

# Систематика психічних розладів у жінок із гінекологічною патологією

Н. П. Сухоставець

Медичний інститут Сумського державного університету МОН України

**Мета дослідження:** аналіз систематики психічних розладів у жінок із гінекологічною патологією.

**Матеріали та методи.** Проведено клініко-психопатологічне обстеження 700 пацієнток (віком від 18 до 45 років, середній вік –  $32,1 \pm 2,7$  року) з гінекологічною патологією. Дослідження проводили в стаціонарі та в амбулаторних умовах. Досліджувана група пацієнток з патологією репродуктивної системи формувалася відповідно до прийнятих критеріїв включення та виключення.

Дослідження проводили відповідно до вимог Гельсінської декларації Всесвітньої медичної асоціації про етичні принципи проведення медичних досліджень за участю людей як суб'єктів (2020). У разі відповідності всім необхідним критеріям жінки давали письмову інформовану згоду на участь у проведенні клініко-лабораторного дослідження. Психіатричне обстеження проводили за добровільної згоди пацієнток клінічним методом з використанням об'єктивних даних з доступної медичної документації.

**Результати.** Для непатологічних невротичних проявів (адаптаційних реакцій) характерні такі, як астенія (неврастенія), тривожна напруженість, вегетативні дисфункції, порушення нічного сну, виникнення та декомпенсація соматичних розладів, зниження порогу переносимості різних шкідливостей. Ці прояви відрізняються парціальністю, не об'єднуються в синдром, існує можливість їх повної самокорекції.

Для невротичних реакцій характерні почуття тривоги та страху, поліморфні невротичні розлади, декомпенсація особистісно-типологічних особливостей. Для невротичних станів – стабілізовані та клінічно оформлені порушення невротичного спектра, переважання депресивних, неврастенічних, сенестопатично-іпохондричних розладів та нав'язливостей, виражені соматоформні розлади.

Для патологічного розвитку особистості – стабілізація та розвиток особистісних змін, втрата безпосереднього зв'язку невротичних розладів з конкретною психогенією, часті декомпенсації невротичних (патохарактерологічних) порушень.

**Висновки.** Напружена діяльність бар'єра психічної адаптації відбувається в рамках адаптивних механізмів і є маркером, особливо на перших етапах, виникнення реакцій фізіологічного характеру, спрямованих на збереження «психічного гомеостазу» та на формування найбільш раціональних програм поведінки й діяльності в ускладнених умовах.

Донозологічні стани виражають охоронно-приспосувальну функцію під час перенапруження системи психічної адаптації. Клінічними їх проявами є поліморфні короточасні порушення невротичного рівня, особистісні декомпенсації, вегетативно-соматичні дисфункції, що чергуються з періодами відносно благополуччя.

**Ключові слова:** гінекологічна патологія, психічні розлади, систематика.

У результаті стрес-індукованих перебудов нервової, ендокринної та імунної систем виникає генералізований вплив психопатологічних проявів на фізіологічний гомеостаз усього організму жінки й особливо її репродуктивної системи. Психічні порушення у жінок репродуктивного віку з гінекологічною патологією важкі для вивчення через їх структурне різноманіття, а також схильність до зовнішніх впливів і внутрішніх циклічних передиспозицій.

Соціально-економічні фактори виявляються вельми актуальними на тлі біологічно обумовленого патерну зниження резистентності до стресових факторів, підвищеної чутливості до мінімальних психотравмуючих впливів [1, 2]. Зазначене дає підставу стверджувати, що актуальність вивчення пограничних психічних розладів у жінок репродуктивного віку з гінекологічною патологією на сучасному етапі розвитку медико-біологічної науки є очевидною.

Незважаючи на наявні сьогодні дослідження, що присвячені вивченню психічних порушень при гінекологічних захворюваннях [3, 4], відсутнє цілісне уявлення як про етіологію, так і про патогенез, клінічну структуру пограничних психічних розладів при гінекологічних захворюваннях. Відсутні дослідження, що висвітлюють порівняльний аналіз психічних розладів у жінок з різними видами патології репродуктивної системи.

