

Вплив гістеректомії з приводу лейоміоми на психологічний статус жінки

О. М. Прощенко, І. Б. Венцківська

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ

Мета дослідження: вивчення клініко-психопатологічних особливостей та психоемоційного симптомокомплексу і пограничних психічних розладів у жінок репродуктивного віку після видалення матки з приводу лейоміоми.

Матеріали та методи. Проведено оцінювання психологічного портрета 160 жінок після видалення матки з приводу лейоміоми. З них 90 пацієнткам (середній вік – 45,9±1,3 року) проведено трансвагінальну гістеректомію як класичну, так і лапароскопічно асистовану з опортуністичною сальпінгектомією (І група) та 70 пацієнткам (середній вік – 47,2±1,6 року) – абдомінальну гістеректомію з опортуністичною сальпінгектомією (ІІ група). До контрольної групи увійшли 50 жінок у віці 45,7±1,3 року із безсимптомним перебігом лейоміоми.

Використовували клініко-психопатологічний, анамнестичний та експериментально-психологічний методи. До патопсихологічних методик були включені методики наочного представлення профілю особистості за допомогою Міннесотського багатоаспектного особистісного опитувальника. Анкетування проводили на доопераційному етапі, у період адаптації та протягом 12 міс.

Статистичне оброблення даних моніторингу здійснювали за ϕ -критерієм із застосуванням пакета програм для статистичного аналізу STATISTICA v. 10 і за допомогою прикладної програми Microsoft Office Excel.

Результати. На підставі проведеного анкетування встановлено, що 44 (48,89 %) пацієнтки І групи і 33 (47,14 %) жінки ІІ групи мали розлади, пов'язані з тривожністю, та у 6 (6,67 %) і 5 (7,14 %) пацієнток обох груп відповідно виявлено депресію до проведення оперативного лікування. Після гістеректомії кількість пацієнток із розладом, пов'язаним із тривожністю, зросла до 52 (57,78 %) серед пацієнток І групи і 41 (52,57 %) ІІ групи, із депресією збільшення кількості констатували до 10 (11,11 %) та 8 (11,43 %) жінок відповідно.

Проте проведений разом із психологами психопатологічний аналіз через 12 міс після гістеректомії визначив афективну симптоматику в 11 (15,7±7,0 %) та у 8 (11,4±6,0 %) випадках приховану депресію із соматопсихічною кореляцією, що проявлялась відчуттям серцебиття, кардіалгіями, вегетативними розладами. На розвиток психоемоційних проявів впливали тип акцентуації особистості. У цій структурі найбільшу частку становили виявлені психоастенічні та істеричні риси характеру.

Під час аналізу додаткових психогенних чинників важливим був вік пацієнток. Жінки у віці до 44 років асоціювали гістеректомію з втратою жіночності із передчасним старінням організму. Пацієнтки із успішною реалізацією своєї ролі у сім'ї і суспільстві мали кращу післяопераційну психологічну адаптацію.

Висновки. Установлено тенденцію до збільшення кількості розладів, пов'язаних із тривожністю та депресивними станами після гістеректомії з приводу міоми. Через 12 міс наявна афективна симптоматика в 11 (15,7±7,0 %) та у 8 (11,4±6,0 %) випадках – прихована депресія. Післяопераційна реабілітація має включати консультацію психолога для виявлення і лікування пограничних психічних порушень, що приведе до ініціації компенсаторно-приспосувальних реакцій організму та нормалізації психоемоційного статусу.

Ключові слова: гістеректомія, міома матки, психотравмуючі фактори.

Influence of hysterectomy due to leiomyoma on woman's psychological status

О. М. Proshchenko, I. B. Ventskivska

The objective: to study the clinical-psychopathological features and psycho-emotional symptoms and borderline mental disorders in women of reproductive age after hysterectomy due to leiomyoma.

