

УДК 618.14-006.36: 159.923

Г.М. НАУМЕНКО¹, О.В. МОСКАЛЕНКО^{1,2}¹Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Київ;²ДЗ«Дорожня клінічна лікарня №1 ст. Київ» ДТГО «Південно-Західна залізниця»/

Системний підхід до медико-психологічної реабілітації жінок з лейоміомою матки в післяопераційний період

Резюме

Системный подход к медико-психологической реабилитации женщин с лейомиомой матки в послеоперационный период

Г.Н. Науменко, Е.В. Москаленко

Реабилитация в гинекологии, особенно в оперативной гинекологии, имеет свою специфику, которая определяется необходимостью выработки у женщины, перенесшей хирургическое вмешательство, таких качеств личности, которые помогли бы ей максимально адаптироваться к микросоциальной и социальной среде в новых условиях. Учитывая это, были определены посредством диагностики основные психотерапевтические мишени работы, на основе которых разработана и апробирована программа медико-психологической реабилитации женщин с лейомиомой матки. Данная программа позволила сформировать адаптивные типы отношения к болезни, улучшить качество жизни и снизить показатели тревожности, депрессии и алекситимии в поздний послеоперационный период.

Ключевые слова: лейомиома матки, гистерэктомия, реабилитация, психотерапия, алекситимия, депрессия, тревожность, качество жизни

Summary

The System Approach to Medical and Psychological Rehabilitation of Women with Uterine Leiomyoma in Postoperative Period

G.M. Naumenko, O.V. Moskalenko

Rehabilitation in gynecology, especially in operative gynecology, has its own peculiarities, which is determined by the need to develop in women who had undergone surgery, such personality traits that would help her to adapt to the micro social and social environment in the new environment. With this in mind, have been identified through diagnosis of major therapeutic target, based on which the program was developed and tested for medical and psychological rehabilitation of women with uterine leiomyomas. This program has allowed to generate adaptive types of attitude to the disease and improve quality of life and reduce the incidence of anxiety, depression and alexithymia in the late postoperative period.

Keywords: leiomyoma of the uterus, hysterectomy, rehabilitation, psychotherapy, alexithymia, depression, anxiety, quality of life

Сучасні принципи лікування орієнтовані на мобілізацію і активацію резервів хворої людини. Серед цих резервів велику роль відіграють психологічні можливості її особистості. Захворювання, як стресова ситуація у житті людини, активує систему значущих відносин, вищих регулятивних механізмів, що проявляються в умовах захворювання і лікування, з одного боку, і в характерних способах сприйняття, переживань і оцінок, особливо пристосувальної поведінки – з іншого [12, 13]. Зокрема, ефект оперативного втручання залежить не тільки від самої операції, а й від успішного ведення післяопераційного періоду, невід'ємною частиною якого є реабілітація. Перш за все, хворий потребує реабілітації після «операції, що калічить», що призвела до формування зовнішнього або внутрішнього дефекту. Більшість хворих після операції відчують емоційне напруження, страх, відчуття безвихідності, тривогу за здоров'я в цілому. Негативні емоції несприятливо відображаються на загальному стані хворого, утруднюють процес відновлювального лікування [4, 10].

М.М. Кабанов [1, 2] розглядає термін «реабілітація» як кінцевий результат проведених у відношенні хворого чи інваліда заходів та як процес, який направлений не тільки на відновлення або

компенсацію порушених функцій, але й на підтримання їх на визначеному рівні (здійснення реабілітації хворого). За його визначенням, реабілітація – це найбільш повне повернення хворому здоров'я та працездатності в результаті застосування комплексу медичних, психологічних, педагогічних та соціальних заходів [6].

Згідно з визначенням експертів ВОЗ реабілітація – це процес цілеспрямований та обмежений у часі, який дає можливість хворому досягнути оптимального фізичного, розумового та соціального рівня функціонування та змінити якість життя [17].

Багатофакторний характер реабілітаційного процесу визначає необхідність системного підходу до його проведення з урахуванням медико-біологічного, соціального, психологічного та соціально-психологічного компонентів здоров'я [3] (рис. 1).

