

В.Л. Дронова¹, О.І. Дронов^{1,2}, Р.С. Теслюк¹, О.М. Мокрик¹

Психологічний стан пацієнток із гінекологічною, хірургічною та поєднаною гінекологічною патологією в перед- та післяопераційному періодах у поєднанні з визначеними у них показниками гормонального гомеостазу

¹ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України», м. Київ²Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця, м. Київ, Україна³Центр хірургії печінки, підшлункової залози і жовчних протоків ім. В.С. Земськова, м. Київ, Україна

PERINATOLOGIYA I PEDIATRIYA. 2017.2(70):58-63; doi 10.15574/PP.2017.70.58

Мета — вивчити особливості психологічного стану пацієнток із гінекологічною, хірургічною та поєднаною гінекологічною патологією в перед- та післяопераційному періодах за шкалами Спілбергера—Ханіна та Бека в поєднанні з визначеними показниками гормонального гомеостазу.

Пацієнти та методи. У дослідженні взяли участь 110 пацієнток, яким надавалась хірургічна допомога у відділенні оперативної гінекології ДУ «ІПАГ НАМН України» (1-ша група — 83 пацієнтки з ізольованою гінекологічною патологією; 2-га — 27 пацієнток із симультанною патологією), а також 26 пацієнток (3-тя група) з ізольованою хірургічною патологією, яким надавалась хірургічна допомога в хірургічному відділенні міської клінічної лікарні № 10, м. Києва. Дослідження проводилось протягом 10 місяців 2016 р. на базі цих відділень.

Концентрація кортизолу досліджувалася за допомогою лічильника Гамма-12 №170, а пролактину — імуноферментним методом із використанням діагностичних тест-систем виробництва XEMA (Росія), оптична щільність вимірювалась на фотометрі MSR-1000 (США) при довжині хвилі 40 нм.

Особливості психологічного стану пацієнток із симультанною, ізольованою гінекологічною та хірургічною патологією визначалися за методиками Спілбергера—Ханіна, Бека.

Результати та висновки. У більшості жінок 1-ї та 3-ї груп виявлено легкий та помірний рівень депресії. Натомість у пацієнток 2-ї групи в більшості випадків відмічено середній та високий рівні депресії у передопераційному періоді, що, імовірно, можна пояснити провідним механізмом психологічного захисту в жінок із дезадаптацією.

У пацієнток 2-ї групи встановлено середній рівень ситуативної тривоги з різким зниженням до низького рівня вже в першу добу після операції. Наявність високого рівня особистісної тривожності свідчить про тенденцію до соматизації депресивних розладів.

У дослідженні стрес-асоційованих гормонів у сироватці крові обстежених виявлено суттєві зміни середніх показників концентрації пролактину та кортизолу. Найвища концентрація гормону стресу відмічена в пацієнток 2-ї групи ($497,5 \pm 20,5$, $p < 0,05$).

Найбільш суттєві зміни рівня пролактину встановлено в 1-шу добу після операції всіх трьох груп дослідження щодо показників до операції. Статистично значуща порівняно з початковою концентрація пролактину ($28,2 \pm 1,5$ нг/мл, $p < 0,05$) пацієнток 2-ї групи відображає не стільки хірургічний (від операційної травми), скільки психологічний стрес.

Ключові слова: психологічний стан пацієнток, до- та післяопераційний періоди, поєднана гінекологічна та хірургічна патологія, шкала тривоги Спілбергера—Ханіна та депресії Бека, ендокринний гомеостаз.

Psychological status of female patients with gynecological, surgical and combined gynecological pathology in pre- and postoperative periods in combination with detection their hormonal homeostasis

V. Dronova¹, A. Dronov^{1,2}, R. Teslyuk¹, A. Mokryk¹¹SI "Institute of Pediatrics, Obstetrics and Gynecology of NAMS of Ukraine", Kyiv²Bogomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine³Zemskov Centre of the Hepatic, Pancreatic and Biliary Tract Surgery, Kyiv, Ukraine

Aim — to study the peculiarities of the psychological status of female patients with gynecological, surgical and combined gynecological pathology during the pre- and postoperative periods according to Spielberger-Khanin Anxiety Scale and Beck's depression inventory together with detection their hormonal homeostasis.

