

© М. М. Высоцкий, Е. О. Сазонова,
Л. Р. Гараева, Ю. Ю. Домокеева

Гистерэктомия с позиции пациентки

Кафедра эндоскопической хирургии
ФПДО МГМСУ

УДК: 618.14-089.87

■ Авторами проанализирована информированность пациенток о предстоящей операции в объеме гистерэктомии в аспекте полученных сведений о характере заболевания, особенностях хирургического доступа, возможных осложнениях и отдаленных результатах лечения. В целом информированность пациенток перед операцией оказалась низкой и зависела от социально-экономического статуса женщины и уровня образования.

■ **Ключевые слова:** гистерэктомия; информированность пациенток

До настоящего времени абдоминальная гистерэктомия, оставаясь наиболее часто выполняемой операцией в гинекологической практике, имеет ряд проблемных вопросов. Так, с момента внедрения лапароскопической гистерэктомии в 1989 году (Reich Н. 1989) обсуждаются критерии выбора хирургического доступа [3, 4]. Вне зависимости от хирургического доступа по-прежнему актуален вопрос о выборе объема операции: целесообразности сохранения или удаления шейки матки и яичников. Кроме того, в современных условиях обязательной составляющей клинической оценки результатов хирургического лечения является определение качества жизни. В научной литературе имеется множество публикаций, направленных на изучение долгосрочного влияния гистерэктомии на организм женщины. Результаты этих исследований порой дают противоречивую трактовку влияния гистерэктомии на гормональный статус, психоэмоциональное состояние, сексуальную сферу жизни, состояние различных органов и систем, в том числе молочных желез у пациенток, подвергшихся гистерэктомии [1, 2].

За последние годы в качестве альтернативы гистерэктомии разработаны новые медицинские технологии, такие как эмболизация маточных артерий, фокусированный ультразвук и некоторые другие. Вместе с тем, расширены технические возможности проведения органосохраняющих операций. Бесспорно, что каждый метод лечения патологии матки имеет свои показания и ограничения для применения. Тем не менее очевидна необходимость привлечения самой пациентки в процесс принятия решения о выборе метода лечения заболевания, хирургического доступа для гистерэктомии на основании получения полной и достоверной информации о преимуществах и недостатках того или иного метода, риске осложнений и возможном долгосрочном влиянии на организм.

Цель исследования — оценка информированности пациенток о предстоящей операции в объеме гистерэктомии в аспекте анализа полученных сведений о характере заболевания, особенностях хирургического доступа, возможных осложнениях и отдаленных результатах лечения.

Материал и методы

Ретроспективно изучены истории болезни 350 пациенток, подвергшихся гистерэктомии. Показаниями к операции служили миома матки и/или аденомиоз, сопровождающиеся различными нарушениями менструального цикла, а также доброкачественные опухоли яичников в сочетании с миомой матки, внутренним эндометриозом матки, патологией шейки матки. Размер удаленных макропрепаратов (матки) варьировал от 8 до 20 недель. Размер матки не являлся определяющим при выборе доступа в пользу лапароскопии или лапаротомии, т. к. в исследование были включены пациентки, выбравшие доступ самостоятельно. Возраст больных колебался от

44 до 82 лет, в среднем $48 \pm 2,4$ года. В позднем репродуктивном возрасте находились 39 (11,1%) пациенток, в пременопаузе — 237 (67,8%), в постменопаузе 74 (21,1%) женщин. Изучены письменные информированные согласия пациенток. Перед операцией со всеми пациентками проведена разъяснительная беседа о возможных отдаленных последствиях гистерэктомии. При контрольном послеоперационном обследовании слепым методом опрошены те же пациентки с использованием специальных анкет с вопросами, содержащимися в письменном информированном согласии. Вопросы были сформулированы также как и в бланке письменного информированного согласия на операцию, но даны простым перечислением. Так же в анкету были включены вопросы, подразумевающие оценку знания пациентками характера и особенностей оперативного вмешательства: какую операцию вы перенесли, кто был оперирующим хирургом/анестезиологом, о каких возможных осложнениях Вас информировали и прочие. У пациенток, оперированных в позднем репродуктивном возрасте и пременопаузе, особое внимание уделялось вопросам информированности о долгосрочном влиянии гистерэктомии на сексуальную функцию, а также на состояние молочных желез.

