

УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ ХИРУРГИЧЕСКИМ ЛЕЧЕНИЕМ У ЖЕНЩИН С ПРОЛАПСОМ ТАЗОВЫХ ОРГАНОВ: КВАНТИФИКАЦИЯ И АНАЛИЗ

© М.Ю. Коршунов^{1, 2}, И.В. Сергеева²

¹ ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Санкт-Петербург;

² ГБУЗ «Ленинградская областная клиническая больница», Санкт-Петербург

Для цитирования: Коршунов М.Ю., Сергеева И.В. Удовлетворенность хирургическим лечением у женщин с пролапсом тазовых органов: квантификация и анализ // Журнал акушерства и женских болезней. — 2018. — Т. 67. — № 6. — С. 31–37. doi: 10.17816/JOWD67631-37

Поступила: 12.10.2018

Одобрена: 16.11.2018

Принята: 05.12.2018

■ **Актуальность.** Интегральная оценка эффективности хирургической коррекции пролапса тазовых органов (ПТО) у женщин требует детальной интерпретации показателя удовлетворенности лечением.

Цель — определить удовлетворенность хирургическим лечением больных с ПТО.

Материал и методы исследования. Хирургическое лечение проведено у 486 больных с ПТО II–IV стадий. Через 12 месяцев при помощи специальной анкеты по 5-балльной шкале оценивалась степень удовлетворенности, анализировались причины заниженной самооценки и амбивалентность респондентов в отношении результатов лечения.

Результаты исследования. Через год после операции ПТО 0–I стадии наблюдался у 80,9 % пациентов. Полностью удовлетворены (оценка 5 баллов) остались 61,1 % пациенток, неполную удовлетворенность (оценки 4 и 3 балла) отмечали 28,6 % и неудовлетворенность (оценки 2 и 1 балл) — 10,3 % женщин. Послеоперационная стадия ПТО слабо коррелировала со шкалой удовлетворенности ($r = -0,39$; $p < 0,0001$). Основными причинами заниженной самооценки результатов лечения были появление новых проблем, боязнь возобновления болезни, недержание мочи и боль. У пяти пациенток (1,0 %) самочувствие после лечения «стало гораздо хуже».

Заключение. Удовлетворенность лечением — показатель переменный. Анализ удовлетворенности больных с ПТО должен учитывать многообразие клинических, деонтологических и психологических факторов.

■ **Ключевые слова:** пролапс тазовых органов; хирургическое лечение; удовлетворенность; психометрия.

SURGICAL TREATMENT SATISFACTION IN WOMEN WITH PELVIC ORGAN PROLAPSE. QUANTIFICATION AND ANALYSIS

© M.Yu. Korshunov^{1, 2}, I.V. Sergeeva²

¹ Academician I.P. Pavlov First Saint Petersburg State Medical University of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation, Saint Petersburg, Russia;

² Leningrad Regional Clinical Hospital, Saint Petersburg, Russia

For citation: Korshunov MYu, Sergeeva IV. Surgical treatment satisfaction in women with pelvic organ prolapse. Quantification and analysis. *Journal of Obstetrics and Women's Diseases*. 2018;67(6):31-37. doi: 10.17816/JOWD67631-37

Received: October 12, 2018

Revised: November 16, 2018

Accepted: December 5, 2018

■ **Hypothesis/aims of study.** An integrated evaluation of the effectiveness of pelvic organ prolapse (POP) treatment in women requires a consistent interpretation of the criteria of treatment satisfaction. The aim of this study was to specify surgical treatment satisfaction in patients with POP.

Study design, materials, and methods. Surgical treatment was performed in 486 patients with POP stages II–IV. In 12 months, a patient survey (using a 1–5-point scale) evaluated the level of treatment satisfaction, reasons for lowered self-reported satisfaction, and respondents' ambivalence regarding treatment results.

