

Трубицына М.В., Бахтияров К.Р.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПОСЛЕ ГИСТЕРОРЕЗЕКТОСКОПИИ ПРИ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССАХ В ЭНДОМЕТРИИ

ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский университет), 119991, г. Москва, Россия

Для корреспонденции: Трубицына Маргарита Владимировна, студентка ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский университет), 119991, г. Москва, e-mail: pumanikt@yandex.ru

Статья посвящена оценке результатов гистерорезектоскопии при гиперпластических процессах в эндометрии, а именно менструального статуса, а также такого важного аспекта, как качество жизни женщин после лечения данным методом. Обследованы 52 пациентки с гиперпластическими процессами в эндометрии, во всех случаях отмечена эффективность гистерорезектоскопии в устранении маточных кровотечений, с достижением максимального результата — аменореи, у 43 (82,69%) женщин. У всех исследуемых констатируется исходно значительное снижение качества жизни и нарушение сексуальной функции, которые достоверно улучшились после хирургического вмешательства: энергичность оценивали в среднем в $8,86 \pm 2,92$ балла, болевые ощущения — $2,88 \pm 0,83$, сон — $6,65 \pm 2,46$, эмоциональные реакции — $6,02 \pm 0,69$, социальная изоляция — $3,23 \pm 0,89$, физическая активность — $4,55 \pm 2,11$; у 22 (42,31%) пациенток отмечено повышение уровня удовлетворенности; у 9 (17,31%) женщин — увеличение частоты половых контактов.

Ключевые слова: электрохирургическая гистерорезектоскопия; абляция эндометрия; гиперпластические процессы в эндометрии; качество жизни; сексуальная функция.

Для цитирования: Трубицына М.В., Бахтияров К.Р. Качество жизни после гистерорезектоскопии при гиперпластических процессах в эндометрии. *Архив акушерства и гинекологии им. В.Ф. Снегирева*. 2019; 6(2): 103-106.
DOI <http://dx.doi.org/10.18821/2313-8726-2019-6-2-103-106>

Trubitsyna M.V., Bakhtiyarov K.R.

QUALITY OF LIFE AFTER HYSTERORESECTOSCOPY IN THE HYPERPLASTIC PROCESSES IN ENDOMETRIUM

I.M. Sechenov First Moscow State Medical University, 119991, Moscow, Russian Federation

The article is devoted to the assessment of the results of hysteroresectoscopy in hyperplastic processes in endometrium, namely, menstrual status, as well as such an important aspect as the quality of life of women after this treatment method. 52 patients with hyperplastic processes in the endometrium were examined, in all cases the effectiveness of hysteroresectoscopy in eliminating uterine bleeding, with the achievement of the maximum result, amenorrhea, was observed in 43 (82.69%) women. In all the subjects, a significant decrease in the quality of life and impaired sexual function were found, which significantly improved after surgery: energy 8.86 ± 2.92 , pain 2.88 ± 0.83 , sleep 6.65 ± 2.46 , emotional reactions 6.02 ± 0.69 , social isolation 3.23 ± 0.89 , physical activity 4.55 ± 2.11 ; 22 (42.31%) — increased satisfaction; 9 (17.31%) — noted an increase in the frequency of sexual contacts.

Keywords: electrosurgical hysteroresectoscopy; endometrial ablation; endometrial hyperplastic processes; quality of life; sexual function.

For citation: Trubitsyna M.V., Bakhtiyarov K.R. Quality of life after hysteroresectoscopy in the hyperplastic processes in endometrium. *V.F. Snegirev Archives of Obstetrics and Gynecology, Russian journal*. 2019; 6 (2): 103-106. (in Russ.).
DOI: <http://dx.doi.org/10.18821/2313-8726-2019-6-2-103-106>

For correspondence: Margarita V. Trubitsyna, student, I.M. Sechenov First Moscow State Medical University, 119991, Moscow, Russian Federation, e-mail: pumanikt@yandex.ru

Information about authors:

Trubitsyna M.V., <http://orcid.org/0000-0001-7280-2545>

Bakhtiyarov K.R., <http://orcid.org/0000-0001-7114-4050>

Conflict of interest. The authors declare no conflict of interest.

