

**Р.Н. ЕСПАЕВА, А.М. НАШКЕНОВА, З.О. БАЗЫЛБЕКОВА**  
Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д.Асфендиярова,  
кафедра акушерства и гинекологии, курс 2.  
Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии МЗ РК.

## РЕАБИЛИТАЦИЯ ПОСЛЕ ГИСТЕРЭКТОМИИ В СВЯЗИ С МАССИВНЫМИ АКУШЕРСКИМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ

*В статье показана необходимость проведения реабилитации психоэмоционального состояния женщин, перенесших неотложную гистерэктомию в родах в связи с массивными акушерскими кровотечениями с целью улучшения качества жизни. Для этого был использован способ, состоящий из психотерапии, физиотерапии и медикаментозной коррекции в зависимости от тяжести постгистерэктомического синдрома. Использование указанного способа реабилитации позволило улучшить психоэмоциональное состояние и качество жизни у 88,8% женщин.*

**Ключевые слова:** реабилитация, роды, массивное кровотечение, неотложная гистерэктомия, постгистерэктомический синдром, качество жизни, психотерапия, физиотерапия.

**Актуальность.** По современным представлениям клинический симптомокомплекс, развивающийся после гистерэктомии с сохранением одного или двух яичников, характеризующийся психоэмоциональными и метаболическими нарушениями объединяют в постгистерэктомический синдром (ПГС). Так, по данным отечественных авторов, после надвлагалищной ампутации матки в течение первого года психоэмоциональные расстройства (ПВР) отмечаются у 28% женщин, после экстирпации матки - в 50,5% случаев [1,2,3].

На реабилитацию больных после операции и восстановление социальной функции отрицательно влияют следующие факторы: отсутствие психологической подготовки к операции, отсутствие близких при принятии решения до операции, недостаток информации об операции, недостаток психологической помощи после операции [4].

**Цель исследования** – разработка способа реабилитации психоэмоционального состояния женщин, перенесших неотложную гистерэктомию в связи с массивными акушерскими кровотечениями.

Способ реабилитации включал психотерапию, физиотерапию и медикаментозную коррекцию нарушений в психоэмоциональной сфере женщин, лишившихся детородного органа в связи с массивными акушерскими кровотечениями.

**Материал и методы исследования.** В исследовании приняли участие 130 женщин с ПГС, которые методом случайной выборки были разделены на 2 равные по количеству группы, в одной из которых (1 основной) реабилитацию осуществляли по предлагаемому способу, во второй (2 группа сравнения), женщины получали только психотерапию и седативную терапию в течение 6 месяцев.

Синдром утраты, иногда его принято называть «острое горе» – это сильные эмоции, переживаемые в результате утраты близкого, любимого человека, либо органа и связанной с ним функции. Горе – это также процесс, при помощи которого человек работает с большой утратой, вновь обретая чувство равновесия и полноты жизни. Утрата может быть временной (разлука) или постоянной (смерть), реальной или воображаемой, физической или психологической [5,6].

В случае гистерэктомии утрата является постоянной, реальной, физической и вместе с тем, психологической. Цель работы психотерапевта при оказании помощи женщинам, перенесшим гистерэктомию, состоит в том, чтобы помочь им пережить горе, стать независимыми от утраты, приспособиться к изменившейся жизни и собственной идентичности, откорректировать или создать новые перспективы, найти новые отношения с людьми и миром. Для того, чтобы оказывать помощь таким пациентам, необходимо знать основные клинические признаки и закономерности протекания процесса горевания. Хотя преобладающей эмоцией при утрате является печаль, тут также присутствуют эмоции страха, гнева, вины и стыда. Во времени состоянии горя свойственна динамика, прохождение ряда этапов, когда человек осуществляет «работу горя» [5,6,7].

