

УДК 618.14-006:618.14-072.1

Г. Б. Щербина, канд. мед. наук, доц.

ВПЛИВ ОПЕРАТИВНОГО ДОСТУПУ ПРИ ВИКОНАННІ ГІСТЕРЕКТОМІЇ НА ПСИХОЕМОЦІЙНИЙ СТАН ПАЦІЄНТОК З ПЕРЕДРАКОВИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ І РАКОМ ЕНДОМЕТРІЯ РАННІХ СТАДІЙ

Одеський державний медичний університет, Одеса, Україна

УДК 618.14-006:618.14-072.1

А. Б. Щербина

ВЛИЯНИЕ ОПЕРАТИВНОГО ДОСТУПА ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ГИСТЕРЭКТОМИИ НА ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПАЦИЕНТОК С ПРЕДРАКОВЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ И РАКОМ ЭНДОМЕТРИЯ РАННИХ СТАДИЙ

Одесский государственный медицинский университет, Одесса, Украина

Изучены особенности операций, послеоперационного периода и психоэмоциональное состояние 150 пациенток с атипической гиперплазией и малоинвазивным раком эндометрия и сопутствующим ожирением, перенесших гистерэктомию из различных хирургических доступов: лапароскопического, вагинального, трансабдоминального. Полученные данные свидетельствуют о выраженном влиянии оперативного доступа на психоэмоциональное состояние больных, что целесообразно учитывать наряду с другими клиническими факторами.

Ключевые слова: ранний рак эндометрия, оперативный доступ, психоэмоциональное состояние больных.

UDC 618.14-006:618.14-072.1

G. B. Shcherbina

THE INFLUENCE OF OPERATIVE ACCESS IN HYSTERECTOMY ON THE PSYCHOEMOTIONAL STATUS OF PATIENTS WITH PRECANCER DISEASES AND EARLY ENDOMETRIAL CANCER

The Odesa State Medical University, Odesa, Ukraine

The peculiarities of operations, postoperative period and psychoemotional status of 150 patients with atypical hyperplasia or early endometrial cancer and concomitant obesity were investigated. The laparoscopic, vaginal and abdominal hysterectomies were applied. It was discovered that operative access in hysterectomy exerts significant influence on the psychoemotional status of patients, so, this factor is very important.

Key words: early endometrial cancer, operative access, psychoemotional status of patients.

Актуальність проблеми

Основним методом лікування початкових стадій раку ендометрія (РЕ) є хірургічний в обсязі лапаротомії, екстирпації матки з придатками [1; 7]. Останнім часом була продемонстрована низка переваг лапароскопічної гістеректомії [4; 10], при цьому зберігаються основні принципи ведення хворих із злоякісною патологією [9].

У 60–70 % випадків хворі на РЕ страждають на супровідні захворювання, що істотно підвищує ризик анестезіологічної допомоги та хірургічних ускладнень [1], а у 13 % випадків соматичний стан хворих перешкоджає виконанню операції [7]. Водночас, при дотриманні деяких умов, методом вибору для цих хворих може бути вагінальна гістеректомія [3; 4]. Нами були проведені дослідження, які переконливо продемонстрували переваги індивідуалізованого підходу до вибору оперативного доступу у хворих на атипову гіперплазію ендометрія (АГЕ) та із початковим раком ендометрія у вигляді зниження частоти інтра- та післяопераційних ускладнень, збільшення охоплення хворих хірургічним лікуванням [6]. У той

же час важливою складовою якості життя, роль якої важко переоцінити, є психоемоційний стан пацієнток, які одержують різне лікування [2; 5].

Метою даної роботи є оцінка впливу оперативного доступу при виконанні гістеректомії на психоемоційний стан хворих із АГЕ і початковими стадіями РЕ з супровідним ожирінням та іншою екстрагенітальною патологією.

Матеріали та методи дослідження

Нами проаналізовані особливості хірургічних втручань, перебіг післяопераційного періоду, наявність ускладнень та інші показники у 150 пацієнток, що були прооперовані у зв'язку зі злоякісною патологією ендометрія в клініках ОДМУ з 2000 по 2004 рр. У 85 випадках у хворих була діагностована АГЕ (преінвазивна карцинома), у 65 — малоінвазивний РЕ.

