

З. В. Чумак, А. А. Зелинский, Н. В. Шаповал

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ОЦЕНКЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ЖЕНЩИН ПОСЛЕ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ

Одесский национальный медицинский университет, Украина

С целью изучения количественной оценки качества жизни женщин после гинекологических операций, используя опросник Medical Outcomes Study Short Form «MOS SF-36», его русскую версию SF-36, было обследовано 94 женщины: I группу (n = 22) составили пациентки после гистерэктомии с овариэктомией; II группа (n = 25) – гистерэктомия с сохранением одного или обоих яичников; III группа (n = 19) – овариэктомия без гистерэктомии, IV группа (n = 28) – женщины без хирургических вмешательств, составили контрольную группу. В результате проведенного исследования было установлено, что хирургическая менопауза, в зависимости от объема оперативных вмешательств, приводит к снижению как физического, так и психического компонентов качества жизни.

Ключевые слова: качество жизни, хирургическая менопауза, гистерэктомия, овариэктомия.

Z. V. Chumak, A. A. Zelinsky, N. V. Shapoval

MODERN APPROACH TO THE ASSESSMENT OF QUALITY OF LIFE AT WOMEN AFTER GYNECOLOGIC OPERATIONS IN THE REMOTE PERIOD

For the purpose of studying of a quantitative assessment of quality of life of women after gynecologic operations, using a questionnaire of Medical Outcomes Study Short Form «MOS SF-36», its Russian SF-36 version, 94 women were examined: I the group (n = 22) was made by patients after a hysterectomy with an ovariectomy; II group (n = 25) – a hysterectomy with preservation of one or both ovaries; III group (n = 19) – an ovariectomy without hysterectomy, the IV group (n = 28) – women without surgical interventions, made control group. As a result of the conducted research it was established that the surgical menopause, depending on the volume of surgeries, leads to decrease in both physical, and mental components of quality of life.

Key words: quality of life, surgical menopause, hysterectomy, ovariectomy.

Увеличение практического интереса к изучению «качества жизни» (КЖ) отмечается, в настоящее время, в различных отраслях медицины, что сопровождается значительным ростом числа публикаций.

По определению ВОЗ (1993), КЖ – это оптимальное состояние и степень восприятия отдельными индивидами и населением в целом того, как удовлетворяются их потребности – физические, эмоциональные, социальные и др., и предоставляются возможности для достижения благополучия и самореализации [10]. Неоднократно было показано, что ни один из существующих традиционных инструментальных, физических, лабораторных показателей, а также их комплекс, не могут в полной мере оценить состояние пациента. Поэтому оценка КЖ предлагается как дополнительный интегральный субъективный показатель [2, 9].

Стремительное развитие и внедрение технического прогресса в медицинскую практику, зачастую, отдаляет врача от пациента, а появление методик по оценке КЖ отражает современные тенденции возвращения к гуманистическим традициям в медицине [2, 7].

Универсального метода определения показателя КЖ не существует, для этой цели используют специально разработанные опросники, тесты, анкеты, которые могут быть разделены на неспецифические (применяемые независимо от нозологической формы) и специфические (при определенных заболеваниях).

Данные об изучении оценки КЖ у женщин с хирургической менопаузой, в современной медицинской литературе представлены в ограниченном количестве [4]. Широко изучены клинические проявления, возникающие в послеоперационном периоде, обусловленные резкими дисгормональными состояниями [1, 5, 8]. Искусственное преждев-

ременное выключение из системы эндокринно-активных звеньев полноценного функционирования яичников является для организма биологическим стрессом, проявляющим себя полиморфной клинической картиной [3, 6].

Целью нашей работы было изучение КЖ пациенток с хирургической менопаузой с учетом объема проведенного оперативного вмешательства.

Материалы и методы

Обследовано 66 женщин с хирургической менопаузой, распределенных по группам в зависимости от вида хирургической менопаузы и 28 – без оперативных вмешательств.

