

МАЙБОРОДА И.Б., ЕВТУШЕНКО И.Д.
Сибирский государственный медицинский университет,
г. Томск

ПСИХО-ЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ У ЖЕНЩИН С ПОСТГИСТЕРЭКТОМИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Наиболее частым вмешательством в оперативной гинекологии считается удаление матки. Частота этой операции колеблется от 25 до 38 % среди всех хирургических вмешательств в гинекологической практике [2, 4]. У значительной части пациенток (30-70 %) после гистерэктомии без придатков матки возникают нейровегетативные и психо-эмоциональные расстройства, сходные с климактерическими. Данный симптомокомплекс рассматривается как постгистерэктомический синдром (ПГС). Наиболее значимыми симптомами ПГС являются вегетоневротические нарушения: приливы жара, потливость, бессонница, раздражительность, парестезии, сердцебиения и вестибулопатии [1, 6, 7, 9, 10].

В ответ на удаление матки, прекращение менструаций и утрату способности к деторождению, нередко отмечается тяжелая психологическая реакция женщины, что отражается на функции яичников через центральные структуры мозга [1, 6].

Было показано, что в первые два года после гистерэктомии у 72,8 % женщин преобладают нейровегетативные нарушения, у 16 % – психоэмоциональные расстройства. В последующие годы психоэмоциональные нарушения сохраняются, а нейровегетативные уменьшаются [5, 6, 7, 10].

Профессором Адамян Л.В. с соавторами (1999), при исследовании психоэмоционального статуса пациенток после гистерэктомии, было отмечено, что 5 из 6 пациенток при психологическом тестировании характеризовались удовлетворительной психической адаптацией. Исследователями установлено, что психоэмоциональное состояние пациенток ухудшается только в том случае, если во время гистерэктомии было удаление одного или двух яичников [2].

Цель исследования – оценить особенности развития психоэмоциональных расстройств у женщин с постгистерэктомическим синдромом.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Обследованы 49 женщин в возрасте от 46 до 55 лет. Все пациентки разделены на две группы. Основную группу составили 24 женщины с постгистерэктомическим синдромом, которым была выполнена субтотальная гистерэктомия без придатков матки в период от 2 месяцев до 4 лет до настоящего исследования. Показанием к оперативному лечению была миома матки, осложненная маточными кровотечениями и постгеморрагической анемией легкой и средней степени, неэффе-

ktivность гормонального лечения. Во вторую группу (сравнения) вошли 25 пациенток с миомой матки, у которых наступила естественная менопауза в возрасте от 45 до 51 лет (в среднем, 48,2 лет).

Продолжительность психоэмоциональных нарушений у пациенток основной группы составила, в среднем, $18,5 \pm 21,1$ месяцев, у женщин группы сравнения – $34,6 \pm 22,2$ месяца.

В работе для оценки степени тяжести постгистерэктомического синдрома использовали модифицированный менопаузальный индекс (ММИ) Куррегман в модификации Уваровой Е.В. (1983). В структуре ММИ отдельно оценивали выраженность психоэмоциональных симптомов: слабая степень (до 7 баллов), умеренная (8-14 баллов) и тяжелая (более 14 баллов).

Кроме того, проводили экспериментально-психологическое исследование: определение уровня реактивной и личностной тревожности по шкале самооценки Спилбергера-Ханина, уровень тревоги по шкале самооценки Шихана, уровень депрессии по шкалам самооценки Цунга и Бека [3, 8].

Реактивная тревога, определяемая по шкале Спилбергера-Ханина, оценивает степень тревоги, которую испытывает человек в какой-то конкретной ситуации. Личностная тревожность рассматривается как устойчивая характеристика степени тревоги. С помощью этой шкалы отмечали низкую степень тревожности (до 31 балла), умеренную (31-45 баллов) и высокую (46 баллов и выше).

По самооценочной шкале Шихана выделяли состояние без тревоги (до 30 баллов), аномальный уровень (30-80 баллов) и высокий (выше 80 баллов).

С помощью шкалы Цунга отмечали состояние без депрессии (до 50 баллов), наличие легкой (50-59 баллов) и средней депрессии (60-69 баллов). Тяжелое депрессивное состояние диагностировали при уровне свыше 70 баллов.

По самооценочной шкале Бека определяли состояние без депрессии (до 19 баллов), клиническое нарушение (19-24 балла), при уровне депрессии выше 24 баллов указывали на необходимость проведения лечения.

Показатели представлены в виде среднего значения \pm стандартное отклонение. Для сравнения количественных показателей двух независимых групп использовали t-критерий. Сравнение групп по качественным признакам проводили с использованием критерия χ -квадрат.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Полученные данные показали, что степень тяжести постгистерэктомического синдрома у пациенток первой группы варьировала от 12 до 38 баллов по ММИ, составляя, в среднем, $27,2 \pm 7,4$ баллов. Во второй группе пациенток менопаузальный индекс был от 21 до 35 баллов (в среднем, $28,6 \pm 4,4$). Следовательно, по степени тяжести климактерических нарушений группы обследованных женщин не различались.

