

# Динаміка психоемоційних змін після функціонально-щадних гінекологічних операцій

О. Т. Ткаченко

Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика,  
м. Київ

**Мета дослідження:** аналіз динаміки психоемоційних змін після функціонально-щадних гінекологічних операцій.

**Матеріали та методи.** За результатами клініко-статистичного дослідження первинної медичної документації гінекологічного стаціонару викопіювані дані з 520 історій хвороби гінекологічних хворих, яким виконували функціонально-щадні операції. Було проаналізовано структуру і динаміку гінекологічних захворювань, визначено питому вагу органозберігаючих операцій з різними видами доступів і об'єму хірургічного лікування. З цієї групи гінекологічних хворих була відібрана (з дотриманням правил статистичної і клінічної вибірки) основна група (224 жінки) і група порівняння (108 жінок), яка була розділена на дві підгрупи (після радикальних операцій і після консервативної терапії), порівнянних за віком, стадією і тяжкістю захворювання.

Критеріями включення в основну групу були жінки зі специфічними гінекологічними захворюваннями (опущення передньої і задньої стінки піхви II, III ступеня, з елонгацією шийки матки, цистоцеле і ректоцеле; міомою матки різної форми і розмірів (до 16–17 тижнів вагітності); доброякісні утворення придатків матки та апоплексією яєчників у жінок репродуктивного періоду).

У процесі комплексного дослідження використовували сучасні та адекватні методи клініко-статистичного, медико-соціального, клінічного, психологічного дослідження з оцінюванням ефективності та аналізом динаміки показників якості життя.

**Результати.** Встановлений кореляційний зв'язок між видом операційного доступу і вираженістю реактивної та особової тривожності (за шкалою Ч. Д. Спілбергера). Висока реактивна тривожність відзначена у більшості жінок після череворозтину по Пфанненштілью і в оперованих вагінальним доступом, ніж у жінок після лапароскопічних операцій. Виражена реактивна та особова тривожність до операції наголошувалося у 58,9 % жінок, через півроку після операції зберігалася у 57,6 %, а у відділеному періоді відзначено лише у 24,3 % жінок. До операції важкий ступінь синдрому (за шкалою модифікованого менопаузального індексу Купермана) менопаузи спостерігалася у більшості (79,5 %) жінок, через півроку після операції важкий ступінь спостерігався лише у 15,4 % жінок, а у віддаленому періоді – у 5,1 % жінок, що свідчить про ефективність функціонально-щадних операцій.

Психоемоційні, нейровегетативні, обмінно-ендокринні порушення виражені в більшій частині жінок після радикальних гінекологічних операцій (13,6 %) порівняно з жінками після органозберігаючих операцій (8,0 %) і у пацієнток після консервативної терапії (2,4 %) ( $p < 0,05$ ). Клінічно виражена тривога і депресія (за шкалою М. Гамільтона) виражена більше у жінок до операції (11,6 %). Через півроку і у віддаленому періоді після операції цей показник значно знизився (1,2 %) ( $p < 0,05$ ).

Доведено, що у жінок після лапароскопічних операцій психоемоційний стан сприятливіший ( $64,3 \pm 1,2$  бала) порівняно зі станом у жінок після операцій череворозтину по Пфанненштільо ( $60,9 \pm 2,1$  бала) і після вагінальних операцій ( $59,7 \pm 1,3$  бала; при  $p < 0,05$ ). Проте після функціонально-щадних операцій у всіх жінок зберігається в незначній мірі дратівливість, страх, занепокоєння та інші психоемоційні прояви.

**Висновки.** При використанні спеціалізованих психологічних шкал виявлені закономірності, що свідчать про виражену реактивну тривожність, депресії, ознаки клімактеричного синдрому (нейровегетативних, метаболічних і психоемоційних змін), які залишаються після операції (до 6 міс) і різко знижуються у віддаленому періоді (після 2 років), що сприяє значному поліпшенню психоемоційного стану, самооцінки здоров'я і якості життя.