Для успішного проведення реабілітаційних заходів і досягнення поставлених конкретних цілей у кожному конкретному випадку необхідно дотримуватись основних принципів реабілітації: *комплексність, ранній початок, етапність, наступність, безперервність, послідовність, індивідуальний підхід, активна участь хворого в реабілітаційному процесі* [8].



Рис. 1. Модель системного підходу до реабілітаційного процесу

За свідченням ряду вчених, після оперативних втручань на матці поширеність психічних розладів та психологічних проблем у жінок становить 50–80% [7–9]. За даними Є. Б. Терешкіної [10] та ін., сексуальні та психологічні порушення виявляються у 48,4% випадків після надпівкової ампутації і у 65,9% – після екстирпації матки. У таких хворих виникає відчуття втрати жіночності і, як наслідок, неповноцінності і збитковості. Хвора відчуває загрозу для життя, страх перед можливою соціальною ізоляцією і розпадом сім'ї. Перед кожною такою хворою постає завдання пристосування до нової життєвої ситуації і формування адекватного відношення до власної особи і до свого здоров'я.

За визначенням Кулакова В.І. і співавт. [7], реабілітація пацієнток, які перенесли гістеректомію, має складатися з таких етапів: психотерапія до операції, направлена на роз'яснення сутності операції, що допоможе жінці уникнути відчуття невизначеності, надасть можливість краще адаптуватися до свого стану, який зміниться; вибір адекватного об'єму гістеректомії; психотерапія, що проводиться з метою подолання реальних наслідків операції (замісна гормональна терапія при виникненні гіпоестрогенемії і т.д.).

Все сказане вище переконує в тому, що реабілітація являє собою медико-соціально-психологічну проблему, оскільки вона направлена на відновлення соматичного, соціального, психологічного статусу та порушених міжособистісних відносин людей, які втратили здатність до адаптації на вказаних рівнях внаслідок захворювання чи травми. Якщо мета лікування – ліквідація захворювання або зменшення його проявів, то метою реабілітації є відродження хворого як особистості, відновлення його трудової діяльності в максимально можливому об'ємі, досягнення соціальної незалежності, інтеграція у суспільство [24].

Мета: створити програму комплексної медико-психологічної реабілітації, базуючись на особливостях емоційної та особистісної сфери жінок з лейоміомою матки; дослідити психоемоційні особливості та якість життя пацієнток після проведеної нами системи реабілітації.

Матеріали та методи дослідження

З метою проведення дослідження було обстежено 148 жінок. З них 128 жінок з доброякісними пухлинами матки до і після міомектомії, гістер- та гістероваріоектомії, які були розподілені на три групи в залежності від об'єму оперативного втручання. Першу групу (група I) склали 44 жінки, яким була проведена органозберігаюча операція (міомектомія), друга група (група II) – 56 жінок, яким була виконана екстирпація матки (тотальна гістеректомія),



Рис. 2. Загальний дизайн дослідження

Примітка: МПР – медико-психологічна реабілітація

третьою групою (група III) – 28 жінок, яким була виконана тотальна гістероваріоектомія. Середній вік жінок становив 42 ± 4 року. Група порівняння складалась з 56 жінок, яким не проводилась програма медико-психологічної реабілітації. Основну групу склали 72 жінки, які пройшли комплексну програму медико-психологічної реабілітації. Підставою для висновків про репрезентативність отриманих результатів стала однорідність базових соціально-демографічних показників досліджуваних груп. Загальний дизайн дослідження представлений на рис. 2.

Критеріями відбору для включення в основну групу були: вік жінок 25–50 років; наявність в анамнезі захворювання лейоміомою матки; добровільна згода пацієнтки на участь у психологічному дослідженні. Критеріями виключення були: вік старше 50 років, клімактеричний період; наявність в анамнезі злоякісної пухлинної патології, відмова пацієнта від участі у дослідженні; наявність черепно-мозкової травми; тяжкі соматичні та психічні захворювання в анамнезі.

Дослідження проводилось протягом 2011–2013 років на кафедрі акушерства і гінекології №1 НМУ ім. О.О.Богомольця на базі Київської міської клінічної лікарні № 18. Кожній пацієнтці була надана поінформована згода на проведення дослідження.

