



Реабилитация пациенток с неврологическими нарушениями после гистерэктомии

З.Р. Умаханова, Т.С. Магомедова, Л.Г. Гейбатова, А.Э. Эседова

Адрес для переписки: Тейли Султановна Магомедова, mteyli@mail.ru

Для цитирования: Умаханова З.Р., Магомедова Т.С., Гейбатова Л.Г., Эседова А.Э. Реабилитация пациенток с неврологическими нарушениями после гистерэктомии. Эффективная фармакотерапия. 2024; 20 (27): 12–15.

DOI 10.33978/2307-3586-2024-20-27-12-15

Материал и методы. *Обследованы 136 пациенток с неврологическими расстройствами после гистерэктомии. Пациентки были разделены на две группы – основную и контрольную: 74 (54,4%) больным основной группы назначали Дивигель и Бринтелликс, 62 (45,6%) пациенткам контрольной группы – Дивигель. Наряду с общепринятыми методами обследования использовались госпитальная шкала тревоги и депрессии HADS, шкала Гамильтона, шкала самооценки депрессии Бека BDI и опросник качества жизни.*

Результаты. *Тревожно-депрессивный синдром выявлен у 39 (52,8%) пациенток основной и 32 (51,7%) контрольной группы после операции и у 28 (37,9%) и 27 (43,5%) пациенток соответственно – через три месяца. Указанная симптоматика наблюдалась у 21 (28,3%) обследованной основной и 22 (35,4%) контрольной группы через шесть месяцев и у 13 (17,5%) и 18 (29,0%) больных соответственно через год. У 17 (23,0%) пациенток основной и 15 (24,1%) пациенток контрольной группы имела место гинекологическая патология. Через три месяца жалобы отмечались у 10 (15,3%) больных основной и 9 (16,3%) контрольной группы, через шесть месяцев – у 5 (7,7%) и 5 (9,0%), через год – у 1 (1,5%) и 3 (5,4%) пациенток соответственно.*

Заключение. *Реабилитация после гистерэктомии сокращает срок физического и психоэмоционального восстановления больных.*

Ключевые слова: *гистерэктомия, тревога, депрессия, качество жизни, урологические нарушения*

Введение

В оперативной гинекологии частота гистерэктомии достигает 23–35% [1–3]. После удаления матки, даже при сохранении яичниковой ткани, наблюдается менопаузальная клиническая картина, проявляющаяся психоэмоциональными и нейровегетативными изменениями. Отмечаются также нарушения в обменно-эндокринной системе из-за гормональных нарушений половых стероидов [4, 5].

Наиболее частое проявление неврологического осложнения у пациенток с гистерэктомией в послеоперационном периоде, согласно теории центральной сенсibilизации, – хроническая тазовая боль [6–8].

Выявляемая после удаления матки, травматическая неврома снижает качество жизни и значительно ограничивает повседневную деятельность женщин. При этом возникают хронический болевой



синдром, усиливающийся при физической нагрузке, боль при акте дефекации, диспареуния [9, 10]. На фоне гормонального дефицита половых стероидов, депрессивного состояния и снижения самовосприятия, которое часто встречается после операции, наблюдается снижение полового влечения и либидо [11–13].

Хронический болевой синдром, озноб и жар, гипер- и инсомния, громкий храп, нарушение дыхания во сне, периодический кашель и другие клинические симптомы, которые регистрируются у каждой второй пациентки после гистерэктомии, приводят к нарушению качества сна, усугубляют тревожно-депрессивные проявления и снижают качество жизни. При этом сохраняется риск развития депрессивно-подобных аффективных расстройств из-за эстроген-дефицитного состояния после гистерэктомии [14, 15].

Стрессовое недержание мочи, чувство неполного опорожнения мочевого пузыря, потребность в многократном мочеиспускании в течение дня и/или ночи, затрудненное и болезненное мочеиспускание – далеко не все нарушения мочевыводящей системы, наблюдаемые у 25% женщин после удаления матки [16, 17].

