DOI: <https://doi.org/10.34883/PI.2021.11.6.009>
УДК 618.14-006.363.03-089.168:159.9

Венцковская И.Б., Прощенко О.Н.
Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца, Киев, Украина

Ventskivska I., Proshchenko O.
Bogomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine

Качество жизни и индивидуально-психологические особенности как интегральный критерий эффективности хирургического лечения пациенток с миомой матки

Quality of Life and Individual-Psychological Features as an Integral Criterion of Efficiency of Surgical Treatment in Patients with Uterine Fibroids

Резюме

Конечной целью любого метода лечения является восстановление не только соматического здоровья, но и качества жизни. Целью исследования стало изучение выраженности психоэмоциональных и нейровегетативных симптомов, степени тревожности, депрессии и параметров качества жизни у женщин с миомой матки после радикальных оперативных вмешательств с использованием различных хирургических техник и доступов. Проведена комплексная оценка отдаленных последствий гистерэктомии, характеристик психоэмоциональных проявлений, урогенитальных расстройств, уровня депрессии и тревожности, психологического портрета и шкал качества жизни 160 женщин репродуктивного возраста после гистерэктомии. В первый год после операции у 105 женщин (66,7%) доминирующими являются нейровегетативные нарушения, в первые два года после операции у 72% преобладают нейровегетативные нарушения, у 38 (23,8%) – психоэмоциональные расстройства и только у 17 (10,6%) – обменно-эндокринные. До 24 месяцев после операции прогрессивно растет доля психоэмоциональных расстройств – до 94 (58,7%) наблюдений, сохраняясь длительное время, несколько большую долю в структуре занимают обменно-эндокринные нарушения – до 38 (23,8%) наблюдений, нейровегетативные проявления нивелируются. Тестирование показало, что у пациенток с миомой к операции ухудшается психологический компонент здоровья, значительно ограничены показатели жизненной активности, социального и ролевого функционирования, обусловленного эмоциональным состоянием, и психического здоровья, характеризующегося наличием тревоги и депрессии, по сравнению с контрольными данными ($p < 0,05$). После оперативного лечения при оценке указанных показателей в течение 24 месяцев мониторинга, характеризуя психический компонент здоровья, была выявлена тенденция к улучшению по сравнению с дооперационными параметрами ($p < 0,05$). Лучшие параметры шкал качества жизни отмечены у пациенток после применения вагинальных методик. Напряжение психоэмоционального статуса, манифестация проявлений тревожности и депрессии у пациенток в послеоперационном периоде зависели от возраста, социально-бытовых особенностей

и семейного положения, имели свои специфические особенности, которые были связаны с гормональным дисбалансом, метаболическими расстройствами, и проявлялись высоким уровнем психоэмоционального напряжения и доминированием вегетососудистых симптомов средней и тяжелой степени выраженности. В ходе проведенного исследования установлены более высокие показатели качества жизни после лапароскопически ассистированной вагинальной гистерэктомии, что позволяет рекомендовать этот доступ как метод выбора у пациенток репродуктивного возраста и как наиболее эффективный по уровню показателей качества жизни при выполнении всех критериев отбора пациенток к его использованию и в зависимости от индекса соматического здоровья.

Ключевые слова: миома матки, гистерэктомия, уровень депрессии и тревожности, параметры качества жизни, реабилитация.

Abstract

The ultimate goal of any treatment is not only to restore physical health, but also to ensure quality of life. The aim of the study was to examine the severity of psychoemotional and neuro-vegetative symptoms, anxiety, depression and quality of life parameters in women with uterine fibroids after radical surgery using various surgical techniques and approaches. A comprehensive assessment of the long-term consequences of hysterectomy, characterization of psychoemotional manifestations, urogenital disorders, levels of depression and anxiety, psychological portrait and quality of life scales in 160 women of reproductive age after hysterectomy. In the first year after surgery, 105 women (66.7%) are dominated by neurovegetative disorders, in the first two years after surgery, 72% are dominated by neurovegetative disorders, 38 (23.8%) – psycho-emotional disorders and only 17 (10, 6%) – metabolic and endocrine. By 24 months after surgery, the proportion of psychoemotional disorders progressively increases – up to 94 observations (58.7%), remaining long, a slightly larger share in the structure and metabolic and endocrine disorders – up to 38 (23.8%), neurovegetative manifestations are leveled. Testing has shown that patients with fibroids before surgery suffer from a psychological component of health, significantly limited indicators of vital activity, social and role functioning due to emotional state and mental health, characterized by the presence of anxiety and depression compared with control data ($p < 0.05$). After surgical treatment, the evaluation of these indicators during 24 months of monitoring, characterizing the mental component of health, showed a tendency to improve compared with preoperative parameters ($p < 0.05$). The best parameters of quality of life scales were observed in patients after the use of vaginal techniques. The tension of psycho-emotional status, the manifestation of anxiety and depression in patients after hysterectomy in the postoperative period depended on age, social characteristics and marital status, had its own specific features that were associated with hormonal imbalances, metabolic disorders and was manifested by a high level of psycho-emotional stress and the dominance of vegetative-vascular symptoms of moderate and severe severity. The study found higher quality of life after laparoscopically assisted vaginal hysterectomy, which allows us to recommend this approach as a choice in patients of reproductive age and as the most effective in terms of quality of life in fulfilling all criteria for selecting patients for use and depending on the index. somatic health.

