

Влияние экстрагенитальных заболеваний на качество жизни женщин позднего репродуктивного возраста и периода пременопаузы с патологией эндометрия

С.М. Корниенко¹, В.П. Квашенко², И.К. Акимова²

¹Институт педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины, г. Киев

²ООО «Институт планирования семьи», г. Киев

Изучены клиничко-анамнестические особенности, психологический статус и показатели качества жизни (КЖ) 325 женщин 35–55 лет с патологией эндометрия. Экстрагенитальные заболевания отягощали анамнез 181 (55,69%) женщины с патологией эндометрия. Установлена статистически значимая обратная зависимость между тяжестью вегетативных нарушений и оцениваемыми параметрами КЖ. Выявлено, что основными параметрами КЖ, ассоциированными с экстрагенитальной патологией, у данных пациенток являются интенсивность боли, общее здоровье и жизненная активность, а в структуре экстрагенитальных факторов, негативно влияющих на субъективные оценки КЖ респонденток доминируют вегетативная дисфункция, кардиальная патология и заболевания нервной системы. Сделан вывод о том, что наличие сопутствующих экстрагенитальных заболеваний следует рассматривать как неблагоприятный прогностический феномен для позитивной динамики КЖ у женщин позднего репродуктивного и пременопаузального возраста с патологией эндометрия, что обосновывает необходимость создания эффективных реабилитационных методик, ориентированных на восстановление соматического и социального статуса данных пациенток.

Ключевые слова: патология эндометрия, поздний репродуктивный и пременопаузальный возраст, качество жизни, экстрагенитальная патология.

Поздний репродуктивный и пременопаузальный возраст является одним из важнейших периодов в жизни женщины, ведь именно в это время достигается пик расцвета ее самоидентичности, профессиональной и социальной деятельности. Однако именно в этот возрастной период ухудшается общее состояние здоровья, повышается риск внутриматочной патологии, манифестируют вегетососудистые и психоэмоциональные нарушения. Пременопауза ассоциирована с физиологическими изменениями, которые в некоторых случаях оказывают негативное влияние на качество жизни (КЖ) и повышают заболеваемость сердечно-сосудистой патологией [3, 5, 6, 8, 9].

Наступление перименопаузы приводит к снижению КЖ независимо от возраста и других социально-демографических показателей. Одним из ведущих факторов, отрицательно влияющих на КЖ женщин в пременопаузе, является изменение уровня половых стероидов [8]. Сочетание гинекологической и экстрагенитальной патологии создает условия для взаимного отягощения, что требует особого внимания врачей многих специальностей относительно грамотного комплексного подхода к лечению и профилактике ряда заболеваний.

В отличие от психиатрии соматическая медицина, имеющая более глубокие естественнонаучные корни в исследовании тончайших механизмов функционирования организма и патологических нарушений, столкнулась с определенными трудностями

в принятии гуманистического мировоззрения, предполагающего изучение целостной личности, обладающей индивидуальной ценностно-смысловой сферой. Концепция КЖ стала связующим звеном при выработке междисциплинарных концепций, способных обеспечить методологическую основу для взаимодействия соматологии и психологии [2].

При определении КЖ больного оценивают не тяжесть патологического процесса, а совокупность его переживаний и отношений, психическую адаптацию в контексте всех обстоятельств, связанных с расстройствами здоровья. Так, доказано [4, 10–12], что удовлетворенность/неудовлетворенность жизнью в гораздо большей степени зависит от степени самооценки и наличия тревожно-депрессивных расстройств, нежели от тяжелой соматической патологии. Взаимодействие с пациентом при оценке КЖ должно наполнять работу врача особым смыслом – осмыслением того, каким образом заболевание трансформируется в уникальное переживание больным своей ситуации. Новая парадигма понимания болезни и методов ее лечения должна ориентироваться не только на терапевтические, но и на социовосстановительные мероприятия [2], поэтому важной задачей комплексной диагностики патологии эндометрия (ПЭ) является изучение субъективной удовлетворенности пациенток своей жизнью.

