
МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

Державне підприємство Український науково-дослідний інститут
медицини транспорту

Центральна санітарно-епідеміологічна станція
на водному транспорті

ВІСНИК

МОРСЬКОЇ МЕДИЦИНИ

Науково-практичний журнал
Виходить 4 рази на рік

Заснований в 1997 році. Журнал є фаховим виданням для публікації основних
результатів дисертаційних робіт у галузі медичних наук
(Наказ Міністерства освіти і науки України № 886 (додаток 4) від 02.07.2020 р.)
Свідоцтво про державну реєстрацію
друкованого засобу масової інформації серія КВ № 18428-7228ПР

№ 1 (94)
(січень - березень)

Одеса 2022

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ

Головний редактор **А. І. Гоженко**

О. М. Ігнат'єв (заступник головного редактора), Н. А. Мацегора (відповідальний секретар), Н. С. Бадюк, Є. П. Белобров, В. В. Бубнов, Р. С. Васт'янов, В. С. Гойдик, М. І. Голубятніков, Ю. І. Гульченко, О. М. Левченко, Г. С. Манасова, Т. П. Опаріна, И. В. Савицький, Е. М. Псядло, В. В. Шухтін, Л. М. Шафран

РЕДАКЦІЙНА РАДА

Х. С. Бозов (Болгарія), С. А. Гуляр (Київ), Денисенко І. В. (МАММ), В. А. Жуков (Польща), С. Іднані (Індія), А. Г. Кириченко (Днепр), М. О. Корж (Харьків), І. Ф. Костюк (Харків), М. М. Корда (Тернопіль), О. М. Кочет (Київ), Н. Ніколіч (Хорватія), М. Г. Проданчук (Київ), М. С. Регеда (Львів), А. М. Сердюк (Київ), Ю. Б. Чайковський (Київ)

Адреса редакції

65039, ДП УкрНДІ медицини транспорту
м. Одеса, вул. Канатна, 92
Телефон/факс: (0482) 753-18-01; 42-82-63
e-mail nymba.od@gmail.com
Наш сайт - www.medtrans.com.ua

Редактор Н. І. Єфременко

Здано до набору 23.03.2022 р.. Підписано до друку 28.03.2022 р Формат 70×108/164
Папір офсетний № 2. Друк офсетний. Умов.-друк.арк. .
Зам № 2/9/15 Тираж 100 прим.

ISSN 2707-1324

©Міністерство охорони здоров'я України, 1999
©Державне підприємство Український науково-дослідний інститут медицини транспорту, 2005
© Центральна санітарно-епідеміологічна станція на водному транспорті, 2010

15. Nosenko O. M., Aizyatulova E. M., Aizyatulova D. R., Khancha F. O., Badiuk N. S. The role of the morphofunctional state of endometrium in the realization of reproductive function in in vitro fertilization complicated by ovarian hyperstimulation syndrome / PharmacologyOnLine; Archives - 2021 - vol. 3 –1780-1790.

Робота надійшла в редакцію 21.02.2022 року.
Рекомендована до друку на засіданні редакційної колегії після рецензування

УДК 618.14-089.87:159.9

DOI <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.6414024>

О. М. Прощенко, І. Б. Венцківська

АСПЕКТИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ АДАПТАЦІЇ ЖІНКИ ПІСЛЯ ГІСТЕРЕКТОМІЇ З ОПОРТУНІСТИЧНОЮ САЛЬПІНГЕКТОМІЄЮ

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, Київ

Proshchenko Olha: <https://orcid.org/0000-0002-2187-4562>

Ventskivska I.: <http://orcid.org/0000-0002-7685-5289>

Summary. Proshchenko O., Ventskivska I. **ASPECTS OF WOMEN'S PSYCHOLOGICAL ADAPTATION AFTER HYSTERECTOMY WITH OPPORTUNIST SALPINGECTOMY.** - *Bogomolets National Medical University, Kiev, Ukraine; e-mail: proshchenko777@gmail.com.* Uterine surgery has a significant impact on the mental status of patients. Not only the severity of operational aggression becomes important, but also the possible consequences for psychosomatic status, as well as cosmetic, sexual and socio-role aspects. **The purpose:** to study the clinical and psychopathological features of women of reproductive age after hysterectomy and opportunistic salpingectomy for uterine fibroids. **Materials and methods.** 160 women of reproductive age with symptomatic uterine fibroids who underwent hysterectomy had been examined. The main group - 90 patients aged 45.9 ± 1.6 y.o. who underwent vaginal hysterectomy without appendages and laparoscopically assisted vaginal hysterectomy; the comparison group consisted of 70 patients (mean age - 45.1 ± 1.3 y.o.) with hysterectomy abdominal access. The study groups were divided into subgroups taking into account the age category (40-45 and 46-50 y.o.). The control group included 50 women of reproductive age (45.7 ± 1.3 y.o.) with asymptomatic fibroids and preserved menstrual function. The diagnostic program included pathopsychological techniques; experimental psychological research was conducted in the preoperative period, in the period of adaptation and rehabilitation for 12 months after surgery. **Results.** The clinical picture of psycho-emotional manifestations was determined by the premorbid state, the type of personality accentuation. At the preoperative stage, the following variants dominated: hypochondriac variant (35 ($38.9 \pm 8.0\%$) and 26 patients ($37.1 \pm 5.0\%$), respectively, in the main group and the comparison group); euphoric - anosognostic (28 - $31.1 \pm 6.0\%$ and 20 people - $28.5 \pm 8.0\%$, respectively). Hysterical, psychoasthenic and astheno - depressive are presented in smaller proportions. Astheno-depressive, depressive-hypochondriac with phobic traits and fears, as well as hystero-hypochondriac variants of psychopathological disorders were most often found in the postoperative period. For individuals who have been adapted and implemented in life and in the family, the psychological side of hysterectomy did not have a significant effect on the traumatic situation. Young women (up to 45 y. o.) took uterine removal, loss of menstrual and reproductive function more acutely and associated it with loss of femininity, premature aging.