После этого пациентки были разделены на 3 группы на основе информации об образовании. В результате были сформированы 3 группы. Со средним образованием было 138 пациенток (1-я группа), с высшим образованием и работающие по специальности или в высокотехнологичных сферах деятельности — 93 пациентки (2-я группа), с высшим образованием, но работающие или работающие не по специальности в низкотехнологичных областях (домохозяйки, уход за детьми и т.п.) — 119 пациенток (3-я группа). В 1-й группе лапароскопическим доступом гистерэктомия была выполнена у 85 (61,6%) пациенток, во 2-й — 54 (58,1%) пациенток, в 3-й — 73 (61,3%). Соответственно операцию лапаротомическим доступом перенесли 53 (38,4%) 1-й группе, во 2-й — 39 (38,3%) пациенток, в 3-й — 46 (38,7%). Анализ результатов анкетирования проводили, сравнивая ответы разных образовательных групп.

Результаты

Характер патологического процесса был довольно точно описан пациентками всех образовательных групп. Информированность пациенток, о заболевании составила: 125 (90,6%) пациенток в 1-й группе, 89 (95,7%) — во второй и 112 (94,1%) — в третьей. Резкое снижение информированности отмечено уже на вопросе об объеме и доступе операции. Только 76 (54,3%) пациен-

ток 1-й группы представляли, что такое лапароскопия и лапаротомия, во второй — 69 (74,2%), в третьей — 76 (63,8%) больных. Самые низкие показатели информированности получены в разделе «возможные осложнения». Во всех группах характер возможных осложнений представляли соответственно 15 (10,9%), 33 (35,5%) и 26 (21,8%) пациенток. Информацией об оперирующем хирурге располагали или интересовались этим вопросом 59 (42,8%) пациенток в 1-й группе, 61 (65,6%) и 66 (55,4%) больных во 2-й и 3-й группах. Владели информацией об особенностях обезболивания 64 (46,4%), 63 (67,7%) и 66 (55,4%) пациенток соответственно. Подробную информацию о послеоперационном периоде и особенностях реабилитации имели 42 (30,4%) пациентки 1 группы, 43 (46,2%) — 2-й группы, и 46 (38,7%) — 3-ей группы. В то время как о долгосрочном влиянии гистерэктомии на организм имела представление 81 (23,1%) пациентка из всех опрошенных: 26 (18,8%), 31 (33,3%) и 24 (20,2%) соответственно.

Анализ информированности пациенток в зависимости от доступа операции позволил подтвердить указанные закономерности. Пациентки, перенесшие операцию лапаротомическим доступом, были в целом хуже ориентированы во всех вопросах относительно проведенного хирургического лечения, однако существенной разницы результатов получено не было, что говорит о безразличии пациенток к выбранным методам традиционной или малоинвазивной хирургии.

Обсуждение

Анализ полученных данных довольно точно описывает заинтересованность пациенток в конкретных разделах оказания медицинской помощи. Больные в первой группе были неплохо информированы о характере патологического процесса, интересовались обезболиванием («буду ли я спать, будет ли больно, как проснусь»), но совершенно не были заинтересованы в личности оперирующего хирурга, возможных отклонениях от стандартного течения оперативного вмешательства, осложнениях. Во второй и третьей группе все анализируемые показатели закономерно выше. Характерно, что особенностям патологического процесса пациентки уделяют значительно больше внимания, чем самому процессу лечения. В исследовании Kluijvers с соавторами (2009) отмечено, что наиболее значим для выбора доступа гистерэктомии был риск осложнений или конверсии, причем как для обычных пациенток, так и для медицинских сестер. Авторы указывают на значительную долю лапароскопического доступа в предпочтениях пациенток (80%). Большинство

пациенток в этом исследовании принимали риск осложнений и/или конверсии только в 1% наблюдений [5]. В нашем исследовании показатели информированности пациенток об осложнениях колебались от 11 до 35,5% независимо от доступа операции. Следовательно, можно отметить крайне низкую мотивацию пациенток в гинекологическом стационаре особенно касательно доступа, осложнений, личности оперирующего хирурга и особенностей реабилитации.

