

## Реабилитация пациенток, перенесших гистерэктомию без придатков по поводу миомы матки

Ю. М. Голешева, Е. В. Кулавский, Э. Р. Габидуллина, Э. Н. Миянова  
ГОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет», г.Уфа

### Rehabilitation of patients after hysterectomy without adnexa operated for leiomyoma

J. Golesheva, I. Kulavskii, E. Gabidullina, E. Miyanova  
State Educational Institution «Bashkir State Medical University», Municipal Institution Polyclinic № 43, Ufa

#### Резюме

Цель исследования: оптимизация эффективности оперативного лечения миомы матки путем применения комплексной системы лечебно-реабилитационных мероприятий в послеоперационном периоде.

Материал исследования: обследовано 124 женщины: 86 женщин после гистерэктомии без придатков и 38 пациенток с интактной маткой (средний возраст 49,4±2,9 и 48,7±1,9 лет соответственно).

Методы исследования: общеклинические, общий и биохимический анализ крови, определение уровня фолликулостимулирующего гормона, ингибина В, психологическое анкетирование (опросник депрессии А. Т. Бека, личностная шкала тревоги Тейлора, субъективная шкала астении), УЗИ органов малого таза.

Результаты: В результате обследования выявлено снижение функциональной активности яичников среди оперированных пациенток, что характеризуется понижением уровня ингибина В, повышением фолликулостимулирующего гормона, снижением количества антральных фолликулов. У 67% оперированных женщин обнаружены значительные нарушения в психоэмоциональном статусе (тревожно-депрессивный синдром). Пациентки, перенесшие гистерэктомию, отличаются развитием в послеоперационном периоде глубоких метаболических нарушений (дислипидемии, диспротеинемии).

Заключение: выявлены значительные нарушения в состоянии здоровья женщин, перенесших гистерэктомию, что диктует необходимость проведения реабилитации женщин после гинекологической операции. Сроки начала применения заместительной гормонотерапии определяются в зависимости от преморбидного фона, сроков появления климактерических симптомов и степенью адаптации психологического и соматического состояния женщины.

**Ключевые слова:** гистерэктомию, миома матки, послеоперационная реабилитация.

#### Summary

The objective of the study: to optimize leiomyoma surgical treatment efficacy by means of application of a complex therapeutic and rehabilitation treatment system in the postoperative period.

The material of the study: 124 women have been examined: 86 of them after hysterectomy without adnexa and 38 with their uterus intact (of the average age of 49,4±2,9 and 48,7±1,9 respectively).

The research methods: clinical study, common and biochemical blood analyses, follicle-stimulating hormone, inhibin B level tests, psychological questioning (A.T. Back depression questionnaire, Taylor personal anxiety score, subjective score of asthenia), pelvic ultrasound.

The results: The examination has shown ovaries functional activity reduction among the operated patients, which is characterized by a lower inhibin B level, a higher follicle-stimulating hormone level, and fewer antrum-containing follicles. Considerable abnormalities in psycho-emotional state (anxiety and depressive syndrome) have been detected in 67% of operated women. It is characteristic that serious metabolic disorders (dislipidemia, disproteinemia) develop in patients after hysterectomy.

Conclusion: there have been considerable health disorders revealed in women after hysterectomy, which makes it necessary to carry out rehabilitation treatment of women after gynecological surgery. The starting date of substitutive hormoneotherapy application is defined depending on the premorbid background, the time of climacteric syndromes onset and the degree of psychological and somatic state adaptation of a certain woman.

**Key words:** hysterectomy, hysteromyoma, postoperative rehabilitation.

#### Введение

Проблема реабилитации пациенток, перенесших гистерэктомию по поводу миомы матки, на сегодняшний день остается до конца не решенной. До сих пор существуют разногласия относительно целесообразности диспансерного наблюдения больных после удаления матки.

