

# Психоемоційні зміни у пацієнток репродуктивного віку з лейоміомою матки у динаміці лікування

А.Г. Корнацька, О.Г. Даниленко, М.А. Флаксемберг

ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології ім. акад. О.М. Лук'янової НАМН України», м. Київ

**Мета дослідження:** вивчення та оцінювання зміни психоемоційного стану у жінок з лейоміомою матки у динаміці лікування та реабілітації репродуктивної функції залежно від виду терапії.

**Матеріали та методи.** Для вирішення поставленої мети було використано результати виявлених змін у 234 пацієнток, які динамічно обстежувались, лікувались та у подальшому спостерігались у відділенні реабілітації репродуктивної функції. I група – з консервативним (неопераційним) лікуванням – 93 (39,74%) пацієнтки та II група – з хірургічним лікуванням (органозберігальні операції) – 141 (60,26%) пацієнтка. Своєю чергою хірургічна група була розподілена на дві підгрупи: Па – 51 (21,8%) пацієнтка без застосування передопераційної підготовки та Пб – 90 (38,46%) пацієнток із застосуванням передопераційної підготовки у формі гормональної корекції.

Для вивчення психоемоційного стану обстежених жінок були використані опитувальники САН (самопочуття, активність, настрої). Для виявлення більш суттєвих змін у психоемоційній сфері, що можуть ускладнювати перебіг і лікування фіброми матки, були застосовані критерії психічних розладів ВООЗ та вивчено рівні тривожності і результати диференціальної діагностики депресивних станів у динаміці лікування (методики Зунге та К. Хека і И.Х. Хесса).

**Результати.** У пацієнток репродуктивного віку з лейоміомою матки виявлені розлади психоемоційного стану залежать як від зовнішніх так і внутрішніх факторів і виражаються у підвищеній тривожності, невротизації, зміні самопочуття, активності, настрою. Ці порушення виявили як при консервативному, так і при хірургічному методі лікування, проте їхня вираженість і глибина змін залежали від тривалості захворювання.

**Заключення.** Отримані дані свідчать, що жінки репродуктивного віку з лейоміомою матки відчували наявність чіткого психологічного дискомфорту, який частково зберігся у реабілітаційний період у групі хірургічного лікування. Ці зміни залежали від початкового психоемоційного стану пацієнтки, тривалості захворювання, ефективності попереднього лікування. Тому, враховуючи виявлені суттєві розлади, у певній категорії пацієнток був застосований індивідуальний підхід з урахуванням індивідуальних особливостей хвороби, її сімейного анамнезу та психосоматичних змін в організмі. Це у подальшому дозволило значно покращити стан хворих.

Проведені дослідження виявили у процесі лікування значні позитивні тенденції у підгрупі із застосуванням комбінованого лікування.

**Ключові слова:** репродуктивний вік, лейоміома матки, психоемоційні зміни.

## Psychoemotion change of female patient reproductive age with uterine leiomyoma in the dynamics of treatment

A. Kornatska, O. Danylenko, M. Flakseberg

**The objective:** was to study and evaluate changes of psychoemotion of female patient reproductive age with uterine leiomyoma in the dynamics of treatment and rehabilitation of reproductive function depending on the type of therapy.

**Materials and methods.** SAN questionnaires, WHO mental disorder criteria, and the methods of Zung, K. Heck, and I. Hess were used to study changes in psychoemotional states. Psychoemotional changes were studied in 234 patients with conservative and surgical (organ-preserving) treatment, conservative treatment was received – 93 (39,74%) patients; the surgical group was 141 (60,26%), and was divided into two subgroups Па – 51 (21,8%) patients without the use of preoperative hormonal training, and Пб – 90 (38,46%) patients using preoperative preparation.

**Results.** In patients of reproductive age with uterine leiomyoma revealed changes in the psycho-emotional state, which depend on both internal and external factors. These changes were expressed in increased anxiety, neuroticism, mood swings, activity, wellbeing. These changes were observed in both groups, but their severity and depth depended on the duration of the disease.

