



Оценка качества жизни женщин с неврологическими расстройствами после гистерэктомии

З.Р. Умаханова, Т.С. Магомедова, Л.Г. Гейбатова, А.С. Абасова,
Ф.С. Мамедов

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

Для цитирования: Умаханова З.Р., Магомедова Т.С., Гейбатова Л.Г. и др. Оценка качества жизни женщин с неврологическими расстройствами после гистерэктомии. Эффективная фармакотерапия. 2024; 20 (7): 12–16.

DOI 10.33978/2307-3586-2024-20-7-12-16

Введение. Качество жизни основано на субъективном восприятии социального, физического, эмоционально-психологического состояния больного и является независимой характеристикой. После гистерэктомии снижается качество жизни и развивается ряд неврологических расстройств.

Материал и методы. Обследовано 136 пациенток после гистерэктомии с неврологическими расстройствами (средний возраст – $44,7 \pm 1,3$ года). Основную группу составили 74 (54,4%) больных, которым после операции назначали менопаузальную гормональную терапию с антидепрессантами. В контрольную группу вошли 62 (45,6%) пациентки, которые получали только менопаузальную гормональную терапию.

Результаты и обсуждение. Через три месяца качество жизни считали удовлетворительным 48 (64,9%) пациенток основной группы, плохим – 7 (9,4%). 19 (25,7%) женщин отмечали улучшение качества жизни или сохранение на прежнем уровне (хорошее). Только через год на хорошее качество жизни указали 63 (85,1%) пациентки, удовлетворительное – 7 (9,4%) и плохое – 4 (5,5%). В отдаленном периоде хорошим качеством жизни назвали абсолютное большинство обследованных (83,8%), удовлетворительным – 11 (14,9%), плохим – 1 (1,3%) пациентка.

Через три месяца после гистерэктомии хорошее качество жизни отмечали 15 (24,3%) пациенток, удовлетворительное – 29 (46,7%), плохое – 18 (29,0%). Через год 41 (66,2%) больная оценила данный показатель как хороший, 14 (22,6%) – удовлетворительный, 7 (11,2%) – плохой. В отдаленном периоде абсолютное большинство пациенток (67,8%) качество жизни определили как хорошее, 16 (25,8%) – удовлетворительное и 4 (6,4%) – плохое.

Заключение. При оценке качества жизни в предоперационном периоде имеет место снижение показателей физической активности, психического функционирования, после гистерэктомии – снижение показателей психического, ролевого и социального функционирования.

Ключевые слова: качество жизни, гистерэктомия, неврологические расстройства



Введение

На основании клинической картины, результатов лабораторно-инструментальных показателей, сроков нахождения в стационаре, послеоперационных осложнений оценивается эффективность оперативной тактики ведения пациенток. В последнее время для оценки эффективности терапии и прогноза исхода заболевания используются функциональные параметры, в частности показатели качества жизни пациенток [1–3].

Качество жизни основано на субъективном восприятии социального, физического, эмоционально-психологического состояния больного [4, 5]. По сравнению с общим статусом состояния больного во время лечения в прогностических целях оценка качества жизни является независимой характеристикой [6, 7]. При наличии гинекологической патологии одним из эффективных и часто выполняемых оперативных вмешательств считается гистерэктомия. Но после операции не исключены снижение качества жизни больных и развитие неврологических расстройств. К распространенным неврологическим послеоперационным осложнениям относятся синдром хронической тазовой боли, нарушения функционирования мочевыделительной системы, кишечника, расстройства сна, снижение сексуальной функции, мононейропатия [8].

Работ, в которых были бы отражены неврологические расстройства при оценке качества жизни пациенток, развившиеся после гистерэктомии, немного [9–11].

Материал и методы

Обследовано 136 больных после гистерэктомии (средний возраст – $44,7 \pm 1,3$ года), у которых в раннем послеоперационном и отдаленном периодах развились неврологические расстройства. Пациентки методом случайной выборки были разделены на две группы. Основную группу составили 74 (54,4%) больных, которым после гистерэктомии в комплексе реабилитационных мероприятий в отношении неврологических расстройств назначали менопаузальную гормональную терапию с антидепрессантами. В контрольную группу вошли 62 (45,6%) пациентки, применявшие традиционную менопаузальную гормональную терапию после удаления матки.