Залежно від оперативного доступу, хворих розділили на 3 групи: I групу (основну) утворили 54 пацієнтки, в яких застосовані операції з використанням лапароскопічної техніки; 30 хворим (група порівняння) у зв'язку з тяжкою супровідною патологією, наявністю протипоказань як

до абдомінального, так і лапароскопічного втручання, виконана гістеректомія з вагінального доступу; до III групи (контрольної) ввійшли 66 жінок, у яких операції були виконані шляхом череворозтину.

У роботі використані загальноклінічні, морфологічні, лабораторні, інструментальні методи. Враховуючи важливу роль психологічного стану людини в боротьбі з хворобою, вважали доцільним вивчити деякі найважливіші показники психоемоційного стану обстежених жінок [2; 5]. Рівень тривожності оцінювали за допомогою шкали особистісної (ОТ) та реактивної тривожності (РТ) Ч. Д. Спілберґера — Ю. Л. Ханіна [8]. Для диференційної діагностики депресивних станів і станів, близьких до депресії використовували опитувальник Зунґе в адаптації Т. І. Балашової. Також був використаний тест на самооцінку стресостійкості особи [8].

Результати дослідження та їх обговорення

Вік хворих у досліджуваних групах становив ($56,8 \pm 2,1$) року в I, ($64,2 \pm 4,2$) у II і ($59,1 \pm 2,2$) у III групах відповідно. Супровідною патологією в пацієток у всіх групах було ожиріння, при цьому маса тіла становила від 92 до 160 кг, індекс Кетле вірогідно не відрізнявся, коливався від 28 до 50 і становив $42,2 \pm 2,1$, $40,2 \pm 2,6$ та $36,3 \pm 1,8$ у I, II та III групах відповідно.

Порівняльний аналіз показав, що ранній і пізній післяопераційний період при лапароскопічному та вагінальному доступі порівняно з абдомінальним перебігає сприятливіше. Виключення з обсягу оперативного втручання розрізу передньої черевної стінки — основного джерела соматичного болю в післяопераційному періоді — різко змінює його перебіг. Після того як закінчується дія анестезіологічної допомоги, швидко відновлюється рухова активність хворих. Мінімальна травма передньої черевної стінки або її відсутність сприяє швидкому відновленню функцій кишечника та сечового міхура, діяльності серцево-судинної системи. За відсутності післяопераційних ускладнень на 3-тю–4-ту добу пацієток можна переводити на амбулаторний режим лікування, тимчасом як при абдомінальних доступах післяопераційний період триває від 8 до 12 діб. Для пацієток з ожирінням питання вибору оперативного доступу особливо актуальне через високу частоту післяопераційних ускладнень у ділянці лапаротомної рани. Результати порівняльного аналізу наслідків лікування при різних оперативних доступах опубліковані нами раніше [6].

Описані в попередніх публікаціях клінічні особливості захворювання були доповнені вивченням психоемоційного стану жінок з атиповою гіперплазією та раком ендометрія до і після проведення операцій.

Насамперед, вивчали показник тривожності (таблиця).

Очевидно, що показник ОТ після операції не змінився та свідчив про наявність переважно середньої тривожності у прооперованих жінок. На відміну від попереднього показника, відмічалися різноспрямовані зміни РТ у післяопераційному періоді. Так, у пацієток I клінічної групи (лапароскопічний доступ), що мали високу РТ у передопераційному періоді ($45,1 \pm 0,7$), виявлено вірогідне зниження показника РТ до меж, що свідчать про наявність середньої тривожності ($42,0 \pm 0,5$; $P < 0,05$). Одночасно у пацієток III клінічної групи, які мали до операції середні показники РТ ($43,5 \pm 0,5$), наставало вірогідне збільшення цього показника в післяопераційному періоді ($46,7 \pm 0,9$; $P < 0,05$), що свідчило про зростання тривожності у жінок, які перенесли лапаротомні гістеректомії. У групі жінок, що продемонстрували до операції максимальні значення РТ (II клінічна група), відзначалися стабільно високі значення показника, що вивчався, і в післяопераційному періоді.

