

# ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТНОЙ ХАРАКТЕРИСТИКИ ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЛЕЙОМИОМЫ МАТКИ

## Резюме

Обследовано 68 больных репродуктивного возраста после различных видов хирургического лечения лейомиомы матки. 1-ю группу составили 36 женщин после консервативной миомэктомии, 2-ю группу — 32 женщины после гистерэктомии.

Знание особенностей личности пациенток, относительно легко соглашающихся на гистерэктомию, требует от лечащего врача еще более подробного, чем обычно, разъяснения возможностей и последствий различных видов хирургического лечения лейомиомы матки. У женщин с лейомиомой матки в репродуктивном возрасте, выбирающим гистерэктомию при наличии условий к выполнению органосохраняющей операции, необходимо проводить изучение структуры личности для выбора оптимального объема оперативного вмешательства.

**Ключевые слова:** лейомиома матки, личностная характеристика, гистерэктомия, консервативная миомэктомия.

Лейомиома матки является широко распространенным заболеванием, нередко требующим оперативного лечения, в том числе у женщин молодого возраста [1, 5, 6]. До сих пор наиболее распространенным вмешательством при данном заболевании остается гистерэктомия, выполняемая в 60-95% случаев [2, 3, 7]. Альтернативной стратегией является проведение органосохраняющей операции — консервативной миомэктомии. Однако выбор этого вида оперативного вмешательства при отсутствии абсолютных противопоказаний во многом зависит от информированного согласия пациентки, которой сообщают о достоинствах и недостатках миомэктомии. При этом, как правило, указывают на сохранение потенциальной фертильности и отсутствие системных изменений, в частности снижения функциональной активности яичников и формирования гипоэстрогенного состояния, возникновения урологических и сексуальных расстройств, развития нейровегетативных, эмоциональных нарушений, повышения уровня тревожности в позднем послеоперационном периоде [1, 4].

Лечебную тактику в отношении миомы матки определяют несколько критериев или характеристика узла [8].

**В настоящее время выделяют**

**следующие основные подходы к лечению миомы матки [2, 5]:**

- Медикаментозное лечение, направленное на контроль роста лейомиомы и развития симптомов заболевания
- Хирургическое лечение:
  - органосохраняющие операции (абдоминальная, лапароскопическая и гистероскопическая миомэктомия), применяемые чаще при нереализованной репродуктивной функции
  - радикальные операции — гистерэктомия
  - малоинвазивные органосохраняющие методы лечения — эмболизация маточных артерий, миолиз различными источниками энергии
  - Комбинированные методы.

Ограничивающим фактором применения органосохраняющей операции является возможность рецидива и формирование массивного спаечного процесса в малом тазу [1, 4].

Ожирение является серьезной медико-социальной и экономической проблемой современного общества, в первую очередь, из-за его высокой распространенности, особенно у лиц с лейомиомой матки и другими гормональнообусловленными нозологическими формами гинекологической патологии. Ожирением в странах Европы страдают от 10 до 30% населения, а среди жителей США в возрасте от 20 до 74 лет каждый третий [6, 7].

**Э.М. Дубоссарская,**

*Д.мед.н., профессор,  
заведующая кафедрой акушерства,  
гинекологии и перинатологии ФПО  
Днепропетровской государственной  
медицинской академии,  
Заслуженный деятель науки и  
техники Украины*

**А.Н. Пузий,**

**А.В. Сушенко**

*КУ ГКРД № 2 г. Днепропетровска*

Факторы развития ожирения имеют широкий диапазон и могут воздействовать как совместно, так и обособленно. Наиболее распространенными из них являются генетическая предрасположенность, особенности поведения (переедание, гиподинамия), нарушения эндокринной системы, изменения окружающей среды. Снижение массы тела у женщин с ожирением и лейомиомой матки может быть достигнуто рациональным сбалансированным питанием: низкокалорийным в период снижения и высококалорийным на этапе поддержания массы тела, обеспечивающим доста-

точное поступление энергии, витаминов, микроэлементов в предоперационном и послеоперационном периоде у женщин с миомой.