В ходе исследования использовался опросник «Качество жизни женщин», разработанный специалистами Национального медицинского исследовательского центра акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова [12], включающий такие разделы, как физическая активность, сексуальная жизнь, психическое состояние, социальная активность, ролевое функционирование, самооценка состояния здоровья, самооценка качества жизни. По пятибалльной шкале субъективно женщина оценивала самочувствие в зависимости от интенсивности ощущения, которое определялось следующим образом: 1 балл – незначительное, иногда; 2 балла – незначительное, но всегда; 3 балла – средней степени; 4 балла – повышенное; 5 баллов – сильное.

Для оценки боли применяли шкалы и опросники боли: шкалы DN4 и LANSS, опросник для оценки центральной сенситизации, визуальную аналоговую шкалу.

Результаты и обсуждение

При обследовании выявлено 36 (26,4%) пациенток с хронической послеоперационной болью, 4 (3,0%) пациентки с травматической невромой, 2 (1,4%) – с мононейропатией, 42 (30,9%) – расстройствами сексуальной функции, 32 (23,6%) – нарушением высшей мозговой деятельности, 15 (11,0%) – расстройством сна, 5 (3,7%) пациенток с дисфункцией нижних мочевыводящих путей и кишечника.

В предоперационном периоде физическая активность обследованных женщин колебалась от 1 до 5 баллов. На вялость, сонливость, усталость, разбитость организма жаловались все пациентки, что указывало на изменения физической активности средней и незначительной степени, обусловленные большими размерами миомы матки и образований яичников, болевым синдромом. При этом имели место аномальные маточные кровотечения, приводившие к анемии. У 119 (87,5%) женщин, предъявлявших свыше трех жалоб, отмечались нарушения обычного режима, ухудшение общего самочувствия, снижение трудоспособности.

У 26 (35,1%) пациенток основной группы через месяц не выявлено изменений физической активности, у 48 (64,9%) они определялись на уровне «незначительно, всегда» (незначительное улучшение недостатка физической активности). Через полгода в 42 (56,8%) случаях показатели улучшились до уровня «незначительно, иногда», в то время как в 32 (43,2%) сохранялся прежний уровень – «незначительно, всегда». В отдаленном периоде после гистерэктомии прежнюю физическую активность отмечали 58 (78,3%) пациенток, «незначительно, иногда» – 16 (21,7%).

В контрольной группе имело место некоторое снижение уровня физической активности. Через месяц из 47 (75%) женщин с исходно сильной и повышенной физической активностью у 19 (40,4%) отмечалось ее повышение до средней степени. Через 3–12 месяцев после операции в 34 (54,9%) случаях показатели улучшились до средней степени. 28 (45,1%) женщин оценивали данный показатель как «незначительно, всегда». Через год степень нарушений определялась как «незначительно, иногда» у 21 (33,9%) пациентки, полностью физическая активность восстановилась у 41 (66,1%) больной. В отдаленном периоде у 13 (21,0%) пациенток физическая активность восстановилась полностью, 15 (24,1%) имели среднюю и 34 (54,9%) незначительную степень нарушений.

При развитии неврологических расстройств после гистерэктомии включение в комплекс менопаузальной гормональной терапии антидепрессантов эффективно устраняет негативную симптоматику и улучшает физическую активность пациенток.



Снижение частоты сексуальных контактов, воздержание от половой жизни, чувство дискомфорта и неудовлетворенность сексуальной жизнью – частые неврологические нарушения после удаления матки.

В основной группе до гистерэктомии изменения сексуального влечения средней степени и неудовлетворенность отмечала каждая вторая пациентка (55,4%). В связи с прекращением маточных кровотечений, купированием болевого синдрома, отсутствием страха наступления нежелательной беременности через 1–3 месяца уровень сексуальных расстройств снижался до незначительного. Через 12 месяцев на показатель «незначительно, иногда» указывали 26 (35,1%) пациенток, отсутствие сексуальных нарушений отмечали 15 (20,2%) женщин.

