

УДК 618.16-006.06:616.8-008.64

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ КАТАМНЕЗ ПАЦИЕНТОК С РАКОМ ВУЛЬВЫ

Р.Ш. Шалбаева, М.Р. Кайрбаев, Д.К. Айтышова

Представлены результаты собственных наблюдений по изучению ближайшего психологического катамнеза у больных раком вульвы в периоперационном периоде. Выявлены различные нарушения психологического статуса, в основном тревожно-депрессивного характера.

Ключевые слова: рак вульвы; вульвэктомия; психологический статус; психологическое тестирование.

PSYCHOLOGICAL CATAMNESIS OF PATIENTS WITH VULVAR CANCER

R.Sh. Shalbaeva, M.R. Kayrbaev, D.K. Aytysheva

Article presented results of original dates on studying of the perioperative psychological catamnesis of patients with vulvar cancer. There were detected a different abnormalities of psychological status, mainly depressive character.

Keywords: vulvar cancer; vulvectomy; psychological status; psychological testing.

Введение. Рак вульвы (РВ) – это относительно редко встречающаяся опухоль гениталий у женщин. По различным литературным источникам, она встречается примерно в 3–5 % случаев всех злокачественных опухолей женской репродуктивной системы [1]. Хирургическое лечение является основным методом лечения рака вульвы. Тем не менее, многими исследователями подчеркивается роль облучения, а в последние годы и адъювантной полихимиотерапии [1, 2].

Эволюция лечения РВ, особенно хирургических методов, претерпела значительные изменения. На смену калечащим и объемным оперативным вмешательствам пришли сохранные или менее калечащие операции [3, 4]. Тем не менее, анатомические особенности органа, кровоснабжение, специфические нейрогенные зоны значительно влияют на качество жизни оперированных пациенток, вызывая психологический дискомфорт [2, 5, 6].

Психологический катамнез представляет собой один из методов верификации психологической диагностики путем повторного собирания сведений о больном через определенный промежуток времени. Эти сведения позволяют проверить (подтвердить, опровергнуть, уточнить) заключение, сделанное на основании данных психологической диагностики. Катамнез используется в медицине для проверки правильности установленного диагноза и определения отдаленных результатов лечения.

Различают ближайший катамнез (сбор сведений через несколько недель или месяцев) и отдаленный катамнез (сбор сведений через годы) [7].

Хотя многие рассматривают сексуальный компонент отдельной частью, считается, что он является составляющей психологического статуса и качества жизни [8]. Levin A.O. и др. (2010 г.) изучили связь психологического статуса и сексуальных дисфункций у 186 больных после перенесенных онкогинекологических заболеваний. Период наблюдения составил от 2 до 10 лет. В 77 % пациентки получили гистерэктомию, 43 % – химиотерапию и 23 % – лучевую терапию. Мультивариантный регрессионный анализ показал, что пациентки в 12–53 % случаев страдали различными нарушениями психологического статуса при оценке качества жизни (депрессивный синдром, стресс, связанный с косметическими изменениями, травматический стресс и раково-специфический стресс) [9].

В другом исследовании Gonçalves V. (2010 г.) отмечает, что в целом после гинекологического рака пациентки имеют относительно хорошее качество жизни. Теме не менее, он также показал, что у них имеется специфический дефицит (психологический дистресс и сексуальные дисфункции), по сравнению со здоровыми лицами. Причем после лучевой терапии эти изменения были выражены сильнее [10]. По мнению Forner D.M. (2015), проведение лимфаденоэктомии при РВ усугубляет эти нарушения [11]. Немалую роль играют многократ-

ные лечебные процедуры и наличие лимфэдемы [12]. Несоответствия в результатах исследования могли быть объяснены методологическими недостатками.

Aerts L. и др. (2012 г.) отмечают, что чем старше возраст, тем сильнее выражены нарушения в качестве жизни у пациенток с РВ. Также неблагоприятными факторами прогноза являются наличие депрессии в анамнезе, ухудшение душевного благосостояния, беспокойство относительно размера хирургического разреза [2].

В литературе представлено множество исследований качества жизни у пациенток раком яичников, шейки матки и молочной железы. Однако таких исследований при раке вульвы и влагалища в литературе отмечено очень мало.

