

ID: 2012-12-257-A-1877

Оригинальная статья

Рогожина И.Е., Нейфельд И.В.

## Органосохраняющие операции в динамике показателей качества жизни в отдаленном периоде у женщин с миомой матки

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И.Разумовского Минздрава России, кафедра акушерства и гинекологии ФПК и ППС

### Резюме

Рентгеноэндovasкулярная окклюзия является адекватным объемом оперативного вмешательства у больных миомой матки с геморрагическим синдромом, в отдаленном периоде, после которой наблюдается повышение качества жизни женщин. Качество жизни женщин после абдоминальной гистерэктомии характеризуется достоверно большим количеством сексуальных дисфункций, угнетением психического состояния, ослаблением ролевых функций, по сравнению с качеством жизни женщин после РЭО.

**Ключевые слова:** эмболизация маточных артерий, миома, качество жизни

### Введение

Как известно, при сравнении двух способов хирургических вмешательств большое значение имеет оценка показателей качества жизни и выраженности симптомов в раннем и отдаленном послеоперационных периодах [1,3,5,7]. Качество жизни – интегральная характеристика физического, психологического, эмоционального и социального функционирования человека, основанная на его субъективном восприятии [1,2,4,5]. Термин «качество жизни» относится к «оценкам, данным пациентом», последние наряду с определением традиционных клинических показателей, позволяют получить важную дополнительную информацию не только о пациентке, но и более полно оценить результаты оперативного вмешательства.

**Цель исследования:** проведение сравнительной оценки параметров качества жизни у пациенток с миомой матки и геморрагическим синдромом в случаях органосохраняющих и радикальных операций.

### Материал и методы

Материалом исследования послужили данные обследования, лечения и динамического наблюдения за 261 пациентками, госпитализированными в МУЗ «1 Городская клиническая больница» г. Саратова с 2006 по 2009 годы включительно. Основную группу составили 98 женщин с миомой матки, которым с целью купирования геморрагического синдрома была выполнена рентгеноэндovasкулярная окклюзия маточных сосудов. Группу сравнения составили 103 женщины с миомой матки и клиникой маточного кровотечения, которым выполнена абдоминальная супрацервикальная гистерэктомия (АГ). Критерием включения в исследование являлось наличие миомы матки, требующей хирургического лечения, величиной до 15-16 недель беременности, с любым размером и количеством фиброматозных узлов за исключением субсерозных узлов на тонком основании. Контрольная группа (n=60) была представлена практически здоровыми женщинами, без выраженной генитальной и экстрагенитальной патологии.

Оценка качества жизни у пациенток проводилась при помощи вопросника «Качество жизни женщин», разработанного научным Центром Акушерства Гинекологии и Перинатологии РАМН. Вопросник включает в себя общие вопросы (10) и 35 вопросов, сгруппированных по разделам - физическая активность - 6 вопросов, психическое состояние - 8 вопросов, социальное функционирование - 4 вопроса, ролевое функционирование - 6 вопросов, сексуальное функционирование - 5 вопросов, общая самооценка состояния здоровья - 6 вопросов, общая самооценка качества жизни. Оценка проводилась по 5-ти балльной системе. При этом больные отвечали на вопросник, исходя из следующих градаций: 1. - незначительное, иногда; 2. - незначительное, всегда; 3. - средней степени; 4. - повышенное; 5 - сильное.

Статистическая обработка результатов исследования проведена с использованием следующих программных пакетов: «Excel MS Office Professional» и «Statistica 6.0». Сравнение переменных осуществлялось при помощи критерия парных сравнений Вилкоксона, сравнение групп – U-критерия Уитни-Манна. Для анализа качественных признаков применялся двусторонний вариант точного критерия Фишера (P). Корреляционные связи оценивали на основе коэффициентов ранговых корреляций Спирмена (R).

