

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України»

Актуальні питання педіатрії, акушерства та гінекології

**Науково-практичний журнал
заснований в 2008 р.**

1(11)/2013

ТДМУ, "Укрмедкнига"
Тернопіль – 2013

Редакційна колегія

Банадига Н.В., Бойчук А.В., Геряк С. М., Жиляєв М.І., Маланчук Л. М.,
Павлишин Г.А., Слободян Л.М., Сміян І.С., Федорців О.Є., Франчук А.Ю., Хміль С.В.

Редакційна рада

Бегош Б.М. (Тернопіль), Беш Л.В. (Львів), Вадзюк С.Н. (Тернопіль), Венцківський Б.М. (Київ),
Гнатейко О.З. (Львів), Грищенко О.В. (Харків), Добрянський Д.О. (Львів), Жук С.І. (Київ),
Коломійцева А. Г. (Київ), Корчинський Ю.С. (Львів), Лобода В.Ф. (Тернопіль),
Макарчук О.М. (Івано-Франківськ), Маляр В.А. (Ужгород), Маркін Л.Б. (Львів),
Масик О.М. (Тернопіль), Медвідь В.І. (Київ), Нагорна В.Ф. (Одеса),
Няньківський С.Л. (Львів), Подольський В.В. (Київ), Поворознюк В.В. (Київ),
Пирогова В.І. (Львів), Синицька В.О. (Тернопіль), Сорокман Г.В. (Чернівці),
Татарчук Т.Ф. (Київ), Хлібовська О.І. (Тернопіль), Юрцева А.П. (Івано-Франківськ)

Головний редактор – А. В. Бойчук

Замісник головного редактора – Л. М. Маланчук

Відповідальний секретар – Б. М. Бегош

Свідоцтво про державну реєстрацію: серія КВ № 13686-2660

Передплатний індекс: 99879

Журнал внесено до переліку наукових фахових видань України, в яких можуть публікуватися результати дисертаційних робіт з медицини (додаток до Постанови Президії ВАК України від 27.05.09 № 1-05/2).

Відповідальність за зміст, достовірність і орфографію рекламних матеріалів несе рекламодавець. Редакція не несе відповідальності за достовірність фактів, власних імен та іншої інформації, використаної в публікаціях. При передруці або відтворенні повністю чи частково матеріалів журналу «Актуальні питання педіатрії, акушерства та гінекології» посилання на журнал обов'язкове.

Рекомендовано до видання Вченою радою ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського» (протокол № 11 від 26.02.2013 р.)

Технічний редактор
Комп'ютерна верстка
Дизайн обкладинки

*Демчишин Світлана
Яскілка Зоряна, Левченко Світлана
Кушик Павло*

Підп. до друку 27.02.2013. Формат 60×84/8. Папір офсет №1. Гарнітура Pragmatica.
Друк офсет. Ум. друк. арк. 23,48. Обл.-вид. арк. 28,50. Тираж 600. Зам. № 58.

Видавець і виготівник ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»
Майдан Волі, 1, м. Тернопіль, 46001, УКРАЇНА
Тел.: (0352) 43-49-56; Fax: (0352) 52-41-83
E-mail: appag@mail.ru

© ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України», 2013.
© «Актуальні питання педіатрії, акушерства та гінекології», 2013.