Materials and methods. An assessment of the psychological state of 160 women after hysterectomy for leiomyoma was carried out. 90 patients of them (average age – 45.9±1.3 years old) had transvaginal hysterectomy, both classic and laparoscopically assisted one with opportunistic salpingectomy (I group) and 70 patients (average age – 47.2±1.6 years old) – abdominal hysterectomy with opportunistic salpingectomy (II group). The control group included 50 women 45.7±1.3 years old with asymptomatic leiomyoma. Clinical psychopathological, anamnestic and experimental psychological methods were used. Pathopsychological methods included methods of visual presentation of the personality profile using the Minnesota Multifaceted Personality Questionnaire. The survey was conducted at the pre-operative period, during the adaptation period and during 12 months.

Statistical processing of monitoring data was carried out according to the ϕ -criterion using the statistical analysis software package STATISTICA v. 10 and Microsoft Office Excel application.

Results. The results of the questionnaire determined that 44 (48.89 %) patients of the I group and 33 (47.14 %) women of the II group had disorders related to anxiety, and 6 (6.67 %) and 5 (7.14 %) of the patients of both groups, respectively, were diagnosed depression before surgical treatment. After hysterectomy the number of patients with an anxiety disorder increased to 52 (57.78 %) in the I group and 41 (52.57 %) – II group, with depression – to 10 (11.11 %) and 8 (11.43 %) women, respectively.

However, the psychopathological analysis with psychologists in 12 months after hysterectomy determined affective symptoms in 11 (15.7±7.0 %), and latent depression with a somatopsychic correlation, manifested by a feeling palpitation, cardialgias, vegetative disorders was found in 8 (11.4±6.0 %) cases. The type of personality accentuation influenced the development of psychoemotional manifestations. In this structure, the largest rate consisted of psychoasthenic and hysterical character traits. The age of the patient was important when analyzing additional psychological factors. Women under 44 years old associated hysterectomy with loss of femininity with premature aging of the organism. The patients with successful implementation of their role in the family and society had better postoperative psychological adaptation.

Conclusions. There is a trend toward an increased number of anxiety and depressive disorders after hysterectomy in women with leiomyoma. After 12 months, affective symptoms were present in 11 (15.7±7.0 %) cases and in 8 (11.4±6.0 %) cases – hidden depression. Postoperative rehabilitation should include a consultation with a psychologist to identify and treat borderline mental disorders, which will lead to the initiation of compensatory and adaptive reactions of the body and the normalization of the psycho-emotional status.

Keywords: hysterectomy, uterine myoma, psychotraumatic factors.

Міома матки є найпоширенішою формою добро-
якісних пухлин матки [1–3]. Частота міоми становить 50–60 % у жінок репродуктивного віку, зростаючи до 70 % до п'ятидесятирічного віку [4, 5], а у 30 % випадків ці пацієнтки потребують лікування через аномальні маткові кровотечі та тазові больові симптоми. В епідеміологічних дослідженнях з'ясовано, що на розвиток міоми і маніфестацію клінічних проявів впливають вік, генетична детермінанта, відтермінування вагітності, паритет пологів, раннє менархе, надмірне вживання алкоголю, кофеїну.

Так, визначено, що темпи росту пухлини за даними магнітно-резонансної томографії у жінок віком до 35 років зростає швидше, ніж у жінок віком понад 45 років [6]. Відтермінування першої вагітності до 30 років підвищує ризик виникнення міоми матки у жінок [7, 8]. Раннє менархе підвищує ризик розвитку міоми [9, 10]. У дослідженні, присвяченому здоров'ю жінок африканського походження, у яких міому, як відомо, діагностують частіше, було виявлено зв'язок між споживанням алкоголю та кофеїну та підвищеним ризиком розвитку міоми матки [11, 12].

Незважаючи на підвищення частоти органозберігальних оперативних втручань, гістеректомія вважається стандартним методом хірургічного лікування симптомних інтрамуральних і субмукозних міом, особливо у жінок із реалізованою репродуктивною функцією (40–50 років), як в Україні, так і у світі. У США щороку виконують понад 600 000 гістеректомій [13, 14]. У Данії загальний рівень гістеректомії становив приблизно 180/100 000 жінок протягом 1977–2011 рр. [15].

