

Е.И. Кахиани¹, В.Н. Цыган², Л.И. Чаава¹,
Д.И. Святков², Н.С. Сафина¹, С.Н. Жулев¹

Исследование психофизиологического статуса женщин, перенесших гистерэктомию

¹Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург

²Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

Резюме. Рассматриваются изменения психологического состояния женщин в раннем реабилитационном периоде после выполнения гистерэктомии по поводу миомы матки. Исследовали психофизиологический статус 104 гинекологических больных через 10–14 суток после выполнения гистерэктомии. Психологическое состояние обследуемых пациенток характеризовалось ростом значений ипохондрических, тревожно-депрессивных, истеричных, негативистичных и тревожно-мнительных проявлений и аутизацией. Для них были свойственны следующие особенности: высокий уровень осознания проблем через неудовлетворенность и пессимизм в оценке своих перспектив, инертность, выраженная глубина переживаний, скептицизм, неуверенность в себе, аффилиативная потребность в понимании, любви, доброжелательном отношении. Этот профиль отображает депрессивную реакцию в рамках адаптационного синдрома и связан с заболеванием, нарушившим обычный ход жизни и перспективные планы. Выделено преобладание трех типов личности: астено-невротического, эпилептоидно-возбудимого и гипертимного. Доля других личностных типов (сенситивного, лабильного, истероидного и неустойчивого) оказалась незначительной и составила от 4 до 7%. Эмоционально-волевая сфера пациенток характеризовалась выраженным ростом реактивной тревоги и личностной тревожности, свидетельствующим о снижении эмоциональной устойчивости, развитии невротического состояния и дезадаптационных нарушений. Рост уровней тревожности для пациенток, перенесших гистерэктомию, имеет выраженный ситуационный характер: ситуация переживается ими как психотравмирующая, состояние характеризуется отчетливым ощущением психологического дискомфорта, внутренней напряженности, беспокойства, нервозности, неудовлетворенностью актуальной жизненной ситуацией, тревожной оценкой перспективы. Под воздействием негативных факторов оперативного вмешательства и утраты репродуктивной функции происходит изменение функционального состояния нервной системы, проявляющееся нарастанием тревоги, снижением активности и ростом числа пациенток с признаками социально-психологической дезадаптации. Женщины, перенесшие гистерэктомию, нуждаются в проведении комплекса медикаментозной и психологической реабилитации с целью коррекции психологической дезадаптации.

Ключевые слова: гистерэктомия, миома матки, хирургическая менопауза, постгистерэктомический синдром, гипострогенемия, психологический статус, личностный профиль, реактивная и личностная тревожность.

Введение. В структуре гинекологических оперативных вмешательств гистерэктомия (ГЭ) занимает ведущее место. Распространенность ГЭ в общем числе операций колеблется от 25 до 38% [1, 2, 6]. Самым частым заболеванием, лечение которого в 81–92% случаях завершается ГЭ, является миома матки [2]. Причиной такого широкого применения ГЭ при миоме матки является низкая эффективность медикаментозной терапии, поэтому у женщин репродуктивного возраста нехирургическое лечение применяется как этап предоперационной подготовки.

Реабилитационный период после перенесенной ГЭ сопровождается появлением признаков нарушений психологического состояния и обмена веществ, расстройств функционирования системы кровообращения, эндокринной и центральной нервной системы [1, 3, 6]. Основной причиной данных нарушений является гипострогенемия, развивающаяся в реабилитационном периоде после ГЭ [3, 5, 6]. Другой важной и почти всегда присутствующей причиной являются психологические переживания по поводу утраты репродуктивной

функции [4, 6–8]. Эти причины в различной степени играют роль в появлении симптомов так называемого постгистерэктомического синдрома (или хирургической менопаузы), развивающегося у женщин, менструальная функция которых была прекращена в результате удаления яичников, яичников и матки или только матки [2, 4].

Существенное и принципиальное отличие постгистерэктомического синдрома от климактерического состоит в быстром, практически одномоментном, снижении продукции стероидных гормонов. Климактерический синдром развивается в течение нескольких лет, при этом приходят в действие компенсаторные механизмы, сглаживающие нарушения, связанные с гипофункцией яичников. При постгистерэктомическом синдроме компенсаторные реакции развиваться не успевают, развитие негативных последствий снижения гормональной функции яичников происходит более быстро, что проявляется значительным снижением качества жизни женщины [6].

Мало кто из практических врачей занимается психологической реабилитацией женщин после ГЭ.

Все это диктует необходимость изучения последствий ГЭ с целью профилактики и коррекции осложнений, сохранения здоровья и улучшения качества жизни.

