

В. В. Свиридова, канд. мед. наук

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького (г. Донецк)

ПСИХИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ ЖЕНЩИН, ПЕРЕНЕСШИХ ОПЕРАЦИИ НА ВНУТРЕННИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНАХ

Несколько десятилетий назад американские ученые-гинекологи склонялись к мнению, что после рождения запланированного потомства матка перестает быть нужной организму, а лишь повышает риск гинекологических заболеваний и заставляет постоянно помнить о возможности нежелательной беременности. Во второй половине XX века американские хирурги удаляли женщинам даже абсолютно здоровую матку профилактически, чтобы в будущем не развился рак (если таковой имелся у близких родственниц пациентки, а сама она входила в группу риска). На сегодняшний день ежегодно 650 тысяч американок проходят через гистерэктомию. Она занимает 2-е место среди самых распространенных операций в США. По прогнозам Федерального центра медицинской статистики, к 60 годам каждая третья жительница Соединенных Штатов окажется прооперированной [1].

Схожая тенденция наблюдается и в других развитых странах, где, по статистическим данным, наиболее частыми гинекологическими операциями являются надвлагалищная ампутация и экстирпация матки (субтотальная и тотальная гистерэктомия). В Швеции, как и в России, на гистерэктомию приходится 38 % полостных гинекологических операций, в Великобритании — 25 %. В Дании ежегодно производится около 6 тыс. гистерэктомий, примерно 75 % выполняются у женщин моложе 50 лет. В целом, в европейских странах средний возраст женщин, которым производят гистерэктомию, составляет 40,5 лет [2—6].

По свидетельству ряда ученых, после оперативных вмешательств на матке распространенность психических расстройств у женщин составляет 50—80 % [7—9]. У таких больных после операции появляется депрессивная симптоматика с тревогой и страхом перед будущим и за свое здоровье, неуверенностью в себе и сомнениями в своих «женских» возможностях. Характер психических расстройств после операции во многом объясняется характером самого оперативного вмешательства, представляющего собой своеобразную психическую травму. Психические нарушения значительно утяжеляют течение заболевания после оперативных вмешательств на матке, снижают степень социально-трудовой адаптации больных, приводя к инвалидизации и ухудшению качества жизни [10, 11]. В то же время, результаты исследований других авторов говорят о наличии позитивного влияния гистерэктомии на психическое состояние женщин — удаление матки, по их мнению, помогает избавиться от неприятных симптомов, вызвавших необходимость операции, освобождает от необходимости контрацепции, способствует избавлению от месячных и связанных с ними неприятных ощущений и т. д. [12].

Отсутствие единства мнений о наличии негативного влияния психических нарушений на состояние женщин, перенесших органорезекционные гинекологические операции, обуславливает отсутствие в клинической практике эффективных стратегий медико-психологического сопровождения в комплексной системе реабилитации данной категории пациенток, на необходимость которых настаивают ряд исследователей [7, 13, 14].

Учитывая вышеизложенное, целью данной работы стало изучение психического состояния женщин, перенесших операции на внутренних гениталиях, для обобщения и систематизации имеющихся в литературе противоречивых данных и вывода о целесообразности разработки специальных медико-психологических мероприятий, направленных на стабилизацию психического состояния женщин, перенесших вышеуказанные оперативные вмешательства.

С соблюдением принципов биоэтики и деонтологии в течение 2001—2008 гг. обследовано 350 женщин, перенесших радикальное оперативное вмешательство на внутренних половых органах по поводу миомы матки (54 — миомэктомию, 296 — тотальную/субтотальную гистерэктомию), и их мужей. Из 296 супружеских пар (СП), в которых жены перенесли радикальную операцию, у 240 имело место нарушение супружеской адаптации (они составили основную группу). Из 54 СП, в которых женам было проведено консервативное хирургическое лечение, у 30 также диагностирована супружеская дезадаптация (эти СП составили группу сравнения). Супружеские пары, у которых была выявлена супружеская адаптация (56 — в которых жены подверглись гистерэктомии и 24 — миомэктомии), обследовались в качестве контрольной группы (рис. 1).



