

ПСИХОСЕКСУАЛЬНОЕ И СОМАТИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ ЖЕНЩИН ПОСЛЕ ЩАДЯЩИХ И РАДИКАЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ НА ЯИЧНИКАХ

В.Н. Кустаров, И.В. Светозарова

*Кафедра акушерства и гинекологии № 2 (зав. — проф. В.Н. Кустаров)
Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования*

В структуре опухолей гениталий одну четвертую часть занимают новообразования яичников. Основным методом лечения данной патологии являются операции [15]. С учетом возможного развития ряда клинических проявлений после двусторонней овариэктомии [1], которые, по данным литературы, наблюдаются у 60—80% женщин [11], понятен интерес к органосохраняющим операциям на яичниках, особенно у женщин детородного возраста. Имеющаяся тенденция к росту заболеваемости раком яичника, который занимает первое место в структуре смертности от онкологических заболеваний [16, 28], обуславливает радикальный подход к оперативному лечению [12, 48]. Анализ статистических данных показал, что удаление одного яичника у женщин репродуктивного возраста производится весьма часто — около 12% операций в гинекологических стационарах [3]. Определенный интерес в этой связи представляют последствия щадящих и радикальных операций на яичниках с учетом соматического и психосексуального состояния женщин.

После односторонней овариэктомии, по данным Е.Е. Полоцкого и соавт. [14], менструальный цикл не изменился у 10 (13,1%), нормализовался у 2 (2,63%), нарушился по типу олиго-, гипер-, поли-, альгодисменореи у 43 (56,6%) из 76 обследованных женщин. У 21 (27,6%) женщины в возрасте до 38 лет было отмечено наступление аменореи с развитием климактерического синдрома. У 6 из 76 (7,9%) женщин впоследствии наступали беременности и роды, а у 45 (59,2%) — стойкое бесплодие. По данным Д. И. Бенедиктова и соавт. [4], менструальный цикл не изменился у 22 (14,5%), нормализовался у 12 (7,9%), нарушился по типу опсо-, пройо-, олиго-, поли-, альгодисменореи или стал неритмичным у 96 из 152 (63,1%) обследованных женщин, 148 из которых были в возрасте от 19 до 39 лет. После операции беременность наступила у 9,3% женщин, а у 94 (62,7%) развилось бесплодие, из них у 48 (51%) женщин вторичное, при этом факт нормализации менструального цикла после односторонней овариэктомии с указанием характера опухоли авторы не объясняют. На возникновение нарушения менструального цикла после односторонней овариэктомии указывают также Н. Muth [38] — у 36 из 91 (39,5%) женщин, особенно если операция производилась в возрасте старше 34 лет, и Н.Л. Капелюшник [8] — у 36 из 57 (63,2%) больных,

при этом частота бесплодия после операции увеличилась в 2,8 раза. Кроме того, ряд исследователей обнаружили после односторонней овариэктомии наступление ранней менопаузы: М.А. Рye [46] — в 20,8% из 24 случаев, N. Narducci [41] — в 12,2% из 197, P. Bailo, E. Cappato [21] — в 20% из 70.

По данным F. Melica и соавт. [37], обследовавших 165 женщин, менопауза наступает раньше как после резекции обоих яичников, так и после овариэктомии, если операция производится в возрасте до 30 лет. Разница в снижении фертильности после радикальных и консервативных операций на яичниках статистической значимости не имеет.

Таким образом, анализ данных литературы свидетельствует о том, что резекция яичника при доброкачественных опухолях в отличие от односторонней овариэктомии позволяет у большинства женщин сохранить нормальную менструальную и репродуктивную функции.

Обследование соматического состояния показало, что после односторонней овариэктомии у ряда женщин развиваются разнообразные соматические расстройства: нейровегетативные нарушения в виде “приливов”, потливости, сердцебиений, головокружений, обморочных состояний, головных болей, повышения АД [18]. Обменно-эндокринные расстройства в виде ожирения обнаружены у 13,2% из 174 больных [24], и у 17,1% из 76 [14], нервно-психические нарушения (ухудшение памяти, повышенная утомляемость, ухудшение сна, астения) — у 50 — 54,6%. [35, 10]. М. Albeaux-Fernet, L. Bellot [19] указывают на возникновение мастопатии. E. Ask-Upmark [20] обнаружил сердечно-сосудистые заболевания у 21,9%, заболевания желчных путей, а также карциномы молочных желез у 4,9% из 82 оперированных женщин. M.J. Magendie и соавт. [34, 35], изучив последствия односторонней овариэктомии у 36 больных, отметили, что доминирующим симптомом у них были болевые ощущения в области органов малого таза. R. Luoto и соавт. [32], обследовав 3780 женщин, пришли к выводу, что гистерэктомия независимо от того, сохранён ли хотя бы один яичник, повышает риск возникновения гипертензии и увеличенного индекса массы тела. По данным Г.Н. Яропольской [17], после односторонней овариэктомии в 16,1% случаев имеет место снижение трудоспособности, тогда как после резекции яичников трудоспособность и общее состояние больных почти не нарушаются.