Целью настоящего исследования явилась оценка психологического функционирования пациенток раком вульвы.

Материал и методы исследования. Материалом исследования явились пациентки с раком вульвы Ia–II стадий ($n = 46$), получившие хирургическое лечение в отделении онкогинекологии Казахского НИИ онкологии и радиологии и Национального центра онкологии Минздрава Кыргызской Республики с 2003 по 2014 г. В качестве контрольной группы выступали пациентки ($n = 36$) с доброкачественными заболеваниями вульвы (лейкоплакия, эритроплакия, киста бартолиновой железы, фиброма и др.).

Методы исследования носили проспективный и нерандомизированный характер. Основная группа обследовалась опросным методом до начала специальной терапии и катamnестически через 6 месяцев и спустя 1 год после операции. Контрольная группа женщин опрашивалась однократно после объяснения исследования и информированного согласия.

Для изучения психологического статуса был использован Миннесотский многопрофильный личностный опросник (ММЛО). Основные клинические шкалы опросника были следующие: ипохондрии (HS), депрессии (D), истерии (Hy), психопатии (Pd), маскулинности – фемининности, паранойи (Pa), психастении (Pt), шизофрении (Sc), гипомании (Ma) и социальной интроверсии (Si).

Статистический анализ включал вычисление коэффициента Стьюдента (t -test) и Манна – Уитни для выявления достоверных различий.

Результаты исследования и их обсуждение. В целом 40 пациенток РВ и 36 здоровых женщин дали согласие на проведение данного исследования. Из 40 пациенток РВ через 6 мес. обследовались 36 (90,0 %) и 33 (82,5 %) через 12 месяцев после операции. Причинами непроведения обследо-

вания были – рецидив болезни (2 случая), отказ пациенток (4) и потеря контакта (1 случай).

Из 40 пациенток РВ Ia стадия была у 18, Ib – у 10 и IIa – у 12. Всем была проведена радикальная вульвэктомия. Причем, в 11 случаях выполнена односторонняя и в 6 случаях двусторонняя пахово-бедренная лимфаденоэктомия.

По критерию, характеризующему ипохондрию (Hs) у пациенток РВ, было отмечено повышение значений по сравнению с контролем ($56,1 \pm 2,9$ и $43,5 \pm 3,9$, $t = 2,59$, $p < 0,05$). Статистическая разность была достоверной, т. е. у пациенток с РВ, по сравнению с контролем, имелись явления астено-невроза (медлительность, пассивность, покорность, медленная приспособляемость, плохая переносимость обстановки (многочисленные посещения в поликлинику, клинические отделения, диагностические процедуры и др.), легкая потеря равновесия в социальных конфликтах).

Важным показателем является шкала D (депрессия). Результаты исследования показали статистически достоверное повышение данных значений у пациенток РВ, по сравнению с контролем: $67,5 \pm 3,2$ и $42,3 \pm 4,0$, соответственно ($p < 0,001$). Это означало, что пациентки с РВ были более чувствительными, сенситивными, склонными к тревогам. Чаще они не были способны принять решение самостоятельно, не было уверенности в себе, при малейших неудачах они впадали в отчаяние.

Данный опросник включает и исследование шкалы, характеризующей истерию (Hy). По этому критерию можно определить неврологические защитные реакции конверсионного типа. Результаты показали, что средние значения баллов истерии (Hy) у пациенток с РВ составили $62,2 \pm 3,3$, а в контроле – $48,3 \pm 3,9$ ($p < 0,001$). Это означало, что пациентки с РВ чаще использовали симптомы соматического заболевания как средство избегания ответственности. Все проблемы для них разрешались уходом в болезнь. Главной особенностью таких людей было стремление казаться больше, значительнее, чем есть на самом деле, стремление обратить на себя внимание, во что бы то ни стало.

Психопатия (Pd) у пациенток РВ и контролем была невыраженной, о чем свидетельствовали относительно низкие значения баллов ($41,7 \pm 4,9$ и $36,3 \pm 5,1$, $p > 0,05$). Обычно высокие оценки по этой шкале свидетельствуют о социальной дезадаптации, такие люди агрессивны, конфликтны, пренебрегают социальными нормами и ценностями. Следовательно, в обеих группах явных проявлений дезадаптации обнаружено не было. Однако по данному показателю было видно, что настроение у них было неустойчивое, они становились

обидчивыми, легко возбудимыми и чувствительными.

