

ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ ПСИХОЕМОЦІЙНИХ РОЗЛАДІВ ТА КРИЗИ ІДЕНТИЧНОСТІ У ХВОРИХ ІЗ ПУХЛИНАМИ РЕПРОДУКТИВНОЇ СИСТЕМИ ПІСЛЯ ГІСТЕРЕКТОМІЇ

ВСТУП

Серед соматичних захворювань, що супроводжуються психоемоційними розладами, питома частка патології жіночої репродуктивної системи є чи не найбільшою [1–4]. В асоціації психічних та гінекологічних розладів важко визначити першопричину, оскільки нервова, ендокринна та імунна системи вважаються складовими частинами загальної інтеграційної мережі, що забезпечує адаптивні можливості організму [1]. Отже, психічна адаптація безпосередньо залежить від функціонування цієї системи. З іншого боку, стрес може стати тригером низки гінекологічних захворювань – від безпліддя та доброякісних проліферативних процесів до злоякісних новоутворень [3, 5, 6]. Якщо корекція гормонального дисбалансу в поєднанні з психологічною підтримкою виявляються ефективними в терапії функціональних гінекологічних розладів, то лікування новоутворень може вимагати оперативного втручання в об'ємі гістеректомії. Останнє, з одного боку, ліквідує хворобу, але з іншого – може розцінюватися пацієнткою як втрата символу жіночості, гендерної ідентичності, створюючи додатковий дистрес.

Ще в середині минулого століття дослідники зауважили, що депресивні стани виникають після гістеректомії частіше, ніж після будь-якого іншого оперативного втручання на черевній порожнині [7]. У 1970-х роках D.H. Richards сформулював поняття «пост-гістеректомічного синдрому» [8], після чого дедалі більше клінічних досліджень демонстрували, що в жінок, які перенесли гістеректомію, частіше виникають психоемоційні розлади, як-от безсоння, тривога та депресія [9–11]. Вищий ризик депресивних симптомів у довгостроковій перспективі в жінок після гістеректомії не залежав від способу життя чи соціально-економічних факторів і спостерігався з однаковою частотою в групах з овариоектомією і без неї [12]. Результати інших досліджень свідчили про вищу частоту депресій після гістеректомії з овариоектомією, ніж за таких же втручань без неї, щодо доброякісних уражень матки [13]. Частини пацієнток після гістеректомії важко сприйняти себе в

новому статусі, адже певні ознаки, що символізують гендерну ідентичність, втрачено.

Мета дослідження: виявити частоту, структуру й клінічні прояви психоемоційних розладів та кризи ідентичності в жінок із доброякісними новоутвореннями та злоякісними пухлинами жіночої репродуктивної системи після завершення хірургічного лікування в об'ємі щонайменше гістеректомії, обґрунтувати необхідність і характер лікувально-реабілітаційних заходів.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

У дослідженні взяли участь 75 хворих, які перебували на стаціонарному лікуванні у Львівському онкологічному обласному діагностично-лікувальному центрі з 2022 до 2024 року.

Вік жінок становив від 38 до 70 років; середній вік пацієнток, які перенесли оперативне втручання, становив 53 роки.

Пацієнтки були розподілені на 2 групи:

- група 1 – 53 особи, які мали онкологічні захворювання;
- група 2 – 22 особи з доброякісними пухлинами.

Обидві групи статистично не відрізнялись за віком та супутніми патологіями. Усім учасникам дослідження проведено хірургічне втручання.

Серед пацієнток із доброякісною патологією було 18 хворих із лейоміомами, дві – з поліпозом ендометрія, резистентним до прогестинотерапії, дві – з фібротеками яєчника. Усім хворим із доброякісними пухлинами було проведено хірургічне лікування щонайменше в об'ємі гістеректомії. Усі 53 пацієнтки зі злоякісними пухлинами завершили хірургічне або комбіноване лікування з приводу раку. Серед них було 18 хворих із раком шийки матки, 20 – з раком ендометрія, 15 – з раком яєчника. У всіх хворих компонентом хірургічного лікування була пангістеректомія.