**Ключові слова:** психоемоційні зміни, порівняльний аналіз, органозберігаючі операції, репродуктивний вік.

Проведення органозберігаючих гінекологічних операцій має бути направлено не лише на збереження репродуктивної функції, а й на досягнення ефективності лікування з поліпшенням якості життя (ЯЖ) [1–3]. Це зумовлює необхідність проведення порівняльного аналізу ефективності функціонально-щадних операцій при різних гінекологічних захворюваннях з оцінкою динаміки показників ЯЖ до і після оперативних втручань [4–6].

При обґрунтуванні і вдосконаленні організаційно-клінічних форм спеціалізованої медичної допомоги необхідно провести аналіз показників якості соціальної, медичної та економічної ефективності [7–9]. Доцільним є використання методів прогнозування з оцінкою ефективності функціонально-щадних операцій, які проводять на етапах лікування і реабілітації, що забезпечує необхідну ЯЖ [10–11].

Саме тому аналіз результатів порівняльного аналізу психоемоційних змін у жінок на різних етапах лікування після функціонально-щадних гінекологічних операцій є достатньо актуальним.

**Мета дослідження:** оцінити динаміку психоемоційних змін після функціонально-щадних гінекологічних операцій.

## МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

За результатами клініко-статистичного дослідження первинної медичної документації гінекологічного стаціонару вкопійовані дані з 520 історій хвороби гінекологічних хворих, яким виконували функціонально-щадні операції. Була проаналізована структура і динаміка гінекологічних захворювань, визначалася питома вага органозберігаючих операцій з різними видами доступів і об'єму хірургічного лікування. З цієї групи гінекологічних хворих була відібрана (з дотриманням правил статистичної і клінічної вибірки) основна група (224 жінки) і група порівняння (108 жінок), яка була розподілена на дві підгрупи (після радикальних операцій і після консервативної терапії), порівнянних за віком, стадією і тяжкістю захворювання.

*Критерії включення* в основну групу жінок зі специфічними гінекологічними захворюваннями:

- опущення передньої і задньої стінки піхви II, III ступеня, з елонгацією шийки матки, цистоцеле і ректоцеле;
- міома матки різної форми і розмірів (до 16–17 тиж вагітності);
- доброякісні утворення придатків матки;
- апоплексія яєчників у жінок репродуктивного віку.

У процесі комплексного дослідження використовували сучасні та адекватні методи клініко-статистичного, медико-соціального, клінічного, психологічного дослідження з оцінкою ефективності та аналізом динаміки показників ЯЖ.

## **РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ**

Проведений порівняльний аналіз клініко-функціональних і психоемоційних станів у жінок на різних етапах спостереження свідчить, що більше половини гінекологічних хворих (53,4 %) скаржилися на наявність больового синдрому внизу живота різної інтенсивності. Виявлені тривалі терміни прояву болю до госпіталізації (протягом місяця до госпіталізації біль відзначали 61,3 % жінок, а 15,3 % – протягом більше ніж півроку).

Виявлений прямий кореляційний зв'язок між тривалістю больового синдрому і ступенем задоволеності ЯЖ ( $r = 0,7$ ;  $p < 0,001$ ). Через 6 міс після операції періодичний тягучий біль внизу живота відзначали лише 24,7 % жінок, а у віддаленому періоді – 18,6 % жінок. Майже у половини хворих (45,2 %) в анамнезі відзначено порушення менструального циклу, а 31,9 % жінок порушення менструального циклу непокоїло більше 6 міс, що значно погіршувало показники ЯЖ та їхній психоемоційний стан ( $r = 0,6$ ;  $p < 0,001$ ). При одночасному прояві цих симптомів у 64,5 % госпіталізованих жінок значно погіршувалися показники фізичного функціонування, ступеня соціальної адаптації, здібність до самообслуговування, загальний психоемоційний фон і стан здоров'я ( $p < 0,01$ ).