Динаміка іншого важливого показника психоемоційного стану жінок — депресивності проілюстрована на рис. 1.

Як видно з рис. 1, нами було виявлено вірогідне зменшення показника депресивності в післяопераційному періоді у пацієток, які перенесли

Таблиця
Середні значення ОТ і РТ у жінок з атипичною гіперплазією та раком ендометрія до і після операції, $M \pm m$

Показники	Клінічні групи		
	I, n = 54	II, n = 30	III, n = 66
ОТ:			
до операції	$36,4 \pm 0,8$	$38,5 \pm 1,1$	$36,1 \pm 1,0$
після операції	$36,1 \pm 0,9$	$38,0 \pm 2,2$	$37,4 \pm 2,1$
РТ:			
до операції	$45,1 \pm 0,7$	$48,2 \pm 0,9^{**}$	$43,5 \pm 0,5$
після операції	$42,0 \pm 0,5^*$	$47,5 \pm 1,1^{**}$	$46,7 \pm 0,9^{*, **}$

Примітка. * — вірогідні відмінності з показником до операції; ** — вірогідні відмінності з попередньою групою.

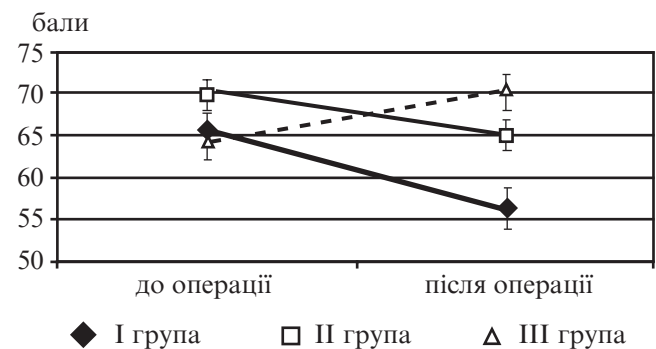


Рис. 1. Динаміка показника депресивності у пацієток з атипичною гіперплазією та раком ендометрія після операції

лапароскопічні втручання (І група) та черезвагінальні гістеректомії (ІІ група). На відміну від таких, пацієнтки, яким виконані операції з використанням лапаротомного доступу, продемонстрували вищу, ніж перед операцією, депресивність.

Одночасно відзначалася наявність стабільних показників стресостійкості у пацієнток, які перенесли різні операції, що продемонстровано на рис. 2.

Пацієнтки І і ІІІ клінічних груп до операції характеризувалися наявністю середніх показників стресостійкості, які зберігалися у них і в післяопераційному періоді. Жінки ІІ клінічної групи відрізнялися низькою стресостійкістю, яка також зберігалася після операції.

Узагальнюючи отримані дані, слід зазначити, що факт використання того або іншого виду доступу для проведення гістеректомій у жінок з атиповою гіперплазією та раком ендометрія супроводжувався деякими вірогідними змінами їх психоемоційного стану, що істотно впливають на якість життя жінок і, можливо, на характер перебігу післяопераційного періоду, подальшого лікування та реабілітації. Так, використання лапароскопічних технологій сприяло зменшенню реактивної тривожності та депресивності жінок при стабільних показниках їх ОТ і стресостійкості.

Використання трансабдомінальної гістеректомії призводило до зростання показника РТ і депресивності при стабільних показниках ОТ і стресостійкості.

Піхвова гістеректомія не викликала змін тривожності жінок (як ОТ, так і РТ) і їх стресостійкості, але сприяла зменшенню депресивності пацієнток. Імовірно, вибір методу операції, її доступу, як і техніка самого втручання, істотно не впливають на початкові, природжені характеристики жінок, зокрема на ОТ і стресостійкість. Проте вони відіграють певну роль у формуванні більш лабільних характеристик психоемоційного стану особи, таких як реактивна тривожність і депресивність. На нашу думку, ці фактори слід враховувати нарівні з іншими клінічними перевагами та недоліками кожного методу оперативного лікування з метою підвищення ефективності лікування і якості життя хворих.