Ю. М. Голешева — врач акушер-гинеколог первой категории, МУ поликлиника №43;

Е. В. Кулавский — к. м. н., ассистент кафедры акушерства и гинекологии с курсом ИПО БГМУ, врач акушер-гинеколог первой категории, РКБ им. Куватова;

Э. Р. Габидуллина — врач общей практики, МУ поликлиника №43;

Э. Н. Миянова — врач ультразвуковой диагностики, МУ поликлиника №43.

Разработка методов реабилитации женщин после оперативного лечения продолжает оставаться одной из актуальных проблем в гинекологии [2, 3, 4, 6]. Гистерэктомия является наиболее распространенной гинекологической операцией. На долю гистерэктомии приходится до 38% полостных гинекологических операций. В последние годы отмечается рост гинекологической патологии, требующей радикального вмешательства на матке, вместе с этим растет контингент оперированных женщин, имеющих неблагоприятные последствия после операции, влияющие на процессы реабилитации [1, 3, 4, 5, 7, 8]. Имеются работы, подчеркивающие соматические, психические и сексуальные последствия удаления матки. Большинство оперированных пациенток вынуждены оставаться наедине со своими многочисленными проблемами. По-новому взглянуть на состояние здоровья этих женщин позволяют исследования, изучающие системные изменения в организме больных после гистерэктомии. В настоящее время признают, что гистерэктомия влияет на многие аспекты женского здоровья. После удаления матки развивается синдром постгистерэктомии, характеризующийся появлением соматических, нейроэндокринных и психических последствий. Нейровегетативные, эндокринно-метаболические нарушения и психоэмоциональный дискомфорт, развивающиеся на фоне гормонального дефицита, отражаются на состоянии общего здоровья, трудоспособности и качестве жизни женщины. [3, 4, 5, 9, 10] В последнее время особое внимание стало уделяться изучению качества жизни в медицине, что позволило существенно изменить традиционные взгляды на проблему болезни и больного. Возрос интерес к влиянию различных заболеваний и методов лечения на повседневную жизнь человека. Повышение качества жизни больного является конечной целью лечения. Одним из основных методов повышения качества жизни и эффективности проведенного оперативного лечения является использование комплексной системы лечебно-реабилитационных мероприятий.

**Цель:** оптимизация эффективности оперативного лечения миомы матки путем применения комплексной системы лечебно-реабилитационных мероприятий с использованием медикаментозных и альтернативных способов на основании изменений, произошедших в организме женщины после удаления матки.

## Материал и методы

В исследовании приняли участие 124 пациентки: 86 женщин, перенесших гистерэктомию без придатков по поводу миомы матки, которые составили основную группу, и 38 женщин

без гинекологического оперативного вмешательства, составившие сравнительную группу.

Оперативное лечение было осуществлено лапаротомическим доступом. Послеоперационный период у всех пациенток протекал без осложнений. Средний срок после операции составил  $17,1 \pm 1,2$  месяцев. Кроме общеклинических методов, включающих изучение данных общего и гинекологического анамнеза, преморбидного фона, анализа клиничко-лабораторных данных, применяли специальное анкетирование для выявления психоэмоциональных нарушений (опросник депрессии А. Т. Бека, личностная шкала тревоги Тейлора, субъективная шкала астении). Оценка степени тяжести климатерического синдрома проводилась с помощью модифицированного менопаузального индекса Н. Куррегман в модификации Е. В. Уваровой — ММИ. Состояние метаболизма оценивали, определяя уровень общего холестерина (ОХС), липопротеидов низкой и высокой плотности (ЛПНП, ЛПВП), триглицеридов (ТРГ), индекс атерогенности (ИА) по формуле А.Н. - Климова. Липидный профиль определяли методом ферментативного гидролиза на полуавтоматическом анализаторе. Контроль состояния яичников осуществляли ультразвуковым методом. Функциональную активность оставшихся яичников оценивали по уровню содержания в крови ФСГ (фолликулостимулирующего гормона) и ингибина В методом ИФА.

