



Э. К. Айламазян,
И. Ю. Васильева

Научно-исследовательский институт
акушерства и гинекологии
им. Д.О. Отта РАМН, Санкт-Петербург;
Кафедра психиатрии и наркологии
Санкт-Петербургского
Государственного Медицинского
Университета им. акад. И.П. Павлова

ВЛИЯНИЕ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

■ С целью исследования влияния оперативного вмешательства на качество жизни гинекологических больных были обследованы 72 женщины, у которых в клинической картине заболевания ведущим синдромом была хроническая тазовая боль (ХТБ) и 32 женщины с миомой матки, которые не предъявляли жалоб на боль в тазовой области. Качество жизни оценивалось до хирургического вмешательства и через 10–12 месяцев после. Выявлено, что из-за большей выраженности психических расстройств невротического уровня у женщин с ХТБ исходный уровень их качества жизни значительно ниже, чем у больных миомой матки. Показано, что оперативное лечение, оцениваемое через 10–12 месяцев после операции, приводит к улучшению качества жизни у женщин с миомой матки и не приводит к его изменению у большинства больных с ХТБ.

■ **Ключевые слова:** хроническая тазовая боль, миома матки, качество жизни.

Актуальность проблемы

Миома матки и хроническая тазовая боль являются одними из наиболее часто встречающихся форм патологии в гинекологической практике. Ряд авторов [Ильин В.И., Гаврилова Н.В., 1985; Брехман Г.И., 1990] склоняются к мнению о том, что миома развивается у пациенток с определенными характерологическими особенностями в условиях хронической психотравмирующей ситуации, но иногда начало заболевания совпадает с острой сверхактуальной психотравмой. Клиническая картина заболевания отличается скудной симптоматикой и часто отсутствием болевых проявлений.

Ряд исследователей считает, что при хронических болях, в том числе и тазовых, их возникновение, продолжительность, интенсивность зависят от личностных особенностей, эмоциональных потрясений, неблагоприятных жизненных ситуаций, стрессов, социально-психологических факторов внешней среды [Handbook of psychosomatic..., 1983; Sternbach R.A., 1986; Turner J.A. et al., 1987; Weickgenant A.L. et al., 1993; Савицкий Г.А. и др., 1995].

Качество жизни является интегральным показателем физического, психологического, эмоционального и социального функционирования больного, основанным на его субъективной оценке. Разработанные методы исследования качества жизни позволяют глубоко и многопланово проанализировать различные стороны функционирования больного человека [Новик А.А. и др., 1999].

Linzer M. et al. [1996] в рамках «PRIME-MD 1000 study» обследовали пациентов, обращавшихся за первичной медицинской помощью. Было установлено, что у женщин наблюдались более низкие показатели качества жизни, у них также достоверно чаще отмечались нарушения настроения, тревога, соматоформные и сопутствующие психические заболевания.

В этой связи представляет интерес сравнительный анализ качества жизни пациенток, у которых гинекологические заболевания сопровождаются болевым синдромом и при его отсутствии, а также исследование влияния на этот показатель оперативного лечения.

Материалы и методы

В целях изучения качества жизни нами обследованы 72 женщины, у которых одним из ведущих синдромов была хрони-

ческая тазовая боль (ХТБ) и 32 женщины — носительницы миомы матки, не предъявляющие жалобы на боли в тазовой области. Диагнозы были верифицированы на основании данных клинического осмотра, ультразвуковой диагностики, магнитно-резонансной томографии, гистологического исследования. Больные с ХТБ составили основную группу, а больные миомой матки — группу сравнения.

При анализе данных было выявлено, что обе группы больных не имеют статистически значимых различий по ряду социально-гигиенических показателей (семейному положению, количеству детей, жилищным условиям, наличию работы, занятостью тяжелым физическим трудом). По возрастному показателю основная группа была достоверно моложе, чем группа сравнения. Средний возраст пациенток основной группы составил $36,4 \pm 5,9$ года, а в группе сравнения — $41,1 \pm 6,8$ лет ($t=0,52$; $p>0,001$). Достоверные различия получены также при сравнении образовательного уровня. В основной группе высшее образование получили $38,8 \pm 5,8\%$, а в группе сравнения — $65,6 \pm 8,4\%$ ($t=2,6$; $p<0,01$).