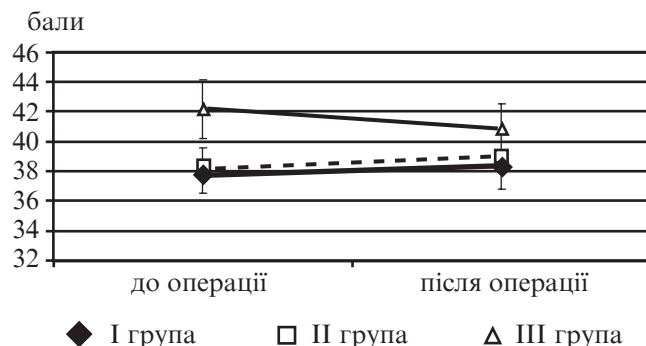


Рис. 2. Стресостійкість пацієнток з атиповою гіперплазією та раком ендометрія до та після операції

Висновки

1. У хворих на АГЕ і РЕ з супровідним ожирінням, що перенесли лапароскопічну гістеректомію, було відмічено вірогідне зменшення реактивної тривожності з $45,1 \pm 0,7$ до $42,0 \pm 0,5$.

2. При лапароскопічній і піхвовій гістеректомії наголошується зниження депресивності з $67,5 \pm 1,8$ до $60,8 \pm 1,6$ і з $70,0 \pm 1,6$ до $65,0 \pm 1,4$ відповідно ($P < 0,05$).

3. Після трансабдомінальних гістеректомій показники РТ і депресивності зростають з $43,5 \pm 0,5$ до $46,7 \pm 0,9$ ($P < 0,05$) і з $64,5 \pm 1,7$ до $70,0 \pm 1,9$ відповідно ($P < 0,05$).

4. Отримані дані свідчать про виражений вплив оперативного доступу на психоемоційний стан хворих, що доцільно враховувати разом з іншими клінічними факторами.

ЛІТЕРАТУРА

1. Бохман Я. В. Руководство по онкогинекологии / Я. В. Бохман. — Л. : Медицина, 2002. — 464 с.
2. Винник М. И. Личность и пограничные нервно-психические расстройства инволюционного генеза у женщин / М. И. Винник // Архив психиатрии. — 1997. — № 3-4. — С. 140-143.
3. Возможности влагалищного оперативного доступа при выполнении гистерэктомии / О. Н. Шалаев, Г. Ф. Тотчиев, О. С. Ашахман [и др.] // Лапароскопия и гистероскопия в гинекологии и акушерстве. — М. : ПАНТОРИ, 2002. — С. 54-56.
4. Гистерэктомия: лапароскопическая или вагинальная? / В. Н. Запорожан, И. З. Гладчук, Н. Н. Рожковская, О. Н. Надворная // Современные технологии в диагностике и лечении гинекологических заболеваний : сб. статей. — М., 2004. — С. 81-82.
5. Дорошенко М. М. Особливості психологічних типів осіб з соматичними та психічними розладами / М. М. Дорошенко, О. С. Зубрицький // Український медичний часопис. — 2003. — № 2 (34). — С. 140-144.
6. Запорожан В. Н. Дифференцированный подход к выбору оперативного доступа при хирургическом лечении рака эндометрия I стадии у пациенток с ожирением / В. Н. Запорожан, И. З. Гладчук, А. Б. Щербина : зб. наук. праць Асоціації акушерів-гінекологів. — К., 2004. — С. 185-190.
7. Кузнецов В. В. Хирургическое лечение рака тела матки / В. В. Кузнецов, В. М. Нечушкина // Практическая онкология. — 2004. — № 17. — С. 25-32.
8. Райгородский Д. Я. Практическая психодиагностика : методики и тесты / Д. Я. Райгородский. — Самара, 1998.
9. Langebrekke A. Laparoscopic surgery in patients with endometrial cancer / A. Langebrekke, O. Istre, M. Onsrud // Gynaecol Oncol. — 1999. — Vol. 73, N 1. — P. 22-27.
10. Reich H. Laparoscopic hysterectomy / H. Reich, J. De Caprio, F. McGlynn // J. Gynecol. Surg. — 1989. — Vol. 5. — P. 213-216.