Цель исследования: изучить влияние экстрагенитальных заболеваний на КЖ женщин позднего репродуктивного и пременопаузального возраста с ПЭ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Были обследованы 325 женщин в возрасте 35–55 лет (в среднем 41,1±0,27 года) с различными клиническими формами ПЭ: полип эндометрия был выявлен у 59,1%, гиперплазия эндометрия – у 30,5%, хронический эндометрит – у 34,8%, синехии – у 6,2%, аденоматоз – у 2,2%. Обследование включало изучение жалоб, данных анамнеза, клинический осмотр и анкетирование.

Для изучения КЖ использовали опросник здоровья SF-36, оценивающий субъективную удовлетворенность физическим и психическим состоянием респондента [7]. Вопросы теста SF-36 группируются в 8 шкал: физическое функционирование (низкая оценка по шкале свидетельствует о том, что физическая активность значительно снижена из-за состояния здоровья); ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием (чем ниже оценка, тем в большей степени проблемы со здоровьем ограничивают повседневную деятельность); интенсивность боли (низкий балл свидетельствует о том, что боль значительно ограничивает жизнедеятельность); общее состояние здоровья (чем ниже балл, тем хуже состояние здоровья); жизнеспособность (низкая оценка свидетельствует об утомлении, снижении жизненной активности); социальное функционирование (низкий балл соответствует значительному ограничению социальных контактов, снижению уровня общения в связи с ухудше-

Оценки по шкалам опросника SF-36 пациенток с ПЭ на фоне различной экстрагенитальной патологии, Me (Q₁-Q₃) в баллах

Показатель	Когорта	Физическое функционирование	Роловое функционирование	Интенсивность боли	Общее здоровье	Жизнеспособность	Социальное функционирование	Эмоциональное функционирование	Психическое здоровье
В целом экстрагенитальная патология	Нет, n=144 Есть, n=181	90 (85–95) 85 (75–95)*	100 (50–100) 75 (50–100)	100 (74–100) 74 (52–100)**	67 (57–72) 60 (50–75)*	65 (45–75) 60 (40–70)*	75 (62,5–87,5) 75 (62,5–87,5)	66,7 (66,7–100) 66,7 (33,3–100)	64 (48–72) 60 (48–68)
Патология пищеварительной системы	Нет, n=230 Есть, n=95	85 (80–95) 90 (80–95)	75 (50–100) 100 (50–100)	80 (62–100) 80 (62–100)	62 (52–72) 60 (50–75)	60 (40–70) 65 (40–75)	75 (62,5–87,5) 75 (62,5–87,5)	66,7 (33,3–100) 66,7 (33,3–100)	64 (48–72) 64 (48–72)
Ожирение	Нет, n=265 Есть, n=60	90 (80–95) 85 (75–93,75)	100 (50–100) 75 (50–100)	84 (62–100) 74 (61–100)*	62 (51–75) 57 (46,3–67)*	60 (45–70) 70 (40–78,75)	75 (62,5–87,5) 75 (75–87,5)	66,7 (33,3–100) 66,7 (33,3–100)	60 (48–68) 68 (52–72)*
Аллергические реакции	Нет, n=269 Есть, n=56	90 (80–95) 90 (85–100)	75 (50–100) 100 (75–100)*	80 (62–100) 80 (74–100)	60 (50–72,75) 70 (50–72)	60 (40–70) 60 (45–70)	75 (62,5–87,5) 75 (75–87,5)	66,7 (33,3–100) 100 (66,7–100)*	64 (48–72) 56 (52–72)
Патология нервной системы	Нет, n=272 Есть, n=53	90 (80–95) 85 (75–95)	100 (50–100) 75 (50–100)	84 (62–100) 74 (51,5–81)**	65 (55–75) 47 (37–67)**	65 (45–75) 45 (35–65)**	75 (62,5–87,5) 62,5 (56,3–87,5)**	66,7 (41,7–100) 66,7 (33,3–100)*	64 (52–72) 44 (40–56)**
Сердечно-сосудистая патология	Нет, n=289 Есть, n=36	90 (80–95) 85 (80–90)*	100 (50–100) 75 (25–100)**	84 (72–100) 67 (43,5–84)**	65 (55–75) 55 (45–67)**	65 (45–75) 45 (35–65)**	75 (62,5–87,5) 75 (62,5–87,5)	100 (66,7–100) 66,7 (33,3–100)**	64 (48–72) 54 (40–68)**
Патология щитовидной железы	Нет, n=294 Есть, n=31	90 (80–95) 80 (65–90)**	100 (50–100) 75 (50–100)	84 (62–100) 74 (62–81)**	65 (55–75) 50 (40–67)**	65 (40–75) 60 (40–65)	75 (62,5–87,5) 75 (62,5–87,5)	66,7 (33,3–100) 66,7 (33,3–100)	64 (48–72) 48 (40–64)**
Гипертоническая болезнь	Нет, n=308 Есть, n=17	90 (80–95) 77,5 (75–90)**	100 (50–100) 75 (50–93,75)	80 (62–100) 68 (41–93,5)	62 (50–72) 50 (45–70)*	60 (40–70) 75 (61,25–80)*	75 (62,5–87,5) 75 (62,5–87,5)	66,7 (33,3–100) 66,7 (33,3–100)	60 (48–72) 68 (64–79)*
Патология почек	Нет, n=310 Есть, n=15	90 (80–95) 80 (71,25–90)*	100 (50–100) 62,5 (12,5–100)*	80 (62–100) 62 (43,5–96)*	62 (50–75) 51 (45,5–69,25)*	60 (45–70) 47,5 (31,25–68,75)*	75 (62,5–87,5) 75 (40,63–87,5)	66,7 (33,3–100) 66,7 (0–66,7)*	64 (48–72) 66 (41–71)
Вегетативная дисфункция	Нет, n=83 Есть, n=242	95 (80–95) 85 (80–95)*	100 (75–100) 75 (50–100)**	100 (84–100) 74 (51–100)**	67 (57–75) 60 (50–72)*	70 (60–80) 55 (40–70)**	87,5 (75–100) 75 (62,5–87,5)**	100 (66,7–100) 66,7 (33,3–100)**	68 (52–80) 56 (44–68)**

