихся радикальному оперативному лечению на органах репродуктивной системы, позволило сделать следующее заключение.

1. Все пациентки, перенесшие радикальные операции на органах репродуктивной системы, имеют высокий уровень экстрагенитальных заболеваний (как ранее перенесенных, так и имеющих в момент операции). Во всех наблюдениях хирургическое лечение обосновано и проведено, как правило, при наличии сочетанной патологии половой системы.

2. Со стороны психоэмоциональной сферы в ответ на перенесенное оперативное вмешательство имеется выраженная негативная реакция, которая проявляется невротическими расстройствами, депрессией, снижением социальной и психологической адаптации.

3. Пациентки с предстоящими радикальными оперативными вмешательствами на органах репродуктивной системы нуждаются в проведении комплексных лечебных и реабилитационных мероприятий, направленных на улучшения социальной и психологической адаптации в послеоперационном периоде.

#### Список литературы:

1. *Васильева И.Ю.* Соматоформные расстройства и качество жизни у пациенток гинекологического стационара: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – С-Пб., 2004. – 22 с.

2. *Голешева Ю.М.* Оптимизация ведения послеоперационного периода у женщин, перенесших гистерэктомию без придатков по поводу миомы матки: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Челябинск, 2009. – 21 с.

3. *Куюмчева К.К.* Комплексная терапия аденомиоза и миомы матки: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Ростов на Дону., 2009. – 25 с.

4. *Lemyre M.* Comparison of morbidity associated with laparoscopic myomectomy and hysterectomy for the treatment of uterine leiomyomas / M. Lemyre, E. Bujold, R. Lathi // J Obstet Gynaecol Can. – 2012. – Jan. – № 34 (1). – P. 57–62.

5. *Reitsma M.L.* Does health-related quality of life improve in women following gynaecological surgery? / M.L. Reitsma, E.G. Vandenberg, S.L. Johnston // J Obstet Gynaecol Can. – 2011. – Dec. – № 33 (12). – P. 1241–1247.

6. *Topatan S., Yildiz H.* Symptoms experienced by women who enter into natural and surgical menopause and their relation to sexual functions // Health Care Women Int. – 2012. – № 33 (6). – P. 525–539.

7. *Vandyk A.D., Brenner I., Tranmer J., Van Den Kerkhof E.* Depressive symptoms before and after elective hysterectomy // J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. – 2011. – Sep-Oct. – № 40(5). – P. 566–576.

**Додонов Алексей Николаевич** – кандидат медицинских наук, врач акушер-гинеколог отделения гинекологии №1 МБУЗ ГКБ №8, г. Уфа e-mail: [zxpola@yandex.ru](mailto:zxpola@yandex.ru)

**Трубин Владимир Борисович** – доктор медицинских наук, профессор кафедры акушерства и гинекологии №2 ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет», г.Уфа

**Юлдашев Владимир Лабибович** – доктор медицинских наук, профессор, зав кафедрой психиатрии с курсом ИПО ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет», г.Уфа

Муниципальное бюджетное учреждение здравоохранения городская клиническая больница №8, отделение гинекологии №1. 450000, г.Уфа, ул. 40 лет Октября,д.1

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Башкирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 450000, г.Уфа, ул. Ленина, д.3.