Цель исследования. Оценить влияние ГЭ на изменения психофизиологического состояния пациенток, прооперированных в связи с миомой матки.

Материалы и методы. В исследование включены 104 женщины, перенесшие ГЭ по поводу миомы матки и находящиеся в раннем реабилитационном периоде (спустя 10–14 суток после ГЭ), и 50 практически здоровых женщин (контрольная группа).

Для изучения структуры личности испытуемых использовали сокращенный многофакторный опросник для исследования личности (СМИЛ), опросник Спилбергера – Ханина и методику цветовых выборов Люшера.

Опросник СМИЛ по отобранным (на основе опросника MMPI) утверждениям-вопросам (всего 71) позволяет оценить личностный профиль испытуемого по 11 шкалам.

С помощью опросника реактивной тревоги (РТ) и личностной тревожности (ЛТ) С.Д. Спилбергера, адаптированного Ю.Л. Ханиным, определяли тревожность как свойство личности. Показатель РТ характеризует тревогу как состояние пациента на момент обследования. Показатель ЛТ характеризует тревожность как устойчивую характеристику человека. В основу измерения психологических характеристик положена самооценка испытуемым своего самочувствия на данный момент [9, 10].

При анализе результатов исходили из следующих оценочных критериев:

- менее 30 баллов – низкий уровень тревоги и тревожности;
- от 30 до 45 баллов – умеренная тревога и тревожность;
- более 45 баллов – высокая тревога и тревожность.

Для выявления эмоционально-характерологического базиса личности и тонких нюансов ее актуального состояния применяли методику М. Люшера с определением значений факторов нестабильности выбора (ФНВ), отклонения от аутогенной нормы (ФОАН), активности (ФА), тревожности (ФТ), работоспособности (ФР). Диагностическая значимость методики состоит в том, что предпочтение выбора цветов связано с личностными характеристиками испытуемого и особенностями его переживаний.

Результаты и их обсуждение. Установлено, что в контрольной группе значения показателей психологического состояния, по данным методики СМИЛ, не превышали 56 баллов. Женщин, перенесших ГЭ, характеризовал рост показателей на 1–4-й, 7-й и 8-й шкалах со снижением на 6-й и 9-й шкалах. Их психологическое состояние определялось ростом значений ипохондрических (шкала 1 – $64,81 \pm 11,40$ балла), тревожно-депрессивных (шкала 2 – $67,15 \pm 10,18$ баллов), истеричных (шкала 3 – $65,07 \pm 12,16$ балла), негатив-

стичных (шкала 4 – $68,96 \pm 13,28$ балла) и тревожно-мнительных (шкала 7 – $65,92 \pm 10,40$ балла) проявлений и аутизацией (шкала 8 – $68,71 \pm 12,90$ балла). Пиковые профили наблюдались на 2-й, 4-й и 8-й шкалах.

Для пациенток с пиковыми величинами показателей по шкале 2 свойственны следующие особенности: высокий уровень осознания проблем через неудовлетворенность и пессимизм в оценке своих перспектив, инертность, выраженная глубина переживаний, скептицизм, неуверенность в себе, аффилиативная потребность в понимании, любви, доброжелательном отношении. Эти особенности в значительной степени определяют зону психотравмирующего воздействия. Такой профиль по шкале 2 у женщин, перенесших ГЭ, отображает депрессивную реакцию в рамках адаптационного синдрома и связан с заболеванием, нарушившим обычный ход жизни и перспективные планы.

Шкала 4 выявляет у пациенток гипертимный вариант акцентуации, проявляющийся импульсивностью, затрудненным самоконтролем.

Сочетание высоких значений на шкалах 2 и 4 определяет более высокий уровень контроля сознания над поведением, что снижает агрессивность, неконформность и импульсивность пациенток.

Пиковое значение шкалы 8 свидетельствует об обособленной, созерцательной позиции пациенток, преобладании склонности к анализу ущерба, нанесенного здоровью над активностью в преодолении этой ситуации. Отмечается субъективизм в оценке явлений окружающего мира, отвлеченность от конкретики и повседневности, выраженная потребность в актуализации своей индивидуальности, ориентация на субъективизм и интуицию. Индивидуальность лишь усугубляется при противодействии окружения и настолько выражена, что прогнозирование их высказываний и поступков весьма затруднено. Для психопатических личностей этого типа характерна неуправляемая эксплозивность (взрывной характер реакций).