Рис. 1. Распределение обследованных по группам

Обследованные женщины были в возрасте от 30 до 55 лет, их мужья в каждой супружеской паре входили в одну возрастную группу с женами (разница в возрасте не превышала 5 лет). Основанием для вывода о репрезентативности полученных результатов стала однородность базовых социально-демографических показателей обследованных обеих групп.

Психическое состояние женщин исследовали с помощью психометрических шкал (первый этап — скрининговая оценка с помощью методики экспресс-диагностики невроза К. Хека и Х. Хесса [15], затем — определение степени тяжести депрессивной симптоматики с помощью субъективного опросника депрессии Бека (BDI) [16] и объективной квантифицированной клинической шкалы Гамильтона для оценки депрессии (HAM-D₂₁) [17]), а также проведения структурированного клинического интервью.

По результатам исследования с помощью методики К. Хека и Х. Хесса у всех женщин, у $44,6 \pm 5,0$ % их мужей в основной группе и у $46,7 \pm 5,0$ % женщин группы сравнения выявлена высокая степень невротического реагирования и большая вероятность наличия невротического расстройства.

В ходе изучения степени тяжести депрессивной симптоматики по результатам самооценки больных установлено, что исследование самооценки больными степени тяжести своего состояния выявило существенные различия в психическом состоянии обследованных в зависимости как от состояния супружеской адаптации, так и об объема произведенной операции (табл. 1). У пациенток основной группы (с супружеской

дезадаптацией, перенесших радикальное оперативное вмешательство) выявлена тяжелая депрессивная симптоматика ($31,69 \pm 0,59$ баллов по опроснику Бека), в то время как для женщин группы сравнения (с нарушением адаптации СП, перенесших миомэктомию) характерным выявилось наличие клинических проявлений депрессивного синдрома ($19,7 \pm 0,15$ баллов). Особенно наглядной выявилась разница в оценке больными когнитивно-аффективных проявлений депрессии (показатели 1—13), по сравнению с соматическими ее проявлениями (показатели 14—21).

В отличие от женщин основной группы, у женщин контрольной группы депрессивной симптоматики вообще не было выявлено ($13,72 \pm 0,35$ баллов по шкале Бека).

Таблица 1

Результаты самооценки тяжести депрессивной симптоматики обследованными женщинами (балл \pm m)

Показатель	Группы обследованных		
	основная, n = 240	сравнения, n = 30	контрольная, n = 80
1. Грусть	1,79 \pm 0,03*	0,91 \pm 0,07	0,37 \pm 0,03
2. Пессимизм	1,37 \pm 0,12*	0,95 \pm 0,03	0,87 \pm 0,10
3. Чувство жизненного провала	1,69 \pm 0,09*	0,93 \pm 0,10	0,63 \pm 0,06
4. Неудовлетворенность	1,62 \pm 0,09*	0,87 \pm 0,04	0,34 \pm 0,13
5. Чувство вины	1,07 \pm 0,13*	0,79 \pm 0,06	0,28 \pm 0,07
6. Чувство наказания	1,75 \pm 0,11*	0,92 \pm 0,03	0,41 \pm 0,07
7. Неприязнь к себе	1,83 \pm 0,07*	0,89 \pm 0,04	0,26 \pm 0,10
8. Идеи самообвинения	1,34 \pm 0,11*	0,76 \pm 0,02	0,38 \pm 0,07
9. Суицидальные мысли	1,09 \pm 0,11*	0,63 \pm 0,05	0,12 \pm 0,03
10. Плаксивость	1,79 \pm 0,05*	0,94 \pm 0,10	0,56 \pm 0,09
11. Раздражительность	1,74 \pm 0,10*	0,95 \pm 0,10	0,63 \pm 0,11
12. Уход от контактов с другими, нарушение социальных связей	1,87 \pm 0,07*	1,17 \pm 0,09	1,21 \pm 0,11
13. Нерешительность	1,02 \pm 0,06*	0,72 \pm 0,11	0,38 \pm 0,12
14. Искривленный образ собственного тела	1,93 \pm 0,12**	1,48 \pm 0,12	1,34 \pm 0,14
15. Утрата трудоспособности	1,27 \pm 0,07**	0,95 \pm 0,08	1,46 \pm 0,05
16. Нарушение сна	1,13 \pm 0,13**	0,89 \pm 0,11	0,82 \pm 0,15
17. Быстрая утомляемость	1,47 \pm 0,08**	0,92 \pm 0,03	1,06 \pm 0,14
18. Потеря аппетита	1,37 \pm 0,10**	0,69 \pm 0,04	0,32 \pm 0,07
19. Потеря веса	1,37 \pm 0,11**	0,73 \pm 0,05	0,30 \pm 0,03
20. Озабоченность соматическими симптомами	1,42 \pm 0,10**	1,22 \pm 0,08	0,72 \pm 0,09
21. Утрата либидо	1,76 \pm 0,10**	1,39 \pm 0,10	1,26 \pm 0,09
Интегральный показатель	31,69 \pm 0,59*	19,7 \pm 0,15	13,72 \pm 0,35