Маяр В.В. КЛІНІКО-ДІАГНОСТИЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ПОРУШЕНЬ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОГО КОМПЛЕКСУ У ЖІНОК ІЗ ПАТОЛОГІЄЮ НАВКОЛОПЛОДОВИХ ВОД	115	Malyar V.V. CLINICAL AND DIAGNOSTICAL CHARACTERISTIC OF THE FOCTOPLACENTAL COMPLEX OF AMNIOTIC FLUID PATHOLOGI
Мерцалова О.В., Лазуренко В.В., Горбатовська Е.В. РОЛЬ МЕТАБОЛІЧНИХ ПРОЦЕСІВ У ПАТОГЕНЕЗІ ФОРМУВАННЯ ПЕРИНАТАЛЬНОЇ ПАТОЛОГІЇ ПРИ ВАГІТНОСТІ ВИСОКОГО РИЗИКУ	117	Mertsalova O.V., Lazurenko V.V., Gorbatovska E.V. THE ROLE OF METABOLIC PROCESS IN PATHOGENESIS OF HIGH RISK PREGNANCY
Грищенко Н.Г. ВИБОР ОПТИМАЛЬНОГО ПРОТОКОЛА КОНТРОЛЮЮМОЇ СТИМУЛЯЦІЇ ЯИЧНИКІВ У ЖЕНЩИН, СТРАДАЮЩИХ ГЕНИТАЛЬНИМ ЕНДОМЕТРИОЗОМ	120	Gryshchenko M.G. THE SELECTION OF OPTIMAL SUPER-OVULATION INDUCTION PROTOCOL IN WOMEN WITH GENITAL ENDOMETRIOSIS
Карташова М.А. МИКРОСАТЕЛЛИТНА НЕСТАБИЛЬНОСТЬ ГЕНОМА И МЕТИЛИРОВАНИЕ ГЕНА ESR КАК КРИТЕРИИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С АТИПИЧЕСКОЙ ГИПЕРПЛАЗИЕЙ ЭНДОМЕТРИЯ	123	Kartashova M.A. MICROSATELITE INSTABILITY OF GENOME AND METHYLATION OF GENE ESR AS CRITERIA OF EFFICIENCY OF APPLICATION OF THE ORGANS PRESERVING METHODS OF TREATMENT FOR PATIENTS WITH ATYPICAL ENDOMETRIAL HYPERPLASIA
Щербина І.М., Весіч Т.Л., Таравнех Д.Ш. ЕФЕКТИВНІСТЬ ДЕСТРУКТИВНИХ МЕТОДІВ ЛІКУВАННЯ ФОНОВИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ШИЙКИ МАТКИ НА ТЛІ КОРЕКЦІЇ ВАГІНАЛЬНОЇ МІКРОФЛОРИ	126	Shcherbina I.M., Vesich T.L., Tarawneh D.Sh. EFFICIENCY OF DESTRUCTIVE METHODS OF TREATMENT BACKGROUND DISEASES OF THE CERVIX AGAINST THE BACKGROUND OF CORRECTION OF VAGINAL MICROFLORA
Жиляєв М.М. СКЛАД МАКРО- ТА МІКРОЕЛЕМЕНТІВ У ПЛОДОВИХ ОБОЛОНКАХ ПІСЛЯ ПЕРЕДЧАСНИХ ПОЛОГІВ ТА АНТЕНАТАЛЬНОЇ СМЕРТІ ПЛОДІВ	128	Julaev M.M. COMPOSITION OF MACRO- AND MICROELEMENTS IN FETAL MEMBRANES AFTER PREMATURE BIRTH AND ANTENATAL FETAL DEATH
Лимар Л.Є. ДЕЯКІ ПОКАЗНИКИ ПЕРОКСИДАЦІЇ ЛІПІДІВ У ЖІНОК З ПОРУШЕННЯМИ МЕНСТРУАЛЬНОЇ ФУНКЦІЇ (ПМФ) НА ТЛІ ХРОНІЧНИХ ВІРУСНИХ ГЕПАТИТІВ (ХВГ)	131	Lymar L. SOME INDICATORS OF LIPID PEROXIDATION IN WOMEN WITH MENSTRUAL DYSFUNCTION (MD) AND CHRONIC VIRUS HEPATITIS (CVH)