Keywords: uterine fibroids, hysterectomy, level of depression and anxiety, quality of life parameters, rehabilitation.

■ ВВЕДЕНИЕ

Последние десятилетия ознаменовались большими изменениями в развитии инновационных хирургических технологий, прогресс в области оперативной гинекологии, минитравматические вмешательства,

видеоэндоскопические технологии, применение интраоперационных диагностических систем позволили уменьшить агрессивность хирургических операций и сократить послеоперационный реабилитационный период [1–4]. Одно из самых распространенных оперативных гинекологических вмешательств в течение последних десятилетий – гистерэктомия, однако, несмотря на большой практический опыт применения данной операции, на сегодня в мире ведутся дискуссии относительно ее объема, разнообразия доступов, а также целесообразности удаления придатков [3, 4]. Эти спорные вопросы следует рассматривать не только с позиций профилактики онкозаболеваний или уменьшения доли осложнений, но и учитывая состояние здоровья в целом и качества жизни таких пациенток в частности. По данным различных авторов, соотношение между оперативными вмешательствами с разным объемом (тотальная или субтотальная гистерэктомия) колеблется в довольно широких пределах – от 79,0% до 21,0% [1, 3, 4].

За последние десятилетия расширился мировой практический опыт использования лапароскопического доступа для осуществления оперативных вмешательств на органах малого таза у женщин, который продемонстрировал технические возможности проведения операции любой сложности и определил место лапароскопии как основной методики лечения гинекологических заболеваний [3, 4]. Значительный прогресс в хирургии и анестезиологии способствовал широкому внедрению лапароскопического доступа в оперативную гинекологию, и, хотя 70% операций, по мнению современных хирургов, могут быть выполнены вагинальным доступом, внедрение лапароскопической ассистенции при вагинальной гистерэктомии создает возможности для расширения объема этих хирургических техник, симультанных пластических манипуляций и аднексэктомии [3]. Следует учитывать и такие преимущества вагинальной гистерэктомии, как меньшая кровопотеря и длительность госпитализации, меньшая интенсивность боли, улучшение самочувствия, быстрое восстановление и возвращение к нормальной активности, косметический эффект [3]. Кроме того, этот доступ позволяет провести хирургическое вмешательство у женщин с выраженной экстрагенитальной патологией и высоким риском лапаротомии. В настоящее время в литературных источниках представлены результаты большого количества ретро- и проспективных исследований, указывающие на целесообразность, эффективность и безопасность лапароскопической гистерэктомии, однако она не является альтернативой вагинальной гистерэктомии [1–4]. Предложенная Харри Рич лапароскопически ассистированная вагинальная гистерэктомия (Laparoscopically Assisted Vaginal Hysterectomy – LAVH) способствует снижению количества осложнений и позволяет провести операцию при отсутствии опущения внутренних половых органов, хотя в настоящее время в повседневной практике до сих пор классическим доступом при операции является лапаротомная гистерэктомия [1, 4]. Однако отсутствие алгоритма единых тактических подходов и показаний к проведению основных этапов лапароскопической операции создает предпосылки к росту доли неблагоприятных последствий. Дискуссионными и требующими дальнейшего изучения являются не только технические аспекты, но и отдаленные результаты лечения, позволяющие устанавливать наиболее эффективные как по

медицинским, так и социально-экономическим позициям оптимальные способы операций. Учитывая тот факт, что лапароскопический доступ предусматривает минимальную инвазивность вмешательства, требования к качеству послеоперационного периода при эндоскопических операциях выше, чем при использовании других доступов [1].