В контрольной группе сексуальные нарушения (дискомфорт и диспареуния, снижение выделения влагалищного секрета) средней степени наблюдались в 36 (58,0%) случаях. Через шесть месяцев нарушение сексуальных проявлений повышенной степени имело место в 22 (35,4%) случаях, средней степени – в 25 (40,3%), через 12 месяцев – в 32 (51,7%) и 15 (24,1%) случаях соответственно. В отдаленном периоде повышенные нарушения сексуального характера выявлены у 14 (22,5%) женщин, средней и незначительной степени – у 26 (42,0%) и 22 (35,5%) пациенток соответственно.

Подавленность настроения, проявление нервозности, тревожности, неудовлетворенность и отсутствие интереса к жизни, эмоциональная лабильность свидетельствуют о наличии психоэмоциональных расстройств. В основной группе в 59 (79,8%) случаях отмечалась повышенная степень психоэмоциональных нарушений, в 15 (20,2%) параметры были стабильными.

Через неделю после гистерэктомии снижение уровня данного показателя до среднего отмечалось в 48 (64,9%) случаях, хотя в 11 (14,9%) он оставался повышенным. Тем не менее через 1–3 месяца в 59 (79,8%) случаях отмечалось увеличение показателя до повышенного уровня. Спустя полгода у 48 (64,9%) женщин показатель снизился до уровня «незначительно, всегда», 16 (21,7%) женщин отмечали средний уровень нарушений. Через 12 месяцев в каждом втором случае (55,4%) пациентки не жаловались на проявления психоэмоционального характера, в 18 (24,3%) – показатель снизился до уровня беспокойства. В отдаленном периоде психоэмоциональные нарушения средней степени наблюдали у 33 (44,5%) пациенток, незначительной – у 28 (37,9%). Подобные нарушения отсутствовали у 13 (17,6%) женщин.

В контрольной группе повышенный уровень депрессии и подавленности зафиксирован у 24 (38,7%) женщин, высокий – у 16 (25,9%), средний – у 22 (35,4%). Через 3–6 месяцев уровень возрос до высокого в 21 (33,9%) случае, до повышенного – в 30 (48,3%), среднего – в 11 (17,8%). Через год у 34 (54,9%) женщин степень проявлений снизилась до незначительной, у 28 (45,1%) осталась на прежнем уровне.

Через два года в 18 (29,0%) случаях выявлен повышенный уровень нарушений психоэмоционального характера, в 27 (43,6%) и 17 (27,4%) – средний и незначительный соответственно.

Нетерпимостью к окружающим, желанием находиться в одиночестве, изменениями характера общения с друзьями и родственниками определяется роль социального функционирования. В основной группе в связи с тревогой в ожидании предстоящей операции в 8 (10,9%) наблюдениях зарегистрирована повышенная степень изменений социального функционирования, в 37 (50,0%) – отдельные нарушения параметров, в 29 (39,1%) случаях нарушений не выявлено. Через три месяца уровень снизился со среднего до незначительного. Через шесть месяцев нарушения отсутствовали. В 18 (24,3%) случаях в отдаленном периоде показатель не превышал отметки «незначительно, иногда».

В контрольной группе при оценке показателей социального функционирования в 19 (30,7%) случаях имело место желание побыть в одиночестве, в 16 (25,9%) и 12 (19,3%) – нетерпимость по отношению к другим людям и ограничение числа встреч с друзьями соответственно. Как в предоперационном периоде, так и после гистерэктомии в 15 (24,1%) случаях не выявлено каких-либо изменений уровня данного показателя. В 13 (21,0%) наблюдениях он оценивался как повышенный, в 34 (54,9%) не превышал среднего уровня. Через год после операции у 43 (69,3%) женщин подобных нарушений не зафиксировано. В 19 (30,7%) случаях уровень снизился до незначительного. В отдаленном периоде в 37 (59,7%) случаях изменений показателей социального функционирования не выявлено, 25 (40,3%) женщин указывали на незначительную степень нарушений.