Acknowledgment. The study had no sponsorship.

Received 11.04.2019
Accepted 15.04.2019

Введение

В настоящее время одним из перспективных и прогрессивных качеств хирургического лечения является малоинвазивность, которая характерна для электрохирургической гистерорезектоскопии. Данный вид оперативного вмешательства успешно используется при гиперпластических процессах в эндометрии, снижая частоту применения радикальных методов в объеме гистерэктомии [1, 2].

Ориентируясь на рекомендации ВОЗ, можно утверждать, что репродуктивное здоровье — это «состояние полного физического, душевного и социального благополучия во всех вопросах, касающихся репродуктивной системы, её функций и процессов, включая воспроизводство и гармонию в психосоциальных отношениях в семье». Ввиду этого актуальным является понятие качества жизни, объединяющее показатели объективных и субъективных характеристик, отра-

жающих степень жизненного комфорта человека. К основным критериям относятся уровень физической, бытовой, социальной и сексуальной активности, работоспособности [3–6].

В связи с тем, что исследования демонстрируют высокую эффективность гистерорезектоскопии, а число женщин, прошедших данный вид лечения, неуклонно увеличивается, вопрос о качестве жизни этих пациентов является весьма актуальным [7–9].

Цель нашего исследования — оценить качество жизни больных с гиперпластическими процессами в эндометрии до и после гистерорезектоскопии, рассмотреть ближайшие и отдалённые результаты данного метода лечения.

Материал и методы

На базе кафедры акушерства, гинекологии и перинатологии ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России в клинике «Семейная» проведено проспективное когортное исследование, включившее в себя 52 пациентки репродуктивного и перименопаузального возраста. В наблюдаемую группу отобраны больные с гиперпластическими процессами в эндометрии после гистерорезектоскопии, проходившие лечение в клинике в 2011–2018 гг. Средний возраст женщин составил $45,94 \pm 5,85$ года.

Предварительный и послеоперационный диагностический комплекс включал клиническое исследование с детальным разбором анамнеза, особенностей репродуктивной и менструальной функции; трансвагинальное ультразвуковое исследование; гистологическую оценку материала, полученного во время операции; анализ качества жизни и сексуальной функции.

Пациенткам выполнено хирургическое вмешательство в объёме диагностической гистероскопии с раздельным диагностическим выскабливанием эндоцервикса и эндометрия, с последующим проведением гистерорезектоскопии и тотальной абляции эндометрия.

Гистерорезектоскопию выполняли, используя эндоскопический комплекс Karl Storz (Германия). С целью профилактики интраоперационных осложнений следовали ряду правил: подачу тока с электрогенератора осуществляли только под контролем зрения; для предотвращения проникающего ранения матки и маточных сосудов высокочастотным сигналом при работе с электродом типа «петля» генератор активировали до соприкосновения со слизистой режущей поверхности; электрод активизировали только при соприкосновении с объектом и в направлении движения к хирургу; при дефиците ирригируемой жидкости свыше 2,0 л гистерорезектоскопию прекращали [10].

Ближайшие результаты определяли в послеоперационном периоде и через 30 дней, отдалённые — через 3, 6, 12 мес и оценивали менструальный статус пациенток.

Качество жизни до и после гистерорезектоскопии оценивали по шкале Ноттингемский профиль здоро-

Таблица 1

Методика оценки качества жизни в соответствии со шкалой Nottingham Health Profile