Психоемоційний стан жінок досліджувався через 6–12 місяців після завершення хірургічного або комбінованого (хірургія + хіміотерапія) лікування під час контрольного візиту до гінеколога-онколога. На момент



В.О. БЕЛЯК

асистент кафедри психіатрії, психології та сексології Львівського національного медичного університету ім. Данила Галицького, м. Львів
ORCID: 0000-0002-4951-7110

Р.І. БІЛОБРИВКА

д. мед. н., професор, завідувач кафедри психіатрії, психології та сексології Львівського національного медичного університету ім. Данила Галицького, м. Львів
ORCID: 0000-0001-6243-7863

О.І. ЯКУБЕЦЬ

асистентка кафедри онкології і радіології Львівського Національного медичного університету ім. Данила Галицького, завідувачка відділу онкологічної гінекології №1 КНП Львівської міської ради «Львівський онкологічний регіональний лікувально-діагностичний центр», м. Львів
ORCID: 0009-0001-6737-1944

Контакти:

Беляк Валентин Олександрович
м. Львів, вул. Лисенка 38/1,
Україна, 79010
Е-пошта: vbelyak@gmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.18370/2309-4117.2025.78.75-85>

візиту ні в кого з онкологічних хворих не було виявлено ознак прогресування раку як під час гінекологічного обстеження, так і під час застосування методів променевої візуалізації (КТ, МРТ). Усім пацієнткам було запропоновано оцінити рівень дистресу за останній тиждень за допомогою NCCN-дистрес-термометра, версія 2.2022 в українському перекладі [14], попередньо їм було пояснено мету дослідження. Цей опитувальник з одним пунктом використовує шкалу Лайкерта від 0 (відсутність проблем) до 10 (надзвичайний дистрес) і нагадує термометр. До нього також доданий оновлений робочою групою Національної всеосяжної онкологічної мережі ((National Comprehensive Cancer Network, NCCN) список проблем (problem list). Пацієнтки оцінювали свій рівень дистресу за останній тиждень. Вони зауважували також проблеми, що до нього призводили: фізичні, емоційні, соціальні, духовні / релігійні та практичного характеру із запропонованого списку. Граничний бал, що зумовлює необхідність подальшого дообстеження і свідчить про можливу наявність психоемоційних проблем, дорівнює 4. Для проведення анкетування пацієнткам було створено комфортні умови, вони не обмежувалися в часі.

Під час статистичної обробки даних першочергово було визначено нормальність розподілу в групах. Характер розподілу отриманих варіаційних рядів було перевірено за допомогою критерію Шапіро-Франсія, який засвідчив гаусівський характер розподілу даних. Під час статистичної обробки отриманих даних було здійснено розрахунок середнього арифметичного та його стандартного відхилення ($M \pm SD$), аналіз відносних величин, вірогідності різниці між групами пацієнток за критеріями Стюдента та хі-квадрата.

Учасниці дослідження дали згоду на використання клінічних даних і результатів обстеження з науковою метою. Дослідження проведено із дотриманням положень Конвенції Ради Європи з прав людини (04.04.1997) та Гельсінської декларації Всесвітньої медичної асоціації (World Medical Association) «Етичні принципи проведення наукових медичних досліджень за участю людини як суб'єкта дослідження» (1964–2013 рр.). Процес дослідження розглянутий та схвалений комісією з біоетики Львівського національного медичного університету ім. Данила Галицького (протокол № 8 від 12.10.2022 р.).

РЕЗУЛЬТАТИ

За допомогою NCCN-дистрес-термометра було оцінено психоемоційний стан хворих залежно від природи пухлинного процесу (доброякісний / злоякісний), щодо якого була виконана гістеректомія. Перед оперативними втручаннями не було вірогідної різниці між групами в показниках середнього рівня дистресу – 6,9 та 6,1 для груп 1 та 2 відповідно (рис. 1). Після операції через доброякісні пухлини середній рівень дистресу виявився порівняно невисоким – $3,9 \pm 2$; проте значення, вище за граничне ≥ 4 , на NCCN-дистрес-термометрі зазначили 15 (68%) із 22 жінок. Двоє хворих визначили свій рівень дистресу як 7 – найвищі показники для даної групи. Варто зауважити, що в групі онкологічних пацієнток вищий за граничний рівень дистресу зазначили 33 (66%) із 53 пацієнтки.