Results. One-year post-surgical treatment of POP stages 0–I are observed in 80.9% of patients. Full satisfaction (5 points) was self-reported by 61.1% of patients, 28.6% of patients indicated partial satisfaction (3–4 points), and 10.3% of patients indicated treatment dissatisfaction (1–2 points). Post-surgery stage of POP is weakly correlated with self-reported treatment

satisfaction ($r = -0.39$; $p < 0.0001$). Most common reasons for lower self-reported satisfaction were the emergence of new issues, fear of pathology recurrence, urinary incontinence, and pain. Five patients (1.0%) indicated that their condition “became much worse” after the surgical treatment.

Conclusion. The treatment satisfaction range is variable. It is necessary to consider a variety of clinical, deontological, and psychological factors in the analysis of surgical POP treatment satisfaction spectrum.

▪ **Keywords:** pelvic organ prolapse; surgical treatment; satisfaction; psychometry.

Введение

Хирургические методы лечения занимают ведущее место в коррекции пролапса тазовых органов (ПТО) у женщин [1, 2]. Исследования, анализирующие их результативность с позиций стадии ПТО, параметров качества жизни, а также определенных функциональных и инструментальных показателей, свидетельствуют о разноречивой трактовке успешности выполненных оперативных вмешательств [3–5]. Это объясняет потребность в применении интегральных критериев эффективности лечения ПТО, учитывающих общее психологическое (субъективное) благополучие пациентов. Последнее отождествляется с возникновением у больной чувства удовлетворенности, что подразумевает высокую самооценку условий жизни и деятельности, отношений с людьми, а также качества тех или иных объектов [6].

Цель данной работы заключалась в детализации удовлетворенности лечением больных с ПТО, перенесших реконструктивно-пластические операции на тазовом дне.

Методика

В проспективное когортное исследование было включено 486 женщин от 29 до 77 лет (средний возраст — $54,3 \pm 9,5$ года) с ПТО II–IV стадий по POP-Q [7], предъявлявших жалобы на выпадение стенок влагалища и матки, нарушение функции нижних мочевых путей и кишечника, а также расстройства половой функции. Участницы исследования дали согласие на проведение хирургического лечения, принцип которого состоял в полной ликвидации всех мышечно-фасциальных дефектов тазового дна и восстановлении анатомии влагалища и промежности. С целью повышения валидности результатов хирургического лечения все вмешательства были выполнены первым автором данной работы. Оперативная коррекция ПТО местными тканями (в зависимости от определенной клинической формы заболевания) включала кольпорафию, ушивание паравагинальных дефектов, кульдопластику по McCall, манчестерскую операцию

и вагинальную гистерэктомию с классической техникой закрытия брюшной полости связочным аппаратом матки ($n = 160$). Для усиления апикальной поддержки половых органов при ПТО III–IV стадий применяли: высокую фиксацию свода влагалища к проксимальной порции крестцово-маточных связок ($n = 141$), сакроспинальную кольпопексию ($n = 34$), троакарную методику TVM (англ., *transvaginal mesh* — сетчатый протез) для реконструкции влагалища ($n = 59$) и абдоминальную сакровагинопексию ($n = 52$). В случаях выраженного или рецидивирующего изолированного выпадения передней ($n = 32$) и задней ($n = 8$) стенок влагалища имплантировали сетчатые проленовые протезы трапецевидной формы. При наличии объективно подтвержденного стрессового недержания мочи симультанно выполняли: операцию TVT-O ($n = 97$), кольпо-суспензию Burch ($n = 25$), TVT ($n = 18$), проленовый ($n = 13$) и фасциальный слинг ($n = 11$). В двух случаях проводили пластику анального сфинктера.

Через 12 месяцев после хирургического вмешательства оценивали состояние тазового дна по системе POP-Q. ПТО считали устраненным, если при осмотре устанавливали 0–I стадию заболевания. Стадию II и более расценивали как рецидив. Участницы исследования заполняли специально разработанную анкету удовлетворенности лечением больной с пролапсом тазовых органов (см. Приложение). Данный инструмент позволял выяснить психоэмоциональный статус и рефлексивное понимание пациентом собственного состояния. При составлении содержательной части анкеты учитывали социально-демографические особенности восприятия пациента, в связи с чем в основном блоке анкеты была принята удобная и привычная (для жительниц России) пятибалльная система оценки [8]. Оценка 5 баллов означала «полностью удовлетворена», 4 — «не вполне удовлетворена», 3 — «почти не испытываю удовлетворения», 2 — «в основном не удовлетворена», 1 — «совершенно неудовлетворена». Баллы 4 и 3 трактовали как неполную удовлетворенность,