Синдром ХТБ наблюдался в клинической картине следующих гинекологических заболеваний: наружный генитальный эндометриоз 1-й стадии диагностировался в 22 случаях ($30,6 \pm 5,4\%$), 2-й стадии — в 9 ($12,5 \pm 3,9\%$), 3-й стадии — в 1 ($1,4 \pm 1,4\%$), миома матки — в 27 ($37,5 \pm 5,7\%$), аденомиоз — в 28 ($38,9 \pm 5,7\%$), синдром Аллена-Мастерса — в 17 ($23,6 \pm 5,0\%$), хронический сальпингоофорит — в 13 ($18,1 \pm 4,5\%$). Первичным бесплодием страдали 11 женщин ($15,3 \pm 4,2\%$), у 7 ($9,7 \pm 3,5\%$) бесплодие было вторичным. У двух пациенток ($2,8 \pm 1,9\%$) гинекологических заболеваний выявлено не было (одна обратилась с целью стерилизации, другой был поставлен диагноз вегетоганглиопатия и назначена консервативная терапия). Количество гинекологических заболеваний у одной пациентки в среднем составляло 1,6. При тщательном

обследовании нервной, мочевыводящей и эндокринной систем, а также опорно-двигательного аппарата экстрагенитальные причины боли были исключены.

Все пациентки предъявляли жалобы на постоянную боль внизу живота. Средняя длительность хронической тазовой боли составляла 5 лет (от 6 месяцев до 29 лет). У 21 ($29,2 \pm 5,4\%$) из них отмечалось приступообразное усиление боли на фоне постоянной. Болевые приступы провоцировались началом менструации, физическими нагрузками, психоэмоциональными стрессами, половыми сношениями. Диспареунией страдали 19 женщин ($26,4 \pm 5,2\%$). Среди других жалоб были отмечены гиперполименорея ($44,4 \pm 5,9\%$), обильные слизистые выделения ($23,6 \pm 5,0\%$). На наличие предменструального синдрома предъявляли жалобы 29 женщин ($40,3 \pm 5,8\%$). 68 пациенток ($94,4 \pm 2,7\%$) отмечали у себя снижение активности, слабость, пониженное настроение, раздражительность.

Средняя длительность заболевания миомой матки составила $3,6 \pm 2,9$ года. Одиночные миоматозные узлы наблюдались в $78,1 \pm 7,3\%$ (25 человек), в остальных случаях 7 ($21,9 \pm 7,3\%$) имела место множественная миома матки. Гормональную терапию перед оперативным лечением никто из больных не получал. Бесплодием страдали 7 ($21,9 \pm 7,3\%$) больных, 5 женщин ($15,6 \pm 6,4\%$) — первичным. Миома проявлялась гиперполименореей у 15 ($46,9 \pm 8,8\%$) больных. У 8 больных данной группы, на фоне хронической анемизации со снижением уровня гемоглобина до $82,9 \pm 16,5$ г/л, наблюдались жалобы на слабость и сердцебиения. В большинстве клинических наблюдений ($53,1 \pm 8,8\%$) миома матки протекала бессимптомно и была выявлена в процессе профилактического обращения женщин к гинекологу.

Всем больным основной группы и группы сравнения были проведены оперативные вмешательства, характер которых представлен на диаграммах 1 и 2.