По критерию, который выявлял паранойальность (Pa), было отмечено, что определенные черты данной шкалы выявлялись у пациенток и с РВ и у контрольной группы. При сравнении значений статистически достоверной разницы не выявлено – $61,1 \pm 3,4$ и $49,7 \pm 4,4$ ($p > 0,05$). Результаты исследования по данной шкале показали, что у пациенток не было явной склонности к формированию сверхценных идей. Эти больные не были крайне односторонними, агрессивными или злопамятными. Некоторое повышение шкалы Pa (паранойальность) указывало на выраженность таких черт, как повышенная эмоциональная ригидность (тенденция к длительному переживанию), настороженность, повышенная возбудимость и умеренные, агрессивные тенденции.

Одним из наиболее высоких значений после шкалы депрессии у пациенток с РВ была отмечена категория психастении (Pt). Это свидетельствовало, о том, что в данной группе пациентов была высокая частота лиц с тревожно-мнительным типом характера, которым свойственны тревожность, боязливость, нерешительность, постоянные сомнения. Психастения в группе пациенток с РВ составила $65,3 \pm 3,5$ балла, тогда как в группе контроля средние значения были равны $43,9 \pm 5,3$ балла ($p < 0,05$).

Шкала шизоидности (Sc) в обеих группах была невыраженной, а средние значения колебались от 44 до 45 баллов. Разность в сравниваемых группах была незначительной и статистически недостоверной.

Средние значения баллов по шкале “гипомания” (Ma) у пациенток контрольной группы, были несколько выше, чем у лиц с РВ $55,5 \pm 3,7$ и $43,9 \pm 4,2$, что было статистически достоверно ($p < 0,05$). Для этих лиц были характерны такие черты, когда их интересы были относительно поверхностными и неустойчивыми, этим женщинам не хватало поддержки и настойчивости.

Таким образом, результаты исследования показали, что у основной части пациенток с РВ и контролем имелись явления депрессивной реакции на постановку диагноза. Эта депрессия дополнялась усилением чувства тревоги, постоянными сомнениями, неуверенностью, беспокойством, ожиданием опасности, связанной с операцией. Подъем по шкале Ну (эмоциональная лабильность) свидетельствовал об эмоциональной неустойчивости, лабильности.

Следовательно, результаты тестирования показали, что у пациенток с РВ, по сравнению с доброкачественными опухолями вульвы, имелось статистически достоверное повышение средних значений

некоторых тестов, таких как депрессия (D), эмоциональная лабильность, психастения (Pt). При анализе шкалы “гипомания” (Ma) наоборот, у пациенток в контроле были достоверно высокие значения баллов, чем у больных РВ. Все эти данные создавали своеобразный психологический портрет пациентки раком вульвы. Так, обнаруженные высокие значения в баллах по шкале D (депрессия) и Pt (психастения) дают возможность объединить практически всех больных на этапе поступления в группу тревожно-депрессивного типа, что создает представление об индивидуальных особенностях личности, характере реакций в кризисной ситуации, компенсаторных возможностях.

При изучении тех же параметров психологической деятельности после окончания курса радикальной терапии имелись определенные изменения. В отдаленном катамнестическом периоде (через 6 и 12 мес.) отмечается статистически достоверное повышение значений по следующим шкалам: Ma (гипомания) и Sc (шизоидность). Незначительное повышение было отмечено и по шкале Hs, т. е. увеличение частоты эпизодов ипохондрии, однако это повышение по сравнению с этапом до лечения, было статистически недостоверным. В течение длительного времени практически у 40 % больных наблюдался тревожно-депрессивный тип личности. Несколько реже встречались тревожно-ригидный (22 %) и истерический (7 %) типы.

Для первой группы нарушений у пациенток с РВ после специальной терапии было характерно повышение значений по шкалам, характеризующим невротическую триаду. Эта триада включала шкалы Hs, D и Ну, что проявлялось в виде плохого сна, эмоциональной лабильности, быстрой истощаемости. Такие пациентки, особенно работающие, быстро утомлялись, чувствовали себя изможденными. Не секрет, что около 60 % пациенток после курсов лечения отказывались от продолжения трудиться по профессии, часто оставались дома.

