



ЗБІРНИК НАУКОВИХ ПРАЦЬ

КИЇВ • 2013

ЗБІРНИК НАУКОВИХ ПРАЦЬ

УДК 618 (082)
ББК 57.1я43
З-41

Редакційна колегія:

Головний редактор – академік НАМН України В.М. Запорожан
Відповідальний науковий редактор – член-кор. НАМН України В.В. Камінський
Виконавчий редактор – доц. О.М. Борис
Відповідальний секретар – І.В. Малишева

Редакційна колегія:

Проф. А.В. Бойчук
Проф. С.Р. Галіч
Проф. С.М. Геряк
Проф. В.Г. Дубініна
Проф. З.М. Дубосарська
Проф. Ю.О. Дубосарська
Проф. Н.М. Рожковська

Статті, опубліковані у Збірнику наукових праць Асоціації акушерів-гінекологів України, вважати фаховими в галузі медичних наук у кожному випадку окремо – за поданням спеціалізованої вченої ради.

Постанова Президії ВАК України від 12.06.02 №2-05/6

*Свідоцтво про державну реєстрацію
Серія КВ № 3140 від 25.03.1998*

Збірник наукових праць Асоціації акушерів-гінекологів України. – К.: «Поліграф плюс», 2013. – 424 с.

ISBN 978-966-8977-38-1.

Для сприяння науковому і практичному розв'язанню сучасних проблем охорони здоров'я жінки-матері й дитини, підвищення рівня кваліфікації акушерів-гінекологів.

