

Стресорна реакція у жінок з безплідністю, оперованих на придатках матки у плановому та ургентному порядку

А.Є. Дубчак^{1,2}, О.В. Мілевський¹, Н.М. Обейд³

¹ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України ім. академіка О.М. Лукьянкової», м. Київ

²Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ

³КУ «Центральна міська лікарня № 1», м. Житомир

Мета дослідження: вивчення психоемоційного стану у жінок з безплідністю, яким було проведено хірургічне лікування на придатках матки у плановому та ургентному порядку.

Матеріали та методи. Було обстежено 120 жінок репродуктивного віку з трубно-перитонеальним фактором безплідності та доброякісними утвореннями яєчників, позаматковою вагітністю, яким проведено органозберігальне оперативне втручання на придатках матки (основна група). У плановому порядку хірургічне лікування було проведено 76 (63,7%) обстеженим основної групи (1-а група); в ургентному порядку хірургічне лікування було проведено 44 (36,7%) пацієнткам основної групи (2-а група). Залежно від доступу – лапароскопія (ЛС) з використанням монополярної або біполярної електрохірургії була проведена у 54 жінок 1-ї групи та у 24 пацієнток 2-ї групи, а лапаротомія (ЛТ) – у 22 пацієнток 1-ї групи та у 20 – 2-ї групи. У контрольну групу увійшли 20 пацієнток з реалізованою репродуктивною функцією без наявності безплідності (3-я група). Двадцять жінок репродуктивного віку з безплідністю без оперативного втручання увійшли у групу порівняння (4-а група).

Результати. Вивчено вплив хірургічного лікування на придатках матки у 120 жінок з безплідністю на психоемоційний стан залежно від плановості оперативного втручання. У жінок, яким було проведено хірургічне лікування в ургентному порядку, виявлено, що виражена депресивність і невротичні прояви тісно пов'язані з порушенням сну, зниженням настрою, плаксивістю, подразливістю.

Заключення. Через місяць після оперативного втручання виявлено зниження рівнів депресії, тривожності, нервозності, що свідчить про позитивні зміни у психічному стані пацієнток та покращання стану внутрішнього комфорту у результаті відновлення соматичного благополуччя, підвищення впевненості в собі. Це є результатом косметичного ефекту та органозберігального хірургічного лікування.

Ключові слова: безплідність, операції на придатках матки, психоемоційний стан.

Стрес є неодмінною складовою частиною повсякденного життя людини, але він значно відрізняється за своїми глибиною, силою, тривалістю та вираженістю дії на організм у різних ситуаціях. Найчастішим патогенетичним чинником порушення центральних механізмів регуляції і, як наслідок, фазового десинхронізму гормональної секреції у репродуктивній системі більшість авторів називають тривалі негативні емоції, психічне напруження та стрес [1–5]. Крім цього, хронічний стрес і супутній вторинний імунodefіцит, розлад адаптації значно погіршують прогноз гінекологічних нейроендокринних синдромів у зв'язку з підвищеним ризиком розвитку гормонозалежних пухлиноподібних утворень та

метаболических порушень [1–3]. Стрес, особливо той, що спричинений безплідними зусиллями, призводить до фрустрації і залишає після себе необоротні «хімічні рубці».

Хірургічні втручання за сукупністю своїх чинників (психоемоційне напруження, доступ і розмір операційної рани, характер операції, крововтрата, тривалість втручання і наркозу, медикаментозні засоби, продукти пошкоджених і некротизованих тканин та ін.) здійснюють виражений стресорний вплив на стан цілісного макроорганізму [6–10].

За останні десятиліття в оперативній гінекології проведено дослідження, які дозволили визначити характер розгортання адаптаційних реакцій у саногенетичний (неускладнений) післяопераційний період, а також розробити способи прогнозування та профілактики інфекцій, що передаються статевим шляхом, після планових лапаротомічних і лапароскопічних операцій не тільки із застосуванням антибіотиків, а й імунomodulatory препаратів, що підвищують захисно-компенсаторні можливості макроорганізму [6, 9, 11, 12].

Вплив будь-якого соматичного захворювання на психоемоційний стан не викликає сумнівів у клініцистів [13, 14]. Самооцінювання хворими впливу захворювання на їхній соціальний статус є суттєвою частиною «внутрішньої картини хвороби», а отже, і головною точкою докладання психотерапевтичного впливу на пацієнта у процесі його реабілітації [15, 16].