Таким образом, психологический дискомфорт после гистерэктомии влечет за собой неврологические нарушения, такие как хроническая тазовая боль, расстройство сна, сексуальные расстройства, изменения мочевыделительного тракта, невралгии и травматические невромы.

Материал и методы

Проведено комплексное обследование 136 пациенток с неврологическими расстройствами после гистерэктомии (средний возраст – 44,7 ± 1,3 года). Обследованные были разделены на две группы – основную и контрольную. В основную группу вошли 74 (54,4%) больные, которым в комплексе реабилитационных мероприятий назначали менопаузальную гормональную терапию (МГТ) (Дивигель) с антидепрессантом (Бринтелликс). Контрольную группу представляли 62 (45,6%) пациентки, применявшие Дивигель местно. Бринтелликс назначали в дозе 5–20 мг один раз в сутки. У пациенток с нарушением сна допускалось назначение небольших доз транквилизаторов на ночь. В рамках МГТ пациентки получали препарат Дивигель 1,0 г – гель для трансдермального применения.

Наряду с общепринятыми методами обследования (гематологические, биохимические, бактериоскопические) использовались госпитальная шкала тревоги и депрессии HADS, шкала Гамильтона, шкала самооценки депрессии Бека (Beck Depression Inventory – BDI) и опросник качества жизни.

Результаты и обсуждение

При обследовании выявлены 36 (26,4%) пациенток с хроническим болевым синдромом, 4 (3,0%) – с травматической невромой, 2 (1,4%) – мононевропатией,

42 (30,9%) – расстройствами сексуальной функции, 32 (23,6%) – нарушением высшей мозговой деятельности, 15 (11,0%) – расстройством сна, 5 (3,7%) – дисфункцией нижних мочевыводящих путей и кишечника.

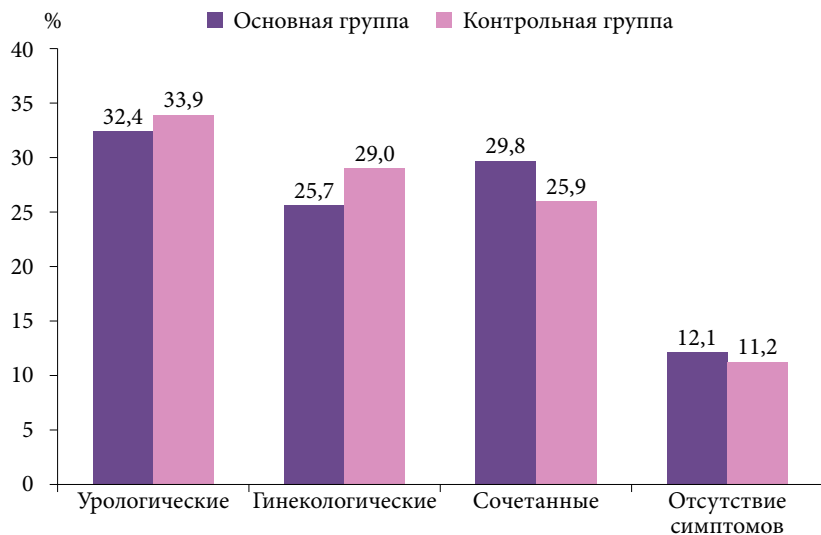
Для оценки общей депрессии после операции применялась шкала Бека BDI. После гистерэктомии умеренная степень выраженности депрессивного состояния в основной группе соответствовала 12,20 ± 2,79 балла. Через год отмечалось значительное снижение – до 3,82 ± 2,47 балла ($p < 0,001$), что соответствовало категории «отсутствие клинически выраженной депрессии». В контрольной группе изначально отмечалась депрессия умеренной степени тяжести – 13,06 ± 3,19 балла. В отдаленном периоде данный показатель снизился до 7,82 ± 3,51 балла ($p < 0,001$) – депрессия легкой степени тяжести.