Однако есть и другие мнения: так, после резекции яичников нейровегетативные расстройства в виде «приливов» и обморочных состояний были у 54,8% из 42 обследованных женщин [9]. Н. Muth [38, 40] указанные расстройства наблюдал у 16% из 91, причем если операция производилась в возрасте 35—42 лет, то указанные жалобы выявлялись у 29% больных. Ф.Е. Петербургский [13] указал на возникновение болей внизу живота после резекции яичников у 6,1% из 82 женщин, а Н. Muth [38, 40] — на увеличение массы тела более чем на 10 кг у 8,2% из 91 больной.

Количество прегнандиола в суточной моче в секреторной фазе цикла у женщин, перенесших одностороннюю овариэктомию, уменьшено вдвое по сравнению с его количеством у неоперированных женщин из контрольной группы [2]. У 19% из 42 женщин после односторонней овариэктомии менструальные циклы стали нормальными двухфазными, у 52,4% — двухфазными, с укороченной фазой желтого тела или ановуляторными, а у 28,6% — как двухфазными нормальными, так и ановуляторными [6].

Ни в одном случае после радикальных операций на яичнике по поводу доброкачественных опухолей не наблюдались развития опухоли, тем более злокачественной, в другом яичнике [14]. Однако М. Mgndie и соавт.[34, 35] указывают на возникновение гипертрофии оставшегося яичника со склерокистозными его преобразованиями. Необходимо помнить, что в морфологическом отношении полной компенсации структурных элементов яичника не происходит. Число примордиальных фолликулов не увеличивается. Гипертрофия оставшегося яичника развивается не за счёт увеличения числа примордиальных фолликулов, а из-за накопления овариальной стромы в соответствии с интенсивностью атретического процесса поэтому компенсацию можно считать неполной [7].

Органосохраняющие и радикальные операции могут повлечь за собой такие осложнения, как синдром «резидуального» яичника и «ремнент»-синдром [47]. Последний возникает после технически трудно выполнимых операций удаления яичников. Оставшаяся ткань яичника впоследствии может начать функционировать и стать источником болей, а в отдельных случаях и злокачественных новообразований [25]. Синдром «резидуального» яичника имеет место приблизительно у 3% всех женщин, которые перенесли в прошлом гистерэктомию с сохранением одного или обоих яичников [26]. Проблему развития боли в одном или обоих сохраненных яичниках после гистерэктомии впервые осветил R. Grogan [29]. После гистерэктомии с сохранением небольшого участка яичниковой ткани боли возникли у 62% из 138 больных, что потребовало у 31% проведения повторной операции. После гистерэктомии и овариэктомии боли появились лишь у 10% женщин, из которых 3,7% больных были

прооперированы повторно [39]. Боли могут быть обусловлены истинными опухолями яичников, частота которых варьирует от 23 до 26% [27].

Представляет интерес риск развития онкологических заболеваний после гистерэктомии. Ряд авторов [33, 43] считают, что сопутствующая оофорэктомия может снизить частоту заболеваемости раком яичников, а профилактическая билатеральная оофорэктомия, сопровождающая гистерэктомию, снижает риск возникновения рака груди. В. Plockinger и соавт. [45], обследовав 1265 женщин, установили, что риск развития патологии в сохраненных яичниках после гистерэктомии в 2 раза выше у тех женщин, у которых к моменту проведения операции имелся только один яичник, а не два (7,3% против 3,5%). При гистологическом анализе после повторной операции выявлялось только доброкачественное состояние яичников. Таким образом, односторонняя овариэктомия, сопровождающая гистерэктомию, снижает частоту возникновения соматической патологии, но при этом сохраняется риск возникновения онкологических заболеваний и синдрома «резидуального» яичника.