При ретроспективном анализе незначительные изменения показателей практически всех шкал ММЛО в отдаленном периоде у этого типа личности, по сравнению с этапом поступления, свидетельствуют об относительной устойчивости данного типа личности к стрессовым ситуациям.

Это говорит о том, что больным раком вульвы оперативное лечение необходимо проводить индивидуально. По результатам наших исследований, диагноз “рак”, в том числе “рак вульвы” становится для заболевшей женщины психогенным фактором. Данный фактор в абсолютном большинстве случаев способствует формированию психических расстройств. Однако психофармакологические

и психотерапевтические программы с целью профилактики и лечения психических нарушений у этой категории больных в план противоопухолевого лечения не включаются.

По сравнению со здоровыми лицами, у больных раком вульвы катamnестически отмечалось значительное и более низкое психологическое функционирование на всех этапах лечения и наблюдения. На различных этапах диагностики, госпитализации и лечения у пациенток, по данным опросника, наиболее часто встречался тревожно-депрессивный тип личности.

Все это требует проведения реабилитационных мероприятий с включением методов медицинской и психологической коррекции нарушений у больных раком вульвы. Для уменьшения негативного воздействия хирургии необходимо использовать экономные операции, особенно у лиц преклонного возраста, а также относительно молодого возраста на ранних стадиях болезни.

Литература

1. *Пушкарев В.А.* Рак вульвы / В.А. Пушкарев, И.М. Мазитов // Медицинский вестник Башкортостана. 2013. Вып. 1. Т. 8. С. 123–131.
2. *Aerts L., Enzlin P., Vergote I. et al.* Sexual, psychological, and relational functioning in women after surgical treatment for vulvar malignancy: a literature review // *J Sex Med.* 2012. V. 9. P. 361–371.
3. *Forner D.M., Dakhil R., Lampe B.* Can clitoris-conserving surgery for early vulvar cancer improve the outcome in terms of quality of life and sexual sensation? // *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2013. V. 171 (1). P. 150–3.
4. *Lavoué V., Lemarrec A., Bertheuil N. et al.* Quality of life and female sexual function after skinning vulvectomy with split-thickness skin graft in women with vulvar intraepithelial neoplasia or vulvar Paget disease // *Eur J Surg Oncol.* 2013. V. 39 (12). P. 1444–50.
5. *Janda M., Obermair A., Cella D. et al.* Vulvar cancer patients' quality of life: a qualitative assessment // *Int J Gynecol Cancer.* 2004. V. 14. P. 875–881.
6. *Pilger A., Richter R., Fotopoulou C. et al.* Quality of life and sexuality of patients after treatment for gynaecological malignancies: results of a prospective study in 55 patients // *Anticancer Res.* 2012. V. 32 (11). P. 5045–9.
7. *Günther V., Malchow B., Schubert M. et al.* Impact of radical operative treatment on the quality of life in women with vulvar cancer – a retrospective study // *Eur J Surg Oncol.* 2014. V. 40 (7). P. 875–82.
8. *Weijmar Schultz W.C., van de Wiel H.B., Bouma J. et al.* Psychosexual functioning after the treatment of cancer of the vulva. A longitudinal study // *Cancer.* 1990. V. 66. P. 402–407.
9. *Levin A.O., Carpenter K.M., Fowler J.M. et al.* Sexual morbidity associated with poorer psychological adjustment among gynecological cancer survivors // *Int J Gynecol Cancer.* 2010. V. 20 (3). P. 461–70.
10. *Gonçalves V.* Long-term quality of life in gynecological cancer survivors // *Curr Opin Obstet Gynecol.* 2010. V. 22 (1). P. 30–5.
11. *Forner D.M., Dakhil R., Lampe B.* Quality of life and sexual function after surgery in early stage vulvar cancer // *Eur J Surg Oncol.* 2015. V. 41 (1). P. 40–5.
12. *de Melo Ferreira A.P., de Figueiredo E.M., Lima R.A. et al.* Quality of life in women with vulvar cancer submitted to surgical treatment: a comparative study // *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2012. V. 165. P. 91–95.