

# Влияние гистерэктомии на психологические и неврологические изменения у женщин репродуктивного возраста

**В.А. Рудь**

Национальная медицинская академия последипломного образования им. П.Л. Шупика

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что изменения состояния вегетативной нервной системы зависят от объема перенесенного оперативного вмешательства и носят достаточно выраженный характер. Полученные данные указывают на необходимость разработки комплекса реабилитационных мероприятий для пациенток, перенесших гистерэктомию, причем с учетом возникающих нарушений со стороны вегетативной нервной системы и качества жизни. Использование различных вариантов заместительной гормональной терапии позволяет снизить степень выраженности нарушений вегетативной нервной системы и качества жизни у пациенток этой группы.

**Ключевые слова:** гистерэктомия, психологический статус, неврологический статус.

В настоящее время широко внедряются в клиническую практику оперативные методы лечения основных гинекологических заболеваний [1–4]. Определение рациональных показаний к операции, адекватное анестезиологическое пособие, использование точной техники, бурное развитие эндоскопической хирургии привели к тому, что оперативное вмешательство в гинекологии стало рассматриваться как довольно безопасная и эффективная лечебная процедура, обеспечивающая, а в ряде случаев, гарантирующая пациентке полное выздоровление [2, 3]. Эта клиническая и социальная ситуация привела к значительному росту числа оперативных вмешательств в гинекологии, в частности, гистерэктомий, доля которых составляет от 15 до 45% в структуре всех гинекологических операций [1–4].

Несмотря на незначительное число послеоперационных осложнений в раннем послеоперационном периоде, отдаленные последствия гистерэктомии, а особенно влияние перенесенной операции на состояние вегетативной нервной системы и качества жизни изучены недостаточно, в том числе и возможности использования заместительной гормональной терапии для коррекции нарушений со стороны вегетативной нервной системы и качества жизни.

В настоящее время эффективность, экономическая и социальная удовлетворенность больных при различных методах лечения оценивается не только широко применяющимися критериями выживаемости, длительности нетрудоспособности, данными общеклинических и специальных методов исследования, но и показателями качества жизни.

Качество жизни – широкое понятие, охватывающее многие стороны жизни человека, а не только состояние его здоровья. Сюда входят условия жизни, удовлетворенность работой, учебой, семейные и социальные отношения.

**Цель** нашего научного исследования – изучение возможностей коррекции нарушений вегетативной нервной системы у женщин после гистерэктомии на основе использования заместительной гормональной терапии.

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В соответствии с поставленной целью нами было обследовано 150 женщин перименопаузального периода, сред-

ний возраст которых составил  $46,9 \pm 1,1$  года. 120 женщинам с различными гинекологическими заболеваниями была произведена гистерэктомия, причем 1-ю клиническую группу составили 60 пациенток, которым была выполнена гистерэктомия без придатков; 60 пациенток после гистерэктомии с придатками составили 2-ю клиническую группу, а в группу контроля вошли 30 женщин без оперативного лечения в анамнезе.

Возможности коррекции нарушений со стороны вегетативной нервной системы у женщин после гистерэктомии были изучены у 40 пациенток, имевших те или иные вегетативные изменения: 15 женщин составили группу А, 25 – группу Б. Для коррекции использовали два варианта: гестагены (ливиал) или эстрогены (дивигель).

Исследование вегетативного тонуса производили при помощи индекса Кердо (вегетативный индекс – ВИ).  $ВИ = (1 - Д/ЧСС) \cdot 100$ , где Д – диастолическое давление; ЧСС – частота сердечных сокращений в 1 мин. При полном вегетативном равновесии (эйтении)  $ВИ = 0$ . Если коэффициент положительный, то преобладают симпатические влияния, если цифровое значение получают со знаком минус, то повышен парасимпатический тонус.