Conclusions. Psychological factors play a significant role in the process of adaptation of women after hysterectomy to their social role in the family and society, stabilization of the previous rhythm of habitual life, which significantly affects the quality of life. Good social adaptation, healthy family microclimate, absence of somatic problems create conditions for normal adaptation and a positive response to the rehabilitation program.

Key words: hysterectomy with opportunistic salpingectomy, diagnostics, psychological techniques.

Реферат. Проценко О., Венцковская И. АСПЕКТЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ ЖЕНЩИНЫ ПОСЛЕ ГИСТЕРЕКТМИИ С ОПОРТУНИСТИЧЕСКОЙ САЛЬПИНГЕКТМИЕЙ. Оперативные вмешательства на матке, учитывая рост доли радикальных техник в репродуктивном возрасте, а также специфику локализации, оказывают значительное влияние на психический статус данной категории пациенток, когда важным становится не только тяжесть оперативной агрессии, но и возможные последствия для психосоматического статуса, а также такие аспекты, как косметический, сексуальный и социороловой. **Цель исследования:** изучить клиничко-психопатологические особенности женщин репродуктивного возраста после гистерэктомии с оппортунистической сальпингэктомией по поводу миомы матки. **Материалы и методы.**

Обследовано 160 женщин репродуктивного возраста с симптомной миомой матки, перенесших гистерэктомию. Основную группу составили 90 пациенток в возрасте $45,9 \pm 1,6$ лет, которым выполнена вагинальная гистерэктомия без дополнений и лапароскопически ассистированная вагинальная гистерэктомия; группу сравнения составили 70 пациенток с гистерэктомией, проведенной абдоминальным доступом. Скомпонованные группы были разделены на подгруппы с учетом возраста (40-45 лет и 46-50 лет). В контрольную группу вошли 50 женщин репродуктивного возраста ($45,7 \pm 1,3$ года) с бессимптомной миомой и сохраненной менструальной функцией. Диагностическая программа включала патопсихологические методики; экспериментально-психологическое исследование проводилось на предоперационном периоде, в период адаптации и реабилитации в течение 12 месяцев после оперативного вмешательства. **Результаты.** Клиническая картина психоэмоциональных проявлений определялась преморбидным состоянием, типом акцентуации личности. Доминировали следующие варианты: ипохондрический вариант (35 ($38,9 \pm 8,0\%$) и 26 пациенток ($37,1 \pm 5,0\%$), соответственно в основной группе, эйфорически-анозогнозический (28 – $31,1 \pm 6,0\%$ и 20 человек – $28,5 \pm 8,0\%$, соответственно). Истерический, психоастенический и антеро – депрессивный варианты представлены меньше. Наиболее часто в послеоперационном периоде выявляли астено-депрессивный, депрессивно-ипохондрический с фобическими чертами и страхами, а также истеро-ипохондрический варианты психопатологических расстройств. Для лиц, адаптированных и реализованных в жизни и в семье, психологическая сторона гистерэктомии не несла значимого эффекта психотравмирующей ситуации. Молодые женщины (до 45 лет) удаление матки, потерю менструальной и репродуктивной функции воспринимали более остро и ассоциировали это с потерей женственности, преждевременным старением организма. **Выводы.** Психологические факторы играют значительную роль в процессе адаптации женщины после гистерэктомии к социальной роли в семье и обществе, стабилизации предыдущего ритма привычной жизни, что влияет на качество жизни. Хорошая социальная адаптация, здоровый семейный микроклимат, отсутствие соматических проблем создают условия для нормальной адаптации и положительного ответа на реабилитационную программу.

Ключевые слова: гистерэктомия с оппортунистической сальпингэктомией, диагностика, психологические техники.

Реферат. Проценко О. М., Венцківська І. Б. АСПЕКТИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ АДАПТАЦІЇ ЖІНКИ ПІСЛЯ ГИСТЕРЕКТМІЇ З ОПОРТУНІСТИЧНОЮ САЛЬПИНГЕКТМІЄЮ. Оперативні втручання на матці здійснюють значимий вплив на психічний статус пацієнток. Важливим стає не тільки тяжкість оперативної агресії, але і можливі наслідки для психосоматичного статусу, а також косметичні, сексуальні та

соціоролеві аспекти. **Мета дослідження:** вивчити клініко-психопатологічні особливості у жінок репродуктивного віку після гістеректомії з опортуністичною сальпінгектомією з приводу міоми матки. **Матеріали та методи дослідження.** Проведено обстеження 160 жінок репродуктивного віку із симптомною міомою матки, які перенесли гістеректомію. Основна група - 90 пацієнок у віці $45,9 \pm 1,6$ років, яким виконано вагінальну гістеректомію без додатків й лапароскопічно асистовану вагінальну гістеректомію, групу порівняння склали 70 пацієнок (середній вік - $45,1 \pm 1,3$ років) із гістеректомією, проведеною абдомінальним доступом. Скомпоновані досліджувані групи були розділені на підгрупи із врахуванням вікової категорії (40-45 років та 46-50 років). У контрольну групу увійшли 50 жінок репродуктивного віку ($45,7 \pm 1,3$ років) із безсимптомною міомою та збереженою менструальною функцією. Діагностична програма включала патопсихологічні методики; експериментально-психологічного дослідження проводили на передопераційному періоді, у період адаптації та реабілітації протягом 12 місяців після оперативного втручання. **Результати.** Клінічна картина психоемоційних проявів визначалася преморбідним станом, типом акцентуації особистості. Визначення особливостей На доопераційному етапі домінували наступні варіанти: іпохондричний варіант (35 ($38,9 \pm 8.0\%$) та 26 пацієнок ($37,1 \pm 5.0\%$) відповідно у основній групі та групі порівняння); ейфорично - анозогнозичний ($28 - 31,1 \pm 6.0\%$ та 20 осіб - $28,5 \pm 8.0\%$ відповідно). Істеричний, психоастенічний і астенодепресивний представлені у менших частках. Найбільш часто у післяопераційному періоді виявляли астено-депресивний, депресивно-іпохондричний з фобічними рисами та страхами, а також істеро - іпохондричний варіанти психопатологічних розладів. Для осіб, які були адаптовані і реалізовані у житті та у сім'ї, психологічна сторона гістеректомії не несла значимого ефекту психотравмуючої ситуації. Молоді жінки (до 45 років) видалення матки, втрату менструальної та репродуктивної функції сприймали більш гостро та асоціювали це з втратою жіночності, передчасним старінням організму. **Висновки.** Психологічні фактори відіграють значну роль у процесі адаптації жінки після гістеректомії до своєї соціальної ролі в сім'ї та суспільстві, стабілізації попереднього ритму звичного життя, що вагомо впливає на якість життя. Хороша соціальна адаптація, здоровий сімейний мікроклімат, відсутність соматичних проблем створюють умови для нормальної адаптації та позитивної відповіді на реабілітаційну програму.