Примечание: *, **, *** – значимое отличие от референтных групп по ранговому критерию Манна–Уитни для $p < 0,05$, $p < 0,01$ и $p < 0,001$.

нием здоровья); роловое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (чем ниже показатель, тем больше эмоциональное состояние ограничивает повседневную активность); психологическое здоровье (низкий показатель свидетельствует о наличии депрессивных, тревожных состояний, психическом неблагополучии). Каждый вопрос используется при расчете баллов однократно. Оценки каждой шкалы варьируют от 0 до 100, где 100 означает полное здоровье.

Диагностику вегетативных нарушений осуществляли при помощи балльного опросника А.М. Вейна (1998).

Обработку данных проводили, используя методы вариационной статистики (медиана, межквартильный размах), рангово-го критерия Манна–Уитни и ранговой корреляции Спирмена.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В рамках нашего исследования возраст оказывал слабое влияние на удовлетворенность пациенток с ПЭ качеством своей жизни. Наиболее значимые коэффициенты корреляции возраста наблюдались со шкалами физического функционирования ($\rho = -0,22$, $p < 0,001$) и общего здоровья ($\rho = -0,20$, $p < 0,001$).

Анализ социального статуса обследованных женщин выявил, что среди них преобладали служащие – 173 (53,23%). Треть пациенток составили домохозяйки – 109 (33,54%). Намного реже встречались рабочие – 43 (13,23%).