Для психологічного дослідження використовувався опитувальник самооцінки Ч.Д. Спілбергера та Ю.Л. Ханіна (адаптований Ю.Л. Ханіним, 1976 р.); Шкала депресії Бека (BDI, Beck et al., 1961); Торонтська алекситимічна шкала (Вассерман Л.І. із співавт., 2005); Шкала оцінки рівня якості життя (Чабан О.С., 2008).

Результати та їх обговорення

З досвіду західних психотерапевтів, ми працювали в оптимальній чотириступінчастій формі психотерапії: перший ступінь – емоційна підтримка пацієнтів в його зусиллях з подолання соматичного захворювання та отримання медичної допомоги; друга ступінь – власне психотерапевтична робота, мета якої розвинути здатність пацієнтів відстежувати власні переживання; третя ступінь – рефлексія і усвідомлення хворими конфлікту в зв'язку з соматичною патологією; четверта ступінь – повна обробка конфлікту. Розроблена нами система психотерапев-

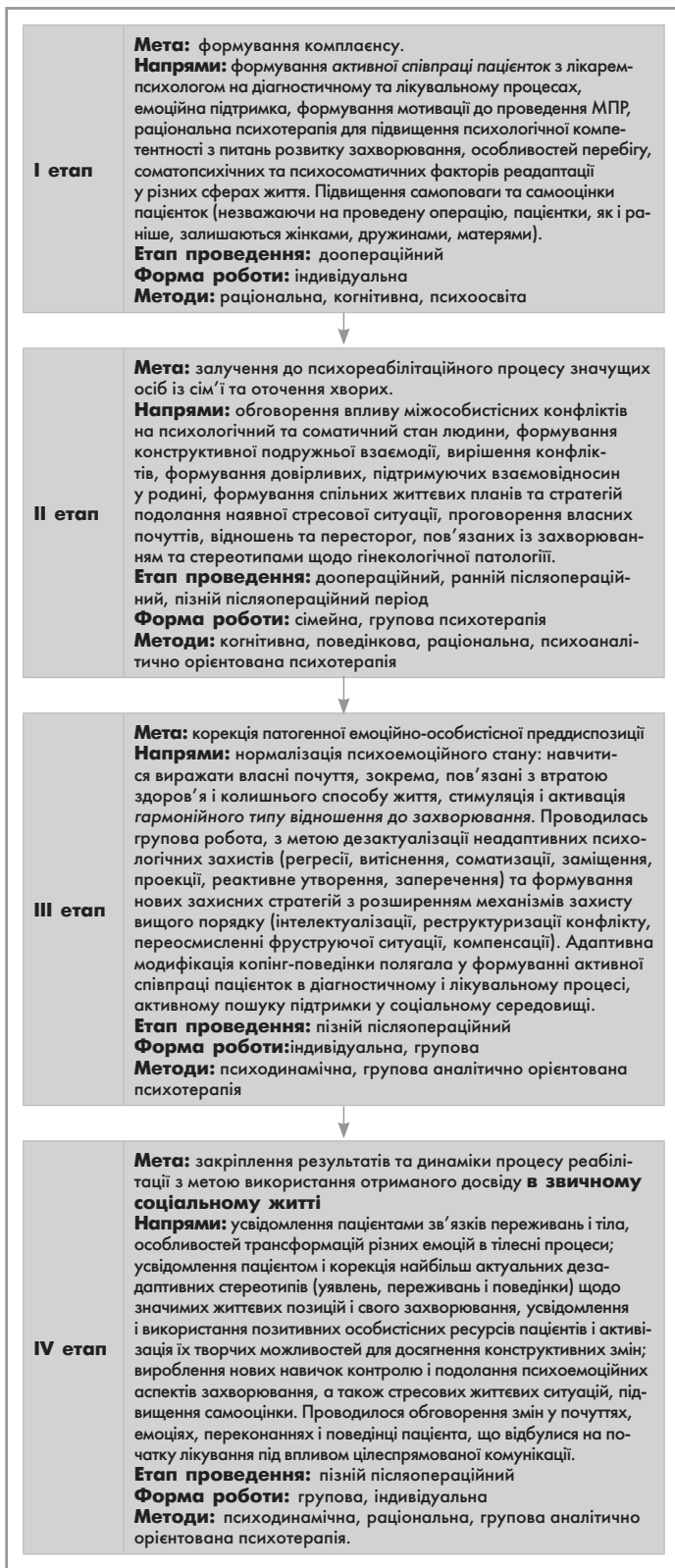


Рис. 3. Система психотерапевтичної роботи з жінками з лейоміомою матки в післяопераційний період

тичної роботи складається з чотирьох етапів, кожен з яких має свої задачі та методи впливу (див. рис. 3).