Materials and methods. The research included 110 female patients, who were provided surgery at the department of operative gynecology of Institute of Pediatrics, Obstetrics and Gynecology of NAMS of Ukraine. The 1st group comprised 83 female patients with isolated gynecological pathology, the 2nd group included 27 women with simultaneous pathology, and the 3rd group consisted of 26 female patients with isolated surgical pathology, who were provided surgery at the department of surgery of the Kyiv municipal clinical hospital No. 10. The research was conducted during ten months period in 2016 in the above-mentioned departments.

The concentration of cortisol was detected by means of counter Gamma-12 No. 170 and prolactin was measured with the help of an immunoenzyme method using the XEMA diagnostic test systems (Russia). The optical density was measured on a MSR-1000 photometer (USA) with a wavelength of 40 nm.

Peculiarities of the female patients' psychological status with simultaneous, isolated gynecological and surgical pathology were determined according to Spielberger-Khanin Anxiety Scale and Beck's depression inventory.

Results and conclusions. The mild-to-moderate depression in most women of the 1st and the 3rd groups was detected. Instead, in the majority of patients of the 2nd group the moderate-to-severe depression in the preoperative stage were diagnosed that may be explained by the leading mechanism of psychological defense in women with maladaptation.

The patients of the 2nd group had moderate level of state anxiety with a sharp decrease to a low level just in the 1st day after the surgery. The presence of a high level of trait anxiety showed a tendency to somatization of depressive disorders.

According to the tests of stress-associated hormones in the examined women' serum, the significant changes of the mean values of prolactin and cortisol concentrations were observed. The highest concentration of stress hormones was detected in female patients of the 2nd group (497.5 ± 20.5 , $p < 0.05$).

The most significant changes of prolactin were diagnosed during the 1st day of postoperative stage in all patients of three research groups in comparison to the concentrations before the surgical intervention. Statistically significant prolactin concentration compared to the initial results (28.2 ± 1.5 ng/ml, $p < 0.05$) in the 2nd group reflects psychological stress, rather than surgical (caused by the operational trauma) one.

Key words: psychological status of patients, pre — and postoperative periods, gynaecological and surgical pathology, Spielberger-Khanin Anxiety Scale, Beck's depression inventory, endocrine homeostasis.

Психологическое состояние пациенток с гинекологической, хирургической и сочетанной гинекологической патологией в пред- и послеоперационном периодах в сочетании с их показателями гормонального гомеостаза

В.Л. Дронова¹, А.И. Дронов^{1,2}, Р.С. Теслюк¹, А.Н. Мокрик¹

¹ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины», г. Киев

²Национальный медицинский университет им. А.А. Богомольца, г. Киев, Украина

³Центр хирургии печени, поджелудочной железы и желчных протоков им. В.С. Земскова, г. Киев, Украина

Цель — изучить особенности психологического состояния пациенток с гинекологической, хирургической и соединенной гинекологической патологией в пред- и послеоперационном периодах по шкалам Спилбергер—Ханина и Бека в сочетании с определенными показателями гормонального гомеостаза.

Пациенты и методы. В исследовании участвовали 110 пациенток, которым предоставлялась хирургическая помощь в отделении оперативной гинекологии ГУ «ИПАГ НАМН Украины» (1-я группа — 83 пациентки с изолированной гинекологической патологией; 2-я — 27 пациенток с симультанной патологией), а также 26 пациенток (3-я группа) с изолированной хирургической патологией, которым предоставлялась хирургическая помощь в хирургическом отделении городской клинической больницы № 10, г. Киева. Исследование проводилось в течение 10 месяцев в 2016 г. на базе этих отделений.

Концентрация кортизола исследовалась с помощью счетчика Гамма-12 № 170, а пролактина — иммуноферментным методом с использованием диагностических тест-систем производства ХЕМА (Россия), оптическая плотность измерялась на фотометре MSR-1000 (США) при длине волны 40 нм. Особенности психологического состояния пациенток с симультанной, изолированной гинекологической и хирургической патологиями определялись по методикам Спилбергер—Ханина, Бека.

Результаты и выводы. В большинстве женщин 1-й и 3-й групп выявлен легкий и умеренный уровень депрессии. При этом у пациенток 2-й группы у большинства случаев отмечены средний и высокий уровни депрессии в предоперационном периоде, что, вероятно, можно объяснить ведущим механизмом психологической защиты у женщин с дезадаптацией.

