

Параметри якості життя і метаболічні порушення у жінок після гістеректомії з приводу міоми матки

О.М. Проценко, Б.М. Венцківський, І.Б. Венцківська

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ

На сьогодні все частіше з'являються повідомлення про збільшення частки хворих на міому матки (до 45%), в яких гістеректомія (ГЕ) залишається єдиним радикальним методом оздоровлення. За останні десятиліття погляди на дану операцію суттєво змінилися. ГЕ та її вплив на соматичний та психологічний статус, зміни психогенного характеру та вегето-невротичні прояви, пов'язані з післяопераційною гострою циркуляторною ішемією яєчникової тканини, стали предметом наукового обміну багатьох дискусійних панелей.

У статті наведено дані експериментального психологічного дослідження, оцінювання вираженості урогенітальної дисфункції з використанням стандартизованої системи POP-Q, характеристика параметрів якості життя, показників вуглеводного й ліпідного обміну як на етапі передопераційного спостереження, так і протягом 12 міс, 3 і 5 років після оперативного втручання у 80 жінок репродуктивного віку з міомою матки, яким виконано вагінальну ГЕ.

У групу порівняння увійшли 60 пацієнок після ГЕ, проведеною абдомінальним доступом. У результаті проведених досліджень з використанням експериментально-психологічних методик слід відзначити домінування астеничних, тривожних та депресивних розладів. Найбільш частими симптомами були зниження працездатності, настрою, емоційна лабільність, диссомнія, зниження пам'яті і концентрації уваги.

Дослідження параметрів якості життя дозволило відзначити найбільш низькі показники у старшій віковій категорії основної групи, найнижчі рівні параметрів зафіксовано щодо «фізичного» та «сексуального здоров'я», найменше страждала сфера міжособистісних взаємовідносин.

Після ГЕ зареєстровано збільшення показника індексу маси тіла, систолічного та діастолічного артеріального тиску, збільшення рівня проінсуліну та індексу НОМА, а також холестерину ліпопротеїдів дуже низької щільності й індексу атерогенності.

Ключові слова: міома матки, гістеректомія, психоемоційні, вегетативні, метаболічні порушення, якість життя.

Parameters of quality of life and metabolic disorders in women who underwent on hysterectomy with uterine myoma

O. Proshchenko, B. Ventskivsky, I. Ventskivska

Today, there are more and more reports of an increase in the proportion of patients with uterine fibroids (up to 45%), in whom hysterectomy (HE) remains the only radical method of recovery. Over the past decades, views on this operation have changed significantly. HE and its influence on somatic and psychological status, psychogenic changes and vegetative-neurotic manifestations associated with postoperative acute circulatory ischemia of ovarian tissue have become the subject of scientific exchange in many discussion panels.

The article presents data from an experimental psychological study, assessment of the severity of urogenital dysfunction using the standardized POP-Q system, characteristics of quality of life parameters, indicators of carbohydrate and lipid metabolism both at the stage of preoperative follow-up and within 12 months, 3 and 5 years after surgery, in 80 women of reproductive age with uterine fibroids who underwent vaginal hysterectomy.

The comparison group included 60 patients with abdominal hysterectomy. As a result of the studies carried out using experimental psychological methods, the dominance of asthenic, anxiety and depressive disorders should be noted. The most common symptoms were decreased performance, mood, emotional lability, dyssomnia, decreased memory and concentration.

The study of the parameters of the quality of life made it possible to note the lowest indicators in the older age category of the main group, low levels of parameters were recorded in relation to «physical» and «sexual health», the sphere of interpersonal relationships suffered less.

After GE, an increase in body mass index, systolic and diastolic blood pressure, an increase in proinsulin and HOMA index, as well as very low density lipoprotein cholesterol and an atherogenic index were recorded.

Keywords: uterine myoma, hysterectomy, psychoemotional, autonomic, metabolic disorders, quality of life.

Параметры качества жизни и метаболические нарушения у женщин после гистерэктомии в связи с миомой матки

О.Н. Проценко, Б.М. Венцковский, И.Б. Венцковская

На сегодня все чаще появляются сообщения об увеличении доли больных миомой матки (до 45%), у которых гистерэктомия (ГЭ) остается единственным радикальным методом оздоровления. За последние десятилетия взгляды на эту операцию существенно изменились. ГЭ и ее влияние на соматический и психологический статус, изменения психогенного характера и вегето-невротические проявления, связанные с послеоперационной острой циркуляторной ишемией яичниковой ткани, стали предметом научного обмена многих дискуссионных панелей. В статье представлены данные экспериментального психологического исследования, оценка выраженности урогенитальной дисфункции с использованием стандартизированной системы POP-Q, характеристика параметров качества жизни, показателей углеводного и липидного обмена как на этапе предоперационного наблюдения, так и в течение 12 мес, 3 и 5 лет после оперативного вмешательства у 80 женщин репродуктивного возраста с миомой матки, которым выполнено вагинальную гистерэктомию.