**Conclusion.** During the examination of female patient reproductive age with uterine leiomyoma was discovered same psychoemotion change. They was related both from internal and external factor and could be declared as increased anxiety neuroticism changes in health, activity, mood. The severity of these changes depends on the initial psycho-emotional state of the patient, the duration of the disease, the effectiveness of previous treatment. Therefore, in some cases an individual approach to the correction of the detected changes was used

**Keywords:** reproductive age, uterine leiomyoma, psychoemotion change.

## Психоемоциональные изменения у пациенток репродуктивного с лейомиомой матки в динамике лечения

А.Г. Корнацкая, Е.Г. Даниленко, М.А. Флаксемберг

**Цель исследования:** изучение и оценка изменений психоэмоционального состояния у женщин с лейомиомой матки в динамике лечения и реабилитации репродуктивной функции в зависимости от вида терапии.

**Материалы и методы.** Для решения поставленной цели были использованы результаты выявленных изменений у 234 пациенток, которые были обследованы, лечились, а в дальнейшем наблюдались в отделении реабилитации репродуктивной функции. I группа – с консервативным лечением – 93 (39,74%) пациентки, II группа – с хирургическим лечением (органосохраняющие операции) – 141 (60,26%) пациентка. В свою очередь хирургическая группа была разделена на две подгруппы: Па – 51 (21,8%) пациентка без применения предоперационной подготовки и Пб – 90 (38,46%) пациенток с предоперационной подготовкой в форме гормональной коррекции.

Для изучения психоэмоционального состояния обследуемых женщин использовали опросники САН (самочувствие, активность, настроение). С целью выявления более значительных изменений в психоэмоциональной сфере, которые могли бы способствовать ухудшению течения и лечения данной патологии, были использованы критерии психических расстройств ВОЗ, а также изучены уровни тревожности, результаты дифференциальной диагностики депрессивных состояний в динамике лечения (методики Зунге и К. Хека и И.Х. Хесса).

**Результаты.** У пациенток репродуктивного возраста с лейомиомой матки были выявлены расстройства психоэмоционального статуса, которые зависели как от внутренних, так и внешних факторов и выражались в повышенной тревожности, невротизации, изменениях самочувствия, активности, настроения. Данные нарушения касались обеих исследуемых групп, однако необходимо отметить, что выраженность и глубина изменений зависели от длительности заболевания.

**Заключение.** Полученные результаты свидетельствуют о том, что женщины репродуктивного возраста с лейомиомой матки ощущали четкий психологический дискомфорт, который частично сохранялся в реабилитационный период в группе хирургического лечения. Данные изменения зависели от начального психологического статуса пациентки, длительности заболевания, эффективности предыдущего лечения. Поэтому, учитывая выявленные значительные расстройства, некоторой категории пациенток был применен индивидуальный подход с учетом индивидуальных особенностей больной, ее семейного анамнеза, а также психосоматических изменений в организме. Это в дальнейшем позволило существенно улучшить состояние больных.

Проведенные исследования выявили в процессе лечения значительные положительные тенденции в подгруппе пациенток с комбинированным лечением.

**Ключевые слова:** репродуктивный возраст, лейомиома матки, психоэмоциональные изменения.

Міома матки є найбільш поширеною доброякісною пухлиною репродуктивної системи з частотою від 35% до 50% та постійною тенденцією до її підвищення, хоча відзначено постійну тенденцію до омолодження цього захворювання [1].

Основний контингент ураження – це жінки середнього репродуктивного віку (після 30–35 років.). За даними деяких авторів, за результатами аутопсії ця цифра досягає 80% [2].