При порівняльному аналізі достовірно доведено, що після функціонально-щадних операцій загальні показники ЯЖ на етапах спостереження покращувалися (до операції –  $62,1 \pm 0,8$  бала; через 6 міс –  $69,8 \pm 1,0$  бала; після операції через 2 і більше років –  $74,9 \pm 1,4$  бала при  $p < 0,001$ ,  $F = 28,9 = 14,5$ ). У віддаленому періоді значно більшу питому вагу становлять жінки зі зменшенням клінічних патологічних станів, поліпшенням загального самопочуття і сприятливішими показниками ЯЖ за основними видами функціонування (фізичного, соціальної адаптації, профілактичної активності, психоемоційного благополуччя в сім'ї, клінічних проявів і загальної задоволеності ЯЖ і станом здоров'я).

Показники ефективності функціонально-щадних операцій з урахуванням видів операційного доступу свідчать про достовірну перевагу лапароскопічного доступу по всіх видах функціонування (порівняно з череворозтином і вагінальним доступом), особливо за сумарною шкалою оцінки ЯЖ, по психоемоційному благополуччю, по соціально-побутовій адаптації і здібності до самообслуговування, по задоволеності наданням медичної допомоги (зокрема гінекологічною допомогою) і загальній суб'єктивній оцінці стану здоров'я ( $p < 0,001$ ).

При використанні спеціалізованих психологічних шкал виявлені закономірності, що свідчать про виражену реактивну тривожність, депресію, наявність ознак клімактеричного синдрому (нейровегетативних, метаболічних і психоемоційних змін), які залишаються після операції (до 6 місяців) і різко знижуються у віддаленому пе-

роді (2 роки і більше), що сприяє значному поліпшенню психоемоційного стану, суб'єктивної оцінки здоров'я та ЯЖ.

Встановлено кореляційний зв'язок між видом операційного доступу і вираженістю реактивної та особової тривожності (за шкалою Ч. Д. Спілбергера). Висока реактивна тривожність відзначена у більшій частини жінок після череворозтину по Пфанненштілю і в оперованих вагінальним доступом, ніж у жінок після лапароскопічних операцій.

Виражена реактивна і особова тривожність до операції наголошувалося у 58,9 % жінок, через півроку після операції зберігалася у 57,6 %, а у віддаленому періоді відзначено лише у 24,3 % жінок. До операції важкий ступінь синдрому (за шкалою модифікованого менопаузального індексу Купермана) менопаузи спостерігався у більшості (79,5 %) пацієнток, через півроку після операції важкий ступінь спостерігався лише у 15,4 % жінок, а у віддаленому періоді – у 5,1 % жінок, що свідчить про ефективність функціонально-щадних операцій.

Психоемоційні, нейровегетативні, обмінно-ендокринні порушення виражені у більшій частині жінок після радикальних гінекологічних операцій (13,6 %) порівняно з жінками після органозберігаючих операцій (8,0 %) і у пацієнток після консервативної терапії (2,4 %) ( $p < 0,05$ ). Клінічно виражена тривога і депресія (за шкалою М. Гамільтона) виражена більше у жінок до операції (11,6 %). Через півроку і у віддалений період після операції цей показник значно знизився (1,2 %) ( $p < 0,05$ ). Доведено, що у жінок після лапароскопічних операцій психоемоційний стан сприятливіший ( $64,3 \pm 1,2$  бала) порівняно зі станом у жінок після операцій череворозтину по Пфанненштілю ( $60,9 \pm 2,1$  бала) і після вагінальних операцій ( $59,7 \pm 1,3$  бала; при  $p < 0,05$ ).

Проте після функціонально-щадних операцій у всіх жінок зберігається в незначній мірі дратівливість, страх, занепокоєння та інші психоемоційні прояви.