УДК 618 (082)
ББК 57.1я43

ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ МАТОЧНО - (ПРЕ-) ПЛАЦЕНТАРНОГО КРОВОТОКА У БЕРЕМЕННЫХ С УГРОЗОЙ АБОРТА В РАННЕМ СРОКЕ НА ФОНЕ ГИПОПРОГЕСТЕРОНЕМИИ <i>ДЕМИНА Т.Н., ВОРОНОВА И.И.</i>	117
ОСОБЕННОСТИ ИММУНОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА И ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН, НОСИТЕЛЬНИЦ АНТИТИРЕОИДНЫХ АНТИТЕЛ В ПЕРВОМ ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ <i>ДЕМИНА Т.Н., АЛИПОВА Н.Ф.</i>	121
ЛІКУВАННЯ ЖІНОК ІЗ ЗАЛІЗОДЕФІЦИТНОЮ АНЕМІЄЮ НА ТЛІ ТЯЖКИХ ПРОЛОНГОВАНИХ МЕНСТРУАЛЬНИХ КРОВОТЕЧ ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ ЛЕВОНОРГЕСТРЕЛВМЩУЮЧОЇ ВНУТРІШНЬОМАТКОВОЇ СИСТЕМИ <i>ДОБРОВОЛЬСЬКА Л.М., ЛІХАЧОВ В.К., СКРИПНИК І.М., МАСЛОВА А.С., МАКАРОВ О.Г.</i>	125
ПРОЛАПС ГЕНИТАЛИЙ - ПРОГНОЗИРОВАНИЕ И ДИАГНОСТИКА <i>ДОВГАЛЕВ Р. В., БЕНЮК В. А., НИКОНЮК Т. Р.</i>	127
ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ВЕДЕНИЮ ПАЦИЕНТОК С ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ ЭКТОПИЕЙ ШЕЙКИ МАТКИ, АССОЦИИРОВАННОЙ С ВИРУСОМ ПАПИЛЛОМЫ ЧЕЛОВЕКА <i>ДУБИНИНА В.Г., ПАЦКОВ А.А.</i>	131
ОПТИМІЗАЦІЯ ДІАГНОСТИКИ ВУЗЛОВИХ НОВОУТВОРЕНЬ МОЛОЧНИХ ЗАЛОЗ <i>ДУБІНІНА В.Г., ЗАВОЛОКА О.В., МОРОЗЮК О.М.</i>	135
КОРРЕКЦИЯ СИСТЕМНЫХ НАРУШЕНИЙ В ПЕРИМЕНОПАУЗАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ У ПАЦИЕНТОК С НАРУШЕННОЙ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИЕЙ В АНАМНЕЗЕ <i>ДУБОССАРСКАЯ З.М., ДУБОССАРСКАЯ Ю.О.</i>	138
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ГОРМОНАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ КАК СОСТАВЛЯЮЩЕЙ МЕНЕДЖМЕНТА ЕСТЕСТВЕННОЙ И ИСКУССТВЕННОЙ МЕНОПАУЗЫ <i>ДУБОССАРСКАЯ З.М., ДУБОССАРСКАЯ Ю.О.</i>	142
ЦИТОКИНОВЫЙ СТАТУС У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С ОЖИРЕНИЕМ <i>ДУКА Ю. М.</i>	145
ВИКОРИСТАННЯ ГОРМОНОТЕРАПІЇ В ЯКОСТІ ОРГАНОЗБЕРІГАЮЧОГО ЛІКУВАННЯ ПЕРЕДРАКУ І ПОЧАТКОВИХ СТАДІЙ РАКУ ЕНДОМЕТРІЯ <i>ЄГОРОВ О.О.</i>	148
ПРОЛОНГОВАНА ЛАКТАЦІЯ ЯК МЕТОД ЛІКУВАННЯ ФІБРОЗНО-КІСТОЗНОЇ ХВОРОБИ МОЛОЧНИХ ЗАЛОЗ ПІСЛЯ ПОЛОГІВ <i>ЖАБЧЕНКО І.А., ДІДЕНКО Л.В., КОВАЛЕНКО Т.М., БУТКОВА О.І., ЯРЕМКО Г.Є.</i>	151
РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ОСОБЕННОСТЕЙ И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ЖЕНЩИН С НЕДЕРЖАНИЕМ МОЧИ <i>ЖЕЛЕЗНАЯ А.А., ГАЙДАДЫМ В.В., ДЕМИШЕВА С.Г.</i>	154
АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЖЕНЩИН С НЕДЕРЖАНИЕМ МОЧИ (ПО ДАННЫМ АНКЕТИРОВАНИЯ) <i>ЖЕЛЕЗНАЯ А. А.</i>	158
ПСИХОФІЗІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ЖІНОК З СИНДРОМОМ ХРОНІЧНОГО ТАЗОВОГО БОЛЮ <i>ЖУК С.І., НОЧВІНА О.А.</i>	160
ПСИХОФІЗІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ЖІНОК З СИНДРОМОМ ХРОНІЧНОГО ТАЗОВОГО БОЛЮ <i>ЖУК С. І., НОЧВІНА О.А.</i>	163
СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ЭНДОМЕТРИОЗА (ЛЕКЦИЯ) <i>ЗАПОРОЖАН В.Н., ГЛАДЧУК И.З., РОЖКОВСКАЯ Н.Н, КОЖАКОВ В.Л., МАСЛЕНКО М.В.</i>	164
ПАТОГЕНЕТИЧНЕ ОБГРУНТУВАННЯ ЕТІОТРОПНОЇ ПРОФІЛАКТИКИ ГЕСТАЦІЙНИХ УСКЛАДНЕНЬ У ЖІНОК, ХВОРИХ НА ГРИП <i>ЗАПОРОЖАН В.М., МІЩЕНКО В.П., ШПАК І.В., РУДЕНКО І.В.</i>	170
ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИЕ ПРОЦЕССЫ ЭНДОМЕТРИЯ И ИХ ВЗАИМОСВЯЗЬ С СЕКРЕЦИЕЙ МЕЛАТОНИНА И ЛИЧНОСТНЫМИ ОСОБЕННОСТЯМИ ПАЦИЕНТОК <i>ЗВАРИЧ Л.И., ЛУЦЕНКО Н.С., ПЛОТНИКОВА В.Н., МЕЛЬНИК О.Д., ПОТЕБНЯ В.Ю., ЕВТЕРЕВА И.А.</i>	174
РИЗИК РОЗВИТКУ ГІПЕРПРОЛІФЕРАТИВНИХ ПРОЦЕСІВ У ПАЦІЕНТОК ЗІ СТЕРТИМИ ФОРМАМИ ГІПЕРАНДРОГЕНІЇ <i>ЗВАРИЧ Л.І.</i>	177