Вивчаючи патогенез міоми матки, чимало вчених сходяться на думці, що значну роль тут відіграє психосоматика [3, 4]. З моменту народження жінка запрограмована на народження та виховання дітей. Якщо ця програма не виконується, відбувається порушення функцій організму. Підсвідомо жінка відчуває власну неповноцінність, і це призводить до утворення замкнутого кола – вона не може завагітніти, бо весь час думає, що не може це зробити, тобто вона себе програмує на негатив. Проте існують інші причини, такі, як необхідність перервати вагітність (аборт), відсутність задоволення від статевої близькості, боязнь чоловіків і сексу, старі психологічні травми – наприклад, насилля у дитинстві, часті або тривалі стресові ситуації, стан «хронічної» образи, страхи та фобії, у тому числі і приховані, втрата дитини та інші. Для міського ритму життя притаманно підвищений вплив стресів, перенавантаження, перевтома [5].

Для жінки виявлення пухлини репродуктивної сфери здебільшого є трагедією і супроводжується значними психоемоційними порушеннями, що можуть тривати довго і супроводжуватися вторинними змінами у соматичних органах. Виявлення міоми матки, особливо при нереалізованій або частково реалізованій репродуктивній функції, необхідно розглядати з позиції психотравми. Це може супроводжуватись тривожністю, страхом, фобією.

Тривожність – це психологічний та/або фізичний стан, що включає соматичні, емоційні, когнітивні та поведінкові компоненти. Її можна розцінювати як нормальну реакцію на стрес, проте якщо тривожність стає постійною, необхідно говорити про тривожні розлади. Вирішення цих проблем лежить у площині початкового емоційного стану жінки, у можливості його корекції, міжособистісних стосунках у сім'ї, соціально-економічному становищі подружньої пари [6, 10].

Розлади психоемоційної сфери розвиваються на тлі змін емоцій, настрою, почуттів та мають як прямий, так і зворотний зв'язок з усіма органами та системами організму. Вони зароджуються у центральній нервовій системі і контролюють всю життєдіяльність, формуючи за тривалого перебігу так звані психосоматичні захворювання [7, 9]. Також значну роль у формуванні даної патології відіграють зміни в ендокринній, імунній, нервовій системах.

Для діагностики змін у психоемоційній сфері необхідно у першу чергу вивчати, за допомогою опитувальників та психологічних методик, емоційну сферу, зміни настрою, самопочуття та активності. Також застосовували більш складні психотести, що розкривають такі особливості особистості, як стресостійкість та соціальна адаптація. Необхідні вивчення рівнів тривожності та використання диференціальної діагностики депресивних станів [8, 11].

Аналіз та диференційований підхід до лікування у кожному окремому випадку дасть можливість прогнозувати подальший перебіг захворювання та реабілітації даного контингенту хворих.

**Мета дослідження:** вивчення та оцінювання зміни психоемоційного стану у жінок з лейомиомою матки у динаміці лікування та реабілітації репродуктивної функції залежно від виду терапії.

## МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для досягнення поставленої мети були використані результати виявлених змін у 234 пациенток, які динамічно обстежувались, лікувались та у подальшому спостерігались у відділенні реабілітації репродуктивної функції.

З урахуванням багатьох факторів підбирали лікування пацієнткам з міомою матки. Таким чином була виділена група з консервативним (неоперативним) лікуванням – 93 (39,74%) пацієнтки (I група), метою якого було уповільнення росту пухлини, зменшення її розмірів, попередження розвитку у ній вторинних змін та зменшення тяжкості клінічних симптомів. Медикаментозне лікування включало препарати гормональної терапії та негормональні засоби.

Показаннями для консервативної терапії як самостійного методу лікування було: розміри матки до 12 тиж вагітності; міоматозні вузли менше 2 см у діаметрі.

Критеріями виключення були:

- показання до хірургічного лікування, а саме – швидкий ріст міоми матки;
- мено- та метрорагія, що призводять до анемізації пацієнтки;
- порушення функцій сусідніх органів;
- ускладнений перебіг міоми матки (порушення трофіки вузла, некроз вузла, міоматозний вузол, що народжується, перекути ніжки субсерозного вузла);
- субмукозна (підслизова) міома матки;
- наявність больового синдрому;
- безплідність, зумовлена міомою матки;
- підозра на злоякісне переродження пухлини;
- неефективність консервативного лікування;
- атипове розташування міоматозних вузлів (інтралігментарне з больовим синдромом та порушення функції шийки, шийкове);
- поєднання міоми матки з іншими патологічними змінами статевих органів (аденоміоз, гіперплазія ендометрія, опущення та випадіння матки).