Процесс горевания начинается с момента сообщения женщине информации о проведенной ей операции гистерэктомии. Начальная стадия горя – шок и оцепенение. Женщины часто замолкают, неподвижны, испытывают мышечную слабость, скованность, напряжение, реакции их замедлены, дыхание затруднено, неритмично, частое желание глубоко вдохнуть приводит к прерывистому, судорожному (как по ступенькам) неполному вдоху, возникает отрешенность от происходящего, чувство нереальности происходящего, бездеятельность (или беспорядочная активность). Притупляется восприятие внешней реальности, из-за чего в последующем нередко возникают пробелы в воспоминаниях об этом периоде. Чувства по поводу происшедшего почти не выражаются, женщина в состоянии шока может казаться безразличной ко всему. Оцепенение – наиболее яркая черта этого состояния. Шок от перенесенной утраты и отказ поверить в реальность происшедшего могут длиться от нескольких минут до нескольких дней (в среднем до 2-х - 9 дней). Такое «бесчувствие» свидетельствует о тяжести и глубине переживаний. И чем дольше длится этот «светлый» промежуток, тем дольше и тяжелее будут последствия.

Вторая стадия может развиваться вслед за стадией отрицания – это стадия гнева, злости, ярости, жгучей обиды, так называемое острое реактивное состояние. Женщины плачут, испытывают агрессию на врачей акушер-гинекологов, которые принимали роды, оперировали, наблюдали во время беременности. Пациентки выражают свой гнев, ищут вину врачей, обвиняют их в непрофессионализме, халатности, вспоминают негативные ситуации из средств СМИ или из жизни о некомпетентности врачей, становятся подозрительными, возникают параноидные реакции в виде мыслей, что им специально хотели навредить, и поэтому они должны «отомстить» и «наказать» виновных, сообщив в вышестоящие медицинские и правоохранительные организации, в СМИ, чтобы не только наказать, но и возполнить нанесенный им ущерб. Злость также свидетельствует о глубине полученной психологической травмы. Это обусловлено резкой фрустрацией: невозможностью осуществления планов, желаний, связанных с утратой.

Женщины плачут о том, что не смогут иметь много детей, как в их в родительской семье или в семье мужа, о том, что «хотели иметь троих детей», «хотели ещё родить сына или дочь».

Третья стадия, - это стадия поиска, которая характеризуется стремлением вернуть утраченный орган и отрицанием безвозвратности утраты. В этом случае, женщины ищут причины, которые могли привести к проведению такой операции – Кто виноват - врач, обстоятельства или она сама? И можно ли было избежать гистерэктомии? Одна из женщин сказала: «лучше бы я сама умерла», тем самым как бы предотвращая потерю органа. Переход от стадии шока к стадии поиска постепенный. Особенности состояния и поведения, характерные для этой стадии, можно заметить на 2-й - 5-й день после информации об утрате. Некоторые последствия шока могут проявляться еще довольно долго.

Четвёртая стадия – это стадия депрессии. Женщина ощущает безнадежность, безысходность, отчаяние, горечь, жалость к себе. Приходит осознание реальности и понимание утраты. Женщина прощается с надеждами, мечтами и планами, утрачивается интерес к жизни, к новорожденному ребёнку. Пациентка оплакивает утрату возможности вновь забеременеть и рожать детей, утрату совместных с партнером планов «иметь много детей, как в своих родительских семьях», «родить дочь», «родить сына», утрату своих женских функций плодovitости, месячных; переживает, что станет не такой, как все, станет быстрее стареть, будет отвергнута или брошена супругом, и он не сможет получать удовольствие в интимной жизни с ней, т.к. она «стала пустой». На данном этапе возможны попытки суицида.