Психічна адаптація є результатом цілісної самокерованої системи, функціонування якої визначається не лише сукупністю діяльності підсистем, а й утворенням в результаті їх взаємодії нових інтегративних якостей, не властивих підсистемам окремо [5, 6]. Практично досі не вивчені психонейроімунні взаємини при поєднанні психічних та гінекологічних порушень. У зв'язку з цим особливої актуальності набуває вивчення систематики психічних розладів у жінок з гінекологічною патологією.

**Мета дослідження:** вивчення систематики психічних розладів у жінок з гінекологічною патологією.

## МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Було проведено клініко-психопатологічне обстеження 700 пацієток (віком від 18 до 45 років, середній вік становив  $32,1 \pm 2,7$  року) з гінекологічною патологією. Дослідження проводили в амбулаторних умовах та в умовах стаціонару. Досліджувану групу пацієток з патологією репродуктивної системи формували відповідно до прийнятих критеріїв включення та виключення.

Дослідження проводили відповідно до вимог Гельсінської декларації Всесвітньої медичної асоціації про етичні принципи проведення медичних досліджень за участю людей як суб'єктів (2020). У разі відповідності всім необхідним критеріям жінки давали письмову інформовану згоду на участь у проведенні клініко-лабораторного дослідження. Психіатричне обстеження проводили за добровільної згоди пацієток клінічним методом з використанням об'єктивних даних з доступної медичної документації.

*Критерії включення у дослідження:*

- жінки віком від 18 до 45 років;
- жінки, які перебувають на стаціонарному або диспансерному спостереженні в гінекологічних лікувальних закладах з найбільш поширеною патологією репродуктивної системи (гострі та хронічні запальні захворювання органів малого таза (ЗЗОМТ, міома матки, ендометріоз, функціональні кисти яєчників та гіперпластичні процеси ендометрія, синдром полікістозу яєчників (СПКЯ), первинна дисменорея);
- жінки, які надали письмову інформовану згоду на проведення клініко-лабораторного дослідження.

Розподіл за гінекологічними нозологіями представлено у табл. 1.

*Критерії виключення з дослідження:*

- наявність у гінекологічних хворих гострих або тяжких хронічних, декомпенсованих або нестабільних соматичних захворювань (будь-які захворювання або стани, які загрожують життю хворої або погіршують прогноз), реакція, яка могла спотворити результати клініко-психопатологічного дослідження;
- вагітні або жінки, що годують груддю, а також жінки, у яких не можна виключити настання вагітності;
- інші захворювання репродуктивної системи в стадії декомпенсації, операції на органах малого таза;
- злоякісні захворювання;
- наявність ознак тяжких психічних розладів, патогенетично не пов'язаних з гінекологічними захворюваннями: органічного ураження центральної нервової системи; шизофренії, шизотипового розладу, розумової відсталості;
- наявність психічних та поведінкових порушень внаслідок вживання психоактивних речовин.

Розподіл пацієнток за віковими періодами здійснювали згідно з класифікацією Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ, 2020). Згідно з першою класифікацією, обстежених віком від 18 до 23 років («юність») було 326 жінок (46,57 %); 24–30 років («дорослішання») – 168 (24 %); 30–35 років («перехідний вік») – 90 (12,85 %); 36–45 років («зрілість») – 116 (16,58 %).