а 2 и 1 — как неудовлетворенность лечением. Кроме этого, основная шкала оценки включала комплементарный блок из шести вопросов, нацеленных на уточнение причин отсутствия у больной полной удовлетворенности лечением. Также с целью получения максимально достоверных сведений в анкете были использованы элементы метода Хэтеуэя – Маккинли, заключающегося в повторении похожих по содержанию вопросов, имеющих при этом различное лингвистическое оформление и структуру [9]. Таких вопросов было два, их цель состояла в прояснении степени «удовлетворенности» лечением и выяснении мнения об «успешности» проведенной операции. В третьем вопросе, как и в первых двух, респонденту предлагалось оценить «удовлетворенность» и «успешность», учитывая состояние после хирургического вмешательства. При оформлении опросника мы ориентировались на удобство восприятия материала, для чего в инструкции использовали жирный шрифт, выделяли ключевые слова крупными буквами. Данный прием позволяет пациенту быстро сориентироваться и вникнуть в суть поставленных вопросов. При обращении к респонденту мы использовали женский род, так как это подчеркивало уважительное отношение к личности больной и способствовало ее расположению к общению на психоэмоциональном уровне.

Статистический анализ осуществляли с помощью методов непараметрической статистики (критерий Манна – Уитни и критерий χ^2), при корреляционном анализе использовали коэффициент ранговой корреляции Спирмена.

Результаты исследования

Через 12 месяцев после хирургического лечения были осмотрены 467 пациенток (96,1 % от общего числа оперированных больных). Сравнительные результаты специального объективного исследования представлены в табл. 1.

Из данных таблицы следует, что в изучаемой когорте больных оперативная коррекция ПТО привела к достоверному снижению стадии заболевания. Это свидетельствовало об эффективности хирургического лечения: в целом объективное излечение ПТО было достигнуто у 378 (80,9 %) женщин, явившихся на послеоперационный осмотр.

Оценку удовлетворенности результатами операции проводили у всех больных, прошедших объективный осмотр. Кроме этого, одиннадцать женщин ответили на вопросы

Таблица 1 / Table 1

Стадии пролапса тазовых органов (POP-Q) у включенных в исследование больных накануне ($n = 486$) и через 12 месяцев после операции ($n = 467$)*
Stages of pelvic organ prolapse (POP-Q) prior to ($n = 486$) and 12 months after ($n = 467$) the surgery in patients included in the study*

Стадия	Накануне операции n (%)	Через 12 мес. после операции n (%)
0	0	137 (29,3)
I	0	241 (51,6)
II	76 (15,6)	40 (8,6)
III	303 (62,3)	45 (9,6)
IV	107 (22,1)	4 (0,9)

Примечание. * $p < 0,0001$ по сравнению с предоперационными данными.
 Note. * $p < 0.0001$ compared to pre-surgical data.

анкеты по телефону. Таким образом, удовлетворенность лечением была проанализирована у 478 пациенток, что составило 98,4 % от общего числа участниц исследования (рис. 1). Из них спустя год после операции полную удовлетворенность проведенным лечением выразили 292 (61,1 %), а неполную — 137 (28,6 %) человек. Были не удовлетворены результатами операции 49 (10,3 %) женщин. Таким образом, в различной степени удовлетворены лечением оказались 89,7 % ($n = 429$) пациенток, что достоверно превышало ($p = 0,00015$) долю больных с объективной ликвидацией ПТО (80,9 %). В сравнении с последним показателем процент полностью удовлетворенных пациенток (61,1 %) был, напротив, существенно ниже ($p < 0,0001$). Послеоперационная стадия заболе-