Большой интерес, на наш взгляд, представляет изучение сексуальной функции женщин после щадящих и радикальных операций на яичниках. Данный аспект проблемы изучен недостаточно как отечественными, так и зарубежными авторами. Ряд авторов указывают на снижение полового влечения после односторонней овариэктомии. По данным Е.Е. Полоцкого [14], либидо ослабло у 14 и полностью отсутствовало у 17 из 76 обследованных женщин. Д. И. Бенедиктов и соавт.[4] установили снижение либидо и частоты достижения оргазма у 57% женщин. Ухудшение половой жизни после двусторонней овариэктомии отмечено и другими авторами [42], причем данные осложнения существенно возросли у женщин, информировавших своих родственников об объеме оперативного вмешательства. Эти исследования проводили вне зависимости от возраста женщин и таких параметров, как частота коитусов и опыт сношения. При обследовании женщин в возрасте от 35 до 55 лет [23] сексуальные функции их оценивались по результатам фотоплетизмографических измерений прилива крови к влагалищу в ответ на эротический возбудитель и параллельно на мониторе по возбуждению субъективного желания «близости». Исследование показало, что стремление к близости и возбуждение в ответ на эротический возбудитель среди женщин с удаленными яичниками либо нелеченных, либо после эстрогензаместительной терапии существенно ниже, чем у тех, кто получал андрогенэстрогенную заместительную терапию и перенес только гистерэктомию. В противовес этим данным установлена корреляция между дефицитом андрогенов и снижением либидо, а также сексуальной нечувствительностью [30]. Андрогены имеют важное значение для половой функции, но они могут повышать риск возникно-

вения кардиоваскулярных заболеваний и рака яичника, который встречается в 2% случаев [31]. В то же время М. Parker и соавт. [44], изучая психосексуальное состояние женщин после щадящих и радикальных операций на яичниках, пришли к выводу, что ни двусторонняя, ни односторонняя овариэктомия не оказывают неблагоприятного воздействия на сексуальную функцию женщин в любом возрасте. R. Beard и соавт. [22] в своих исследованиях показали, что билатеральная оофорэктомия в сочетании с гистерэктомией является эффективной при тазовых болях, ведущих к восстановлению нормальной коитальной функции и повседневной жизни.