Медианная оценка по шкале физического функционирования в группе служащих равнялась 90 (80–95), в группе рабочих – 85 (75–95), в группе домохозяек – 90 (85–95) баллов; по шкале ролового функционирования, обусловленного физическим состоянием соответственно 75 (50–100), 75 (50–100) и 100 (75–100) баллов; по шкале интенсивности боли – 84 (62–100), 74 (42–92) и 100 (74–100) баллов; по шкале общего состояния здоровья – 62 (52–72), 60 (47–73,5) и 72 (45–82) баллов; по шкале жизнеспособности – 60 (40–70), 55 (35–65) и 70 (50–80) баллов; по шкале социального функционирования – 75 (62,5–87,5), 75 (62,5–87,5) и 75 (75–87,5) баллов; по шкале ролового эмоционального функционирования – 66,7 (33,3–100), 100 (33,3–100) и 100 (66,7–100) баллов; по шкале психологического здоровья – 60 (48–70), 64 (40–68) и 64 (44–72) баллов. Оценки когорты домохозяек были значимо выше оценок женщин рабочих профессий по шкалам ролового физического функционирования, боли и жизнеспособности (соответственно $p < 0,003$, $p < 0,002$ и $p < 0,001$) и оценок служащих по шкалам ролового физического и эмоционального функционирования (со-

ответственно $p < 0,03$ и $p < 0,02$). Служащие были более удовлетворены своим физическим состоянием ($p < 0,02$), меньше страдали от болевого синдрома ($p < 0,009$) и были более жизнеспособны ($p < 0,02$), нежели рабочие.

Изучение параметров КЖ пациенток с ПЭ в зависимости от хронотипа выявило, что женщины, более активные в первой половине дня, выше оценивают свое физическое функционирование (90 (80–95) против 85 (80–90), $p < 0,02$), жизнеспособность (65 (50–75) против 50 (35–70), $p < 0,001$), эмоциональное функционирование (100 (58,3–100) против 66,7 (33,3–100), $p < 0,006$) и психическое здоровье (64 (48–72) против 56 (40–68), $p < 0,002$). Остальные показатели КЖ не имели значимых различий.

Экстрагенитальные заболевания отягощали анамнез 181 (55,69%) женщины с ПЭ (таблица). Когорта с соматической патологией значимо хуже оценивала КЖ по шкалам боли ($p < 0,001$), физического функционирования ($p < 0,02$) общего здоровья ($p < 0,03$) и жизнеспособности ($p < 0,05$).

Интенсивная боль, прежде всего, снижала КЖ женщин, анамнез которых был обременен кардиальной патологией, заболеваниями нервной системы и вегетативной дисфункцией (ВД). Также, низкие оценки по данной шкале отмечались в когортах с ожирением, патологией щитовидной железы и почек (см. таблицу).

Снижение КЖ по параметру общего здоровья было наиболее выраженным у респонденток с патологией нервной системы, заболеваниями щитовидной железы и сердечно-сосудистой системы. Менее выраженное ухудшение КЖ по данной шкале наблюдалось в когортах с гипертонической болезнью, патологией почек, ожирением и ВД (см. таблицу).

Снижение жизненной активности у женщин с ПЭ было связано с заболеваниями сердечно-сосудистой и нервной систем, ВД и патологией почек, а пациентки с гипертонической болезнью, напротив, чаще ощущали себя полными сил и энергии.

Повседневная физическая активность (самообслуживание, ходьба, подъем по лестнице, перенос тяжестей, выполнение физических нагрузок) была значительно ограничена у пациенток с патологией щитовидной железы, гипертонической болезнью, заболеваниями почек и сердечно-сосудистой системы, а также на фоне ВД.

На ухудшение психического здоровья прежде всего жаловались женщины с патологией нервной системы, щитовидной железы и ВД. Заболевания сердца также негативно отражались на психическом благополучии пациенток. А вот респондентки с гипертонической болезнью и ожирением отличались высоким уровнем оценок по данной шкале.

Низкая удовлетворенность социальным функционированием была характерна для пациенток с патологией нервной системы и ВД, эмоциональным функционированием – для женщин с сердечно-сосудистой патологией, ВД, нефропатиями и заболеваниями нервной системы. Женщины с аллергическими реакциями оценивали свое эмоциональное состояние и ролевое физическое функционирование значимо выше, чем другие респондентки. Снижение ролевого физического функционирования наблюдалось на фоне ВД, патологии сердца и почек.