Емоції	Тривожність Депресія Алекситимія	Взаємовідносини (посилення комунікативних даних)	Медико-психологічна реабілітація жінок з ЛМ	<ul style="list-style-type: none"> • Індивідуальна психотерапія • Групова психотерапія • Сімейна психотерапія
Захворюваня	Сенситивний тип відношення до захворювання			
Адаптаційні процеси	Копінг-стратегії (самоконтроль) Механізми захисту (проєкція, реактивне утворення, заперечення, регресія)			

Рис. 4. Психосоматичні «мішені» та зміст медико-психологічної реабілітації жінок з лейоміомою матки

Основні мішені психоаналітичної роботи з такими пацієнтками – почуття неповноцінності та занижена самооцінка, складнощі у вираженні емоцій, почуттів та власних потреб, фрустрація потреб та поява аутодеструктивних емоцій (акцент на вираженні агресивних почуттів), завищені морально-етичні вимоги до себе та оточуючих, труднощі у встановленні міжособистісних відносин (незадоволена потреба у любові та прихильності та потреба в абсолютній безпеці) [4]. У психотерапії гінекологічних захворювань особливо важливо навчити пацієнок переживати і виражати свої агресивні почуття в тому числі щодо близьких людей і психотерапевта, пов'язані з захворюванням та втратою звичного способу життя. Виконання цієї програми ставить за мету корекцію неконструктивних стилів подолання захворювання. Проводилась робота з захисно-адаптивним стилем для формування адекватних копінг-стратегій і в результаті – зниження напруженості психологічних захистів: у формі групових дискусій здійснювався процес інформування про особливості психосоматичного та соматопсихічного факторів перебігу захворювання та особливостей реабілітації, з метою передачі відповідальності за своє захворювання, процес «одужання» і подальшого життя, пошуку особистісних ресурсів, формування нового досвіду становлення ефективних стратегій подолання і більш адаптивних способів психологічного захисту. Дані літератури дозволяють говорити, що область самоповаги повинна стати однією з центральних мішеней для психотерапії жінок з лейоміомою матки. У свою чергу, здорова самооцінка буде також сприяти ефективності сексуальної реабілітації [4] (рис. 3).

За результатами дослідження, одна з центральних проблем пацієнок з ЛМ лежить у сфері їх міжособистісних відносин і стосується незадоволеної потреби в любові та прихильності. Незадоволеність цієї базової потреби наростає після операції. У зв'язку з цим у подальшій психокорекційній роботі з даними категоріями пацієнок особливо важливо допомогти їм навчитися встановлювати «здорові» відносини з іншими людьми, і, перш за все, через відносини з психотерапевтом (в якості моделі). Для встановлення «здорової» прихильності йому слід твердо дотримуватися трьох необхідних умов ефективної психотерапії за С. Rogers: безумовне прийняття, емпатія і конгруентність (рис. 4) [23].

З метою оцінки ефективності розробленого нами підходу психотерапевтичної допомоги, був використаний запропонований нами комплекс шкал для оцінки ефективності терапії, за допомогою яких оцінювали динаміку показників тривоги та депресії.

До даного комплексу були включені опитувальник самооцінки Ч.Д. Спілберґера та Ю.Л. Ханіна (адаптований Ю.Л. Ханіним, 1976 р.); Шкала депресії Бека (BDI, Beck et al., 1961); Торонтська алекситимічна шкала (Вассерман Л.І. із співавт., 2005) та шкала оцінки рівня якості життя (Чабан О.С., 2008).

Згідно з опитувальником самооцінки Спілберґера-Ханіна, показники особистісної тривожності (від 52,67–55,33 бала) та реактивної тривожності (від 30,94–32,13 бала) були подібні в обох групах у ранній післяопераційний період завдяки стандартизації груп. У досліджуваних групах спостерігались доволі високі показники особистісної тривожності (73% жінок) та незначний, помірний рівень вираженості реактивної (ситуаційної тривожності) – 68%, що негативно корелює з наявною алекситимією (рис. 5).