2. В групі жінок з РМЗ поширення гомозиготних і гетерозиготних генотипів не відповідає рівнянню Харді-Вайнберга ($\chi^2 = 26,89$ р < 0,001), тоді як в групі жінок з ДНМЗ і контрольній групі вони знаходяться у відповідності з даними рівнянням ($\chi^2 = 0,08$ і $\chi^2 = 0,05$, відповідно).
3. наявність делеційної алелі СG поліморфізму С634G гена VEGF збільшує ймовірність виникнення РМЗ в 9,3 рази (ОШ = 9,26 ДІ 95% : 3,78; 22,67). При наявності гомозиготного стану GG поліморфізму С634G з даного гену ризик виникнення РМЗ збільшується майже в 38,6 рази (ОШ = 38,56 ДІ 95% : 0,69; 2615,11).

ЛІТЕРАТУРА

1. *Летягин В.П.* Опухоли молочных желез. / В.П. Летягин // Опухоли женской репродуктивной системы. - 2005. - № 1. - С. 14-22.
2. Накази МОЗ України від 31.12.2004 № 676 та від 30.07.2010 р. №645. Електронний ресурс. Режим доступу: <http://www.moz.gov.ua>
3. *Попова Т.Н.* Результаты хирургического лечения больных с непальпируемыми доброкачественными опухолями молочных желез / Попова Т.Н., Артеменко Л.И. // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. 2007. № 4. С. 18-21.
4. *Радзинский В.Е.* Частота и структура доброкачественных заболеваний молочных желез после хирургического лечения гинекологических заболеваний / Радзинский В.Е., Хасханова Л.Х., Ордянец И.М. // Фарматека. 2010. № 1. С. 58-61.
5. *Duffy SW.* Overdiagnosis in breast cancer screening: the importance of length of observation period and lead time. / Duffy SW, Parmar D. // Breast Cancer Res. - 2013 – Vol. 15(3) - R41
6. *Sangma MB.* A clinico-pathological study on benign breast diseases. / Sangma MB, Panda K, Dasiah S. // J Clin Diagn Res. - 2013 – Vol. 7(3) – P. 503-506

КОРРЕКЦИЯ СИСТЕМНЫХ НАРУШЕНИЙ В ПЕРИМЕНОПАУЗАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ У ПАЦИЕНТОК С НАРУШЕННОЙ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИЕЙ В АНАМНЕЗЕ

ДУБОССАРСКАЯ З.М., ДУБОССАРСКАЯ Ю.О.

г. Днепропетровск

В последние годы появились убедительные данные, позволяющие уточнить патофизиологические механизмы климактерия, природу и механизм действия половых стероидов. Однако здоровье женщины в период перименопаузального перехода тесно связано с ее генеалогическим, перинатальным, гинекологическим, акушерским и соматическим анамнезом. В связи с тем что в последние десятилетия не снизилось количество женщин, страдавших нарушениями репродуктивной функции (частота бесплодных браков у разных этнических групп колеблется от 5 до 24 % и имеется тенденция к увеличению невынашивания, недонашивания беременности) [1- 3], считаем целесообразным рассмотреть особенности системных нарушений у женщин с осложнениями реализации репродуктивного потенциала. Более 70 стран мира под эгидой ВОЗ объединили свои усилия для разработки вопросов, связанных не только с репродуктологией, но и с оптимизацией лечения пациенток в перименопаузе, улучшением качества жизни женщин пожилого возраста, имевших проблемы с деторождением в репродуктивном периоде [4, 5].