Отже, характеризуючи пацієнтку, якій виконують гістеректомію з приводу міоми матки, можна виділити такі моменти: це жінка у віці 40–55 років, яка перебуває у розквіті свого кар'єрного, соціального росту, але при цьому вже має певний преморбідний фон, у тому числі і з боку психічного здоров'я. Беручи до уваги ці дані, гістеректомія впливає на психоемоційний, а подкуди – і метаболічний статус даної категорії пацієнток [16, 17].

У хірургічних пацієнтів все частіше спостерігаються різні психосоматичні симптоми до та після великої операції [18, 19]. На ступінь їхніх проявів впливає якість наданої передопераційної інформації, клінічний діагноз щодо доброякісності чи злоякісності, супутні післяопераційні ускладнення, а також ступінь повторної інтеграції у рутинну преморбідну діяльність [20, 21].

За даними фахової літератури, розлади неспихотичного характеру, що проявляються скаргами на погіршен-

ня самопочуття, втомлюваність, загальну слабкість, зміни настрою, дратівливість, але зі збереженням реакції на критику, можуть фіксувати у таких пацієнток у третині випадків [22, 23]. Крім того, клініцисти, особливо у розвинених країнах, включили «загальне самопочуття» до невід'ємних індикаторів якості медичної допомоги.

Викладені факти свідчать про актуальність вивчення клініко-психопатологічних особливостей та психоемоційного симптомокомплексу і пограничних психічних розладів після гістеректомії, що дозволяє не тільки вирішити існуючі завдання післяопераційної реабілітації, але і розкрити та доповнити окремі завдання психосоматичної медицини.

Мета дослідження: вивчення клініко-психопатологічних особливостей та психоемоційного симптомокомплексу і пограничних психічних розладів у жінок репродуктивного віку після видалення матки з приводу лейоміоми.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Проведено оцінювання психологічного портрету 160 жінок після видалення матки з приводу лейоміоми: І група – 90 пацієнток, яким була виконана трансвагінальна гістеректомія, як класична, так і лапароскопічно асистована з опортуністичною сальпінгектомією, середній вік – 45,9±1,3 року; ІІ група – 70 пацієнток після абдомінальної гістеректомії з опортуністичною сальпінгектомією, середній вік – 47,2±1,6 року.

До контрольної групи увійшли 50 жінок у віці 45,7±1,3 року з безсимптомним перебігом лейоміоми.

Було використано:

- клініко-психопатологічний метод як основний, з допомогою якого виявляли клінічну картину та структурно-динамічні особливості психопатичних розладів,
- анамнестичний метод дозволив оцінити преморбідні особливості особистості,
- експериментально-психологічний метод дозволив у порівняльному варіанті доповнити клінічні спостереження.

До патопсихологічних методик була включена методика наочного представлення профілю особистості за допомогою Міннесотського багатоаспектного особистісного опитувальника, що використовують для побудови психологічного профілю особистості та психологічних особливостей жінки. Анкетування проводили на доопераційному етапі, у ранній післяопераційний період та протягом 12 міс.

Статистичне оброблення даних моніторингу здійснювали за ϕ -критерієм із застосуванням пакета програм для статистичного аналізу STATISTICA v. 10 і за допомогою прикладної програми Microsoft Office Excel.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Більшість пацієнок були у віці 44 років і більше; середній вік у I групі становив $45,9 \pm 1,3$ року та $47,2 \pm 1,6$ року – у II групі, $45,7 \pm 1,3$ року – у жінок з безсимптомною міомою матки (контрольна група). Отримані аналітичні дані продемонстрували до 25 % розлучених жінок, 5 % – одиноких (смерть чоловіка), 6 % – не були у шлюбі (таблиця). Переважали заміжні (97–60,63 %). Під час оцінювання освіченості встановлено, що близько двох третин (65,79 %) жінок мали вищу освіту, тоді як інші – спеціальну (20,71 %) і середню (13,50 %) освіту.

Значуща частина жінок (52,30 %) не були працевлаштовані, займалися домашнім господарством, проявляли достатню увагу до свого здоров'я, здійснювали регулярний медичний профілактичний моніторинг, а також були обізнаними щодо даного захворювання. Сорок п'ять (28,02 %) пацієнок були професійними, а решта 32 (19,68 %) – кваліфікованими робітницями.