После оперативного лечения в организме женщины происходит ряд нейрогуморальных изменений, которые даже при сохранении яичников способствуют нарушению обратных рецепторных связей после удаления матки. Это ведет к развитию постгистерэктомического синдрома, формированию вегетососудистых, психоэмоциональных и обменно-эндокринных расстройств; частота данного симптомокомплекса составляет, по данным разных авторов, от 32 до 79% [2, 6, 8]. Эмоциональные нарушения, депрессия, диссомния, болевой синдром, когнитивные расстройства, как, собственно, и само оперативное вмешательство, инициируют сочетание операционного стресса с удалением матки и способствуют значительному росту доли психоэмоциональных расстройств [6, 8]. Кроме того, женщина теряет основную психосоциальную роль и критерии самоидентификации себя как женщины, что значительно нарушает ее социальную адаптацию как в семье, на работе, так и в обществе, тем самым снижая показатели шкал качества жизни [6, 8]. Следует отметить, что конечной целью любого метода лечения является не только восстановление соматического здоровья, но и качества жизни. Традиционно результаты лечения оцениваются собственно врачами по результатам лабораторных и инструментальных методов лечения. Вместе с тем такая оценка является недостаточной. И сегодня с позиций доказательной медицины использование валидизированных опросников позволяет оценить отдаленные результаты лечения самой пациенткой [5, 7, 9]. Поэтому оценка параметров качества жизни как критерия оценки общего состояния и эффективности лечения получила широкое распространение во многих разделах медицины, в том числе и в оперативной гинекологии [5, 7, 9]. Концепция исследования качества жизни является принципиально новым методом, что позволяет более глубоко изучать различные субъективные переживания пациента, вызванные болезнью, и является важным компонентом в оценке эффективности оперативных техник лечения. Она позволяет осуществлять экспертизу новых подходов оздоровления, опираясь на международные критерии, разрабатывать прогностические модели для заболеваний разной степени тяжести, проводить социально-медицинские популяционные исследования с выделением групп риска в отношении различных видов патологии, обеспечивать динамическое наблюдение за группами риска и оценивать эффективность превентивных программ, изучать и проводить экономическое обоснование методов лечения с учетом фармако-экономических показателей: цена/потребность, цена/эффективность [5, 7, 9]. Следует отметить, что данных в сравнительном аспекте по оценке качества жизни у пациенток гинекологических клиник в современной доступной медицинской литературе не представлено.

Обобщая вышеизложенное, хотелось бы подчеркнуть, что на современном этапе развития оперативной гинекологии четко видна тенденция к расширению использования менее инвазивных методов – вагинального и лапароскопического для выполнения гистерэктомии,

однако оценка эффективности и целесообразности различных операционных доступов при проведении гистерэктомии освещена недостаточно и поверхностно. Так как целью любого лечения является восстановление не только соматического здоровья, но и социального, и психологического статусов, а субъективное восприятие пациенток улучшения своего общего состояния способствует повышению взаимодействия между врачом и пациентом, формируя четкую обратную связь и видение проблемы, изучение результатов хирургического лечения в отдаленном периоде является достоверным аргументом в пользу того или иного метода оперативного вмешательства.

■ ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучение выраженности психоэмоциональных и нейровегетативных симптомов, степени тревожности и депрессии и параметров качества жизни у женщин с миомой матки после радикальных оперативных вмешательств с использованием различных хирургических техник и доступов.

■ МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Нами проведена комплексная оценка отдаленных последствий хирургического лечения миомы матки, характеристик психоэмоциональных проявлений, урогенитальных расстройств, параметров депрессии и тревожности, психологического портрета и шкал качества жизни 160 оперatively вылеченных по поводу миомы матки женщин репродуктивного возраста, которые были разделены на две основные группы: 90 пациенток, у которых выполнена вагинальная гистерэктомия без придатков (первая группа): классическая (45 пациенток – IIA подгруппа), лапароскопически ассистированная вагинальная гистерэктомия (45 пациенток – IIC подгруппа), и 70 пациенток, у которых выполнена абдоминальная гистерэктомия без придатков (вторая группа). В контрольную группу вошли 50 женщин с бессимптомной миомой. Все 210 пациенток были обследованы с помощью методов психодиагностического тестирования. У пациенток, принимавших участие в исследовании, применялись клинический, клинико-психопатологический, экспериментально-психологический методы с использованием опросников Спилберга и Бека для оценки уровня реактивной (СТ) и личностной (ОТ) тревожности, уровня депрессии и степени депрессивных расстройств с использованием теста Айзенка.