В группу сравнения вошли 60 пациенток с гистерэктомией, проведенной абдоминальной доступом. В результате проведенных исследований с использованием экспериментально-психологических методик следует отметить доминирование астенических, тревожных и депрессивных расстройств. Наиболее частыми симптомами были снижение работоспособности, настроения, эмоциональная лабильность, диссомнии, снижение памяти и концентрации внимания.

Исследование параметров качества жизни позволило отметить наиболее низкие показатели в старшей возрастной категории основной группы, низкие уровни параметров зафиксировано относительно «физического» и «сексуального здоровья», меньше страдала сфера межличностных взаимоотношений.

После ГЭ зарегистрировано увеличение показателя индекса массы тела, систолического и диастолического артериального давления, повышение уровня проинсулина и индекса НОМА, а также холестерина липопротеидов очень низкой плотности и индекса атерогенности.

Ключевые слова: миома матки, гистерэктомия, психоемоциональные, вегетативные, метаболические нарушения, качество жизни.

Міома матки (ММ) залишається однією з найбільш поширених доброякісних пухлин жіночих статевих органів, що вимагає оперативного лікування та призводить до зниження якості життя і втрати репродуктивного потенціалу [1, 7]. Сучасна гінекологічна практика передбачає активну позицію щодо хірургічного лікування ММ, де 60–95% усіх оперативних втручань припадає на тотальну та субтотальну гістеректомію (ГЕ) і тільки у 8–19% – на міомектомію (МЕ) [6, 10, 16, 18, 20]. За даними літературних джерел, ГЕ залишається одним із найбільш поширених оперативних втручань на матці. У Швеції частота таких радикальних підходів становить 38%, у США – 36%, у Великій Британії – 25%, близько 75% з них виконують у жінок молодше 50 років, у кожній четвертій пацієнтки – у віці до 40 років [1, 7, 20].

За останні десятиліття погляди на дану операцію суттєво змінилися. ГЕ та її вплив на соматичний та психологічний статус, зміни психогенного характеру та вегето-невротичні прояви, пов'язані з післяопераційною гострою циркуляторною ішемією яєчничкової тканини, стали предметом наукового обміну багатьох дискусійних панелей [7, 8, 19]. Актуальною проблемою залишаються такі метаболічні зміни після радикальних підходів у лікування міоми матки, як ініціація атеросклеротичних змін судинного русла на тлі порушення ліпідного та білкового обміну, збільшення ризику розвитку серцево-судинних захворювань та швидкості втрати кісткової маси, що окремі автори пов'язують як із порушенням кровотоку, так і з видаленням однієї із ланок саморегулюючої інкреторної системи матки – APUD системи [1–6]. Відповідно до сучасних уявлень, дефіцит естрогенів, що може виникати у цих пацієнток, відіграє істотну роль у розвитку метаболічних порушень, зокрема абдомінального ожиріння, інсулінорезистентності, компенсаторної гіперінсулінемії, дисліпідемії та артеріальної гіпертензії (АГ) [8, 9].

В останні роки для додаткової характеристики тяжкості різних патологічних станів все більше уваги приділяється такому критерію, як показники якості життя пацієнток [2, 6, 11]. Водночас одним із негативних наслідків хірургічного втручання разом із больовими відчуттями є так званий синдром післяопераційної втоми, що запускає низку патологічних процесів, які обумовлюють дезадаптацію функціонування багатьох органів і систем та здоров'я в цілому [13]. Маніфест або посилення метаболічних порушень, що збігається за часом із згасанням оваріальної функції, дозволило С. Spenser і співавторам (1997) висунути концепцію менопаузального метаболічного синдрому (МС).

Отже, незаперечним залишається факт, що після видалення матки супутні розвитку пухлини порушення гомеостазу не зникають, а навіть посилюються, супроводжуючись змінами гормональної саморегуляції, зсувами метаболічного гомеостазу, вегето-судинними та психоемоційними розладами, не менш вагомими, ніж симптоматика міоми, що вимагає тривалих реабілітаційних заходів. Слід зазначити, що на сьогодні не існує єдиної думки щодо ступеня впливу радикальних оперативних втручань з приводу ММ на психоемоційний і метаболічний статус.

Мета дослідження: виявлення особливостей та ступеня вираженості психоемоційних, метаболічних порушень та параметрів якості життя з урахуванням об'єму оперативного втручання та методики його виконання.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Було обстежено 80 жінок репродуктивного віку з ММ, яким виконано вагінальну ГЕ без придатків (основна група). У групу порівняння увійшли 60 пацієнток із ГЕ, проведеною абдомінальним доступом. Середній вік жінок у групах становив $44,9 \pm 1,3$ року і $46,1 \pm 1,3$ року відповідно.