До II групи увійшли пацієнтки з хірургічним лікуванням (органозберігальні операції) – 141 (60,26%) жінка. У свою чергу вона була розподілена на дві підгрупи: Па – 51 (21,8%) пацієнтка без застосування передопераційної підготовки та Пб – 90 (38,46%) пацієнток із застосуванням передопераційної підготовки у формі гормональної корекції.

З метою вивчення психоемоційного стану жінок на час обстеження були використані опитувальники – САН (самопочуття, активність, настрої). Для виявлення більш значних

Ознаки психічного розладу за критеріями ВООЗ (у динаміці лікування)

Критерії	I група, n=93	II група, n=141	
		IIa підгрупа, n=51	IIб підгрупа, n=90
Наявність чіткого психологічного дискомфорту	++/-	++/+	++/+
Порушення спроможності виконувати певну роботу або навчання	+/-	+/-	+/-
Підвищення ризику смерті, страждання або порушення діяльності	-	-	-

Таблиця 2

Критерії депресії за DSM-IV

Критерії	I група, n=93	II група, n=141	
		IIa підгрупа, n=51	IIб підгрупа, n=90
	До / після	До / після	До / після
Пригнічений настрій	++/+	++/-	++/-
Втрата задоволення від звичайної діяльності (ангедонія)	++/+	++/-	++/-
Відчуття беззмістовності існування або недоречної провини	+/-	+/-	+/-
Неспроможність зосередитись	++/-	++/-	++/-
Втома або втрата енергійності	++/+	++/+	++/+
Безсоння або сонливість	++/-	++/-	++/-
Психомоторне збудження або пригнічення	+/-	+/-	+/-
Суттєве збільшення або зменшення маси тіла	++/-	+/-	++/-
Наявність думок про смерть	-/-	-/-	-/-

змін у психоемоційній сфері, що можуть ускладнювати перебіг і лікування фіброміоми матки, були застосовані критерії психічних розладів ВООЗ. Для виявлення та вивчення рівнів тривожності та диференціальної діагностики депресивних станів у динаміці лікування були використані методики Зунге і К. Хека та І.Х. Хесса. До терапії супроводу включали методи та методики сімейного аутотренінгу, тілесно-орієнтовану терапію, седативну терапію, що застосовувалась на всіх етапах – від обстеження до лікування та реабілітації [12, 13].

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Усі жінки з міомою матки, які проходили обстеження та лікування у відділенні реабілітації репродуктивної функції жінок, заповнювали анкету «Ознаки психічного розладу за критеріями ВООЗ».

Як видно з даних табл. 1, результатів опитування пацієнтів, усі жінки відчували наявність чіткого психологічного дискомфорту, який частково зберігся у реабілітаційний період у групі хірургічного лікування. Теж саме стосувалось і порушення спроможності виконувати певну роботу або навчатися. Отже, жінки з міомою матки мають психологічні зміни, які супроводжуються порушенням спроможності до виконання певних дій – часткова втрата або зниження працездатності. Такі стани необхідно диференціювати з невротами та депресивними станами.

Аналізуючи психоемоційний стан обстежених жінок за допомогою опитувальника САН (самопочуття, активність, настрій), що є показником виключно суб'єктивного оцінювання, виявлено зміни настрою, самопочуття та активності у жінок з міомою мати до лікування та після лікування. Відзначено, що у групі консервативного лікування ці показники значно відрізнялись від показників II групи у динаміці лікування. При хірургічному лікуванні, особливо у IIa підгрупі, показники САН швидко відновились. У IIб підгрупі цей процес був триваліший. Це може бути пояснено тривалою підготовкою до хірургічного лікування. При консервативному лікуванні позитивні зміни відзначені через 1–1,5 міс від початку лікування.