Пятая стадия - стадия принятия, восстановления. На стадии принятия женщина воспринимает потерю как неизбежную реальность, осознает и осмысливает её. Она принимает ситуацию и смиряется с утратой, начинается процесс морального исцеления и возврата к обычной жизни. После повторной беседы с акушер-гинекологами, сообщившими информацию о потере и после работы с психотерапевтом, пациентка начинает осознавать неизбежность и необходимость проведенной операции с целью спасения её жизни, становится способной воспринимать реальные медицинские факты, которые явились причиной такого вмешательства. Женщина «вспоминает» о ребёнке, который был на время оставлен и лишен её внимания после информации об объемной операции. На данном этапе осознанная агрессия на врачей уменьшается, либо проходит, а некоторые женщины даже благодарят врачей «за то, что остались живы». На данном этапе возникают вопросы о том, какие рекомендации даст врач после выписки, как операция отразится на её сексуальной функции и сексуальной жизни, как строить отношения с мужем, чтобы сохранить брак. Одна из женщин пересмотрела свои планы на будущее: «Хорошо, буду строить карьеру, после того, как ребёнок подрастёт». Другая женщина сказала: «Хорошо, что у меня есть и сын, и дочь, если бы я умерла, то они бы остались без матери». Но для полной проработки горя требуется время, повторные встречи и психотерапевтическая помощь после выписки, поскольку утрата всегда может ожить и снова причинить острую боль. Даже если женщины полностью отгоревали, печаль может возвращаться в годовщины рождения ребёнка, в периоды предполагаемых месячных, других дат, событий, воскрешающими в памяти перенесенную потерю. Пятая стадия горевания наступает через несколько дней после события и продолжается примерно год. В этот период восстанавливаются физиологические функции, профессиональная деятельность. Женщина постепенно примиряется с фактом утраты. Она по-прежнему переживает горе, но эти переживания уже приобретают характер отдельных приступов, вначале частых, потом все более редких. По мере того, как утрата постепенно входит в жизнь, женщине приходится решать новые задачи, она отвлекается от прошлого и планирует будущее. Реакция утраты может блокироваться на любой стадии горевания и тогда женщина задерживается на определенной стадии синдрома утраты. В этой связи могут возникнуть различные проблемы даже через много лет. За непроработанным горем может стоять разный уровень патологии.

Наиболее типичными признаками непроработанного горя являются нарушение сна, анорексия или приобретение веса, раздражительность, сложности с концентрацией внимания, потеря интереса к окружающему, подавленность, апатия, отчуждение, стремление к уединению, плач, самобичевание, суицидальные мысли, соматические симптомы, чувство усталости, снижение либидо, применение снотворных и (или) успокоительных, алкоголя, табака, депрессия. Чтобы вернуться к нормальной жизни, женщина должна выполнить четыре задачи при помощи психотерапевта. Первая задача – **признание факта потери**. Операция свершилась - и она была неизбежной. Если женщина не преодолевает отрицания, тогда «работа горя» блокируется на самых ранних этапах. Отрицание чаще всего включает в себя как отрицание факта потери или необратимости, так и ее значимости.

Вторая задача психотерапевта состоит в том, чтобы **пережить боль потери**, все сложные чувства, которые сопутствуют утрате. Если женщина не может почувствовать боль потери, которая есть всегда, она должна быть выявлена и проработана с помощью психотерапевта, иначе боль проявит себя в других формах, например, через психосоматические расстройства, расстройства сна, поведения, депрессию. Процессу горевания так же препятствуют страх окружающих столкнуться с болью, которые проявляется в высказываниях: «ты не должна переживать», «не должна плакать», «должна взять себя в руки», «главное, что у тебя есть другие дети», «ты должна думать только о хорошем» и т.д. Тогда проявления горя блокируются, не происходит отреагирования и эмоции не приходят к своему логическому завершению. Избегание выполнения второй задачи достигается и употреблением медикаментов, употреблением алкоголя, табака или наркотиков, чрезмерным общением. Женщине необходимо решить эту трудную задачу, открыть и прожить боль, чтобы не нести через всю жизнь. Для решения данной задачи следует говорить об утрате, причине операции и чувствах в связи с происшедшим. Врач должен слушать, даже если женщины неоднократно повторяются, позволить скорбящему выговориться, предоставив ему возможность и помогая выразить психологическую боль и «контейнировать» чувства пациента, делая их переносимыми своим присутствием и сопереживанием: «я понимаю, что Вы сейчас чувствуете...», «я понимаю, как Вам больно и тяжело...», «как жаль, что Вам пришлось это пережить...».

Следующая задача - это **организация окружения**. Даже если женщина не осознает роли утраты, психотерапевту нужно обсудить это с пациенткой, а семья может оказать поддержку. Вследствие того, что утрата приводит женщину к сильному регрессу - восприятию себя как беспомощного ребенка, неспособного справляться с затруднениями, снижению самооценки, то родные и близкие женщины должны помогать и участвовать в её жизни. В первое время такая пассивная и беспомощная позиция помогает женщине избегать одиночества, боли, но в

дальнейшем препятствует возвращению к полноценной жизни. Поэтому в дальнейшем родственникам следует приобщать скорбящую к повседневной деятельности, а психотерапевту важно помочь женщине сформировать новые способы преодоления трудностей, трансформировать факт потери в нечто, имеющее также и позитивный смысл, открыть новые возможности – это критерии успешного завершения третьей задачи. Если женщины переживают чувство утраты себя, собственного Я, то работа с ней охватывает намного больше задач, чем просто выработка новых навыков и умения справляться с новыми ролями.