Тревожно-депрессивный синдром выявлен у 39 (52,8%) пациенток основной и 32 (51,7%) контрольной группы через месяц после операции и у 28 (37,9%) и 27 (43,5%) больных соответственно по истечении трех месяцев лечения. Указанная симптоматика наблюдалась у 21 (28,3%) обследованной основной и 22 (35,4%) пациенток контрольной группы через шесть месяцев и у 13 (17,5%) и 18 (29,0%) больных соответственно через год.

Развитие депрессивного состояния ассоциируется с соматовегетативными нарушениями, клинически тягостными для женщины проявлениями, такими как головная боль, приливы с потливостью, учащенное сердцебиение. При динамическом наблюдении у таких пациенток отмечается разрыв между вегетативным пароксизмом и компонентами тревожного синдрома, хотя изначально имела место «спаянность» тревожного аффекта с соматовегетативными проявлениями. Именно нарушением сна, отдыха, аппетита, снижением массы тела, либидо и сексуальности была представлена соматическая симптоматика обследованных женщин.

Психоэмоциональное состояние пациенток, изученное в динамике, свидетельствовало о возможности психической адаптации. В основной группе после гистерэктомии устойчивое психоэмоциональное состояние зафиксировано у 18 (24,3%) пациенток, астеноневротическое и ипохондрическое – у 48 (64,8%) и 8 (10,9%), в контрольной – у 14 (22,6%), 41 (66,2%) и 7 (11,2%) больных соответственно ($p > 0,05$). На фоне применения комплексной МГТ с антидепрессантами отмечалось значительное повышение устойчивого психоэмоционального состояния – 74,3% случаев. В контрольной группе этот показатель составил 46,8%. В основной группе астеноневротическое состояние сохранялось у 16 (21,7%) пациенток, психоэмоциональное – у 3 (4,0%), в контрольной – у 27 (43,5%) и 6 (9,7%) больных соответственно.

У пациенток, получавших комплексную МГТ с антидепрессантами, оценивали качество жизни по пяти категориям:



Урогенитальные расстройства после гистерэктомии

- 1) физическая активность: основная группа – 1,78 балла, контрольная – 2,43 балла;
- 2) психическое состояние – 1,98 и 2,58 балла;
- 3) социальное функционирование – 1,33 и 1,74 балла;
- 4) ролевое функционирование – 1,13 и 1,58 балла;
- 5) сексуальное функционирование – 1,62 и 2,21 балла соответственно.

В основной группе общая самооценка состояния здоровья соответствовала 1,03 балла, в контрольной – 2,08 балла, общая самооценка качества жизни – 1,15 и 2,08 балла соответственно.

Применение МГТ с антидепрессантами при неврологических расстройствах после удаления матки важно для психоэмоционального статуса, воздействия на адаптационный механизм организма женщины, улучшения качества жизни.

Среди обследованных 65 (87,9%) пациенток основной и 55 (88,8%) пациенток контрольной группы предъявляли жалобы урологического и гинекологического характера (рисунок).

Урологические симптомы (зуд, жжение, резь и учащенное мочеиспускание, недержание мочи, потребность в многократном мочеиспускании в течение дня и/или ночи) отмечались у 24 (32,4%) пациенток основной и 21 (33,9%) больной контрольной группы, гинекологические (диспареуния, сухость влагалища, зуд, жжение и патологические, с запахом, выделения из половых путей) – у 19 (25,7%) и 18 (29,0%) больных соответственно. Сочетание урологических и гинекологических расстройств выявлено у 22 (29,8%) пациенток основной и 16 (25,9%) пациенток контрольной группы, отсутствие симптомов – у 9 (12,1%) и 7 (11,2%) пациенток соответственно.