Виявлення та класифікація психічних розладів при гінекологічних захворюваннях проводили на підставі клініко-діагностичних критеріїв, викладених у міжнарод-

*Таблиця 1*

**Розподіл за гінекологічними захворюваннями**

Нозологія	Кількість	
	Абс. число	%
- гострі запальні процеси	114	16,28
- хронічні запальні процеси	106	15,14
- міома	70	10,00
- ендометріоз	100	14,29
- функціональні кисти яєчників і гіперпластичні процеси ендометрія	80	11,43
- синдром полікістозу яєчників	90	12,86
- первинна дисменорея	140	20,00
Усього	700	100

ній класифікації хвороб, керівництвах, глосаріях психопатологічних синдромів та станів [7, 8]. Для комплексної оцінки факторів, що сприяють формуванню психічних розладів при патології репродуктивної системи спільно з гінекологами проводилося обстеження жінок з детальним вивченням особливостей соматичного та гінекологічного статусів. У 483 (69 %) обстежених жінок були виявлені в анамнезі перенесені захворювання та супутня соматична патологія, зазвичай хронічна в стадії компенсації.

## РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

У результаті поглибленого клініко-психопатологічного дослідження 700 хворих з патологією репродуктивної системи виявлено, що психічні розлади при розглянутих захворюваннях є досить різноманітними. За основу нами була обрана концепція єдності біологічних та соціально-психологічних механізмів соми та психіки в походженні як власне психопатологічних, так і соматичних розладів при описі психічних порушень та подальшій розробці комплексного диференційованого терапевтичного підходу у жінок з патологією репродуктивної системи, асоційованої з психічними порушеннями.

У зв'язку з цим поділ виявлених пограничних психічних розладів у цьому дослідженні в обстеженого контингенту хворих на «соматопсихічні» (психічні розлади, що сформувалися на основі або внаслідок гінекологічного захворювання) та «психосоматичні» (переважно соматичні порушення, що виникли вторинно, слідом за психічними розладами) був, на нашу думку, недоцільним.

Водночас, беручи до уваги загальнопатологічну клінічну доктрину, згідно з якою феноменологічна близькість не є тотожністю хворобливих розладів, синдромальний опис актуального психічного стану пацієнок з гінекологічними захворюваннями, включених у дослідження, був мінімізований і мав допоміжний характер для всебічної оцінки психопатологічних проявів обстежуваного контингенту жінок.

Феноменологічна характеристика психічних розладів, яка була виявлена у жінок з патологією репродуктивної системи, проводилася з метою виявлення синдромів-мішеней, що є первинними орієнтирами для призначення адекватної психотерапевтичної терапії, оскільки лікарські засоби, що використовуються в психіатрії, не є нозотропними.

У результаті клініко-психопатологічного обстеження жінок з патологією репродуктивної системи були визначені рівні психічного здоров'я, позначені як «без психопатологічних проявів», «донозологічні порушення» та «пограничні психічні розлади». З високим рівнем статистичної значущості ( $p < 0,05$ ) переважали:

- пацієнтки з пограничними психічними розладами – 344 (49,15 %),
- пацієнтки з донозологічними проявами – 236 (33,71 %),
- когорти жінок без психічних порушень – 120 (17,14 %) (табл. 2).

Для об'єктивної та всебічної оцінки психічного статусу при кваліфікації розладів у пацієнок з патологією репродуктивної системи, включених у дослідження, відповідно до 10-ї версії МКХ у 85 (12,14 %) випадків було використано 2 коди діагнозів шифру F з різних діагностичних категорій [9, 10]. Отримані в зазначеному аспекті дані демонструють взаємозв'язок діагностованих в обстеженого контингенту психічних порушень з психогенними агентами, вегетативними дисфункціями, а також особистісними якостями жінок та клінічними проявами наявної у них гінекологічної патології.

Встановлено, що значущу роль у виникненні та декомпенсації патологічних проявів у жінок із захворюваннями репродуктивної сфери відігравали різні середовищні фактори. Водночас пацієнок з психопатологічними проявами відрізняло

## Рівень психічного здоров'я у жінок із патологією репродуктивної системи

Стан	Кількість	
	Абс. число	%
Без психопатологічних проявів	120	17,14
Донозологічні стани (ПАС, ПДАС)	236	33,71
Пограничні психічні розлади (усього)	344	49,15
Розлади афективного спектра (Б3)	91	13,0
Невротичні, пов'язані зі стресом соматоформні розлади (Б4)	220	31,43
Поведінкові синдроми, пов'язані з фізіологічними і фізичними факторами (Б5)	101	14,43
Розлади зрілої особистості і поведінка у дорослих (Р6)	19	2,71
Поєднання пограничних психічних розладів	85	12,14
Усього	700	100