Вивчення сімейного стану та реалізації себе у суспільстві продемонструвало, що для жінок, які мали професійну реалізацію та підтримку чоловіка, сім'ї, психоемоційна складова оперативного втручання не мала суттєвого впливу. Більше трьох дітей мали 26,67 % жінок у I групі і 17,7 % – у II групі. У більшості відбулися вагінальні пологи.

Статистично значуща різниця між I і II групами встановлена саме за показником вагінальних пологів і паритету, що, власне, пояснює вибір оперативного доступу гістеректомії, адже умовою проведення вагінальної гістеректомії є вагінальні пологи в анамнезі. Це створює передумову достатньої ємності піхви і відповідно робить технічно можливим виконати цю операцію.

Синдромологічна оцінка психічних порушень у пацієнок після видалення матки з приводу лейоміоми досить умовна, позаяк проявляється поліморфізмом та мінливістю симптомів. Структура неспсихотичних розладів у післяопераційний період виглядала таким чином:

- астенодепресивні – 34 (37,8±8,0 %) у I групі та 30 (42,6±9,0 %) – у II групі, 11 (22,00±5,7 %) – у контрольній групі, різниця в обох групах статистично значуща щодо показників контрольної групи ($p < 0,05$);
- депресивно-іпохондричні з фобіями – у 26 (28,9±8,0 %) осіб I групи та 23 (32,9±7,0 %) – II групи, 6 (12,00±5,7 %) – у контрольній групі, різниця в обох групах статистично значуща щодо показників контрольної групи ($p < 0,05$);
- істероіпохондричні – у 15 (16,7±4,0 %) жінок у I групі та 17 (24,3±7,0 %) – II групи, 4 (8,00±4,2 %) – у контрольній групі.

На підставі проведеного анкетування встановле-

но, що 44 (48,89±6,5 %; $p < 0,05$) пацієнтки I групи і 33 (47,14±8,7 %; $p < 0,05$) – II групи, 9 (18,00±8,2 %) – контрольної групи мали розлади, пов'язані з тривожністю, і 6 (6,67±2,0 %) та 5 (7,14±1,9 %) пацієнок обох груп відповідно (4 (8,00±4,2 %) – у контрольній групі) мали депресію до проведення оперативного лікування без статистично значущої різниці між групами.

Після гістеректомії кількість пацієнок із розладом, пов'язаним з тривожністю, зросла до 52 (57,78±9,3 %) серед пацієнок I групи і 41 (52,57±11,4 %) – II групи, тоді як із депресією зростання було не настільки вираженим – до 10 (11,11±2,1 %) у I групі і 8 (11,43±1,4 %) – у II групі. Хоча різниця не була статистично значущою.

Проте проведений разом з психологами психопатологічний аналіз через 12 міс після гістеректомії визначив афективну симптоматику в 11 (15,7±7,0 %) та у 8 (11,4±6,0 %) випадках приховану депресію із соматопсихічною кореляцією, що проявлялась відчуттям серцебиття, кардіалгіями, вегетативними розладами.

У 54 (50,00±4,9 %) та 38 (54,29±7,9 %) випадках у I і II групах відповідно передуючого тривалого

Соціально-анамнестичні дані в обстежуваній когорті пацієнок на доопераційному етапі, абс.число (%)

Показник	Пацієнтки із гістеректомією, n=160		Контрольна група, n=50
	I група, n=90	II група, n=70	
Сімейний стан			
Заміжня, у тому числі перебуває у цивільному шлюбі	56 (62,22)	41 (52,57)	32 (64,0)
Не була у шлюбі	6 (6,67)	5 (7,14)	2 (4,0)
Розлучена	23 (25,56)	21 (23,3)	16 (32,0)
Вдова	5 (5,56)	3 (4,28)	0
Освіта			
Середня	14 (15,56)	8 (11,42)	6 (12,00)
Спеціальна	18 (20,00)	15 (21,42)	9 (18,00)
Вища	58 (64,44)	47 (67,14)	35 (70,00)
Рід діяльності			
Експертна працівниця	26 (28,89)	19 (27,14)	12 (24,00)
Кваліфікована робітниця	20 (22,22)	12 (17,14)	7 (14,00)
Не працює	44 (48,89)*	39 (55,71)	31 (62,00)
Реалізація репродуктивної функції			
Вагінальні пологи	78 (86,67)*	52 (74,29)	34 (68,00)
Пологи шляхом кесарева розтину	5 (5,56)**	14 (20,00)	11 (22,00)
Паритет пологів більше 3	24 (26,67)**	12 (7,14)	4 (8,00)

Примітки: * – різниця статистично значуща щодо показників контрольної групи, $p < 0,05$; ** – різниця статистично значуща щодо показників II групи, $p < 0,05$.