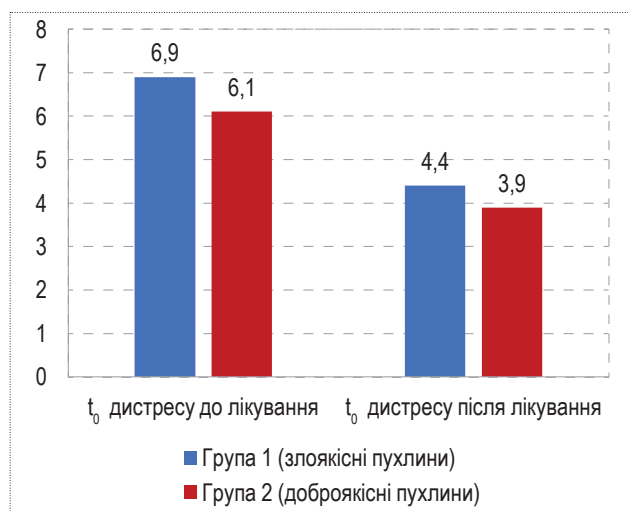


Рисунок 1. Показники середнього рівня дистресу у хворих зі злоякісними та доброякісними пухлинами репродуктивної системи до та після пангістеректомії

Серед фізичних проблем статистично вірогідна різниця між групами виявлена в зміні харчової поведінки (11,3% в онкохворих і 8% у жінок із доброякісними пухлинами) та в частоті вживання тютюну (7,5 та 5,3% для груп 1 та 2 відповідно), що продемонстровано на рис. 2.

Серед емоційних проблем смуток і депресія зустрічалися в 37,7% онкологічних хворих, а в пацієнток із доброякісною патологією – лише в 9,1% випадків (рис. 3). Ангедонію із втратою інтересу до життя або здатності отримувати задоволення діагностовано у 17% осіб з онкологічними пухлинами. У 7,5% онкохворих було виявлено відчуття нікчемності або усвідомлення того, що вони стали тягарем для своїх близьких. Водночас у пацієнток із доброякісною патологією після гістеректомії таких скарг не було виявлено взагалі.

Кожна п'ята пацієнтка групи 1 після гістеректомії стикалася з духовними, світоглядними переживаннями (20,8%), зміною усвідомлення сенсу або мети життя, а 7,5% осіб були занепокоєні переживаннями, думками про смерть, роздумами про можливість життя після смерті. Пацієнтки групи 2 з такими переживаннями не стикалися.

У хворих із доброякісною патологією були відсутні також і соціальні проблеми (рис. 4). Водночас в онкологічних хворих соціальні проблеми виявлялися у 25% випадків. Після гістеректомії в жінок зі злоякісними пухлинами відмічався вірогідно вищий рівень емоційних проблем (зокрема, за параметрами наявності смутку та депресії, втрати інтересу або здатності отримувати задоволення, самотності та відчуття нікчемності), соціальних проблем (стосунків із дітьми, членами сім'ї, друзями або колегами, комунікації з медичними працівниками), а також проблем практичного характеру (робота, догляд за іншими, догляд за собою, доступ до медичного обслуговування, достатнє харчування, догляд за дитиною, страхування та навчання).

Водночас за показниками проблем фізичного характеру, а також низки проблем емоційного, соціального та практичного характеру пацієнтки із доброякісними пухлинами продемонстрували такий же високий рівень дистресу, як і жінки з онкологічними пухлинами.