Для количественной оценки КЖ пациенток мы использовали опросник Medical Outcomes Study Short Form «MOS SF-36», его русскую версию SF-36, содержащую 8 показателей:

1. Physical Functioning (PF) – физическое функционирование, отображает степень, в которой здоровье лимитирует выполнение физических нагрузок (самообслуживание, ходьба, подъем по ступенькам).

2. Role-Physical (RP) – влияние физического состояния на ролевую функцию, способность выполнять работу, типичную для соответствующего возраста и социальной принадлежности (работа, выполнение повседневной деятельности).

3. Bodily Pain (BP) – физическая боль и ее интенсивность, влияние на способность заниматься повседневной деятельностью.

4. General Health (GH) – общее состояние, оценка пациенткой своего состояния здоровья в настоящее время и перспективы лечения.

5. Vitality (VT) – жизнеспособность (ощущение полноты сил и энергии, или наоборот бессилие).

6. Social Functioning (SF) – социальное функционирование, определяется степенью, в которой физическое или эмоциональное состояние ограничивает социальную активность (общение).

7. Role-Emotional (RE) – влияние эмоционального состояния на ролевое функционирование, в котором эмоциональное состояние мешает выполнению работы или любой ежедневной деятельности.

8. Mental Health (MH) – оценка психического здоровья, характеризует настроение (наличие депрессии, тревоги, общий показатель положительных эмоций).

Результаты по каждой шкале представлены в виде балльной оценки (от 1 до 100), которые составлены таким образом, что более высокая оценка соответствует лучшему КЖ. Результаты обработаны методом вариационной статистики с оценкой достоверности по критерию Стьюдента с использованием стандартных компьютерных систем.

Результаты и обсуждение

В зависимости от объема оперативного вмешательства, согласно классификации Краснопольского В. И. и соавт. (1998), нами были сформированы следующие клинические группы: I (n = 22) – гистерэктомия с овариэктомией, средний возраст составил $47,92 \pm 0,69$ года; II (n = 25) – гистерэктомия с сохранением одного или обоих яичников, или части яичника/яичников после их резекции – $43,07 \pm 2,28$ года; III (n = 19) – овариэктомия без гистерэктомии – $40,60 \pm 0,73$ года, IV (n = 28) – женщины без хирургических вмешательств – $47,46 \pm 0,63$ лет, составили контрольную группу.

Операция у всех женщин была произведена на фоне сохраненной менструальной функции, или менометроррагий, что клинически свидетельствовало о нормальном уровне эстрогенов или относительной гиперэстрогении в дооперационном периоде. Средний период после операции составил – $4,24 \pm 0,36$ года.

Перед заполнением опросника проводили индивидуальную беседу. Пациенты отмечали изменения, которые появились в послеоперационном периоде. Полученные результаты представлены нами на рисунки.

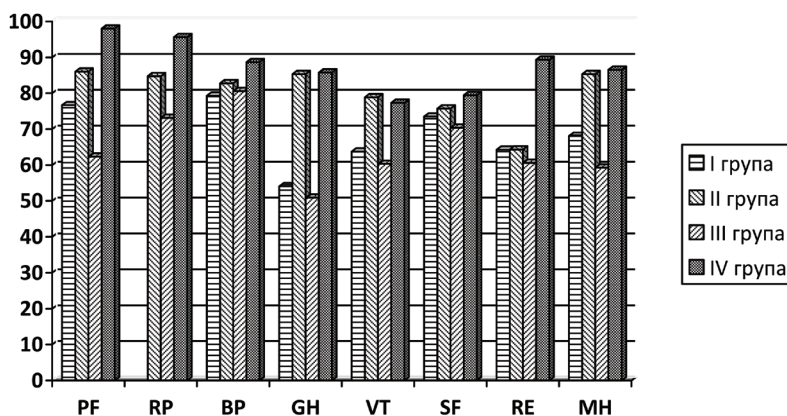
Опросник MOS SF-36 позволяет имеющиеся шкалы разделить на два показателя: физический (PF, RF, BP, GH) и психический компонент здоровья (VT, SF, RE, MN), что позволяет, в результате анализа, оценить удовлетворенность пациенткой своим физическим и психическим состоянием.