Психосексуальный статус оценивается в основном у женщин, перенесших билатеральную оофорэктомию в сочетании с гистерэктомией, при этом выводы часто крайне противоположны. Создается впечатление, что объективных исследований на предмет влияния резекции яичников и односторонней овариэктомии на сексуальную функцию женщины до настоящего времени не проводилось. Открытым остается и вопрос о возможной психо-профилактической подготовке больных к хирургическому вмешательству и адаптации их после операции.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алиханова З.М. // Акуш. и гин. — 1996. — № 1. — С. 11 — 14.
2. Белиц Р.А. Влияние удаления одного яичника на функцию оставшегося: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. — Киев, 1953.
3. Бенедиктов Д.И. Диагностика и реконструктивно хирургические методы лечения заболеваний репродуктивной системы женщины. — М., 1988.
4. Бенедиктов Д.И., Бутунов О.В. // Акуш. и гин. — 1991. — № 3 — С. 62 — 64.
5. Бенедиктов Д.И., Санир М.В. // Акуш. и гин. — 1991. — № 4. — С. 57 — 59.
6. Егорова Н.И. О последствиях односторонней овариэктомии: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. — Л., 1966.
7. Зверева Г.А., Артемьева Н.С. // Акуш. и гин. — 1973. — № 8. — С. 42 — 45.
8. Капелюшник Н.Л., Слепов М.И., Миннибаева Р.М., Катанова С.И. // Казанский мед. ж. — 1984. — № 6. — С. 441 — 443.
9. Курбатова Р.А. // Акуш. и гин. — 1962. — № 1. — С. 17 — 21.
10. Мануйлова И.А. Нейроэндокринные изменения при выключении функции яичников. — М., 1972.
11. Мануйлова И.А. Клиника, патогенез и лечение посткастрационного синдрома. — М., 1980.
12. Нецаева И.Д. Лечение опухолей яичников. — Л., 1972.
13. Петербургский Ф.Е. Хирургическое лечение доброкачественных кист и кистом яичника. — М., 1958.
14. Полоцкий Е.Е. Акушерско-гинекологическая практика. / Под ред. А.Э. Мандельштама — Л. 1960.
15. Стрижаков А.Н., Баяв О.Р. // Акуш. и гин. — 1995. — № 4. — С. 15.
16. Фролов О.Г., Глиняная С.В. // Акуш. и гин. — 1990. — № 4. — С. 9 — 13.
17. Яропольская Г.Н. Юбилейный сборник, посвященный проф. М.Ф. Елкну — Л., 1939.
18. Abrael E., Petrescou V.D. // Rev. Francaise de Gyn. et d'obstet. 1959 — Vol. 54 — P. 703.
19. Albeaux-Fernet M., Bellot L. // L'Annee. Endocr. — 1960 — Vol. 12 — P. 171 — 177.
20. Ask-Upmark E. // J.A.M.A. — 1962. — Vol. 182.
21. Bailo P., Cappato E. // Minerva ginec., — 1963. — Vol. 15 — P. 285 — 292.
22. Beard-R.W., Anderson M. // Br. J. Obstet. Gynaecol. — 1991. — Vol. 98 — P. 988 — 992.
23. Bellerose S.B., Binik Y.M. // Arch. Sex. Behav. — 1993. — Vol. 22 — P. 435 — 459.
24. Bourg R. Chirurgie fonctionnelle gynecologique. — Paris, 1947.
25. Bruhwiler H., Luscher K.P. // Geburtshilfe-Frauenheilkd. — 1991. — Vol. 51.
26. Bukovsky I. et al. // Surg. Gynecol. Obstet. — 1988. — Vol. 167. — P. 132 — 134.
27. Christ J. E., Lotze E. C. // Obstet. Gynecol. — 1975. — Vol. 46. — P. 551 — 556.
28. Goswamy R.U., Campbell C., Whitehead M.J. // Clin. Obstet. Gynec. — 1983 — Vol. 10. — P. 621 — 643.
29. Grogan R. H. // Obstet Gynecol. — 1958 — Vol. 12. — P. 329 — 332.
30. Kaplan H.S., Owett T. // J. Sex Marital Ther. — 1993. — Spring. 19 — P. 3 — 24.
31. Lindhard A., Nilas L. // Ugeskr. Laeger. — 1994. — Vol. 156. — P. 7018 — 7023.
32. Luoto R. et al. // Obstetrics, Gynecology. — 1995. — Vol. 85. — P. 515 — 522.
33. Madsen E.M., Lidgaard O., Tabor A. // Ugeskr-Laeger. — 1992. — Vol. 154. — P. 3221 — 3225.
34. Magendie M. et al. // C. R. Frans. Gyn. — 1953. — Vol. 7. — P. 201 — 216.
35. Magendie M.J. // Bull. Fed. Obstet. franc. — 1959. — Vol. 11. — P. 280 — 282.
36. Meijer W.J., van Lindert A.C. // Eur. J. Jbset. Gynecol. Reprod. Biol. 1992. — Vol. 47. — P. 59 — 65.
37. Melica F., Chiodi S., Cristoforoni P.M., Ravera G.B. // Int. J. Fert., Menopaus. Stud. — 1995. — Vol. 40. — P. 79 — 85.
38. Muth H. H. // Zbl. Gynak. — 1953. — Vol. 75. — P. 379 — 388.
39. Namnoun A.B. et al. // Fert., Ster. — 1995. — Vol. 64. — P. 898 — 902.
40. Muth H. // Zbl. Gynak. — 1954. — Vol. 34. — P. 1346 — 1354.
41. Narducci N. // Minerva Ginec. — 1955. — Vol. 7. — P. 400.
42. Nathorst-Boos J., van Schoultz B. // Gyn. Obst. Inv. — 1992. — Vol. 34. — P. 97 — 101.
43. Parker M. et al. // Obst. Gyn. — 1993. — Vol. 82. — P. 187 — 190.
44. Parker R.T., Parker C.H., Wilbanks G.D. // Am. J. Obst. Gynec. — 1970. — Vol. 108. — P. 878 — 888.
45. Plockinger B., Kolbl H. // J. Am. Coll. Surg. — 1994. — Vol. 178. — P. 581 — 585.
46. Pye M.A. // C.R. Soc. frang. de gynec. — 1954. — Vol. 24. — P. 152 — 156.
47. Siddall-Allum J. // Br. J. Obstet. Gynec. — 1994. — Vol. 101. — P. 979 — 985.
48. Terz I., Barber H., Brunswick A. // Am. J. Surg. — 1967. — Vol. 113. — P. 511.