Неполный рабочий день, изменения в отношениях с детьми и супругом, снижение интереса к хобби, утомляемость в делах домашнего хозяйства, проблемы на работе являются аспектами ролевого функционирования качества жизни. У 29 (39,1%) пациенток основной группы подобные изменения отсутствовали. Однако 18 (24,3%) пациенток указывали на превышающие среднюю степень проблемы на работе, 11 (14,9%) – на изменения в отношениях в семье, 15 (20,2%) – на быструю утомляемость после ведения домашнего хозяйства. Эти нарушения исчезли полностью через 3–6 месяцев. Лишь у 10 (16,2%) больных имела место степень нарушений уровня «незначительно, иногда» в отдаленном периоде.

В контрольной группе 18 (29,0%) пациенток отмечали проблемы на работе, 13 (21,0%) – изменения в отношениях в семье, каждая четвертая – ограничение времени трудового дня и быструю утомляемость при ведении домашних дел (25,9 и 24,1% соответственно). Необходимость ограничения трудовой деятельности через 1–3 месяца отсутствовала у 37 (59,7%) пациенток, средняя степень выраженности данного показателя выявлена у 25 (40,3%) больных. Через 6–12 месяцев снижение уровня данного показателя



до среднего и незначительного отмечалось у 6 (11,2%) и 12 (19,3%) пациенток соответственно. В отдаленном периоде незначительное изменение и изменение средней степени имело место в 16 (25,9%) и 14 (22,5%) случаях соответственно.

Наличие болевого синдрома, изменение функции мочевыделительной системы и кишечника учитывали при анализе самооценки общего состояния здоровья пациентки. В основной группе у 33 (44,5%) женщин в предоперационном периоде выявлены проблемы со сном, тревога, депрессия, нарушение функции мочеиспускания и кишечника, болевой синдром внизу живота и поясничной средней степени выраженности. В течение 3–6 месяцев эти симптомы полностью купировались или снизились до уровня «незначительно, иногда» у 22 (29,8%) и 12 (16,2%) пациенток соответственно. Лишь 4 (5,4%) женщины отмечали их наличие через год, правда незначительной степени выраженности. В отдаленном периоде абсолютное большинство пациенток (79,8%) жалоб не предъявляли, лишь в 15 (20,2%) случаях выявлены нарушения незначительной степени.

В контрольной группе проблемы со сном, нарушение функции мочевыделительной системы и кишечника, наличие боли внизу живота и спине отмечали 40 (64,5%) пациенток с повышенной и средней степенью нарушений. Через 6–12 месяцев почти у каждой второй обследованной (45,1%) указанные симптомы купировались, у каждой третьей (33,9%) снизились до уровня «незначительно, иногда». В отдаленном периоде в 40 (64,6%) случаях нарушений не зафиксировано, в 22 (35,4%) случаях отмечалась незначительная степень нарушений.

В предоперационном периоде при оценке качества жизни по трехбалльной системе плохим его назвали 30 (40,5%) пациенток основной группы, удовлетворительным и хорошим – 25 (33,8%) и 19 (25,7%) женщин соответственно (рис. 1).

Через три месяца на удовлетворительное качество жизни указывали 48 (64,9%) обследованных, плохое – 7 (9,4%), улучшение или сохранение на прежнем хорошем уровне – 19 (25,7%). Через шесть месяцев улучшение данного показателя отмечали 56 (75,7%) женщин, удовлетворительное и плохое качество жизни – 13 (17,5%) и 5 (6,8%) пациенток соответственно. Только через год на хорошее качество жизни указали 63 (85,1%) пациентки, удовлетворительное – 7 (9,4%), плохое – 4 (5,5%). В отдаленном периоде о хорошем качестве жизни говорило абсолютное большинство обследованных (83,8%), удовлетворительном – 11 (14,9%), плохом – 1 (1,3%) пациентка.

В контрольной группе 16 (25,9%) женщин оценили свое качество жизни как хорошее, 20 (32,2%) и 26 (42,0%) – как удовлетворительное и плохое соответственно (рис. 2).