Динамическую оценку психоэмоционального состояния, метаболических изменений проводили через 6, 18 и 36 месяцев после операции.

Статистическую обработку результатов исследования проводили на персональном компьютере с помощью пакета прикладных программ «Statistica 6,0» (StatSoft, США). Результаты представлены в виде средней арифметической и ее стандартного отклонения или в виде процента от анализируемой группы. Для анализа данных использовали параметрические методы. Достоверными различия между группами принимали при  $p < 0,05$ .

## Результаты и обсуждение

Анализируя результаты обследования, было выявлено, что обе сравниваемые группы не имели статистически значимых различий по возрасту (средний возраст основной группы составил  $49,4 \pm 2,9$  лет, в контрольной группе  $48,7 \pm 1,9$  лет), и ряду социально-гигиенических показателей (семейное положение, жилищные условия, наличие работы, уровень образования). Исследование показало, что в группе пациенток, перенесших гистерэктомию, имеет место неблагоприятный преморбидный фон, высок уровень перенесенных и сопутствующих заболеваний. Выявлены значительные нарушения в

гинекологическом статусе этих женщин. Обращает внимание наличие большого количества беременностей (в среднем  $5,5 \pm 2,4$ ) указания на перенесенные воспалительные процессы матки и ее придатков. Частота инфекций влагалища составила 68%, заболеваний шейки матки — 40,9%. У 54,5% больных имел место хронический воспалительный процесс придатков матки, у 65,4% в анамнезе был хронический эндометрит, в 56,4% случаев миома матки сочеталась с гиперпластическими процессами в эндометрии, аденомиоз обнаружен у 37,3% больных. Полученные данные свидетельствуют о высокой частоте соматической патологии у оперированных пациенток, причем преимущественно выявляются нарушения со стороны сердечно-сосудистой системы и желудочно-кишечного тракта. Частота встречаемости гипертонической болезни составляет 47%, заболеваний органов пищеварения — 54,7%.

Результаты специального анкетирования свидетельствуют о том, что пациентки основной группы имеют более низкие показатели качества жизни. В ходе интервьюирования обнаружено, что аффективная симптоматика развивается у 67% оперированных женщин.

В клинической картине этих состояний основными являются тревожные и депрессивные нарушения. С увеличением длительности послеоперационного периода усугубляется неблагоприятное влияние гистерэктомии на психоэмоциональный статус.

Выявлен более высокий уровень тревоги ( $M=24,48 \pm 7$ ) у оперированных, чем в сравниваемой группе ( $M=17,5 \pm 8$ ),  $p < 0,001$ . Через 6 месяцев после операции не выявлено достоверных различий по уровню тревоги с контрольной группой, однако через 1,5 года после операции уровень тревожности женщин, перенесших гистерэктомию, повысился и явился самым высоким за весь период наблюдения ( $M=28,2 \pm 8$ ). Депрессивные явления встречаются у 59,5% оперированных. Средний балл депрессивных проявлений по данным анкетирования основной группы составил  $11,9 \pm 6$ , в контрольной —  $8,9 \pm 6$  ( $p < 0,05$ ). Депрессивные явления усилились спустя 1,5 года после операции ( $M=13 \pm 8$ ). Анализируя степень выраженности астенических проявлений у женщин основной группы, выявляются наибольшие отличия касающиеся физической астении ( $M=10,1 \pm 4$ ) и пониженной активности ( $M=9 \pm 4$ ),  $p < 0,001$ .