## ВИСНОВКИ

При використанні спеціалізованих психологічних шкал виявлені закономірності, що свідчать про виражену реактивну тривожність, депресії, ознаки клімактеричного синдрому (нейровегетативних, метаболічних і психоемоційних змін), які залишаються після операції (до 6 міс) і різко знижуються у віддаленому періоді (після 2 років), що сприяє значному поліпшенню психоемоційного стану, самооцінки здоров'я і якості життя.

### Dynamics of psycho-emotional changes after functionally sparing gynaecological operations O. T. Tkachenko

**The objective:** to estimate the dynamics of psycho-emotional changes after functionally sparing gynaecological operations.

**Materials and methods.** As a result of clinical-and-statistical research of primary medical document of gynaecological permanent establishment of copies information from 520 medical histories of gynaecological patients, which was executed functionally-sparing operations. A structure and dynamics of gynaecological diseases was analysed, the specific weight of organ-preserving operations was determined with the different types of accesses and volume of surgical treatment. From this group of gynaecological patients a basic group (224 women) and group of comparison (108 women), which parted on 2 sub-groups (after radical operations and after conservative therapy), was selected (with the observance of rules of statistical and clinical selection), comparable on age, by the stage and severity of disease. Plugging criteria in a basic

group were women with specific gynaecological diseases (prolapsus of front and back wall of vagina II, III degree, from the elongation of cervix, cystocele and rectocele; by the uterine fibroids of different form and sizes (to 16–17 weeks pregnancy); of high quality formations of appendages of uterus and by the ovarian apoplexy for the women of reproductive period).

In the process of complex research modern and adequate methods were used clinical-and-statistical, medical-and-social, clinical, psychological research with the estimation of efficiency by the analysis of dynamics of indexes of quality of life.

**Results.** Cross-correlation connection is set between the type of operating access and expressed of reactive and personal anxiety (after a scale Ch.D. Spilbergera). A high reactive anxiety is marked at greater part of women after Pfannenshtiel incision and in operated by vaginal access, what for women after laparoscopic operations. A reactive and personal anxiety is expressed to the operation it was marked in 58,9 % women, through a half-year after an operation saved in 57,6 %, and in the separated period it is marked only in 24,3 % women. To the operation severe degree of syndrome (after a scale of Kupperman menopausal index) of menopause observed in most (79,5 %) women, through a half-year after an operation a severe degree was observed only in 15,4 % women, and in a remote period in 5,1 % women, that testifies to efficiency functionally sparing operations.

Psycho-emotional, neurovegetative, exchange-endocrine violations are expressed at greater part of women after radical gynaecological operations (13,6 %) as compared to women after organ-preserving operations (8,0 %) and for patients after conservative therapy (2,4 %) ( $p < 0,05$ ). The clinically expressed alarm and depression (after a scale of M. Gamilton) is expressed anymore for women to the operation (11,6 %). Through a half-year and in a remote period after an operation this index reduced considerably (1,2 %) ( $p < ,05$ ).

It is well-proven that for women after laparoscopic operations the psycho-emotional state is more favourable (to a  $64,3 \pm 1,2$  point), as compared to the state for women after Pfannenshtiel incision (to a  $60,9 \pm 2,1$  point) and after vaginal operations (to a  $59,7 \pm 1,3$  point, at  $p < 0,05$ ). However after functionally sparing operations for all women irritability, fear, anxiety, is saved in an insignificant measure and other psycho-emotional displays.

**Conclusion.** At the use of the specialized psychological scales found out conformities to law, which testify to the expressed reactive anxiety, depression, signs of climacteric syndrome (neurovegetative, metabolic and psycho-emotional changes), which are stays after an operation (to 6 months) and sharply go down in a remote period (after 2), which is instrumental in the considerable improvement of the psycho-emotional state, self-esteem of health and quality of life.