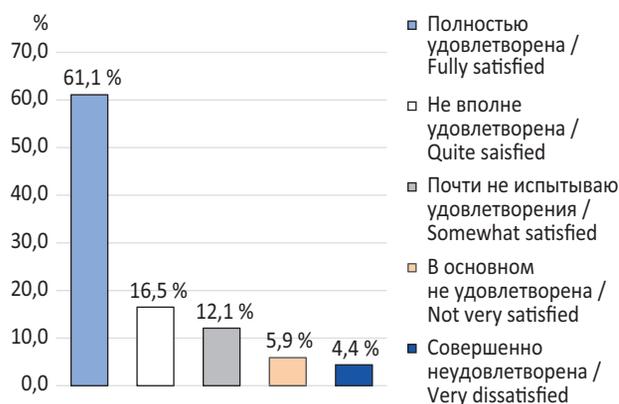


Рис. 1. Результаты оценки больными уровня удовлетворенности лечением ($n = 478$)

Fig. 1. Results of the Treatment Satisfaction Survey ($n = 478$)

вания слабо коррелировала со шкалой удовлетворенности ($r = -0,39$; $p < 0,0001$).

Прокомментировали свои ощущения полной удовлетворенности лечением 172 (92,4 %) респондента из 186, причем 21 больная (12,2 %) указала более одного пункта, содержащего «закрытый» вопрос. Чаще всего пациенты отмечали появление новых проблем ($n = 67$), а также психологические трудности, связанные с чувством неполноценности и боязнью возобновления болезни ($n = 56$). Реже такими факторами выступали сохранение, усугубление или появление новых проблем в интимной жизни ($n = 32$), боль ($n = 29$) и сохранение тех же проблем, что и до операции ($n = 9$). В ответах на «открытый» вопрос анкеты, в котором предлагалось указать свой вариант неполной удовлетворенности/неудовлетворенности лечением, фигурировали недержание мочи ($n = 22$), частое мочеиспускание ($n = 13$), редкий стул ($n = 4$), длительная нетрудоспособность ($n = 4$) и невнимательное отношение медицинского персонала ($n = 3$).

Необходимо отметить, что доля пациентов, которые были «полностью удовлетворены» лечением (61,1 %), не имела значимых различий с теми, кто, отвечая на вопросы второго блока анкеты, считал лечение «полностью успешным» (57,7 %) ($p > 0,3$). Вместе с этим самооценка больными «успешности» лечения и «самочувствия» после операции имела определенные отличия. Так, доля пациентов, указавших, что их самочувствие после операции стало «гораздо лучше» (74,5 %), достоверно превышала долю участниц, оценивших свое лечение как «полностью успешное» (табл. 2).

Вопросы, заложенные в третий блок анкеты, позволили уточнить мнение больных о своем текущем состоянии через год после хирургиче-

ского вмешательства. В частности, пять респондентов отметили, что их самочувствие «стало гораздо хуже», — все они перенесли имплантацию проленовых протезов: система TVM была установлена четырем пациенткам, одной больной была выполнена абдоминальная сакрорагинопексия. В качестве причины отсутствия удовлетворенности проведенным лечением все эти больные указали на наличие стойкого болевого синдрома.

Обсуждение результатов

Медицина тазового дна рассматривает удовлетворенность от проведенного хирургического вмешательства в качестве одного из основных обобщающих показателей эффективности лечения [10]. В зарубежной литературе удовлетворенность чаще всего анализируют при помощи анкеты PGI-I (англ. Patient Global Impression of Improvement). В основе данного инструмента лежит 7-балльная оценка по методу Лайкерта, при этом «7 баллов» означает максимальное ухудшение состояния анкетированного. Психометрические свойства анкеты, созданной первоначально для больных с недержанием мочи [11], стали в дальнейшем использоваться при оценке состояния женщин с ПТО [12–13].