Виходячи з рис. 6, відмічено одну суттєву особливість жінок основної групи. Виявилось, що показники особистісної тривожності в ранній післяопераційний період утримувались на високому рівні (55,33 бала), тоді як показники реактивної (ситуаційної) тривожності були на помірно низькому рівні (32,13 бала). Зі збільшенням тривалості післяопераційного періоду спостерігається значне зниження показника особистісної тривожності, що негативно корелює зі зменшенням показника алекситимії (з 75,3 до 62,6 бала).

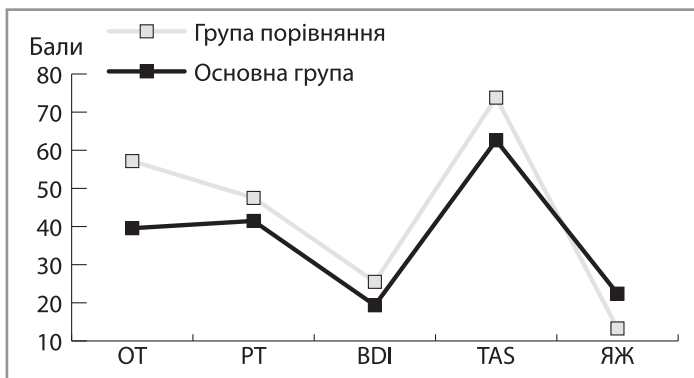


Рис. 5. Оцінка ефективності проведеного лікування

Примітка: ОТ – особистісна тривожність; РТ – реактивна (ситуаційна) тривожність; BDI – шкала депресії Бека; TAS – алекситимія; ЯЖ – якість життя (Чабан О.С., 2008).

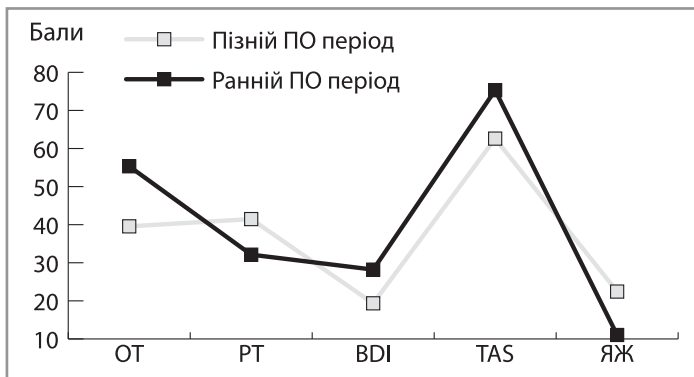


Рис. 6. Оцінка динаміки зміни стану жінок основної групи

Примітка: ПО – післяопераційний період; ОТ – особистісна тривожність; РТ – реактивна (ситуаційна) тривожність; BDI – шкала депресії Бека; TAS – алекситимія; ЯЖ – якість життя (Чабан О.С., 2008).

У результаті використання шкали BDI було виявлено помірний рівень депресії у жінок основної групи в пізній післяопераційний період (77%), що значно відрізняється від вираженої депресії у жінок групи порівняння (72%). У досліджених нами пацієнтів не спостерігалось дуже важкого рівня депресивного стану (рис. 5).

Виходячи з результатів проведеного дослідження, у більшості жінок порівнювальних груп у ранній післяопераційний період спостерігалася алекситимія (89%). Зміни показників можна прослідкувати в пізній післяопераційний період після проведеного лікування. Так, у основної групи вираженість алекситимії знизилась з 75,3 бала до 62,6 бала. Дані результати свідчать про ефективність проведеної групової психотерапевтичної роботи та набута здатність жінок до вираження та усвідомлення власних почуттів, переживань та емоцій (рис. 5).

Для оцінки якості життя Чабаном О.С. 2008 року запропонований експрес-опитувальник. Виходячи з результатів методики, в пізній післяопераційний період високі показники якості життя спостерігаються у жінок основної групи (22,44 бала), тоді як у жінок групи порівняння утримується середнє значення показника якості життя (13,27 бала) (рис. 5).