У пациенток 2-й группы установлен средний уровень ситуативной тревожности с резким снижением низкого уровня уже в первые сутки после операции. Наличие высокого уровня личностной тревожности свидетельствуют о тенденции к соматизации депрессивных расстройств.

В исследовании стресс-ассоциированных гормонов в сыворотке крови обследованных выявлены существенные изменения средних показателей концентрации пролактина и кортизола. Самая высокая концентрация гормона стресса отмечена у пациенток 2-й группы ($497,5 \pm 20,5$, $p < 0,05$).

Наиболее существенные изменения уровня пролактина установлены в 1-е сутки после операции всех трех групп исследования по отношению к показателям до операции. Статистически значимая относительно начальной концентрация пролактина ($28,2 \pm 1,5$ нг/мл, $p < 0,05$) пациенток 2-й группы отображает не столько хирургический (от операционной травмы), сколько психологический стресс.

Ключевые слова: психологическое состояние пациенток, до- и послеоперационный периоды, гинекологическая и хирургическая патология, шкала тревоги Спилбергер—Ханина и депрессии Бека, эндокринный гомеостаз.

Вступ

Для раціонального впровадження та застосування симультанних операцій потрібно опиратись і брати за основу критерії оцінки ефективності цих різновидів оперативних втручань, серед яких — тривалість операції та післяопераційного періоду, особливості психологічного стану, психічного навантаження, гормонального гомеостазу [8].

У даний час все більше уваги приділяється особливостям психофізіологічних показників у хворих, яким заплановані чи виконані оперативні втручання в гінекології. Факторами, які визначають розвиток стресу в до- та післяопераційному періодах, є психоемоційна напруга, біль, патологічні рефлекси невольового характеру, крововтрата, ураження тканин та анестезія. При цьому одне з провідних значень відводиться психоемоційному фактору, негативним психологічним наслідкам, які при цьому розвиваються. Значний внесок роблять особливості особистості хворого і специфіка умов, в яких виконується хірургічна допомога [7].

На сьогодні широко розглянуті та висвітлені питання психологічного стану пацієнтів із психічною та соматичною захворюваністю. Але недостатньо вивчена емоційна сфера

пацієнтів, які підлягають хірургічному втручанням. Хірургічне втручання за своєю природою майже завжди породжує у хворих, крім місцевої больової реакції, складну гамму різноманітних душевних переживань (занепокоєння або твердість духу, довіру чи недовіру, терпіння або нетерпіння, подяку або озлобленість) [1, 4].

Останнім часом значна увага приділяється дослідженню показників емоційного стану і змісту переживань хворих, які знаходяться в умовах хірургічної клініки. Стан очікування та невизначеності результату, в якій перебуває пацієнт перед операцією, може спровокувати розвиток різних невротичних, тривожно-фобічних розладів, хворі в період очікування хірургічної операції схильні до певних змін в емоційній сфері. У них можуть виявлятися підвищені значення загальної тривожності й емоційного дискомфорту [5].

У сучасній медицині все частіше обговорюються питання особливостей психологічної сфери пацієнток, які перенесли оперативне втручання на внутрішніх статевих органах. Хронічна напруга і супутній вторинний імунodefіцит значно погіршують прогноз гінекологічних нейроендокринних захворювань у зв'яз-

ку з підвищенням ризику розвитку гормонозалежної пухлинної патології. Особливий інтерес дослідників викликають психосоціальні параметри, що впливають на психіку жінок, які перенесли радикальні операції. Радикальне хірургічне лікування захворювань матки супроводжується в більшості пацієнок розвитком синдрому постгістеректомії, який характеризується психоемоційними, нейровегетативними, сексуальними, урогенітальними та метаболічними порушеннями. Після оперативних втручань на матці поширеність психічних розладів і психологічних проблем у жінок становить 50–80% [12].

За свідченнями інших авторів, сексуальні та психологічні порушення виявляються у 48,4% випадків після надпихової ампутації та у 65,9% — після екстирпації матки [3, 6].

Думки багатьох вчених співпадають, що багато жінок усвідомлюють втрату фертильності як втрату жіночої сутності. Це в багатьох випадках стає для них довгостроковою психоемоційною депресивною ситуацією і призводить до розвитку станів психічної дезадаптації, обумовлених негативною психологічною реакцією жінки на видалення матки [3, 6].

За науковими даними виявлено широкий спектр методик, зокрема, шкал-опитувальників визначення психологічного стану пацієнок протягом лікування [2, 9].