Наряду с представленной выше информацией на выбор женщины могут оказывать влияние выраженность субъективно тяжелых симптомов заболевания (менометроррагии, анемизация, боли внизу живота и в пояснице, ожирение, нарушение функции смежных органов) [1, 12], планирование беременности, а также личностные особенности пациенток, включая их темперамент и характер [13, 14].

**Целью** настоящего исследования явилось изучение структуры личностной характеристики женщин с ожирением после различных видов хирургического вмешательства в репродуктивном возрасте по поводу лейомиомы матки.

#### **Материал и методы исследования**

Обследовано 68 больных репродуктивного возраста после различных видов хирургического лечения лейомиомы матки. Первую группу составили 36 женщины, перенесшие миомэктомию, вторую группу — 32 женщины после гистерэктомии при наличии условий для выполнения органосохраняющей операции. Возраст женщин колебался в 1-й группе от 31 года до 43 лет ( $30,5 \pm 4,6$ ), во 2-й — от 35 до 42 лет ( $36,8 \pm 4,2$ ).

Критериями исключения являлись абсолютные противопоказания к проведению консервативной миомэктомии: предраковые и злокачественные заболевания шейки матки, эндометрия, яичников и других органов, сочетание лейомиомы матки с диффузной формой аденомиоза, наличие гнойно-воспалительных процессов в половых органах, некроз узлов с признаками инфицирования [1, 10].

В обеих группах оперативное лечение осуществлялось лапаротомическим доступом (чревосечение по Пфанненштилю). В обеих группах проводили изучение анамнеза, анализ клинико-лабораторных данных, а также анкетирование по вопроснику структуры личности и темперамента Клонинджера (ТСЛ) [14]. Статистический анализ осуществлялся с помощью пакета программ Statistica, версия 5.5 А.

Для описания показателей приведены число наблюдений и доля пациенток (в %) или (для количественных переменных) среднее значение  $\pm$  стандартная ошибка среднего ( $M \pm m$ ). Для оценки значимости межгрупповых различий использовали U-критерий Манна-Уитни (количественные переменные). Различия считали достоверными при  $p < 0,05$ .

#### **Результаты исследования**

Жалобы на обильные, болезненные менструации предъявляли 28 (72,2%) женщин 1-й группы и 24 (75%) — 2-й группы, боли внизу живота отмечали соответственно 10 (27,8%) и 4 (31,25%) пациенток, учащенное мочеиспускание — 5 (13,9%) и 4 (12,5%) больных. У 6 (16,7%) женщин 1-й группы наблюдалось бесплодие. Жалобы на невынашивание беременности предъявляли 5 (13,9%) женщин 1-й группы, 4 (12,5%) пациентки 2-й группы жаловались на увеличение объема живота, вызванное наличием лейомиомы матки больших размеров. Быстрый рост лейомиомы отмечен у 2 (5,5%) женщин 1-й группы и у 6 (18,75%) — 2-й.

При ультразвуковом исследовании подслизистое расположение или центрипетальный рост межмышечных узлов выявлен у 26 (72,2%) больных 1-й группы и у 24 (75%) — 2-й. Низкое расположение узлов (шеечно-перешеечное) обнаружено соответственно у 7 (19,4%) и у 8 (25%) женщин; у 6 (16,6%) и у 7 (18,75%) пациенток наблюдались признаки нарушения питания в миоматозных узлах.

В 1-й группе 20 (55,6%) женщин уже имели детей и не планировали беременность в ближайшее время, остальные 16 (44,4%) стремились реализовать репродуктивную функцию, в том числе 16 женщин, у которых уже были роды в анамнезе. Во 2-й группе у 28 (87,5%) женщин имелись дети, у 4 женщин репродуктивная функция осталась нереализованной.

У 12 пациенток 1-й группы и у 13 пациенток 2-й — до операции была выявлена гипохромная анемия легкой степени. У остальных женщин отмечено нормальное содержание гемоглобина.

Из соматических заболеваний у 4 женщин 1-й группы и у 2 — второй был выявлен хронический аутоим-

мунный тиреоидит с исходом в первичный гипотиреоз, соответственно у 6 и 2 женщин был обнаружен диффузный эутиреоидный зоб. Нарушение жирового обмена ( $ИМТ > 25$ ) отмечено у 20% и ожирение I-II степени ( $ИМТ > 29-35$ ) у 80% пациенток.