(більше 10 років) клінічного перебігу симптомної міоми матки, особливо за наявності додаткових психотравмуючих факторів (розлучення, тривала конфліктна ситуація в родині, втрата роботи), нашарування впливів призводило до формування психічних розладів, у клінічній картині яких переважала астенодепресивна або дисоціативна симптоматика зі скаргами на надмірну втомлюваність, слабкість, часті зміни настрою. Це спричинювало труднощі у звичному житті у 34 ($62,96 \pm 7,1$ %) та 30 ($78,95 \pm 9,9$ %) випадках у I і II групах відповідно.

При гострому перебігу міоми з кровотечами, що призводили до анемізації у 24 ($26,67 \pm 8,5$ %) пацієнток I групи і 13 ($18,57 \pm 4,6$ %) – II групи, психогенна ситуація у всіх пацієнток супроводжувалася домінуванням тривожного стану, невпевненістю у майбутньому, що, без сумніву, погіршувало особистісні і сексуальні стосунки та створювало соціорольові труднощі, причому у 18 ($75,00 \pm 1,5$ %) пацієнток I групи і 7 ($53,85 \pm 0,9$ %) – II групи ще на доопераційному етапі.

Необхідно акцентувати увагу на особливостях реакції пацієнток різних вікових категорій на оперативне втручання. Так, для молодших жінок зі збереженою менструальною функцією гістеректомія ототожнювалася із втратою плодючості і жіночого початку, викликаючи страх передчасного старіння. Особливо гостро цю ситуацію із розвитком у подальшому психологічної дезадаптації сприймали жінки із безпліддям. Домінуючими були скарги на сенсорно-іпохондричний блок симптоматики: свербіж, печіння у ділянці статевих органів, диспареунія, атипові суб'єктивні відчуття у ділянці прямої кишки.

Тоді як у пізньому репродуктивному віці переважали такі психоемоційні риси, як втрата інтересу до життя, роботи, хобі, постійний пригнічений стан, загострення міжособистісних конфліктів, відчуття тривожності. Переважаючою була картина астеничної симптоматики, втоми, сонливості, зниження працездатності, афективна лабільність та подразливість, цефалгії та запаморочення, які дещо нівелювалися з часом у післяопераційний період.

Виникнення тривожних розладів і депресії серед жінок після гістеректомії узгоджується з даними інших досліджень [24–26]. Так, згідно з нещодавніми дослідженнями у США, встановлено, що гістеректомія значною мірою пов'язана із вживанням антидепресантів [27]. Ймовірні причини включають гормональний вплив, косметичні прояви, зміни у сімейних відносинах, історію передуючих психічних розладів та низьку сексуальну активність [28–30]. Одним з найбільш суттєвих факторів, що зумовив погіршення психоемоційного стану та вегетосудинні розлади, було порушення гормонального балансу організму та процесів вегетативної регуляції, а саме – зниження стероїдосинтезувальної функції яєчників, порушення їхнього кровопостачання [31–34]. Гіпоестрогенемія, яка маніфестує після гістеректомії раніше, демонструє більш виражений гострий і швидкий розвиток та яскравість соматовегетативних і обмінно-ендокринних порушень. Не слід відкидати і оці-

нювання соматичного статусу, позаяк ендокринні та соматичні розлади тісно пов'язані з нервово-психічними факторами та специфічними особливостями емоційної реакції.

Отже, сукупність зазначених вище причин могла б пояснити зміни у психоемоційному стані у цьому дослідженні. Також ймовірно, що наявність пухлини матки, хоч і доброякісної, асоціюється з більш високою тривожністю. Це призводить до загальної невизначеності, яка часто пов'язана з результатом операції. При цьому результати аналітичного опрацювання опитувальників свідчать про відсутність суттєвих відмінностей залежно від виду застосованих оперативних технік.