На психологічний стан хворих після операції, періоду відновлення і повернення до активного життя впливають не стільки побоювання і сумніви, скільки фактичний соматичний, вегетативний і нейроендокринний статус, реальний досвід відносин у психосексуальній сфері [14–17].

Мета дослідження: вивчення психоемоційного стану у жінок з безплідністю, яким було проведено хірургічне лікування на придатках матки у плановому та ургентному порядку.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

На базі відділення реабілітації репродуктивної функції жінок ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України» м. Києва, відділення термінової гінекологічної допомоги КУ ЦМЛ № 1 та відділення малоінвазивної хірургії ЖОКЛ м. Житомир з 2013 до 2016 р. обстежено 120 жінок репродуктивного віку з трубно-перитонеальним фактором безплідності та доброякісними утвореннями яєчників, позаматковою вагітністю, яким проведено органозберігальне оперативне втручання на придатках матки (основна група). У плановому порядку хірургічне лікування було проведено 76 (63,7%) обстеженим основної групи (1-а група); в ургентному порядку хірургічне лікування було проведено 44 (36,7%) пацієнткам основної групи (2-а група). Залежно від доступу – лапароскопія (ЛС) з використанням монопо-

Психологічні особливості обстежених жінок груп дослідження

Скарги	Психологічна особливість	Група обстежених							
		1-а, n=76		2-а, n=44		3-я, n=20		4-а, n=20	
		Абс. число.	%	Абс. число.	%	Абс. число.	%	Абс. число.	%
Психологічні скарги	Тривожність	38	50 ^{*^} α	35	72,5 [^] α	2	10,0	3	15,0
	Порушення сну	61	80,1 [^] α	37	84,10 [^] α	1	5,0 α	4	20,0
	Зниження настрою	65	85,5 ^{*^} α	40	90,9 [^] α	1	5,0 α	4	20,0
	Плаксивість	53	69,7 ^{*^} α	33	75,0 [^] α	2	10,0	2	10,0
	Зниження життєвого тону	55	72,4 ^{*^} α	13	29,5 [^]	1	5,0 α	3	15,0
	Психосексуальні розлади	49	64,5 ^{*^} α	5	11,4 [^]	-	-	3	15
	Подразливість	57	75,0 ^{*^} α	19	43,2 [^] α	1	5,0 α	4	20,0
	Зниження апетиту	45	59,2 ^{*^} α	9	20,5 [^] α	-	-	1	5,0
Рівень тривожності	Підвищений	54	71,1 ^{*^}	14	95,0 [^] α	1	5,0 α	6	30,0
	Нормальний	21	27,6 ^{*^}	1	2,31 [^] α	18	90,0 α	12	60,0
	Знижений	1	1,3	-	-	1	5,0	2	10,
Рівень депресії	Підвищений	56	73,7 [*]	41	93,2 [^] α	1	5,0 α	5	25,0
	Відсутній	20	26,3 [*]	3	6,8 [^] α	19	95,0 α	15	75,0

Примітки: 1. * – різниця достовірна стосовно показників 2-ї групи (p<0,05); 2. ^ – різниця достовірна стосовно показників 3-ї групи (p<0,05); 3. α – різниця достовірна стосовно показників 4-ї групи (p<0,05).

лярної або біполярної електрохірургії була проведена у 54 жінок 1-ї групи та у 24 пацієнок 2-ї групи, а лапаротомія (ЛТ) – у 22 пацієнок 1-ї групи та у 20 – 2-ї групи.

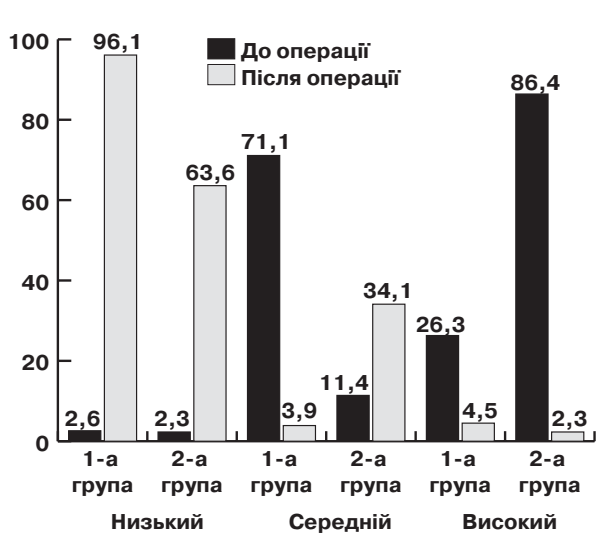
У контрольну групу увійшли 20 пацієнок з реалізованою репродуктивною функцією без наявності безплідності (3-я група). Двадцять жінок репродуктивного віку з безплідністю без оперативного втручання увійшли у групу порівняння (4-а група).

