

# Зміни психосоматичного стану жінок, що готуються до оперативного втручання на матці

**М.Л. Гомон**

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

Метою дослідження було обстеження психосоматичного стану хворих, яким призначено оперативне лікування захворювань матки в об'ємі надпівкової ампутації матки з додатками та без них, екстирпації матки, тотальної ампутації матки. Обстежено 43 хворих в умовах гінекологічного відділення, які були розділені на дві групи. Перша (1-а) група з 22 хворих не мала супутньої патології інших систем та отримала стандартну передопераційну підготовку; 2-га група з 21 хворою мала супутньою патологією серцево-судинної системи також отримала стандартну передопераційну підготовку. Виявлені психосоматичні розлади в обох групах пацієнток в день госпіталізації та наростання їх до дня оперативного втручання. Максимальний ріст психосоматичних розладів виявлений в групі хворих із супутньою патологією серцево-судинної системи. Установлено, що сучасний стан справ зі спорадичною психосоматичною корекцією седативними та анксиолітичними препаратами короткотривалої дії є недостатнім для адекватної передопераційної підготовки. Рекомендовано розробити методики передопераційної підготовки, спрямованих на попередження виявлених психосоматичних розладів перед оперативним втручанням з використанням препаратів більш тривалої дії.

**Ключові слова:** психосоматичний стан жінок, передопераційна підготовка.

Розлади психоемоційної сфери розвиваються на тлі змін емоцій, настрою, почуттів. Виявлені зміни мають як прямий, так і зворотний зв'язок з усіма органами і системами організму, бо зароджуються в центральній нервовій системі і контролюють усю життєдіяльність, формуючи при тривалому розладі психоемоційної сфери так звані психосоматичні захворювання [5, 9]. В умовах сьогодення в структурі різних методів лікування генітальної патології хірургічні методи лікування становлять близько 40%. [1, 6]. Основними показниками оперативного лікування є поєднана патологія матки: лейоміома матки, ендометріоз, гнійно-запальні процеси, опущення і випадання внутрішніх статевих органів. Профілактика психосоматичних розладів перед оперативним втручанням, протекція порушень під час операції, післяопераційних ускладнень є достатньо вивченою проблемою в сучасній гінекології [3, 7]. У той самий час, частота різних ускладнень переважно запального генезу, є підвищеною за наявності різних чинників ризику, до яких відноситься психосоматичний стрес, вік та присутність супутніх захворювань. Така ситуація вимагає додаткового вивчення і розроблення ефективного комплексу лікувально-профілактичних заходів [2]. В адекватному сприйнятті необхідності та реальних ризиків оперативного втручання зацікавлені як хворий, так і лікарі, адже це суттєво підвищує ефективність лікування як проблеми, так і самого процесу досягнення мети [8]. Невизначеність перспективи перенесення оперативного втручання та страх відлякують пацієнтів від переваг хірургічного лікування та погіршують результати його за рахунок росту кількості периопераційних ускладнень [10].

**Мета дослідження:** встановити зміни психосоматичного стану жінок, що готуються до оперативного втручання на матці.

## МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Обстежено 43 хворих в умовах гінекологічного відділення, яким призначено оперативне лікування захворювань матки в об'ємі надпівкової ампутації матки з додатками та без них, екстирпації матки, тотальної ампутації матки. Обстежені хворі були розділені на дві групи: 1-а група (21 хвора) – жінки без супутньої патології інших систем та зі стандартною передопераційною підготовкою, 2-га група (21 хвора) – жінки з супутньою патологією серцево-судинної системи та стандартною передопераційною підготовкою. Хворим проводили стандартну премедикацію за 30–40 хв до оперативного втручання, яка включала атропін в дозі 0,5–1,0 мл, димедрол 1% – 1,0 мл, сибазон 0,5% – 2,0 мл внутрішньом'язово. Частині хворих за відсутності сну після 24.00 чи вираженому психоемоційному стресі внутрішньом'язово вводили 1,0 мл 1% димедролу або 2,0 мл 0,5% сибазону. У хворих із супутньою патологією серця при підвищенні артеріального тиску на 30% вище фізіологічного використовували додаткову дозу гіпотензивних препаратів, які отримувала жінка системно. Досліджувані групи хворих рандомізовані за віком, патологією та об'ємом оперативних втручань. Для оцінювання ступеня передопераційного стресу враховували: частоту додаткової сесії або збільшення дози гіпотензивних препаратів; самооцінку стану хворого (SOC); визначення характеру та тривалості сну перед оперативним втручанням (при скороченні менше ніж 8 год/добу та прокиданні понад 2 разів вважали недостатнім) (Son); шкала тривоги Кові (Covi) [11]; визначення інтегрального гемодинамічного показника (G) [4]; визначення характеру компенсації супутніх захворювань, які могли впливати на гемодинаміку та стан психіки хворого (Pat\_c).