Через три месяца после гистерэктомии на хорошее качество жизни указывали 15 (24,3%) пациенток, удовлетворительное – 29 (46,7%), плохое – 18 (29,0%) женщин. Через шесть месяцев в каждом втором слу-

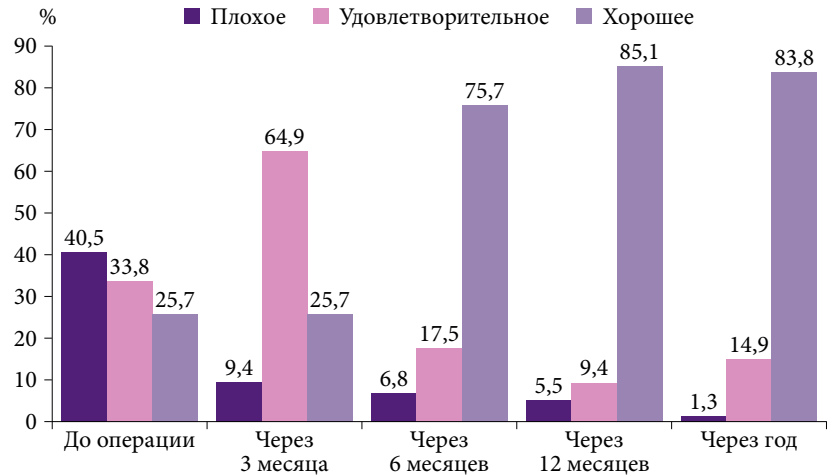


Рис. 1. Оценка качества жизни у пациенток основной группы

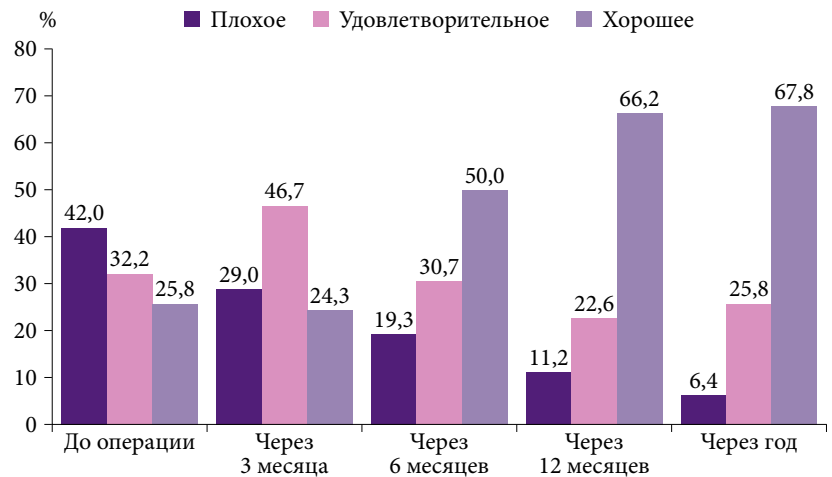


Рис. 2. Оценка качества жизни у пациенток контрольной группы

чае (50,0%) показатели оценивались как хорошие, в 19 (30,7%) и 12 (19,3%) случаях – удовлетворительные и плохие соответственно. На следующий год 41 (66,2%) женщина оценила качество жизни как хорошее, 14 (22,6%) – удовлетворительное, 7 (11,2%) – плохое. В отдаленном периоде абсолютное большинство пациенток (67,8%) считали качество жизни хорошим, 16 (25,8%) – удовлетворительным и лишь 4 (6,4%) – плохим.

Заключение

При оценке качества жизни в предоперационном периоде отмечается снижение показателей физической активности, психического функционирования, после гистерэктомии – снижение параметров психического, ролевого и социального функционирования. Применение менопаузальной гормональной терапии и антидепрессантов в целях улучшения качества жизни пациенток в периоде послеоперационной реабилитации благоприятно влияет на социально-психологическую адаптацию женщин после хирургического вмешательства. *