В обстежених жінок збирали психологічний анамнез, оцінювали психологічний статус – для цього використовували метод психологічного інтерв'ю. За допомогою анкетування визначали мотиваційну спрямованість. Оцінювання особистісної тривожності та ступеня реактивності проводили з використанням тесту Спілбергера–Ханіна, критерієм високих показників якого була сума більше 46 балів, середніх – від 31 до 45 балів, низьких – від 0 до 30 балів [17].

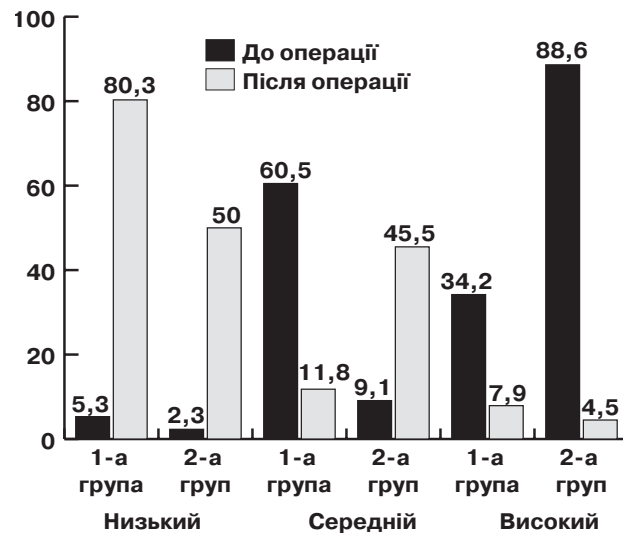
Характер самооцінювання жінок вивчали за методикою САН (самопочуття, активність, настрій) [18]. Шкала реактивної та особистісної тривожності Спілбергера–Ханіна використана з метою визначення тривожності як властивості особистості і як стану у певний момент в минулому, теперішньому та майбутньому. Оцінювання психоемоційного стану хворих проводили до і після оперативного лікування.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

У більшості обстежених жінок 1-ї групи під час вивчення психоемоційного стану до операції серед скарг частіше фіксували тривожність, порушення сну, зниження настрою, плаксивість, зниження життєвого тону, психоемоційні розлади, подразливість, зниження апетиту, що характерно для стану психологічної дезадаптації (табл. 1).



Мал. 1. Рівень реактивної тривожності в обстежених пацієнок, %



Мал. 2. Рівень особистісної тривожності в обстежених пацієнок, %

Реактивна та особистісна тривожність в обстежених жінок залежно від операційного доступу, абс. число (%)

Вид тривожності	Ступінь тривожності	Операційний доступ			
		ЛС		ЛТ	
		1-а група, n=54	2-а група, n=24	1-а група, n=22	2-а група, n=20
Особистісна	Помірний	36 (66,7)**^	11 (45,8)°	10 (45,5)*	6 (30,0)
	Високий	18 (33,3)**^	13 (54,2)°	12 (54,5)*	14 (70,0)
Реактивна	Помірний	38 (70,4)**^	14 (58,3)°	13 (59,1)*	7 (35,0)
	Високий	16 (29,6)**^	10 (41,7)°	9 (40,9)*	13 (65,0)

Примітки: 1. * – різниця достовірна між показниками 1-ї та 2-ї груп (p<0,05); 2. ^ – різниця достовірна між показниками 1-ї групи (p<0,05); 3. ° – різниця достовірна між показниками 2-ї групи (p<0,05).