Примечание. Отличия достоверны по отношению к группе сравнения (* — $p < 0,05$, ** — $p < 0,001$).

Учитывая полученные данные об отсутствии нарушений психического состояния у женщин контрольной группы (по шкалам К. Хека и Х. Хесса, а также Бека), дальнейшее изучение депрессивной симптоматики проводили среди женщин основной и сравнительной групп.

Анализ результатов оценки депрессии по шкале НАМ-D₂₁ позволил достоверно определить особенности клинических проявлений депрессивных расстройств у женщин, перенесших радикальную операцию на внутренних половых органах (табл. 2).

Статистически выраженные отличия ($p < 0,05$) были установлены для 10 из 18 симптомов шкалы, причем все они характеризовались высокими значениями у пациенток основной группы: работоспособность (31 %), отношение к заболеванию (33 %), общесоматические нарушения (47 %), соматическая тревога (51 %), психическая тревога (52 %), бессонница (64,4 %), подавленное настроение (69 %), ощущение вины (76 %), суицидальные тенденции (80 %), ипохондрия (85 %). По остальным симптомам статистически достоверных различий не выявлено.

Сравнительная оценка выраженности клинических проявлений депрессивных расстройств у пациенток, перенесших радикальную и органосохраняющую операции на внутренних половых органах

Симптомы и признаки, баллы	Группы обследованных		p
	основная, n = 240	сравнения, n = 30	
Подавленное настроение 0—4	2,71 ± 0,25	1,6 ± 0,23	< 0,01
Чувство вины 0—4	1,41 ± 0,15	0,8 ± 0,11	< 0,01
Суицидальные тенденции 0—4	1,28 ± 0,12	0,71 ± 0,08	< 0,01
Трудности при засыпании 0—2	1,15 ± 0,14	1,1 ± 0,9	> 0,05
Бессонница 0—2	1,6 ± 0,15	0,57 ± 0,07	< 0,01
Раннее пробуждение 0—2	1,05 ± 0,21	1,14 ± 0,1	> 0,05
Работоспособность 0—4	2,95 ± 0,23	2,25 ± 0,21	< 0,05
Заторможенность 0—4	2,08 ± 0,23	1,92 ± 0,15	> 0,05
Возбуждение 0—2	0,15 ± 0,05	0,14 ± 0,03	> 0,05
Психическая тревога 0—4	1,77 ± 0,18	1,16 ± 0,09	< 0,01
Соматическая тревога 0—3	1,55 ± 0,2	0,76 ± 0,1	< 0,01
Желудочно-кишечные соматические нарушения 0—2	0,9 ± 0,16	0,8 ± 0,18	> 0,05
Общесоматические нарушения 0—2	1,25 ± 0,16	0,85 ± 0,08	< 0,05
Половые нарушения 0—2	1,19 ± 0,22	0,84 ± 0,21	> 0,05
Ипохондрия 0—4	1,57 ± 1,28	0,85 ± 0,12	< 0,05
Потеря веса 0—2	1,02 ± 0,25	0,98 ± 0,22	> 0,05
Отношение к заболеванию 0—2	1,05 ± 0,09	0,79 ± 0,07	< 0,05
Суточные колебания состояния 0—2	1,25 ± 0,25	1,56 ± 0,31	> 0,05
Деперсонализация, дереализация 0—4	0	0	—
Параноидные явления 0—3	0	0	—
Навязчивость 0—2	0	0	—