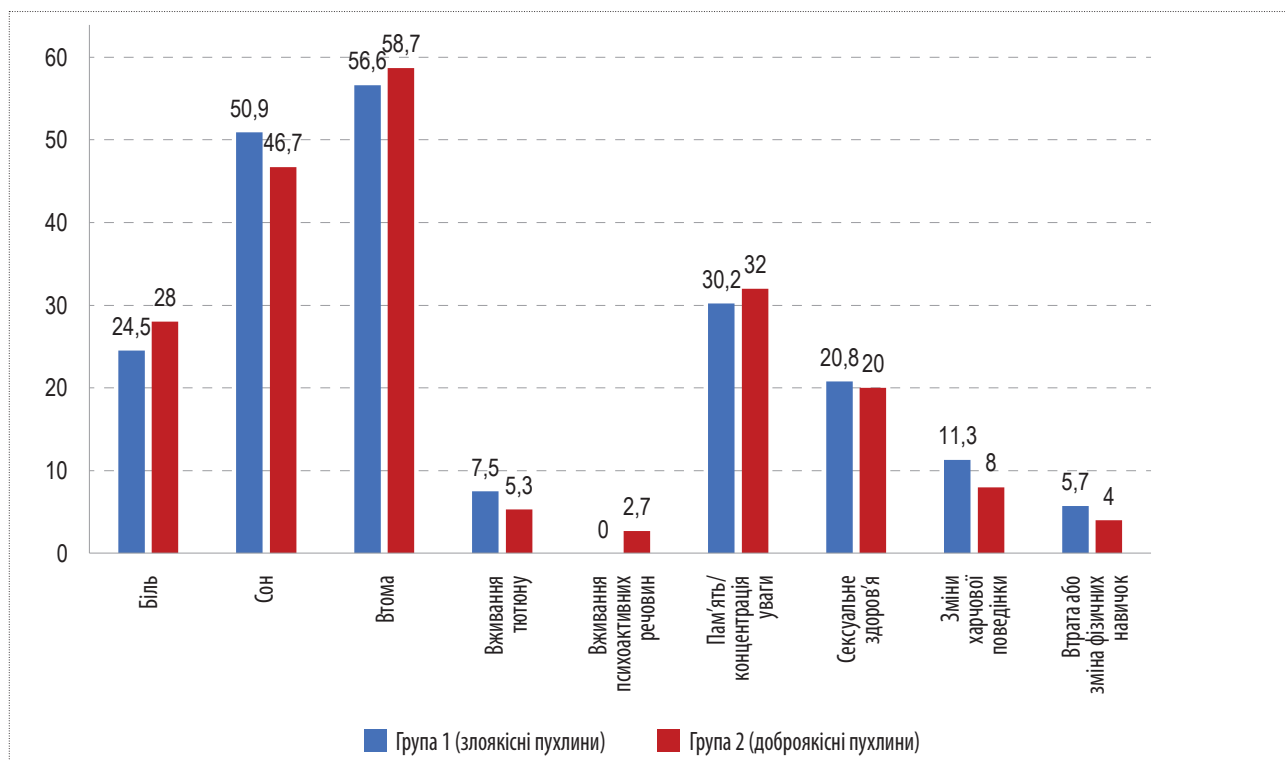


Рисунок 2. Фізичні проблеми у хворих зі злоякісними та доброякісними пухлинами репродуктивної системи після пангістеректомії, %