Широкое внедрение препаратов, содержащих натуральные эстрогены, позволило существенно изменить представление гинекологов и врачей других специальностей о методах коррекции состояний, связанных с патологией климактерического периода [6, 7]. В перименопаузальном периоде, особенно при сочетании климактерических расстройств и отягощенного гинекологического анамнеза, происходят нарушения структурно-функциональных связей гипоталамуса с другими образованиями ЦНС, обуславливающие многообразие психоэмоциональных, трофических нарушений. Снижение выработки эстрогенов и прогестерона приводит к нарушению механизма обратной связи и увеличению выделения гонадотропинов. В периоде перименопаузального перехода отмечается одинаковая направленность сосудистых, дыхательных, температурных изменений в сторону гипо- и ареактивности, асимметрии и нередко извращенного характера реакций. Это свидетельствует о дисфункции взаимосвязанных друг с другом термо- и вазорегуляторных механизмов и процессов адаптации организма к эстрогенной недостаточности [8, 9].

Применение заместительной гормональной терапии (ЗГТ) с лечебной и профилактической целью принципиально не имеет альтернативы, но требует одновременно и своего философского осмысления. Пероральное применение препаратов является наиболее привычным и безопасным, однако при этом довольно трудно подобрать адекватную дозу, кроме того, при пероральном способе введения, проходя трансформацию в печени, эстрогены и прогестерон превращаются в менее активные формы. При равноценной эффективности перорального и трансдермального пути введения максимально низкая и эффективная доза эстрадиола поступает непосредственно в системный кровоток через кожу, минуя ферментные и метаболические эффекты первичного пассажа через печень, что обеспечивает преимущества трансдермальной терапии [4, 10, 11].

Обычной клинической дилеммой является вопрос, касающийся индивидуализации ЗГТ у больных, которые длительное время с лечебной целью получали гормональные препараты в репродуктивном возрасте по поводу бесплодия и/или невынашивания беременности, обусловленных нарушениями нейроэндокринных соотношений: при синдроме поликистозных яичников, гиперандрогении неопухолевого генеза, гиперпролактинемии.

На данном этапе наиболее адекватной является ЗГТ, главными компонентами которой являются 17- β -эстрадиол (эстрогель) и микроионизированная форма натурального прогестерона (утрожестан), определяющая всасываемость как во влагалище, так и в желудочно-кишечном тракте. Новым шагом к совершенствованию ЗГТ стала разработка прогестина нового поколения - диеногеста, который не только не оказывает какого-либо андрогенного влияния, но и обладает клинически подтвержденным антиандрогенным свойством [4], что очень важно для пациенток с гиперандрогенией неопухолевого генеза.

Целью исследования явилась разработка индивидуализированной программы ЗГТ для коррекции климактерических расстройств пациенток, в анамнезе имевших бесплодие или невынашивание беременности.

Материал и методы исследования

Под наблюдением находилось 125 пациенток в периоде перименопаузального перехода с нарушением репродуктивной функции: бесплодие - у 61 (48,8%) пациенток, невынашивание беременности - у 64 (51,2%) - с длительностью климактерических расстройств от 6 мес до 2 лет и метаболическими нарушениями. Возраст исследуемых составил (49,2 \pm 4,3) года. Беременность и роды имели 18 (14,4%) женщин, первичным бесплодием страдали 62 (49,6%) женщин, вторичным - 17 (13,6%), привычное невынашивание было у 46 (36,8%) больных, нарушения менструальной функции в репродуктивном периоде - у 29 (23,2%). 92 (73,6%) женщин вели малоподвижный образ жизни, все пациентки отмечали психоэмоциональную лабильность, утомляемость, повышение массы тела, дизурические явления, артралгии. Парестезии отмечены у 90 (72,0%) женщин, хронические стрессовые ситуации и бытовые неудобства испытывали 97 (77,6%), повышенную нервозность и раздражительность, неустойчивый менструальный цикл после 40 - 45 лет - 86 (68,8%), расстройства сна - 7,1 (56,8%) пациенток.

