

Коротовских Л.И., Прохоров В.Н.

Психосоматические аспекты реабилитации пациенток после оперативного лечения по поводу гинекологической патологии

Кафедра акушерства и гинекологии Государственного бюджетного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Екатеринбург

Korotovskikh L.I., Prohorov V.N.

Psychosomatic aspects of managing patients after operative treatment in occasion of gynecological pathology

Резюме

Проведен анализ психологической сферы женщин в период реабилитации после оперативного лечения по поводу гинекологической патологии в количестве 63 человек. Для оценки психологического статуса пациенток использовались ряд стандартных методик. Применение психологической поддержки женщин в периоде реабилитации способствует большей оптимизации менструальной и фертильной функции пациенток. Полученные данные свидетельствуют о необходимости включения психологической помощи женщинам с гинекологической патологией после перенесенного оперативного лечения в комплекс реабилитационных мероприятий.

Ключевые слова: психосоматические аспекты, оперативное лечение, гинекологическая патология, реабилитация

Summary

The psychological analysis of the women who underwent surgical gynecological pathology treatment was done. The amount was 63 people. To estimate the psychological status of patients a number of standard methods was used. The usage of psychological support of women during their rehabilitation period helps to optimize the menstrual and fertile function of patient. The obtained information points to necessity of including the psychological support of women with the gynecological pathology after surgical treatment into the rehabilitation activities.

Keywords: psychosomatic aspects, surgical treatment, gynecological pathology, rehabilitation

Введение

Проблема восстановления репродуктивной функции женщин после хирургического лечения по поводу гинекологической патологии представляет особую актуальность. Известно, что в ближайшие 2-3 года у этих женщин в 50% случаев нарушается репродуктивная функция, что 75% женщин после удаления одной из маточных труб страдает вторичным бесплодием, что у каждой 5-ой пациентки в послеоперационном периоде развивается спячный процесс в малом тазу [1,2].

Период соматической адаптации в реабилитационном периоде после оперативного лечения по поводу гинекологической патологии достаточно хорошо изучен и описан в соответствующих монографиях и руководствах, а процесс психологической адаптации у этих женщин изучен крайне недостаточно.

После выписки из стационара у женщины, перенесшей оперативное лечение по поводу гинекологической патологии, происходит качественно новый этап слож-

ного процесса соматической и психологической адаптации организма к функционированию в новых условиях – реабилитационный период. В организме женщины осуществляются репаративные процессы и восстановление метаболических взаимоотношений во всех органах и системах, в первую очередь – в половой системе. Происходит также процесс психологической адаптации, проявления которого бывают крайне многообразны [3,4]. У женщин в этом периоде возникают различные вопросы: «Насколько полноценно будет происходить процесс полного заживления тканей после операции и восстановление менструальной функции? Будет ли возможно в будущем полноценное зачатие с рождением ребенка? Не может ли повториться гинекологическая патология? Как будут складываться внутрисемейные отношения? Сможет ли она стать полноценной во всех отношениях женщиной?». Эти и многие другие вопросы могут угнетать настроение, вызывать у женщин чувство тревоги и препятствовать полноценной реабилитации и восстанов-

лению менструальной и репродуктивной функции.

Целью исследования явилась оценка состояния репродуктивной системы когорты женщин после хирургического лечения по поводу гинекологической патологии в реабилитационном периоде в зависимости от вида оперативного лечения и наличия или отсутствия психологического сопровождения.

Материалы и методы

Объектом исследования явились 63 женщины в возрасте от 18 до 34 лет, которым было проведено оперативное лечение по поводу патологии гениталий на базе гинекологического отделения МБУ ЦГКБ №1 Екатеринбург и МБУ "Екатеринбургский консультативно-диагностический центр" с подтвержденным клинически, интраоперационно и морфологически диагнозом патологии маточных труб и яичников. Все исследуемые были прооперированы в плановом или неотложном порядке.

Пациентки разделены на 2 группы и 4 подгруппы: 1 группа - 33 пациентки, получившие психологическое сопровождение в послеоперационном периоде, подгруппа 1а (n=20) - после операций лапароскопическим доступом (ЛСД), 1б (n=13) - после операций лапаротомным доступом (ЛТД). 2 группу составили 30 пациенток, не получивших психологического сопровождения, подгруппа 2а (n=18) - после операций лапароскопическим доступом (ЛСД), 2б (n=12) - после операций лапаротомным доступом (ЛТД).