Обобщенная характеристика выраженности симптомов по шкале Гамильтона (рис. 2) иллюстрирует большую степень выраженности отдельных признаков у женщин основной группы.

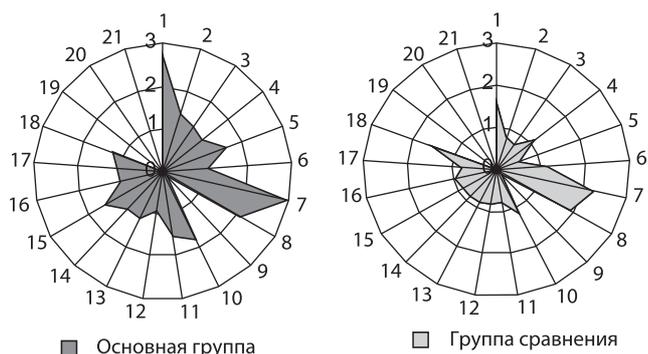


Рис. 2. Выраженность депрессивной симптоматики у женщин основной и сравнительной групп

Исследование информативности отдельных пунктов шкалы Гамильтона [18] выявило, что наиболее информативными оказались следующие: психическая тревожность (31,7 у больных группы сравнения и 42,3 — у женщин основной группы), работоспособность (соответственно 27,1 и 36,8), заторможенность (25,4 и 31,8), подавленное настроение (22,5 и 35,0). Необходимо отметить, что все коэффициенты имели более высокие

значения у пациенток основной группы — превышение от 0,33 до 3,7 раза (рис. 3).

Балльная оценка выраженности и определение коэффициентов информативности пунктов HAM-D₂₁ стали основанием для проведения кластерного анализа [19] и выделения четырех кластеров: *заторможенности* (подавленное настроение, работоспособность, заторможенность мышления), *нарушения мышления* (ощущение вины, суицидальные тенденции, возбуждение), *нарушения сна* (трудности засыпания, бессонница, раннее пробуждение), *тревоги и нарушения в соматической сфере* (психическая и соматическая тревога, желудочно-кишечные нарушения, общесоматические нарушения, ипохондрия).

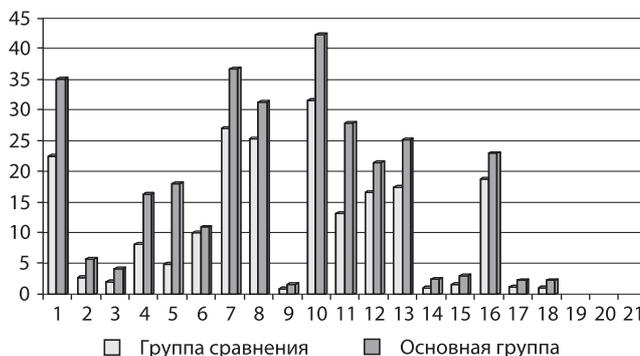


Рис. 3. Коэффициенты информативности пунктов шкалы HAM-D₂₁

Суммарная балльная оценка по выделенным кластерам выглядела следующим образом: «заторможенность» — 5,57 балла у пациенток группы сравнения и 7,74 балла у женщин основной группы, «нарушения мышления» — соответственно 1,65 и 2,84 балла, «нарушения сна» — 2,81 и 3,8, «тревога и нарушения в соматической сфере» — 4,42 и 7,04 (рис. 4). Расхождения статистически достоверны для всех кластеров ($p < 0,05$).