Корреляционный анализ позволил установить статистически значимую обратную зависимость между тяжестью вегетативных нарушений и всеми оцениваемыми параметрами КЖ. В триаду наиболее тесно коррелирующих с балльной оценкой опросника Вейна вошли шкалы боли ($\rho = -0,43, p < 0,001$), жизнеспособности ($\rho = -0,38, p < 0,001$) и психологического здоровья ($\rho = -0,37, p < 0,001$). Коэффициент ранговой корреляции со шкалой социального функционирования составил $\rho = -0,31 (p < 0,001)$, ролевого физического функционирования – $\rho = -0,29 (p < 0,001)$, ролевого эмоционального функционирования – $\rho = -0,28 (p < 0,001)$, общего состояния здоровья – $\rho = -0,27 (p < 0,001)$, физического функционирования – $\rho = -0,17 (p < 0,002)$. Данные результаты свидетельствуют о значимости психосоматического взаимодействия при формировании интегративного чувства удовлетворенности / неудовлетворенности КЖ.

Таким образом, ключевыми параметрами КЖ, ассоциированными с экстрагенитальной патологией у женщин с ПЭ в позднем репродуктивном возрасте и в период менопаузы этих пациенток, являются интенсивность боли, общее здоровье и жизненная активность, а в структуре экстрагенитальных факторов, негативно влияющих на субъективные оценки КЖ этих пациенток, безусловно доминируют ВД, кардиальная патология и заболевания нервной системы. Данная триада свидетельствует в пользу концепции «кольцевой психосоматической-сомато-психической зависимости», рассматривающей соматические и психические расстройства как единый патологический процесс, при котором возникает порочный круг их взаимовлияния [2]. В качестве опосредующих звеньев этой зависимости выделяют сопутствующие нейроэндокринные изменения, ограничение работоспособности, повышение стрессогенности межличностных взаимоотношений, нарушение режима лечения и контакта с врачом [1, 4, 5, 11, 12]. Подчеркивая сложность, полифакторность механизмов патогенеза психических нарушений у соматических больных, многие авторы отмечают невозможность проведения четкой границы между так называемыми соматогениями и нозогениями – проявлениями нейротоксического эффекта болезни и дезадаптивной личностной реакции на нее [11, 12].

Проблематичность такого разграничения заключается, прежде всего, в отсутствии однозначных причинно-следственных связей внутри биопсихосоциальной системы, что проявляется как во внутриуровневом, так и в межуровневом взаимодействии. В нашем исследовании на фоне ожирения и гипертонической болезни наблюдалась высокая самооценка психического здоровья, а ролевое и эмоциональное функционирование было менее всего ограничено у пациенток с аллергическими реакциями, следовательно, в определенных ситуациях перестройка структурных связей между биологическими и социальными уровнями сложной системной организации человека позволяет восстановить нарушенное субъективное ощущение благополучия за счет адаптационных соматических ресурсов.

Таким образом, профессиональный статус обследованных нами женщин оказывает на интенсивность боли и жизненную активность не меньшее влияние, чем наиболее значимые экстрагенитальные предикторы. А хронотип пациенток, определяемый пиками активности нервной системы в зависимости от времени суток, в сопоставимой мере воздействует на их жизнеспособность, психическое здоровье, эмоциональное и физическое функционирование. Все это свидетельствует о том, что при рас-

смотрении КЖ пациенток позднего репродуктивного и перименопаузального возраста с ПЭ следует, прежде всего, уделять внимание психосоциальному уровню многомерной функции системы адаптации.

ВЫВОДЫ

1. Наличие экстрагенитальных заболеваний на фоне ПЭ связано с субъективным ухудшением КЖ пациенток позднего репродуктивного и перименопаузального возраста из-за ограниченной повседневной жизнедеятельности вследствие болевого синдрома и ухудшения физического состояния, а также снижения жизненной активности и общего здоровья.

2. Коморбидность ПЭ с вегетативными расстройствами, заболеваниями сердечно-сосудистой и нервной системы ассоциируется с наиболее низкими оценками КЖ.