Отже, гістеректомія як ізолюваний психотравмуючий фактор вимагає застосування психологічних технік у післяопераційній реабілітаційній програмі. Пропонуємо передопераційне психологічне оцінювання як попереджувальний захід і, можливо, залучення консультації клінічного психолога як частину передопераційної підготовки, щоб мінімізувати вплив на психоемоційний статус пацієнток, яким планується гістеректомія. Важливим є і післяопераційна реабілітаційна програма, яка має включати комплекс заходів: раціональну психотерапію, ерготерапію, когнітивну поведінкову терапію, а також корекція із вчасним призначенням менопаузальної гормональної терапії, що є перспективною подальших досліджень.

ВИСНОВКИ

У даному дослідженні результати демонструють більш високу частоту тривожних станів і депресії у жінок із симптомною міомою порівняно із контрольною групою й тенденцію до збільшення у післяопераційний період кількості розладів, пов'язаних із тривожністю, – до 52 ($57,78 \pm 9,3$ %) серед пацієнток I групи і 41 ($52,57 \pm 11,4$ %) – II групи, тоді як із депресією зростання було не настільки вираженим – до 10 ($11,11 \pm 2,1$ %) у I групі і 8 ($11,43 \pm 1,4$ %) – у II групі без статистично значущої різниці між цими групами.

Через 12 міс маніфестувала афективна симптоматика в 11 ($15,7 \pm 7,0$ %) та у 8 ($11,4 \pm 6,0$ %) випадках – прихована депресія. Найбільш часто у структурі неспсихотичних розладів у післяопераційний період спостерігали астенодепресивні (34 ($37,8 \pm 8,0$ %) випадки у I групі та 30 ($42,6 \pm 9,0$ %) – у II групі, 11 ($22,00 \pm 5,7$ %) – у контрольній групі; різниця в обох групах статистично значуща щодо показників контрольної групи, $p < 0,05$).

Післяопераційна реабілітація має включати консультацію психолога для виявлення і лікування пограничних психічних порушень і приводити до розвитку компенсаторно-приспосувальних реакцій організму та нормалізації психоемоційного статусу і поверненню до звичного ритму життя із мінімізацією впливу оперативного лікування на його якість. Психотерапевтичну тактику у післяопераційний період визначають за особливостями оперативного втручання, тривалістю періоду після операції, вираженістю гінекологічного синдрому, а також характером додаткових психогеній.

Відомості про авторів

Прошенко Ольга Миколаївна – канд. мед. наук, доцент, кафедра акушерства та гінекології № 1, Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, м. Київ. *E-mail: proshchenko777@gmail.com*

ORCID: 0000-0002-2187-4562

Венцківська Ірина Борисівна – д-р мед. наук, завідувачка, кафедра акушерства та гінекології № 1, Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, м. Київ. *E-mail: ventskivska@gmail.com*

ORCID: 0000-0002-7685-5289

Information about the authors

Proshchenko Olha M. – MD, PhD, Associate Professor, Department Obstetrics and Gynecology N1, Bogomolets National Medical University, Kyiv. *E-mail: proshchenko777@gmail.com*

ORCID: 0000-0002-2187-4562

Ventskivska Iryna B. – MD, PhD, DSc, Professor, Head of the Department Obstetrics and Gynecology N1, Bogomolets National Medical University, Kyiv. *E-mail: ventskivska@gmail.com*