В нашем опроснике учитываются отечественные стереотипы восприятия и трактовки успешности каких-либо событий, замыкающиеся на пятибалльной системе. Этот принцип отвечает закреплённой в сознании жительниц России со школьных лет тенденции на улучшение/повышение показателей от 1 («очень плохо») до 5 баллов («отлично»). Предложенная методика фиксации данных позволила выделить пять групп пациентов, отличающихся друг от друга по степени удовлетворенности лечением. Кроме этого, проведенное исследо-

Таблица 2 / Table 2

Мнение больных о качестве проведенного лечения через 12 месяцев после операции ($n = 478$)
Patient evaluation of the treatment quality 12 months after the surgery ($n = 478$)

Успешность лечения	n (%)	Самочувствие после операции	n (%)
Полностью успешное	276 (57,7)*	Гораздо лучше	356 (74,5)*
В основном успешное	61 (12,7)	Немного лучше	73 (15,3)
Удовлетворительное	92 (19,3)	Почти то же самое	31 (6,5)
Не имело успеха	49 (10,3)	Стало даже немного хуже	13 (2,7)
—		Стало гораздо хуже	5 (1,0)

Примечание. * $p < 0,0001$ между высшими степенями оценки категорий «успешность лечения» и «самочувствие после операции».

Note. * $p < 0,0001$ between the highest degrees of self — reported “treatment success” and “post-treatment well-being”.

вание выявило несоответствие субъективных и объективных результатов: во-первых, доля удовлетворенных лечением женщин и доля пациентов с «анатомическим выздоровлением» имели достоверные различия, во-вторых, степень удовлетворенности была слабо связана с результатами объективного осмотра (стадией ПТО) после операции. Причины данного расхождения заключаются в том, что семиотика ПТО сопряжена с чрезвычайно большим многообразием тазовых расстройств, имеющих мультифакторное происхождение [14]. Сложная этиология и недостаточно изученная патофизиология заболевания объясняют тот факт, что хорошие анатомические результаты операции не всегда гарантируют функциональную удовлетворенность проведенным лечением [15]. Поскольку состояние удовлетворения возникает после осознания достижения желаемой цели [16], необходимым звеном курации больной с ПТО становится формирование у нее адекватных ожиданий от предстоящего оперативного лечения. В этой связи деятельность доктора в первую очередь должна быть направлена на корректное целеполагание планируемого оперативного вмешательства и ликвидацию наиболее патогномичных симптомов ПТО, а также соблюдение больным соответствующих врачебных рекомендаций. Таким образом, пациент становится не объектом, а активным участником своего лечения.

Инновационным аспектом содержательной части анкеты удовлетворенности лечением больной с пролапсом тазовых органов явились дополнительные блоки, нацеленные на анализ «успешности лечения» и «самочувствие после операции». В зависимости от характера вопроса (содержания критерия) доли женщин, указавших на высшую степень оценки лечебных мероприятий, существенно различались. Данное наблюдение имеет определенное медико-психологическое значение, поскольку подчеркивает важность нюансов коммуникации участников лечебно-диагностического процесса. Также, в равной мере решая задачу оценки уровня удовлетворенности, данный прием весьма эффективно позволяет распознать амбивалентность, или неосознаваемую неуверенность, респондента в отношении результатов лечения. Это является крайне важной информационной составляющей анкетирования, дающей возможность вовремя выяснить состояние больной и в случае необходимости принять соответствующие меры. Так, в нашем исследовании удалось

определить группу больных, указавших, что их состояние после оперативного вмешательства стало «гораздо хуже». Данная категория пациентов должна быть детально проанализирована на предмет установления причин врачебных неудач в первую очередь. Комплементарные вопросы основного блока анкеты, как закрытые, так и открытый, предоставляющие больной возможность по своему усмотрению сообщить необходимую информацию, уточняли вероятные негативные последствия лечения. Конкретизация факторов, понижающих самооценку результатов хирургического вмешательства, может иметь не только клиническое, но и деонтологическое значение [17]. Например, избавление от недержания мочи или слишком частого мочеиспускания, разрешение болевого синдрома, улучшение функции кишечника и т. д. потребуют дополнительных врачебных мероприятий, в том числе и не связанных с лечением у гинеколога. С другой стороны, различные эмоциональные реакции, вызванные внутрибольничной обстановкой, непредвиденными осложнениями операции, побочными эффектами лечения, а также затяжным или тяжелым течением послеоперационного периода могут оказаться гораздо большей проблемой, чем ситуация, которая имела место до операции. По этой причине объективное избавление от ПТО и прочих тазовых расстройств вовсе не обязательно гарантирует полную удовлетворенность пациента. Результаты анкетирования это подтвердили: через год после оперативного вмешательства участницы исследования, комментируя отсутствие у них ощущения полной удовлетворенности, в 28,0 % наблюдений указали на появление новых проблем и в 23,4 % — на психологические трудности, связанные с чувством неполноценности и боязнью возобновления болезни. Таким образом, наряду с традиционным врачебным подходом, при решении проблемы качества медицинской помощи больным с ПТО необходимо учитывать личностные особенности больных и характер отношений между врачом и пациентом.

