

ПОРІВНЯЛЬНА ТАБЛИЦЯ

із наведенням фрагментів дисертації Чуприни Р. Р.
та відповідних фрагментів опублікованих текстів інших авторів
без зазначення авторства

Збіги текстів виділені **жовтим** кольором, перефразування та синоніми – **бірюзовим**, перестановки слів місцями – **зеленим**.

Червоним шрифтом поданий коментар щодо фрагментів дисертації Чуприни Р. Р.

№	Фрагменти тексту дисертації, у якій виявлено факти порушення академічної доброчесності	Фрагменти опублікованих текстів інших авторів (без зазначення в дисертації Чуприни Р. Р. посилань на джерело)
Вид виявленого порушення: плагіат, фальсифікація		
1	<p style="text-align: center;">Чуприна Р. Р. Профілактика менопаузальних порушень у жінок із доброякісними неуточненими пухлинами матки та яєчників. Дис. ... канд. медичних наук. – Київ, 2015. (https://nrat.ukrintei.ua/searchdoc/0415U006013/) Нумерація сторінок – як у файлі pdf.</p>	<p style="text-align: center;">Роженко А. В. Новий підхід до профілактики та корекції системних порушень у жінок з хірургічною менопаузою. Дис. ... канд. медичних наук. – Київ, 2013. (https://nrat.ukrintei.ua/searchdoc/0413U007155/) Нумерація сторінок – як у файлі pdf.</p>
С. 3.	<p>ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ А - адгезивність тромбоцитів Аа - агрегація тромбоцитів до адреналіну Аадф - агрегація тромбоцитів до АДФ Аар - агрегація тромбоцитів до ристоміцину АГ - артеріальна гіпертонія АПТЧ - активований парціальний тромбoplastиновий час АТ - артеріальний тиск ЗГТ - замісна гормональна терапія ЗХ - загальний холестерин ІК - індекс Куппермана ІМ - індекс міцності кістки ІПП - інтегральний показник патології К - коефіцієнт ефективності КА - коефіцієнт атерогенності КС - клімактеричний синдром КТ - кісткова тканина ЛВЩ - ліпопротеїди високої щільності ЛГ - лютропін ЛДНЩ - ліпопротеїди дуже низької щільності ЛНЩ - ліпопротеїди низької щільності МПІ - менопаузальний індекс ПОЛ - перекисне окислення ліпідів ПТГ - паратиреоїдний гормон ПТІ - протромбіновий індекс САН - методика (С- самопочуття, А - активність, Н - настрій) СП - ступінь поліпшення ТГ - тригліцериди ТЧ - тромбіновий час Ф - фібріноген ФСГ - фолікулотропін 4Р - час рекальцифікації плазми ШОУ - широкосмугове ослаблення ультразвуку ШПУ - швидкість поширення ультразвуку</p>	<p>ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ А - адгезивність тромбоцитів Аа - агрегація тромбоцитів до адреналіну Аадф - агрегація тромбоцитів до АДФ Аар - агрегація тромбоцитів до ристоміцину АГ - артеріальна гіпертонія АПТЧ - активований парціальний тромбoplastиновий час АТ - артеріальний тиск ЗГТ - замісна гормональна терапія ЗХ - загальний холестерин ІК - індекс Куппермана ІМ - індекс міцності кістки ІПП - інтегральний показник патології К - коефіцієнт ефективності КА - коефіцієнт атерогенності КС - клімактеричний синдром КТ - кісткова тканина ЛВЩ - ліпопротеїди високої щільності ЛГ - лютропін ЛДНЩ - ліпопротеїди дуже низької щільності ЛНЩ - ліпопротеїди низької щільності МПІ - менопаузальний індекс ПОЛ - перекисне окислення ліпідів ПТГ - паратиреоїдний гормон ПТІ - протромбіновий індекс САН - методика (С- самопочуття, А - активність, Н - настрій) СП - ступінь поліпшення ТГ - тригліцериди ТЧ - тромбіновий час Ф - фібріноген ФСГ - фолікулотропін 4Р - час рекальцифікації плазми ШОУ - широкосмугове ослаблення ультразвуку ШПУ - швидкість поширення ультразвуку</p>
С. 4–5.		С. 3–4.