Ключові слова: гістеректомія з опортуністичною сальпінгектомією, діагностика, психологічні техніки.

Актуальність. Сьогодні від 30 до 52 % всіх гістеректомій виконується з приводу міоми матки [1,2]. Будь-яке оперативне втручання впливає на параметри якості життя жінок, проте у випадку втрати репродуктивного органу, це сприймається як зміна жіночої ідентичності. Ще в минулому столітті дане питання висвітлювалось Д. Річардсом у дослідженні: "Постгістеректомічний синдром"[3]. Встановлено, щопсихічні порушення непсихотичного характеру зустрічаються у таких жінок досить часто – до 28,0% випадків. Реакція особистості на оперативне втручання залежить від віку, власне відношення пацієнтки до хвороби, сприйняття необхідності оперативного лікування та пов'язаних із цим можливих життєвих обмежень, відношення до хвороби її близького оточення; суто клінічних аспектів – преморбідного стану, використання різних оперативних доступів, різних видів анестезіологічного забезпечення, тривалості перебування в стаціонарі, тощо [4, 5, 6]. А вже визначення типу ставлення до хвороби є передумовою успішного лікування. За О. Р. Лурія: "...внутрішня картина хвороби – те, що відчуває і зазнає хворий, уся маса його відчуттів, а не лише хворобливих. Його загальне самопочуття, самоспостереження, його уявлення про свою хворобу, все те, що пов'язано для хворого з його візитом до лікаря..." [7]. Тобто дане поняття включає знання про хворобу, яка усвідомлюється особистістю, а також розуміння ролі та впливу хвороби на соціальне функціонування, емоційні й поведінкові реакції, пов'язані з хворобою, можливості адаптивної чи дезадаптивної поведінки хворого сьогодні чи в майбутньому. Враховуючи стабільно високу частоту гістеректомій при міомі матки у репродуктивному віці як в Україні, так і в країнах Європи,

Сполучених Штатах Америки, Канаді, питання психологічної адаптації, реабілітації в післяопераційному періоді не втрачають своєї актуальності.

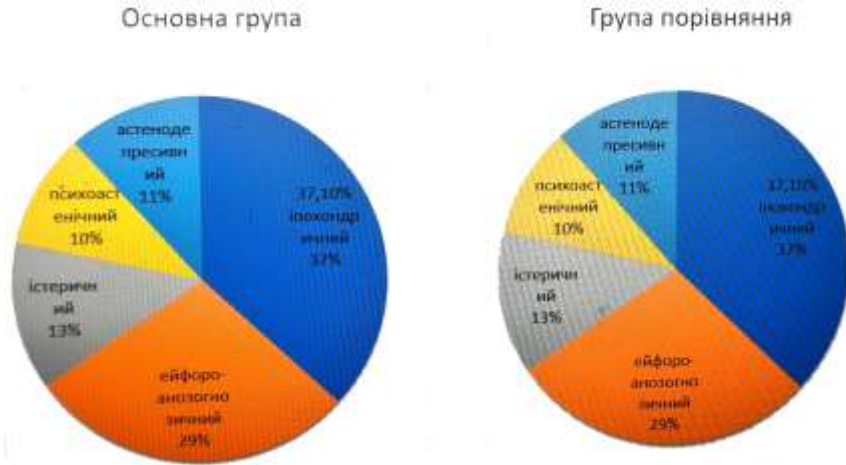
Метою дослідження стало вивчення клініко-психопатологічних особливостей у жінок репродуктивного віку після гістеректомії з опортуністичною сальпінгектомією з приводу міоми матки.

Матеріали та методи. На базі гінекологічного відділення КНП "Перинатального центру м.Києва" в період з 2015 по 2020 рр нами проведено обстеження 160 жінок репродуктивного віку, із симптомною міомою матки, які перенесли гістеректомію. У основну групу увійшли 90 пацієток у віці $45,9 \pm 1,6$ років, яким виконано вагінальну гістеректомію без додатків талапароскопічноасистовану вагінальну гістеректомію, групу порівняння склали 70 пацієток із гістеректомією, проведеною абдомінальним доступом, середній вік яких $45,1 \pm 1,3$ років. Контрольну групу сформували 50 жінок репродуктивного віку із безсимптомною міомою ($44,8 \pm 1,3$ років). Критеріями виключення були: оваріектомія, злоякісні захворювання будь-якої локалізації, тяжка соматична патологія, відмова пацієток від участі у дослідженні. Матеріали та методи передбачали анкетування, елементи експериментально-психологічного дослідження, патопсихологічні методики-стандартизований багатфакторний метод дослідження особистості, тест флустративної толерантності Розенцвейга. Обстеження проводили на доопераційному періоді, у ранньому післяопераційному періоді, протягом 12 місяців після оперативного втручання. Дані динамічного моніторингу за пацієтками були введені у створену в пакеті Microsoft Office Excel базу, а їх статистична обробка, та графічне представлення отриманих даних здійснювалися із застосуванням пакету програм для статистичного аналізу STATISTICA v. 10 і за допомогою прикладної програми Microsoft Office Excel.