### Результаты и обсуждение

Согласно вопроснику физическую активность оценивали по следующим шкалам: 1 шкала - степень усталости, вялости, сонливости; 2 шкала - недостаток энергии, состояние жизненного тонуса; 3 шкала - снижение физической силы; 4 шкала - снижение выносливости; 5 шкала - неспособность выполнять значительные физические нагрузки; 6 шкала - проведение большей части суток на постельном режиме.

Исходные показатели всех шкал рассматриваемого параметра у женщин и основной группы (n=98) и группы сравнения (n=103) свидетельствовали о снижении физической активности, значительно не отличались в пределах 3,7 – 4,2 балла (p>0,05), что по нашему мнению обусловлено тяжестью геморрагического синдрома. Доказательством чего служит обнаружение сильной корреляционной связи (r>0,7) у пациенток обеих групп до оперативного лечения между показателями: «уровень гемоглобина – 5 шкала», «нарушения менструальной функции по типу гиперполименореи, мено- и метроррагии – шкала 1».

Так, до операции на усталость, вялость, сонливость жаловались 86,2% пациенток основной группы и 87,1% группы сравнения, балльная оценка при этом составила в среднем 4,3±0,9 (p>0,05). Статистически значимые различия отмечались по данной шкале уже через 2-3 месяца: 46,8% больных группы сравнения ощущали усталость и сонливость (при этом балльная оценка составила 3,3±0,6), у женщин основной группы данные жалобы были отмечены лишь у 29,3%, при этом степень интенсивности данных ощущений была снижена до 2,1±0,3 балла. При дальнейшем наблюдении установлено, что частота возникновения данных симптомов снижается у женщин обеих рассматриваемых групп.

Наименьшая балльная оценка (в среднем 1,2±0,4 баллов, т.е. «незначительное, иногда») по данной шкале отмечена у пациенток рассматриваемых групп уже через 6 месяцев, однако при этом отмечается статистически значимое различие по частоте встречаемости данного симптома, а именно: у 15, 4% женщин основной группы и у 28,7% группы сравнения.

Статистически значимых различий нами в частоте встречаемости и в степени интенсивности параметра «недостаток энергии, снижение жизненного тонуса» у пациенток основной группы и группы сравнения не выявлено ни в сроки до операции, ни в рассматриваемые сроки послеоперационного периода ( $p>0,05$ ).

До операции снижение физической силы и выносливости в ходе нашего исследования было отмечено у всех пациенток, что обусловлено на наш взгляд постгеморрагической анемией на фоне мено и метрорагий, среднее значение данного показателя составило  $3,9\pm 0,6$  баллов ( $p>0,05$ ). Статистически достоверной разницы в динамике данного параметра через 2-3 месяца нами не выявлено. Однако в последующие сроки отмечено достоверное различие в динамике анализируемого параметра: так у женщин основной группы снижение физической силы и выносливости через 6 месяцев было отмечено у 22% респонденток (среднее значение интенсивности показателя -  $2,4\pm 0,5$ , т.е. «незначительное, всегда»), через 12 месяцев – у 14% (среднее значение интенсивности показателя  $1,4\pm 0,7$ , т.е. «незначительное, иногда»), через 18 месяцев – у 4% (среднее значение интенсивности показателя  $1,1\pm 0,4$ ).

У пациенток группы сравнения снижение физической силы и выносливости через 6 месяцев было отмечено у 38% респонденток (среднее значение интенсивности показателя –  $3,1\pm 0,3$ , т.е. «средней степени»), через 12 месяцев – у 24% (среднее значение интенсивности показателя  $2,6\pm 0,6$ , т.е. «незначительное, всегда»), через 18 месяцев – у 15% (среднее значение интенсивности показателя  $1,8\pm 0,4$ , т.е. «незначительное, иногда»).