<p>Вагоме зростання захворюваності жінок у віці, що збігається з настанням менопаузи, є серйозним аргументом, щоб вважати менопаузу і пов'язані з нею зміни в організмі одним з основних факторів, що визначають якість і тривалість життя жінки [Вдовиченко Ю.П., 2013; Татарчук Т.Ф., 2014; Венцківський Б.М., 2014]. Серед факторів, що ведуть до порушення репродуктивного здоров'я жінок доброякісні неуточнені пухлини матки та яєчників займають п'яте місце серед гінекологічних захворювань (до 5–13 % в структурі гінекологічної патології). Діагностоване з більшення частоти випадків доброякісних неуточнених новоутворень матки та яєчників серед жінок репродуктивного та пременопаузального віку у 2/3 випадків є показанням до оперативного втручання, що змушує приділяти все більшу увагу проблемі хірургічної менопаузи. [Віхляева О.М., 2008; Воробйова Л.І., 2011; Юзько О.М. та співав., 2011].</p> <p>Ранні прояви менопаузального синдрому істотно знижують якість життя жінок працездатного віку, інколи на вершині їхньої соціальної активності, тому проблеми лікування цієї патології здобувають важливе соціальне й економічне значення. Сьогодні є загально визнаним, що в основі розвитку менопаузального синдрому в жінок у віковий і хірургічній менопаузі провідну роль відіграють зміни гіпоталамо-лімбічної регуляції, що веде до порушень функціонування вегетативної нервової системи у відповідь на зміни в гормональній регуляції організму. Багато авторів наголошують, що розвиток ранніх психоневрологічних проявів відіграє основну роль у прогресуванні менопаузального синдрому і є надалі базою для формування важких ускладнень постменопаузи. [Нестеренко О.В., 2009; Дубосарська Ю.А., 2011; Гінчицька Л.В., 2011; Яроцький М.Є., 2013; Кишакевич І.Т., 2014].</p>	<p>Збільшення в останні роки частоти випадків доброякісних новоутворень матки та яєчників серед жінок репродуктивного та пременопаузального віку у 68-72% випадків є показанням до оперативного втручання, що змушує приділяти все більшу увагу проблемі хірургічної менопаузи. Термін "хірургічна менопауза" використовується стосовно жінок, менструальна функція яких була штучно припинена в результаті видалення яєчників, яєчників і матки або тільки матки. Якщо два перших варіанти хірургічної менопаузи можна віднести до естрогендефіцитних, то в хірургічній менопаузі при збереженні одного або обох яєчників такої ясності немає. Дані літератури стосовно функції яєчників після гістеректомії вкрай суперечливі, що відбивається на певних ускладненнях при виборі обсягу оперативного втручання та відсутності єдиного підходу до профілактики менопаузальних порушень [28, 30, 39, 152].</p> <p>Значне зростання захворюваності серед жінок у віці, що збігається з настанням менопаузи, є серйозним аргументом, щоб вважати менопаузу і пов'язані з нею зміни в організмі одним з основних факторів, що визначають якість і тривалість життя жінки [39, 152].