Показатели качества жизни	Удельная частота
Энергичность	100
Я быстро устаю	24,0
Я все делаю через силу	36,8
Я всё время чувствую усталость	39,2
Болевые ощущения	100
Я испытываю боль:	
– при подъёме и спуске по лестнице и ходьбе	5,83
– когда стою	8,96
– при перемене позы	9,99
– когда сижу	10,49
– во время прогулки	11,22
– постоянно	20,86
Меня беспокоят боли по ночам	12,91
Я испытываю невыносимые боли	19,74
Эмоциональные реакции	100
Дни кажутся мне тяжёлым бременем	7,08
Я часто ощущаю свое критическое положение	7,22
Я забыла, когда меня что-либо радовало	9,31
В последнее время у меня легко портится настроение	9,76
Всё подавляет меня	10,47
Я просыпаюсь с чувством подавленности	12,01
Ощущение тревоги будит меня по ночам	13,95
Мне кажется, что я потеряла контроль над своим состоянием	13,99
Мне кажется, что жить не стоит	16,21
Сон	100
Я просыпаюсь утром слишком рано	12,45
Мне трудно заснуть	15,94
Я плохо сплю ночью	21,48
Для того чтобы заснуть, я принимаю таблетки	23,14
Большую часть ночи я лежу без сна	26,99
Социальная изоляция	100
Я считаю, что ладить с людьми тяжело	15,97
Я считаю, что с людьми тяжело контактировать	19,36
Я чувствую, что нет человека, с которым я была бы близка	20,13
Я ощущаю одиночество	22,01
Я чувствую, что обременяю людей	22,53
Физическая активность	100
Мне трудно дотянуться до окружающих предметов	9,30
Мне тяжело согнуться	10,57
Мне тяжело подниматься и спускаться по лестнице	10,79
Мне тяжело долго стоять	11,20
Я могу передвигаться только по дому	11,54
Мне тяжело самостоятельно одеваться	12,61
Мне нужна постоянная помощь при выходе на улицу	12,69
Я вообще не могу выйти на улицу	21,30

вья (Nottingham Health Profile, NHP), модифицированной для гинекологических пациентов (табл. 1). Шкала представляет собой анкету из 2 частей, первой из которых присвоены балльные значения, взвешенные величины, вычисленные в большом популяционном исследовании. Общая сумма баллов составляет 100, что соответствует самому низкому уровню качества жизни по определённому параметру. Вторая часть позволяет оценить влияние состояния здоровья на основные виды повседневной деятельности. NHP чувствительна, валидна, надёжна и в большой степени отражает уровень качества жизни в зависимости от состояния здоровья и симптомов заболевания. Анкеты заполнялись больными самостоятельно [11].

Анализ сексуальной функции производился с помощью анкеты, включающей указание возраста, образования, гинекологического анамнеза, показаний к гистерорезектоскопии, характеристики сексуальной жизни до операции и после неё. К критериям оценки сексуальной функции пациенток относили удовлетворённость половой жизнью, выраженность либидо, частоту половых контактов и сексуальную активность.

Результаты

Проведённая нами оценка менструального статуса показала, что в послеоперационном периоде у 19 (36,54%) пациенток были скудные кровянистые выделе-

ния до 3 дней, у 22 (42,31%) — 14 дней, у 11 (21,15%) — 45 дней с интервалами в 2–5 дней после 3 недель. В период 6–12-месячного наблюдения у 43 (82,69%) пациенток достигнута аменорея, у 5 (9,62%) — нормализация менструального цикла, у 4 (7,69%) — скудные и короткие менструации. У 2 (3,85%) женщин в отдалённые сроки наблюдения через 3 года отмечено возобновление полименореи, в связи с чем выполнена повторная операция в объёме диагностической гистероскопии с раздельным диагностическим выскабливанием эндометрия и эндометрия, с последующим проведением гистерорезектоскопии и тотальной абляции эндометрия.

При оценке по шкале NHP до гистерорезектоскопии у всех пациенток зарегистрированы повышенные показатели критериев, то есть заметное снижение качества жизни: энергичность — $40,12 \pm 5,55$, болевые ощущения — $5,95 \pm 0,75$, сон — $29,91 \pm 2,32$, эмоциональные реакции — $27,1 \pm 4,21$, социальная изоляция — $14,54 \pm 1,87$, физическая активность — $20,5 \pm 2,89$. Анализ качества жизни через месяц после операции продемонстрировал снижение значений параметров энергичности и физической активности. Улучшение показателей эмоциональных реакций и социальной изоляции установлено в более поздние сроки, варьировавшие от 2 до 6 мес, и в среднем составило $3,33 \pm 0,95$ в группе исследуемых. Через 12 мес уровень качества жизни женщин после абляции эндометрия характеризовался следующими показателями: энергичность — $8,86 \pm 2,92$; болевые ощущения — $2,88 \pm 0,83$; сон — $6,65 \pm 2,46$; эмоциональные реакции — $6,02 \pm 0,69$; социальная изоляция — $3,23 \pm 0,89$; физическая активность — $4,55 \pm 2,11$ (табл. 2).