Литература

1. Киек М.А., Долгов Г.В. Оценка качества жизни гинекологических пациенток. Обзор литературы. Сибирский научный медицинский журнал. 2022; 42 (1): 30–40.
2. Кравченко Е.Н., Безнощенко Г.Б., Цыганкова О.Ю., Кропмаер К.П. Реабилитация после гинекологических операций в репродуктивном возрасте. Мать и дитя в Кузбассе. 2019; 78 (3): 18–22.
3. Новик А.А., Ионова Т.И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. М.: ОЛМА Медиа Групп, 2007.
4. Péus D., Newcomb N., Hofer S. Appraisal of the Karnofsky Performance Status and proposal of a simple algorithmic system for its evaluation. BMC Med. Inform. Decis. Mak. 2013; 13: 72.
5. Панкратов В.В., Ягудаева И.П., Давыдов А.И. Качество жизни, связанное со здоровьем: терминология, методология, особенности оценки в акушерско-гинекологической практике. Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. 2012; 11 (2): 22–33.
6. Салуквадзе Т.С. Хирургическое лечение опущения и выпадения внутренних половых органов и качество жизни женщин: автореф. дисс. ... канд. мед. наук. СПб., 2007.
7. Yeung S.Y., Kwok J.W.K., Law S.M., et al. Uterine fibroid symptom and health-related quality of life questionnaire: a Chinese translation and validation study. Hong Kong Med. J. 2019; 25 (6): 453–459.
8. Солопова А.Г., Блинов Д.В., Бегович Ё. и др. Неврологические расстройства после гистерэктомии: от патогенеза к клинике. Эпилепсия и пароксизмальные состояния. 2022; 14 (1): 54–64.
9. Coyne K.S., Harrington A., Currie B.M., et al. Psychometric validation of the 1-month recall Uterine Fibroid Symptom and Health-Related Quality of Life questionnaire (UFS-QOL). J. Patient Rep. Outcomes. 2019; 3 (1): 57.
10. Тетелютина Ф.К., Короткова М.Н., Сушенцова Т.В. и др. Качество жизни женщин после хирургического лечения миомы матки. Вятский медицинский вестник. 2020; 3: 39–45.
11. Pokrzywinski R., Soliman A.M., Chen J., et al. Responsiveness evaluation and recommendation for responder thresholds for endometriosis health profile-30: analysis of two phase III clinical trials. J. Women's Health. 2020; 29 (2): 253–261.
12. Кулаков В.И., Адамян Л.В., Аскольская С.И. Гистерэктомия и здоровье женщины. М.: Медицина, 1999.

Assessment of the Quality of Life of Women with Neurological Disorders After Hysterectomy

Z.R. Umakhanova, T.S. Magomedova, L.G. Geybatova, A.S. Abasova, F.S. Mamedov

Dagestan State Medical University

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

Introduction. The quality of life is based on the subjective perception of the patient's social, physical, emotional and psychological state and is an independent characteristic. After hysterectomy, a decrease in the quality of life of patients and the development of a number of neurological disorders were revealed.

Material and methods. 136 patients with neurological disorders after hysterectomy were examined (average age 44.7 ± 1.3 years). The main group consisted of 74 (54.4%) patients who were prescribed menopausal hormone therapy with antidepressants after surgery. The control group included 62 (45.6%) patients with menopausal hormone therapy alone.

Results and discussion. In the main group, after 3 months, the quality of life was determined satisfactory by 48 (64.9%) of the surveyed, 7 (9.4%) rated poor, 19 (25.7%) improved or remained at the same good level. Only a year later, 63 (85.1%) patients rated their quality of life as good, 7 (9.4%) as satisfactory and 4 (5.5%) as bad. In the long-term period, the absolute (83.8%) majority of the surveyed considered the quality of life as good, 11 (14.9%) as satisfactory, and only 1 (1.3%) patient rated it as bad.

When assessing the quality of life 3 months after hysterectomy, 15 (24.3%) patients were considered good, 29 (46.7%) satisfactory and 18 (29.0%) bad. A year later, 41 (66.2%) patients rated it as good, 14 (22.6%) satisfactory, 7 (11.2%) bad. In the long-term period, the absolute (67.8%) majority of patients defined the quality of life as good, 16 (25.8%) as satisfactory and only 4 (6.4%) as poor.

Conclusion. When assessing the quality of life in the preoperative period, there is a decrease in indicators of physical activity, mental functioning, after hysterectomy, mental, role and social functioning.

Keywords: quality of life, hysterectomy, neurological disorders