Бойчук А.В., Котик А.О., Франчук О.А. ОСОБЛИВОСТІ ДЕНСИТОМЕТРИЧНИХ ПОКАЗНИКІВ У ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ ІЗ ЛЕЙОМІОМОЮ МАТКИ	134	Boychuk A.V., Kotuk A.O., Franchuk O.A. PECULIARITIES OF THE DENSITOMETER RESULTS OF WOMEN WITH UTERINE MYOMA
Хлібовська О.І., Курило О.Ю., Дживак В.Г. ПРЕГРАВІДАРНА ПІДГОТОВКА ЖІНОК З ГЕРПЕТИЧНОЮ ІНФЕКЦІЄЮ	136	Khlibovska O.I., Kurylo O.Yu., Dzhyvak V.H. PREGRAVIDAR PREPARATION WOMEN WITH HERPES INFECTION
Потапов В.О., Медведєв М.В., Донська Ю.В. ПРОБЛЕМА ПОЄДНАНИХ ГІПЕРПРОЛІФЕРАТИВНИХ ПРОЦЕСІВ МАТКИ (огляд літератури)	138	Potapov V.O., Medvedev M.V., Donska Y.V. PROBLEM AMALGAMATED HYPERPROLIFERATIVE PROCESS OF UTERUS
Щербина М.О., Мерцалова О.В., Скорбач О.І. ОСОБЛИВОСТІ ГЕМОДИНАМІКИ ОРГАНІВ МАЛОГО ТАЗА У ЖІНОК ІЗ ПОСТГІСТЕРЕКТОМІЧНИМ СИНДРОМОМ	142	Sherbina N.O., Mertsalova O.V., Skorbach O.I. HEMODYNAMICS ASPECTS OF DIAGNOSIS AND THERAPY OF THE POSTHYSTERECTOMY SYNDROM
Фартушок Т.В. СУЧАСНІ АСПЕКТИ ЛІКУВАННЯ КАНДИДОЗНОГО ВУЛЬВОВАГІНІТУ	145	Fartushok T.V. MODERN ASPECTS OF TREATMENT KANDIDOVULVOVAGINITIS
Щербина М.О., Кузьміна І.Ю., Ткачова О.В., Кузьміна О.О. ВИКОРИСТАННЯ ІМУНОМОДУЛЯТОРІВ В КОМПЛЕКСНОЇ ТЕРАПІЇ ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ЖІНОЧИХ СТАТЕВИХ ОРГАНІВ	148	Sherbina N.A., Kuzmina I.U., Tkacheva O.V., Kuzmina O.O. EMPLOYMENT OF IMMUNOMODULATING FACTORS IN COMPLEX THERAPY OF INFLAMMATORY DISEASES OF FEMALE GENERATIVE ORGANS
Лоскутова Т.О. СТАН СИСТЕМИ ГЕМОСТАЗУ У ВАГІТНИХ З ГІПЕРТЕНЗИВНИМИ РОЗЛАДАМИ ТА ГЕННИМИ ПОЛІМОРФІЗМАМИ	151	Loskutova T.O. STATE SYSTEM OF HEMOSTASIS IN PREGNANT WOMEN WITH ARTERIAL HYPERTENSION AND GENETIC POLYMORPHISM
Зарічанська Х.В. ВМІСТ ГЛІКОПРОТЕЇНІВ ТА ВУГЛЕВОДНИХ КОМПОНЕНТІВ СЛИЗУ ЦЕРВІКАЛЬНОГО КАНАЛУ У ЖІНОК ІЗ ІСТМІКО-ЦЕРВІКАЛЬНОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ	155	Zarichanska H.V. CONTENTS OF GLYCOPROTEINS AND OLIGOSACCHARIDE STRUCTURES IN CERVICAL MUCUS AT THE WOMEN WITH CERVICAL INSUFFICIENCY
Молчанова О.В. ГЕНИТАЛЬНИЙ ЕНДОМЕТРИОЗ ЯК «ХВОРОБА ЦИВІЛІЗАЦІЇ»: ДО ПИТАННЯ СИМПТОМАТИКИ ПАТОЛОГІЇ	158	Molchanova O.V. GENITAL ENDOMETRIOSIS AS A "DISEASE OF CIVILIZATION": TO THE QUESTION OF SYMPTOMS
Онисько О.В. СТАН ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОГО КОМПЛЕКСУ У ВАГІТНИХ ІЗ ІНСУЛІНОРЕЗИСТЕНТНІСТЮ	160	Onusyko O.V. THE STATE OF PLACENTA AND FETUS COMPLEX IN PREGNANT WOMAN WICH HAVE INSYLIN RESISTANCE