Обговорення результатів дослідження. У цілому відношення до власного захворювання є важливою характеристикою самосвідомості жінок і має суттєвий вплив на клінічні прояви, перебіг і післяопераційний прогноз. Залежно від реакції особистості на хворобу визначають такі варіанти відношення до хвороби: астенодепресивний, психоастенічний, іпохондричний, істеричний, ейфорично-анозогнозичний, на що ми і спирались, проводячи дослідження [3]. Основна риса в іпохондричному варіанті – надмірна зосередженість на суб'єктивних хворобливих відчуттях, прагнення постійно розповідати про них оточуючим. Такі пацієтки скаржаться на недоброякісні лікування і догляд, дуже хворобливо переживають навіть незначні побічні дії лікування. Натяки на перебільшення ними тяжкості власного стану викликають гнів і потік скарг. Характерним є перебільшення справжніх і пошук неіснуючих хвороб і страждань, поєднання бажання лікуватися і невіри в успіх, страху шкоди та болючості процедур. Ейфорично-анозогнозичному варіанту властиві – неувага, байдужість до свого здоров'я, заперечення хвороби. Пацієнти розглядають симптоми як прояви несерйозної хвороби. У зв'язку з цим нерідко характерні відмова від обстеження та лікування, невиконання лікарських призначень. Анозогнозичне ставлення до хвороби може бути проявом психологічного захисту при переживанні почуття провини, тоді хвороба переживається як певне полегшення душевних страждань, її симптоми ігноруються, оскільки при лікуванні почуття провини посилюється. При істеричному варіанті все оцінюється з перебільшенням. Пацієтки потребують до себе підвищеної уваги, звинувачують оточуючих в нерозумінні, недостатньому співчутті до їх страждань. Для них властива надемоційність, надання хворобі значення надзвичайності, відчуття особливого страждання. Для психоастенічного варіанту характерне очікування негативних наслідків, пошук ознак хвороби у близькому оточенні, співставлення думки різних спеціалістів. Астенодепресивному варіанту властива емоційна нестійкість, відчуття безнадії, занепокоєння щодо несприятливого перебігу хвороби, можливих ускладнень неефективності і навіть небезпеки лікування. Для жінок з істеричним типом особливо характерними була вираженість та яскравість психопатологічної симптоматики, претензійність, демонстративність та артистизм при появі вегетативних пароксизмів, що посилювалися погіршенням соматичного стану після гістеректомії, а також дією інших психотравмуючих факторів. Слід вказати на тривожність, і як наслідок, зниження активності, пригніченість, депресивний стан. Окрім поведінкових особливостей, присутні соматичні симптоми: зниження концентрації уваги, порушення сну, швидка стомлюваність.

Такі пацієнти потребують «материнського» підходу. Цій когорті пацієнтів важливо докладно пояснювати стратегію лікування так, щоб вони зрозуміли необхідність і відносну безпечність усіх втручань, потрібно детально пояснювати, чого слід очікувати після операції. Ця завбачливість заспокоїть пацієнта і допоможе знизити поріг чутливості до болю. Слід прямо питати у пацієнта, що його турбує, якщо пацієнт виглядає стривоженим, і дати йому час пояснити свої відчуття та обговорити їх [8].

Враховуючи вище вказане, нами проведено визначення особливостей особистості, розпочинаючи ще із доопераційного етапу (діаграма 1). Найбільш поширеними виявились іпохондричний варіант (35 осіб (38,9±8.0%) у основній групі та 26 пацієток (37,1±5.0%) - у групі порівняння), та ейфорично-анозогнозичний (28 – 31,1 ±6.0%, та 20 осіб – 28,5 ±8.0%, відповідно).

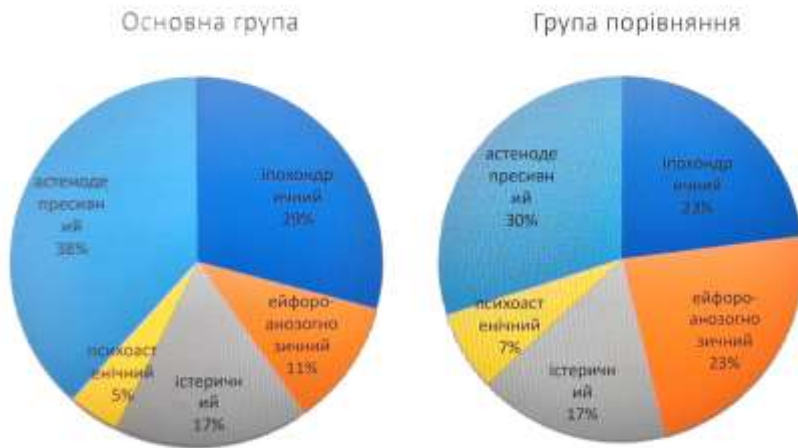


Діаграма 1. Визначення особливостей особистості на доопераційному етапі

Істеричний (12-13,3±6.0% та 9 – 12,9±4.0% відповідно по групах), психоастенічний (8 (8,9±4.0%) та 7 (10,0±7.0%) відповідно) і астенодепресивний (в межах 7(7,8±7.0%) та 8 (11,4±5.0%)) представлені у менших частках. Як видно з поданої діаграми, описані варіанти представлено практично у однакових частках у обох групах - основній групі (вагінальна гістеректомія та лапароскопічно-асистована вагінальна гістеректомія) та групі порівняння (абдомінальна гістеректомія).

У післяопераційному періоді риси особистості домінували дещо в інших варіантах (діаграма 2). Так, за результатами анкетування найбільш часто виявлялись астенодепресивний варіант (34-37,8±8.0% та 30 – 42,6±9.0% відповідно у основній та групі порівняння). Для таких пацієток характерним були скарги на диссомнію, стійкі цефалгії, відчуття втоми, дратівливість, втрату цікавості до життя, пасивність, конфліктність, нервозність, особливо у пацієток перименопаузального віку. Що підтверджує залучення у процес формування цього стану прогресуючого зниження стероїдогенезу яєчниками внаслідок порушення гемодинаміки малого тазу після гістеректомії з опортуністичною сальпінгектомією та порушення кровопостачання яєчничкової тканини.