В результате исследования выявлено, что у женщин, перенесших гистерэктомию, обнаружены глубокие метаболические изменения. У больных основной группы отмечается достоверное увеличение содержания ОХС через 3 года после операции —  $M=6,07 \pm 0,87$  ( $M=5,5 \pm 0,9$  в группе сравнения), увеличение содержания

ЛПНП ( $M=3,23 \pm 0,75$ , против  $M=2,55 \pm 0,81$  у женщин с интактной маткой) достоверно повышается к третьему году после гистерэктомии, а также снижение содержания ЛПВП ( $M=1,12 \pm 0,52$ ), снижение содержания ХС-ЛПВП приводит к уменьшению возможности удаления холестерина из стенок сосудов. Уровень общего холестерина выше допустимой нормы ( $> 5,2$  ммоль/л) был у 54 (62,7%) пациенток, повышенный уровень ( $> 6,5$  ммоль/л) — у 21 (24,4%); липопротеиды низкой плотности превышали норму ( $> 2,5$  ммоль) у 56 (65,1%) женщины, содержание более 3,5 ммоль/л — у 23 (26,7%); уровень липопротеидов высокой плотности менее 1,3 ммоль/л был у 10 (11,6%) пациенток. Содержание триглицеридов выше 1,69 ммоль/л выявлено у 21 (24,4%), более 2,3 ммоль/л у 11 (12,8%), уровень общего белка крови более 80 г/л — у 43 (50%).

У оперированных больных выявлена тенденция к увеличению массы тела и уровня артериального давления, положительно коррелирующие со сроком, прошедшим после операции. Известно, что избыточная масса тела в сочетании со снижением гормональной функции яичников, является дополнительным фактором риска развития атеросклероза и ишемической болезни сердца.

Анализ полученных данных показал наличие достоверных различий в содержании ФСГ и ингибина В в обследуемых группах. Уровень ФСГ в основной группе пациенток составил  $25,9 \pm 2,7$  МЕ/л, в сравниваемой —  $14,4 \pm 2,9$  МЕ/л ( $p < 0,05$ ). Низкий уровень ингибина В (0-40 пг/мл) зарегистрирован у 66 (77,2%) пациентки, в среднем его уровень составил  $29,4 \pm 3,9$  пг/мл. Низкое содержание ингибина В у женщин в контрольной группе выявлено в 22 (57,6%) случаях. Среднее содержание ингибина В в плазме крови в сравниваемой группе —  $50,6 \pm 7,8$  пг/мл. Так же установлены различия в количестве антральных фолликулов у оперированных и неоперированных пациенток. У женщин с операцией на матке в среднем оказалось 3,5 фолликула, с интактной маткой — 5 ( $p < 0,01$ ). Объем яичников у пациенток обеих групп достоверно не отличался и составил  $4,9-5,07$  см<sup>3</sup>.

Полученные данные позволяют сделать заключение, что гистерэктомия способствует снижению функциональной активности яичников, о чем свидетельствуют снижение овариального резерва оперированных пациенток, низкое содержание ингибина В и повышение уровня ФСГ.

Таким образом, выявленные значительные нарушения в состоянии здоровья женщин, перенесших гистерэктомию, диктуют необходимость проведения реабилитации женщин после гинекологической операции. Поскольку

причиной всех неблагоприятных последствий является снижение гормонопродуцирующей функции яичников, необходимость назначения гормонов с заместительной целью после гистерэктомии в менопаузе является общепризнанной [3, 4].

Сроки начала применения заместительной гормонотерапии должны определяться в зависимости от появления климактерических симптомов и степенью адаптации психологического и соматического состояния женщины. При наличии абсолютных и относительных противопоказаний к заместительной гормональной терапии, существующих предрасположениях против приема гормональных средств, возможна терапия средствами растительного происхождения — фитоэстрогенами (Ременс, Климадинон и др.). Учитывая наличие сопутствующей экстрагенитальной патологии, необходимо привлекать специалистов смежных специальностей для коррекции имеющихся патологических состояний. В первую очередь это касается проведения профилактики развития или усугубления сердечно-сосудистых заболеваний. С этой целью возможно назначение антиагрегантов и антигипертензивных средств (ингибиторы АПФ) по показаниям. Для адекватного лечения психозомоциональных и поведенческих нарушений у женщин, перенесших оперативное лечение, возможно назначение антидепрессантов с седативным действием (Феварин, Паксил) при выраженной возбудимости или со стимулирующим эффектом (Золофт, Флуоксетин) в случае преобладания тоскливо-апатичного эффекта с заторможенностью и вялостью.

