

**Тайц А.Н.**

Санкт-Петербургская Государственная педиатрическая медицинская академия, кафедра акушерства и гинекологии; Городской центр эндовидеохирургии Елизаветинской больницы, Санкт-Петербург, Россия

**Материал и методы.** Для оценки качества психоэмоционального ответа на стресс, связанный с эндовидеохирургическим вмешательством, проведено обследование с использованием шкалы Спилбергера – Ханина. Сравнительный анализ проведен в двух группах обследованных с диагнозом нарушенная трубная беременность; I группу ( $n = 15$ ) составили пациентки, которым произведена лапароскопическая операция, во II группу ( $n = 15$ ) вошли больные, при оперативном лечении которых производилась лапаротомия. Возрастной состав групп достоверно не различался ( $28 \pm 3,1$  г и  $30 \pm 2,3$  г) соответственно. Нами изучена зависимость между уровнем реактивной тревожности у пациенток обеих групп и степенью риска проведения того или иного вида оперативного вмешательства при эктопической беременности.

**Результаты.** Среди пациенток, у которых отмечен высокий уровень РТ, большинство (75 %) являются представителями II группы, то есть имеет место прямая корреляционная зависимость между высоким уровнем РТ и степенью риска проведения оперативного вмешательства при проведении

## ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РЕАГИРОВАНИЯ ПАЦИЕНТОК НА СТРЕСС, СВЯЗАННЫЙ С ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКИМ ВМЕШАТЕЛЬСТВОМ

лапаротомии ( $r > 0,7$ ). Изучение характера реакции пациенток обеих групп на конкретную ситуацию (госпитализацию), показало, что уровень личностной тревожности (ЛТ), определяемый по методике Спилбергера – Ханина соответствует показателям “умеренная тревожность” (по данным авторов методики, 31 – 45 балл). В то же время определение уровня реактивной тревожности (РТ) во II группе выявило достоверно более высокие показатели ( $44,4 \pm 6,5$  и  $39,9 \pm 8,0$  соответственно). При этом более 65 % пациенток II группы имеют высокие показатели ( $> 46$ ), и лишь каждая десятая – низкие показатели ( $< 30$ ). Наибольшее возрастание уровня тревожности отмечено при постановке диагноза – эктопическая беременность ( $47,75 \pm 0,46$  по шкале Спилбергера – Ханина).

**Выводы.** Эти характеристики напрямую связаны с наличием у женщины реального стресса, обусловленного госпитализацией в стационар по экстренным показаниям. Кроме того, нами отмечена позитивная роль эндовидеохирургических технологий в снижении уровня реактивной тревожности у пациенток с эктопической беременностью.

**Шапарнев А.В.<sup>1</sup>, Кобиашвили М.Г.<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Больница Святого Георгия, <sup>2</sup>Центр экстренной и радиационной медицины МЧС, Санкт-Петербург, Россия

## КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ АДАПТАЦИОННЫХ РЕАКЦИЙ ЖЕНСКОГО ОРГАНИЗМА ПРИ ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ НА МАТКЕ И ПРИДАТКАХ

**Актуальность и цель исследования.** В настоящее время лапароскопический доступ считается «золотым стандартом» при операциях на придатках и начинает составлять конкуренцию абдоминальному методу при гистерэктомии. Однако адаптационные реакции женского организма при лапароскопических вмешательствах и их клиническое значение изучены недостаточно, что и определило цели и задачи данной работы.

**Материал и методы.** Произведено клинико-лабораторное обследование 116 пациенток, оперированных лапароскопическим способом. Из них 86 (74 %) – с доброкачественными опухолями и опухолевидными образованиями придатков и 30 (26 %) – с миомой матки. В 78 случаях (67,2 %) были выполнены консервативные, в 38 (32,8 %) – радикальные вмешательства. Оценка

типа адаптационных реакций производили по методике Л.Х. Гаркави с соавт. (1978, 1999) по показателям лейкограммы крови. По типу реакции можно судить о силе раздражителя, воздействующего на организм. Статистическая обработка полученных результатов проводилась с использованием метода дискриминантного анализа. Информативность факторов, содержащихся в матрице наблюдений, оценивалась по F-критерию Фишера.

**Результаты.** Наиболее сильным раздражителем являлись радикальные вмешательства на матке, слабым – консервативные операции на придатках. В первые сутки послеоперационного периода эндовидеохирургическое вмешательство и его последствия явились сильным раздражителем для большинства пациенток: при операциях на матке – 25 случаев (96 %), при операциях на придатках – 66 случаев

(73 %), ( $p < 0,05$ ). При вмешательствах на придатках наиболее сильным раздражителем для организма оказались операции по удалению дермоидных и эндометриоидных кист с попаданием их содержимого в брюшную полость, наиболее слабым – операции по удалению параовариальных кист, даже значительных размеров (максимальный – 20 см в диаметре). К пятым суткам послеоперационного периода проведенная эндовидеохирургическая операция и ее последствия оставались сильным раздражителем для 41 (35,4 %) пациентки, раздражителем средней и слабой силы – для 75 (64,6 %) пациенток. Дискриминантный анализ значимости стрессогенных факторов выявил решающую роль способа воздействия

на ткани при проведении операции, объема вмешательства и проводимой терапии. Существенное значение имели также выраженность болевого синдрома, температура тела и показатели интоксикации и адаптационных реакций лейкограммы крови, характеризующие течение процесса срочной адаптации.

**Заключение.** Полученные результаты послужили патогенетическим основанием для коррекции методов применения различных типов инструментов, техники проводимых вмешательств и послеоперационного ведения, что привело к снижению доли пациенток с реакциями на сильный раздражитель на 5-е сутки в 4 раза – до 8,6 % (5 из 58) в контрольной группе.