Критерії виключення з дослідження:

- оваріектомія,
- злоякісні захворювання будь-якої локалізації,

- симптоматична АГ,
- клінічні прояви ішемічної хвороби серця,
- цереброваскулярна хвороба,
- серцева недостатність,
- цукровий діабет 1-го типу,
- захворювання щитоподібної залози, що перебігають з її дисфункцією,
- печінкова і ниркова недостатність,
- бронхіальна астма,
- тяжкі захворювання легень, що супроводжуються дихальною недостатністю,
- мігрень з ауурою,
- епілепсія,
- відмова пацієнток від участі у дослідженні.

До контрольної групи увійшли 30 пацієнток, середній вік яких становив $43 \pm 1,6$ року, із збереженою менструальною функцією, що перебувають на диспансерному спостереженні з приводу міоми матки невеликих розмірів.

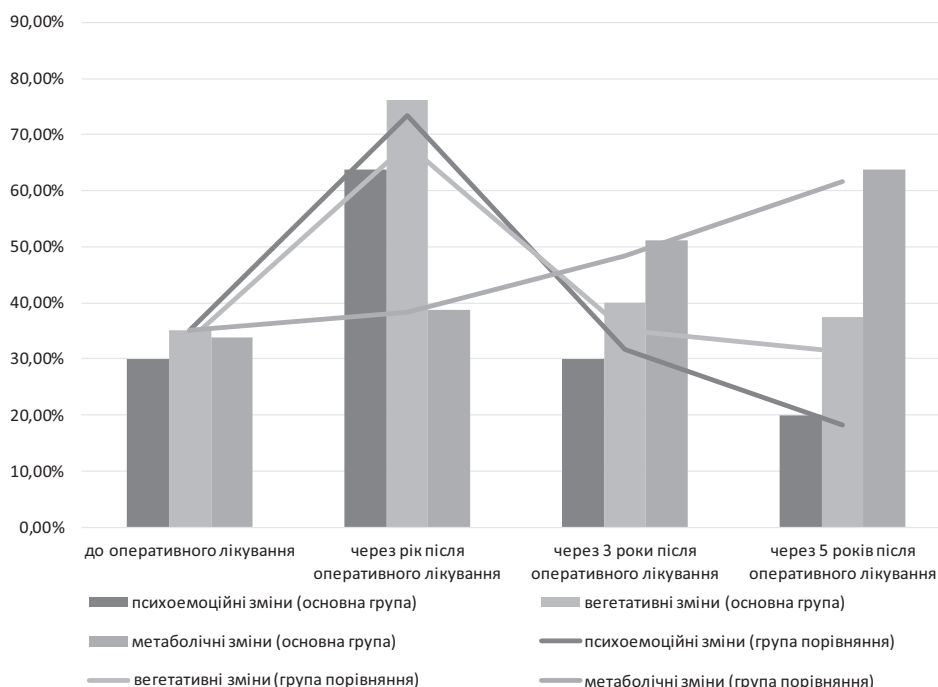
Обстеження проводили як на етапі передопераційного спостереження, так і протягом 12 міс, 3 та 5 років після оперативного втручання. До діагностичного алгоритму включали психологічне дослідження, оцінку вираженості урогенітальної дисфункції з використанням стандартизованої системи POP-Q, характеристику параметрів якості життя, рівня офісного АТ, окружності талії, маси тіла (МТ), індексу маси тіла ІМТ. Лабораторно-інструментальне дослідження включало дослідження ліпідного спектра крові, проінсуліну й індексу HOMA, ультразвукову сонографію органів малого таза та оцінку структури яєчників.

Для оцінювання вираженості депресивних розладів використовували шкалу Гамільтона (Hamilton Depression Rating Scale – HDRS та Hamilton Anxiety Rating Scale – HARS), для оцінювання тяжкості симптомів тривожності – шкалу самооцінки Шихана (Sheehan Patient-Rated Anxiety Scale (ShPRAS) (1983), шкалу ситуативної (реактивної) та особистісної тривожності Спілбергепа-Ханіна (State-Trait Anxiety Inventory по Spielberger C.D. et al., 1970 у модифікації Ю.Л. Ханіна, 1978) [14], а також опитувальник для оцінювання загальної втоми, фізичної та розумової втомлюваності MFI-20 (Multidimensional Fatigue Inventory). Оцінювання параметрів ЯЖ проводили шляхом анкетування за допомогою опитувальника MOS SF-36, для оцінювання вегетативного статусу застосовували «Опитувальник для виявлення ознак вегетативних змін» Вейна (Вейн А.М., 1998).

Дані динамічного моніторингу за пацієнтками були введені у створену в пакеті Microsoft Office Excel базу. Статистичне оброблення результатів проводили з використанням статистичних пакетів IBM SPSS Statistics (ver. 21) та статистичного середовища R (ver. 3.1). Аналіз частотних розподілів та варіабельності показників проводили параметричними методами статистики. Для порівняльного аналізу використовували критерій Хі-квадрат (χ^2) та точний критерій Фішера. При одномірному аналізі порівняння показників використовували стандартний критерій χ^2 на рівні статистичної значущості $p < 0,05$. Величину ефекту визначали за величиною співвідношення шансів (OR, 95% довірчий інтервал).