В ходе интервьюирования были получены показатели, характеризующие темперамент опрошенных женщин по четырем измерениям: поиск нового, избегание опасности, зависимость от подкрепления и упорство, а также по трем шкалам характера: самостоятельности, кооперации и самотрансцендентности [14]. В группе пациенток, перенесших гистерэктомию, получены высокие показатели по шкале поиск нового (ПН), по субшкале импульсивность (ПН2) они составили  $5,72 \pm 0,68$  балла. В этой группе результаты по шкале ПН2 были достоверно выше, чем в 1-й группе женщин ( $3,12 \pm 0,46$  балла,  $p = 0,002$ ). Заведомая неискренность ответов контролировалась по шкале лжи, где были зарегистрированы низкие показатели ( $0,624 \pm 0,12$  балла в 1-й группе и  $0,615 \pm 0,16$  во 2-й;  $p = 0,663$ ), подтверждающие правдивость респонденток.

По остальным шкалам получены показатели, не выходящие за границы нормы и не различающиеся достоверно в 1-й и 2-й группах. Таким образом, по таким измерениям темперамента, как избегание опасности, зависимость от подкрепления и упорство, а также по шкалам характера в обеих группах получены средние значения показателей.

При выраженном ожирении II степени отношение к своей внешности совпадали с равнодушным отношением к расширенному объему предполагаемой операции и данные пациентки не были привержены к диспансерному наблюдению и лечению.

#### **Обсуждение результатов исследования**

Исследованные группы были сравнимы по возрасту, соматическому статусу и тяжести клинических проявлений как лейомиомы матки, так и степени ожирения. Однако во 2-й группе была отмечена более выраженная симптоматика заболевания, в частности, несколько чаще имела место гиперполименорея с анемизацией пациенток. Однако по тяжести клинических проявлений различия меж-

ду группами были статистически не достоверны.

В 1-й группе исследуемых необходимо особо выделить группу пациенток, обратившихся в клинику с жалобами на бесплодие и невынашивание беременности, однако более половины женщин (57,2%) считали свою репродуктивную функцию реализованной и не планировали в ближайшее время беременность, и к ожирению относились спокойно.

Пациентки получили полную информацию о достоинствах и недостатках как органосохраняющей, так и радикальной операции. Выбор пациенток, особенно уже имеющих детей, основывался как на оценке возможных последствий различных видов оперативного лечения, так и на личностных особенностях самих женщин.

Результаты анкетирования по ТСИ свидетельствовали о том, что женщины с ожирением, подвергшиеся в репродуктивном возрасте гистерэктомии по поводу лейомиомы матки, отличаются по темпераменту от аналогичной группы после органосохраняющей операции.

На основании полученных данных по субшкале импульсивности пациентки 1-й группы могут быть охарактеризованы как склонные к размышлениям, рефлексирующие натуры. Они склонны при принятии решений к длительному и тщательному анализу до вынесения окончательного суждения.

Пациентки 2-й группы отличались восторженностью и впечатлительностью, они часто неоправданно быстро принимают решения, основываясь

на первом импульсе и не обращая внимания на недостаточность имеющейся информации. Люди этого типа легко отвлекаются, им трудно удерживать фокус внимания в течении долгого времени. Этими особенностями личности может отчасти объясняться готовность этих женщин перенести гистерэктомию даже тогда, когда клиническая ситуация позволяла произвести органосохраняющую операцию. Несмотря на полноту получаемой от врача информации, они не были склонны анализировать отдаленные последствия принимаемого решения и не были предметно заинтересованы в лечении ожирения и изменении отношения к себе.