Оценка качества жизни является интегральным показателем оптимизации медицинской помощи. С целью объективизации показателей использованы стандартные (Medical Outcomes Study-Shot-Form Health Survey-SF-36, MOS-SF-36) и отдельные специальные опросники, которые характеризуются высокой степенью валидности, надежности и чувствительности. Анализ динамики параметров качества жизни на фоне использованных хирургических техник и клинических критериев эффективности лечения позволяет адекватно и своевременно оценить изменения в состоянии пациентки, определить наиболее целесообразный оперативный доступ и хирургическую технику, что может стать полезным для всесторонней оценки использованных методов хирургических вмешательств.

Мониторинг пациенток до операции, через 6, 12, 24 и 36 месяцев послеоперационного периода позволил оценить показатели качества жизни на основе опросника MOS SF-36, который формируется из следующих шкал:

- Physical Functioning – физическое функционирование (ФФ), которое отражает состояние, когда пациентка ограничена в выполнении физических нагрузок, таких как самообслуживание, подъем по лестнице, перенос груза.
- Role-Physical – ролевое физическое функционирование (РФФ), которое демонстрирует способность к выполнению типичной работы, при этом физическая роль в качестве низкой определяется в случае возникновения трудностей в осуществлении обычной работы или привычной ежедневной нагрузки, а в качестве высокой – не демонстрирует трудностей при выполнении ежедневной нагрузки.
- Bodily Pain – боль, интенсивность болевых ощущений в области послеоперационного вмешательства (ИБ) – определяет интенсивность боли, ее влияние на способность заниматься повседневной деятельностью, в том числе домашней работой. Шкала физической боли демонстрирует наличие очень сильного или длительного болевого синдрома, который не может не отражаться на качестве жизни, а полное отсутствие болевых ощущений является вторым крайним вариантом данной шкалы, также существуют промежуточные состояния (непродолжительная боль; боль, которая не создает трудностей для выполнения привычной работы; боль, затрудняющая общение с окружающими, и т. д.).
- General Health – общее состояние здоровья (ОЗ), определяет субъективное восприятие предыдущего, действительного состояния здоровья, позволяет определить его перспективы. Наименьшее значение шкалы соответствует оценке состояния здоровья как плохое или указывает на возможность его ухудшения, а максимальное значение шкалы показывает уверенность пациента в хорошем состоянии своего здоровья.
- Vitality – жизнеспособность, жизненная активность (ЖА), определяет ощущение внутренней энергии, отсутствие усталости, желание выполнения энергичных действий, где значения колеблются от минимального – при ощущении усталости большую часть суток и снижении работоспособности, до максимального – при ощущении себя жизнеспособным, энергичным, полным сил в течение большей части суток.
- Social Functioning – социальное функционирование (СФ), демонстрирует способность развиваться, полноценно общаться с семьей, друзьями, возможность адекватного профессионального общения. По данной шкале можно оценить максимальное препятствие для нормальной социальной активности, обусловленное эмоциональными или физическими трудностями, а также максимальную социальную активность без физических и эмоциональных проблем.
- Role-Emotional – ролевое эмоциональное функционирование, обусловленное психологическим состоянием (РЭФ), определяет степень, в которой эмоциональное состояние затрудняет выполнение работы или другой повседневной деятельности (включая уменьшение объема работы, большие затраты времени, снижение

ее качества), также оценивается наличие или отсутствие трудностей с работой и другой привычной деятельностью из-за эмоциональных проблем.

- Mental Health – психологическое здоровье (ПЗ), определяет настроение (наличие депрессии, тревоги, общий показатель положительных эмоций). Результаты представляются в виде оценок по восьми шкалам в баллах в диапазоне от 1 до 100, где более высокая оценка указывает на высокий уровень качества жизни.

Для сравнения исследуемых групп использовались дисперсионный анализ, двусторонний критерий Стьюдента для независимых переменных и критерий Стьюдента для повторных измерений. Статистическую обработку результатов проводили с использованием статистических пакетов IBM SPSSStatistics (ver. 22) и статистической среды R (ver. 3.1).

■ РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Исследуемые группы не отличались достоверно по возрасту, индексу массы тела (ИМТ), наличию экстрагенитальной патологии и сопутствующих соматических заболеваний. Средний возраст исследуемых женщин составил $45,9 \pm 1,3$ года; ИМТ – $27,1 \pm 2,2$ кг/м². Результаты изучения семейного положения позволили отметить больший процент замужних женщин в контрольной группе, частично во второй группе, что, безусловно, демонстрирует значимость психотравмирующих факторов, связанных с одиночеством и нереализованностью в жизни. Обращает на себя внимание и то, что среди женщин исследуемых групп в 2,3 раза меньше жителей сельской местности, в 2,6 раза меньше женщин, занимающихся физическим трудом, в 1,4 раза больше лиц, трудовая деятельность которых связана с интенсивной умственной нагрузкой, также доминирует доля неработающих в двух основных исследуемых группах ($p < 0,05$).