3. Наличие сопутствующих экстрагенитальных заболеваний следует рассматривать как неблагоприятный прогностический феномен для позитивной динамики КЖ у женщин позднего репродуктивного и перименопаузального возраста с ПЭ, что обосновывает необходимость создания эффективных реабилитационных методик, ориентированных на многомерный процесс восстановления их соматического и социального статуса.

Вплив екстрагенітальних захворювань на якість життя жінок пізнього репродуктивного віку і періоду менопаузи з патологією ендометрія С.М. Корнієнко, В.П. Квашенко, І.К. Акімова

Вивчено клініко-анамнестичні особливості, психологічний статус і показники якості життя (ЯЖ) 325 жінок 35–55 років з патологією ендометрія. Екстрагенітальні захворювання обтяжували анамнез 181 (55,69%) жінки з патологією ендометрія. Встановлена статистично значуща зворотна залежність між тяжкістю вегетативних порушень і оцінюваними параметрами ЯЖ. Виявлено, що основними параметрами ЯЖ, асоційованими з екстрагенітальною патологією, у даних пацієнток є інтенсивність болю, загальне здоров'я і життєва активність, а в структурі екстрагенітальних факторів, що негативно впливають на суб'єктивні оцінки ЯЖ респонденток домінують вегетативна дисфункція, кардіальна патологія і захворювання нервової системи. Зроблено висновок про те, що наявність супутніх екстрагенітальних захворювань слід розглядати як несприятливий прогностичний феномен для позитивної динаміки ЯЖ у жінок пізнього репродуктивного та перименопаузального віку з патологією ендометрія, що обґрунтовує необхідність створення ефективних реабілітаційних методик, орієнтованих на відновлення соматичного і соціального статусу даних пацієнток.
Ключові слова: патологія ендометрія, пізній репродуктивний і перименопаузальний вік, якість життя, екстрагенітальна патологія.

The influence of extragenital diseases on quality of woman life in the period of late reproductive and premenopausal age with endometrial pathology S.M. Kornienko, V.P. Kvashenko, I.K. Akimova

325 women aged 35–55 years with different clinical endometrial pathology were examined. Extra genital diseases burdened anamnesis of 181 (55.69%) women with endometrial pathology. Correlation analysis revealed a statistically significant inverse relationship between the severity of vegetative disorders and all the estimated parameters of quality of life. The key parameters of quality of life associated with extra genital pathology in women with endometrial pathology in the late reproductive age and premenopausal patients are pain intensity, general health and vital activity; and in the structure of extra genital factors negatively affecting subjective quality of life of these patients, by far the most vegetative dysfunction, cardiac pathology and diseases of the nervous system. Thus, the presence of concomitant extra genital diseases should be considered as an adverse prognostic phenomenon for the positive dynamics of quality of life in the late reproductive and premenopausal age, which justifies the need for effective rehabilitation techniques focused on the restoring their physical and social status.

Key words: endometrial pathology, late reproductive and premenopausal age, quality of life, extragenital pathology.

Сведения об авторах

Квашенко Валентина Павловна – ООО «Институт планирования семьи», 04050, г. Киев, ул. Платона Майбороды, 8. E-mail: fp.kvashenko@gmail.com

Акимова Ирина Константиновна – ООО «Институт планирования семьи», 04050, г. Киев, ул. Платона Майбороды, 8. E-mail: fp.akimairina@gmail.com

Корниенко Светлана Михайловна – ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины», 04050, г. Киев, ул. Платона Майбороды, 8. E-mail: kornisv@ Rambler.ru