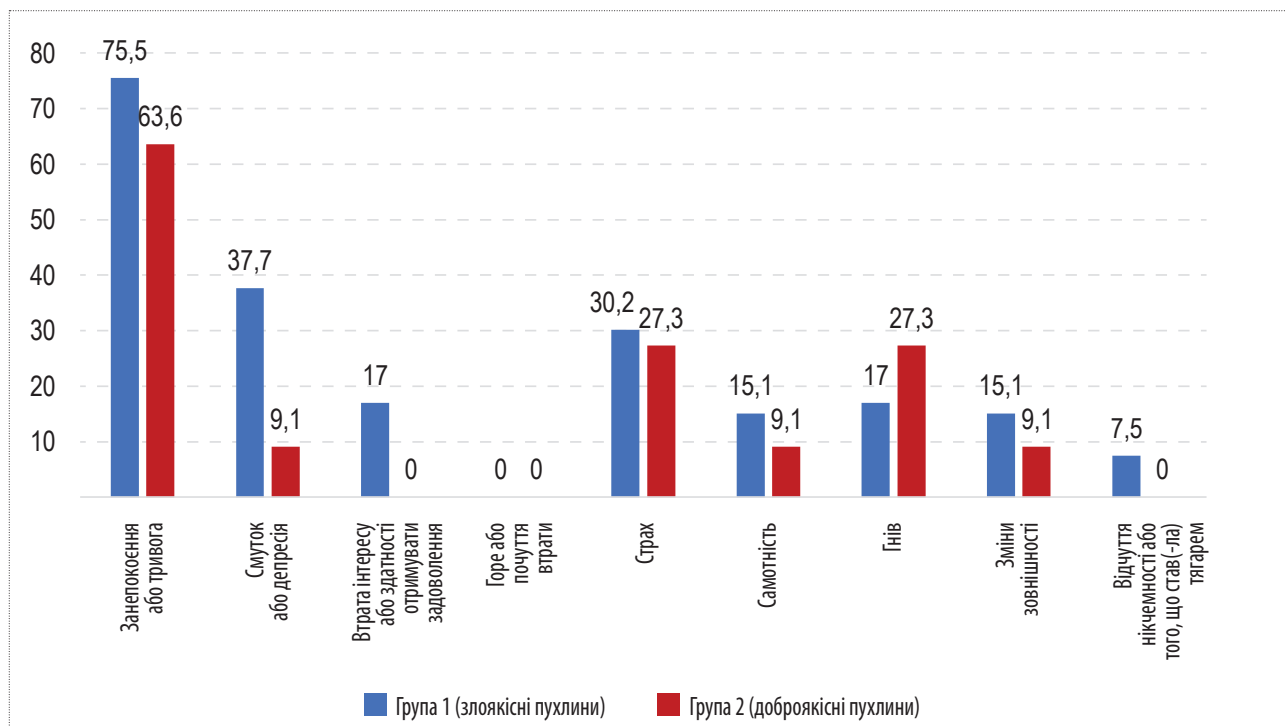


Рисунок 3. Емоційні проблеми у хворих зі злоякісними та доброякісними пухлинами репродуктивної системи до та після пангістеректомії, %.

У кожної десятої онкологічної пацієнтки виникали проблеми практичного характеру: з труднощами в догляді за собою стикалися 15,1% хворих, ще 11,3% жінок мали проблеми в догляді за іншими (рис. 5).

Отже, очевидним є висновок про безпосередній вплив діагнозу «рак» на формування кризи ідентичності. Онкологічний діагноз виявляється стигмою, яка ставить перед

особою екзистенційний виклик стосовно сенсу або мети життя, можливості прийняття кінця життєвого сценарію.

Проте привертає до себе увагу той факт, що рівень дистресу, вищий ніж граничний виявляли 68% хворих із доброякісними пухлинами матки, які перенесли гістеректомію. Отже, втрата органа, який визначає гендерну ідентичність, не минає для жінки без травматичних психоемоційних на-