Вид тривожності в обстежених жінок у процесі лікування, абс. число (%)

Вид тривожності	Ступінь тривожності	Операційний доступ							
		ЛС				ЛТ			
		1-а група, n=54		2-а група, n=24		1-а група, n=22		2-а група, n=20	
		До операції	Після операції	До операції	Після операції	До операції	Після операції	До операції	Після операції
Особистісна	Низький	-	68 (89,5)	-	36 (81,8)	-	63 (82,9)	-	30 (68,2)
	Помірний	36 (66,7)**^	6 (7,9)^	11 (45,5)**^	5 (11,4)^	10 (45,5)*	9 (11,8)	6 (80,0)*	9 (20,5)
	Високий	18 (33,3)**^	2 (2,6)	13 (54,2)**^	3 (6,8)^	12 (54,5)*	4 (5,3)	14 (70,0)*	5 (11,9)
Реактивна	Низький	-	70 (92,1)	-	39 (88,6)	-	67 (88,2)	-	35 (79,6)
	Помірний	38 (70,4)**^	5 (6,6)^	14 (58,3)**^	3 (6,8)^	13 (59,1)*	7 (9,2)	7 (35,0)*	6 (13,6)
	Високий	16 (29,6)**^	1 (1,3)	10 (41,7)**^	2 (4,6)	3 (49,9)*	2 (2,6)	13 (65,0)*	3 (6,8)

Примітки: 1. * – різниця достовірна стосовно показників до та після операції (p<0,05); 2. ^ – різниця достовірна стосовно показників даної групи залежно від операційного доступу (p<0,05).

Більшість обстежених 2-ї групи відзначали тривожність, порушення сну, зниження настрою, плаксивість.

Як видно з табл. 1, виявлено багато відмінностей за шкалами тривожності, подразливості, емоційної лабільності. Жінкам основної групи притаманний депресивний фон настрою стосовно контрольної групи та групи порівняння. Виражена депресивність і невротичні прояви тісно пов'язані у жінок, яким було проведено хірургічне лікування в ургентному порядку, з порушенням сну, зниженням настрою, плаксивістю, подразливістю.

Під час оцінювання результатів тестування за шкалою Спілбергера–Ханіна до оперативного лікування у 1-ї та 2-ї групах визначали різні рівні реактивної тривожності (мал. 1).

У 71,1% (54/76 пацієнток) жінок 1-ї групи відзначали переважно помірний ступінь реактивної тривожності до операції (44,2±1,6), у 86,4% (38/44 пацієнток) жінок 2-ї групи – високий ступінь тривожності (63,1±2,7). Після операції було виявлено зниження високих та середніх значень реактивної тривожності в обох групах, хоча у 2-ї групі середній рівень тривожності відзначали у 34,1% (15/44 пацієнток) обстежених (див. мал. 1).

Особистісну тривожність, що характеризує наявність невротичного конфлікту з емоційними і невротичними зривами, у 60,5% (46/76) пацієнток 1-ї групи до операції переважно визначали помірною ступеня (43,7±1,9), у 88,6% (39/44) жінок 2-ї групи – високою ступеня (64,5±2,3) (мал. 2). Після оперативного лікування показники особистісної тривожності помірно змістилися у бік переважання низького та помірною ступеня у пацієнток обох груп.

Оцінювання реактивної та особистісної тривожності в обстежених обох груп залежно від оперативного втручання на яєчниках та маткових трубах не виявило відмін-

ностей. У той самий час зафіксовано відмінності залежно від оперативного доступу. Було відзначено, що високий ступінь особистісної тривожності частіше діагностували у 14 (70,0%) жінок 2-ї групи, оперованих лапаротомним доступом, і збільшення кількості хворих 2-ї групи (30,0%) із середнім ступенем особистісної тривожності серед пацієнток, оперованих лапароскопічним доступом (табл. 2). Це можна пояснити менш травматичним способом проведення оперативного лікування та наявністю косметичного ефекту [17].

Після оперативного лікування виявлено зменшення кількості пацієнток з реактивною і особистісною тривожністю середнього та високого ступеня незалежно від оперативного доступу (табл. 3).

ВИСНОВКИ

У пацієнток з безплідністю перед операцією на придатках матки відзначено різні ступені особистісної та реактивної тривожності, що певною мірою залежать від плановості операції, передбачуваного операційного доступу.

У жінок, яким було проведено хірургічне лікування в ургентному порядку, виявлено, що виражена депресивність і невротичні прояви тісно пов'язані з порушенням сну, зниженням настрою, плаксивістю, подразливістю.