В отдаленном периоде после операции и расширения объема хирургического вмешательства (экстирпация матки) зарегистрировано усиление урологических жалоб. Клинические признаки цистита и уретрита зафиксированы у 2 (2,8%) пациенток основной

и 2 (3,2%) больных контрольной группы через три месяца, у 4 (5,4%) и 6 (9,7%) пациенток – через шесть месяцев и у 5 (6,8%) и 9 (14,5%) больных соответственно – через год.

При анализе очевидным был эндокринный характер генеза нарушения изменений уровня Е2 и клинических проявлений мочевыводящей системы. При наличии симптоматики цистоуретрита средний уровень Е2 составил $85,5 \pm 5,8$ пг/мл, в отсутствие указанной патологии гормональный фон был достоверно ниже – $125,8 \pm 18,5$ пг/мл. В постменопаузе снижение эндокринного фона нередко наблюдается и при атрофическом генезе заболевания.

У 17 (23,0%) пациенток основной и 15 (24,1%) больных контрольной группы имела место гинекологическая патология, в частности опущение стенок влагалища с образованием цисто- и ректоцеле – 5 (6,8%) и 3 (4,9%) случаев соответственно. Через три месяца жалобы на такие нарушения оставались у 10 (15,3%) больных основной и 9 (16,3%) пациенток контрольной группы, через шесть месяцев – у 5 (7,7%) и 5 (9,0%), через год – у 1 (1,5%) и 3 (5,4%) больных соответственно.

Серьезные изменения анатомических структур вследствие гистерэктомии приводят к диспареунии, снижению либидо. Гистерэктомия влияет и на психологическую составляющую. Дискомфорт и боль во время полового акта, сухость во влагалище и снижение уровня Е2 определяют корреляционную зависимость между сексуальными расстройствами и гормональными изменениями.

Реабилитационные мероприятия следует проводить с первых месяцев после операции. Лечебная физкультура, направленная на укрепление анатомических структур, физиотерапевтические процедуры, контрастный душ, лечение в санаторно-курортных условиях направлены на повышение физической активности. При обострении соматической патологии на фоне психоэмоционального стресса после оперативного вмешательства целесообразна консультация кардиолога, терапевта и других узких специалистов.

Индивидуальный подход к выбору доз препаратов антидепрессивной группы в комплексе с МГТ, назначение седативных средств с нейролептиками по показаниям крайне важны в случае вегетоневротических изменений и нарушений обмена.

Заключение

На психологическое состояние, эмоциональный статус и физическую активность женщин, перенесших гистерэктомию, влияет комплексная реабилитация, направленная на восстановление способности к выполнению повседневных обязанностей и адаптацию. Комплексная курсовая реабилитация после гистерэктомии сокращает период физического и психоэмоционального восстановления больных, количество применяемых препаратов. *