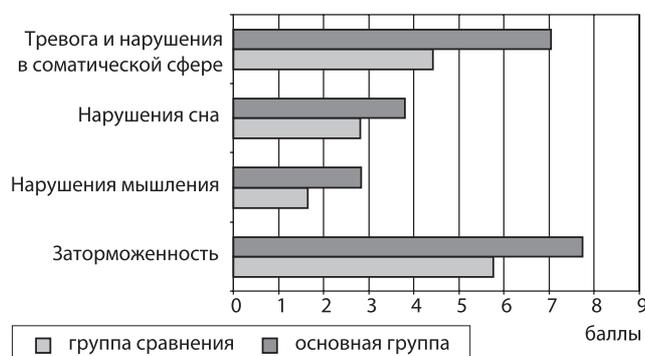


Рис. 4. Суммарная балльная оценка кластеров HAM-D₂₁ у женщин обеих групп

Результаты многофакторного корреляционно-регрессионного анализа [20] определили степень и характер корреляционной зависимости отдельных пунктов HAM-D₂₁ и типа перенесенного больными оперативного вмешательства (рис. 5). Сильная корреляционная связь установлена с симптомом бессонницы ($r = 0,74$), значительная связь ($r = 0,5—0,7$) — с симптомами подавленного настроения и соматической тревоги. Слабая обратная корреляционная связь была выявлена с симптомами раннего пробуждения и суточными колебаниями состояния.



Рис. 5. Коэффициенты корреляции балльной оценки пунктов HAM-D₂₁ с объемом оперативного вмешательства, перенесенного пациентками

При изучении психического состояния с помощью структурированного клинического интервью, результаты которого представлены в табл. 2, у всех женщин основной группы были выявлены те или иные невротические, аффективные или личностные расстройства.

Из представленных данных видно, что чаще всего у больных имели место расстройства адаптации,

ипохондрическое, демонстративное расстройства и дистимия. При этом отмечалась зависимость выявленных нарушений психического состояния женщин от их преморбидных особенностей. Так, при астено-невротическом преморбиде развивались неврастения и ипохондрический синдром, при истерическом — демонстративное расстройство личности и т. п.

У мужей больных женщин как личностная реакция на заболевание жены возникал легкий депрессивный эпизод, который был выявлен в $44,6 \pm 5,0$ % случаев.

Таблица 2
Клиническая структура психических расстройств у женщин основной и сравнительной групп (% \pm т)

Выявленные расстройства	Группы обследованных	
	основная, n = 240	сравнения, n = 30
Неврастения, F 48.0	10,8 \pm 3,1	6,7 \pm 2,5
Коитофобия, F 40.2	2,0 \pm 1,4	—
Пролонгированная депрессивная реакция F 43.21	8,9 \pm 2,8	—
Смешанная тревожная и депрессивная реакция F 43.22	13,2 \pm 3,4	16,7 \pm 3,7
Ипохондрическое расстройство, F 45.2	33,1 \pm 4,7	13,3 \pm 3,4
Легкий депрессивный эпизод, F 32.0	8,1 \pm 2,7	6,7 \pm 2,5
Дистимия, F 34.1	12,8 \pm 3,3	—
Демонстративное расстройство личности, F 60.4	11,1 \pm 3,1	3,3 \pm 1,8

У пациенток с неврастенией можно было с примерно одинаковой частотой выделить два ее типа, имеющих между собой много общего. Первый из них характеризовался жалобами на повышенную утомляемость при умственной работе, неэффективность мышления и связанное с этим снижение работоспособности и продуктивности труда. При втором типе преобладали жалобы на физическую слабость и истощаемостью. Помимо этого, все больные испытывали головокружение, головные боли напряжения и чувство общей неустойчивости. У многих из них отмечались озабоченность в связи со своим состоянием, раздражительность, ангедония, иногда подавленное настроение и тревога. Нередко был нарушен сон.