ORCID: 0000-0002-7685-5289

ПОСИЛАННЯ

- Bulun S. Uterine Fibroids. *N Engl J Med.* 2013;369:14.
- Islam MS, Protic O, Stortoni P, Grechi G, Lamanna P, Petraglia F, et al. Complex networks of multiple factors in the pathogenesis of uterine leiomyoma. *Fertil Steril.* 2013;100(1):178-93. doi: 10.1016/j.fertnstert.2013.03.007.
- Drayer SM, Catherino WH. Prevalence, morbidity, and current medical management of uterine leiomyomas. *Int J Gynaecol Obstet.* 2015;131(2):117-22. doi: 10.1016/j.ijgo.2015.04.051.
- Kornatska AG, Flaxenberg MA, Chubei GV, Brazhuk MV. Uterine leiomyoma in women of reproductive age: frequency and structure of concomitant pathology (Retrospective analysis). *Women's Rep Health.* 2020;5(45):42-7.
- Golyanovsky OV, Suprunyuk KV, Frolov SV. Uterine leiomyoma in women of reproductive age: management of pregnancy and childbirth (Literature review). *Women's Rep Health.* 2021;3(48):48-56.
- Peddada SD, Laughlin SK, Miner K, Guyon JP, Haneke K, Vahdat HL, et al. Growth of uterine leiomyomata among premenopausal black and white women. *Proc Natl Acad Sci U S A.* 2008;105(50):19887-92. doi: 10.1073/pnas.0808188105.
- Petraglia F, Serour GI, Chapron C. The changing prevalence of infertility. *Int J Gynaecol Obstet.* 2013;123 Suppl 2:S4-8. doi: 10.1016/j.ijgo.2013.09.005.
- Kuzomenska ML, Chirva SL. Analysis of modern views on uterine myoma and methods of its treatment. *Women's Rep Health.* 2021;3(48):41-7.
- Kim JJ, Sefton EC. The role of progesterone signaling in the pathogenesis of uterine leiomyoma. *Mol Cell Endocrinol.* 2012;358(2):223-31. doi: 10.1016/j.mce.2011.05.044.
- Khan AT, Shehmar M, Gupta JK. Uterine fibroids: current perspectives. *Int J Womens Health.* 2014;6:95-114. doi: 10.2147/IJWH.S51083.
- Wise LA, Palmer JR, Harlow BL, Spiegelman D, Stewart EA, Adams-Campbell LL, et al. Risk of uterine leiomyomata in relation to tobacco, alcohol and caffeine consumption in the Black Women's Health Study. *Hum Reprod.* 2004;19(8):1746-54. doi: 10.1093/humrep/deh309.
- Wise LA, Laughlin-Tommaso SK. Epidemiology of Uterine Fibroids: From Menarche to Menopause. *Clin Obstet Gynecol.* 2016;59(1):2-24. doi: 10.1097/GRF.0000000000000164.
- Flynn M, Jamison M, Datta S, Myers E. Health care resource use for uterine fibroid tumors in the United States. *Am J Obstet Gynecol.* 2006;195(4):955-64. doi: 10.1016/j.ajog.2006.02.020.
- Wright JD, Herzog TJ, Tsui J, Ananth CV, Lewin SN, Lu YS, et al. Nationwide trends in the performance of inpatient hysterectomy in the United States. *Obstet Gynecol.* 2013;122(2 Pt 1):233-41. doi: 10.1097/AOG.0b013e318299a6cf.
- Lykke R, Blaak r J, Ottesen B, Gimbel H. Hysterectomy in Denmark 1977-2011: changes in rate, indications, and hospitalization. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2013;171(2):333-8. doi: 10.1016/j.ejogrb.2013.09.011.
- Makris N, Vomvolaki E, Partsiavelos G. The effect of hysterectomy on sexuality and psychological changes. *Eur J Contraception Rep Health Care.* 2006;11(1):23-7.
- Senchuk AR, Zakordonets I, Doskotch TA. Peculiarities of the psychoemotional state of patients with endometrial pathology. *Women's Rep Health.* 2021;5(50):38-42.
- Caumo W, Schmidt AP, Schneider CN, Bergmann J, Iwamoto CW, Bandedeira D, et al. Risk factors for preoperative anxiety in adults. *Acta Anaesthesiol Scand.* 2001;45(3):298-307. doi: 10.1034/j.1399-6576.2001.045003298.x.
- Bahri N, Tohidnik HR, Fathi NT, Larki M, Amiri T, Askari SZ. Depression Following Hysterectomy and the Influencing Factors. *Iran Red Crescent Med J.* 2016;18(1):e30493. doi: 10.5812/ircmj.30493.