При анализе информированности больных позднего репродуктивного и перименопаузального возрастов о возможных отдаленных последствиях перенесенной операции во всех группах отмечено возможное влияние перенесенной операции на сексуальную функцию. В то время как полученным сведениям о возможном влиянии гистерэктомии на состояние молочных желез не уделено должного внимания 191 (69,2%) из 276 пациенток, следовательно, эта категория больных игнорировала рекомендации наблюдения у маммолога.

В целом информированность пациенток по всем вопросам была несомненно выше среди женщин с высшим образованием и работающих по специальности или в высокотехнологичных сферах деятельности. Поэтому разъяснительные беседы с пациентками, которым планируется проведение оперативного вмешательства, необходимо проводить с учетом образовательного уровня.

Литература

1. *Доброхотова Ю. Э.* Гистерэктомия в репродуктивном возрасте (системные изменения в организме женщины и методы их коррекции): автореф. дис... д-ра мед. наук. — М., 2000. — 35 с.

■ Адреса авторов для переписки

Высоцкий Максим Маркович — д. м. н., профессор Московский государственный медико-стоматологический университет. Кафедра эндоскопической хирургии ФПДО. 127473, Москва, ул. Делегатская, 20/1.

Сазонова Елена Олеговна — д. м. н., профессор Московский государственный медико-стоматологический университет. Кафедра эндоскопической хирургии ФПДО. 127473, Москва, ул. Делегатская, 20/1. **E-mail:** sazonova.msk@mail.ru.

Гараева Лилия Рашитовна — аспирант кафедры эндоскопической хирургии Московский государственный медико-стоматологический университет. Кафедра эндоскопической хирургии ФПДО. 127473, Москва, ул. Делегатская, 20/1.

Домокеева Юлия Юрьевна — аспирант кафедры эндоскопической хирургии Московский государственный медико-стоматологический университет. Кафедра эндоскопической хирургии ФПДО. 127473, Москва, ул. Делегатская, 20/1.

2. *Карданова М. Х.* Влияние гистерэктомии и заместительной гормональной терапии на состояние молочных желез у женщин репродуктивного возраста: автореф. дис... канд. мед. наук. — М., 2007. — 23 с.
3. *Donnez J.* What is the preferred route for hysterectomy? — Most uteri can be removed by laparoscopy! // The 9-th world congress on controversies in obstetrics, gynecology and infertility. — Barcelona, 2007. — P. A35–39.
4. *Lucot J. P.* What the preferred route for hysterectomy? Most uteri can be taken out vaginally! // The 9-th world congress on controversies in obstetrics, gynecology and infertility. — Barcelona, 2007. — P. A28–29.
5. Women's preference for abdominal or laparoscopic hysterectomy / Kluivers K. B. [et al.] // Gynecological surgery. — 2009. — Vol. 6, № 3. — P. 223–228.

Статья представлена В. Ф. Беженарем,
ФГБУ «НИИАГ им. Д. О. Отта» СЗО РАМН,
Санкт-Петербург

HYSTERECTOMY WITH THE PATIENT'S POSITION

Visotsky M. M., Sazonova E. O., Garaeva L. R.,
Domokeeva U. U.

■ **Summary:** The authors analyzed patient awareness about the forthcoming operation in the amount of hysterectomy in aspect of the information obtained about the nature of disease, especially surgical approach, potential complications and long-term results of treatment. In general, awareness of the patients before surgery was low and depended on socio-economic status of women and education.

■ **Key words:** hysterectomy; information obtained.

Visotsky Maxim M. — Professor. Moscow State University of Medicine and Dentistry. Department of Endoscopic Surgery. 127473, Moscow, street Delegate 20/1.

Sazonova Elena O. — Professor, Moscow State University of Medicine and Dentistry. Department of Endoscopic Surgery. 127473, Moscow, street Delegate 20/1.

E-mail: sazonova.msk@mail.ru.

Garaeva Liliya R. — post-graduate student post-graduate student post-graduate students. Moscow State University of Medicine and Dentistry, Department of Endoscopic Surgery. 127473, Moscow, street Delegate 20/1.

Domokeeva Uliya U. — post-graduate student post-graduate student post-graduate students. Moscow State University of Medicine and Dentistry Department of Endoscopic Surgery. 127473, Moscow, ул. Делегатская, 20/1.