Литература

1. Доброхотова Ю.Э., Ильина И.Ю. Синдром постгистерэктомии. Диагностика и лечение. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017.
2. Hawes E.M., Maley P.E., Won H.R., et al. Laparoscopic subtotal hysterectomy: evidence and techniques. J. Minim. Invasive Gynecol. 2013; 20 (4): 424–234.
3. Фролова Н.И., Белокрыницкая Т.Е., Баркан Т.М. и др. Медицинская реабилитация женщин репродуктивного возраста после гистерэктомии. Вестник совета молодых ученых и специалистов Челябинской области. 2018; 3 (4): 15–20.
4. Солопова А.Г., Блинов Д.В., Бегович Е. и др. Неврологические расстройства после гистерэктомии: от патогенеза к клинике. Эпилепсия и пароксизмальные состояния. 2022; 14 (1): 54–64.
5. Marion B. The serotonin theory of depression and why we use antidepressants. Br. J. Gen. Pract. 2022; 72 (725): 565.
6. Парфенов В.А., Яхно Н.Н., Зиновьева О.Е. Нервные болезни. Учебник в 2 томах. М.: МИА, 2021.
7. Верткин А.Л., Данилов А.Б. Неврология. Руководство для практических врачей. М.: Эксмо, 2021.
8. Давыдов О.С., Яхно Н.Н., Кукушкин М.Л., Чурюканов М.В. Невропатическая боль: клинические рекомендации по диагностике и лечению Российского общества по изучению боли. Российский журнал боли. 2018; 5: 5–41.
9. Никитин А.С., Кудрявцева Е.В., Камчатнов П.Р. Посттравматические болевые мононейропатии. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2023; 123 (4): 14–23.
10. Aboussouan A.B., Mandell D., Johnson J., et al. An interdisciplinary chronic pain rehabilitation program effectively treats impairment in sexual function, depression, alexithymia, and pain in women with chronic pelvic pain. J. Psychosom. Obstet. Gynecol. 2021; 42 (4): 261–271.
11. Андреева Е.Н., Шереметьева Е.В. Проблема женской сексуальности. Проблемы репродукции. 2019; 25 (3): 40–50.
12. Clayton A.H., Valladares Juarez E.M. Female sexual dysfunction. Med. Clin. North Am. 2019; 103 (4): 681–698.
13. Danesh M., Hamzehgardeshi Z., Moosazadeh M., Shabani-Asrami F. The effect of hysterectomy on women's sexual function: a narrative review. Med. Arch. 2015; 69 (6): 387–392.
14. Евстифеева Е.А., Филипченко С.И., Калантаров Т.К., Холодин С.П. Психосоматическая составляющая и качество жизни больных хирургического профиля. Архив внутренней медицины. Специальный выпуск. 2016; 61.
15. Бивалькевич В.А. Медицинская реабилитация женщин репродуктивного возраста после гистерэктомии. Вестник совета молодых ученых и специалистов Челябинской области. 2018; 3 (1): 3–6.
16. Филиппова Е.С., Борзунов И.В., Баженов И.В. и др. Дисфункция нижних мочевыводящих путей у неврологических больных. Уральский медицинский журнал. 2019; 5 (173): 169–172.
17. Сорокин Ю.Н. Нейрогенная дисфункция нижних мочевыводящих путей (нейрогенный мочевого пузыря). Российский неврологический журнал. 2021; 26 (5): 61–72.

Rehabilitation of Patients with Neurological Disorders after Hysterectomy

Z.R. Umakhanova, T.S. Magomedova, L.G. Geibatova, A.E. Esedova

Dagestan State Medical University

Contact person: Teyli S. Magomedova, mteyli@mail.ru

Material and methods. 136 patients with neurological disorders after hysterectomy were examined, divided into 2 groups. 74 (54.4%) patients of the main group were prescribed Divigel with Brintellix. 62 (45.6%) patients of the control group were prescribed Divigel. Along with the generally accepted methods of examination, the hospital HADD scale of anxiety and depression, the Hamilton Scale, the Beck self-assessment questionnaire BDI and the quality of life questionnaire were used.

Results. Anxiety-depressive syndrome was detected in 39 (52.8%) patients of the main and 32 (51.7%) control groups after surgery and in 28 (37.9%) and 27 (43.5%), respectively, after 3 months. These symptoms were observed in 21 (28.3%) of the examined main and 22 (35.4%) control groups after 6 months and in 13 (17.5%) and 18 (29.0%), respectively, after a year. Gynecological pathology was observed in 17 (23.0%) patients of the main and 15 (24.1%) of the control group. After 3 months, complaints were detected in 10 (15.3%) patients of the main and 9 (16.3%) control groups, after 6 months in 5 (7.7%) and 5 (9.0%) and a year later in 1 (1.5%) and 3 (5.4%), respectively.

Conclusion. Rehabilitation after hysterectomy shortens the time of physical and psycho-emotional recovery of patients.

Keywords: hysterectomy, anxiety, depression, quality of life, urological disorders