В характеристике качества жизни достаточно большую роль играет сексуальная функция, которая обусловлена врождённой потребностью женщины и социальными устоями [3, 5, 12]. Изучение данного аспекта продемонстрировало значимую неудовлетворённость сексуальной жизнью до операции у 45 (86,54%) пациенток, при этом либидо характеризовалось нормальным уровнем. Подобные нарушения женщины связывали с длительными и обильными менструациями, ациклическими маточными кровотечениями, страхом возобновления кровотечения после полового акта, болевым синдромом, слабостью.

Анализ сексуальной функции спустя 6 мес после гистерорезектоскопии показал повышение уровня удовлетворённости у 22 (42,31%) пациенток, 9 (17,31%) женщин отметили увеличение частоты половых контактов, у 8 (15,38%) женщин повысилось либидо (табл. 3). Необходимо отметить, что важным аспектом является проведение перед вмешательством беседы с пациентками об отсутствии отрицательного влияния данной операции на сексуальную активность.

Обсуждение

Гистерорезектоскопия оказалась эффективна у всех исследуемых пациенток с гиперпластическими про-

Таблица 2

Сравнительный анализ качества жизни до и после гистерорезектоскопии

Показатель качества жизни	До операции	После операции
Энергичность	$40,12 \pm 5,55$	$8,86 \pm 2,92$
Болевые ощущения	$5,95 \pm 0,75$	$2,88 \pm 0,83$
Эмоциональные реакции	$27,1 \pm 4,21$	$6,02 \pm 0,69$
Сон	$29,91 \pm 2,32$	$6,65 \pm 2,46$
Социальная изоляция	$14,54 \pm 1,87$	$3,23 \pm 0,89$
Физическая активность	$20,5 \pm 2,89$	$4,55 \pm 2,11$

Таблица 3

Анализ динамики половой функции через 6 месяцев после гистерорезектоскопии

Показатель сексуальной функции	Динамика	Число наблюдений	
		абс.	%
Удовлетворённость половой жизнью	Тот же уровень	27	51,92
	Повышение	22	42,31
	Снижение	—	—
Выраженность либидо	Тот же уровень	44	84,62
	Повышение	8	15,38
	Снижение	—	—
Частота половых контактов	Тот же уровень	43	82,69
	Повышение	9	17,31
	Снижение	—	—

цессами в эндометрии, показав в период 6–12-месячного наблюдения у 43 (82,69%) женщин максимальный результат в виде аменореи. Менструальный статус пациенток в послеоперационном периоде оценён как хороший. Вместе с тем необходимо отметить, что у 2 (3,85%) женщин через 3 года возобновилась полименорея, в связи с чем им выполнена повторная операция.

Сравнительный анализ основных показателей качества жизни пациенток, приведённый в табл. 2, демонстрирует заметное их улучшение после абляции эндометрия в среднем в 4,5 раза, а показателя болевых ощущений в 2,07 раза. Это связано с устранением маточных кровотечений, болевого синдрома и, как следствие, слабости, которые снижают энергичность, ограничивают физическую и социальную активность и приводят к нарушению эмоциональных реакций. Операция является малотравматичной, поэтому прогрессивное изменение показателей очевидно уже через месяц.

В то же время нами рассмотрена качественная характеристика половой жизни пациенток, представленная в табл. 3. Подобные изменения обусловлены устранением маточных кровотечений и ввиду этого снижением страха их возобновления после полового акта, а также болевой и астеничной симптоматики, препятствующих нормальной половой жизни женщин. Несмотря на изначально описанный нормальный уровень либидо, 8 (15,38%) исследуемых пациенток отметили его повышение.