Психоэмоциональные расстройства у обследованных женщин проявлялись эмоциональной лабильностью с раздражительностью, повышенной утомляемостью, нарушением настроения, снижением или утратой либидо. Степень выраженности психоэмоциональных нарушений в структуре ММИ у женщин обеих групп не различалась, составляя, в среднем, $6,8 \pm 3$ и $7,3 \pm 2,6$ баллов, соответственно ($p = 0,766$).

Исследование уровня реактивной тревожности (шкала Спилбергера-Ханина) выявило низкий уровень тревожности у 12 пациенток с постгистерэктомическим синдромом и у 9 женщин с естественной менопаузой ($p = 0,393$), умеренный уровень — у 7 больных основной группы и у 9 пациенток группы сравнения ($p = 0,762$). Высокий уровень реактивной тревожности определялся у 5 больных с ПГС и у 7 женщин с естественной менопаузой ($p = 0,742$).

Низкий уровень личностной тревожности по шкале Спилбергера-Ханина наблюдался у 2 пациенток основной группы и у 5 женщин группы сравнения ($p = 0,417$), умеренный уровень — у 7 больных с ПГС и у 5 женщин с естественной менопаузой ($p = 0,520$). Высокий уровень личностной тревоги выявлен с одинаковой частотой в обеих группах, по 15 женщин в каждой группе ($p = 1,0$).

Оценка уровня тревоги по шкале Шихана показала, что аномальный уровень тревоги наблюдался у 9 пациенток основной группы и у 12 женщин группы сравнения ($p = 0,567$). Высокий уровень тревоги, при котором требуется проведение специальной терапии, выявлен у одной пациентки с ПГС и ни в одном случае в группе сравнения ($p = 0,490$). Состояние без тревоги наблюдалось у 14 больных основной группы и у 13 женщин группы сравнения ($p = 0,776$).

Легкая степень депрессии (шкала Цунга) обнаружена у 3 больных основной группы и у 2 женщин группы сравнения ($p = 0,667$), средний уровень депрессии — ни у одной пациентки с ПГС и у 2 женщин с естественной менопаузой ($p = 0,490$). Состояние без депрессии наблюдалось у обследованных женщин с одинаковой частотой, по 21 пациентке в каждой группе ($p = 1,0$).

По самооценочной шкале депрессии Бека обнаружались клинические нарушения у 5 пациенток с постгистерэктомическим синдромом и у 9 женщин с естественной менопаузой ($p = 0,345$). Уровень депрессии выше 24 баллов, указывающий на необходимость проведения лечения, возможно с применением антидепрессантов, был установлен у 3 женщин основной группы и у 2 пациенток группы сравнения ($p = 0,667$). Состояние без депрессии оценено у 16 больных с постгистерэктомическим синдромом и у 9 женщин с естественной менопаузой ($p = 0,561$).

Полученные данные свидетельствуют о том, что степень выраженности психоэмоциональных расстройств у пациенток после субтотальной гистерэктомии без придатков матки существенно не отличается от женщин с миомой матки, у которых менопауза наступила самостоятельно. По результатам экспериментально-психологического исследования не обнаружено статистически значимых различий в уровне тревожных и депрессивных расстройств, диагностируемых у пациенток с постгистерэктомическим синдромом и у женщин с естественной менопаузой.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Краснопольский, В.И. Хирургическая менопауза /Краснопольский В.И., Рубченко Т.И. //Пробл. репрод. — 1998. — № 5. — С. 76-80.
2. Кулаков, В.И. Гистерэктомия и здоровье женщины /Кулаков В.И., Адамьян Л.В., Аскольская С.И. — М., 1999. — 312 с.
3. Мак Глин, Т.Дж. Диагностика и лечение тревожных расстройств: Руков. для врачей /Мак Глин Т.Дж., Меткалф Г.Л. /Под ред. Ю.А. Александровского. — Am. Psych. Press, 1989. — P. 98-101.
4. Миома матки (современные проблемы этиологии, патогенеза, диагностики и лечения) /Под ред. И.С. Сидоровой. — М., 2002. — 256 с.
5. Поворова, В.В. Прогнозирование развития климактерического синдрома после гистерэктомии у женщин репродуктивного возраста /В.В. Поворова: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 2002. — 24 с.
6. Сравнительная клинико-гормональная характеристика состояния здоровья и качество жизни женщин с хирургической и естественной менопаузой /Рубченко Т.И., Ларичева И.П., Яковлева Н.И. и др. //Вестн. Рос. асс. акуш.-гинеко. — 1999. — № 3. — С. 56-61.
7. Эффективность монотерапии эстрогенами у женщин репродуктивного возраста после гистерэктомии /Сметник В.П., Макаров О.В., Доброхотова Ю.Э., Чернышенко Т.А. //Вестн. Рос. асс. акуш.-гинеко. — 1998. — № 3. — С. 36-40.
8. Beck, A.T. Short form of depression inventory: Cross validation /Beck A.T., Rial W.Y., Rickels K. //Psych. Rep. — 1974. — V. 34. — P. 1184-1186.
9. Richardson, T.A. Depression and menopause /Richardson T.A., Robinson R.D. //Prim Care Update Obstetrics & Gynec. — 2000. — V. 7. — P. 215-223.
10. The Women's Health Initiative Steering Committee /Effects of Conjugated Equine Estrogen in Postmenopausal Women With Hysterectomy //JAMA. — 2004. — V. 291. — P. 1701-1712.