Зниження рівнів депресії, тривожності, нервозності через місяць після оперативного втручання свідчить про позитивні зміни у психічному стані пацієнток та покращання стану внутрішнього комфорту у результаті відновлення соматичного благополуччя, підвищення впевненості в собі. Підвищення активності сприяє відновленню звичного соціально-психологічного стереотипу поведінки, у тому числі і в сексуальній сфері.

Стрессорные реакции у женщин с бесплодием, оперированных на придатках матки в плановом и urgentном порядке**А.Е. Дубчак, А.В. Милевский, Н.Н. Обейд**

Цель исследования: изучение психоэмоционального состояния у женщин с бесплодием, которым было проведено хирургическое лечение на придатках матки в плановом и urgentном порядке.

Материалы и методы. Были обследованы 120 женщин репродуктивного возраста с трубно-перитонеальным фактором бесплодия и доброкачественными образованиями яичников, внематочной беременностью, которым проведено органосохраняющее оперативное вмешательство на придатках матки (основная группа). В плановом порядке хирургическое лечение было проведено 76 (63,7%) обследованным основной группы (1-я группа); в urgentном порядке хирургическое лечение было проведено 44 (36,7%) пациенткам основной группы (2-я группа). В зависимости от доступа – лапароскопия (ЛС) с использованием монополярной или биполярной электрохирургии была проведена у 54 женщин 1-й группы и у 24 пациенток 2-й группы, а лапаротомия (ЛТ) – у 22 пациенток 1-й группы и у 20 – 2-й группы.

В контрольную группу вошли 20 пациенток с реализованной репродуктивной функцией без наличия бесплодия (3-я группа). Двадцать женщин репродуктивного возраста с бесплодием без оперативного вмешательства вошли в группу сравнения (4-я группа).

Результаты. Изучено влияние хирургического лечения на придатках матки у 120 женщин с бесплодием на психоэмоциональное состояние в зависимости от плановости оперативного вмешательства. У женщин, которым было проведено хирургическое лечение в urgentном порядке, установлено, что выраженная депрессивность и невротические проявления тесно связаны с нарушением сна, снижением настроения, плаксивостью, раздражительностью.

Заключение. Через месяц после оперативного вмешательства выявлено снижение уровней депрессии, тревожности, нервозности, что свидетельствует о положительных изменениях в психическом состоянии пациенток и улучшении состояния внутреннего комфорта в результате восстановления соматического благополучия, повышения оптимистичности и уверенности в себе. Это является результатом косметического эффекта и органосохраняющего хирургического лечения.

Ключевые слова: бесплодие, операции на придатках матки, психоэмоциональное состояние.

Stress reactions in women with infertility, operated on the uterine appendages in a planned and urgent order**A.E. Dubchak, O.V. Milevskiy, N.M. Obeid**

The objective: the study of the psychoemotional state in women with infertility, who underwent surgical treatment on the uterine appendages in the planned and urgent order.

Materials and methods. 120 women of reproductive age with a tubal peritoneal factor of infertility and benign ovarian formations, an ectopic pregnancy, who underwent organ-preserving surgical intervention on the uterine appendages (the main group) were examined. Planned surgical treatment was performed in 76 (63.7%) of the examined main group (group 1); In urgent order, 44 (36.7%) patients of the main group (the second group) underwent surgical treatment. Depending on the access, laparoscopy (LP) with the use of monopolar or bipolar electrocoagulation was performed in 54 women of the 1st group and in 24 patients of the 2nd group, and laparotomy (LT) in 22 patients of the 1st group and in 20 patients - 2nd group.

The control group included 20 patients with reproductive function without infertility (3rd group). Twenty women of reproductive age with infertility without surgery entered the comparison group (group 4).

Results The article examines the effect of surgical treatment on the uterine appendages in 120 women with infertility on the psychoemotional state depending on the planned nature of the surgical intervention. Women who underwent surgical treatment in urgent order found that pronounced depression and neurotic manifestations are closely related to sleep disturbances, decreased mood, crying, irritability.

Conclusion. A month after surgery, depression, anxiety, nervousness decreased, which indicates positive changes in the mental state of patients and an improvement in the state of internal comfort as a result of the recovery of somatic well-being, increased optimism and self-confidence, which is the result of cosmetic effect and organ-preserving surgical treatment.