В 1-й группе, которую составили женщины с бесплодием в анамнезе, гипертоническая болезнь I стадии имела место у 27 (21,6%) пациенток: при систолическом артериальном давлении (САД) 140-160 мм рт. ст. и диастолическом (ДАД) - 90-100 мм рт. ст.; II стадия - у 34 (27,2%) женщин: при САД 160 - 180 мм рт. ст. и ДАД 100 - 110 мм рт. ст. Увеличение массы тела наблюдалось у 104 (83,2%) женщин, климактерические расстройства, переломы и деформации скелета у родителей отмечали 88 (70,4%) пациенток. Климактерические расстройства легкой степени (по модифицированному индексу Куппермаиа) имели 30 (24,3%) пациенток, средней степени - 25 (20,2%), тяжелой - 70 (55,5%) пациенток 1-й группы.

2 ю группу составили 46 женщин перименопаузального периода без экстрагенитальной патологии, имеющих климактерические расстройства и невынашивание беременности в анамнезе. Достоверных различий в генеалогическом, перинатальном анамнезе, возрасте, показателях массы тела пациенток двух групп не выявлено. При сравнении 1-й и 2-й групп определялись только различия по показателям следующих гормонов: тестостерона при гиперандрогении надпочечникового генеза у 21 (16,8%) пациенток и пролактина у 13 (10,4%) пациенток с гиперпролактинемией. Другие перечисленные показатели при сравнении двух групп были статистически недостоверны.

Исследования проводили амбулаторно: до лечения, через 6, 12 и 24 мес. от начала лечения. Согласно приказу МЗ Украины № 417, кроме традиционного общеклинического обследования, показатели артериального давления определяли при необходимости с помощью суточного мониторинга. Уровень гормонов гипофиза (ЛТ, ФТ, пролактин), яичников (E_2 , Т) щитовидной железы (ТТГ, свободный T_4), надпочечников (кортизол, F) изучали радиоиммунологическим методом с помощью стандартных коммерческих наборов (Чехия, Беларусь). Ультразвуковое исследование органов малого таза, щитовидной железы, кровотока в маточных, яичниковых сосудах проводили с помощью аппарата «А1ока» (Япония) с использованием наружного и влагалищного датчиков. Минимальную плотность кортикального слоя кости определяли методом денситометрии с помощью аппарата «Ріхі, Lunar. Corp.» (США) по Т-критерию. Выраженность болевого синдрома оценивали в баллах (от 1 до 10). В комплекс диагностической программы включали определение состояния эндометрия, маммографию. Параллельно определяли уровень общего и ионизированного кальция в сыворотке крови, проводили гемореологические и общие клинические исследования.

Для коррекции климактерических расстройств у пациенток обеих групп, имевших в анамнезе нарушения репродуктивной функции, проводили ЗГТ спиртосодержащим гелем - эстрожелем по 1 мг 17- β -эстрадиола ежедневно один раз на кожу живота или ягодиц на площадь, равную 200 мм², в течение 21 дня, а последние 10 дней вечером, с последующим 7 дневным перерывом, трансвагинально или перорально использовали препарат утрожестан в виде двух желатиновых капсул, содержащих каждая по 100 мг натурального микронизированного прогестерона в арахисовом масле.

У женщин с гиперандрогенией в анамнезе и высоким уровнем Т ($5,93 \pm 0,78$) нмоль/л применяли анжелик. У женщин с гиперпролактинемией после дополнительного обследования, подтверждающего функциональный характер ее и отсутствие органических изменений со стороны гипофиза, лечение проводили для исключения возобновления приливов и менструальноподобной реакции препаратом эстрожель, который использовали в непрерывном режиме в первые 21 день по 1 мг, а в последующие 7 дней по 0,5 мг, а с 10-го по 21-й день - препарат утрожестан по 100 мг 2 раза в день утром и вечером интравагинально. Все женщины перед началом исследования в письменном виде заявили о своем добровольном участии в проводимых процедурах и были поставлены в известность о своем праве выйти из исследования на любом этапе.