Выявленное низкое значение уровня шкалы 9 характеризует снижение активности, оптимизма, жизнелюбия. Ассоциация этого снижения с пиком шкалы 2 свидетельствует о депрессивности настроения, а сочетание с высоким уровнем шкалы 4 отражает выраженный суицидальный риск.

Высокие показатели на шкале 8 свидетельствуют о шизофреноподобных расстройствах пациенток: явлениях дереализации-деперсонализации, склонности к резонерству, маскирующему интеллектуальную несостоятельность, к снижению уровня социальной адаптации, растерянности, отрыву от реальности, нарушениям восприятия.

Сочетание пиковых значений 7 и 8 шкал определяет внутреннюю напряженность пациенток, их нервозность, склонность к бесплодному обдумыванию проблем, чувство душевного дискомфорта, комплекс неполноценности, причиной которых является астенизация вследствие эмоционального перенапряжения из-за перенесенной операции.

Сочетание повышенных величин уровней 1-й и 3-й шкал с пиковым значением 2-й шкалы (так наз. «невротической триады») свидетельствует об усилении невротического самоконтроля и соматизации тревоги.

Результаты распределения различных типов личностной направленности у гинекологических больных, представленные в таблице 1, позволяют выделить преобладание трех типов личности: астено-невротического, эпилептоидно-возбудимого и гипертимного.

Таблица 1
Распределение пациенток, перенесших ГЭ, по типам личности

Тип личности	Число больных	% общей численности группы
Астено-невротический	56	53,85
Эпилептоидно-возбудимый	12	11,54
Гипертимный	13	12,50
Сенситивный	7	6,73
Лабильный	4	3,84
Истероидный	7	6,73
Неустойчивый	5	4,81

При сравнительном анализе средних значений РТ и ЛТ пациенток, перенесших ГЭ и контрольной группы обнаружено достоверное увеличение показателей в группе гинекологических больных (табл. 2).

Таблица 2
Реактивная тревога и личностная тревожность в группах пациенток, перенесших ГЭ и практически здоровых женщин ($\bar{X} \pm \sigma$)

Показатель	Перенесшие ГЭ	Практически здоровые
Реактивная тревога, ед.	49,19±4,87	36,88±5,20*
Личностная тревожность, ед.	47,82±8,84	37,68±4,12*

Примечание: * – $p < 0,05$.

Эмоционально-волевая сфера пациенток, перенесших ГЭ, характеризуется выраженным ростом реактивной тревоги и личностной тревожности, свидетельствующим о снижении эмоциональной устойчивости, развитии невротического состояния и дезадаптационных нарушений. Рост уровней тревоги и тревожности имеет выраженный ситуационный характер: ситуация переживается как психотравмирующая, состояние характеризуется ощущением психологического дискомфорта, внутренней напряженности, озабоченности, беспокойства, нервозности, неудовлетворенностью актуальной жизненной ситуацией, тревожной оценкой перспективы.

При анализе величин показателей методики Люшера не выявлено достоверных отличий средних значений ФНВ (табл. 3, критерий Стьюдента для независимых совокупностей, $T=0,69$; $p=0,49$) и ФОН

(табл. 3, $T=0,86$; $p=0,39$) между пациентками, перенесшими ГЭ, и контрольной группой.

Достоверный рост средних значений показателя ФТ выявлен у пациенток, перенесших ГЭ, по сравнению с контрольной группой (табл. 3, критерий Стьюдента для независимых совокупностей, $T=2,32$; $p=0,007$).

Таблица 3
Основные показатели психоэмоционального состояния обследованных женщин (методика Люшера), % ($\bar{X} \pm \sigma$)

Фактор	Перенесшие ГЭ	Практически здоровые
Нестабильности выбора	21,74±13,49	19,27±11,61
Отклонения от аутогенной нормы	40,64±14,85	39,34±14,22
Активности	45,17±15,29	56,77±15,92*
Тревожности	26,35±11,39	17,41±10,51*
Работоспособности	51,34±17,97	64,33±16,29*

Примечание: * – $p < 0,05$.

У пациенток, перенесших ГЭ, обнаружено достоверное ($p=0,003$) снижение средних значений показателей ФА и ФР по сравнению с контрольной группой.

Таким образом, для пациенток, перенесших ГЭ, характерно снижение значений активности и работоспособности, а также рост тревожности.

Заключение. Под воздействием негативных факторов оперативного вмешательства и утраты репродуктивной функции происходит изменение функционального состояния нервной системы, проявляющееся нарастанием тревоги и тревожности, снижением активности и ростом числа пациенток с признаками социально-психологической дезадаптации. Женщины, перенесшие ГЭ, нуждаются в проведении комплекса медикаментозной и психологической реабилитации с целью коррекции психологической дезадаптации.