ПУХЛИНИ ТА ПЕРЕДПУХЛИННА ПАТОЛОГІЯ

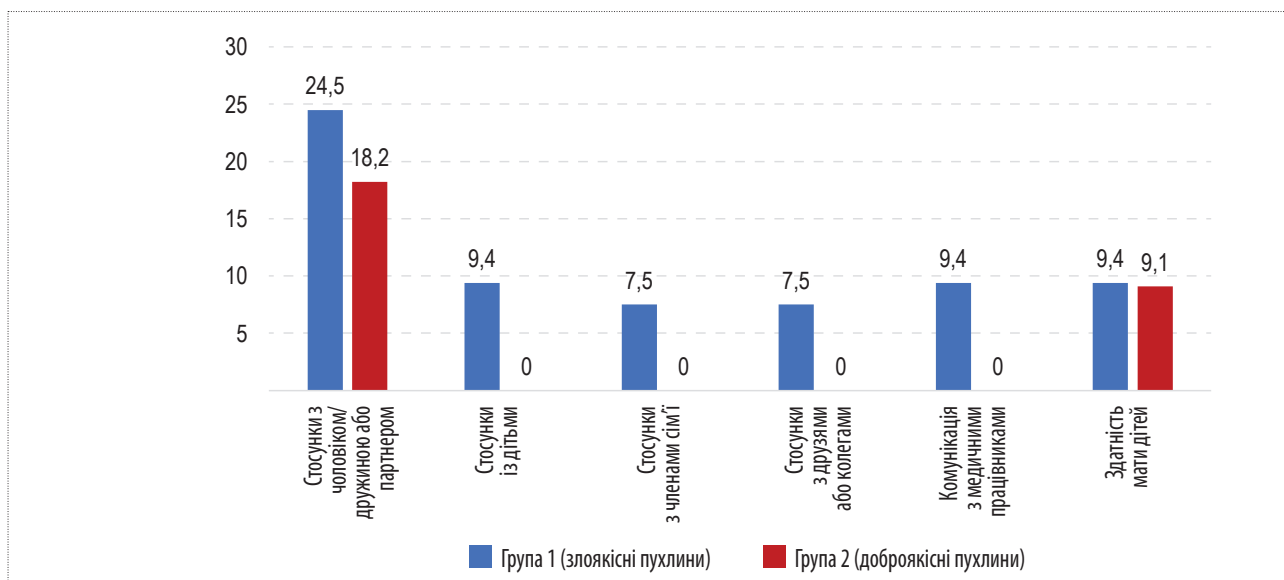


Рисунок 4. Соціальні проблеми у хворих зі злоякісними та доброякісними пухлинами репродуктивної системи до та після пангістеректомії, %

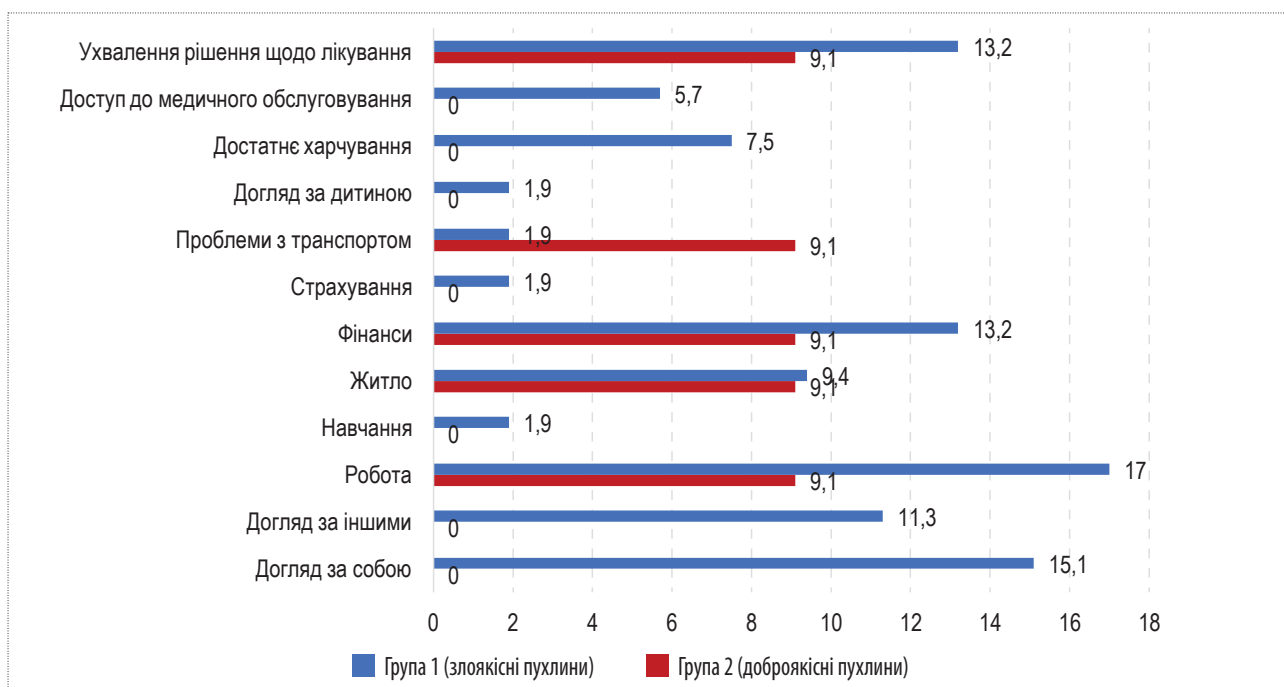


Рисунок 5. Проблеми практичного характеру у хворих зі злоякісними та доброякісними пухлинами репродуктивної системи до та після пангістеректомії, %