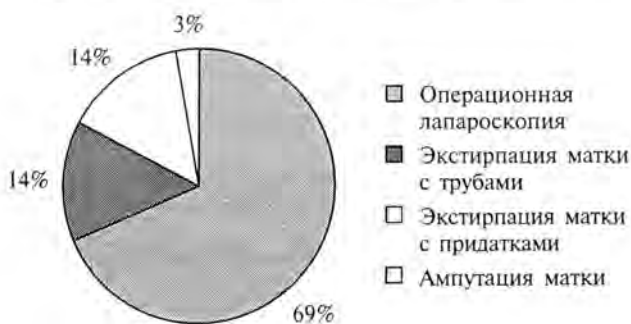


Диаграмма 1. Оперативные вмешательства, проведенные основной группе больных

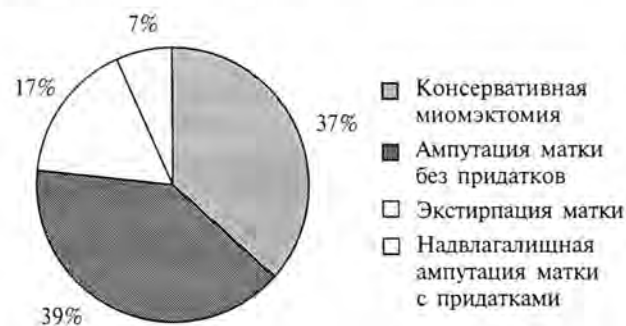


Диаграмма 2. Оперативные вмешательства, проведенные группе сравнения

После проведенного хирургического лечения 48 (66,7±5,6%) больных с ХТБ в течение месяца получали консервативную терапию (метацин по 1 таблетке 3 раза в день, но-шпа по 1 таблетке 3 раза в день, свечи с красавкой по 1 свече на ночь, детралекс по 2 капсулы 2 раза в день). 32 больных эндометриозом (44±5,9%) дополнительно получали терапию дюфастоном (10 мг 3 раза в день с 5 по 25-й день цикла) или золадексом по схеме.

Перед оперативным вмешательством больным обеих групп проводилось клиничко-психопатологическое обследование, которое дополнялось экспериментально-психологическими методиками. С этой целью для оценки тяжести депрессии использовалась шкала Гамильтона; для определения уровня тревоги — тест Спилберга-Ханина; для оценки личностных особенностей и тяжести невротической симптоматики — опросник Миделсекской больницы (МНҚ). Субъективную выраженность болевых ощущений оценивали по 10-балльной визуальной аналоговой шкале (ВАШ), принимая значение в 0 баллов как отсутствие боли, в 10 баллов как непереносимую боль. Исследование качества жизни проводили при помощи опросника MOS 36 — Item Short-Form Health Survey — MOS SF-36. Оценка результатов производилась по 8 шкалам: физическое функционирование (Physical Functioning (PF)), влияние физического состояния на ролевое функционирование (Role-Physical (RP)), интенсивность боли (Bodily Pain (BP)), общее состояние здоровья (General Health (GH)), жизнеспособность (Vitality (VT)), социальное функционирование (Social Functioning (SF)), влияние эмоционального состояния на ролевое функционирование (Role-Emotional (RE)), самооценка психического здоровья (Mental Health (MH)).

Через 10–12 месяцев после проведенного хирургического лечения повторно были обследованы 22 женщины основной группы и 24 женщины, оперированных по поводу миомы матки.

Обработка материалов и расчеты производились при помощи PC-Pentium II Celeron. Программное обеспечение: система управления базой данных Microsoft Excel, версия 7.0; программа статистической обработки данных «Биостат».

Статистическая обработка полученных данных проводилась с вычислением средних арифметических величин (M), границ доверительного интервала (mt), при риске ошибки $p < 0,05$. Существенность различий сравниваемых величин определялась из расчета достоверности разности (t), и вывод о существенности различий делался по критерию $t \geq t$ -Стьюдента. t -Стьюдента выбиралось для $p \leq 0,05$. Статистическая обработ-

ка данных при объемах выборок $N < 20$ проводилась с вычислением M. При этом существенность различий сравниваемых величин определялась для несвязанных групп по критерию Вилкоксона-Мана-Уитни (U), а для связанных групп по парному критерию Вилкоксона (T) для вероятности ошибки $p \leq 0,05$. При сравнении долей пользовались критерием z с поправкой Йейтса на непрерывность.