Неспособность выполнять значительные физические нагрузки до операции встречалась практически с одинаковой частотой ( $47,7\pm 4,3\%$ ) у больных исследуемых групп и находилась в пределах  $3,1\pm 0,4$  баллов ( $p>0,05$ ). Обращают на себя внимание различия в оценке данного показателя в последующие сроки. Через 2-3 месяца у пациенток основной группы отмечалось снижение данного параметра до  $2,6\pm 0,4$  баллов, с дальнейшей стабилизацией данного показателя на уровне  $1,7\pm 0,4$  (различий в значениях данного параметра через 6 и 12 месяцев не найдено). Обращает на себя внимание, что у пациенток группы сравнения через 2-3 месяца после операции отмечено повышение этого уровня до  $3,8\pm 0,6$  баллов, далее отмечалось снижение рассматриваемого показателя до  $2,5\pm 0,6$  через 6 месяцев и до  $1,8\pm 0,8$  через 12 месяцев наблюдения.

Один из критериев тяжести патологии – это проведение большей части суток пациенткой на постельном режиме. Статистически значимые различия в данном параметре отмечены только в раннем послеоперационном периоде (детально описаны ранее). Статистически значимых различий в частоте встречаемости и в степени интенсивности данного параметра у пациенток основной группы и группы сравнения через 3, 6, 12 месяцев нами не выявлено ( $p>0,05$ ).

Анализ особенностей психического состояния у пациенток рассматриваемых групп производили по следующим шкалам: 1 шкала - ощущение подавленности, депрессивного состояния; 2 шкала - ослабление памяти; 3 шкала - ощущение тревожности или нервозности; 4 шкала - ощущение неудовлетворенности своей личной жизнью; 5 шкала - желание приобрести новый наряд, изменить прическу, макияж и т.д.; 6 шкала - интерес к предстоящим событиям дня; 7 шкала – чувство рассеянности, невозможность концентрации внимания; 8 шкала - ощущение эмоциональной нестабильности.

Ощущение подавленности, унылого, депрессивного состояния до операции наблюдалось нами в обеих группах больных достаточно часто ( $63,1\pm 3,3\%$ ), причем, интенсивность этих нарушений оценивалась в среднем в пределах  $4,3\pm 0,6$  баллов, т.е. «повышенное» ( $p>0,05$ ). Через 2-3 месяца у пациенток основной группы отмечалось снижение данного параметра до  $2,4\pm 0,7$  баллов, с дальнейшей стабилизацией данного показателя на уровне  $1,7\pm 0,4$  (различий в значениях данного параметра через 6 и 12 месяцев не найдено).

Обращает на себя внимание, что у пациенток группы сравнения через 3 месяца после операции отмечается стабилизация данного параметра на уровне «повышенное» ( $4,2\pm 0,6$  баллов), с дальнейшим снижением данного показателя до уровня  $2,8\pm 0,4$  (различий в значениях данного параметра через 6 и 12 месяцев не найдено).

На наш взгляд описанная выше динамика параметра «ощущение подавленности, унылого, депрессивного состояния» у женщин группы сравнения и стабилизация его через 6 и 12 месяцев после операции на уровне «незначительное, всегда» связано с осознанием женщиной потери репродуктивной функции.

Согласно результатам нашего исследования выраженных различий, связанных с ослаблением памяти, до и после операции между пациентками наблюдаемых групп не выявлено.

Ощущение тревожности (нервозности) до операции беспокоили большую половину больных ( $72,6\%$ ), причем, балльная оценка была высокой и колебалась в пределах  $4,9\pm 0,2$ , т.е. приближалась к сильной степени тяжести, при этом статистически значимых различий в анализируемых нами группах не обнаружено ( $p>0,05$ ). Данный факт на наш взгляд обусловлен предоперационными волнениями пациенток с миомой матки в сочетании с геморрагическим синдромом. Психическое состояние больных до операции, как далее показано в нашей работе, характеризуется напряжением психики по ряду показателей, которое можно обозначить как предоперационный психоэмоциональный стресс. Снижение уровня тревожности у пациенток основной группы происходило постепенно, так уже через 3 месяца после операции значение достигло  $2,8\pm 0,4$  балла, далее снижение прогрессировало и через 1 год наблюдения не превышало  $1,2\pm 0,3$  балла, при этом «тревожность» наблюдалось только у 1/5 больных. У женщин группы сравнения динамика снижения уровня тревожности была менее выраженной: через 3 месяца после операции значение составило  $3,5\pm 0,6$  балла, далее снижение прогрессировало и через 1 год наблюдения достигло  $2,2\pm 0,5$  балла, при этом «тревожность» наблюдалось у 1/3 больных.