Все женщины состояли на специальном учете в женской консультации. В течение 2-х лет им проводились следующие мероприятия: назначалась гормональная контрацепция на 6-12 месяцев, физиотерапевтическое и санаторно-курортное лечение, 1 раз в год проводилось ультразвуковое исследование (УЗИ) органов малого таза, 1 раз в год - микроскопические и молекулярно-генетические исследования содержимого нижнего этажа половых путей и цитологические исследования экто- и эндоцервикса. Осуществлялся контроль менструального цикла. 33 женщины (2 группа) находились под наблюдением клинического психолога и им проводился комплекс психотерапевтических методик, в который входили: 1) рациональная психотерапия, 2) психосоматическая релаксация, 3) аутогенная тренировка, 4) музыкотерапия, 5) библиотерапия, 6) ландшафтная терапия. Проведение методик осуществлялось дипломированным клиническим психологом по стандартным технологиям, описанным в известных руководствах.

Статистическая обработка полученных данных производилась по параметрическим критериям на компьютере с помощью лицензионных программных систем DIAGNOST и Microsoft Excel 2010.

Результаты и обсуждение

При оценке характера менструального цикла выделены 2 типа нарушений: олигоменорея и гиперполименорея, а также нормальный менструальный цикл. Выявлены тенденции к различному течению менструальной функции в зависимости от наличия или отсутствия психологического сопровождения, а также от вида хирургического доступа. Нормальный цикл установился у 70,0% женщин с ЛСД

и психологическим сопровождением (ПС) и у 61,1% без ПС. При ЛТД нормальный цикл зарегистрирован только у 53,8% в 1-й группе и 50,0% во 2-й группе. Более 1/3 женщин в 1б и 2б группах (при ЛТД) имели нарушения цикла по типу гиперполименореи. После лапароскопического вмешательства эта особенность встречалась реже: 25,0% и 27,8% соответственно. Больше всего во 2-й группе отмечено олигоменореи 11,1% при ЛСД и 16,7% при ЛТД. В 1-й группе данный тип нарушения менструальной функции встречался в 5,0% и 7,7% наблюдений (рис.1).

Анализ частоты овуляторных циклов через 1 год реабилитации показал, что в 1-й группе женщин 3 овуляторных цикла в течение года были у 15,2% (n=5) женщин, 4 и более овуляторных циклов зарегистрированы у 28 пациенток - 84,8%. Во 2-й группе 3 овуляторных цикла имели 23,4% (n=7), 4 и более овуляторных циклов у 76,6% (n=23). В периоде реабилитации частота овуляторных циклов у женщин с гинекологической патологией, прооперированных ЛСД была достоверно выше в группе с психологическим сопровождением. Восстановление овуляции через 2 года после операции у больных, прооперированных ЛСД происходит в 1,4 раза чаще, чем у пациенток, прооперированных ЛТД ($p < 0,05$).

Репродуктивная функция женщин после гинекологических операций существенно различалась в зависимости от вида хирургического доступа и психологической помощи (рис.2). 20-25,5% женщин во всех подгруппах выбрали контрацепцию и использовали комбинированные гормональные препараты. После лапароскопических операций диагноз бесплодия независимо от психологического сопровождения установлен у 20,0% и 22,2% в группах соответственно. После лапаротомных операций бесплодие составило 46,2% в 1-й группе и 50,0% во 2-й группе. Максимальное число пациенток, у которых наступила маточная беременность, было в подгруппе 1а - 60,0%.

Данные оценки фертильной функции женщин через 2 года после проведения оперативного лечения свидетельствуют, что при использовании ЛСД имеет место улучшение показателя возникновения маточной беременности в 2 раза ($p < 0,05$). Наличие психологического сопровождения выступает, как определяющий оптимизирующий фактор. Маточная беременность наступила у пациенток, оперированных по поводу гинекологической патологии ЛСД в 1,7 раз чаще, чем у пациенток, оперированных по поводу гинекологической патологии ЛТД. Бесплодие диагностировано у пациенток, оперированных по поводу гинекологической патологии ЛСД в 2,2 раз реже, чем у пациенток, оперированных по тому же поводу ЛТД.

Выводы

1. Полученные результаты указывают на тот факт, что оперативное вмешательство путем чревосечения зачастую приводит к усугублению нарушений менструального цикла у гинекологических больных, в то время как после лапароскопических вмешательств такие нарушения встречаются реже.