Последняя задача – это **выстроить новое отношение к утрате и продолжать жить**. При решении данной задачи меняется эмоциональное отношение к утрате и появляется возможность продолжать жить, строить новые планы. Женщина, пережившая потерю, становится восприимчивой к новым впечатлениям и событиям жизни, может говорить об утрате без сильной боли, осваивает новые роли и адекватно функционирует. Естественная печаль возникает при воспоминаниях об утрате, но это уже «светлая», спокойная печаль. Признаком того, что эта задача не решена, является ощущение, что «жизнь стоит на месте». Момент завершения траура неочевиден. Он может длиться до нескольких месяцев или затянуться на годы. Психотерапевтическая помощь, начатая в роддоме, помогает ускорить процесс проработки горя и вернуть женщину к нормальному функционированию.

Таким образом, психотерапию, направленную на преодоление реальных последствий гистерэктомии проводили с профессиональным психотерапевтом, при этом создавалась установка на транзитный характер возникших соматовегетативных и психических нарушений. Проводили обучающие тренинги по психологическому приспособлению к привычному (супруг, младенец, старшие дети, родители) и дальнему кругу общения (подруги, родственники, коллеги, незнакомые люди), а также по обучению навыкам социального общения, социальной независимости, навыкам проведения досуга, отдыха, умению решения личных проблем (отношения с супругом, укрепление семьи, воспитание детей и т. д.), знанию юридических аспектов, в т.ч. умению пользоваться своими правами и льготами, гарантированными законодательством.

Психотерапия осуществлялась в три этапа:

- 1) оказание эмпатической поддержки после информирования о характере операции;
- 2) выявление депрессивных переживаний и коррекция неадаптивных когнитивных и поведенческих феноменов, в том числе и суицидальных переживаний и суицидоопасного риска;
- 3) поиск и тренинг копингового поведения (способов совладания с актуальным стрессом), которое снижает степень негативных эмоциональных переживаний, помогает проработать утрату, повышает уровень социально-психологической адаптации, повышает фрустрационную толерантность.

На первом этапе применялись различные методы и варианты краткосрочной психотерапии. Особенности этого этапа является использование специальных технических приемов. Так, на этапе кризисной поддержки при информировании о характере и объёме операции применяется прием выслушивания, который является чрезвычайно важным в связи с тем, что это фактически единственный способ, позволяющий при его правильном применении значительно дезактуализировать травмирующие переживания в короткие сроки. Мастерство психотерапевта состоит в том, чтобы любыми средствами «разговорить» женщину и создать условия для проговаривания ею травмирующих переживаний. Женщина при этом выслушивается терпеливо и сочувственно, психотерапевт и медперсонал обеспечивает эмпатическую обстановку, способствуют катарсическому отреагированию пациентки. Не следует прерывать речь женщины, исключается конфронтация и другие активные элементы психотерапии.

Выслушивание пациента — основной элемент раскрытия депрессивных и суицидоопасных переживаний. На этом этапе задача психотерапевта считается реализованной, когда женщина самостоятельно перестает говорить на травмирующую для неё тему и самостоятельно выбирает другую тему для обсуждения. По невербальным признакам отмечалось снижение эмоционального напряжения и эмоциональная разрядка. Задача установления терапевтического контакта и прием выслушивания требуют 1-3 встреч.

Далее решалась терапевтическая задача актуализации адаптивных вариантов копинг-поведения и личностной защиты, требующие обязательной эмоциональной поддержки женщины. Реализуя эту задачу, психотерапевт актуализирует витальную мотивацию путем обращения женщины к прошлым достижениям и будущим перспективам. Задачи психотерапии считались выполненными, когда купировались острые аффективные расстройства (в т.ч. и суицидоопасные переживания) после эмоционального отреагирования женщины в результате эмпатической поддержки, уменьшалась степень проявления депрессивных переживаний, мобилизовывалось копинговое поведение (в результате рационально-эмотивной терапии А.Эллиса, когнитивно-поведенческой психотерапии А.Бека, позитивной психотерапии Н.Пезешкян, семейной и супружеской психотерапии).