Практично залишається не дослідженим психологічний стан пацієнок із поєднаною гінекологічною, екстрагенітальною хірургічною патологією. Особливий інтерес викликає визначення психологічного стану при симультанних оперативних втручаннях, враховуючи значні обсяги операції, час операції, особливості проведення наркозу.

Для вивчення змін нейроендокринної системи у відповідь на психологічні порушення аналізуються зміни рівня стресових гормонів [10, 11].

Розвиток стресу, як первинної реакції на фактори операційної агресії, починається з порушення функціонування ретикулярної формації, гіпоталамо-гіпофізарної системи, які втягують у процес симпатико-адреналову систему та інші ендокринні залози — щитовидну, підшлункову, ренін-ангіотензинову систему.

Слід зазначити, що, незважаючи на безумовно існуючу при хірургічній агресії полігладулярну ендокринну стимуляцію, провідну роль у діяльності фізіологічних механізмів і в клінічних наслідках стресу відіграють гормони

мозкового і коркового шарів надниркових залоз. Симпатико-адреналова система в ході операційного стресу «запускає» високий рівень життєдіяльності в організмі, а гіпофізарно-адреналокортикальна система підтримує конкретно даний рівень тривалий час [10, 11].

Отже, в умовах психологічного стресу та хірургічної агресії виникають значні порушення функціонування симпатико-адреналової системи, які супроводжуються значною витратою енергії та виснаженням функціональних резервів органів і систем.

Незважаючи на підвищений інтерес в останні роки до вивчення психологічного стану пацієнок, у сучасних наукових працях майже немає робіт, які стосуються його особливостей у до- і післяопераційному періоді симультанних операцій.

Враховуючи вищесказане, виникає необхідність розробки діагностичних критеріїв, а саме комплексу психологічного тестування пацієнтів у до- та післяопераційному періодах у поєднанні з дослідженням гормонального гомеостазу, що дасть змогу об'єктивно характеризувати психоемоційний стан жінок, які перенесли симультанні операції. Подальше вивчення цього питання дозволить удосконалити комплекс медико-психологічної корекції, оптимізувати заходи психопрофілактики в даного контингенту хворих.

Мета роботи — вивчити особливості психологічного стану пацієнок із гінекологічною, хірургічною та поєднаною гінекологічною патологією в перед- та післяопераційному періодах за вищевказаними шкалами в поєднанні з визначеними показниками гормонального гомеостазу.

Матеріали та методи дослідження

У дослідженні взяли участь 110 пацієнок, яким надавалась хірургічна допомога у відділенні оперативної гінекології ДУ «ІПАГ НАМН України». Ці жінки були розподілені на дві групи (1-ша — 83 пацієнтки з ізольованою гінекологічною патологією, 2-га — 27 жінок із симультанною патологією). До дослідження були залучені 26 пацієнок (3-тя група) з ізольованою хірургічною патологією, яким надавалась хірургічна допомога в хірургічному відділенні міської клінічної лікарні № 10, м. Київ. Дослідження проводилось протягом 10 місяців 2016 р. на базі цих відділень. Критеріями відбору пацієнок для залучення до дослідження слугували: добро-

вільна згода пацієнтки на участь у психологічному дослідженні. Критеріями вилучення були: тяжкі психічні захворювання в анамнезі, наявність злоякісної пухлинної патології, відмова пацієнтки від участі в дослідженні. Загальний обсяг обстеження визначався формою захворювання та завданням дослідження.

У дослідження включалися скарги пацієнток, анамнез життя, анамнез хвороби, психологічні тести, характер встановлення репродуктивної функції, наявність гінекологічних та екстрагенітальних хірургічних захворювань; проведене оперативне лікування; загальне об'єктивне, лабораторне та інструментальне обстеження.

Показники психологічного стану, гормонального гомеостазу в перед- та післяопераційному періоді вивчалися у 27 жінок із симульганними операціями, у 31 жінки з операцією з приводу гінекологічної патології та у 26 жінок, прооперованих із приводу хірургічної патології. Для оцінки психологічного статусу ситуаційна та особистісна тривожність досліджувалися за шкалою Спілбергера—Ханіна, рівні депресії — за шкалою Бека, методом анкетування.