Слід відмітити, що при поєднаних сімейних негараздах або службових конфліктах частіше спостерігали астено-депресивні стани з домінуванням астеничної симптоматики у 30 випадках (42,6 ±8.0%) у групі порівняння проти 34 (37,8 ±7.0%) - у основній групі. Проте експериментально-психологічний аналіз дозволив говорити і про наявність афективної симптоматики у даній категорії пацієток - 11 (15,7 ±7.0%) спостережень та у 8 (11,4 ±6.0%) випадків - замаскованої депресії, асоційованої із соматикою – серцебиття, кардіалгії, вегетативні розлади. Іпохондричний варіант з фобічними рисами був встановлений у 26 осіб (28,9±8.0%) основної групи та 23 (32,9±7.0%) у групі порівняння, та проявлявся перебільшеними побоюваннями виникнення ускладнень, апатією до своєї сім'ї та соціальної ролі, невпевненості в тому, що порушені функції організму відновляться.



Діаграма 2. Визначення особливостей особистості в післяопераційному етапі

За даним анкетування встановлено надмірну схвильованість щодо можливого неприємного сприйняття їх оточуючими. Жінки відчували страх бути тягарем для родини. А цей же варіант, але із переважанням істеричних рис, встановлено у 15 жінок ($16,7 \pm 4,0\%$) в основній групі та у 17 ($24,3 \pm 7,0\%$) – у групі порівняння, він характеризувався постійним невдоволенням результатами операції, умовами перебування, увагою персоналу, рідних. У них частіше фіксували такі соматичні прояви як атонія кишківника, сечового міхура, у ранньому післяопераційному періоді; та атипові суб'єктивні відчуття (свербіж, печія) у ділянці малого тазу, диспареунія, особливо у віковій категорії до 45 років, у віддаленому післяопераційному періоді. Для цих жінок особливо характерними була вираженість та яскравість психопатологічної симптоматики, що посилювалися погіршенням соматичного стану після гістеректомії, а також дією інших психотравмуючих факторів. Стратегія поведінки: поради на кшталт «просто не думайте про це» не працюють. Іпохондричного пацієнта потрібно навчити релаксації, навчити довіряти своєму тілу, сприймати його позитивно, надати впевненості у мінливості дискомфорту стану.

Ейфорично-анозогно-зичному варіант із притаманною байдужістю до свого здоров'я виявлено у 11 осіб ($11,1 \pm 4,0\%$) основної групи та 23 ($32,9 \pm 6,0\%$) у групі порівняння ($p < 0,05$). Жінки із анозогно-зичним типом відношення до хвороби не вважали можливі наслідки оперативного лікування катастрофічними. Проте відмінними для жінок із пасивними проявами ставлення до процесу лікування є наявність тривожного типу реагування, який характеризується інтрапсихічною спрямованістю. Стратегія поведінки з такими пацієнтами полягає у виявленні попереджень щодо її стану, а згодом допомоги у їх нівелюванні шляхом розяснення причин, перебігу та ймовірних результатів, керуючись професійними твердженнями із наведенням конкретних статистичних даних.

Отже психосоматичні та психоемоційні реакції тісно пов'язані як із клінічною картиною міом, яскравістю її проявів, тривалістю її існування, небажаними обмеженнями, які несе гістеректомія, – зміна фізичної повноцінності та зовнішності, зміна становища в сім'ї та суспільної ролі, життєвими обмеженнями, пов'язаними з реабілітаційним періодом, необхідністю відновлюючого періоду із медикаментозною підтримкою. Реакція у жінок у післяопераційному періоді проявлялась зміною у соціальній поведінці, взаємовідносинах з родиною, посилюючи дезадаптацію.

Тому, у даному дослідженні було додатково розглянуто певний блок психотравмуючих факторів, які, на нашу думку, посилювали несприятливий преморбідний психологічний статус пацієнток. Серед них вік жінок, несприятливий мікроклімат у сім'ї і на роботі. Вивчення сімейного положення соціальної ролі жінки у суспільстві продемонструвало, що для осіб, які були адаптовані і реалізовані у житті (кар'єрний успіх, професійна реалізація) та у сім'ї (підтримка чоловіка, здоров'я близьких, реалізована репродуктивна функція), психологічна сторона гістеректомії не несла значимого

ефектупсихотравмуючої ситуації. Отримані аналітичні дані продемонстрували, що 63 пацієнтки (39,4±9.0%) були без підтримки чоловіка, (44(27,5 ±8.0%) розлучених жінок, 8 (5,0 ±5.0%) - одинокі (смерть чоловіка), 11 (6,9±3.0%) - не були одружені) без суттєвих відмінностей по групах. При аналізі соціального статусу встановлено досить високий освітній рівень (вища освіта була у 65 жінок - 40,6±8.0% спостережень), значима частина жінок (95 пацієнок - 59,4±11.0%) на момент проведення дослідження не працювали. Слід відмітити відмінності особистісних реакцій на клінічну ситуацію та радикальне оперативне лікування із врахуванням вікової категорії, що продемонстрували молоді жінки (до 44 років), у яких видалення матки, втрата менструальної та репродуктивної функції сприймалися більш гостро та асоціювалися з втратою жіночності, передчасним старінням організму. Перш за все, це та категорія жінок, де була вказівка на зниження репродуктивного потенціалу та безпліддя, які сприймали факт гістеректомії як особисту неповноцінність, інвалідизацію, тяжку життєву кризу, що стало причиною психопатологічних реакцій з розвитком у подальшому психологічної дезадаптації післяопераційному періоді.