Суть проводимых лечебно-реабилитационных мероприятий у женщин с удаленной маткой вытекает, исходя из той клинической ситуации, которая сложилась после оперативного вмешательства, и сопутствующих экстрагенитальных заболеваний.

### Литература

1. Аккер Л. В., Павлова А. Л., Гальченко А. И. Клинические и метаболические последствия хирургической и естественной менопаузы и их гормональная коррекция. Рос. вестн. акуш.-гин. 2007; 1:46-50.
2. Андреев А. Н., Изможерова Н. В., Попов А. А. Оценка влияния гистерэктомии на состояние сердечно-сосудистой системы. Рос. вестн. акуш.-гин. 2007; 6:45-47.
3. Доброхотова Ю. Э. Ливнал в лечении синдрома постгистерэктомии. Гинекология. 2007; 4(4):178-180.
4. Изможерова Н. В., Попов А. А., Обоскалова Т. А., Андреев А. Н. Соматическая патология и депрессивные расстройства у жительниц Екатеринбурга с хирургической менопаузой. УрМЖ. 2006; 2:21-25.
5. Локтинова О. Е., Бреусенко В. Г., Голова Ю. А. Прим. конъюгированных эстрогенов для лечения климактерических расстройств после гистерэктомии у пациенток в перименопаузе. Гинекология. 2006; 3(4):116-120.
6. Ниязгян А. И. Фитоэстрогены. Пробл репрод 2000; 3:13-20.
7. Осипова А. А., Казначеева Т. В. Фитоэстрогены в реабилитации женщин, перенесших гистерэктомию без придатков. Пробл репрод 2007; 5:93-97.
8. Харисова И. М., Шарафутдинова Н. Х. Статистич. методы в мед и здравоохран. Уфа: Изд-во БГМУ, 1999; 145с.
9. Юренина С. В., Каменецкая Г. Я. Депрессивные расстройства у женщин в пери- и постменопаузе. Гинекология. 2007; 9(2):40-44.
10. Anhtony M. S., Clarkson T. B., Williams J. K. Effects of soy isoflavones on atherosclerosis: potential mechanisms. Am. J. Clin. Nutr. 1998; 68:1390S.
11. Dennerstein L. Depression in the menopause. J. Obstet. Gynecol. Clin. North Amer. 1987; 14(1):33-48.
12. Epperson C. N. et al Gonadal steroids in the treatment of mood disorders. Psychosomatic Medicin 1999; 61:181-188.

## Возможности диагностики продолженного роста и рецидивов рака яичников

И. М. Болдогоева

ОГУЗ СООД (Свердловский областной онкологический диспансер), отделение лучевой диагностики, г. Екатеринбург

### Possibilities of the diagnostics of ovarian cancer recurrens

I.M. Boldogoeva

Regional cancer hospital, Ekaterinburg, Diagnostic Radiology department

#### Резюме

**Цель исследования:** показать возможности лучевых и лабораторных методов исследования в диагностике продолженного роста и рецидивов рака яичников с определением их информативности.

**Материалы и методы:** данные обследования 180 женщин с верифицированным эпителиальным раком яичников, прошедших через отделение лучевой диагностики Свердловского областного онкологического диспансера.

**Результаты:** основными ультразвуковыми критериями рецидива рака яичников являются: образование в полости малого таза 71(55,5%), асцит 23(18%), лимфаденопатия забрюшинного пространства 12(9,4%), канцероматоз брюшины 8(6,3%). По-

И. М. Болдогоева — кандидат медицинских наук