Обстеження жінок проводилося безпосередньо перед операцією, на першу і третю добу після операції. Усього — 342 гормональні дослідження. Контрольну (третю) групу становили 30 здорових жінок.

Концентрація кортизолу (К) досліджувалася за допомогою лічильника Гамма-12 № 170, а пролактину (ПРЛ) — імуноферментним методом із використанням діагностичних тест-систем виробництва ХЕМА (Росія), оптична щільність вимірювалась на фотометрі MSR-1000 (США) при довжині хвилі 40 нм.

Результати дослідження та їх обговорення

За даними таблиці 1, особистісна тривожність — це відносно стійка індивідуальна характеристика особистості, яка утримувалася на високих рівнях у до- та післяопераційному періодах незалежно від обсягу проведеного оперативного втручання у 1-й та 3-й групах (48–41 бал, 47–39 балів відповідно) зі значно вищим ступенем тривоги у 2-ї групі (56–49 балів), яка також незначно знижувалася в післяопераційному періоді, на відміну від ситуативної тривожності, яка характеризувалася порівняно низьким рівнем у жінок із 1-ї та 3-ї груп (39–27 балів, 37–26 балів відповідно) в післяопераційному періоді і значно

вищими показниками до операції. У пацієнток 2-ї групи, яким проводилися симульганні оперативні втручання, спостерігався середній рівень ситуативної тривоги з різким зниженням до низького рівня вже на першу добу після операції. Наявність високого рівня особистісної тривожності особливо у 2-й групі вказала на тенденцію до соматизації депресивних розладів, коли на перший план виступають соматичні скарги (жінки зосереджені на відчутті соматичного неблагополуччя, висловлюють тривожні побоювання щодо власного здоров'я), довгий термін очікування операції чи, навпаки, довготривалі роздуми з приводу згоди на оперативне втручання, в тому числі за наявності іншої поєднаної хірургічної патології. Своєю чергою, помірну та високу ситуативну тривожність у пацієнток перед операцією та низьку в післяопераційному періоді можна пояснити особливістю психологічного стану людини як різку реакцію на значущу життєву подію (в даному випадку — оперативне втручання), що реалізується напруженням і тривожністю.

Проведений порівняльний аналіз рівня депресії (табл. 2) показав, що більшість жінок у 1-й та 3-й групах, в яких проводилися операції з приводу ізольованих гінекологічних і хірургічних захворювань, мали легкий та помірний рівні депресії. Натомість у пацієнток 2-ї групи в більшості випадків виявлявся середній та високий рівні депресії в передопераційному періоді, що можна пояснити провід-

Таблиця 1

Порівняльний аналіз рівня тривожності жінок (1-ї, 2-ї, 3-ї групи) у динаміці до- та післяопераційного періоду

Вид тривожності	Значення рівня тривожності жінок у 1-й, 2-й, 3-й групах до та після операції					
	1-ша		2-га		3-тя	
	до	після	до	після	до	після
Ситуативна	39	27	41	31	37	26
Особистісна	48	41	56	49	47	39

Таблиця 2

Порівняльний аналіз рівня депресії жінок у динаміці до- та післяопераційного періоду

Рівень вираженості депресії за шкалою Бека	Кількість пацієнток у 1-й, 2-й, 3-й групах до та після операції					
	1-ша		2-га		3-тя	
	до	після	до	після	до	після
Легкий	5	10	2	4	6	9
Помірний	16	13	13	15	14	11
Виражений	8	7	11	7	5	5
Тяжкий	2	1	1	1	1	1

Таблиця 3

**Концентрація пролактину та кортизолу в сироватці крові жінок
у динаміці післяопераційного періоду (нг/мл, нмоль/л)**

Група жінок	n	Значення гормональних показників у сироватці крові жінок					
		до операції		1-ша доба після операції		3-тя доба після операції	
		ПРЛ	К	ПРЛ	К	ПРЛ	К
Гінекологічна	31	(20,4±0,7)*	395,5±21,2	(24,5±1,3)*	422,7±24,9	16,2±1,1	384,2±25,1
Симультанна	27	(21,3±0,9)*	(497,5±20,5)*	(28,2±1,5)*	413,6±20,1	(23,7±1,3)*	379,3±22,8
Хірургічна	26	(20,9±1,1)*	421,8±22,9	(26,1±1,2)*	455,2±23,5	17,5±0,9	398,5±19,8
Контрольна	30	(13,6±2,6)	373,5±25,3	13,6±2,6	373,5±25,3	13,6±2,6	373,5±25,3

Примітка: * – різниця достовірна щодо показників передопераційного періоду ($p < 0,05$).