Таким чином, розподіл формування реакції на оперативне лікування представлений у двох основних варіантах: 1. Жінки з досить високою вірогідністю змін особистісних рис у процесі післяопераційного перебігу із формуванням гармонічного, ергопатичного або анозогнозичного, яким був властивий вузький вибір засобів компенсації внутрішнього дискомфорту й високою заперечливістю негативної дійсності. 2. Жінки із вираженими преморбідними особистісними особливостями та стійкими афективними реакціями. Низька фрустраційна толерантність викликала нездатність захисних механізмів, що проявлялося внутрішнім дискомфортом та перенапруженням захисних систем. У таких жінок тип відношення кваліфікувався як дезадаптивне ставлення із регресивним видом захисного реагування. Власне характеристика психотравмуючих факторів як провідного механізму діагностованих у післяопераційному періоді пограничних психічних порушень, повинна визначати сумісну лікувальну тактику акушер-гінеколога та психолога, а також застосування психотерапевтичних технік у реабілітаційній програмі. Психотерапія після гістеректомії може включати раціональну психотерапію, ерготерапію, когнітивну та позитивну корекцію психологічними техніками, індивідуальний підхід до формування зміни відношення жінки до проблеми, а також корекцію неадекватних реакцій та форм поведінки. Оптимізація реабілітаційної терапії долученням психотерапевтичних технік, спрямованих на покращення суб'єктивного самопочуття та соціального функціонування, забезпечення достатнього рівня адаптації в сім'ї та на роботі, аутогенне тренування та арттерапія сприятиме редукції невротичних проявів.

Перспективною подальших досліджень даної тематики є ідентифікація структура особистості й можливих факторів психотравматизації на доопераційному етапі та створення на цій основі системи заходів медико-психологічної допомоги в рамках реабілітаційної програми у комбінації із гормональною терапією естрадіолом, так як генезом цих проявів також є гормональний дисбаланс у результаті пошкоджуючого впливу гістеректомії з опортуністичною сальпінгектомією на кровопостачання гонад та, як наслідок, зниження продукції стероїдних гормонів.

Висновки. Головною передумовою виникнення реактивних станів є преморбідний невротичний статус – наявність особливих особистісних рис та комплекс психотравмуючих факторів. Як психотравмуючий чинник при цьому виступає не тільки сам факт хірургічної агресії, але і обумовлена ним зміна сприйняття свого тіла, порушення багатьох життєвих потреб, реалізації життєвих програм різного ступеню вираженості. Жінкам притаманні неадаптивні комбінації персонісних рис та дезадаптивне ставлення до захворювання, що ставало предиктором розвитку в них психопатологічних станів. Проведене дослідження демонструє відсутність статистично значущої різниці впливу оперативних доступів на психосоматичні та психоемоційні реакції пацієнток на гістеректомію, щ не мають генезоспецифічності та можуть розглядатися як загальні мішені медико-психологічного втручання, характерні для даного контингенту. Проте менш виражена хірургічна агресія та збереження анатомічної архітектоники тазового дна, відсутність візуально значимих косметичних дефектів та менша частка урологічних і сексуальних порушень у випадку

вагінальної гістеректомії обумовили збереження нормальних параметрів якості життя та їх швидке відновлення.

Лікування після гістеректомії повинно бути синдромально-орієнтованим. Вагомою є роль психотравмуючих факторів (соціальний та сімейний мікроклімат, реалізація репродуктивної функції та вік пацієнтки) як у процесі адаптації жінки після гістеректомії до своєї соціальної ролі в сім'ї та суспільстві, так і для стабілізації попереднього ритму життя. Власне хороша соціальна адаптація, здоровий сімейний мікроклімат, відсутність соматичних проблем створюють умови для нормальної адаптації та позитивної відповіді на реабілітаційну програму.

Література/References

1. Howard JW, Jones HW, Wentz AC. Novak's textbook of gynecology. Baltimore: Williams & Wilkins, 2017. 919 p..
2. Rate, type, and cost of invasive interventions for uterine myomas in Germany, France, and England. Fernandez HI J Minim Invasive Gynecol. 2009 Jan-Feb;16(1):40-6.
3. A post-hysterectomy syndrome. D. H. Richards Published: October 26, 1974 DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(74\)92074-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(74)92074-1), V. 304, Issue 7887, P. 983-985,
4. Makris N., Vomvolaki E., Partsinevelos G. et al. The effect on hysterectomy on sexuality and psychological changes. The European Journal on Contraception and Reproductive Health Care. March 2006;11(1):23–27
5. Голубенко М. Ю. Психоемоційні ефекти “відкритої” і лапароскопічної гістеректомії / М. Ю. Голубенко // Одес. мед. журнал. – 2001. - № 1(63). – С. 94-97 [Golubenko M. Yu. Psycho-emotional effects of "open" and laparoscopic hysterectomy / M. Yu. Golubenko // Odessa Med. J. - 2001. - № 1 (63). - P. 94-97].
6. Дронова В.Л Психологічний стан пацієнток у до- та післяопераційному періодах з гінекологічною та хірургічною патологією, методи його визначення (літературний огляд праць) / В.І.Дронов, Р.С.Теслюк // Перинатология и педиатрия. 2017. - № 1(69). – С.65-69 [Dronova VL Psychological condition of patients in the pre- and postoperative periods with gynecological and surgical pathology, methods of its determination (literature review) / VI Dronov, RS Teslyuk // Perinatology and Pediatrics. 2017. - № 1 (69). - P.65-69].
7. Абдрыхімова Ц. Б. Тип ставлення до хвороби в генезі непсихотичних психічних розладів у осіб з частковою втратою зору травматичного генезу / Ц. Б. Абдрыхімова // Психічне здоров'я. 2013. – № 2 (39). – С. 93–98 [Abdryakhimova CB Type of attitude to the disease in the genesis of non-psychotic mental disorders in persons with partial loss of vision of traumatic origin / CB Abdryakhimova // Mental health. 2013. - № 2 (39). - P. 93–98]
8. Фролова Ю. Г. Психосоматика и психология здоровья: Учеб. пособие. 2-е изд., перераб. и доп. / Ю.Г. Фролова. – Минск.: ЕГУ, 2003. – 172 с. [Frolova Yu. G. Psychosomatics and health psychology: Proc. allowance. 2nd ed., revised. and additional / Yu.G. Frolova. -Minsk.: Europ. Human. University, 2003. - 172 p.]