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

За результатами даного дослідження, одним із найбільш вагомими та поширеними психоемоційними розладами у жінок репродуктивного віку після радикальних операцій з приводу ММ були виділені депресивні розлади, причому ступінь вираженості їх залежала від методики оперативного втручання та віку пацієнтки. Найбільш складними в клінічному та психологічному аспектах випадки виявлялися у пацієнток віком 40–45 років при абдомінальній ГЕ, навіть при збереженні яєчничкової тканини.



Динаміка змін показників якості життя після гістеректомії

Наявність депресивних розладів була виявлена у 89 (63,6%) спостереженнях у пацієнок обох груп, із них у 49 (55,01%) встановлено «малий депресивний епізод», у кожній четвертій пацієнтки (22,47%) – «помірний депресивний епізод». Аналіз та інтерпретація отриманих результатів дозволили підтвердити вагомий вплив вікового фактору на вираженість клінічних проявів депресивних розладів. «Малий депресивний епізод» констатовано в 1,8 разу частіше у пацієнок віком 40–44 роки, а в когорті жінок старше 45 років відзначено більш рівномірний розподіл щодо легких проявів чи відсутності депресивних порушень, а також домінування помірних депресивних змін ($p < 0,05$).

Наявність тривожного компоненту була особливістю депресивних розладів у 75 (84,26%) пацієнок, частіше у старшій віковій категорії, ніж у молодшому віці. Знижену працездатність спостерігали у 96 (68,57%) випадках, третина пацієнок вказувала на втрату зацікавленості у трудовій діяльності, кожна четверта пацієнтка – зниження її продуктивності, причому частка названих симптомів в однаковому ступені відзначена у жінок обох груп незалежно від методики оперативного оздоровлення та операційного доступу.

Вагому роль у розвитку психоемоційних та депресивних порушень відігравали наростаючі після ГЕ генітоуринарні прояви. Отримані у динаміці післяопераційного періоду результати продемонстрували маніфестацію десценції тазового дна у кожній третій пацієнтки, ознаки полактурії, стресової інконтиненції сечі та імперативні форми нетримання сечі – у 22 (15,7%) спостереженнях, у поєднанні із цистоцеле та ентоцеле, зі статистично значущими відхиленнями у старшій віковій категорії та у випадку вагінальної ГЕ.

Прояви тривожного спектра посідали одне із провідних місць у картині психоемоційних порушень обстежених пацієнок, наявність тривоги визначалася практично у всіх пацієнок старшого віку, причому у випадку абдомінального доступу переважали пацієнтки з вираженою тривогою 32 (53,33%), частка яких зростала до 19 (66,3%) у старшій віковій категорії. Частка спостережень, де була виявлена виражена тривога, в 1,7 разу переважала у жінок старше 45

років і становила більше двох третин обстежених. Тривожні прояви загалом були представлені тривожним настроєм, подразливістю та емоційністю, супроводжувалися вегетативними симптомами, вираженість яких коливалася від помірного до важкого ступеня і частіше спостерігалася серед пацієнок старшого віку та у випадку абдомінального доступу.

Багатогранність вегетативної симптоматики проявлялася гастроінтестинальними симптомами, тахікардією, кардіалгією, відчуттям дискомфорту за грудиною, причому у молодшій віковій категорії в основній групі наведені вище скарги фіксували частіше в 1,5 разу, ніж у більш старшій віковій категорії ($p < 0,01$), що є свідченням функціональності даної симптоматики.

Серед скарг, які надавали пацієнтки, домінуючими були шлунково-кишкові симптоми (втрата апетиту, закрепи) – у 88 (62,85%) випадків. Сенсорну симптоматику (приливи жару, пітливість, астения) відзначено у 72 (у 51,42% спостережень обох груп) пацієнок, частіше старшого віку, респіраторні симптоми зустрічалися значно рідше, насамперед, у старшій віковій категорії. Відзначено збільшення частки судинних змін, таких, як еритема/блідість шкірних проявів – 61 (43,57%) випадок, похолодання та акроціаноз кінцівок – у 31 (22,14%) жінки.

За даними анкетування, за допомогою шкали астеничного стану та опитувальника оцінювання загальної, фізичної та розумової втомлюваності MFI-20 діагноз органічного астеничного розладу було встановлено в обстежених пацієнок обох груп протягом року у 58,6% та 63,3% відповідно. Отримані результати свідчать про наявність поліморфізму клінічних проявів психоемоційного статусу та актуальність оцінювання даного напрямку спеціалістами різних напрямків. Симптоми дисбалансу психологічного статусу були найбільш вираженими у пацієнок старшої вікової категорії та у випадку абдомінального доступу. Однакова частота соматичних симптомів у жінок різних вікових груп (переважання у молодому віці серцево-судинних проявів) свідчить про те, що ці симптоми є скоріше наслідком психовегетативних порушень, а не тільки реакції на оперативне втручання та видалення матки як репродуктивного органу.