Основным проявлением ипохондрического расстройства была озабоченность пациенток своим, по их мнению, тяжелым соматическим состоянием. Они искали и находили у себя признаки какого-либо тяжелого заболевания или заболеваний, что вызывало у них достаточно выраженную депрессию и тревогу.

При легком депрессивном эпизоде наблюдались неуверенность в себе и снижение самооценки, порицание себя и неадекватное чувство вины, понижение аппетита и соответствующее изменение массы тела.

Дистимия у больных проявлялась постоянно сниженным настроением с признаками невротической или хронической тревожной депрессии. В дистимии включались депрессивный невроз и депрессивное расстройство личности. При этом соотношение между периодами легкой депрессии и относительно нормального состояния варьировало в широких пределах.

У больных с демонстративным расстройством личности наглядно проявлялись характерные для этого типа расстройства черты — поверхностность и лабильность эмоций, самодраматизация, театральность,

преувеличенное внешнее выражение чувств, не соответствующее истинному их переживанию, эгоцентричность, внушаемость, стремление всегда быть объектом внимания, вызывать восхищение и одобрение и в то же время невнимание к другим. Основанием для постановки диагноза демонстративного расстройства личности служит тот факт, что указанные черты у наших обследованных сочетались с наличием общих критериев данной патологии.

Таким образом, результаты исследования убедительно свидетельствуют, что у женщин с супружеской дезадаптацией, перенесших радикальное оперативное вмешательство на внутренних половых органах, имеют место нарушения психического состояния в виде расстройств депрессивного и тревожно-депрессивного спектра.

При скрининговом обследовании у всех женщин основной группы выявлена высокая вероятность наличия невротического расстройства, впоследствии подтвержденная как на субъективном (с помощью шкалы BDI), так и объективном (с помощью шкалы HAM-D₂₁) уровнях: данные по обоим шкалам подтвердили наличие тяжелой депрессивной симптоматики у больных основной группы. Математический анализ результатов, полученных по методике Гамильтона, выявил, что у женщин, перенесших гистерэктомию, значения 10 пунктов HAM-D₂₁ статистически достоверно превышают аналогичные показатели у женщин, перенесших органосохраняющую операцию. Кроме того, установлена сильная корреляционная связь между симптомами подавленного настроения, соматической тревоги и бессонницы с объемом перенесенной операции.

В целом результаты изучения психического состояния обследованных дают основание считать, что радикальное оперативное вмешательство на внутренних гениталиях у женщин в сочетании с супружеской дезадаптацией способствует формированию невротических и аффективных расстройств, в основном депрессивного и тревожно-депрессивного спектра.

Все вышеизложенное указывает на необходимость разработки и внедрения в клиническую практику реабилитации специальных медико-психологических мероприятий, направленных на стабилизацию психического состояния женщин, перенесших радикальные операции на внутренних половых органах.

Список литературы

1. Бижанова Д. Оставайтесь женщиной навсегда: как восстановить гармонию гормонов [Электронный ресурс] // Популярная медицина. Образовательный медицинский журнал. — 2005. — Т. 3, № 4. — Режим доступа: <http://www.consilium-medicum.com>.

2. Голота В. Я., Бенюк В. А. Гинекология. — М.: МЕДпресс-информ, 2005. — 480 с.

3. Казначеева Т. В. Состояние минеральной плотности костной ткани у женщин после гистерэктомии без придатков в репродуктивном возрасте: Автореф. дис. ... канд. мед. наук: спец. 14.00.01 — «Акушерство и гинекология». — М., 2008. — 24 с.

4. Доброхотова Ю. Э. Гистерэктомия в репродуктивном возрасте (системные изменения в организме женщины и методы их коррекции): Автореф. дис. ... д-ра мед. наук: спец. 14.00.01 — «Акушерство и гинекология». — М., 2000. — 36 с.

5. Рубченко Т. И. Клинико-метаболические последствия гистерэктомии и их гормональная коррекция: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук: спец. 14.00.01 — «Акушерство и гинекология». — М., 2000. — 45 с.