Робота надійшла в редакцію 16.02.2022 року.
Рекомендована до друку на засіданні редакційної колегії після рецензування

ЗМІСТ	CONTENT
COVID-19	COVID-19
Трегуб Т. В., Стречень С. Б. ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З ПОСТКОВІДНИМ СИНДРОМОМ З ПЕРЕВАЖНИМ УРАЖЕННЯМ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ3	Tregub T. V., Strechen S. B. TREATMENT OF PATIENTS WITH POST-COVID SYNDROME WITH PREDOMINANT LESIONS OF THE GASTROINTESTINAL TRACT3
ОРГАНІЗАЦІЯ МЕДИКО- ПРОФІЛАКТИЧНОЇ СЛУЖБИ	ORGANIZATION OF MEDICAL AND PROPHYLACTIC SERVICE
Ігнат'єв О. М., Загородня Л. І. Ямілова Т. М., Турчин М. І. Волковинська Т. В. ВИКЛАДАННЯ КЛІНІЧНОЇ ЛАБОРАТОРНОЇ ДІАГНОСТИКИ ЯК СУМІЖНОЇ ДИСЦИПЛІНИ ДЛЯ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ В ОДЕСЬКОМУ НАЦІОНАЛЬНОМУ МЕДИЧНОМУ УНІВЕРСИТЕТІУ 9	Ignatyev A. M., Zahorodnia L. I. Yamilova T. M., Turchin N. I. Volkovonska T. V. TEACHING OF CLINICAL LABORATORY DIAGNOSTICS AS A RELATED DISCIPLINE FOR INTERNS AT THE ODESSA NATIONAL MEDICAL UNIVERSITY 9
Голубятников М. І., Зіброва І. І. Козулько С. М., Старова Н. В. Токаренко Л. С., Борисенко О. І. БІОЛОГІЧНА БЕЗПЕКА – СТАН ПРОБЛЕМИ 13	Golubyatnikov M. I., Zibrova I. I. Kozulko S. M., Starova N. V. Tokarenko L. S., Borysenko O. I. BIOSAFETY - THE STATE OF THE PROBLEM. 13
Горішний І. М., Горішна І. Л. Горішний М. І. АНАЛІЗ ДЕЯКИХ ІНДИВІДУАЛЬНИХ ПСИХОЛОГІЧНИХ РИС ОСОБИСТОСТІ УЧНІВ ВИПУСКНИХ КЛАСІВ ЗАГАЛЬНООСВІТНЬОЇ ШКОЛИ ЯК ЕЛЕМЕНТ ПРОФОРІЄНТАЦІЙНОЇ РОБОТИ ... 17	Horishnyi I. M., Horishna I. L. Horishnyi M. I. ANALYSIS OF SOME INDIVIDUAL PSYCHOLOGICAL PERSONALITY TRAITS OF HIGH SCHOOL GRADUATES AS AN ELEMENT OF CAREER GUIDANCE WORK 17
КЛІНІЧНА МЕДИЦИНА	CLINICAL MEDICINE
Носенко О. М., Ханча Ф. О. ОСОБЛИВОСТІ МЕТАБОЛІЗМУ ОМЕГА-3-ПОЛІЕНАСАЧЕНИХ ЖИРНИХ КИСЛОТ У ЖІНОК ПІЗЬКОГО РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ З ВАГІТНІСТЮ, ІНДУКОВА- НОЮ В ЦИКЛАХ ДОПОМІЖНИХ РЕПРОДУКТИВНИХ ТЕХНОЛОГІЙ25	Nosenko O. M., Khancha F. O. FEATURES OF THE METABOLISM OF OMEGA-3 POLYUNSATURATED FATTY ACIDS IN WOMEN OF LATE REPRODUCTIVE AGE WITH PREGNANCY INDUCED IN THE CYCLES OF ASSISTED REPRODUCTIVE TECHNOLOGIES 25