збереження критичного ставлення до хворобливих проявів у своєму стані. Тому наведені дані дозволяють диференціювати виявлені психічні розлади при гінекологічній патології як пограничні, що мають спільні етіопатогенетичні ланки та загальну (специфічну) клінічну феноменологію, що відображає ослаблення можливостей адаптованої психічної діяльності [11, 12].

При пограничних станах для їх основних екстранозологічних проявів та клінічно сформованих форм характерні наступні порушення:

1. Для *непатологічних невротичних проявів (адаптаційних реакцій)* – астенія (неврастенія), тривожна напруженість, вегетативні дисфункції, порушення нічного сну, виникнення та декомпенсація соматичних розладів, зниження порогу переносимості різних шкідливостей. Дані прояви відрізняються парціальністю, не об'єднуються в синдром, існує можливість їх повної самокорекції.

2. Для *невротичних реакцій* – почуття тривоги та страху, поліморфні невротичні розлади, декомпенсація особистісно-типологічних особливостей.

3. Для *невротичних станів* – стабілізовані та клінічно оформлені порушення невротичного спектра, переважання депресивних, неврастенічних, сенестопатично-іпохондричних розладів та нав'язливостей, виражені соматоформні розлади.

4. Для *патологічного розвитку особистості* – стабілізація та розвиток особистісних змін, втрата безпосереднього зв'язку невротичних розладів з конкретною психогенією, часті декомпенсації невротичних (патохарактерологічних) порушень.

## ВИСНОВКИ

Напружена діяльність бар'єра психічної адаптації відбувається в рамках адаптивних механізмів і є маркером, особливо на перших етапах, виникнення реакцій фізіологічного характеру, спрямованих на збереження «психічного гомеостазу» та на формування найбільш раціональних програм поведінки й діяльності в ускладнених умовах.

Донозологічні стани виражають охоронно-приспосувальну функцію під час перенапруження системи психічної адаптації. Клінічними проявами є поліморфні короточасні порушення невротичного рівня, особистісні декомпенсації, вегетативно-соматичні дисфункції, що чергуються з періодами відносного благополуччя.

## Systematics of mental disorders in women with gynecological pathology N. P. Sukhostavets

**The objective:** to study the systematics of mental disorders in women with gynecological pathology.

**Materials and methods.** In this work, a clinical-psychopathological examination of 700 patients (aged 18 to 45 years, mean age –  $32.1 \pm 2.7$  years) with gynecological pathology was conducted. The study was performed in inpatient and outpatient settings. The study group of patients with reproductive system pathology was formed according to accepted inclusion and exclusion criteria.

The study was conducted in accordance with the requirements of the Declaration of Helsinki of the World Medical Association on Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects (2020). In case of compliance with all necessary criteria, women gave written informed consent to participate in the clinical-laboratory study. Psychiatric examination was conducted upon voluntary consent of the patients using the clinical method and objective data from available medical documentation.

**Results.** Non-pathological neurotic manifestations (adaptive reactions) are characterized by: asthenia (neurasthenia), anxious tension, autonomic dysfunctions, night sleep disturbances, occurrence and decompensation of somatic disorders, and a decrease in the tolerance threshold for various harmful factors. These manifestations are distinguished by partiality, do not combine into a syndrome, and there is a possibility of their complete self-correction.

For neurotic reactions – feelings of anxiety and fear, polymorphic neurotic disorders, decompensation of personality-typological features.

For neurotic states – stabilized and clinically formed disorders of the neurotic spectrum, predominance of depressive, neurasthenic, senestopathic-hypochondriacal disorders and obsessions, pronounced somatoform disorders.