ним механізмом психологічного захисту в жінок із дезадаптацією.

Визначення стрес-асоційованих гормонів у сироватці крові обстежених виявило суттєві зміни середніх показників концентрації пролактину та кортизолу. За даними таблиці 3, концентрація кортизолу в пацієток усіх трьох груп була суттєво вищою в передопераційному періоді щодо показників контрольної групи. Найвища концентрація гормону стресу відмічалася в пацієток 2-ї групи із симультанною патологією ($497,5 \pm 20,5$, $p < 0,05$).

Слід зазначити, що вихідні дані секреції пролактину в жінок 1-ї та 3-ї груп були підвищені в 1,5 та 1,54 рази відповідно. Концентрація пролактину 2-ї групи була вірогідно підвищеною щодо 1-ї, 2-ї та контрольної груп дослідження ($21,3 \pm 0,9$ нг/мл, $p < 0,05$). У динаміці післяопераційного періоду (1-ша доба) у групах пацієток з ізольованими гінекологічними та хірургічними захворюваннями рівень кортизолу був клінічно суттєво вищим за початковий ($422,7 \pm 24,9$ нмоль/л та $455,2 \pm 23,5$ нмоль/л відповідно), що могло обумовлюватися більш вираженим стресовим навантаженням і високим рівнем тривоги, незважаючи на передопераційну премедикацію та адекватне анестезіологічне забезпечення.

Як видно з біохімічних показників таблиці 3, найбільш суттєвими в пацієнтів були зміни концентрації пролактину в 1-шу добу після операції у всіх трьох групах дослідження щодо показників до операції. Особливо потрібно відзначити суттєво вищу, статистично значущу порівняно з початковою концентрацію пролактину ($28,2 \pm 1,5$ нг/мл, $p < 0,05$) у пацієток 2-ї групи, що відображає не стільки хірургічний (від операційної травми), скільки психологічний стрес, що підтверджується сучасними поглядами науковців. У післяопераційному періоді (3-тя доба) відмічалася суттєве зниження концентрації кортизолу всіх груп дослідження.

Висновки

Визначено особливості психологічного стану пацієток із симультанною, ізольованою гінекологічною та хірургічною патологією за методиками Спілбергера–Ханіна, Бека. При порівняльному аналізі рівня депресії встановлено, що в більшості жінок 1-ї та 3-ї груп, яким проведено операції з приводу ізольованих гінекологічних і хірургічних захворювань, виявлено легкий та помірний рівні депресії. Натомість у пацієток 2-ї групи в більшості випадків відмічено середній та високий рівні депресії в передопераційному періоді, що, імовірно, можна пояснити провідним механізмом психологічного захисту в жінок із дезадаптацією.

У пацієток 2-ї групи, яким проведено симультанні оперативні втручання, виявлено середній рівень ситуативної тривоги з різким зниженням до низького рівня вже в першу добу після операції. Високий рівень особистісної тривожності, особливо у 2-ї групі, свідчить про тенденцію до соматизації депресивних розладів, коли на перший план виступають соматичні скарги (жінки зосереджені на відчутті соматичного неблагополуччя, висловлюють тривожні побоювання щодо власного здоров'я), довгий термін очікування операції чи, навпаки, довготривалі роздуми з приводу згоди на оперативне втручання, у тому числі за наявності іншої поєднаної хірургічної патології.

У дослідженні стрес-асоційованих гормонів у сироватці крові обстежених встановлено суттєві зміни середніх показників концентрації пролактину та кортизолу. За даними виявлено суттєво вищу концентрацію кортизолу в пацієток усіх трьох груп у передопераційному періоді щодо показників контрольної групи. Найвищу концентрацію гормону стресу відмічено в пацієток 2-ї групи із симультанною патологією ($497,5 \pm 20,5$, $p < 0,05$).

Найбільш суттєві зміни рівня пролактину встановлено в 1-шу добу після операції всіх трьох груп дослідження щодо показників до операції. Статистично значуща порівняно з початковою концентрація пролактину

($28,2 \pm 1,5$ нг/мл, $p < 0,05$) пацієнок 2-ї групи відображає не стільки хірургічний (від операційної травми), скільки психологічний стрес, що підтверджується сучасними поглядами науковців.