Результаты исследования и их обсуждение

Вегетативные и сосудистые нарушения, индуцированные климактерическими расстройствами, потенцировали имеющуюся экстрагенитальную патологию, приводили к неустойчивости АД, увеличению частоты гипертонических кризов, преходящему нарушению мозгового и коронарного кровообращения, снижению сократительной способности миокарда, нарушению предсердно-желудочковой проводимости у 37,6% пациенток.

До начала лечения у 79,2% пациенток 1-й группы отмечался умеренно выраженный болевой синдром в суставах и костях, который оценивали в 6 баллов, у 12,8% - в 5 баллов, у 8% - в 3 балла. Через 8-12 мес лечения отмечено исчезновение болевого синдрома у 94,4%. Снижение интенсивности болевого синдрома отметили 5,6% пациенток. В процессе лечения 4% женщин после достижения положительных результатов на ранних этапах отказались от приема препарата, у 2,4% пациенток не удалось добиться положительных результатов. Содержание ионизированного кальция до лечения составило 1,03 ммоль/л, а общего кальция - 2,08 ммоль/л. После 12 мес лечения содержание ионизированного кальция составило 1,12 ммоль/л и общего - 2,14 ммоль/л у пациенток 1-й группы. Во 2-й группе содержание ионизированного и общего кальция не имело достоверных различий по сравнению с показателями 1-й группы до и после лечения.

Ранее проводимые исследования показали, что к 40-45 годам у обследованных женщин снижался уровень эстрогенов, прогестерона, ТТГ, повысились показатели ЛГ и ФСГ (в 4-12 раз), преобладали андрогены, появились первые симптомы климактерических нарушений: изменение цикличности менструаций. У 27,6% женщин 1-й группы при сочетании климактерических расстройств и гипертонической болезни было установлено повышение уровня пролактина, у 22,5% пациенток - недержание мочи.

У женщин 1-й и 2-й групп определяли достоверно уменьшенный объем яичников и снижение антимюлерового гормона. При этом прослеживалась обратно пропорциональная зависимость между тяжестью и длительностью климактерических расстройств, с одной стороны, и объемом яичников - с другой: чем меньше был объем яичников, тем длительнее и тяжелее течение климактерического синдрома. Объем яичников до лечения в 1-й группе составил $(4,86 \pm 0,4)$ см³, во 2-й - $(4,92 \pm 0,31)$ см³. Содержание антимюлерового гормона было статистически снижено в обеих группах.

У женщин 1-й группы отмечалась тенденция к улучшению гемореологических показателей. Так, к 5-6-му месяцу лечения эстрожелем и угрожестаном появлялась тенденция к снижению кажущейся вязкости крови до $(22,0 \pm 0,9)$ сантипауз, коэффициента агрегации эритроцитов - до $(1,00 \pm 0,03)$ дин/см, предела текучести - до $(0,070 \pm 0,004)$ дин/см. Уменьшение деформируемости мембраны, снижение заряда мембраны эритроцитов приводили к уменьшению агрегационных свойств эритроцитов и улучшению реологических свойств крови у пациенток обеих групп. Улучшение реологических свойств крови оказывало благоприятное влияние и на клиническое течение гипертонической болезни.

Полученные данные показали, что ЗГТ приводит к снижению общего холестерина, повышению резистентности липидов низкой плотности, улучшению реологических свойств крови, оказывает гипополипидемическое действие, способствует снижению тяжести течения климактерического синдрома и гипертонической болезни у женщин периода перименопаузального перехода, созданию условий для снижения объема базисной терапии.

Интересен факт влияния анжелика на показатели АД у женщин с гиперандрогенией: у женщин с исходной артериальной гипотонией отмечали выраженную тенденцию к нормализации АД, у пациенток с гипертонической болезнью I-II стадии - снижение ДАД в пределах 20-10 мм рт. ст. Также произошли нормализация либидо и уменьшение клинической картины урогенитальных расстройств. Через 6 мес применения анжелика отмечено достоверно значимое снижение уровня ЛТ $[(7,2 \pm 0,9)$ МЕ/л] и ФТ $[(11,4 \pm 2,1)$ МЕ/л].