</p> <p>Ранні прояви менопаузального синдрому істотно знижують якість життя жінок працездатного віку, часом на піку їхньої соціальної активності, тому проблеми лікування цієї патології здобувають важливе соціальне й економічне значення. На даний час визнається, що в основі розвитку менопаузального синдрому у жінок в віковий і хірургічній менопаузі ведучу роль відіграють зміни гіпоталамо-лімбічної регуляції, що призводить до порушень у функціонуванні вегетативної нервової системи у відповідь на зміни в гормональній регуляції організму. Багатьма авторами підкреслюється, що розвиток ранніх психоневрологічних проявів відіграє ведучу роль у прогресуванні менопаузального синдрому і є надалі базою для формування важких ускладнень постменопаузи.</p>
С. 6.	С. 5.
<p>Встановлено, що для жінок із доброякісними неуточненими пухлинами матки та яєчників характерний ранній розвиток судинних метаболічних порушень з дисліппротеїнемією, гіперкоагуляцією та гіпертензивним синдромом. Доведена доцільність моніторингу стану коагуляційних властивостей та ліпідного спектру крові вже у ранньому клімактеричному періоді.</p>	<p>Вперше встановлено, що для жінок із хірургічною менопаузою характерний ранній розвиток психоемоційних та вегето-судинних симптомів, а також метаболічних порушень з дисліппротеїнемією, гіперкоагуляцією та гіпертензивним синдромом. Доведена доцільність моніторингу стану коагуляційних властивостей та ліпідного спектру крові вже у ранньому постменопаузальному періоді.</p>
С. 8–9.	С. 7–8.
<p>РОЗДІЛ 1 МОРФО-ФУНКЦІОНАЛЬНІ ЗМІНИ В ОРГАНІЗМІ ЖІНОК ІЗ ДОБРОЯКІСНИМИ НЕУТОЧНЕНИМИ ПУХЛИНАМИ МАТКИ ТА ДОДАТКІВ ТА СУЧАСНІ МЕТОДИ ЇХ КОРЕКЦІЇ (огляд літератури)</p> <p>Різке зростання захворюваності серед жінок вікової категорії, що співпадає з віком менопаузи, є серйозним аргументом для розгляду менопаузи як одного з головних чинників в формуванні якості та тривалості життя [99, 118, 200].</p> <p>Висока частота і серйозність постменопаузальних ускладнень [6, 28, 144, 145, 146, 204, 281] поряд з відсутністю чітких поглядів на механізми виникнення та способів їх профілактики і лікування [172, 238, 203, 293] спонукають до цієї проблемою з боку вітчизняних та зарубіжних науковців.</p>	<p>РОЗДІЛ 1 Морфо-функціональні зміни в організмі жінок постменопаузального віку та сучасні методи їх корекції (огляд літератури)</p> <p>Різке зростання захворюваності серед жінок вікової категорії, що співпадає з віком менопаузи, є серйозним аргументом для розгляду менопаузи як одного з головних чинників в формуванні якості та тривалості життя [99, 118, 200].</p> <p>Висока частота і серйозність постменопаузальних ускладнень [6, 28, 144, 145, 146, 204, 281] поряд з відсутністю чітких поглядів на механізми виникнення та способів їх профілактики і лікування [172, 238, 203, 293] спонукають до цієї проблемою з боку вітчизняних та зарубіжних науковців.</p>