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Блинова В.В. Качество жизни больных артериальной гипертензией с метаболическими нарушениями в зависимости от динамики степени ожирения при диспансерном наблюдении различной кратности / В.В. Блинова, Ю.И. Скворцов, А.П. Бурлака // БМИК. – 2013. – № 2. – С. 140–141.
2. Вассерман Л.И. Методология исследования качества жизни в контексте психосоматических и соматопсихических соотношений / Л.И. Вассерман, Е.А. Трифонова // Сибирский психологический журнал. – 2006. – № 4. – С. 12–15.
3. Кривенко В.І. Якість життя хворих на гіпертонічну хворобу: гендерний аспект / В.І. Кривенко, І.Е. Качан // Укр. терапевт. журн. – 2012. – № 2. – С. 61–66.
4. Левченко І.Л. Психологічні особливості та якість життя хворих на хронічні нейроінфекції / І.Л. Левченко // Експериментальна і клінічна медицина. – 2009. – № 2. – С. 109–114.
5. Лебедь Є.І. Вивчення змін внутрішньоклітинної структури якості життя жінок з ішемічною хворобою серця, стенокардією напруження, під впливом різних методів лікування / Є.І. Лебедь, О.М. Крючкова // Український кардіологічний журнал – 2011. – № 4. – С. 39–42.
6. Тивончук О.С. Якість життя хворих на морбідне ожиріння / О.С. Тивончук, А.С. Лаврик // Клініч. хірургія. – 2012. – № 8. – С. 38.
7. Фролова Э.Б. Изучение качества жизни больных ХОБЛ в сочетании с ХСН на основании использования опросника SF-36 / Э.Б. Фролова, М.Ф. Яушев // Вестник современной клинической медицины. – 2013. – № 4. – С. 21–25.
8. Хабибулина М.М. Влияние гипозэстрогенемии на качество жизни женщин с артериальной гипертензией в период пременопаузы / М.М. Хабибулина // Кардиология. – 2013. – Т. 53, № 11. – С. 45–48.
9. Хомазюк Т.А. Артеріальна гіпертензія: стратифікація ризику та якість життя у жінок в період перименопаузи / Т.А. Хомазюк, Н.В. Горач // Галицький лікар. вісник. – 2010. – Т. 17, № 4. – С. 79–82.
10. Psychological correlates of quality of life in atrial fibrillation / L. Ong, R. Cribbie, L. Harris et al. // Qual. Life Res. – 2006. – Vol. 15, № 8. – P. 1323–1333.
11. Surtees P.G. Functional health status, chronic medical conditions and disorders of mood / P.G. Surtees, N.W.J. Wainwright // The British Journal of Psychiatry. – 2003. – № 183. – P. 299–303.
12. The influence of personality factors on health-related quality of life of patients with inflammatory bowel disease / B. Moreno-Jimenez, B. Lopes Blanco, A. Rodriguez-Murioz, E. Garrosa Hernandez // J. Psychosom. Res. – 2007. – Vol. 62, № 1. – P. 39–46.

Статья поступила в редакцию 25.12.2014

До уваги читачів! У журналі «Здоровье женщины» №1-2015 на с. 141 у статті

Лікування доброякісної мікрогландулярної гіперплазії у жінок фертильного віку з порушеннями вегетативного гомеостазу

В.В. Подольський, Вл.В. Подольський

ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України», м. Київ

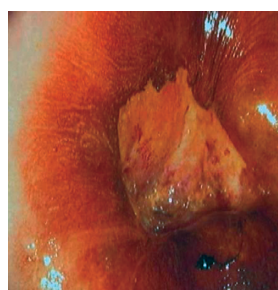
Проведені цитологічні та кольпоскопічні дослідження щодо стану слизової оболонки шийки матки у жінок фертильного віку з порушеннями вегетативного гомеостазу та змінами репродуктивного здоров'я. Визначена ефективність лікування мікрогландулярної гіперплазії.

Ключові слова: жінки фертильного віку, шийка матки, кольпоскопія, цитологія, порушення вегетативного гомеостазу, зміни репродуктивного здоров'я, лікування, мікрогландулярна гіперплазія.

на фото 3 помилково подано зображення з фото 1. Наводимо правильне зображення фото 3:



а) Проба з 5% розчином оцтової кислоти. Стан після лікування ектопії циліндричного епітелію



б) Проба з 5% розчином Люголю. Стан після лікування ектопії циліндричного епітелію

Фото 3 (а, б). Кольпоскопічна картина змін шийки матки у жінок з порушеннями вегетативного гомеостазу у вигляді СДВНС за гіпертонічним типом після лікування. Стан після лікування запальних змін шийки матки

Редакція приносить вибачення за прикру помилку.