У дослідження не включали (критерій виключення) хворих з декомпенованою серцевою недостатністю, патологією м'язової системи, цукровим діабетом, злоякісними пухлинами.

Статистичне оброблення результатів проводили з використанням методів параметричного аналізу. Для визначення достовірності відмінностей між групами за аналізованим показником використовували t-критерій Стьюдента. Рівень достовірності коефіцієнта оцінювали стандартним способом і вважали прийнятним при  $p < 0,05$ .

## РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Отримані результати стартового суцільного обстеження хворих (групи 1+2) наведені в табл. 1. З результатів дослідження видно, що 74% пацієнтів на момент госпіталізації мали сильні переживання, які створювали відчуття дискомфорту. Крім цього, емоційна невідновленість виражено впливала на деякі досліджувані психосоматичні показники. Так, 44% пацієнтів мали проблеми зі сном; ступінь тривожності стану за шкалою Кові не виходив за межі патологічних показників, проте і не був нульовим ( $1,9 \pm 0,3$  бала); інтегральний гемодинамічний показник склав  $2,9 \pm 0,3$ , що свідчить про його гіперкінетичний характер.

Таблиця 1

**Виразеність психосоматичного стану гінекологічних хворих під час госпіталізації в стаціонар на хірургічне лікування**

Показник	1-а група, n=22 (%)	2-а група, n=21 (%)	(1+2)/2-а група, n=43 (%)
Самооцінка (SOC) осіб	14 (64)	18 (86)	32 (74)
Сон (Son) осіб	8 (36)	11 (52)	19 (44)
Шкала тривоги Кові (Covi), бали	1,4±0,1	2,3±0,4	1,9±0,3
Інтегральний гемодинамічний показник (G)	2,4±0,2	3,4±0,3	2,9±0,3
Ступінь компенсації супутньої патології (Pat_c) осіб	0 (0)	13 (62)	13 (31)

Примітки: \* – p<0,05 в порівнянні з 1-ю групою.

Таблиця 2

**Виразеність психосоматичного стану гінекологічних хворих за день до операції**

Показник	1-а група, n=22 (%)	2-а група, n=21 (%)	(1+2)/2-а група, n=43 (%)
Самооцінка (SOC) осіб	19 (86)	20 (95)	39 (91)
Шкала тривоги Кові (Covi), бали	3,1±0,5	4,1±0,6	3,6±0,6
Інтегральний гемодинамічний показник (G)	3,2±0,3	4,7±0,5	4,0±0,3
Ступінь компенсації супутньої патології (Pat_c) осіб	0 (0)	17 (81)	17 (40)

Примітки: \* – p<0,05 у порівнянні з 1-ю групою.

Таким чином, суцільне обстеження хворих, яких госпіталізують у стаціонар для оперативного лікування в зв'язку з патологією матки, виявило проблему психоемоційного стресу у переважної більшості пацієнток, що потребувало корекції.

Слід зазначити, що дані показники були вірогідно вищі у пацієнток з супутньою патологією серцево-судинної системи. Так, 64% пацієнток 1-ї групи відчували надмірне хвилювання в зв'язку з майбутнім лікуванням, в 2-й групі – в 86%; порушення сну виявлено лише в 36% пацієнток 1-ї групи, тоді як в 2-й групі воно виявлено в 52%; виразеність тривожного стану була вірогідно вищою в 2-й групі – склала 2,3±0,4 бала, що корелювало з вірогідно вищими цифрами інтегрального гемодинамічного показника – 3,4±0,3. У 62% пацієнтів 2-ї групи виявлені відхилення функціональних показників супутньої патології серцево-судинної системи більш як на 20% від фонових або додатково підвищення дози підтримувальної терапії.

Таким чином, у пацієнтів із супутньою патологією серцево-судинної системи чи іншою патологією, яка вимагає використання гіпотензивної терапії, виразеність психоемоційного стресу вірогідно вища в порівнянні з пацієнтками без супутньої патології, і відповідно потребує більш інтенсивної корекції.