Список литературы

1. Краснополяский В.И., Буянова С.Н., Щукина Н.А., Попов А.А. Оперативная гинекология. — М.: МЕДпресс-информ, 2017. [Krasnopol'skiy VI, Buyanova SN, Shchukina NA, Popov AA. Operativnaya ginekologiya. Moscow: MEDpress-inform; 2017. (In Russ.)]
2. Васин Р.В., Филимонов В.Б., Васина И.В. Генитальный пролапс: современные аспекты оперативного лечения

- (обзор литературы) // Экспериментальная и клиническая урология. — 2017. — № 1. — С. 104–115. [Vasin RV, Filimonov VB, Vasina IV. Genital prolapse: contemporary aspects of surgical treatment (literature review). *Experimental & clinical urology*. 2017;(1):104-115. (In Russ.)]
3. Davila GW. Optimizing safety and appropriateness of graft use in pelvic reconstructive surgery: introduction to the 2nd IUGA Grafts Roundtable. *Int Urogynecol J*. 2012;23Suppl 1:S3-6. doi: 10.1007/s00192-012-1676-4.
 4. Doaee M, Moradi-Lakeh M, Nourmohammadi A, et al. Management of pelvic organ prolapse and quality of life: a systematic review and meta-analysis. *Int Urogynecol J*. 2014;25(2):153-163. doi: 10.1007/s00192-013-2141-8.
 5. Maher C, Feiner B, Baessler K, et al. Transvaginal mesh or grafts compared with native tissue repair for vaginal prolapse. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016;2:CD012079. doi: 10.1002/14651858.CD012079.
 6. Мещеряков Б.Г., Зинченко В.П. Большой психологический словарь. — М.: Прайм-Еврознак, 2009. [Meshcheryakov BG, Zinchenko VP. Bol'shoy psikhologicheskij slovar'. Moscow: Praym-Evroznak; 2009. (In Russ.)]
 7. Bump RC, Mattiasson A, Bø K, et al. The standardization of terminology of female pelvic organ prolapse and pelvic floor dysfunction. *Am J Obstet Gynecol*. 1996;175(1):10-17. doi: 10.1016/s0002-9378(96)70243-0.
 8. Гусев А.Н., Уточкин И.С. Психологические измерения: теория, методы: общепсихологический практикум. — М.: Аспект Пресс, 2011. [Gusev AN, Utochkin IS. Psikhologicheskie izmereniya: teoriya, metody: obshchepsikhologicheskij praktikum. Moscow: Aspekt Press; 2011. (In Russ.)]
 9. Клайн П. Справочное руководство по конструированию тестов: введение в психометрическое проектирование. — Киев: ПАН Лтд, 1994. [Cline P. Spravochnoe rukovodstvo po konstruirovaniyu testov: vvedenie v psikhometricheskoe proektirovanie. Kiev: PAN Ltd; 1994. (In Russ.)]
 10. Barber MD. Questionnaires for women with pelvic floor disorders. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 2007;18(4):461-465. doi: 10.1007/s00192-006-0252-1.
 11. Yalcin I, Bump RC. Validation of two global impression questionnaires for incontinence. *Am J Obstet Gynecol*. 2003;189(1):98-101. doi: 10.1067/mob.2003.379.
 12. Srikrishna S, Robinson D, Cardozo L. Validation of the Patient Global Impression of Improvement (PGI-I) for urogenital prolapse. *Int Urogynecol J*. 2010;21(5):523-528. doi: 10.1007/s00192-009-1069-5.
 13. Greisen S, Glavind-Kristensen M, Bek KM, Axelsen SM. Subjective and objective results of anterior vaginal wall repair in an outpatient clinic: a 5-year follow-up. *Int Urogynecol J*. 2012;23(7):883-886. doi: 10.1007/s00192-012-1663-9.
 14. Haylen BT, de Ridder D, Freeman RM, et al. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. *Int Urogynecol J*. 2010;21(1):5-26. doi: 10.1007/s00192-009-0976-9.
 15. Rubod C, Lecomte-Grosbras P, Brieu M, et al. 3D simulation of pelvic system numerical simulation for a better understanding of the contribution of the uterine ligaments. *Int Urogynecol J*. 2013. doi: 10.1007/s00192-013-2135-6.
 16. Свенцицкий А. Л. Краткий психологический словарь. — М.: Проспект, 2018. [Sventsitskiy AL. Kratkij psikhologicheskij slovar'. Moscow: Prospekt; 2018. (In Russ.)]
 17. Brubaker L, Shull B. EGGs for patient-centered outcomes. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 2005;16(3):171-173. doi: 10.1007/s00192-005-1300-y.