Обращает на себя внимание выявленная высокая степень корреляции ( $r=0,71$ ) между параметром «эмоциональная лабильность» и «ощущение тревожности», а, следовательно, и сходная динамика изменений интенсивности «эмоциональной лабильности» в послеоперационном периоде у женщин основной группы и группы сравнения.

Статистически значимых различий ( $p>0,05$ ) в динамике интенсивности параметров «ощущение неудовлетворенности своей личной жизнью», «чувство рассеянности, невозможность концентрации внимания» согласно результатам нашего исследования до и после операции между пациентками наблюдаемых групп не выявлено.

В результате исследования установлена высокая степень корреляции ( $r=0,71$ ) между параметрами «желание приобрести новый наряд, изменить прическу, макияж и т.д.» и «интерес к предстоящим событиям дня», а, следовательно, и сходная динамика изменений интенсивности «эмоциональной лабильности» в послеоперационном периоде у женщин основной группы и группы сравнения.

Под социальной активностью понималась оценка межличностных и социальных связей. При этом нами выявлена взаимосвязь (между всеми указанными параметрами установлена высокая степень корреляции  $r > 0,7$ ,  $p > 0,05$ ) между параметрами «изменение взаимоотношений с родственниками», «ограничение встреч с друзьями», «нетерпимость по отношению к другим людям», «желание побыть в одиночестве» в обеих группах наблюдения. Динамика изменений интенсивности рассматриваемых параметров в рассматриваемых группах была сходной, хотя степень выраженности их была различной.

Категория качества жизни, касающаяся ролевого функционирования (в семье и на работе), включала в себя анализ следующих шкал: 1 шкала - проблемы в трудовой деятельности; 2 шкала - ограничение рабочего дня; 3 шкала - быстрая утомляемость после ведения повседневного домашнего хозяйства; 4 шкала - изменение отношений между супругами (половым партнером); 5 шкала - изменения в отношениях с детьми; 6 шкала - изменения в увлечениях, любимых занятиях. Согласно результатам нашей работы динамика изменений интенсивности вышеуказанных параметров в рассматриваемых группах была также сходной, хотя степень выраженности их была различной.

Сексуальность является врожденной потребностью и функцией человеческого организма, обусловлена интегрированным взаимодействием биологических, психических и социокультурных факторов. После операции на органах половой системы особую значимость приобретает оценка качества сексуальной жизни пациенток [2,4].

Оценка сексуальной функции у пациенток рассматриваемых групп производилась нами по следующим шкалам: шкала 1 – изменения в сексуальной жизни; шкала 2 - чувство дискомфорта во время полового акта; шкала 3 - уклонение от половых отношений; шкала 4 - чувство сексуальной неудовлетворенности; шкала 5 - частота сексуальных контактов.

На изменения сексуального желания до операции указывало в среднем 27% женщин основной группы и группы сравнения, балльная оценка при этом составила  $3,3 \pm 0,4$  ( $p > 0,05$ ). Через 3 месяца после операции изменение сексуального желания отмечалось в среднем у 68% женщин рассматриваемых групп. Причем, изменения были разнонаправленные. Если у женщин в группе после РЭО желание увеличивалось и пациентки указывали на интерес к сексуальным ощущениям, то в группе сравнения (АГ) желание уменьшалось и пациентки указывали на страх боли и травмы влагалища. При наблюдении через 6 месяцев в рассматриваемых группах установлен возврат балльной оценки к исходным значениям, а через год у женщин основной группы отмечено дальнейшее повышение интенсивности в отличие от пациенток группы сравнения.