Динаміка змін метаболічних параметрів в обстежених пацієнток

Показник	Основна група, n=80				Група порівняння, n=60				Контрольна група, n=30			
	Перед операцією	Через 1 рік	Через 3 роки	Через 5 років	Перед операцією	Через 1 рік	Через 3 роки	Через 5 років	Початок обстеження	Через 1 рік	Через 3 роки	Через 5 років
<i>Динаміка показників АТ</i>												
САТ, мм рт.ст.	127,6± 5,6	132,1± 4,1	134,3± 5,3	137± 5,6	134,1± 2,6	139,3± 5,1	143,4± 5,6*	145,3± 4,6*	129,9± 2,4	130,1± 3,2	133,1± 5,1	132,6± 4,6
ДАТ, мм рт.ст.	83,1± 2,6	87,3± 5,1	85,6± 2,6	86,6± 3,2	87,6± 2,9	87,9± 4,3	92,6± 4,1	92,6± 5,1*	83,1± 2,6	84,3± 3,1	83,9± 2,1	84,6± 2,2
<i>Динаміка антропометричних показників</i>												
ІМТ	27,1± 1,6	27,9± 1,8	29,1± 2,1	31,1± 1,1	29,1± 1,2	29,9± 0,8	31,1± 0,9	34,9± 1,5*	27,1± 1,6	27,9± 0,8	27,1± 1,2	29,1± 1,1
Окружність живота, см	78,9± 1,9	84,9± 2,3	86,9± 1,8	83,9± 3,3	89,1± 1,6*	89,9± 1,9*	91,9± 2,3*	92,9± 1,3*	78,9± 1,8	78,9± 1,3	80,2± 2,1	82,1± 1,9
МТ, кг	77,1± 1,3	79,4± 1,7	78,9± 2,3	81,9± 2,1	81,5± 1,9	82,4± 1,8*	84,1± 1,9	89,9± 1,3*	74,1± 2,1	75,1± 2,3	76,1± 2,1	76,9± 2,1
<i>Показники ліпідного обміну</i>												
Індекс атерогенності	2,1± 0,2	2,4± 0,1	2,4± 0,3	2,5± 0,5	2,5± 0,3	2,9± 0,1	4,1± 0,5*	3,9± 0,1*	1,9± 0,2	2,2± 0,1	2,5± 0,3	2,5± 0,2
ХС ЛПДНЩ, ммоль/л	0,80± 0,1	0,84± 0,2	1,04± 0,05	1,46± 0,1	0,92± 0,1	0,98± 0,2	1,94± 0,05*	1,86± 0,1*	0,79± 0,1	0,87± 0,2	1,04± 0,05	1,07± 0,1
<i>Показники вуглеводного обміну</i>												
Проінсулін, пмоль/л	4,1± 0,3	5,1± 0,2	4,9± 0,1	5,8± 0,1	5,1± 0,6	4,4± 0,3	4,9± 0,9	5,9± 0,6	3,8± 0,3	5,1± 0,3	4,3± 0,7	5,1± 0,6
Індекс НОМА	2,1± 0,1	2,1± 0,2	2,4± 0,1	2,4± 0,1	2,1± 0,1	2,6± 0,2	2,6± 0,1	2,9± 0,3*	1,9± 0,1	2,1± 0,2	2,2± 0,3	2,2± 0,1

Примітка. * – Статистично значущі відмінності порівняно з контролем (p<0,05).

За результатами анкетування слід відзначити, що більша половина пацієнток фіксували перші прояви розладів психоемоційної та вегето-судинної сфери вже протягом першого року після оперативного втручання. У третини жінок перші психосоматичні та вегето-невротичні скарги відзначено після року оперативного втручання – переважно пацієнтки вказували на більш виражені зміни депресії та тривоги, скованість рухової активності, незначні больові відчуття. Після трьох років перші скарги психоемоційної дезадаптації відзначила невелика частка обстежених – 19,3% (рисунок). Найбільш вираженими скаргами були тривожність, емоційність, когнітивні розлади, втому, сексуальні та уrogenітальні порушення.

Метаболічні порушення проявлялися збільшенням МТ, рівня артеріального тиску, змінами ліпідного і вуглеводного обміну. Протягом перших 12 міс після хірургічного втручання 52 (37,14%) пацієнтки відзначили збільшення МТ. У групі порівняння через 5 років після ГЕ зафіксовано статистично значуще збільшення ІМТ (таблиця). Достовірної динаміки ІМТ в основній групі і групі контролю виявлено не було. Зареєстровано аналогічну динаміку АТ. До третього року після абдомінальної ГЕ відзначено статистично значуще (p<0,05) збільшення систолічного артеріального тиску (САТ), а до п'ятого року – як САД, так і діастолічного АТ (ДАТ) (див. таблицю). При цьому середні офісні значення САД перевищили пороговий рівень діагностики АГ (140 мм рт.ст.).