ПРИЛОЖЕНИЕ

Анкета удовлетворенности лечением больной с пролапсом тазовых органов

Ф. И. О. _____
 Возраст _____
 Дата заполнения _____ / _____ / _____

1. ОЦЕНИТЕ, пожалуйста, по пятибалльной системе, насколько Вы УДОВЛЕТВОРены результатом операции, отметив один из следующих пунктов:

- 5 — полностью удовлетворена
- 4 — не вполне удовлетворена
- 3 — почти не испытываю удовлетворения
- 2 — в основном не удовлетворена
- 1 — совершенно неудовлетворена

1а. Если Вы НЕ ПОЛНОСТЬЮ УДОВЛЕТВОРены (выбрали варианты 4, 3, 2, 1), то ПОЧЕМУ? Обведите соответствующий пункт.

1. Сохранение тех же проблем, что и до операции
2. Появление новых проблем
3. Боли

4. Психологические проблемы (чувство неполноценности, боязнь, что проблемы вернуться, и т. п.)
 5. Сохранение, усугубление или появление новых проблем в интимной жизни
 6. Свой вариант _____
- 2. По Вашему мнению, насколько УСПЕШНЫМ было лечение Ваших проблем?**
1. Полностью успешным
 2. В основном успешным
 3. Удовлетворительным
 4. Не имело успеха
- 3. Сравните, как Вы чувствовали себя до операции и как ЧУВСТВУЕТЕ СЕБЯ сейчас. Можете ли Вы сказать, что СЕЙЧАС:**
1. Гораздо лучше
 2. Немного лучше
 3. Почти то же самое
 4. Стало даже немного хуже
 5. Стало гораздо хуже

■ **Информация об авторах** (*Information about the authors*)

Михаил Юрьевич Коршунов — д-р мед. наук, доцент кафедры акушерства, гинекологии и репродуктологии. ФГБОУ ВО «ПСПбГМУ им. И.П. Павлова» Минздрава РФ, Санкт-Петербург. **E-mail:** mkorshunov@mail.ru.

Ирина Владимировна Сергеева — заслуженный врач Российской Федерации, заведующая отделением гинекологии. ГБУЗ «Ленинградская областная клиническая больница», Санкт-Петербург. **E-mail:** irina-sergeeva@hotmail.com.

Mikhail Yu. Korshunov — MD, PhD, DSci (Medicine), Assistant Professor. The Department of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Sciences, Academician I.P. Pavlov First Saint Petersburg State Medical University, Saint Petersburg, Russia. **E-mail:** mkorshunov@mail.ru.

Irina V. Sergeeva — MD, Honored Doctor of the Russian Federation, the Head of the Department of Gynecology. Leningrad Regional Clinical Hospital, Saint Petersburg, Russia. **E-mail:** irina-sergeeva@hotmail.com.