Результаты

25 пациенток (78,1±7,3%) с миомой матки были психически здоровы и лишь у 7 из них (21,9±7,3%) отмечались психические нарушения в виде неврастения (9,4±3,4%), органического эмоционально-лабильного расстройства (6,3±2,9%), легкого депрессивного эпизода (3,1±2,0%), обсессивно-компульсивного расстройства (3,1±2,0%).

В группе больных с ХТБ психические расстройства пограничного уровня разной степени выраженности отмечались у 58 женщин (80,6±4,7%). Соматизированное расстройство было отмечено у 22 пациенток (30,6±5,4%), депрессивный эпизод средней степени тяжести — у 22 пациенток (30,6±5,4%), ипохондрическое расстройство — у 4 пациенток (5,6±2,7%), в единичных случаях отмечались длительное пост-стрессовое расстройство, генерализованное тре-

Таблица 1

Выраженность невротической симптоматики по данным МНҚ

Шкалы опросника МНҚ	Основная группа (N=72)	Группа сравнения (N=32)
Свободно плавающая тревога	9,8 ± 3,8	7,6 ± 2,2 ($p < 0,01$)
Фобии	8,2 ± 2,6	6,3 ± 1,7 ($p < 0,01$)
Навязчивости	10,4 ± 2,4	8,4 ± 3,1 ($p < 0,01$)
Соматизация тревоги	7,9 ± 2,7	5,5 ± 2,7 ($p < 0,01$)
Депрессия	7,8 ± 2,5	6,5 ± 2,4 ($p < 0,05$)
Истерия	7,5 ± 2,8	7,2 ± 2,4

Таблица 2

Уровень тревоги по данным опросника Спилберга-Ханина

	Основная группа (N=72)	Группа сравнения (N=32)
Ситуационная тревога	50,6 ± 10,8	47,1 ± 10,1
Личностная тревога	54,5 ± 10,1	47,2 ± 8,7 ($p < 0,05$)

возное расстройство, паническое расстройство, обсессивно-фобическое расстройство, легкий депрессивный эпизод, неврастения.

Значительные различия между группами установлены при анализе данных, полученных после проведения экспериментально-психологического обследования (табл. 1 и 2). У больных основной группы оказались более выраженными депрессивные, тревожные переживания, а также фобии и навязчивые явления.

Качество жизни больных с ХТБ перед оперативным вмешательством было значительно ниже, чем у больных миомой матки (диаграмма 3). Достоверные различия получены по всем шкалам опросника, за исключением шкалы физическое функционирование и влияние эмоционального состояния на ролевое функционирование.

Через 10–12 месяцев после оперативного лечения у женщин с ХТБ по результатам ВАШ боль уменьшилась с $5,8 \pm 2,0$ баллов до $4,1 \pm 2,9$ баллов ($t=3,1$; $p<0,05$). Несмотря на это в основной группе больных сохранялись депрессивные и тревожные переживания. Динамика невротической симптоматики отражена в табл. 3.

Качество жизни больных с ХТБ после операции также оставалось значительно ниже, чем в группе сравнения (диаграмма 4). Достоверные различия получены по всем шкалам, за исключением влияния эмоционального состояния на ролевое функционирование.

Причем необходимо отметить, что если в группе сравнения качество жизни после оперативного лечения стало достоверно выше по всем шкалам за исключением шкалы, характеризующей общее состояние здоровья (V), то в основной группе осталось на дооперационном уровне (диаграммы 5 и 6), лишь по шкале социальное функционирование имеется достоверное повышение ($t=2,3$; $p<0,05$).

Обсуждение

В группе больных с ХТБ гораздо более выражены психические нарушения невротичес-

кого уровня, чем у больных миомой матки. Известно, что хроническая боль всегда сопровождается тревожными и депрессивными расстройствами. В большинстве случаев невозможно определить, что возникло первично: аффективные нарушения или хроническая боль.