Визначена динаміка психоемоційного стресу у пацієнток обох груп. Дослідження наведених вище показників проводили ввечері за день до операції перед проведенням підготовчих процедур (очищення кишечника) та вранці в день оперативного

втручання. Отримані результати свідчать (табл. 2) про ріст виразеності психоемоційного стресу та соматичних розладів як за силою, так і за кількістю хворих. Так, у переддень оперативного втручання відзначено кількісне і якісне зростання більшості досліджуваних показників у пацієнтів 1-ї та 2-ї груп, а саме 86% та 95% пацієнток обох груп зазначили надмірне хвилювання, що значно збільшилось у порівнянні з днем госпіталізації (відповідно 64% та 86%). Відзначався також вірогідний ріст виразеності тривожності стану (Covi) в групах відповідно до 3,1±0,5 і 4,1±0,6 бала та вірогідне збільшення інтегрального гемодинамічного показника (G) до 3,2±0,3 і 3,7±0,4 відповідно. Вірогідні зміни інтегрального гемодинамічного показника свідчать, що даний критерій найбільш чутливий до мінімальних змін гемодинаміки в близькому до фізіологічного діапазоні. Середні показники по двох групах у переддень оперативного втручання також були більшими від дня госпіталізації. Таким чином, в обох групах хворих відзначено зростання негативних показників психосоматичного статусу, більше в пацієнток 2-ї групи, що вимагає призначення коригувальної терапії та передопераційної підготовки не в день операційного втручання, а значно раніше, особливо пацієнток із супутньою патологією серцево-судинної системи.

Досліджувані показники перед оперативним втручанням наведені в табл. 3. У день оперативного втручання (перед операцією) відзначено подальше кількісне і якісне зростання досліджуваних показників у пацієнтів 1-ї та 2-ї груп. Перед операцією 98% пацієнтів висловлювали хвилювання, 63% за-

Таблиця 3

**Виразеність психосоматичного стану гінекологічних хворих в день оперативного втручання**

Показник	1-а група, n=22 (%)	2-а група, n=21 (%)	(1+2)/2-а група, n=43 (%)
Частота додаткової седації/гіпотензивні препарати	7 (32)	14 (67)	21 (49)
Самооцінка (SOC) осіб	21 (96)	21 (100)	42 (98)
Сон (Son) осіб	12 (55)	15 (71)	27 (63)
Шкала тривоги Кові (Covi), бали	3,4±0,5	4,8±0,6	4,1±0,6
Інтегральний гемодинамічний показник (G)	3,7±0,4	4,9±0,4	4,3±0,4
Ступінь компенсації супутньої патології (Pat_c) осіб	0 (0)	20 (95)	20 (47)

Примітки: \* – p<0,05 в порівнянні з 1-ю групою.

значили проблеми зі сном, 49% використовували заспокійливі засоби. Таким чином, перед операцією в середньому половина емоційно неврівноважених пацієнтів мали негативний вплив на соматичні функції. Серед якісних критеріїв відзначено ріст тривожності стану (Covi) в групах відповідно до  $3,4 \pm 0,5$  і  $4,8 \pm 0,6$  бала та вірогідне збільшення інтегрального гемодинамічного показника (G) до  $3,7 \pm 0,4$  і  $4,9 \pm 0,4$  відповідно. Більшість (95%) пацієнтів 2-ї групи мали зміни в перебігу фонового (супутного) хронічного захворювання.

Таким чином, сучасний стан передопераційної підготовки та премедикації з використанням різних препаратів з седативною дією та короткотривалою анксиолітичною дією не забезпечують достатньої корекції психоемоційного стресу та розладів соматичних функцій, що проявляється в їх рості до дня оперативного втручання як у хворих із супутньою патологією серцево-судинної системи, так і без неї.

**Изменения психосоматического состояния женщин, готовящихся к оперативному вмешательству на матке**  
**Н.Л. Гомон**

Целью исследования было обследование психосоматического состояния больных, которым назначено оперативное лечение заболеваний матки в объеме надвлагалищной ампутации матки с придатками и без них, экстирпации матки, тотальной ампутации матки. Обследовано 43 больных в условиях гинекологического отделения, которые были разделены на две группы. Первая группа (1-я) из 22 больных не имела сопутствующей патологии других систем и получила стандартную предоперационную подготовку. 2-я группа из 21 больной имела сопутствующую патологию сердечно-сосудистой системы, также получила стандартную предоперационную подготовку. Выявлено нарастание психосоматических расстройств в обеих группах пациенток со дня поступления до дня оперативного вмешательства. Максимальный рост психосоматических расстройств обнаружен в группе больных с сопутствующей патологией сердечно-сосудистой системы. Установлено, что современное состояние дел с спорадической психосоматической коррекцией седативными и анксиолитическими препаратами кратковременного действия недостаточно для адекватной предоперационной подготовки. Рекомендовано разработать методики предоперационной подготовки, направленные на предупреждение выявленных психосоматических расстройств с использованием препаратов более длительного действия.  
**Ключевые слова:** психосоматическое состояние женщины, предоперационная подготовка.

**ВИСНОВКИ**

1. Сучасний стан справ з відсутністю регламентованої концепції передопераційної підготовки пацієнток до оперативних втручань на матці характеризується вираженими психосоматичними відхиленнями у цих пацієнток, які бажано коригувати перед оперативним втручанням.