Анализируя данные, приведенные на рисунки, нами было установлено снижение обобщенных показателей КЖ

у всех женщин с хирургической менопаузой по отношению к пациенткам контрольной группы, что составило в I группе – $68,05 \pm 2,90$, II группе – $79,65 \pm 2,53$, III группе – $64,69 \pm 3,31$ и в группе контроля – $87,59 \pm 2,51$. Самые низкие показатели были выявлены у женщин после гистерэктомии с овариэктомией, а также после овариэктомии почти во всех шкалах, что составило преимущественно в I группе: GH- $54,08 \pm 1,03$; VT- $63,75 \pm 1,54$; RE- $64,28 \pm 1,04$; MH- $68,11 \pm 0,87$; в III группе: PF- $62,32 \pm 1,24$; GH- $50,94 \pm 1,93$; VT- $60,34 \pm 1,89$; RE- $60,65 \pm 0,82$; MH- $59,27 \pm 1,23$. Приведенные результаты свидетельствуют, что данные объемы оперативных вмешательств являются трагическим для здоровья женщин, и оказывают влияние как на физический компонент, а в большей степени на психический компонент КЖ. Клинические проявления послеоперационного периода можно отнести к нарушениям, связанным с дефицитом половых стероидов, о чем свидетельствуют многочисленные исследования последних лет [5, 8], но сниженные субъективные показатели КЖ подтверждают наличие влияния других, неизученных факторов, на здоровье женщины с хирургической менопаузой, что подтверждают также результаты оценки КЖ у пациенток после гистерэктомии, где были выявлены также сниженные показатели, в основном, психического компонента (VT- $78,85 \pm 0,93$; SF- $75,73 \pm 1,04$, RE- $64,35 \pm 1,09$). Наши результаты совпадают с данными авторов, свидетельствующих, что в психиатрические клиники попадает в 2 раза больше женщин после гинекологических операций, чем после других оперативных вмешательств. Другие исследователи это связывают с возникновением чувства феминизации в 50% женщин [4].

В последние годы появляются исследования, подтверждающие снижение овариального резерва, как после оперативных вмешательств на яичниках, так и после гистерэктомии произведенных без овариэктомии, возникающего, по мнению (Amato and Roberts, 2001; Hascalik et al., 2004) в результате ишемизации ткани гонад после лигирования сосудов, принимающих участие в их кровоснабжении.

В результате проведенной комплексной оценки нами были рассчитаны показатели диагностической ценности опросника КЖ SF-36 у женщин с хирургической менопаузой. Для определения прогностической ценности метода изучали следующие операционные характеристики: диагностическую чувствительность (ДЧ), диагностическую специфичность (ДС), прогностичность положительного результата (ППР), прогностичность отрицательного результата (ПОР), отношение правдоподобия положительного результата (ОП(+)), отношение правдоподобия отрицательного



Количественная оценка качества жизни в обследуемых группах (M ± m)

результата (ОП(-)), абсолютный (АР) и относительный риск (ОР), отношение шансов (ОШ). Сравнение групп по качественным признакам проводилось с помощью расчета критерия χ^2 .