ЛІТЕРАТУРА

1. Барабошин А.Т. Психоемоциональный статус и возможности его коррекции у больных общехирургического профиля: дисс. канд. мед. н. / А.Т. Барабошин. — Ярославль, 2007. — 184 с.
2. Бек А. Когнитивная терапия депрессии / А. Бек, А. Раш, Б. Шо, Г. Эмери. — Санкт-Петербург: Питер, 2003. — 304 с. — (Серия «Золотой фонд психотерапии»).
3. Науменко Г.М. Індивідуально-психологічні характеристики стану жінок після перенесених оперативних втручань з приводу лейоміоми матки / Г.М. Науменко, О.С. Чабан // Медицина транспорту України. — 2013. — № 1. — С. 9—14.
4. Русина Н.А. Реакции адаптации пациентов онкологической клиники [Электронный ресурс] / Н.А. Русина // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. — 2013. — № 5 (22). — Режим доступа: http://www.mprj.ru/archiv_global/2013_5_22/nomer/nomer01.php. — Название с экрана.
5. Русина Н.А. Эмоциональный стресс хирургических и онкологических пациентов [Электронный ресурс] / Н.А. Русина, А.Т. Барабошин, А.Б. Ларичев // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. — 2013. — № 5 (22). — Режим доступа: <http://mprj.ru>. — Название с экрана.
6. Свірідова В.В. Порівняльна характеристика психоемоційного стану жінок, які перенесли оперативні втручання на внутрішніх статевих органах / В.В. Свірідова // Медицинская психология. — 2009. — Т. 4, № 1. — С. 82—88.
7. Одномоментные операции. Терминология (обзор литературы и собственное предложение) / А.В. Федоров, А.Г. Кригер, А.В. Колыгин, А.В. Кочатков // Хирургия. — 2011. — № 7. — С. 72—76.
8. Хирургический стресс у женщин с сочетанной гинекологической и экстрагенитальной патологией / В.Л. Дронова, Р.С. Теслюк, О.В. Луценко, М.И. Насташенко // Здоровье женщины. — 2014. — № 6 (92). — С. 132—136.
9. Южаков М.М. Обзор Методов и систем исследования эмоционального стресса человека [Электронный ресурс] / М.М. Южаков, Д.К. Авдеева, Д.К. Нгуен // Современные проблемы науки и образования (электронный научный журнал). — 2015. — № 2—2. — Режим доступа: <https://www.science-education.ru/ru/article/view?id=22753>. — Название с экрана.
10. Desborough J.P. / The stress response to trauma and surgery / J.P. Desborough // British journal of anaesthesia. — 2000. — Jul., Vol. 85 (1). — P. 109—117. — doi:10.1093/bja/85.1.109. PMID 10927999.
11. Grainne Nicholson, George Hall Endocrine and metabolic response to surgery / BJA: CEACC — Contin Educ Anaesth Crit Care Pain. — 2004. — Vol. 4, Is. 5. — P. 144—147.
12. Roseske N.C. Hysterectomy and other gynecological surgeries: a psychological view / N.C. Roseske // Women's place in medical and psychological interfaces. — 2007. — Vol. 1. — P. 172—180.

Сведения об авторах:

Дронова Виктория Леонидовна — д.мед.н., проф., руководитель отделения оперативной гинекологии ГУ «ИПАГ НАМН Украины». Адрес: г. Киев, ул. П. Майбороды, 8; тел. (044) 489-53-63.

Дронов Алексей Иванович — д.мед.н., проф., зав. каф. общей хирургии №1 НМУ имени А.А.Богомольца; гл.н.с. отделения оперативной гинекологии ГУ «ИПАГ НАМН Украины». Адрес: г. Киев, ул. П. Майбороды, 8; тел. (044) 489-53-63.

Теслюк Роман Святославович — к.мед.н., ст.н.с. отделения оперативной гинекологии ГУ «ИПАГ НАМН Украины». Адрес: г. Киев, ул. П. Майбороды, 8; тел. (044) 489-53-63.

Мокрик Александра Николаевна — к.мед.н., ст.н.с. отделения оперативной гинекологии ГУ «ИПАГ НАМН Украины». Адрес: г. Киев, ул. П. Майбороды, 8; тел. (044) 489-53-63.

Статья поступила в редакцию 25.02.2017 г.