слідків. Порушення пам'яті та концентрації уваги виявляли дещо частіше у хворих із доброякісною патологією (32%) порівняно з онкохворими (30%), хоча різниця статистично не вірогідна. Водночас спалахи гніву виникали частіше – майже в кожній четвертій хворій з доброякісними пухлинами матки (27%) – порівняно з онкохворими (17%). У групі 2 занепокоєння і тривоги виявляли 68% жінок, страх – 27%, порушення сну – 46%, проблеми сексуального характеру мала кожна п'ята хвора. Майже кожна п'ята пацієнтка після гістеректомії, навіть не маючи раку, відмічала проблеми в стосунках із партнером.

Отже, було встановлено, що хоча перед оперативним втручанням статистично значущої різниці в рівні дистресу між групами жінок зі злоякісними та доброякісними пухли-

нами не було, після гістеректомії в групі хворих зі злоякісними пухлинами відмічалися вірогідно вищі рівні:

- емоційних проблем (зокрема, за параметрами смутку та депресії, втрати інтересу або здатності отримувати задоволення, самотності та відчуття нікчемності);
- соціальних проблем (стосунки з дітьми, членами сім'ї, друзями або колегами, комунікація з медичними працівниками);
- проблем практичного характеру (робота, догляд за іншими, догляд за собою, доступ до медичного обслуговування, достатнє харчування, догляд за дитиною, страхування та навчання).

За показниками проблем фізичного характеру, а також проблем емоційного, соціального та практичного характеру пацієнтки групи 2 продемонстрували такий же високий рівень дистресу, як і жінки групи 1.

Практично жодна з обстежених хворих не звернулася за допомогою самостійно й не була скерована на консультацію до спеціаліста з ментального здоров'я лікарем. Після проведеного анкетування з використанням NCCN-дистрес-термометра жінки з доброякісними пухлинами, які мали показники дистресу, вищий ніж граничний, отримали консультацію психолога, а за потреби – психіатра. Усім пацієнткам із показниками рівня дистресу 4 і більше проведено консультування психолога / психіатра. Двом пацієнткам групи 2 та восьми хворим групи 1 запропоновано та розпочато курс психотерапії, призначено медикаментозне лікування.

У процесі дослідження високу ефективність показало психотерапевтичне втручання в психоаналітичній методиці, когнітивно-поведінкова терапія, музикотерапія, арттерапія. За необхідності психодинамічна робота поєднувалася з медикаментозною підтримкою. Значний позитивний вплив мала психосоціальна підтримка, що пов'язано з позицією родини.

ОБГОВОРЕННЯ

Дослідження психоемоційних розладів у жінок, що виникли внаслідок гістеректомії, демонструють доволі суперечливі дані. Ряд наукових праць висвітлює погіршення ментального здоров'я того чи іншого ступеня вираженості, зумовлене гістеректомією [14]. Найрозповсюдженішим симптомом постгістеректомічної психічної патології вважається депресія: вірогідність її розвитку підвищується за супутнього видалення яєчників, а також у разі необхідності проведення постопераційної гормональної терапії [15]. Водночас ризик розвитку депресивних симптомів зберігається надовго – за деякими даними, аж до 12 років із моменту проведення гістеректомії [16].

Варто відзначити, що депресія є не єдиним проявом погіршення психічного благополуччя в жінок, які перенесли гістеректомію, – до інших симптомів ментальних девіацій належать тривога, зниження самооцінки, зміна сприйняття образу тіла, сексуальна дисфункція (зниження сексуального потягу та збудливості, аноргазмія), відчуття соціальної ізоляції та зміна в сприйнятті власної жіночності [14, 17–19].