В результате применения ЗГТ, у пациенток, имевших в анамнезе синдром поликистозных яичников снизились масса тела (с 78,5 до 74,2 кг), индекс массы тела (с 27,3 до 26,8 кг/м²), процентное содержание жировой ткани в организме (с 48,3 до 40,1%).

Выводы

При проведении заместительной гормональной терапии у больных с нарушенной репродуктивной функцией в анамнезе отмечалось быстрое и эффективное купирование психоэмоциональных нарушений, улучшение сна, уменьшение дыхательных нарушений типа апноэ во время сна (прекращение храпа), улучшение настроения. При гиперандрогении применение анжелика не сопровождалось увеличением артериального давления, массы тела, кроме того, отмечалось улучшение вигильности, конгинитивных функций.

Индивидуализация заместительной гормональной терапии у пациенток с нарушенной репродуктивной функцией в анамнезе позволяет не только эффективно лечить выраженные климактерические расстройства, улучшить качество жизни, но и профилактировать основные системные нарушения в перименопаузе.

ЛІТЕРАТУРА

1. *Вихляева Е.М.* Руководство по эндокринной гинекологии. М.; МИА, 2002, - 765 с.
2. *Сметник В.П., Kloosterboer H.J.* Эволюция заместительной гормональной терапии. Климактерий 2003; №1: - С. 25-29.
3. *Зайдиева Я.С.* Лечение климактерических расстройств у женщин в перименопаузе. Гинекология 2001; т. 3. - № 2. - С. 9-14.
4. *Дубоссарская З.М., Дубоссарская Ю.А.* Репродуктивная эндокринология (перинатальные, акушерские и гинекологические аспекты). 2008. – Лира ЛТД, Дн-ск. – С. 281-311.
5. *Дубоссарская З.М.* Теория и практика эндокринной гинекологии. – 2010.- Лира ЛТД, Дн-ск. – С. 398-418.
6. *Compton J., Travis M., vanAmelsvoort T. et al.* The effect of long term estrogen replacement therapy on cortical serotonin receptor density. Climacteric 2002; 5, 1: 61.
7. *Caltabiano M.L.* Holzheimer Dispositional factors, coping auol adaptation during menopause. Climacteric 2003; 2: 21-28.
8. *Nagata C., Shimizu H., Takami R. et al.* Hot flushes and other menopausal simptoms in relation to soy produkt intake in japanese women. Climacteric 2001; 2, 6: 6 -12.
9. *Owens J.E., Matthews K.J.* Sleep disturbance of healthy mioldle - aged women. Maturitas 2002; 30; 41-50.
10. *Dudley E.C., Hopper J.L., Taffe J. et al.* Using longitudinal data to de fine the post menopause by menstrual cycle characteristics. Climacteric 1998; 1: 18-25.
11. *Bar-Hava I., Orvieto R., Vardimon D. et al.* Ovarian cysts and cyclic hormone replacemeut therapi: is there an association? Acta obstet. Jynekol, Scaud. 1998; 76: 563-566.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ГОРМОНАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ КАК СОСТАВЛЯЮЩЕЙ МЕНЕДЖМЕНТА ЕСТЕСТВЕННОЙ И ИСКУССТВЕННОЙ МЕНОПАУЗЫ

ДУБОССАРСКАЯ З.М., ДУБОССАРСКАЯ Ю.О

г. Днепропетровск

В последние годы заместительную гормонотерапию (ЗГТ) аналогами половых гормонов получают в пери- и постменопаузе 20 миллионов женщин из 470, нуждающихся в ней [1,2]. Медико-социальные аспекты естественной и искусственной менопаузы являются одной из основных тем научных публикаций последних лет. Частота применения ЗГТ варьирует в значительных пределах (от 10 до 40%), что обусловлено экономическими факторами, недостаточной подготовленностью медицинских работников и населения в целом [2,7].

Негативное влияние климактерического синдрома (КС) на качество жизни женщин можно сопоставить с воздействием хирургического выключения функции яичников в детородном возрасте, которое сопровождается сложными реакциями адаптации нейроэндокрин-