©М.О. Щербина, О.В. Мерцалова, О.І. Скорбач
**ОСОБЛИВОСТІ ГЕМОДИНАМІКИ ОРГАНІВ МАЛОГО ТАЗА
У ЖІНОК ІЗ ПОСТГІСТЕРЕКТОМІЧНИМ СИНДРОМОМ**

Кафедра акушерства та гінекології №1, ХНМУ, м. Харків

ОСОБЛИВОСТІ ГЕМОДИНАМІКИ ОРГАНІВ МАЛОГО ТАЗА У ЖІНОК ІЗ ПОСТГІСТЕРЕКТОМІЧНИМ СИНДРОМОМ. У статті представлені дані клініко-імунологічного, гемодинамічного статусу 80 жінок, які страждають на постгістеректомічні розлади з метою пошуку оптимальних підходів до терапії. Встановлено, що постгістеректомічний синдром супроводжується патологічними гемодинамічними проявами, що корелюють з гормонально-імунологічними порушеннями. Стабільні позитивні клініко-імунологічні зсуви у пацієнок з постгістеректомічним синдромом показали високу ефективність включення імунокоригуючих препаратів для оптимізації терапевтичних заходів у боротьбі із зазначеною патологією.

ОСОБЕННОСТИ ГЕМОДИНАМИКИ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА У ЖЕНЩИН С ПОСТГИСТЕРЭКТОМИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ. В статье представлены данные клинико-иммунологического, гемодинамического статуса 80 женщин, страдающих постгистерэктомическими расстройствами с целью поиска оптимальных подходов к терапии. Установлено, что постгистерэктомический синдром сопровождается различными гемодинамическими расстройствами, коррелирующими с гормонально-иммунологическими нарушениями. Стабильные положительные клинико-иммунологические сдвиги у пациенток с постгистерэктомическим синдромом показали высокую эффективность включения иммунокорректирующих препаратов для оптимизации терапевтических мероприятий в борьбе с указанной патологией.

HEMODYNAMICS ASPECTS OF DIAGNOSIS AND THERAPY OF THE POSTHYSTERECTOMY SYNDROM. Basin on clinical, hemodynamic, immunological, vegetological investigations in 80 women with posthysterectomy disorders with the purpose of search of optimum pathogenetic approaches to therapy. It has been found that a posthysterectomy syndrome is accompanied by the different changes neurovegetative regulation and also psychoemotional disorders. New important hemodynamic and immunological aspects of pathogenesis were determined. Stable positive clinical and immunological changes at patients with a postgysterectomy syndrome showed high effect of including of immunological correction for the complex of treatment of patients with this pathology.

Ключові слова: постгістеректомічний синдром; гемодинамічні, гормонально-імунологічні порушення; імунокорекція.

Ключевые слова: постгистерэктомический синдром; гемодинамические, гормонально-иммунологические нарушения; иммунокоррекция.

Key words: posthysterectomy syndrome; hemodynamic and immunological disorders; immunological correction.

ВСТУП. В даний час вітчизняними і зарубіжними гінекологами все частіше обговорюється питання про негативний вплив операції гістеректомії на стан здоров'я і якість життя жінок. У зв'язку з цим актуальними є дослідження нових патогенетичних аспектів оптимізації лікувально-діагностичної тактики ведення пацієнок після гістеректомії (ГЕ). (1,2) Відомо, що ГЕ, проведена в репродуктивному віці, несприятливим чином позначається на анатомо-функціональному стані яєчників, що призводить до зниження рівня естрадіолу і появі ознак естрогендефіцитного стану. Виникнення у значної частини пацієнок репродуктивного віку після видалення матки, патологічного психонейровегетативного, уrogenітального, судинного, метаболічного симптомокомплексів розглядається як синдром постгістеректомії (ПГС). (1,2,3) Багато авторів пов'язують розвиток даного синдрому з порушенням функції яєчників, обумовленою зміною їх кровопостачання іннервації і трофіки після видалення матки як важливого органу-мішені для стероїдних гормонів. Важливим роль при цьому грає вивчення імунного статусу пацієнок з ПГС, ролі гормональних чинників регуляції імунологічних реакцій і їх візначального впливу на перебіг патологічних проявів порушення імунної відповіді в умовах ендокринної дисфункції. (3,4)

Слід також відзначити велике значення місцевої регуляції органного кровотоку, яка включає в себе ендотеліалезальний компонент, реалізується за допо-

могою ендотеліальних вазодилататорів та вазоконстрикторів. Очевидно, що ендотеліопатії можуть відбиватися на регуляцію внутрішньоорганного кровотоку. Однак неясно, яка роль ендотеліальної дисфункції у розвитку процесів ішемізації і гіпофункції яєчників у жінок після оперативного втручання. (5,6)

Незважаючи на велику кількість робіт, присвячених даній проблемі багато питань, що стосуються визначення значущості гемодинамічних процесів в яєчниках в структурі патогенетичної концепції різноманітних дезадаптаційних проявів організму жінки після гістеректомії диктує необхідність пошуку нових підходів до проблеми, що вивчається.