Для визначення психоемоційних змін у жінок з міомою матки у процесі лікування були застосовані критерії депресії за DSM-IV (Diagnostic and Statistical Mental Disorders, Fourth Edition). Основною умовою входження і підтвердження депресивного стану є виявлення 5 і більше симптомів, також обов'язковою умовою має бути наявність пригніченого настрою з тривалістю, принаймні, протягом двох тижнів.

Отримані дані представлені у табл. 2.

При обстеженні жінок з міомою матки позитивними виявились шість з дев'яти критеріїв, тому можна говорити про депресивні зміни у даного контингенту хворих. Особливо характерні такі ознаки, як пригнічений настрій; втрата задоволення від звичайної діяльності (ангедонія), неспроможність зосередитися; втома або втрата енергійності; безсоння або сонливість; суттєве збільшення або зменшення маси тіла.

У процесі лікування у I групі деякий час відзначали пригнічений настрій, втому, часткову втрату задоволеності життям. У підгрупах IIa та IIб відзначено тільки втому.

На фоні зміни настрою, самопочуття, високого рівня тривожності, тривалих негативних емоцій можуть розвиватись депресивні розлади. Для діагностики та диференціальної діагностики цих станів була використана методика Зунге (адаптація Т.И. Балашовой, 1987). За даною методикою рівень депресії коливався у межах 20–80 балів. Істинно депресивний рівень відповідає 70 балам і більше; рівень 60–69 балів відповідає субдепресивному стану або замаскованій депресії; легкій депресії ситуативного або невротичного генезу відповідають рівні у 50–59 балів та стан без депресії відповідно знаходиться у межах не більше 50 балів.

Отримані результати представлені в табл. 3.

Для пацієнток з міомою матки у репродуктивному віці характерна замаскована депресія (43,0%; 35,3%; 44,4% відповідно по групах) та легка депресія невротичного генезу (36,6%; 45,1%; 18,9% відповідно). Більш глибокі зміни – істинно депресивний стан – був виявлений у жінок з консервативним лікуванням – в 10,7% випадків, а у групі з хірургічним лікуванням відповідно у 13,7% та 27,8%, що потребувало невідкладних

Рівень депресивних змін у жінок з міомою матки, п (%)

Рівень депресії	I група, n=93	II група, n=141	
		IIa підгрупа, n=51	IIб підгрупа, n=90
Істинно депресивний стан	10 (10,7)	7 (13,7)	25 (27,8)
Субдепресивний стан або замаскована депресія	40 (43,0)	18 (35,3)	40 (44,4)
Легка депресія ситуативного або невротичного генезу	34 (36,6)	23 (45,1)	17 (18,9)
Стан без депресії	9 (9,7)	3 (5,9)	8 (8,9)

Таблиця 4

Рівень невротизації за методикою К. Хека та И.Х. Хесса у жінок з міомою матки, п (%)

Рівень невроту (бали)	I група, n=93	II група, n=141	
		IIa підгрупа, n=51	IIб підгрупа, n=90
Дуже високий (81 і менше)	3 (3,22)	-	7 (7,8)
Високий (41–80)	12 (12,9)	8 (15,7)	11 (12,1)
Підвищений (21–40)	16 (17,2)	10 (19,6)	17 (18,9)
Невизначений (-20 +10)	29 (31,2)	17(33,3)	25 (27,8)
Знижений (+11 +40)	15 (16,13)	7(13,73)	15 (16,7)
Низький (+41 +80)	7 (7,53)	7 (13,73)	10 (11,1)
Дуже низький (+81 і більше)	11 (11,82)	2 (3,94)	5 (5,6)

заходів корекції психологічного стану. Ураховуючи виявлені зміни у реабілітаційний період були застосовані методи ауто-тренінгу, сімейного тренінгу, седативні препарати. Це привело до позитивних змін, які більше були виражені у IIб підгрупі.

Так само, як методика САН (самопочуття, активність, настрої) є експрес-діагностикою психосоматичних змін, так і методика К. Хека та И.Х. Хесса є експрес-діагностикою невроту у жінок з міомою матки.