Для выявления синдрома вегетативной дистонии (СВД) использован специальный опросник Вейна. При этом обследуемая подчеркивает соответствующий ответ «да» или «нет» к каждому из 11 вопросов, из которых состоит анкета. Для количественной оценки имеющихся признаков производили их оценку по балльной шкале. Общая сумма баллов у здоровых лиц не превышает 15, в случае же превышения – свидетельствует о наличии СВД.

Исследование вегетативной реактивности проводили при помощи холодовой пробы. В положении лежа измеряли АД и ЧСС. Затем обследуемая опускала кисть другой руки до запястья в воду, температура которой была  $+4^\circ\text{C}$  и держала 1 мин. При этом регистрировали АД и ЧСС сразу после погружения кисти в воду, через 30 с и 1 мин после погружения, а затем – после того, как руку вынимали из воды АД и ЧСС регистрировали до прихода к исходному значению.

Нормальная вегетативная реактивность – повышение систолического АД на 20 мм рт.ст., диастолического – на 10–20 мм рт.ст. через 30 с – 1 мин. Максимальный подъем АД – через 30 с после начала пробы. Возврат АД к исходному уровню – через 2–3 мин. Патологические отклонения могут носить следующий характер:

- гиперреактивность, выраженная симпатическая реакция – сильное повышение систолического и диастолического АД;
- гипореактивность, слабая симпатическая реакция – незначительный подъем АД;
- извращенная реакция, снижение как систолического, так и диастолического давления или парасимпатическая реакция.

Исследование вегетативного обеспечения деятельности производили при помощи ортоклиностатической пробы. В

покое в горизонтальном положении определяли ЧСС и АД. Затем пациентка медленно вставала и в удобном положении стояла около кровати. Сразу же в вертикальном положении измеряли пульс и АД, а затем делали это через минутные интервалы в течение 10 мин. Затем пациентка, вновь ложилась и ей измеряли АД и ЧСС сразу же, а также через минутные интервалы до тех пор, пока они не достигали исходного значения.

Нормальное вегетативное обеспечение деятельности наблюдается при вставании и кратковременном подъеме систолического давления до 20 мм рт.ст. и преходящем увеличении ЧСС до 30 мин. Диастолическое давление может оставаться или несколько подниматься. После возвращения в горизонтальное положение АД и ЧСС должны через 3 мин прийти к исходному уровню, а субъективные жалобы при этом отсутствуют.

Избыточное вегетативное обеспечение характерно при значительном (более 20 мм рт.ст.) подъеме систолического АД; самостоятельном подъеме только диастолического давления; увеличении ЧСС более чем на 30 в 1 мин при вставании; появлении ощущений прилива крови к голове, потемнения в глазах.

Как недостаточное вегетативное обеспечение трактуется резкое падение систолического давления (более чем на 10–15 мм рт.ст.) при вставании, а также падение систолического давления более чем на 20 мм рт.ст. при стоянии. Также можно оценить и падение диастолического давления при стоянии; появление жалоб при покачивании, ощущение слабости в момент вставания.

Медицинское понятие качества жизни, естественно, включает, прежде всего, те показатели, которые связаны с состоянием здоровья человека. Для оценки качества жизни и эффективности проведенной теории мы использовали анкету «качества жизни» до и через 6 мес. лечения гормональными препаратами.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В результате проведенных исследований нами установлено, что у женщин с индуцированной менопаузой, как в 1-й, так и во 2-й группах наблюдения преобладали миома матки (1-я группа – 88,3% и 2-я – 85%); фоновая патология шейки матки (1-я группа – 55% и 2-я – 48,3%); воспалительные заболевания придатков (1-я группа – 48,3% и 2-я – 55%); эндометриоз (1-я группа – 20% и 2-я – 15%); ретенционные образования яичников (1-я группа – 15% и 2-я – 18,3%); нарушения менструальной функции (1-я группа – 13,3% и 2-я – 10%) и гиперплазия эндометрия (1-я группа – 10% и 2-я – 10% соответственно). Основными показаниями для проведения гистерэктомии явились миома матки и эндометриоз.