У всех пациенток до операции отмечалась симптоматика в виде болевого, геморрагического синдрома и симптомов сжатия смежных органов. Женщины с миомой матки без сочетанной соматической патологии отмечали менее выраженную симптоматику по сравнению с теми, у кого зафиксирована коморбидность гинекологических заболеваний или дисметаболические нарушения (избыточный вес тела и ожирение, тиреоидная дисфункция, артериальная гипертензия) ($p < 0,05$). Это вполне понятно, учитывая известный факт бессимптомного течения миомы, в нашем исследовании – в 28 (23,8%) случаях. Наиболее выраженная симптоматика была присуща женщинам с миомой и эндометриозом, ожирением и артериальной гипертензией, однако разница между группами I и II не была статистически значимой ($p > 0,05$). При оценке общего качества жизни, который является интегральным показателем таких параметров, как отношение к заболеванию, жизненная активность, сексуальная функция и психическое здоровье, выявлено существенное снижение во всех группах, а самый низкий показатель качества жизни связан с возрастом, индексом массы тела, коморбидностью гинекологических и сопутствующих соматических заболеваний.

Радикальное оперативное лечение женщин с миомой матки формирует в послеоперационном периоде так называемый психологический кризис разной степени выраженности, как за счет перестройки гормонального и метаболического статуса, так и из-за модификации

и обострения реакций со стороны психоэмоциональных механизмов защиты. Индивидуально-психологические особенности в указанный период определяются многогранностью факторов как социально-бытового, так и медико-социального характера. Динамический мониторинг распространенности психоэмоциональных симптомов продемонстрировал обострение расстройств после 12 месяцев и сохранение комплекса жалоб в течение трех лет после оперативного оздоровления. Отсутствие симптоматики психоэмоционального характера отметили 23 пациентки (25,6%) в первой группе, 13 (18,6%) – во второй, 28 (56,0%) – в группе контроля. Причем результаты анкетирования в течение 36 месяцев мониторинга четко демонстрируют тенденцию зависимости психического профиля пациенток от метода оперативной техники. Следует выделить стабильно устойчивое доминирование тяжелых психоэмоциональных симптомов у женщин второй группы, тогда как у пациенток подгруппы IB прослеживается положительная динамика нивелирования симптоматики, а через 36 месяцев наблюдения легкие проявления в 2,0 раза превосходили долю умеренных, а тяжелые констатированы только у 4 женщин (8,9%). Несмотря на положительную динамику, у пациенток II группы выраженность симптоматики через 36 месяцев после операции была слабой, умеренной и тяжелой степени в одинаковых пропорциях, а степень проявления психоэмоциональных симптомов демонстрирует преобладание в 2,7 раза тяжелых симптомов у женщин второй группы против данных в подгруппе IB ($p < 0,05$).

Самыми распространенными и доминирующими в течение 12 месяцев мониторинга традиционно были проявления вегетососудистого симптомокомплекса, которые составляли довольно значительную долю и охватывали при опросе 106 (66,3%) женщин обеих исследуемых групп. Из названных симптомов наиболее весомыми оказались жалобы на головные боли – до 55,7%, отечность и колебания артериального давления – до 47,1% (прежде всего за счет гипертензии) и более значимо у пациенток второй группы ($p < 0,001$), каждая третья пациентка отмечала появление эпизодов сердцебиения (до 31,4%), приливов (до 30,0%), причем их частота максимально распространена у женщин второй группы. Значительную часть опрошенных беспокоят парестезии и аллергические реакции ($p < 0,05$). Следует отметить нарастание доли легких и умеренных проявлений данной симптоматики у женщин второй группы до 36 месяцев послеоперационного периода. И только у 6 (6,7%) пациенток первой группы констатированы выраженные проявления, которые были расценены как приливы, в первые 6 месяцев после операции, до трех лет – отмечали редко, тогда как у пациенток второй группы тяжелые приливы отмечены в 1,7 раза чаще ($p < 0,05$).

Следует подчеркнуть, что в первый год после операции у 105 женщин (66,7%) доминирующими являются нейровегетативные нарушения, в первые два года после операции у 72% преобладают нейровегетативные нарушения, у 38 (23,8%) – психоэмоциональные расстройства, и только у 17 (10,6%) – обменно-эндокринные. До 24 месяцев после операции прогрессивно растет доля психоэмоциональных расстройств – до 94 наблюдений (58,7%), сохраняясь длительное время, несколько большую долю в структуре занимают и обменно-эндокринные нарушения – до 38 (23,8%), нейровегетативные проявления нивелируются.