Отримані результати представлені в табл. 4.

За високого рівня невротизації (висока за абсолютними величинами, не за негативною оцінкою) може спостерігатись емоційна збудливість, що переходить до негативних переживань (тривожність, напруженість, роздратованість, підвищена подразливість), – була виявлена у I групі (3,22%) та у IIб підгрупі (7,8%). Значну роль у цьому можуть відігравати як внутрішні, так і зовнішні фактори. Крайній рівень невротизації може бути проявом дезадаптованості у загальносоціальному сенсі.

При низькому рівні невротизації (висока за абсолютною величиною позитивна оцінка) відзначається емоційна стійкість та позитивний фон основних переживань (спокій, оптимізм). Ці позитивні емоції більш притаманні пацієнткам у групах – відповідно 11,82%, 3,94%, 5,6%, що може свідчити про продуманий, пережитий страх і чітко визначений подальший шлях. Також необхідно зазначити, що такі стани спостерігаються після тривалої психокоригувальної терапії.

Отже, дуже високий та високий рівень тривожності є підґрунтям для розвитку більш значних змін – неврозів, астеничних синдромів та, у подальшому, можливою основою розвитку психосоматичної патології. Тому, враховуючи виявлені суттєві зміни, у певній категорії пацієнтів був застосований індивідуальний підхід з урахуванням індивідуальних особливостей хворої, її сімейного анамнезу та психосоматичних порушень в організмі.

За результатами проведених досліджень встановлено, що пацієнтки з міомою матки залежно від тривалості захворювання, ступеня розвитку патологічного процесу, змін у репродуктивній сфері, порушення інших органів і систем, сімейного анамнезу мали порушення психоемоційного стану. Це своєю чергою негативно впливало на якість життя, пов'язаного зі здоров'ям. Проведене вивчення ефективності лікування. У кож-

ній групі жінок з міомою матки виявили позитивні тенденції у зміні психоемоційного стану та у більш віддалений період реабілітації, покращення якості життя, пов'язаного зі здоров'ям.

## ВИСНОВКИ

Отже, проведені дослідження свідчать, що для діагностики змін у психоемоційній сфері необхідно у першу чергу вивчати емоційну сферу, зміни настрою, самопочуття та активності. Застосовувати більш складні психотести, що розкривають такі особливості особистості, як стресостійкість та соціальна адаптація. Також вивчати рівні тривожності та результати диференціальної діагностики депресивних станів [13].

Зміни психоемоційного фону та прояви психосоматичних порушень у даного контингенту хворих залежать як від зовнішніх, так і внутрішніх факторів і можуть виражатись у підвищеній тривожності, невротизації, зміні самопочуття, активності, настрою.

Отримані дані свідчать, що всі жінки відчували наявність чіткого психологічного дискомфорту, який частково зберігся в реабілітаційний період у групі хірургічного лікування. Теж саме стосується і порушення спроможності виконувати певну роботу або навчатися. Отже, жінки з міомою матки мають психологічні зміни, які супроводжуються порушенням спроможності до виконання певних дій – часткова втрата або зниження працездатності. Такі стани необхідно диференціювати з неврозами та депресивними станами.

За допомогою методик «критерії депресії DSM-IV», Зунге, К. Хека та И.Х. Хесса підтверджені депресивні зміни у жінок з міомою матки у кожній із груп, що є підґрунтям для розвитку більш значних порушень – неврозів, астеничних синдромів та, у подальшому, можливою основою для розвитку психосоматичної патології. Тому, враховуючи виявлені суттєві зміни, у певній категорії пацієнок був застосований індивідуальний підхід з урахуванням індивідуальних особливостей хворої, її сімейного анамнезу та психосоматичних змін в організмі. Це у подальшому дозволило суттєво покращити стан хворих.

Проведені дослідження дозволили виявити у процесі лікування значні позитивні тенденції у підгрупі із застосуванням комбінованого лікування.