Прощенко О. М., Венцківська І. Б. АСПЕКТИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ АДАПТАЦІЇ ЖІНКИ ПІСЛЯ ГІСТЕРЕКТОМІЇ З ОПОРТУНІСТИЧНОЮ САЛЬПІНГЕКТОМІЄЮ	Proshchenko O., Ventskivska I. ASPECTS OF WOMEN'S PSYCHOLOGICAL ADAPTATION AFTER HYSTERECTOMY WITH OPPORTUNIST SALPINGECTOMYA	32	32
Юдин О. І., Нгуєн Хоай Нам ВПЛИВ ЕНДОТЕЛІАЛЬНОЇ ДИСФУНКЦІЇ СУДИН НА ПЕРЕБІГ КОМОРБІДНОЇ З ХРОНІЧНИМ ГЕМОРОЄМ ВАРИКОЗНОЇ ХВОРОБИ	Yudin O. I., Nguyen H. N. INFLUENCE OF VESSEL ENDOTHELIAL DYSFUNCTION ON THE COURSE OF VARICOSE DISEASE COMORBID WITH CHRONIC HEMORRHOIS	40	40
Авраменко А. А., Короленко Р. Н. Смоляков С. Н., Дерменжи Е. В. СЛУЧАЙ ПОЗДНЕГО ВЬЯВЛЕННЯ АДЕНОКАРЦИНОМИ КАРДИАЛЬНОГО ОТДЕЛА ЖЕЛУДКА, КОТОРАЯ РАЗВИВАЛАСЬ ПОД МАСКОЙ ПРОСТУДЫ	Avramenko A. A., Smolyakov S. N. Dermenzhi E. V., Korolenko R. N. A CASE OF LATE DETECTION OF GASTRIC CARCINOMA WHICH DEVELOPED UNDER THE MASK OF A COLD	47	47
Полясний В. О., Воронцова Я. Ю. Машуков А. О., Ковалевська Л. А. ДИФЕРЕНЦІЙНА ДІАГНОСТИКА ВУЗЛОВИХ НОВОУТВОРЕНЬ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ У СВІТЛІ СУЧАСНИХ РЕКОМЕНДАЦІЙ	Polyasny O. V., Vorontsova Ya. Yu. Mashukov A. O., Kovalevskaya L. A. DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF NODULAR NEOPLASMS OF THE THYROID GLAND IN THE LIGHT OF CURRENT RECOMMENDATIONS	53	53
Бондар О. В., Рибін А. І. Музыка В. В. ПРОГРАМА СКРИНІНГУ РАКУ ШИЙКИ МАТКИ З ТЕСТУВАННЯМ НА ВПЛ	Bondar O. V., Rybin A. I. Muzyka V. V. PROJECT FOR SCREENING CERVICAL CANCER USING HPV TESTING	58	58
Пасічник С. М. АНАЛІЗ КОРЕЛЯТИВНИХ ЗВ'ЯЗКІВ МІЖ ПАТОМОРФОЛОГІЧНИМИ ЗМІНАМИ ІНТАКТНОЇ ЧАСТИНИ ПАРЕНХИМИ НИРКИ ТА КЛІНІКО- ЛАБОРАТОРНИМИ ДАНИМИ У ХВОРИХ НИРКОВО-КЛІТИННИЙ РАК, УСКЛАДНЕННОГО ХРОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ НИРОК	Pasechnik S. M. ANALYSIS OF CORRELATIVE RELATIONSHIPS BETWEEN PATHOMORPHOLOGICAL CHANGES IN THE INTAKT PART OF KIDNEY PARENCHYM AND CLINICAL AND LABORATORY DATA IN PATIENTS WITH KIDNEY CELL CANCER COMPLICATED BY CHRONIC KIDNEY DISEASE	64	64
Орішчак І. К., Макарчук О. М. Дзьомбак В. Б., Гаврилюк Г. М. Островська О. М., Остафійчук С. О. МОЛЕКУЛЯРНО- БІОЛОГІЧНІМАРКЕРИ ТА СОНОГРАФІЧНІ ОЗНАКИ ХРОНІЧНОЇ ЗАПАЛЬНОЇ РЕАКЦІЇ У ПАЦІЄНТОК З ГІПЕРПЛАЗІЄЮ ЕНДОМЕТРІЮ, АСОЦІЙОВАНОЮ ІЗ ГЕНІТАЛЬНИМ ЕНДОМЕТРІОЗОМ	Orishchak I. K., Makarchuk O. M. Dziombak V. B., Havryliuk H. M. Ostrovska O. M., Ostafiichuk S. O. MOLECULAR-BIOLOGICAL MARKERS AND SONOGAFIC SIGNS OF CHRONIC INFLAMMATORY RESPONSE IN PATIENTS WITH ENDOMETRIALHYPERPLASIA, ASSOCIATED WITH GENITAL ENDOMETRIOSIS	71	71

Макарчук О. М., Якимчук Н. В.
Римарчук М. І., Гаврилюк Г. М.
Дзьомбак В. Б., Кишакевич І. Т.
**ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЛОГІЧНОЇ
АДАПТАЦІЇ ОРГАНІЗМУ ПІСЛЯ
ПРЕГРАВІДАРНОЇ ПІДГОТОВКИ У
ПАЦІЄНТОК З НЕПЛІДДЯМ НА ТЛІ
ЗОВНІШНЬОГО ГЕНІТАЛЬНОГО
ЕНДОМЕТРІОЗУ**83

Makarchuk O. M., Yakimchuk N. V.
Rymarchuk M. I., Gavrilyuk G. M.
Dzombak V. B., Kyshakevich I. T.
**PECULIARITIES OF PSYCHOLOGICAL
ADAPTATION OF THE BODY AFTER
PREGRAVIDARY PREPARATION IN
PATIENTS WITH INFERTILITY
AGAINST EXTERNAL GENOGENITIS**
..... 83

НОВІ МЕДИЧНІ ТЕХНОЛОГІЇ

NEW MEDICAL TECHNOLOGIES

Кобільник Ю. С., Мищик Ю. О.
**ГІСТОЛОГІЧНІ ФАКТОРИ АСОЦІЙО-
ВАНІ ІЗ НИЗЬКОЮ ВИЯВЛЮВАНІС-
ТЮ РАКУ ПЕРЕДМІХУРОВОЇ
ЗАЛОЗИ ЗА ДОПОМОГОЮ МРТ**92

Kobilnyk Yu. S., Mytsyk Yu. O.
**HISTOLOGICAL FACTORS
ASSOCIATED WITH LOW DETECTION
OF PROSTATE CANCER BY MRI**
.....92

ОГЛЯДИ ЛІТЕРАТУРИ

REVIEWS

Ігнат'єв О. М., Панюта О. І.
Турчин М. І., Добровольська Є. О.
Волковинська Т. В.
**ДОСЛІДЖЕННЯ ГЕНЕТИЧНИХ
ПРЕДИКТОРІВ ОСТЕОПОРОЗУ
(ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ)**
.....102

Ignatiev A. M., Panyuta A. I.
Turchin N. I., Dobrovolskaya E. A.
Volkovinskaya T. V.
**STUDY OF GENETIC PREDICTORS OF
OSTEOPOROSIS AT THE PRESENT
STAGE (REVIEW OF LITERATURE)**
.....102

Бабієнко В. В., Мокієнко А. В.
Левицька Н. А., Суворова Г. С.
**БІОМАРКЕРИ МАГНІЄВОГО
СТАТУСУ: СТАН ПРОБЛЕМИ**
.....107

Babienko V. V., Mokienko A. V.
Levitska N. A., Suvorova G. S.
**BIOMARKERS OF MAGNESIUM
STATUS: STATE OF THE PROBLEM**
.....107

**СКОРОЧНЕНИЙ ЗМІСТ СТАТЕЙ, ЩО
НАДРУКОВАНІ В ЖУРНАЛІ
«INTERNATIONAL MARITIME
HEALTH»**

**ABSTRACTS FROM
«INTERNATIONAL
MARITIME HEALTH» JORNAL**

.....114

.....114

ІНФОРМАЦІЯ

INFORMATION

.....117

.....117