Key words: infertility, operations on the appendages of the uterus, psychoemotional state

Сведения об авторах

Дубчак Алла Ефремовна – ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины», кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии Национальной медицинской академии последипломного образования имени П.Л. Шупика, 04050, г. Киев, ул. Платона Майбороды, 8; тел.: (044) 383-40-33. E-mail: besplodiepag@gmail.com

Милевский Александр Валерьевич – ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины», 04050, г. Киев, ул. Платона Майбороды, 8

Обейд Наталья Николаевна – КУ «Центральная городская больница № 1», 10002, г. Житомир, ул. В. Бердичевская, 70

СПИСОК ЛИТЕРАТУРИ

1. Татарчук Т.Ф. Стресс и репродуктивная функция женщин // Междунар. эндокрин. журнал. – 2006. – № 3 (5). – С. 2–9.
2. Згуровский В.М. Стрессорная реакция. Взгляд на проблему / Згуровский В.М., Никонов В.В. // Врачеб. практика. – 2003. – № 5. – С. 4–8.
3. De Mayo F.J. Mechanisms of antibodies for estrogen and progesterone/ DeMayo F.J., Zhao D., Takamoto N., T sai S.I. // Annals Neu York Academy Sci. – 2002. – V. 9555. – P. 48.
4. Литус А.И. Особенности психоэмоциональных нарушений и качества жизни в зависимости от тяжести и формы акне у женщин с бесплодием/ Литус А.И., Задни-прятная О.И. // Здоровье женщины. – 2017. – № 7 (123). – С. 72–76.
5. Дубчак А.Е. Влияние хронического тазового болю на психоэмоциональный стан у жінок з безплідністю /А.Е. Дубчак, О.В. Мілевський, І.О. Мандзій // Наук.-практ. ж. «Актуальні питання педіатрії, акушерства та гінекології». – 2012. – № 1 (9). – С. 91–93.
6. Долгов Г.В. Гнойно-воспалительные осложнения в оперативной гинекологии. Прогнозирование. Профилактика / Долгов Г.В. – СПб: ЭЛБИ-СПб, 2001. – 173 с.
7. Сельков С.А. Клинический опыт применения ронколейкина (рекомбинантного интерлейкина-2) в гинекологии: пособие для врачей / Сельков С.А., Егорова В.Н. – СПб.: Альтер Эго, 2010. – 48 с.
8. Шанин В.Ю. Патфизиология критических состояний / Шанин В.Ю. – СПб, 2003. – 436 с.
9. Шапарнев, А.В. Патогенетическое и клиническое значение адаптационных реакций женского организма при эндометриозе/ Шапарнев А.В., Егорова В.Н. – СПб.: Альтер Эго, 2010. – 48 с.
10. Joseph E. Frustrated demand for postpartum female sterilization in Brasil / Joseph E. Potter and others. // Contraception. – May 2003. – Vol. 67. – № 5. – P. 385–390.
11. Долгов Г.В. Тимоген в акушерско-гинекологической практике / Долгов Г.В., Смирнов В.С. – М., 2007. – 27 с.
12. Манухин И.Б. Молекулярно-биологические факторы в патогенезе и хирургическом лечении опухолей яичников / Манухин И.Б., Высоцкий М.М., Кушлинский Н.Е. – М., Издательство «Династия», 2007. – 208 с.
13. Acien, P. Use of intraperitoneal interferon-2b therapy after conservative surgery for endometriosis and postoperative medical treatment with depot gonadotropin-releasing hormone analog: a randomized clinical trial. // Acien P., Quereda F., Campos A. // Fertil Steril. 2002 Oct; 78(4): P. 705–1112.
14. Зеленина Н.В. Нейроэндокринные нарушения менструального цикла/ Зеленина Н.В., Долгов Г.В., Ильина А.Б. // Акушерство и женские болезни. – 2002. – Вып. 1. – С. 87–94.
15. Морозова Н.А. Оценка психоэмоционального состояния женщины с миомой матки и опухолевидными образованиями яичников в до- и послеоперационном периодах / Н.А. Морозова, Е.П. Кузнецова // Сборник материалов II регионального научного форума «Мать и дитя». – Сочи, 2008. – С. 182.
16. Кузнецова Е.П. Реабилитация репродуктивной функции женщин при кистах и доброкачественных опухолях яичников: Автореф. дисс. ... д-ра мед. наук. – М., 2011. – С. 49.
17. Савицкий Г.А. Миома матки / Г.А. Савицкий, А.Г. Савицкий. – СПб.: «ЭЛБИ», 2000. – 236 с.

Статья поступила в редакцию 24.05.2018