- Greer S, Brett S, Williamson R. Physical and psychological sequelae of critical illness. *Br J Health Psychol.* 2007;12(Pt1):65-74. doi: 10.1348/135910706X94096.
- Theunissen M, Peters ML, Schepers J, Schoot DC, Gramke HF, Marcus MA. Prevalence and predictors of depression and well-being after hysterectomy: An observational study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2017;217:94-100. doi: 10.1016/j.ejogrb.2017.08.017.
- Laughlin-Tommaso SK, Satish A, Khan Z, Smith CY, Rocca WA, Stewart EA. Long-term risk of de novo mental health conditions after hysterectomy with ovarian conservation: a cohort study. *Menopause.* 2020;27(1):33-42. doi: 10.1097/GME.0000000000001415.
- Wilson L, Pandeya N, Byles J, Mishra G. Hysterectomy and incidence of depressive symptoms in midlife women: the Australian Longitudinal Study on Women's Health. *Epidemiol Psychiatr Sci.* 2018;27(4):381-92. doi: 10.1017/S2045796016001220.
- McPherson K, Herbert A, Judge A, Clarke A, Bridgman S, Maresh M, et al. Psychosexual health 5 years after hysterectomy: population-based comparison with endometrial ablation for dysfunctional uterine bleeding. *Health Expect.* 2005;8(3):234-43. doi: 10.1111/j.1369-7625.2005.00338.x.
- Proshchenko O, Ventskivska I. Quality of Life and Individual-Psychological Features as an Integral Criterion of Efficacy of Surgical Treatment in Patients with Uterine Fibroids. *Rep Health Eastern Eur.* 2021;11(6):755-66. doi: 10.34883/Pl.2021.11.6.009.
- Carey ET, Moore KJ, Young JC, Bhattacharya M, Schiff LD, Louie MY, et al. Association of Preoperative Depression and Anxiety With Long-term Opioid Use After Hysterectomy for Benign Indications. *Obstet Gynecol.* 2021;138(5):715-24. doi: 10.1097/AOG.0000000000004568.
- Li LJ, Chen Q, Zhang N, Yao X, Wang CX. Use of antidepressants following hysterectomy with or without oophorectomy: A national sample in the US. *Maturitas.* 2023;167:32-8. doi: 10.1016/j.maturitas.2022.09.010.
- Roussis NP, Waltrous L, Kerr A, Robertazzi R, Cabbad MF. Sexual response in the patient after hysterectomy: total abdominal versus supracervical versus vaginal procedure. *Am J Obstet Gynecol.* 2004;190(5):1427-8. doi: 10.1016/j.ajog.2004.01.074.
- Harnod T, Chen W, Wang JH, Lin SZ, Ding DC. Hysterectomies are Associated with an Increased Risk of Depression: A Population-Based Cohort Study. *J Clin Med.* 2018;7(10):366. doi: 10.3390/jcm7100366.
- Proshchenko OM. Urogenital disorders in women of reproductive age who underwent radical surgery for uterine fibroids - optimization of the diagnostic algorithm. *Women's Rep Health.* 2020;5(45):29-32.
- Darwish M, Atlantis E, Mohamed-Taysir T. Psychological outcomes after hysterectomy for benign conditions: A systematic review and meta-analysis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2014;174:5-19. doi: 10.1016/j.ejogrb.2013.12.017.
- Proshchenko OM, Ventskivska IB. The effect of hysterectomy on the function of preserved ovaries and correction of hormonal imbalance. *Women's Rep Health.* 2022;3(68):18-26.
- Wilson L, Pandeya N, Byles J, Mishra G. Hysterectomy and incidence of depressive symptoms in midlife women: the Australian Longitudinal Study on Women's Health. *Epidemiol Psychiatr Sci.* 2018;27(4):381-92. doi: 10.1017/S2045796016001220.
- Bromberger JT, Epperson CN. Depression During and After the Perimenopause: Impact of Hormones, Genetics, and Environmental Determinants of Disease. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2018;45(4):663-78. doi: 10.1016/j.ogc.2018.07.007.

Стаття надійшла до редакції 26.12.2022. – Дата першого рішення 02.01.2023. – Стаття подана до друку 31.01.2023