Заключение

Таким образом, анализ приведённых нами данных показывает исходно сниженное качество жизни у пациенток с гиперпластическими процессами в эндометрии и значимое нарушение сексуальной функции. После гистерорезектоскопии мы отметили достоверное повышение качества жизни у исследуемых женщин, особенно в отношении таких показателей, как энергичность, физическая активность, эмоциональные реакции, сон, а также улучшение сексуальной функции — повышение удовлетворённости половой жизнью, выраженности либидо, частоты половых контактов и сексуальной активности. Благодаря выполненному хирургическому вмешательству у больных удалось достигнуть весомого снижения кровопотери, в большинстве случаев вплоть до аменореи. Проведённое нами исследование демонстрирует высокие показатели эффективности

гистерорезектоскопии как метода лечения гиперпластических процессов в эндометрии, что в ряде случаев может являться альтернативой радикальному хирургическому вмешательству в объёме гистерэктомии.

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА (пп. 1–9, 12 см. REFERENCES)

10. Багдасарян А.Р., Саркисов С.Э. Перфорация матки во время гистероскопии. *Опухоли женской репродуктивной системы*. 2014; (1): 85–90.
11. Алеменова Н.У., Назарбаева Р.К., Кошербаева Л.К., Смагулова Г.А. Современные подходы и методы оценки качества жизни. *Медицинский журнал Западного Казахстана*. 2018; 57 (1): 23–7.

REFERENCES

1. Noventa M., Ancona E., Quaranta M., Vitagliano A., Cosmi E., D'Antona D. et al. Intrauterine morcellator devices: the icon of hysteroscopic future or merely a marketing image? A systematic review regarding safety, efficacy, advantages, and contraindications. *Reprod. Sci.* 2015; 22(10): 1289–96. doi: 10.1177/1933719115578929
2. Garbin O., Schwartz L. New in hysteroscopy: hysteroscopic morcellators. *Gynecol. Obstet. Fertil.* 2014; 42(12): 872–6. doi: 10.1016/j.gyobfe.2014.10.002
3. Barreix M., Barbour K., McCaw-Binns A., et al. Standardizing the measurement of maternal morbidity: Pilot study results. *Int. J. Gynaecol. Obstet.* 2018; 141 (Suppl. 1): 10–9. doi:10.1002/ijgo.12464
4. Federici S., Bracalenti M., Meloni F., Luciano J.V. World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0: An international systematic review. *Disabil. Rehabil.* 2017; 39: 2347–80.
5. Kim A., Bradshaw H., Durante K.M., Hill S.E. Life history, fertility, and short-term mating motivation. *Evol. Psychol.* 2018; 16(3): 1–10. doi: 10.1177/1474704918800062.
6. Mieras M. Sexual desire, the brain and our interoceptive consciousness. *Ned. Tijdschr. Geneesk.* 2018; 162. pii: D2758.
7. Li C., Dai Z., Gong Y., Xie B., Wang B. A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials comparing hysteroscopic morcellation with resectoscopy for patients with endometrial lesions. *Int. J. Gynaecol. Obstet.* 2017; 136(1): 6–12. doi: 10.1002/ijgo.12012
8. De Franciscis P., Grauso F., Cobellis L., Messalli E.M., Cucinella G., Perino A. et al. Outcomes of monopolar versus bipolar endometrial ablation on uterine bleeding and psychophysical wellbeing. *Minerva Ginecol.* 2017; 69(4): 328–35. doi: 10.23736/S0026-4784.16.03990-3
9. Falcone F., Laurelli G., Losito S., Di Napoli M., Granata V., Gregg S. Fertility preserving treatment with hysteroscopic resection followed by progestin therapy in young women with early endometrial cancer. *J. Gynecol. Oncol.* 2016; 28(1): e2. doi:10.3802/jgo.2017.28.e2
10. Bagdasaryan A.R., Sarkisov S.E. Perforation of the uterus during hysteroscopy. *Opukholi zhenskoy reproduktivnoy sistemy*. 2014; (1): 85–90. (in Russian)
11. Alekmenova N.U., Nazarbayeva R.K., Kosherbayeva L.K., Smagulova G.A. Modern approaches and methods for assessing the quality of life. *Meditsinskiy zhurnal Zapadnogo Kazakhstan*. 2018; 57 (1): 23–7. (in Russian)
12. Singh S., Darroch J.E., Ashford L.S. *Adding It Up: The Costs and Benefits of Investing in Sexual and Reproductive Health 2014*. New York: Guttmacher Institute; 2017.

Поступила 11.04.2019
Принята к печати 15.04.2019