**Keywords:** *psycho-emotional changes, comparative analysis, organ-preserving operations, reproductive age.*

### Відомості про автора

Ткаченко Ольга Тарасівна – Національний університет охорони здоров'я України імені

П. Л. Шупика, м. Київ

E-mail: [pearl.olga@gmail.com](mailto:pearl.olga@gmail.com)

### Information about the author

Tkachenko Olga T. – Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Kyiv

E-mail: [pearl.olga@gmail.com](mailto:pearl.olga@gmail.com)

### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Vázquez-Martínez ER, Bello-Alvarez C, Hermenegildo-Molina AL, et al. Expression of Membrane Progesterone Receptors in Eutopic and Ectopic Endometrium of Women with Endometriosis. 2020 Jul 13;2020:2196024. doi: 10.1155/2020/2196024
2. Marquardt RM, Kim TH, Shin JH, Jeong JW Progesterone and Estrogen Signaling in the Endometrium: What Goes Wrong in Endometriosis? Int J Mol Sci. 2019 Aug 5;20(15):3822. doi: 10.3390/ijms20153822.
3. Lessey BA, Young SL. Homeostasis imbalance in the endometrium of women with implantation defects: the role of estrogen and progesterone. Semin Reprod Med. 2024 Sep;32(5):365-75. doi: 10.1055/s-0034-1376355

4. Akoum A, Al-Akoum M, Lemay A, Maheux R, Leboeuf M. Imbalance in the peritoneal levels of interleukin 1 and its decoy inhibitory receptor type II in endometriosis women with infertility and pelvic pain. *Fertil Steril*. 2008 Jun;89(6):1618-24. doi: 10.1016/j.fertnstert.2007.06.019.
5. Chen P, Wang DB, Liang YM. Evaluation of estrogen in endometriosis patients: Regulation of GATA-3 in endometrial cells and effects on Th2 cytokines. *J Obstet Gynaecol Res*. 2016 Jun;42(6):669-77. doi: 10.1111/jog.12957.
6. Huang Y, Zeng C, Wu PL, Zhou Y, Peng C, Xue Q, Zhou YF. Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi. Vascular endothelial growth factor is up-regulated by leukemia inhibitory factor and interleukin-6 in human endometriotic stromal cells. 2019 May 25;54(5):324-329. doi: 10.3760/cma.j.issn.0529-567x.2019.05.007.
7. Danastas K, Miller EJ, Hey-Cunningham AJ, Murphy CR, Lindsay LA. Expression of vascular endothelial growth factor A isoforms is dysregulated in women with endometriosis. *Reprod Fertil Dev*. 2018 Mar;30(4):651-657. doi: 10.1071/RD17184.
8. Verit, F. F. Endometriosis, leiomyoma and adenomyosis: the risk of gynecologic malignancy I F.F. Verit, O. Yuçel II Asian Pac. J. Cancer Prev. 2023;14(10):5589–97. doi: 10.7314/apjcp.2013.14.10.5589
9. Zhou Y, Zhao RH, Tseng KF, Li KP, Lu ZG, Liu Y, Han K, Gan ZH, Lin SC, Hu HY, Min DL. Sirolimus induces apoptosis and reverses multidrug resistance in human osteosarcoma cells in vitro via increasing microRNA-34b expression. *Acta Pharmacol Sin*. 2024 Apr;37(4):519-29. doi: 10.1038/aps.2015.153
10. Rai, P. The role of DJ-1 in the pathogenesis of endometriosis I P. Rai, S. Shivaji II PLoS One. 2021;6(3):e18074.
11. Donninger H, Schmidt ML, Mezzanotte J, Barnoud T, Clark GJ. Ras signaling through RASSF proteins Semin Cell Dev Biol. 2024 Oct;58:86-95. doi: 10.1016/j.semcd.2016.06.007. doi: 10.1371/journal.pone.0018074

*Стаття надійшла до редакції 3.11.2025. Дата першого рішення 23.11.2025.  
Стаття подана до друку 13.12.2025*