Однак існує велика кількість доказів того, що як депресія, так й інші психоемоційні розлади не є неодмінними наслідками гістеректомії [20]. Дослідження показало, що жінки, які пережили менопаузу, спричинену гістеректомією, не мали більшого ризику депресії, ніж жінки, які пережили природну менопаузу [21]. Інші дослідження доводять, що до депресії внаслідок гістеректомії схильні жінки, які вже мали депресивні епізоди в анамнезі, тоді як пацієнтки без історії психічних розладів мали ризик розвитку депресії, що або статистично не відрізнявся від загальнопопуляційного, або був підвищеним мінімально; водночас депресивні симптоми розвивалися зазвичай відтерміновано та були результатом не власне оперативного втручання, а його соціально-біологічних наслідків – найчастіше нездатності до дітонародження, що є значущим психотравматичним фактором для жінок репродуктивного віку [22–24]. Проте в деяких випадках перенесена операція може стати тригером кризи ідентичності, подолати яку жінка не здатна. У середовищі, де суспільні та культурні норми тісно пов'язують ідентичність та самооцінку жінки з її репродуктивним здоров'ям, психологічний вплив може бути ще

більш вираженим [25]. Хто саме серед прооперованих хворих стикається з подібною проблемою і потребує спеціальної допомоги, встановити непросто. Далеко не у всіх хірургічних та гінекологічних відділеннях працюють психологи, а якщо й працюють, то не зосереджуються на активному виявленні пацієнток із психоемоційними розладами.

Опитувальник NCCN-дистрес-термометр, що пропонується лікарем, який не є спеціалістом у сфері ментального здоров'я, але з яким уже сформувалися довірливі стосунки, є зручним інструментом скринінгу для виявлення психоемоційних розладів і приводом для скерування онкогінекологічних хворих до фахівця [26]. Водночас результати нашого дослідження свідчать про його ефективність і для інших категорій пацієнтів.

Отже, стає очевидним, що хірургічне втручання, яке супроводжується втратою центрального органа репродукції внаслідок гістеректомії, може бути важливим чинником, що сприяє розвитку кризи ідентичності, наслідками якої можуть бути порушення ментального здоров'я, що мають різний ступінь клінічної маніфестації.

На жаль, аспекту підтримки ментального здоров'я жінки з подібними проблемами не надається належної уваги. З одного боку, бракує психоосвітніх, діагностичних та корекційно-реабілітаційних зусиль медичних працівників. З іншого боку, проблема полягає в самостійному зверненні пацієнток із приводу своїх психоемоційних проблем, що водночас може бути обумовлено «культуральною стигмою» – іншими словами, «про це соромно говорити». Як наслідок, дана проблема залишається проігнорованою, замовчується, не отримує належної уваги, а відповідно не має шансів на розв'язання.

Психоосвіта, ранні скринінгові діагностичні втручання та надання медичної допомоги на рівні первинної ланки (сімейні лікарі, гінекологи) могли б стати заходами для запобігання та корекції ментальних проблем. Консультування фахівців (психологи, психотерапевти, психіатри) і, за необхідності, належний супровід пацієнтки на шляху її трансформації, пошуку нових сенсів і цінностей дозволили б подолати кризу ідентичності, сприяли б корекції постгістеректомічних психоемоційних розладів.

ВИСНОВКИ

Отримані результати дослідження дозволяють сформулювати такі висновки:

1. Рівень дистресу, вищий ніж граничний, та психоемоційні розлади, що свідчать про кризу ідентичності, виявлено в більшості пацієнток після успішного хірургічного лікування в об'ємі щонайменше гістеректомії: як у хворих зі злоякісними пухлинами репродуктивної системи (66%), так і з доброякісною патологією (68%).
2. Очевидною є необхідність активного скринінгу для оцінки рівня дистресу, виявлення психоемоційних розладів та кризи ідентичності після гістеректомії не тільки в групі жінок зі злоякісними пухлинами, але й у пацієнток із доброякісними новоутвореннями репродуктивної системи.
3. Опитувальник NCCN-дистрес-термометр може бути використаний із метою скринінгу для визначення рівня дистресу не тільки в онкологічних хворих, але й у пацієнток із доброякісною патологією репродуктивної системи.