Еще одна группа методов сформировала комплекс экспериментально-психологических исследований и позволила установить умеренный уровень депрессии по тесту Бека, однако статистически значимый в сравнении данных контрольной группы: в 2,7 раза выше у пациенток первой группы, и в 364 раза – у пациенток второй группы ($p < 0,05$). Стоит отметить, что наиболее выраженные явления депрессии и тревоги отмечались у более молодых женщин (в возрасте до 45 лет), что, очевидно, следует связать с потерей в результате хирургического вмешательства признаков самоидентификации, что является сильным психотравмирующим фактором и требует подбора методов психологической реабилитации таких пациенток.

Если характеризовать долю выраженности среднего показателя тревожности (по данным психологического теста Спилбергера), то следует указать на низкий уровень у пациенток контрольной группы, а у женщин первой группы наблюдался низкий и умеренный уровень тревожности в сравниваемых долях (45,6% и 44,4 % соответственно), тогда как у пациенток второй группы наряду с доминированием проявлений средней степени отметили небольшую долю высокой степени тревожности (8,6%).

Данные литературы указывают, что ситуативная тревожность как состояние характеризуется субъективно переживаемыми эмоциями: напряжение, беспокойство, нервозность, озабоченность. Это состояние возникает как эмоциональная реакция на стрессовую ситуацию и может быть разным по интенсивности и динамичности во времени, составляет основу формирования таких поведенческих реакций, как нервозность, беспокойство, напряженность и обеспокоенность. Личностная тревожность рассматривается как устойчивая характеристика личности и имеет хронический характер. Ее причины находятся на социальном (нарушение в общении), психологическом (неадекватное восприятие, конфликтная самооценка) и психофизиологическом (особенности функционирования центральной нервной системы) уровнях [6, 8]. По нашим данным, соотношение доли средних показателей СТ в исследуемых группах показало отсутствие различий параметров ($p > 0,05$). Тогда как при анализе уровней ОТ установлено повышение высокой и средней степени выраженности в 1,4 раза у пациенток второй группы, что препятствует в послеоперационном периоде формированию адаптивного поведения, вызывает поведенческую дезинтеграцию, грозит психическому здоровью и способствует развитию предневротических состояний.

Как показывают данные таблицы, согласно анализу опросника MOS SF-36 в динамике мониторинга до 36 месяцев послеоперационного периода высокие показатели наблюдались у пациенток после вагинальной гистерэктомии, ассоциированной с лапароскопией, по всем шкалам – ФФ, РФФ, ИБ, ЖА, УФ, РЭФ и ПЗ, что свидетельствует о сохранении высокого уровня качества жизни. В отдаленном послеоперационном периоде показатель ФФ в первой группе был значимо выше (в среднем на 26 баллов), чем во второй, в ИС подгруппе выше (в среднем на 12 баллов), чем в ИА подгруппе ($p < 0,01$). Показатели РФФ в группах статистически значимо не отличались ($p > 0,05$) и были невысокими, что характерно для такого рода оперативных вмешательств. В целом отмечен рост баллов по физическому компоненту здоровья в группе IIA

Результаты оценки качества жизни с учетом доступа и хирургической техники гистерэктомии через 24 месяца после операции, баллы

The results of assessing the quality of life, taking into account approach and surgical technique of hysterectomy 24 months after surgery, points

Данные шкалы MOS SF-36	До операции	Исследуемые группы			
		Первая группа, n=90		Вторая группа, n=70	Контрольная группа, n=50
		IA-подгруппа, n=45	IB-подгруппа, n=45		
ФФ	39,3±1,2	76,2±3,2*	88,2±1,4*	62,6±4,4*	78,2±1,4
РФФ	33,1±1,4	68,6±3,2*	70,2±2,5*	64,0±4,6*	76,9±2,8
ИБ	80,2±4,3	60,2±3,2*	52,4±1,6*	66,8±3,4*	67,2±1,4
ОЗ	48,6±2,8	62,8±1,8*	74,9±1,4*	54,6±2,6	72,2±2,7
ЖА	44,4±1,9	60,2±3,4*	70,8±2,8*	52,1±2,1	78,2±1,4
СФ	49,9±2,1	70,2±2,3*	82,1±3,4*	60,1±2,1*	81,8±2,5
РЭФ	47,8±2,0	72,0±2,8*	82,8±3,8*	61,8±3,6*	76,4±2,4
ПЗ	52,2±2,4	78,6±3,2*	89,8±2,6*	56,2±2,2*	78,2±2,5
Среднее значение	49,8±3,4	74,4±2,6*	81,4±2,3*	62,7±2,6*	82,2±1,4

Примечания: ФФ – физическое функционирование; РФФ – ролевое физическое функционирование; ИБ – интенсивность (выраженность) боли; ОЗ – общее состояние здоровья; ЖА – жизненная активность; СФ – социальное функционирование; РЭФ – ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием; ПЗ – психическое здоровье; * разница статистически достоверна против исходных показателей, $p < 0,05$.