2. Максимальна вираженість психосоматичних розладів найбільша у пацієнтів із супутньою патологією серцево-судинної системи.

3. Використання препаратів з короткотривалою седативною та анксиолітичною дією не забезпечують достатньої корекції психосоматичного статусу, що проявляється в їх рості до дня оперативного втручання.

У подальшому рекомендовано розробити методики передопераційної підготовки, спрямованих на попередження виявлених психосоматичних розладів перед оперативним втручанням.

**Changes psychosomatic condition of women preparing for surgery on the uterus**  
**M.L. Gomon**

Aim of this study was to investigate the psychosomatic condition of the patients, which is scheduled surgical treatment of diseases of the uterus in volume supravaginal hysterectomy with appendages and without them, hysterectomy, total hysterectomy. We examined 43 patients of the gynecological department, who were divided into 2 groups. The first group of 22 patients had comorbidities other systems and received a standard preoperative preparation. 2nd group of 21 patients had comorbidities cardiovascular system, also received a standard preoperative preparation. Found growth of psychosomatic disorders in both groups of patients from the day of admission to the day of surgery. Maximum increase of psychosomatic disorders was found in patients with concomitant diseases of the cardiovascular system. Found that the current state of affairs with sporadic psychosomatic correction by short sedative and anxiolytic drug action aren't enough for adequate preoperative preparation. Encouraged to develop methods of preoperative preparation, aimed at the prevention of psychosomatic disorders with using long-term medication.

**Key words:** psychosomatic status of women, preoperative preparation.

**Сведения об авторе**

**Гомон Николай Лонгинович** – Винницкий национальный медицинский университет имени Н.И. Пирогова, 21036, г. Винница, ул. Медведова, 9/85; тел.: (067) 724-31-07; (063) 778-06-60. E-mail: mgomon@meta.ua

**СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ**

1. Берлев И.В. Лапароскопическая миомэктомия. Клиническая эффективность и результаты лечения у женщин репродуктивного возраста. С.В. Кузнецов, А.С. Иванов. // Журнал акушерства и женских болезней. – 2009. – Т. LVIII № 5. – С. 110–111.  
2. Бойко В.І. Профілактика післяопераційних ускладнень у гінекологічних хворих старших вікових груп /В.І. Бойко, Н.І. Терехова// Здоровье женщины. – 2011. – № 1 (57). – С. 201–202.  
3. Жегулович В.Г., Товстановська В.О., Воробей-Вихівська В.М. Органозберігаюча тактика лікування фіброміоми матки // Здоровье женщины. – 2010. – № 1 (47). – С. 26–27.  
4. Гомон М.Л. Оптимізація анестезіологічного забезпечення оперативних втручань в абдомінальній хірургії/ М.Л. Гомон // Біль, знеболювання та інтенсивна терапія. – Київ, 2013. – № 2 (д). – С. 108–111.  
5. Захарченко Н.Ф., Ковбасий В.П., Коваленко Н.В. Характеристика психологических типов личности при доброкачественных гиперпролиферативных заболеваниях репродуктивной системы женщины // Здоровье женщины. – 2010. – № 2 (48). – С. 133–136.  
6. Камінський В.В. Сучасні методи діагностики та малоінвазивного опе-

ративного втручання при лейоміомі матки /В.В. Камінський, В.В. Дунаєвська // Педіатрія, акушерство і гінекологія. – 2013. – № 3. – С. 86–91.  
7. Кузаменська М.Л. Клінічні аспекти консервативної міомектомії // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2010. – № 2 [438]. – С. 92–94.  
8. Назаров И.П. Пролонгированная стресс-протекция как метод защиты от хирургической агрессии: [Электрон. ресурс]. – Режим доступа: <http://rusanesth.com/stati/obshhaya-a-nesteziologya/17.html>  
9. Подольський В.В. Психоемоційний стан жінок фертильного віку з розладами репродуктивного здоров'я, які мешкають в сільській місцевості /В.В. Подольський, Вл.В. Подольський, А.Л. Каграманян, А.В. Новиченко // Здоровье женщины. – 2011. – № 3 (89). – С. 138–142.  
10. Федорченко Г.В. Особливості психоемоційно стану жінок, оперованих на щитоподібній залозі під час вагітності/ Г.В. Федорченко, В.В. Баранова, Ю.В. Давидова //Здоровье женщины. – 2011. – № 5 (61). – С. 179–181.  
11. Covi L, Lipman R, McNair D.M., Crezlinzky T. Symptomatic volunteers in multicenter drug trials. Prog Neuropsychopharmacol. 1979; 3: 521.

Статья поступила в редакцию 22.07.2014