Дослідження ліпідного обміну виявило перевищення рівня ліпопротеїдів дуже низької щільності (ЛПДНЩ), індек-

су атерогенності як референтних значень, так і результатів, отриманих в контрольній групі у жінок після абдомінальної ГЕ вже через 3 роки. Привертає увагу тенденція до збільшення цих показників у жінок після ГЕ (див. таблицю).

Незважаючи на те, що у всіх трьох групах рівень проінсуліну та індексу НОМА був у межах референтних значень, відзначалися відмінності цього показника з найбільш високим значенням у групі після абдомінальної ГЕ через 3 і 5 років (p<0,05) (див. таблицю). Цей факт можна пояснити високими передопераційними показниками й іншими метаболічними порушеннями: збільшена МТ, особливо відкладення жиру на животі – окружність талії – 89,1±1,6 см. Такі зміни також обумовлювали вибір методу оперативного втручання на користь лапаротомії.

Отже, після ГЕ незалежно від збереження яєчників спостерігаються зміни вуглеводного обміну, найбільш виражені через 5 років після операції, які проявляються тенденцією до підвищення маркера інсулінорезистентності – індексу НОМА й рівня предиктора розвитку цукрового діабету 2-го типу, макросудинних подій протягом наступних 2–7 років – проінсуліну.

Рівень якості життя у жінок обох груп є статистично нижчим, ніж у контролі (p<0,05). У групі пацієнток молодшого віку показники якості життя за параметрами задоволеності «здатністю виконувати щоденну домашню роботу» в основній групі були достовірно нижчими проти групи порівняння (p<0,05). Найнижчі показники якості життя відзначено у групі пацієнток старшого віку, найбільш високі – у молодих жінок у випадку вагінальної ГЕ. Найменші показники задоволеності зафіксовано

щодо «фізичного здоров'я» та «сексуального здоров'я», також незначуще страждала сфера міжособистісних відносин.

Слід відзначити, що протягом усього періоду спостереження зафіксовано низькі показники рольового емоційного функціонування та параметрів психологічного здоров'я у пацієнток основної групи на тлі відносного покращення параметрів больового показника, фізичного та рольового фізичного функціонування. Цікавим фактом стало статистичне значуще зниження показника загального здоров'я до 3 років після операції ($p < 0,05$). Життєздатність та соціальне функціонування не мали суттєвих змін, проте уже до 12 міс спостереження зафіксовано недовірно зниження цих параметрів разом зі зниженням параметрів психологічного здоров'я та емоційного функціонування.

Особистісний профіль пацієнток після радикальних операцій з приводу ММ відрізнялися підвищеними рівнями емоційної лабільності – в 1,8 разу, депресивності – в 1,4 разу, дратівливості – в 1,7 разу за даними опитувальника у жінок основної групи ($p < 0,05$). Проте бальна оцінка комунікабельності у пацієнток групи порівняння була вищою в 1,6 разу, як і показники врівноваженості та екстраверсії – у 1,3 разу ($p < 0,05$).

Отже, порівняльний аналіз ЯЖ у жінок після оперативного оздоровлення у різні вікові періоди та у випадку різних технік та оперативних доступів при проведенні ГЕ дозволили відзначити безсумнівне покращення рівня фізичного комфорту у жінок обох досліджуваних груп за рахунок нівелювання клінічної симптоматики ММ, зниження ролі больового чинника та крововтрати. Проте динамічні зміни параметрів ЯЖ, пов'язані з психоемоційною сферою жінки, особливо у пацієнток основної групи та старшої вікової категорії, залишалися достовірно нижчими та супроводжувалися зниженням вираженості таких параметрів, як психологічне здоров'я та рольове емоційне функціонування ($p < 0,05$).

Загальні результати даного дослідження свідчать про пригнічення фізичної активності та психічного стану, особливо значні у старшій віковій категорії та при абдомінальних оперативних втручаннях. У молодшій віковій категорії

у групі із вагінальним доступом до року після радикального оздоровлення параметри якості життя відзначили дещо позитивну динаміку, насамперед у сфері соціального та рольового функціонування, оцінки загального здоров'я та загальної самооцінки, проте фізичний та психічний стан, а також сексуальне здоров'я прооперованих жінок покращилися незначуще, що вимагає розробки програми адекватної реабілітації.

ВИСНОВКИ

Однією з основних причин вираженої дезадаптації жінок та прояву «синдрому післяопераційної втоми» після оперативного втручання і як наслідок більш тривалого періоду реабілітації є порушення психоемоційного стану та напруженість механізмів захисту.