Розподіл жінок залежно від оцінки за відповідними шкалами показано на рис. 5. В жодній із груп не було хворих з дуже важким станом, в іншому пацієнтки обох груп на початку не відрізнялись за тяжкістю стану за рахунок стандартизації. Більшу частину груп до початку терапії склали пацієнти з помірною та вираженою тяжкістю стану.

Після терапії в основній групі переважали пацієнтки з мінімальним та хорошим рівнем покращення, тоді як в групі порівняння – пацієнтки без змін або навіть з погіршенням стану (підвищення рівня реактивної тривожності).

Таким чином, впроваджена та проведена нами групово психотерапевтична робота не тільки призвела до поліпшення комунікативних умінь, формування адаптивних типів відношення до захворювання, поліпшення сімейних відносин та покращення встановлення стабільних та задовільних взаємовідносин з іншими, але й до зниження показників тривожності, депресії, алекситимії та покращення загальної якості життя. Це дало можливість жінкам досягти оптимального фізичного, розумового та соціального рівня функціонування та покращити якість життя, а також відновити подружні відносини та адаптацію.

Висновки

Однією з основних причин вираженої дезадаптації жінок в період після оперативного втручання і як наслідок важкого і тривалого періоду реабілітації є порушення психоемоційного стану (наявність, тривожності, депресії, алекситимії), поява дезадаптивних форм подолаючої копінг поведінки (самоконтроль) і значна напруженість механізмів психологічного захисту (проекція, реактивне утворення, регресія, заперечення).

Нами було розроблено програму медико-психологічної реабілітації жінок після оперативного втручання, яка складалася з чотирьох етапів: формування комплаєнсу; залучення до реабілітаційного процесу значимих осіб в сім'ї та оточенні хворих; корекція патологічної емоційно-особистісної предиспозиції; закріплення отриманих результатів і була заснована на методах групової, аналітично орієнтованої психотерапії.

Результати розробленої програми були ефективними – значне зниження показників особистісної тривожності, депресії, алекситимії і підвищення якості життя, на відміну від хворих групи порівняння.

Таким чином, групова психотерапевтична робота дала можливість жінкам досягти оптимального фізичного, розумового і соціального рівня функціонування та поліпшити якість життя, а також відновити подружні відносини і адаптацію.