Через 10–12 месяцев после оперативного лечения невротические расстройства в основной

Таблица 3

Динамика аффективных расстройств у больных с ХТБ

	До оперативного лечения (N=72)	После оперативного лечения (N=22)
Уровень депрессии по шкале Гамильтона	17,6 + 6,5	14,8 + 7,9
Ситуационная тревога	50,6 + 10,8	48,3 ± 11,4
Личностная тревога	54,5 + 10,1	53,3 + 9,1
Свободно плавающая тревога	9,8 + 3,8	9,3 ± 4,2
Фобии	8,2 + 2,6	9,2 ± 2,3
Навязчивости	10,4 + 2,4	10,3 + 3,3
Соматизация тревоги	7,9 + 2,7	8,7 ± 4,1
Депрессия	7,8 + 2,5	9,3 + 2,8 ($p < 0,05$)
Истерия	7,5 + 2,8	6,3 ± 2,2

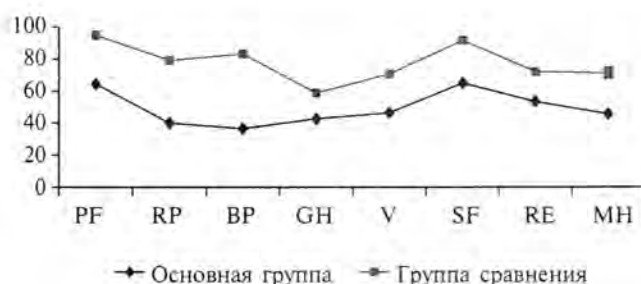


Диаграмма 4. Качество жизни через 10–12 месяцев после оперативного лечения

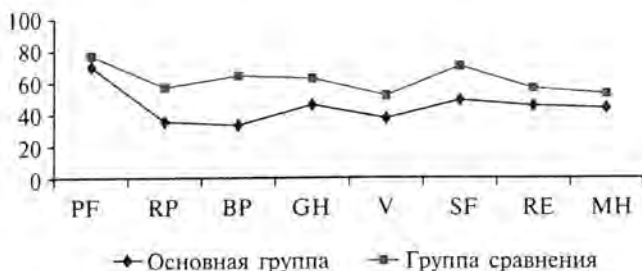


Диаграмма 3. Качество жизни больных перед оперативным вмешательством



Диаграмма 5. Качество жизни больных группы сравнения

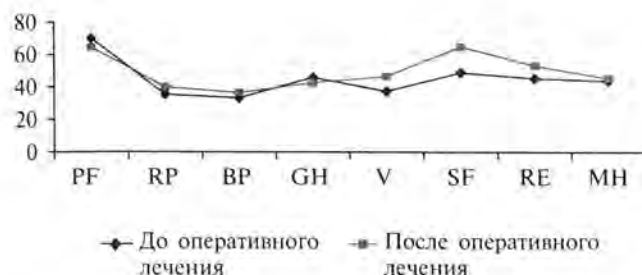


Диаграмма 6. Качество жизни больных основной группы

группе сохранялись на прежнем высоком уровне. Это связано с тем, что несмотря на проводимое лечение, у женщин сохранялись жалобы на боль в тазовой области.

Исходное качество жизни больных с ХТБ значительно ниже, чем у больных миомой матки. Это снижение происходит, очевидно, не только из-за наличия непосредственно боли, но и из-за выраженных аффективных расстройств, ее сопровождающих. Также на качестве жизни отражается более низкий социальный статус больных с ХТБ. Недостовверные различия получены лишь по шкале, отражающей PF и RE. Первое, очевидно, связано с наличием в обеих группах выраженных соматических симптомов (боль, астенические проявления, дисменорея в основной группе и последствия анемизации в группе сравнения). Отсутствие достоверной разницы влияния эмоционального фактора на повседневную деятельность связано с тем, что больные миомой матки перед оперативным лечением также испытывают ситуационные депрессивные и тревожные переживания.