6. Кулаков В. И. и др. Гистерэктомия и здоровье женщины / В. И. Кулаков, Л. В. Адамян, С. И. Аскольская. — М.: Медицина, 1999. — 311 с.

7. Roseske N. C. Hysterectomy and other gynecological surgeries: a psychological view // Women's place in medical and psychological interfaces. — 2007. — V. 1. — P. 172—180.

8. Гут В. Г. Нервно-психические расстройства при доброкачественных опухолях матки и яичников (клинико-динамический и реабилитационный аспект): Автореф. дис. ... канд. мед. наук: спец. 14.00.01 — «Акушерство и гинекология». — Новокузнецк; Томск, 1988. — 21 с.

9. Gath D. et al. Hysterectomy and psychiatric disorders: level of psychiatric morbidity before and after hysterectomy // D. Gath, P. Cooper, A. Day // British Journ. Psychiatr. — 1982. — V. 140. — P. 335—350.

10. Менделевич В. Д. Клиническая медицинская психология. — М.: МЕДпресс, 1998. — 588 с.

11. Melody G. F. Depressive reactions following hysterectomy // Amer. Journ. Obstet. Gynaecol. — 1962. — V. 83. — P. 410—413.

12. Garsia C-R. et al. Uterine fibroids: Treat — or ignore? / C-R. Garsia, S. M. Pfeifer, E. E. Wallach // Patient Care. — 1997. — Jan. 15. — P. 48—55.

13. Оспирова А. А., Казначеева Т. В. Фитоэстрогены в реабилитации женщин после гистерэктомии // Проблемы репродукции. — 2007. — № 5. — С. 93—98.

14. Терешкина Е. Б. и др. Особенности личности женщин репродуктивного возраста после хирургического лечения миомы матки / Е. Б. Терешкина, И. С. Бокша, О. К. Савушкина, Г. Ш. Бурбаева // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 2001. — № 7 — С. 51—53.

15. Райгородский Д. Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты. — Самара: Изд. дом «БАХРАХ-М», 2002. — 672 с.

16. Подкорытов В. С., Чайка Ю. Ю. Депрессии (Современная терапия). — Харьков: Торнадо, 2003. — 350 с.

17. Hamilton M. A rating scale for depression // Journal Neurology, Neurosurgery and Psychiatry. — 1960. — V. 27. — P. 56—62.

18. Гублер Е. В. Вычислительные методы анализа и распознавания патологических процессов. — М.: Медицина, 1978. — 294 с.

19. Лапач С. Н. и др. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel / С. Н. Лапач, А. В. Чубенко, П. Н. Бабич. — К.: Морион, 2000. — 320 с.

20. Факторный, дискриминантный и кластерный анализ / Дж.-О. Ким, Ч. Мюллер, У. Клекка: Пер. с англ. / Под ред. И. С. Енюкова. — М.: Финансы и статистика, 1989. — 215 с.

Надійшла до редакції 21.01.2009 р.

В. В. Свіридова

Психічний стан жінок, що перенесли операції на внутрішніх статевих органах

Донецький національний медичний університет ім. М. Горького (м. Донецьк)

В роботі наведені дані порівняльного аналізу психічного стану жінок, що перенесли радикальні та органозберігаючі оперативні втручання на внутрішніх геніталіях. Встановлено, що усі жінки, що перенесли гистеректомію, страждають на психічні розлади депресивного або тривожно-депресивного спектра. Зроблено висновок про необхідність розроблення заходів медико-психологічного супроводження та впровадження їх в комплекс реабілітації жінок, що перенесли видалення внутрішніх статевих органів.

V. V. Svirydova

Mental condition of women which carried operations on sexual internals

Donets'k National medical University named after M. Gor'ky (Donets'k)

In-process information of comparative analysis of mental condition of women which carried radical and non-radical operative interferences on internal genitalia was resulted. It is set that all women which carried gisterectomy suffer on psychological disorders of depressive or anxious-depressive spectrum. A conclusion about the necessity of development of measures of medical-psychological accompaniment and introduction of them for the complex of rehabilitation of women which carried the delete of sexual internals is done.