Список використаної літератури

1. Абрамов Б.Э. Психотерапевтические аспекты медицинской реабилитации / Б.Э. Абрамов, П.Н. Ковальчук // *Здравоохранение*. – 2004. – №11. – С. 57–59.
2. Артюшков В.В. Регуляторно-адаптивные возможности организма женщин, больных миомой матки / В.В. Артюшков, В.М. Покровский, В.В. Пономарев // *Кубан. науч. мед. вестник*. – 2011. – №6. – С. 17–20.
3. Бейшенбиева Г.Дж. Репродуктивное здоровье женщин и влияние на него медико-социальных факторов / Г.Дж. Бейшенбиева // *Тавр. мед.-биол. вестник*. – 2009. – № 3. – С. 149–152.
4. Володин Б.Ф. Психосоматические взаимоотношения и психотерапевтическая коррекция у больных раком молочной железы и опухолевой патологией тела матки: автореф. дис. ... д-ра мед. наук : спец. 14.00.18 / Б.Ф. Володин. – М., 2008. – 48 с.
5. Дубоссарская З.М. Особенности личностной характеристики женщин репродуктивного возраста после хирургического лечения лейомиомы матки / З.М. Дубоссарская, А.Н. Пузий, А.В. Сущенко // *Жіночий лікар*. – 2010. – №3. – С. 25–27.
6. Ибрагимова Д.М. Спорные вопросы патогенеза миомы матки и лечения больных с этим заболеванием / Д.М. Ибрагимова, Ю.Э. Доброхотова // *Рос. вестн. акушера-гинеколога*. – 2011. – №2. – С. 37–43.
7. Кахиани Е.И. Механизмы взаимодействия систем адаптации после абдоминальных гинекологических операций / Е.И. Кахиани, В.Н. Цыган, В.Я. Апчел, Н.А. Татарова // *Вестн. Рос. воен.-мед. академии*. – 2009. – Т.4. – С. 47–50.
8. Кокова Д.Х. Комплексная оценка здоровья и особенности психологического функционирования женщин с миомой матки / Д.Х. Кокова // *Материалы 2 междунар. (9 итоговой) науч.-практ. конф. молодых ученых, 17 мая 2011 г.* – Челябинск: Челябинск. гос. мед. академия, 2011. – С. 85–87.
9. Косей Н.В. Лейомиома матки (клініка, патогенез, діагностика та лікування) : автореф. дис. ... д-ра мед. наук : спец. 14.01.01 / Н.В. Косей. – К., 2009. – 36 с.
10. Кузнецова А.А. Психодиагностика эмоционально-аффективных расстройств у женщин с онкологической патологией / А. А. Кузнецова // *Известия Рос. гос. пед. ун-та им. А.И. Герцена*. – 2008. – №49. – С. 315–319.
11. Макаренко А.О. Особливості механізмів психологічного захисту жінок із дезадаптивними станами внаслідок гістеректомії в ранньому післяопераційному періоді / А.О. Макаренко // *Мед. психологія*. – 2010. – № 2. – С. 95–99.
12. Налчаджян А.А. Психологическая адаптация: механизмы и стратегии / А.А. Налчаджян. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: Эксмо, 2010. – 368 с.
13. Насырова Р.Ф. Междисциплинарный подход к реабилитации женщин с гинекологическими заболеваниями, ассоциированными с непсихотическими психическими расстройствами / Р.Ф. Насырова, Л.С. Сотникова, И.Е. Куприянова, В.А. Семке // *Сиб. вестн. психиатрии и наркологии*. – 2010. – №6. – С. 57–61.
14. Потемкина Е.А. Личностные характеристики, ассоциированные с хроническими гинекологическими заболеваниями у женщин репродуктивного возраста / Е.А. Потемкина // *Урал. мед. журнал*. – 2009. – №6. – С. 17–24.
15. Русина Н. А. Психологические основы психосоматики (психотерапевтические мишени в работе с пациентом психосоматической клиники) / Н.А. Русина // *Бюл. мед. интернет-конференций*. – 2011. – Т. 1, №7. – С. 20–23.
16. Самойлова М. В. Роль психологических факторов в послеоперационном периоде и реабилитации больных центра амбулаторной хирургии / М.В. Самойлова, В.В. Ждановский // *Амбулаторная хирургия. Стационарозамещающие технологии*. – 2009. – №3/4. – С. 163–164.
17. Свиридова В.В. Медико-психологическая составляющая в комплексной системе реабилитации женщин, перенесших оперативные вмешательства на внутренних половых органах / В.В. Свиридова // *Журн. психиатрии и мед. психологии*. – 2009. – №2. – С. 22–30.
18. De Berardis D., Campanella D., Gambi F. et al. Alexithymia and body image disturbances in women with Premenstrual Dysphoric Disorder // *J. Psychosom. Obst. Gynaecology*. – 2005. – Vol. 26 (4). – P. 257.
19. Le H., Ramos M., MuLloz R. The relationship between alexithymia and perinatal depressive symptomatology // *J. Psychosom. Res.* – 2007. – 62 (2). – P. 215.
20. Linden M. Patient education, crisis intervention, psychotherapy: talking medicine / M. Linden // *MMW Fortschr. Med.* – 2011. – Vol. 153, №3. – P. 28–30.
21. Persson P. A 1-year follow up of psychological wellbeing after subtotal and total hysterectomy - a randomised study / P. Persson, J. Brynhildsen, P. Kjolhede // *BJOG*. – 2010. – Vol. 117, №4. – P. 479–787.
22. Powell C.B. A randomized study of the effectiveness of a brief psychosocial intervention for women attending a gynecologic cancer clinic / C.B. Powell, A. Kneier, L.M. Chen [et al.] // *Gynecol. Oncol.* – 2008. – Vol. 111, №1. – P. 137–143.
23. Quinones Bergeret A. Change of personal meaning: perspectives of a research program in psychotherapy process / A. Quinones Bergeret // *Riv. Psichiatr.* – 2011. – Vol. 46, №5/6. – P. 319–325.
24. Shehmar M. The influence of psychological factors on recovery from hysterectomy / M. Shehmar, J.K. Gupta // *J. R. Soc. Med.* – 2010. – Vol. 103, №2. – 56–59.