в среднем на $36,9 \pm 1,6$ балла; в IB – на $48,9 \pm 1,8$ балла по сравнению с показателями до операции ($p < 0,05$).

Тестирование показало, что у пациенток с миомой до операции страдает психологический компонент здоровья, значительно ограничены показатели ЖА, УФ, РФ, обусловленные эмоциональным состоянием и психическим здоровьем, определяется наличие тревоги и депрессии по сравнению с контрольными данными ($p < 0,05$). После оперативного лечения, при оценке указанных показателей в течение 24 месяцев мониторинга, характеризую психический компонент здоровья, была выявлена тенденция к улучшению по сравнению с дооперационными параметрами ($p < 0,05$). У подавляющего большинства опрошенных (114 человек, 71,3%) показатель жизненной активности был достаточно весомым ($70,8 \pm 2,8$ балла), что является свидетельством отсутствия или низкой утомляемости пациентов и указывает на хорошую ЖА, только у 46 (28,7%) пациенток показатель демонстрировал удовлетворительную ЖА ($56,1 \pm 2,1$ балла). У большинства пациенток (117, 73,1%) показатель социального функционирования в послеоперационном периоде составлял более 70 баллов, что указывало на полное или частичное отсутствие ограничения социальных контактов, нормальный уровень общения, и только у 43 (26,9%) пациенток, в основном во II группе, отмечено удовлетворительное социальное функционирование (50 баллов и меньше). У большинства пациенток (116, 72,5%) показатель ролевого функционирования был обусловлен хорошим эмоциональным состоянием, у 44 женщин (27,5%), в основном во II группе, полученные результаты интерпретированы как ограничение выполнения повседневной работы, обусловленное недостаточно удовлетворительным эмоциональным состоянием. Средние показатели психического здоровья у 132 (82,5%)

опрошенных указывали на отсутствие тревоги и депрессивных переживаний, только 28 (17,5%) пациенток отметили снижение положительных эмоций, наличие умеренных тревожных переживаний. Следует указать, что лучшие параметры шкал качества жизни отмечены у пациенток после применения вагинальных методик, особенно в случае ассоциации с лапароскопией. Пациентки данной группы отметили субъективно лучшее течение послеоперационного периода, что позволило им быстро восстановиться и вернуться к выполнению ежедневных обязанностей: восстановление работоспособности заняло в среднем $10,6 \pm 0,5$ (от 7 до 11) дня против $18,8 \pm 1,8$ (от 12 до 21) дня ($p < 0,05$) при традиционном абдоминальном вмешательстве ($p < 0,05$). Частота ранних и отдаленных осложнений после абдоминальных и влагалищных доступов при лечении миомы матки различаются, причем при LAVH они встречаются в 3,0 раза реже, чем при абдоминальном, частота пролапса также возникает реже в 2,4 раза, хроническая тазовая боль – в 2,8 раза, тогда как диспареуния доминирует в случае вагинального доступа, а урогенитальные расстройства – в случае абдоминальной гистерэктомии ($p < 0,05$). Через 36 месяцев после радикального оперативного лечения показатели по шкалам РФ, ЖА, ФФ, СФ и ПЗ у пациенток подгруппы IA, параметры качества жизни которых исследовались, практически приблизились к популяционным значениям. Хотя, необходимо указать, что у всех пациентов, излеченных радикально по поводу миомы матки, качество жизни в отдаленном послеоперационном периоде остается высоким, независимо от выбранного метода хирургического лечения.

Таким образом, оценка эффективности хирургических техник при оперативном лечении миомы матки, проведенная в послеоперационном периоде путем анкетирования с помощью опросника MOS SF-36, продемонстрировала, что после операции наблюдается положительная динамика всех параметров качества жизни, причем различия между группами были статистически значимыми во всех точках исследования ($p < 0,05$). Однако при лапароскопически ассистированной вагинальной гистерэктомии показатели качества жизни выше по сравнению со значениями популяционной нормы ($p < 0,01$); статистическая значимость полученных данных достаточно высока с доверительной вероятностью ($p < 0,01$), то есть в 97,7% случаях пациентки отметили отсутствие «стресса госпитализации» в связи с короткими во временном отрезке изменениями привычного окружения, более быстрым восстановлением активности, что положительно отразилось на показателях качества жизни в целом. Все пациенты считали эффект от полученного лечения положительным и отмечали хорошее самочувствие после ранней выписки.

■ ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Как показало проведенное нами исследование напряжения психоэмоционального статуса, манифестация проявлений тревожности и депрессии у пациенток, радикально излеченных по поводу миомы матки, в послеоперационном периоде зависела от возраста, социально-бытовых особенностей и семейного положения, имела свои специфические особенности, которые были связаны с гормональным дисбалансом, метаболическими расстройствам, и проявлялась высоким уровнем психоэмоционального напряжения и доминированием вегетососудистых

симптомов средней и тяжелой степени выраженности. Полученные результаты являются убедительным обоснованием целесообразности разработки и внедрения современных методов психологической коррекции и оптимизации программы психодиагностики. У 2/3 пациенток в послеоперационном периоде психотравмирующие ситуации с учетом их продолжительности, многофакторности и значимости способствовали развитию психоэмоционального напряжения и хронического психоэмоционального стресса, что проявлялось в неадекватной форме реагирования на стрессовые ситуации по сравнению с женщинами с нормально адаптированным психоэмоциональным состоянием. В ходе проведенного исследования установлены более высокие показатели качества жизни после вагинальной гистерэктомии с использованием лапароскопических технологий ($p < 0,01$). Исследования показали целесообразность использования эндоскопических технологий с учетом социального и психотравмирующих факторов (боязнь длительного срока нетрудоспособности и потери работы, полная и максимальная реабилитация, в том числе готовность к тяжелой физической работе), они имеют несомненные преимущества также при наличии сопутствующей патологии или выполнении симультанных операций. Анализ полученных результатов позволяет выделить лапароскопически ассистированную вагинальную гистерэктомию как хирургическую технику выбора у пациенток репродуктивного возраста и как наиболее эффективную по уровню показателей качества жизни при выполнении всех критериев отбора пациенток к ее использованию и в зависимости от индекса соматического здоровья.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interest. The authors declare no conflict of interest.

■ ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Vdovychenko YP, Anoshyna TM, Vinarska-Sviridyuk VL, Boyko OM. Integration of the principles of Fast track surgery into the treatment scheme of operated patients with acute gynecological pathology. *Women's health*. 2016; 4 (110): 146–8.
2. Gavriluk GM, Makarchuk OM. Posthysterectomy disorders and features of quality of life assessment. *Current issues of pediatrics, obstetrics and gynecology*. 2016; 2: 51–53.
3. Gladenko CE. Optimization of surgical treatment of combined pathology of the uterus and genital prolapse. 2018; 1: 80–82.
4. Gladchuk IZ, Rozhkovskaya NM, Kosey TV. Modern surgical technologies in the treatment of uterine fibroids (literature review and own data). *Collection of scientific works of the Association of Obstetricians and Gynecologists of Ukraine*. 2016; 2 (38): 123–129.
5. Lashkul OS. Quality of life and sexual function in women undergoing surgery on the reproductive system. *Zaporozhye medical journal*. 2018. 20 (1) (106): 76–81.
6. Chumak ZV, Zelinsky AA, Shapoval NV. A modern approach to assessing the quality of life after gynecological operations in the long term. *Military medicine*. 2015; 1: 61–3.
7. Yastochkina I. Personal anxiety as a socio-psychological problem. *Bulletin of Lviv University. Psychological science series*. 2020; 6: 165–170.
8. Backe IF, Patil GG, Nes RB, Clench-Aas J. The relationship between physical functional limitations, and psychological distress: Considering a possible mediating role of pain, social support and sense of mastery. *SSM – Population Health*, 2018; 4:153–163. doi: 10.1016/j.ssmph.2017.12.005.
9. Valentin L, Canis M, Pouly JL, Lashner C, Jaffeux P, Aublet-Cuvelier B, Bourdel N. SF-36 preoperative interest of predicting improvement of quality of life after laparoscopic management of minimal endometriosis. *Journal of gynecology obstetrics and human reproduction*. 2017; 46(2):137–43. DOI: 10.1016/j.jogoh.2016.12.004.

Подана/Submitted: 10.11.2021

Принята/Accepted: 06.12.2021

Контакты/Contacts: proshchenko777@gmail.com