2. Пятая часть женщин в течение 2-х лет после операции на органах малого таза предпочитает гормо-

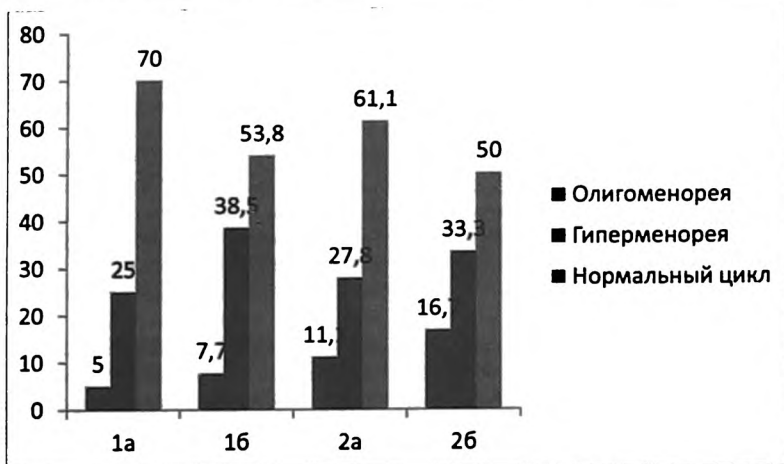


Рис. 1. Характер менструального цикла у женщин, перенесших операции на органах малого таза в зависимости от наличия или отсутствия психологического сопровождения (% от числа пациенток в группах)

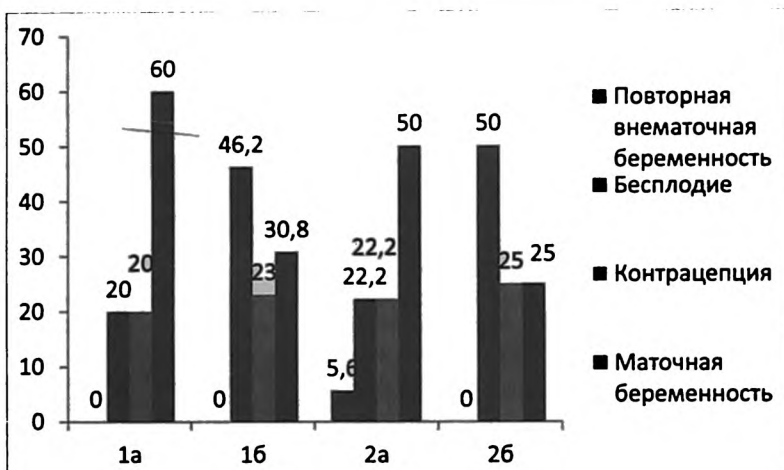


Рис. 2. Репродуктивная функция у женщин, перенесших операции на органах малого таза в зависимости от наличия или отсутствия психологического сопровождения (% от числа пациенток в группах)

нальную контрацепцию.

3. Для восстановления репродуктивной функции оптимальным является лапароскопический доступ при операциях на органах малого таза в сочетании с квалифицированной психологической помощью.

4. Наибольший процент бесплодия, несмотря на проводимые реабилитационные мероприятия, развивается при лапаротомном доступе для выполнения гинекологических операций и без психологического сопровождения.

5. Полученные данные свидетельствуют о необходимости включения психологической помощи женщинам с гинекологической патологией после оперативного лече-

ния в комплекс реабилитационных мероприятий. ■

Коротовских Лилия Ивановна - к.м.н., доцент кафедры акушерства и гинекологии ГБОУ ВПО Уральский государственный медицинский университет Минздрава России, г. Екатеринбург; Прахоров Валентин Николаевич - д.м.н., профессор кафедры акушерства и гинекологии ГБОУ ВПО Уральский государственный медицинский университет Минздрава России, г. Екатеринбург; Автор, ответственный за переписку: Коротовских Лилия Ивановна. 620028, Екатеринбург, ул. Ретина, 3 E-mail: ekorotovskikh@bk.ru, тел.ком. +7 9028727948.

Литература:

1. Александр Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и практическое применение. – М.: Эксмо, 2013. – 260 с., 275с.
2. Карвасарский Б.Д. Клиническая психология. – СПб: Питер, 2016. – 342 с.
3. Соколова Е.Т. Противные методы исследования личности. – М.: Изд-во МГУ, 2011
4. Айламазьян А.М. Метод беседы в психологии. – М.: Смысл, 2014. – 50 с.
5. Библиографическое описание: Пономарева Л. Г. Самосознание психически больных // Малодой ученый. — 2011. — №10. Т.2. — С. 149-151.