

Психологическое состояние женщин, перенесших тотальную гистерэктомию

Актуальность проблемы. Для каждой медицинской специальности традиционен узкопрофильный подход к оценке прогноза заболеваний, последствий тех или иных методов терапии, направленных на характерную симптоматику. Как правило, сопутствующие осложнения оказываются вне поля зрения специалистов и не относятся к рангу принципиально значимых, однако нередко они становятся доминирующими в клинической картине заболевания и требуют комплексного подхода к терапии.

К медицинским аспектам категорий качества жизни следует относить не только и не столько болезненные постоперационные симптомы, сколько психический и социально-психологический статусы пациентов, отражающие самоконцепцию и внутреннюю картину болезни, психологический тип реагирования на заболевание или утрату трудоспособности и методы психокоррекции, а также наличие или отсутствие психопатологических расстройств.

Гинекологические операции в объеме тотальной и субтотальной гистерэктомии до настоящего времени в структуре гинекологических заболеваний занимают основное место. Среди всех оперативных вмешательств в гинекологии в ЛПУ г. Минска гистерэктомию составляет около 30%, причем в 20% случаев она сопровождается двусторонней овариоэктомией.

Частота гистерэктомии среди полостных гинекологических операций (2008 г): Швеция – 38%; США – 36%; Великобритания – 25%

После оперативного лечения организм женщины претерпевает ряд нейрогуморальных изменений, связанных, с одной стороны, с удалением яичников, с другой стороны, с нарушением обратных рецепторных связей после удаления миометрия и эндометрия. Это ведет к развитию постгистерэктомического синдрома, который состоит из вегетососудистых, психоэмоциональных и обменно-эндокринных расстройств, сходных с климактерическими. По данным различных авторов, частота постгистерэктомического синдрома в послеоперационном периоде колеблется от 32 до 79% [1].

В первые 2 года после операции у 72,8% женщин преобладают нейровегетативные нарушения, у 16% – психоэмоциональные расстройства и у 11,2% – обменно-эндокринные. В последующие годы частота обменно-эндокринных нарушений возрастает, психоэмоциональные расстройства сохраняются длительное время, а нейровегетативные уменьшаются.

Механизм нейроэндокринных нарушений на уровне гипоталамической и лимбической систем заключается в снижении допаминергического и повышении норадренергического тонуса. Эмоциональные нарушения, беспокойство, депрессия, диссомния, болевой синдром, когнитивные расстройства в постменопаузе отражают нарушения функции лимбической и других систем [2,3].

Само хирургическое вмешательство предрасполагает к возникновению психоэмоциональных нарушений, а сочетание операционного стресса с удалением матки и придатков способствует значительному росту психоэмоциональных расстройств. Кроме того, женщина утрачивает основную психосоциальную роль и самоидентификацию себя как женщины. Все это значительно нарушает социальную адаптацию больных в семье, на работе, в обществе, тем самым значительно снижая качество жизни.

Цель работы: изучение частоты и характера психических нарушений у женщин в раннем послеоперационном периоде. Определение возможных методов психокоррекции на различных этапах.

Материалы и методы: в исследование включено 30 женщин, которые подверглись тотальной гистерэктомии. Исследование проводилось в раннем послеоперационном периоде (4–7 сутки). База исследования – 6 ГКБ.

Применены клинический, клинико-психопатологический, экспериментально-психологический методы с использованием опросника Спилберга и опросника депрессии Бека.

Методы диагностики психического статуса: для исследования психического статуса женщин, перенесших тотальную гистерэктомию, были использованы следующие психологические тесты:

1. Тест «Исследование тревожности» (опросник Спилберга)
2. Опросник депрессии Бека

Тест «Исследование тревожности» – измерение тревожности как свойства личности особенно важно, так как это свойство во многом обуславливает поведение субъекта. Определенный уровень тревожности – естественная и обязательная особенность активной деятельности личности. У каждого человека существует свой оптимальный уровень тревожности – это так называемая полезная тревожности. Под личностной тревожностью понимается устойчивая индивидуальная характеристика, отражающая предрасположенность субъекта к тревоге и предрасполагающая наличие у него тенденции воспринимать достаточно широкий «веер» ситуаций как угрожающие, отвечая на каждую из них определенной реакцией. Как предрасположенность личная тревожность активизируется при восприятии определенных стимулов, расцениваемых человеком как опасные для самооценки, самоуважения. Ситуативная, или реактивная, тревожность как состояние характеризуется субъективно переживаемыми эмоциями: напряжением, беспокойством, озабоченностью, нервозностью. Это состояние возникает как эмоциональная реакция на стрессовую ситуацию и может быть разным по интенсивности и динамичности во времени. Личности, относимые к категории высокотревожных, склонны воспринимать угрозу своей самооценке и жизнедеятельности в обширном диапазоне ситуаций и реагировать весьма выраженным состоянием тревожности.