**Сведения об авторах**

**Корнацкая Алла Григорьевна** – Отделение реабилитации репродуктивной функции женщин ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины», 04050, г. Киев, ул. Платона Майбороды, 8; тел.: (044) 489-47-41. E-mail: [alla.kornatska@gmail.com](mailto:alla.kornatska@gmail.com)

**Даниленко Елена Григорьевна** – Отделение реабилитации репродуктивной функции женщин ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины», 04050, г. Киев, ул. Платона Майбороды, 8

**Флаксемберг Майя Аркадьевна** – Отделение реабилитации репродуктивной функции женщин ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины», 04050, г. Киев, ул. Платона Майбороды, 8

**СПИСОК ЛИТЕРАТУРИ**

1. Жилка Н.Я. Інноваційні підходи до лікування лейоміоми матки / Жилка Н.Я. // Здоровье женщины. – К., 2016. – № 7 (113). – С. 16–22.
2. Шаповалова А.И. Лейомиома матки и репродукция / А.И. Шаповалова // Журнал акушерства и женских болезней. – 2019. – Т. 68 (1). – С. 93–101.
3. Доброхотова Ю.Э. Миома матки. Безоперационное лечение / Доброхотова Ю.Э., Ильина И.Ю., Гончаров И.Ю. // РМЖ. Мать и дитя. – 2018. – № 2. – С. 3–6.
4. Запороженко М.Б. Лейомиома матки – алгоритмы лечения женщины репродуктивного возраста / Запороженко М.Б. // Здоровье женщины. – 2015. – № 5 (101). – С. 55–58.
5. Петрюк П.Т. Психосоматические расстройства, вопросы дефиниции и классификации / Петрюк П.Т., Якущенко И.Я. // Вестник Ассоциации психиатров Украины. – 2015. – № 3–4. – 133–140.
6. Психосоматическая патология, классические теории, современные концепции концепции / Близнюк А.И. // Медицинские новости. – 2017. – № 10. – С. 10–15.
7. Ng Q.X. Clinical use of Hypericum perforatum (St.John'swort) in depression: a meta-analysis/ Ng Q.X., Ven Katanarayanan N., Ho C.Y. // J.Affect. Disord. 2017. – 210:211-221.
8. Даниленко О.Г. Психосоматичні зміни у жінок з лейоміомою матки/ Даниленко О.Г. // Здоровье женщины. – 2015. – № 10 (106). – С. 139–143.
9. Полякова Д.С. Современный подход к терапии психосоматических заболеваний с помощью препарата седаристон/ Полякова Д.С. // Часопис. – 2019. – 4 (1) (132). – VII-VIII.
10. Великанова Л.П. Психосоматические расстройства: современное состояние проблемы/ Великанова Л.П., Шевченко Ю.С. / Великанова Л.П. // Российский психиатрический журнал. – 2016. – 4 (32). – С. 680-89.
11. Бурчинский С.Г. Тревожно-депрессивные расстройства при неврологической патологии: стратегии и возможности фармакотерапии / Бурчинский С.Г. // Укр. Мед. Часопис. – 2016. – 5 (115): 69–74.
12. <https://uk.wikipedia.org/wiki/>
13. Психосоциальная дезадаптация и когнитивные нарушения / Фролова Ю.Г. – М., 2016. – 153 с.

Статья поступила в редакцию 31.08.2020

**Журнал «Здоровье женщины» индексируется и/или представлен здесь:**

- «Библиометрика украинской науки»
- «Научная периодика Украины» (Национальной библиотеки Украины имени В.И. Вернадского)
- Google Scholar
- Copernicus International
- Science Index (eLIBRARY.RU)
- CrossRef (статьям журнала присваивается цифровой идентификатор объекта (DOI))
- INFOBASEINDEX
- ReaserchBib
- SIS
- Directory of Research Journals Indexing (DRJI)
- Open Academic Journals Index (OAJI)
- Bielefeld Academic Search Engine (BASE)
- International Innovative Journal Impact Factor (IJIF)
- Hinari

