

А. А. Головницкая, М. В. Проскурина
**ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПАЦИЕНТОК ПОСЛЕ
ЭКСТИРПАЦИИ МАТКИ**

Научный руководитель: ассист. Е. В. Никитина

Кафедра акушерства и гинекологии,

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Резюме. В статье приведены результаты, а также сравнительный анализ клинико-психологического анкетирования женщин, перенесших гистерэктомию с полным либо частичным удалением ткани яичников.

Ключевые слова: психоэмоциональное состояние, гистерэктомия, астенический синдром, тревожно-депрессивные расстройства.

Resume. The article presents the results, as well as a comparative analysis of the psychological questioning of women, who underwent a hysterectomy with complete or partial removal of ovarian tissue.

Keywords: psychoemotional state, hysterectomy, asthenic syndrome, anxiety-depressive disorders.

Актуальность. Гистерэктомия – широко распространенное радикальное оперативное вмешательство в гинекологии, при котором удаление матки нередко сочетается с удалением яичников и маточных труб. С развитием оперативной гинекологии рассматривается как безопасный и эффективный способ лечения многих заболеваний при неэффективности консервативной терапии – миомы матки, эндометрита, злокачественных новообразований. Однако даже при успешно проведенной операции существует высокий риск развития неблагоприятных последствий для здоровья пациенток и ухудшения качества жизни на ранних и поздних сроках. Одним из ключевых моментов является развитие психоэмоциональных нарушений, в частности тревожно-депрессивных расстройств и астенического синдрома, которые, несомненно, влияют и на соматическое состояние пациентки [1]. Кроме того, психоэмоциональные нарушения наряду с вегетативными расстройствами могут быть компонентом и ранним признаком развития посткастрационного синдрома.

Развитие нарушений в психоэмоциональной сфере объясняется психологической реакцией на утрату детородного органа, а также формированием комплекса неполноценности, т.к. матка для многих женщин ассоциируется с нормальной сексуальной жизнью. Большое влияние имеет также состояние пациентки до операции – если заболевание сопровождалось нарушением нормальной жизнедеятельности, то операция воспринимается положительно. Одним из ключевых звеньев патогенеза является изменение гормонального фона в связи с остро возникающим дефицитом эстрогенов при выключении функции яичников и изменении в функционировании моноаминэргической, серотонинэргической и допаминэргической систем [2].

Цель: оценить психоэмоциональное состояние женщин на ранних сроках после гистерэктомии.

Задачи:

1. Выявление нарушений в психоэмоциональной сфере.
2. Определение причин и факторов риска.
3. Определение степени выраженности отклонений в зависимости от объема оперативного вмешательства.

Материалы и методы. С целью выявления психоэмоциональных нарушений в раннем послеоперационном периоде (3-5 дней) был проведен ретроспективный анализ медицинских карт 30 пациенток, которым проводилась операция по удалению матки на базе УЗ «6 ГКБ г. Минска» и УЗ «Брестская городская больница №1». Пациентки были разделены на 2 группы в соответствии с объемом оперативного вмешательства.

Психоэмоциональный статус оценивался методом анкетирования при помощи шкалы реактивной тревожности Спилбергера и субъективной шкалы оценки астении MFI-20.

Статистическая обработка данных проводилась в программе Microsoft Excel 2010. Для оценки количественных данных использовался двусторонний t критерий Стьюдента, качественных данных – критерий χ^2 . Уровень значимости $\alpha=0,05$.

Результаты и их обсуждение. В первую группу включены 15 пациенток с сохранением ткани яичников, средний возраст составил $48,0 \pm 2,6$ лет. Показаниями к гистерэктомии в данной группе являлась множественная миома матки и миома матки больших размеров. Нарушения менструального цикла имели место у 8 женщин - 53,3% (рисунок 1), сопутствующая патология выявлена у 12 пациенток (рисунок 2).



Рисунок 1 – Дисменорея, группа 1



Рисунок 2 – Сопутствующие заболевания, группа 1

При оценке клинико-психологического тестирования по шкале Спилбергера выявлена умеренная тревожность у 11 пациенток – $39,3 \pm 4,4$ балла, высокая тревожность – у 4 пациенток – $50,5 \pm 4,7$ балла. Средний уровень тревожности в группе составил $42,3 \pm 6,7$ балла (умеренная тревожность).

Среднее значение уровня развития астении составило $58,4 \pm 16,4$ балла. Наиболее выражены общая астения (13,1 балл), физическая астения (12,9 баллов), снижение активности (13,1 баллов). В норме суммарный показатель находится в пределах 20-30 баллов, а показатели отдельных шкал не превышают 12 баллов.

Во вторую группу вошли 15 женщин, которым была проведена гистерэктомия с двусторонним удалением придатков, средний возраст составил $55,2 \pm 6,3$ года. Показаниями к гистерэктомии в данной группе являлся аденомиоз в сочетании с миомой матки и миома матки с рецидивирующей гиперплазией эндометрия. Показания к овариоэктомии – кисты яичников. Нарушения менструального цикла имели место у 9 женщин – 60% (рисунок 3), сопутствующая патология наблюдалась у 13 пациенток (рисунок 4).