Хирургическое лечение миомы матки приводит к значительному улучшению качества жизни, которое оценивалось через 10–12 месяцев после проведенной операции. У больных с ХТБ после хирургического лечения улучшается лишь показатель социального функционирования (SF), который остается достоверно ниже, чем у женщин группы сравнения. Достоверное уменьшение боли по результатам ВАШ не приводит к восстановлению качества жизни. Оно остается значительно ниже, чем у женщин, оперированных по поводу миомы матки.

Выводы

Высокий удельный вес психических расстройств у пациенток с ХТБ обуславливает актуальность консультирования их психиатром, особенно при несоответствии предъявляемых жалоб и выявляемой гинекологической патологии.

После оперативного лечения по поводу заболеваний, сопровождающихся ХТБ, женщины

нуждаются в длительном наблюдении, так как в ряде случаев болевые расстройства остаются на прежнем уровне.

Оперативное лечение приводит к улучшению качества жизни, оцениваемого через 10–12 месяцев после операции, у женщин с миомой матки и не приводит к изменению у большинства больных с ХТБ, в основном из-за неблагоприятного психического статуса. В связи с этим для улучшения качества жизни лечение больных с ХТБ необходимо дополнять психофармакологическими средствами и психотерапией.

Литература

1. *Брехман Г.И.* Синдром психоэмоционального напряжения и миома матки // Акушерство и гинекология. — 1990. — Т. 2. — С. 13–17.
2. *Ильин В.И., Гаврилова Н.В.* О роли и месте психического фактора в патогенезе миомы матки // Актуальные проблемы акушерства и гинекологии. Сб. науч. тр. — М., 1985. — С. 127–131.
3. *Новик А.А., Ионова Т.И., Кайнд П.* Концепция исследования качества жизни в медицине. — СПб.: ЭЛБИ, 1999. — 139 с.
4. *Савицкий Г.А., Иванова Р.Д., Щеглова И.Ю., Попов П.А.* Хирургическое лечение синдрома тазовых болей в гинекологической клинике. — СПб., 1995. — 136 с.
5. *Handbook of psychosomatic obstetrics and gynecology* (edited by Lorraine Dennerstein). Elsevier Biomedical Press, Amsterdam, New-York, Oxford. — 1983. — P. 373–396.
6. *Linzer M., Spitzer R., Kroenke K., Williams JB. et al.* Gender, quality of life, and mental disorders in primary care: results from the PRIME-MD 1000 study // *Am. J. Med.* — 1996. — Nov.-Vol. 101. — P. 526–533.
7. *Stembach R.A.* Survey of pain in the United States: the Nuprin Pain Report // *Clin. J. Pain.* — 1986. — Vol. 2. — P. 49–53.
8. *Turner J.A., Clancey S. et al.* Relationships of stress, appraisal and coping, to chronic low back pain // *Behav. Res. Ther.* — 1987. — Vol. 25. — P. 281–288.
9. *Weickgenant A.L., Slater M.A. et al.* Coping activities in chronic low back pain: relationship with depression // *Pain.* — 1993. — Vol. 53. — P. 115–123.

INFLUENCE OF SURGICAL INTERVENTION ON LIFE QUALITY OF GYNECOLOGICAL PATIENTS

Ailamazyan E.K., Vasileva I.Yu.

■ **The summary:** For investigation of the influence of surgical intervention on life quality of gynecological patients 72 women were inspected, whose clinical picture had as a leading syndrome the chronic pelvis pain (CPP), and 32 women with womb myoma, who did not complain against a pain in the pelvis. Life quality was evaluated before surgical intervention and in 10–12 months after it.

It was detected that due to the big expression of psyching disorders of neurotic level in women with CPP their starting level of quality life was considerably lower than in patients with womb myoma.

Inspection results manifested that operative treatment led to improving life quality evaluating in 10–12 months after surgical intervention in women with womb myoma. but did not lead to changes in majority of patients with CPP.

■ **Key words:** chronic pelvis pain, womb myoma, life quality.