Балльная оценка чувства дискомфорта во время полового акта до лечения в группах достоверно не отличалась. До операции дискомфорт ощущали практически все респондентки (98,5% больных), при этом среди причин дискомфорта женщины отмечали меноррагии, боль. Пациентки группы сравнения (в 72,7% случаев) через 3 месяца отмечали дискомфорт, что можно объяснить болью после операции и изменением формы и объема влагалища; в дальнейшем, согласно представленной диаграмме, отмечалось снижение и частоты и интенсивности анализируемого параметра. У женщин основной группы снижение параметра «дискомфорт при половом акте» было более значимое и по частоте встречаемости и по степени выраженности.

Сходная динамика изменений выявлена нами и при анализе параметра «уклонение от половых сношений». Согласно результатам нашей работы, последствия гистерэктомии, даже при наблюдении более 1 года, способствовали уклонению от половых сношений у 18% женщин группы сравнения и лишь у 2% женщин основной группы.

До операции нами не выявлено статистически значимых в параметре «чувство сексуальной неудовлетворенности» у женщин рассматриваемых групп ( $p > 0,05$ ), данное чувство до операции испытывали в среднем 25% больных и оно трактовалось как «средней степени» ( $3,4 \pm 0,6$  балла). Через 3 месяца после операции оно усиливалось у женщин группы сравнения, т.е. где выполнена абдоминальная супрацервикальная гистерэктомия; при дальнейшем наблюдении отмечалось снижение интенсивности данного параметра, составив через 1 год  $2,4 \pm 0,6$  баллов, т.е. «незначительное, всегда».

При проведении самооценки состояния здоровья анализировались: шкала 1 – проблема со сном; шкала 2 – изменения функции мочеиспускания; шкала 3 – боли в нижней части живота; шкала 4 – боли в нижней части спины; шкала 5 – проблемы со стулом; шкала 6 – жалобы со стороны других систем.

Самооценка пациенткой качества жизни производилась по критериям: «хорошее», «удовлетворительное», «плохое». Качество жизни - интегральная характеристика физического, психологического, эмоционального и социального функционирования больного, основанная на его субъективном восприятии. [2,4,5,6,9].

Статистически значимых различий при анализе параметра «проблемы со сном» до оперативного вмешательства у пациенток рассматриваемых групп не отмечалось: в среднем они беспокоили 65,6% больных и средняя оценка составила  $2,6 \pm 0,5$ , что соответствовало «незначительному, всегда». После операции во всех группах наблюдается снижение балльной оценки, однако оно было более значимым и быстрым у женщин основной группы, в которой выявлена наименьшая балльная оценка ( $1,2 \pm 0,2$ ) через год наблюдения.

В ходе исследования нами также не выявлено статистически значимых различий при анализе параметра «изменение функции мочеиспускания» до оперативного вмешательства у пациенток рассматриваемых групп: в среднем они встречались у 13,2% больных и средняя оценка составила  $2,6 \pm 0,5$ , что соответствовало «незначительному всегда». Через 3 мес после абдоминальной супрацервикальной гистерэктомии выявлено, что в 8,7% случаев сохраняются жалобы на расстройства мочеиспускания, которое оценивалось как незначительное всегда ( $2,3 \pm 0,7$  балла), при этом тенденции к улучшению у этой части женщин за время наблюдения не отмечалось. В основной группе имело место снижение балльной оценки до уровня «незначительное, иногда» ( $1,5 \pm 0,2$  балла) уже через 3 месяца наблюдения, через год на расстройства мочеиспускания указывали лишь 2,3% пациенток.