У результаті проведених досліджень з використанням експериментально-психологічних методик слід відзначити домінування астеничних, тривожних та депресивних розладів, найбільш частими симптомами були зниження працездатності, настрою, емоційна лабільність, диссомнія та зниження пам'яті і концентрації уваги. Характерною особливістю депресивних розладів стали підвищений рівень психічної тривоги та висока частка соматичних проявів (шлунково-кишкові, кардіальні та респіраторні прояви). Більша вираженість астеничного синдрому спостерігалася у підгрупах жінок старшого віку, ніж молодшого, із домінуванням у групі із абдомінальною гістеректомією.

Ці дані підтверджують існуючі літературні повідомлення щодо переважання фізичної астенії над психічними проявами у випадку радикальних оперативних втручань. Перманентні та пароксизмальні вегетативні порушення спостерігалися у двох третин досліджень в обох групах без значущих відхилень залежно від вікової категорії. А дослідження параметрів якості життя дозволило зафіксувати найбільш низькі показники у старшій віковій категорії основної групи, найнижчі рівні параметрів відзначено щодо «фізичного» та «сексуального здоров'я», найменше страждала сфера міжособистісних відносин.

Відомості про авторів

Прощенко Ольга Миколаївна – Кафедра акушерства та гінекології Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, 03150, м. Київ, вул. Предславинська, 9. *E-mail: proshchenko777@gmail.com*
<https://orcid.org/0000-0002-2187-4562>

Венцківський Борис Михайлович – Кафедра акушерства та гінекології Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, 03150, м. Київ, вул. Предславинська, 9.

Венцківська Ірина Борисівна – Кафедра акушерства та гінекології Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, 03150, м. Київ, вул. Предславинська, 9. *E-mail: ventskivska@gmail.com*
<http://orcid.org/0000-0002-7685-5289>

Information about the author

Proshchenko Olha Mykolaivna – Bogomolets National Medical University, Obstetrics and Gynecology department, 03150, Kyiv, Predslavynska St., 9.

E-mail: proshchenko777@gmail.com <https://orcid.org/0000-0002-2187-4562>

Ventskivsky Boris Mykhailovych – Bogomolets National Medical University, Obstetrics and Gynecology department, 03150, Kyiv, Predslavynska St., 9.

Ventskivska Iryna Borysivna – Bogomolets National Medical University, Obstetrics and Gynecology department, 03150, Kyiv, Predslavynska St., 9. *E-mail: ventskivska@gmail.com*
<http://orcid.org/0000-0002-7685-5289>

Сведения об авторах

Прощенко Ольга Николаевна – Кафедра акушерства и гинекологии № 1 Национального медицинского университета имени А.А. Богомольца, 03150, г. Киев, ул. Предславинская, 9. *E-mail: proshchenko777@gmail.com*
<https://orcid.org/0000-0002-2187-4562>

Венцковский Борис Михайлович – Кафедра акушерства и гинекологии № 1 Национального медицинского университета имени А.А. Богомольца, 03150, г. Киев, ул. Предславинская, 9

Венцковская Ирина Борисовна – Кафедра акушерства и гинекологии № 1 Национального медицинского университета имени А.А. Богомольца, 03150, г. Киев, ул. Предславинская, 9. *E-mail: ventskivska@gmail.com*
<http://orcid.org/0000-0002-7685-5289>