Метою дослідження є оптимізація ведення хворих з постгістеректомічним синдромом на основі визначення сучасних лікувально-діагностичних підходів до корекції даної патології.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ. Було обстежено 80 жінок, у віці 39-49 років. Основну групу склали 42 (51,6%) жінки з постгістеректомічними порушеннями, яким проводилося комплексне диференційоване лікування із застосуванням імунокоректорів, підгрупа порівняння складалася з 38 (48,4%) обстежених, яким проводилося традиційне загальноприйняте лікування, без призначення імунокоректорів. Середній вік пацієнок склав $41,0 \pm 4,3$ років.

Визначення особливостей ходу постгістеректомічного синдрому проводили шляхом клінічного обсте-

ження з оцінкою психо-емоційного стану і вегетативного статусу хворих.

Усім жінкам проводили УЗД дослідження за загальноприйнятою методикою на апараті «Medisson Sono Ace 8000 SE» виробництва Корея конвексним трансабдомінальним датчиком із частотою 3-7 МГц, вагінальним датчиком з частотою 4-9 МГц з функцією кольорового доплерівського картування. Акустичний зв'язуючий агент - гель. Було проведено вивчення кровотоку в яєчникових артеріях доплерометричним методом, оцінювали систолічну та діастолічну швидкість кровотоку, PI, IP та СДС.

Для виявлення ендотеліальної дисфункції проводили визначення вмісту ендотеліну-1 в плазмі крові імуноферментним аналізом з використанням набору реактивів Endothelin-1 ELISA System виробництва фірми «Amersham Pharmacia Biotech» (Великобританія).

Дослідження гормонального і імунологічного гомеостазу проводили шляхом імуноферментного аналізу з використанням комерційних тест-систем виробництва «Протеїновий контур» (Санкт-Петербург, Росія).

Діагностичні заходи виконувалися до лікування, через 1, 6 і через 12 міс. після гістеректомії.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ. Основними скаргами, які пред'являли пацієнтки в досліджуваних групах, були приливи жару до особи і шиї, пітливість, парестезії і оніміння в кінцівках, сухість шкіри, емоційна лабільність з дратівливістю, підвищена стомлюваність, зниження працездатності. Результати вегетологічного обстеження показали статистично достовірне переважання вегетативної дистонії над вегетативного рівновагою. Нормотонія початкового вегетативного тону виявлена у 2 (2,9%) пацієнток, а у 66 (97,1%) жінок виявлено ознаки вегетативних розладів. Вивчення особливої тривожності і психоемоційної лабільності показало наявність низької тривожності у 13 (19,1%), помірної тривожності – у 32 (47,1%) пацієнток, високої тривожності – у 23 (33,8%) пацієнток.

Дослідження гормонального статусу хворих показали, що зміст ФСТ, ЛГ підвищується відповідно ступеню тяжкості порушень. Зміст естрогенів мав тенденцію до зниження ($p < 0,05$), корелюючи із ступенем тяжкості синдрому. Виявлена аналогічна динаміка зниження змісту прогестерону, проте, це зниження було менш вираженим. Рівень вмісту тестостерона знаходився в межах вікової норми.

При проведенні ультразвукового дослідження після операції практично у всіх оперованих жінок було виявлено значне зниження ехогенності яєчників, хоча структура їх залишалася акустично однаково гомогенною; фолікули чітко не візуалізувалися; обсяги яєчників були в 1,7 рази більше, ніж до операції ($10,3 \pm 1,5$ см³) ($p < 0,05$ у порівнянні з вихідними значеннями). Проведення аналізу доплерограм яєчникових артерій показало, що значення індексів судинного опору в жінок з ПГС значно вище, ніж у пацієнток контрольної групи.

При цьому в жінок з ПГС відмічено уповільнення систолічної та діастолічної швидкості кровотоку, ніж

у здорових жінок. Так, у жінок після ГЕ систолічна швидкість кровотоку дорівнювала в правій яєчниковій артерії $0,19 \pm 0,02$ м/с, у лівій - $0,16 \pm 0,01$ м/с, що достовірно було нижче ніж у жінок контрольної групи ($0,31 \pm 0,02$ м/с і $0,28 \pm 0,02$ м/с, $p < 0,05$). Діастолічна швидкість кровотоку в правій яєчниковій артерії після ГЕ склала $0,32 \pm 0,01$ м/с, у лівій - $0,24 \pm 0,02$ м/с, що достовірно було нижче ніж у жінок контрольної групи, де у правій яєчниковій артерії діастолічна швидкість дорівнювала - $0,66 \pm 0,02$ м/с, а в лівій - $0,63 \pm 0,02$ м/с ($p < 0,05$). СДВ у жінок після ГЕ в правій яєчниковій артерії - $0,59 \pm 0,01$, у лівій - $0,66 \pm 0,01$ в порівнянні з жінками з контрольної групи (права - $0,46 \pm 0,02$, ліва - $0,44 \pm 0,02$, $p < 0,05$). Також при доплерометричному дослідженні яєчникових артерій доплерограми мали вигляд однофазної кривої із систолічним піком, а діастолічний пік був практично відсутній, що вказує на їхню високу резистентність.