В том случае, если пациентка участвует в выборе объема хирургического лечения лейомиомы матки, особенности ее личности и темперамента накладывают отпечаток на окончательное решение. Выраженная импульсивность женщин, подвергшихся гистерэктомии в репродуктивном возрасте по поводу миомы матки, может косвенно свидетельствовать о непродуманности их согласия на радикальную операцию. Однако такие люди в 27% случаев были способны пересматривать свою позицию под влиянием новой информации. Знание данных особенностей личности пациенток, относительно легко соглашающихся на гистерэктомию, требуют от лечащего врача еще более подробно, чем обычно, разъяснения возможностей и последствий различных видов хирургического лечения лейомиомы матки, в том числе органосохраняющих операций. В этом случае можно надеяться, что окончательное

мнение женщины будет продиктовано свободным осознанным выбором, а не автономными эмоциональными реакциями, которые составляют ее темперамент.

Так как многие нарушения эндокринной системы, приводящие к пролиферативным заболеваниям половых органов, в том числе и лейомиомы матки, могут быть тесно связаны с ожирением или обменными нарушениями, возникает насущная необходимость в нормализации веса у этих пациенток путем соблюдения определенного режима питания, расширения двигательного режима до выполнения оперативного вмешательства, вплоть до приема метформина под контролем уровня глюкозы.

В связи с тем, что более половины женщин отмечали нарушения репродуктивной функции, сопровождающиеся патологической прибавкой массы тела или ожирением, необходимо помнить, что этим процессам предшествовала выраженная стрессовая ситуация. Вследствие этого нарушается баланс нейромедиаторов в синаптической щели нейронов головного мозга, в частности гипоталамо-гипофизарной зоны, что в свою очередь нарушает синтез релизинг-гормонов гипоталамуса и приводит к лейомиоме матки [2].

Таким образом, у пациенток с лейомиомой матки в репродуктивном возрасте, выбирающих гистерэктомию при наличии условий к выполнению органосохраняющей операции, необходимо проводить изучение структуры личности для предложения оптимального объема вмешательства.

## Литература

1. Вихляева Е.М. Руководство по диагностике и лечению лейомиомы матки. - М.: Медпрессинформ. - 2004. - 399 с.
2. Дубоссарская З.М., Дубоссарская Ю.А. Репродуктивная эндокринология (перинатальные, акушерские и гинекологические аспекты). - Днепрпетровск, "Лири ЛТД". - 2008. - с.135-159.
3. Депрессии и коморбидные расстройства / Под ред. А. Б. Смулевича. - М. - 1997. - 238 с.
4. Доброхотова Ю.Э. Гистерэктомия в репродуктивном возрасте (системные изменения в организме женщины и методы их коррекции): Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. - М. - 2000. - 27 с.
5. Казарян Л.С. Ближайшие и отдаленные результаты гистерорезектоскопии с оценкой качества жизни у больных подслизистой миомой матки и гиперпластическими процессами в эндометрии: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - М. - 2002. - 16 с.
6. Костоева Л.Х. Качество жизни больных миомой матки и внутренним эндометриозом после гистерэктомии с односторонней аднексэктомией в позднем репродуктивном и пременопаузальном возрасте: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - М. - 2000. - 18 с.
7. Прилепская В.Н., Цаллатова Е.В. Патогенетические аспекты ожирения и нарушения репродуктивной функции женщины // Акуш. и гин. - 2006. - №5. - С. 51-55.
8. Тихомиров А.Я. Руководство по диагностике и лечению лейомиомы матки. Метод. руковод. - М. - 2006. - 48 с.
9. Чернышенко Т.А. Гормональный статус больных миомой матки после гистерэктомии: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - М. - 1999. - 19 с.
10. Bodner C.H., Garratt A.M., Ratcliff J. et al. // Hlth Bull. - 2004. - Vol. 55, N 2. - P. 109-117.
11. Cherney A.H., Bachmann G., Isaacson K. et al. // Obstetr. and Gynecol. - 2002. - Vol. 99, N 1. - P. 51-57.
12. Cooper K.G., Jack S.A., Parkin D.E. et al. // Br. J. Obstetr. Gynaecol. - 2003. - Vol. 110, N 1. - P. 87.
13. Jeffrey J., Arneja J., Birch C. et al. // J. Obstetr. Gynaecol. Can. - 2003. - Vol. 25, N 5. - P. 396-418.
14. The Temperament and Character Inventory / Cloninger C.R., Przybek T.R., Svrakic D.M. et al. - St. Louis, 1994.