Литература

- Адамян, Л.В. Психоэмоциональное состояние женщин после гистерэктомии / Л.В. Адамян [и др.] // Акуш. и гинекол. – 1999. – № 1. – С. 35–38.
- Акимов, А.В. Особенности соматической патологии и психоэмоционального статуса пациенток с хирургической менопаузой: автореф. дис. ... канд. мед. наук / А.В. Акимов. – Екатеринбург, 2006. – 25 с.
- Аскольская, С.И. Гормональные изменения после гистерэктомии / С.И. Аскольская, Л.В. Адамян // Климактерий. – 2001. – № 3. – С. 63.
- Доброхотова, Ю.Э. Психоэмоциональный и гормональный статус женщин после гистерэктомии без придатков / Ю.Э. Доброхотова // Росс. мед. журн. – 2000. – № 4. – С. 25–28.
- Долецкая, Д.В. Особенности личности женщин репродуктивного возраста после хирургического лечения миомы матки / Д.В. Долецкая // Акуш. и гинекол. – 2006. – № 5. – С. 35–37.
- Кахиани, Е.И. Нарушения кровообращения в периоде реабилитации после абдоминальных гинекологических операций: дис. ... д-ра мед. наук / Е.И. Кахиани. – СПб., 2010. – 247 с.

7. Коломыцкая, И.Н. Неврологические симптомы и психоэмоциональный статус у больных с миомой матки: автореф. дис. ... канд. мед. наук / И.Н. Коломыцкая. – М., 2004. – 25 с.
8. Терешкина, Е.Б. Особенности личности женщин репродуктивного возраста после хирургического лечения миомы матки / Е.Б. Терешкина [и др.] // Журн. неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2001. – № 7. – С. 51–53.
9. Ханин, Ю.Л. Краткое руководство к применению шкалы реактивной и личностной тревожности Ч.Д. Спилбергера / Ю.Л. Ханин. – Л.: ЛНИИФК, 1976. – 18 с.
10. Spielberger, C.D. Anxiety, drive theory, and computer-assisted learning / C.D. Spielberger, H.F.Jr. O'Neil, D.N. Hansen // Prog. Exp. Pers. Res. – 1972. – Vol.6. – P. 109–148.

E.I. Kakhiani, V.N. Tsygan, L.I. Chaava, D.I. Svyatov, N.S. Safina, S.N. Zchulev

Research of psychophysiological status of women after hysterectomy

Abstract. The changes of psychological women's state in the earliest rehabilitation period are considered after the fulfilment of hysterectomy in connection with myoma of uteri. The psycho-physiological status (one hundred and four) 104 of gynecological sickly women was examined from ten till fourteen days after the fulfilment of hysterectomy. The psychological state of examined patients was determined by the creation of meanings hypochondriatic, trouble-depressed, hysterics, negative and troubled nervous displays and autization. The high level of realization their problems are peculiared (the following peculiarities) through the dissatisfaction and pessimism in the valuation their perspectives, inertness, strongly expressed emotions, skepticism, uncertainty diffidence, affiliative need in understanding, love and friendly attitude. This type shows the depressive reaction in the limits of adaptational syndrome and is connected with the illness, which disturbed the usual way of life and perspective plans. There are three types of personalities: asthenic-neurosis, epileptoidny-excited and hyperthymic. The part of other personal types (sensitive, labile, hysteroid and unstable) turned up very few and put together from four till seven present. Emotional-will sphere of patients was characterized by deeply development of reactional trouble and personal trouble, showing the lower emotional stability, development of neuropathic state and desadaptational disorders. The growth levels of troubles for the patients who felt hysterectomy was deeply shown of situational character: the situation is endured by them as psychotraumatic, their state is characterized the distinctness feeling of physiological discomfort, inside trouble, tensivity, nervous, unsatisfied of actual life situation, troubled mark of perspective. Under the influence of negative facts of operative interference and losing reproductive function begins the changing of functional state of nervous system, appearing the growth of trouble, low activity and growth number of patients with the symptoms of social physiological disadaptation. The women who endured hysterectomy need in the course medical and physiological rehabilitation in order to correct the physiological desadaptation.

Key words: hysterectomy, hysteromyoma, surgical menopause, posthysterectomic syndrome, hypoestrogenemia, physiological status, personality profile, reactive and personal anxiety (troubled).

Контактный телефон: 8-911-767-75-21; e-mail: swiatow2012@yandex.ru