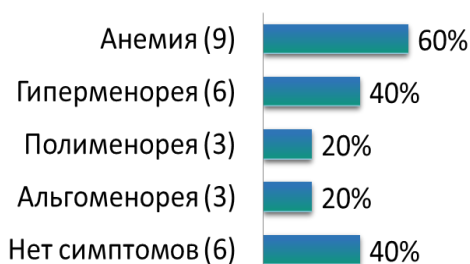


Рисунок 3 – Дисменорея, группа 2



Рисунок 4 – Сопутствующие заболевания, группа 2

При оценке психоэмоционального статуса по шкале Спилбергера у 9 (60%) пациенток выявлена умеренная тревожность – $43,7 \pm 0,5$ балла, высокая тревожность – у 6 (40%) пациенток – $47 \pm 1,1$ балла. Средний уровень тревожности во второй группе составил 45 ± 2 балла (высокая тревожность). Выявлен значимый уровень развития астении у всех пациенток – среднее значение $61,4 \pm 4,3$ балла по шкале MFI-20. Наиболее выражены общая астения (15,4 балла), физическая астения (14 баллов), снижение активности (16,4 балла).

Обе группы сопоставимы по наличию симптоматики до оперативного вмешательства ($\chi^2=0,1$). При сравнении двух групп по возрасту выявлены статистически значимые различия ($p > 0,05$).

При сравнении двух групп по шкале Спилбергера (рисунок 5) и шкале MFI-20 (рисунок 6) статистически значимые различия выявлены только по уровню снижения активности ($p < 0,05$), который значимо выше во второй группе, что, вероятнее всего, обусловлено возрастом и снижением адаптивных способностей организма.

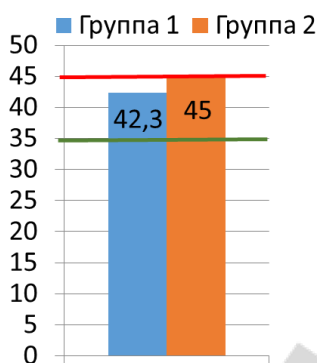


Рисунок 5 – Уровень тревожности

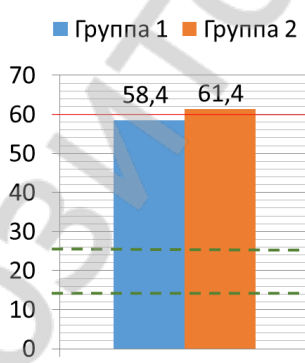
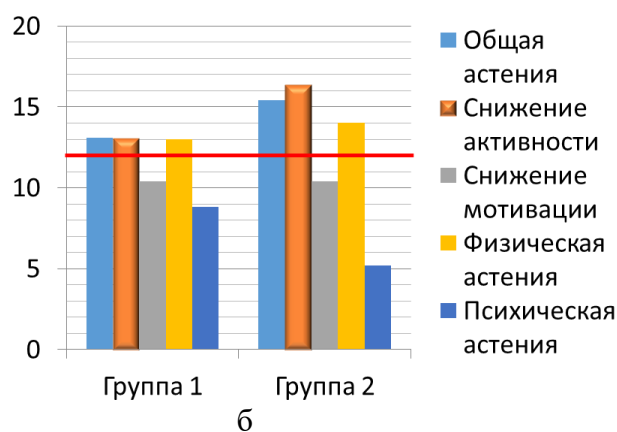


Рисунок 6 – Уровень развития астении (а – общий, б – по подшкалам)



Выводы:

1. После перенесенной гистерэктомии у пациенток отмечалось развитие тревожно-депрессивных расстройств с умеренной и высокой тревожностью и астенического синдрома.

2. Сравнительный анализ двух групп выявил отсутствие статистически значимых различий в развитии психоэмоциональных нарушений в зависимости от удаления ткани яичников, что свидетельствует о том, что гормональные нарушения на

столь ранних сроках после операции не играют ведущей роли в формировании психоэмоционального статуса.

3. Для предотвращения развития психоэмоциональных нарушений у пациенток после перенесенного оперативного вмешательства необходимы:

- адекватная предоперационная подготовка пациентки, которая включает разъяснение необходимости предстоящей операции, возможных последствий, создание благоприятного психологического фона с учетом анамнестических данных и социального положения, премедикацию.

- наблюдение в послеоперационном периоде должно быть направлено на своевременное выявление жалоб и профилактику возможных осложнений. Должно иметь место адекватное обезболивание. По возможности необходимо разрешить посещение родственников, т.к. поддержка семьи благоприятно сказывается на эмоциональном состоянии пациенток.

A. A. Halaunitskaya, M. V. Praskurina

PSYCHOEMOTIONAL STATE OF PATIENTS AFTER HYSTERECTOMY

Tutor: assistant E.V. Nikitina

*Department of Obstetrics and Gynecology,
Belarusian State Medical University, Minsk*

Литература

1. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология. Практическое руководство. – М.: «МЕД пресс», 1998. – 592 с.
2. Ю.Э. Доброхотова. Ливиал как средство реабилитации после гистерэктомии. Гинекология 2003; № 02: с. 62-65.