For pathological personality development – stabilization and development of personality changes, loss of direct connection of neurotic disorders with specific psychogeny, frequent decompensations of neurotic (pathocharacterological) disorders.

**Conclusions.** Strained activity of the mental adaptation barrier occurs within the framework of adaptive mechanisms and is a marker, especially at the initial stages, of the occurrence of physiological reactions aimed at preserving «psychic homeostasis» and forming the most rational programs of behavior and activity in complicated conditions.

Prenosological states express a protective-adaptive function during the overstrain of the mental adaptation system. Their clinical manifestations are polymorphic short-term disorders of the neurotic level, personality decompensations, and vegetative-somatic dysfunctions alternating with periods of relative well-being.

**Keywords:** *gynecological pathology, mental disorders, systematics.*

### Відомості про автора

Сухоставець Наталія Петрівна – Сумський державний університет МОН України  
ORCID: 0000-0002-2132-5037; e-mail: n.sukhostavec@gmail.com

### Information about the author

Sukhostavets Nataliia P. – Sumy State University MES of Ukraine  
ORCID: 0000-0002-2132-5037; e-mail: n.sukhostavec@gmail.com

### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Treede RD, Rief W, Barke A, Aziz Q, Bennett MI, Benoliel R, et al. Chronic pain as a symptom or a disease: the IASP classification. *Pain.* 2019;160(1):19–27. doi:10.1097/j.pain.0000000000001384
2. Albert PR. Why is depression more prevalent in women? *J Psychiatry Neurosci.* 2015;40(4):219–21. doi:10.1503/jpn.150205

3. Cooney LG, Lee I, Sammel MD, Dokras A. High prevalence of depression and anxiety in women with polycystic ovary syndrome: a systematic review and meta-analysis. *Hum Reprod.* 2017;32(5):1075–91. doi:10.1093/humrep/dex044
4. Seedat S, Scott KM, Angermeyer MC, Berglund P, Bromet EJ, Brughra TS, et al. Cross-national associations between gender and mental disorders. *Arch Gen Psychiatry.* 2009;66(7):785–95. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2009.36
5. Altemus M, Sarvaiya N, Epperson CN. Sex differences in anxiety and depression clinical perspectives. *Front Neuroendocrinol.* 2014;35(3):320–30. doi:10.1016/j.yfrne.2014.05.004
6. Miller AH, Raison CL. The role of inflammation in depression: from evolutionary imperative to modern treatment target. *Nat Rev Immunol.* 2016;16(1):22–34. doi:10.1038/nri.2015.5
7. Hantsoo L, Epperson CN. Premenstrual dysphoric disorder: epidemiology and treatment. *Curr Psychiatry Rep.* 2015;17:87. doi:10.1007/s11920-015-0628-3
8. Escobar-Morreale HF. Polycystic ovary syndrome: definition, aetiology, diagnosis and treatment. *Nat Rev Endocrinol.* 2018;14(5):270–84. doi:10.1038/nrendo.2018.24
9. Hyde JS, Mezulis AH, Abramson LY. The ABCs of depression in girls: affective, biological and cognitive factors. *Psychol Bull.* 2008;134(2):291–313. doi:10.1037/0033-2909.134.2.291
10. Soares CN. Mood disorders in midlife women: understanding the critical window and its clinical implications. *Menopause.* 2014;21(2):198–206. doi:10.1097/GME.0b013e31829decd5
11. Bao AM, Swaab DF. The human hypothalamus in mood disorders: the HPA axis in depression. *Mol Psychiatry.* 2019;24:1787–802. doi:10.1038/s41380-019-0550-2
12. Teede HJ, Misso ML, Costello MF, Dokras A, Laven J, Moran L, et al. International evidence-based guideline for the assessment and management of polycystic ovary syndrome. *Hum Reprod.* 2018;33(9):1602–18. doi:10.1093/humrep/dey256

*Стаття надійшла до редакції 13.04.2026.*

*Прийнята до друку 18.05.2026*

*Опубліковано 19.06.2026*