Длительность проводимой психотерапии зависела от тяжести постгистерэктомического синдрома и составляла от 3 до 6 месяцев.

В качестве физиотерапии использовали транскраниальную электростимуляцию (ТЭС) по седативной методике токами малой амплитуды до 3мА с прямоугольной биполярной асимметричной формой импульса в течение 10-15 минут через поверхностные головные электроды № 10.

Медикаментозное лечение у кормящих грудью женщин с легкой степенью ПГС проводилось препаратом Антистресс (по 2 таблетке х 3 раза в день в течение месяца).

После прекращения грудного вскармливания или при его отсутствии применяли препарат Грандаксин (50 мг 1 раз в день в течение 1 месяца), затем препарат Нортия (по 1 капсуле 2 раза в день во время еды в течение 1 месяца).

При среднетяжелом и тяжелом течении ПГС дополнительно вводили антидепрессант Коаксил по 12,5 мг 3 раза в день не менее 6 недель.

Эффективность предлагаемого способа обусловлена комплексным воздействием физиотерапевтического и медикаментозного лечения препаратами разнонаправленного действия, а применение ТЭС позволяет от 2 до 5 раз сократить количество используемых медикаментозных препаратов, включая анальгетики, транквилизаторы, антидепрессанты.

**Результаты и обсуждение.** В двух группах исследования оценивали качество жизни до и после проведения реабилитации.

Через 3 месяца женщины первой группы по результатам анкетирования отмечали общую самооценку качества жизни как "хорошее", а женщины группы сравнения – как "удовлетворительное".

У женщин основной группы психическое состояние в целом значительно улучшилось, лишь у некоторых сохраняющаяся тревожность и нервозность, в основном, была связана с состоянием ребенка. Психическое состояние у женщин группы сравнения через 3 месяца после родов улучшилось незначительно. Удаление матки и неспособность иметь еще детей для ряда женщин этой группы явились сильным психотравмирующим фактором.

Социальное функционирование. Данная категория качества жизни характеризовалась устойчивым стремлением к одиночеству, путем ограничения встреч с друзьями у наблюдаемых обеих групп до лечения. В динамике эта категория оценки качества жизни у наблюдаемых основной группы несколько улучшилась. Пациентки отмечают, что у них появилась потребность в общении, в обсуждении своего состояния и здоровья в настоящее время и в будущем со специалистами. В группе сравнения эта категория почти не изменилась.

Ролевое функционирование. Для женщин первой и второй групп исследования до лечения была характерна быстрая утомляемость после обычной домашней работы, а также изменения в увлечениях. Данный критерий оценки качества жизни через 6 месяцев после родов несколько улучшился у женщин основной группы, по сравнению с женщинами группы сравнения. Но практически все женщины анализируемых групп отмечали некоторую утомляемость и изменения в увлечениях, которые они, в основном, связывали с уходом за ребенком.

До лечения общая самооценка качества жизни женщин первой и второй групп характеризовалась как удовлетворительная, а после 3 месяцев лечения у женщин основной группы – как хорошая. Общая самооценка качества жизни в динамике в группе сравнения оценивалась как "удовлетворительная". Через 6 месяцев наблюдения общая самооценка качества жизни у большинства женщин группы сравнения (72%) также расценивалась как хорошая, однако у части женщин она по-прежнему расценивалась как «удовлетворительная».

Психическое состояние. Большинство женщин группы, сравнения через 3 месяца наблюдения продолжало испытывать выраженное ощущение «беспричинной» тревожности и нервозности (4,0 б.) по сравнению с пациентками основной группы, где жалобы предъявляли только 3% женщин. К 6 месяцам наблюдения в основной группе жалоб не наблюдалось, в группе сравнения улучшения отмечали 83,4% исследуемых.

Функциональное состояние вегетативной нервной системы, улучшалось постепенно – уменьшалось потоотделение, вазомоторная лабильность, исчезли головные боли у 38,9% женщин основной группы через 3 месяца наблюдения, и еще у 49,9% через 6 месяцев, у 11,2% - симптоматика сохранялась, хотя и не была столь выражена, в группе сравнения – у 22,5%, 38,9% и 38,6% соответственно.

В итоге, состояние вегетативной нервной системы и качество жизни женщин в динамике улучшилось в обеих группах наблюдения, однако в группе сравнения улучшения наступали позже и были не столь выражены, как в основной группе.