Таблица 1. Статистические показатели диагностической ценности

Группы	Показатели					
	ДЧ	ДС	ППР	ПОР	ОП(+)	ОП(-)
I группа (n = 22)	0,73	0,74	0,64	0,82	2,86	0,36
II группа (n = 25)	0,75	0,70	0,60	0,82	2,48	0,36
III группа (n = 19)	0,69	0,74	0,58	0,82	2,66	0,42

Таблица 2. Статистические показатели частотного анализа

Группы	Показатели			χ^2	p
	АР	ОР	ОШ		
I группа (n = 22)	0,64	3,56	8,05	10,96	p < 0,01
II группа (n = 25)	0,60	3,36	6,90	9,98	p < 0,01
III группа (n = 19)	0,58	3,24	6,325	8,08	p < 0,01

В результате проведенного клинического и статистического исследования, нами было выявлено, что данная методика оценки КЖ обладает ДЧ, как минимум в 68,8%, а ДС – в 69,7%, при этом ОПП(+) самое высокое составило в I клинической группе, и подтвердило, что снижение качества жизни у данной категории пациентов в 2,86 раз выше, чем в группе контроля. При наличии АР во всех экспонируемых группах меньше 1, ОР снижения КЖ превысил соответственно 1, самый высокий у женщин после гистерэктомий с овариэктомией, при аналогичной динамике показателей ОШ.

Таким образом, изучение и исследование КЖ в современной медицине приобретает важное самостоятельное значение, поскольку позволяет выявить дополнительные преимущества или недостатки проводимой терапии даже в тех случаях, когда лечение устраняет симптомы, могут наблюдаться случаи значительного ухудшения КЖ.

Хирургическая менопауза, в зависимости от объема оперативных вмешательств, приводит к нарушениям, которые существенно снижают как физический, так и психи-

ческий компоненты КЖ. Развитие и широкое внедрение в практику органосберегающих методов лечения является максимально перспективным в направлении сохранения КЖ.

Литература

1. Аккер, Л. В., Павлова А. П., Гальченко А. И. Клинические и метаболические последствия хирургической и естественной менопаузы и их гормональная коррекция // Росс. Вестник акушера-гинеколога. – 2007. – Т. 7. – № 1. – С. 46–51.
2. Качество жизни пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями: Тиотриазолин открывает новые горизонты. – Савченко М. А., Тетерюков А. А., Савченко А. А., Матюк Е. П. – Медицинские новости. – № 4. – 2011. – С. 38–43.
3. К вопросу обеспечения мониторинга гормонального статуса женщин. – В. В. Каминский, С. И. Жук, Н. А. Сиенко, А. В. Каминский – Репродуктивное здоровье женщины. – № 2 (36). – 2008. – С.49–52.
4. Кулаков, В. И., Адамян Л. В., Аскольская С. И. Гистерэктомия и здоровье женщины. – М.: Медицина, 1999. – 312 с.
5. Современный подход к лечению и профилактике последствий хирургической менопаузы. – В. Е. Радзинский, М. Б. Хамошина, Г. Г. Мельникова и др. – Здоровье женщины. – № 7 (43). – 2009. – С. 47–52.
6. Улучшение медицинской помощи женщинам, перенесшим пангистеэктомию / А. Н. Додонов, В. Б. Трубин, Т. Б. Трубина, Н. Н. Глебова // Мать и дитя: материалы III Пер. Научн. Форума (Саратов). – М., 2009. – С. 90–91.
7. Alexandra CH Nowakowski. Chronic inflammation and quality of life in older adults: a cross-sectional study using biomarkers to predict emotional and relational outcomes // Health and Quality of Life Outcomes. – 2014, 12:141.
8. Hysterectomy oophorectomy and endogenous sex hormone levels in older women: the Rancho Bernardo Study / G. A. Laughlin, E. Barrett-Connor, D. Kritiz-Silverstien, D. von Muhlen // J. Clin. Endocrinol. Metab. – 2000. – Vol. 85. – P. 645.
9. Nadia Mohamed Taha, Zeinab Hussain Ali. Effect of Reflexology on Pain and Quality of Life in a Patient with Rheumatoid Arthritis // Life Science Journal, 2011;8 (2).
10. WHO QOL Group Study protocol for the World Health Organization project to develop a quality of life assessment instrument (WHOQOL) // Quality of Life Research. – 1993. – Vol. 2. – P. 153–159.