Опросник Спилберга.

Интерпретация показателей

Оценки тревожности:

- До 30 баллов – низкая
- 31 – 44 балла – умеренная
- 45 и более баллов – высокая

При низком и высоком уровне тревожности необходимо направить женщину на консультацию к психотерапевту.

По каждой женщине следует написать заключение, которое должно включать оценку уровня тревожности и при необходимости рекомендации по ее коррекции. Так, лицам с высокой оценкой тревожности следует формировать чувство уверенности и успеха. Им необходимо смещать акцент с внешней требовательности, категоричности, высокой значимости в постановке задач на содержательное осмысление деятельности и конкретное планирование по подзадачам. Для низкотревожных людей, напротив, требуется побуждение активности, подчеркивание мотивационных компонентов деятельности, возбуждение заинтересованности, высвечивание чувства ответственности в решении тех или иных задач.

Опросник депрессии Бека. Позволяет оценить: самооценку женщины, степень тяжести депрессивной симптоматики.

Уровень депрессии более 19 баллов считается клиническим нарушением, более 24 баллов указывает на необходимость терапии, возможно, с применением антидепрессантов.

Целью лечения должно быть достижение уровня депрессии ниже 10 баллов.

Результаты

В ходе исследования были получены следующие результаты

Таблица 1 – Уровень ситуативной тревожности

Уровень ситуативной тревожности	Количество женщин	%
Низкая (до 30 баллов)	0	0
Умеренная (31 – 44 балла)	3	10
Высокая (более 45 баллов)	27	90

Таблица 2 – Уровень личностной тревожности

Уровень личностной тревожности	Количество женщин	%
Низкая	1	3
Умеренная	4	13
Высокая	25	84

Таблица 2 – Уровень депрессии

Уровень депрессии	Количество женщин	%
Менее 10 баллов (легкая степень)	15	50
10 – 19 баллов (средняя степень)	14	47
20 – 23 балла (тяжелая степень)	1	3
24 и более баллов	0	0

Возможные методы психокоррекции на различных этапах

1 этап (1–3 месяц)

- При легкой степени психоэмоциональных расстройств применяется психокоррекция в форме беседы с больной, в которой женщине объясняют механизм развития болезни, причины и возможные исходы.

- При средней и тяжелой степени выраженности

Применяется психокоррекция и фитоседативная терапия (настойка валерианы, настойка пустырника, гелариум). В случае отсутствия эффекта от проводимой терапии в течение 2-х недель, женщина направляется на консультацию к психотерапевту для углубленного обследования.

2 этап (3–6 месяц) и 3 этап (6–12 месяц)

Проводится коррекция психоэмоциональных нарушений: фитоседативные препараты (ново-пассит) в сочетании с ноотропными средствами с преобладанием седативного эффекта (глицин), возможно дополнить физиотерапевтическими методами (центральная электроаналгезия).

В случае отсутствия эффекта от лечения, женщину следует направлять к психотерапевту для более углубленного обследования и лечения.

Выводы: Полученные данные свидетельствуют о значительном психологическом дискомфорте, эмоциональной и невротической отягощенности у больных миомой матки в раннем послеоперационном периоде. Тревожный синдром наблюдался у 90% женщин,

депрессивный синдром: легкой степени – у 50% женщин, средней степени – у 47% женщин, тяжелой степени – у 3% женщин уже в раннем послеоперационном периоде. Это указывает на необходимость включения методов психологической коррекции при восстановительном лечении данной категории больных.

Литература

1. Савочкина, Ю. В. Системные нарушения при хирургической менопаузе и их коррекция: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Ю. В. Савочкина. Минск, 2005. С. 40–42.

2. Казаченко, В. Г. Гинекологическая эндокринология / В. Г. Казаченко. М., Союзмединформ, 1991. С. 35–37.

3. Менделевич, Д. М. Гинекологическая психиатрия (современные аспекты) / Д. М. Менделевич, В. Д. Менделевич // Неврологический вестник. 1993. Т. 25. С. 104–108.

4. Гомон, Е. С. Современные аспекты подготовки семьи к родам / Е. С. Гомон, В. Н. Сидоренко. Минск: Асобны Дах, 2005. С. 121–123