Концентрація ET-1 у жінок після ГЕ дорівнювала $11,36 \pm 1,14$ нг/л та перевищувала майже у 2 рази показники практично здорових жінок з контрольної групи, де він склав - $5,4 \pm 0,8$ нг/л ($p < 0,05$). Таким чином, аналізуючи дані, підвищений рівень ET-1 свідчить про наявну ендотеліальну дисфункцію у жінок, які перенесли ГЕ, також відомо, що ендотеліальні клітини можуть викликати продукцію факторів росту, цитокінів, біологічно активних речовин.

При дослідженні субпопуляційного складу лімфоцитів крові, було встановлено, що у всіх пацієнток в периферичній крові спостерігається підвищення вмісту Т-клітин, аналіз цитокінового статусу жінок характеризувався підвищеним рівнем прозапальних цитокінів, поєднаних з зниженим рівнем їх антагоністів – протизапальних цитокінів.

Результати динамічного спостереження за жінками на тлі традиційного лікування і комплексної терапії в поєднанні з імунокоррекцією показали, що позитивна динаміка в клінічному перебігу постгістеректомічних порушень у обстежених пацієнток корелювала з позитивною динамікою в гемодинамічних імунологічних і гормональних показниках, та приводила до стійкої нормалізації параметрів кровообігу, відновлення нормального цитокінового балансу та усунення ендотеліальної дисфункції.

ВИСНОВКИ. Таким чином результати проведеного дослідження показали, що важливими патогенетичними ланками патогенезу ПГС є доплерометричні ознаки порушення яєникового кровообігу та ендотеліальної дисфункції на фоні гормонально-імунологічної дезадаптації жіночого організму. Включення імунокорекції в комплекс терапії вказаних порушень сприяє оптимізації корекції постгістеректомічного синдрому та підвищує стабільність результатів лікування даної категорії хворих.

ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШИХ ДОСЛІДЖЕНЬ. Подальше дослідження особливостей патогенезу постгістеректомічних ускладнень у жінок різних вікових груп, вивчення кореляційних взаємовідносин між імунологічними, гемодинамічними та метаболічними порушеннями та з'ясування механізмів нейроендокринної регуляції гормонально-імунологічних змін жіночого організму після гістеректомії дозволить у перс-

пективі сформувати достовірну патогенетичну концепцію, щодо призначення адекватних діагностичних та терапевтичних заходів з оптимізації тактики ведення

жінок із хірургічної менопаузою та покращення якості життя за рахунок стійкого та ефективного лікування даної категорії пацієнок.

ЛІТЕРАТУРА.

1. Кулаков В.И., Адамян Л.В., Аскольская С.И. Гистерэктомия и здоровье женщины. М: Медицина 1999; 311с.

2. Вероповелян П. М. Менопауза і серцево-судинні захворювання / П. М. Вероповелян, О. Л. Синиця, М. П. Вероповелян // Педіатрія, акушерство та гінекологія. ? 2011. ? № 5. ? С. 102?106.

3. Гладун Е. В., Дюг В. М., Корчмару В. И. и др. Особенности гормональных соотношений после оперативного лечения больных миомой матки // Акуш. и гинеколог., - 2000. - № 5. С. 17-19.

4. Centernall B. Premenopausal hysterectomy. // Amer. J. Obstet. Gynecol. -1999. -V. 139. -№1, -P. 58-61.

5. Доброхотова Ю.Э. Гистерэктомия в репродуктивном возрасте (системные изменения в организме женщины и методы их коррекции): Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М. - 2000. - 36с.

6. Honkins I., Williams D. Total abdominal hysterectomy. / Br. J. Obstet. Gynecol. -1996. -№5. V. 69. P. 20-29.

Отримано 29.01.13