**Выводы.** В целом, доля родильниц, психологическое состояние которых улучшилось в результате медицинской реабилитации по предлагаемому способу, составила 88,8%, в группе сравнения – 67,4%.

Таким образом, предлагаемый способ реабилитации женщин, перенесших гистерэктомию в связи с массивным послеродовым кровотечением, позволяет быстро добиться улучшения функционального состояния вегетативной нервной системы, физической активности, психического состояния, социального и ролевого функционирования, общей самооценки состояния здоровья.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Кулаков В.И., Адамян Л.В., Аскольская С.И. Гистерэктомия и здоровье женщины. - М.: Медицина, 1999. - 312 с.
- 2 Ветшев П.С., Крылов Н.Н., Ф.А. Шпаченко. Изучение качества жизни пациентов после хирургического лечения // Хирургия. Журнал им. Н.И.Пирогова. - 2000.- № 1.- С.64-67.
- 3 Кулаков В.И. Гинекология. Национальное руководство. - М.: 2007. – 575 с.
- 4 Арынов Г.С. Хирургическая менопауза у женщин репродуктивного возраста: Автореф. дис. ... канд. мед. наук – Алматы, 2004. – 42 с.
- 5 Малкина-Пых И.Г. Психологическая помощь в кризисных ситуациях. – М.: Изд-во Эксмо, 2005. – 960 с.
- 6 Василюк Ф.Е. Психология переживания (анализ преодоления критических ситуаций). - М.: Издательство Московского университета, 1984. - 200 с.
- 7 Василюк Ф.Е. Переживание и молитва (опыт общепсихологического исследования). – М.: Смысл, 2005. – 191 с.

**Р.Н. ЕСПАЕВА, А.М. НАШКЕНОВА, З.О. БАЗЫЛБЕКОВА**  
*С.Д.Асфендияров атындағы Қазақ ұлттық медицина университетінің  
№2 акушерлік және гинекология кафедрасы.  
Акушерлік, гинекология және перинатология ғылыми орталығы.  
ҚР Денсаулық сақтау министрілігі*

#### **МАССИВТІ АКУШЕРЛІК ҚАН КЕТУГЕ БАЙЛАНЫСТЫ ГИСТЕРОЭКТОМИЯДАН КЕЙІНГІ РЕАБИЛИТАЦИЯ**

**Түйін:** мақалада көрсетілгендей, босану кезінде көп мөлшерде акушерлік қан кетумен жүретін шұғыл гистерэктомияны басынан өткерген әйелдердің өмір сапасын жақсарту мақсатында психоэмоционалды күйін қалпына келтіруді жүргізу қажеттілігі. Постгистерэктомиялық синдромның ауырлығына байланысты психотерапия, физиотерапия, және медикаментозды коррекциядан тұратын әдістер қолданған. Көрсетілген қалпына келтіру әдістері 88.8% әйелдердің психоэмоционалды жағдайын және өмір сапасын жақсартуға көмектесті.

**Түйінді сөздер:** қалпына келтіру, босану, көп мөлшерде қан кетулер, шұғыл гистерэктомия, постгистерэктомиялық синдром, өмір сапасы, психотерапия, физиотерапия.

**R.N. YESPAYEVA, A.M. NASHKENOVA, Z.O. BAZYLBEKOVA**  
*Asfendiyarov Kazakh National Medical University,  
Department of obstetrics and gynecology №2,  
Scientific Center of Obstetrics, Gynecology and Perinatology  
Ministry of Health, Republic Kazakhstan*

#### **REHABILITATION AFTER HYSTERECTOMY ASSOCIATED WITH PROFUSE OBSTETRIC BLEEDING**

**Resume:** the article has to need of rehabilitation of mental and emotional state puerperants, who have undergone emergency hysterectomy in childbirth due to massive obstetric hemorrhage. The method consisting of psychotherapy, physiotherapy and medical correction, depending on the severity of the post hysterectomy syndrome. Using this method of rehabilitation improved psycho-emotional state and quality of life in 88.8% of women.

**Keywords:** rehabilitation, childbirth, massive obstetric hemorrhage, the post hysterectomy syndrome, emergency hysterectomy, quality of life, psychotherapy, physiotherapy.