В настоящем научном исследовании мы посчитали целесообразным представить результаты клинического обследования пациенток 1-й группы (гистерэктомия без яичников). Из них 40 пациенткам была произведена субтотальная гистерэктомия (подгруппа А) и 20 – тотальная (подгруппа В). Во всех случаях гистерэктомия проводилась традиционным абдоминальным доступом.

Показаниями для оперативного лечения явились: в 40 случаях (67%) миома матки; в 18 (30%) гиперпластические процессы эндометрия и в 28% – аденомиоз. Необходимо отметить, что более чем у половины больных наблюдалось сочетание двух или трех вышеперечисленных показаний для оперативного вмешательства, а послеоперационный период у всех пациенток протекал без осложнений.

*Пациентки обеих групп, перенесших удаление матки.* Среди жалоб, которые могут свидетельствовать о нарушении

функционального состояния вегетативной нервной системы, наиболее часто называли повышение потоотделения (46,7%); вазомоторную лабильность (16,7%) и головную боль (50%). Каждая пятая женщина (20%) жаловалась на головокружение и раздражительность. 16,7% пациенток отмечали лабильное настроение и вспыльчивость; 13,3% – плаксивость; 10% – бессонницу и 6,7% – отеки.

Повышение тонуса симпатической нервной системы выявлено у 26,7% и 23,3% оперированных соответственно по группам. В группе сравнения и в контроле нами обнаружено преобладание симпатической нервной системы у 16,7% и 20% и лишь у 13,3% и 10% – парасимпатической.

Определение вегетативной реактивности производили с помощью холодной пробы. Нормальная реактивность обнаружена у 20% обследованных; гиперреактивность – также у 20%; гипореактивность – у 33,3% и извращенная реакция – у 30% больных 1-й группы. Патологическая реактивность во 2-й группе была следующей: 20%; 23,3% и 33,3% соответственно.

Значительно чаще выявлена нормальная реактивность вегетативной нервной системы у здоровых женщин по сравнению с оперированными, а также извращенный тип реагирования в группах оперированных по сравнению с контрольной группой.

При исследовании вегетативного обеспечения нормальный уровень обнаружен у 20% и 13,3% соответственно по группам. Избыточное обеспечение деятельности выявлено у 26,7% и 23,3%. По сравнению с этим значительно чаще наблюдалось недостаточное вегетативное обеспечение – 53,3% и 63,3% соответственно.

При проведении корреляционного анализа нами обнаружена средняя отрицательная связь между уровнем эстрадиола и преобладанием парасимпатической нервной системы ( $r=-0,53$ ), а также идентичная зависимость между уровнем эстрадиола и недостаточным вегетативным обеспечением ( $r=-0,51$ ).

При оценке влияния различных вариантов заместительной гормональной терапии (ЗГТ) существенной разницы в эффективности воздействия препаратов нам выявить не удалось, поэтому мы для более удобного изложения материала сочли возможным рассматривать эффективность ЗГТ в целом.

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что применение ЗГТ в течение 3 мес. позволило нормализовать активность вегетативной нервной системы у 20% пациенток, а через 6 мес. – соответственно у 36,7%. Кроме того нам удалось снизить частоту синдрома вегетативной дистонии с 66,7% до 43,3% через 3 мес. и до 23,3% – спустя 0,5 года.

При оценке качества жизни нами установлено, что до лечения суммарные показатели колебались от 57,9% до 73,6%, причем от максимальной негативной оценки (8 баллов) по каждому пункту. При этом наиболее отрицательное влияние на качество жизни оказывали психосоциальные аспекты (73%) и физическое недомогание (73,6%). Однако по окончании курса ЗГТ показатели достоверно улучшились по всем критериям.

Пациентки после проведения курса ЗГТ указывали на исчезновение симптомов астенизации, восстановление нормальной работоспособности, «уходили» симптомы физического дискомфорта и улучшалось настроение.