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Sparic R., Mirkovic L., Malvasi A., Tinelli A. Epidemiology of uterine myomas: a review. *Int. J. Fertil. Steril.* 2016; 9(4): 424-35.
2. Balan V.E., Kovaleva L.A. (2015). Urogenitalniy sindrom v klimakterii. Vozmozhnosti terapii [Urogenital syndrome in menopause. Treatment options]. *Akusherstvo i ginekologiya*, 5:104–108 (in Russian).
3. Ventskovsky B.M., Veropotvetyan P.N., Veropotvetyan N.P. (2010). Osteoporoz, obuslovlennyy sindromom istoshcheniya yaichnikov u zhenshchin reproduktivnogo vozrasta [Osteoporosis caused by ovarian exhaustion syndrome in women of reproductive age]. *Meditsinskiye aspekty zdorovya zhenshchiny*, 7(35):5–12 (in Russian).
4. Holubenko M.Yu. (2001). Psykhoemotsiyni efekty "vidkrytoi" i laparoskopichnoi histerektomii [Psycho-emotional effects of "open" and laparoscopic hysterectomy]. *Odes. med. zhurn.*, 1(63):94–97 (in Ukrainian).
5. Dobrokhotova Yu.E. (2000). Psykhoemotsionalny i gormonalnyy status zhenshchin posle gisterektomii bez pridatkov [Psychoemotional and hormonal status of women after partial hysterectomy]. *Ros. med. zhurn.*, 4:25–28 (in Russian).
6. Evstifeeva E.A., Filippchenkova S.I., Kalandarov T.K., Kholodin S.P. (2016). Psikhosomaticheskaya sostavlyayushchaya i kachestvo zhizni bolnykh khirurgicheskogo profilya [Psychosomatic component and quality of life of patients with a surgical profile]. *Arkhiv vnutrenney meditsiny. Spetsialnyy vypusk*: 61 (in Russian).
7. Zabolotnov V.A., Karapetyan O.V., Pamfamirov Yu.K., Pamfamirova G.L., Kucherenko Yu.A., Tatevosyan A.G. (2011). Sovremennyye vzglyady na etiologiyu, patogenezu i lecheniye miomy matki [Current views on the etiology, pathogenesis and treatment of uterine myoma]. *Zdorovye zhenshchiny*, 5(61):15–20 (in Russian).
8. Zagorodnaya E.D., Barkan T.M., Kolesnikov A.D., Barkan V.S., Rezanovich V.S., Butunov A.A., Tselyuba E.A. (2013). Vliyaniye gisterektomii na funktsiyu yaichnikov i kachestvo zhizni bolnykh miomoy matki [Effect of hysterectomy on ovarian function and quality of life of patients with uterine myoma]. *Akusherstvo i ginekologiya*, 2:48–81 (in Russian).
9. Savina N.V., Savina A.D. (2013). Kachestvo zhizni kak pokazatel' effektivnosti reabilitatsionnykh meropriyatiy [Quality of life as an indicator of the effectiveness of rehabilitation measures]. *Vestn. natsionalnogo mediko-khirurgicheskogo tsentra im. N.I. Pirogova*, 3(8):41–43 (in Russian).
10. Makarchuk O.M., Gavrylyuk H.M. (2016). Osoblyvosti otsinky yakosti zhyt'tya ta poshuk shliakhiv reabilitatsii u zhinkov, yaki perenesly operatsiiu na mattsi [Peculiarities of quality of life assessment and search for ways of rehabilitation in women who underwent surgery on the uterus]. *Halytskyi likarskyi visnyk*, 23(1):40–43 (in Ukrainian).
11. Lashkul O.S. (2018). Kachestvo zhizni i seksualnaya funktsiya u zhenshchin, operirovannykh na organakh reproduktyvnoy systemy [Quality of life and sexual function in women who underwent reproductive system surgery]. *Zaporozhskiy meditsinskiy zhurnal*, 20,1(106):76–81 (in Russian).
12. Naumenko G.N. (2013). Kompleks psikhokorreksionnykh meropriyatiy zhenshchin s leyomiomoy matki v posleoperativnyy period [Complex of psychocorrective measures for women with uterine leiomyoma in the postoperative period]. *Tavricheskiy zhurnal psikhatrii*, 17,3(64):96–104 (in Russian).
13. Pomazkin V.I. (2010). Sindrom "posleoperatsionnoy ustalosti" [Postoperative fatigue syndrome]. *Vestnik khirurgii*, 169(3):117–119 (in Russian).
14. Khanin Yu.L. (1976). Kratkoye rukovodstvo k shkale reaktivnoy i lichnostnoy trevozhnosti CH.D.Spielbergera [A brief guide to the Spielberger's State-Trait Anxiety Inventory]. *L.*, 18 (in Russian).
15. Vomvolaki E., Kalmantis K., Kiosses E., Antsaklis A. (2006). The effect of hysterectomy on sexuality and psychological changes. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*. March, 11(1):23–27.
16. Nahás E.A.P. Pontes A., Nahas-Neto J. (2014). Effect of Total Abdominal Hysterectomy on Ovarian Blood Supply. *Byulleten sibirskoy meditsiny*, 13(1):145–152.
17. Stewart E.A. Shuster L.T., Rocca Reassessing W.A. (2012). Hysterectomy. *Minnesota Medicine*, 95(3):36.
18. Kichigin R.H., Arestova M.I., Zanko S.E. (2013). Risk factors for uterine fibroids and quality of life of patients operated on for uterine fibroids. *Maternal and child health*, 2(22):36–41.
19. Makris N., Vomvolaki E., Partsinavelos G. et al. (2006). The effect of hysterectomy on sexuality and psychological changes. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*. March, 11(1):23–27.
20. Fernandez H., Farrugia M., Jones S.E., Mauskopf J.A., Oppelt P., Subramanian D. (2009). Rate, type, and cost of invasive interventions for uterine myomas in Germany, France, and England. *Minim Invasive Gynecol.*, 16(1):40–6.

Статья поступила в редакцию 29.08.2020

Журнал «Сімейна медицина» індексується та/або представлений тут:

- Бібліометрика української науки (Національна бібліотека України ім. В.І. Вернадського);
- Directory of Open Access Journals (DOAJ)
- Science Index (eLIBRARY.RU);
- Crossref;
- Google Scholar/Academia;
- WorldCat;
- OpenAIRE.