Боли в нижней части живота являются одним из важнейших симптомов гинекологической патологии. До операции интенсивность болей оценивалась в  $4,5 \pm 1,1$  балла, причем статистически значимых различий у пациенток обеих групп нами не выявлено ( $p > 0,05$ ). Через 3 месяца после операции интенсивность болей внизу живота уменьшилась в группе сравнения до значений «незначительные всегда» ( $2,1 \pm 0,7$  балла), что можно объяснить остаточной болезненностью передней брюшной стенки после лапаротомии. Лишь через 12 месяцев наблюдения данный симптом оценивался женщинами группы сравнения как «незначительные иногда» ( $1,7 \pm 0,7$  балла). В основной группе через 3 месяца после операции и при дальнейшем наблюдении балльная оценка болевых ощущений составила  $1,2 \pm 0,2$  балла, т.е. «незначительное иногда».

Статистически значимых различий при анализе параметров «боль в нижней части спины» и «проблемы со стулом» до оперативного вмешательства у пациенток рассматриваемых групп не отмечалось: в среднем на данные жалобы указывали 57,4% и

13,2% больных, средняя оценка составила  $2,6 \pm 0,5$  и  $2,4 \pm 0,6$  баллов соответственно. После операции во всех группах наблюдается снижение балльной оценки, однако оно было более значимым и быстрым у женщин основной группы.

Обращает на себя внимание обобщающая оценка качества жизни пациентов исследуемых групп. Статистически значимых различий по данному параметру при опросе пациенток до операции не выявлено: 61% респонденток оценили качество жизни как «удовлетворительное», а 37% - как «плохое». Уже через 6 месяцев после операции наблюдалось улучшение оценки качества жизни во всех группах. Следует отметить, что через год наблюдения «хорошая» оценка была дана в 50% случаев, из которых 35% были из основной группы.

#### **Заключение**

Рентгеноэндovasкулярная окклюзия является адекватным объемом оперативного вмешательства у больных миомой матки с геморрагическим синдромом, в отдаленном периоде, после которой наблюдается повышение качества жизни женщин. Качество жизни женщин после абдоминальной гистерэктомии характеризуется достоверно большим количеством сексуальных дисфункций, угнетением психического состояния, ослаблением ролевых функций, по сравнению с качеством жизни женщин после РЭО.

#### **Литература**

1. Гланц С. Медико-биологическая статистика. / Пер. с англ. А.Б.Тополева – М.: Практика, 1999. – 459с.
2. Доброхотова Ю.Э. Гистерэктомия в репродуктивном возрасте (системные изменения в организме женщины и методы их коррекции): Автореф. дис. д-ра мед. наук. – М., 2002. - 47с.
3. Долецкая Д.В., Ботвин М.А., Побединский Н.М. Оценка качества жизни у больных с миомой матки после различных видов хирургического лечения // Акушерство и гинекология. - 2006. - № 1. – С. 10-13.
4. Кира Е.Ф., Беженарь В.Ф., Рухлянда Н.Н. Перспективы использования оценки качества жизни гинекологических больных // Журн. акушерства и женских болезней. - 1999. - Т.48; № 1. – С. 59-62.
5. Кулаков В.И., Адамян Л.В., Аскольская СИ. Гистерэктомия и здоровье женщины. - М.: Медицина, 1999. - 312с.
6. Кулаков В.И., Адамян Л.В., Аскольская СИ. Здоровье и качество жизни женщин после тотальной и субтотальной гистерэктомии, произведенной по поводу миомы матки // Акушерство и гинекология. - 1999. - № 2. - С. 31-35.
7. Новик А.А., Ионова Т.И. и др. Концепция исследования качества жизни в медицине. - СПб.: ЭЛБИ, 1999. - С. 4-140.
8. Новик А.А., Ионова Т.И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. - М.: «ОЛМА-ПРЕСС» Звездный мир, 2002. - 320с.
9. Стрижаков А.Н., Подзолкова Н.М., Кушлинский Н.Е. Качество жизни больных с миомой матки и внутренним эндометриозом после хирургического лечения // Анналы хирургии. - 1998. - № 4. – С. 56-60.