## ВЫВОДЫ

Таким образом, результаты проведенных исследований свидетельствуют, что изменения состояния вегетативной нервной системы зависят от объема перенесенного опера-

тивного вмешательства и носят достаточно выраженный характер. Полученные данные указывают на необходимость разработки комплекса реабилитационных мероприятий для пациенток, перенесших гистерэктомию, причем с учетом возникающих нарушений со стороны вегетативной нервной системы и качества жизни. Использование различных вариантов заместительной гормональной терапии позволяет снизить степень выраженности нарушений вегетативной нервной системы и улучшения качества жизни у пациенток этой группы.

**Вплив гістеректомії на психологічні й неврологічні зміни у жінок репродуктивного віку**  
**В.А. Рудь**

Результати проведених досліджень свідчать, що зміни стану вегетативної нервової системи залежать від об'єму перенесеного оперативного втручання і носять досить виражений характер. Отримані дані вказують на необхідність розробки комплексу реабілітаційних заходів для пацієнток, що перенесли гістеректомію, причому з врахуванням виникаючих порушень з боку вегетативної нервової системи та якості життя. Використання різних варіантів замісної гормональної терапії дозволяє понизити міру вираженості порушень вегетативної нервової системи і якості життя у пацієнток цієї групи.  
**Ключові слова:** гістеректомія, психологічний статус, неврологічний статус.

**Influence hysterectomy on psychological and neurologic changes at women of reproductive age**  
**V.A. Rud**

Results of the spent researches testify, that changes of a condition of vegetative nervous system depend on volume of the transferred operative intervention and have expressed enough character. The obtained data specifies in necessity of working out of a complex of rehabilitation actions for the patients who have transferred hysterectomy, and taking into account arising infringements from vegetative nervous system and qualities of a life. Use of various variants of replaceable hormonal therapy allows to lower degree of expressiveness of infringements of vegetative nervous system and qualities of a life at patients of this group.

**Key words:** hysterectomy, the psychological status, the neurologic status.

**ЛИТЕРАТУРА**

1. Іванюта Л.І., Іванюта С.О. Лейоміома матки (причини виникнення, діагностика, принципи лікування) // Діагностика та лікування. – 2002. – № 3. – С. 44–48.
2. Кулаков В.И., Прилепская В.Н. Практическая гинекология. – М.: МЕДпресс-информ, 2002. – 720 с.
3. Коханевич Є.В., Суханова А.А., Суменко В.В. Фіброміома матки, диференційований підхід до вибору методу лікування // Практична медицина. – 1996. – № 1–2. – С. 22–26.
4. Кулаков В.И., Адамян Л.В., Мынбаев О.А. Оперативная гинекология – хирургические энергии: Руководство. – М.: Медицина, 2000. – 860 с.

НОВОСТИ МЕДИЦИНЫ

**ОДИНОЧЕСТВО ПОВЫШАЕТ РИСК ВОЗНИКНОВЕНИЯ РАКА МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ**

Социальная изоляция может существенно повысить риск возникновения рака молочной железы, считают ученые из Великобритании и США. При этом они ссылаются на исследования, проведенные на крысах. Благотворительные организации, финансирующие борьбу с раком, отказываются признавать результаты этого исследования.

По мнению исследователей, стресс, вызванный одиночеством, вызывает выброс в кровь гормона, который способствует росту раковой опухоли. Эксперименты на крысах показали, что самки крыс, которых держали отдельно от своих собратьев, оказались в три раза больше подвержены раку молочной железы. Кроме того, их опухоли были более крупными и чаще приводили к смертельному исходу.

Только в Великобритании раком груди ежегодно заболевают 45 тысяч женщин. Группа ученых, которая провела это исследование, считает, что избавление от чувства одиночества может существенно уменьшить число пострадавших от этой

болезни. Полученные ими результаты говорят о том, что у крыс, оказавшихся в одиночестве, повышался уровень гормона стресса кортикостерона, который, по-видимому, и вызывал рост опухоли. Тем не менее, благотворительные организации по борьбе с раком в Великобритании утверждают, что предварительные исследования, проведенные на людях, не говорят о прямой связи между стрессом и раком груди.

[www.medicinform.net](http://www.medicinform.net)