<p>Тут і далі спостерігаємо повний збіг не тільки тексту, але й номерів джерел. Повний тотальний плагіат.</p>	
<p>С. 9.</p>	<p>С. 8.</p>
<p>Одним із головних завдань, що стоять перед суспільством, є збереження здатності людей старшого віку до "незалежного якісного життя", що можливо лише за умови їх психічного здоров'я, здатності до самообслуговування та достатньої рухової активності [47, 265].</p> <p>Сам термін "менопауза", на думку ряду авторів, визначається як постійна відсутність менструації на фоні втрати яєчникової функції [149, 221, 227, 245, 48]. Клінічно менопауза діагностується ретроспективно, якщо період аменореї становить 12 місяців після останньої менструації [149, 221, 227, 313].</p> <p>Термін "хірургічна менопауза" використовується стосовно жінок, менструальна функція яких була штучно припинена в результаті видалення яєчників і матки або тільки матки. Якщо два перших варіанти хірургічної менопаузи можна віднести до естроген-дефіцитних, то в хірургічній менопаузі при збереженні одного або обох яєчників такої ясності немає. Дані літератури стосовно функції яєчників після гістеректомії вкрай суперечливі, що відбивається на певних ускладненнях при виборі обсягу оперативного втручання та відсутності єдиного підходу до профілактики менопаузальних порушень.</p> <p>В період після гістеректомії відбувається інволюція паренхіми яєчників, яка веде до зниження продукції статевих гормонів (естрогену, прогестерону, тестостерону) та збільшення продукції гонадотропних гормонів гіпофізу. Тому при зменшенні функціональної активності яєчників ми для лікування застосовуємо замісну гормональну терапію. Застосування ЗГТ значно зменшує частоту та перебіг вазомоторних симптомів та розладів, покращує вуглеводний, ліпідний обмін, попереджає зниження мінеральної щільності кісткової маси і покращує життя жінки.</p>	<p>Одним із головних завдань, що стоять перед суспільством, є збереження здатності людей старшого віку до "незалежного якісного життя", що можливо лише за умови їх психічного здоров'я, здатності до самообслуговування та достатньої рухової активності [47, 265].</p> <p>Сам термін "менопауза", на думку ряду авторів, визначається як постійна відсутність менструації на фоні втрати яєчникової функції [149, 221, 227, 245, 48]. Клінічно менопауза діагностується ретроспективно, якщо період аменореї становить 12 місяців після останньої менструації [149, 221, 227, 313].</p> <p>Термін "хірургічна менопауза" використовується стосовно жінок, менструальна функція яких була штучно припинена в результаті видалення яєчників і матки або тільки матки. Якщо два перших варіанти хірургічної менопаузи можна віднести до естроген-дефіцитних, то в хірургічній менопаузі при збереженні одного або обох яєчників такої ясності немає. Дані літератури стосовно функції яєчників після гістеректомії вкрай суперечливі, що відбивається на певних ускладненнях при виборі обсягу оперативного втручання та відсутності єдиного підходу до профілактики менопаузальних порушень.</p> <p>В період після гістеректомії відбувається інволюція паренхіми яєчників, яка веде до зниження продукції статевих гормонів (естрогену, прогестерону, тестостерону) та збільшення продукції гонадотропних гормонів гіпофізу. Тому при зменшенні функціональної активності яєчників ми для лікування застосовуємо замісну гормональну терапію. Застосування ЗГТ значно зменшує частоту та перебіг вазомоторних симптомів та розладів, покращує вуглеводний, ліпідний обмін, попереджає зниження мінеральної щільності кісткової маси і покращує життя жінки.</p>
<p>С. 9–10.</p>	<p>С. 8–9.</p>
<p>У постменопаузі на тлі вікових змін усіх органів і систем організму інволютивні процеси переважають саме в репродуктивній системі [32, 63, 200]. В основі цього лежить різке зниження гормональної активності яєчників, що призводить до гормонального дисбалансу, головним чином дефіциту естрогенів [124, 145, 146, 148, 204].</p> <p>Зниження чутливості фолікулів до фолікулстимулюючого гормону (ФСГ), падіння секреції прогестерону та поступове зменшення секреції сумарних естрогенів, стимулюють тим самим синтез гонадотропіну в [28, 141, 201, 281]. Більшістю авторів підтримується думка, що саме гормональний статус, зокрема різке падіння рівня статевих гормонів, визначає перебіг постменопаузи, ймовірність виникнення та характер її ускладнень [30, 38, 147, 190, 215, 292, 294].</p>	<p>У постменопаузі на тлі вікових змін усіх органів і систем організму інволютивні процеси переважають саме в репродуктивній системі [32, 63, 200]. В основі цього лежить різке зниження гормональної активності яєчників, що призводить до гормонального дисбалансу, головним чином дефіциту естрогенів [124, 145, 146, 148, 204].</p> <p>Зниження чутливості фолікулів до фолікулстимулюючого гормону (ФСГ), падіння секреції прогестерону та поступове зменшення секреції сумарних естрогенів, стимулюють тим самим синтез гонадотропіну в [28, 141, 201, 281]. Більшістю авторів підтримується думка, що саме гормональний статус, зокрема різке падіння рівня статевих гормонів, визначає перебіг постменопаузи, ймовірність виникнення та характер її ускладнень [30, 38, 147, 190, 215, 292, 294].</p>
<p>С. 10.</p>	<p>С. 9.</p>
<p>Статеві стероїди впливають на різні органи та тканини, як внаслідок прямої їх взаємодії зі специфічними рецепторами, що локалізуються в різних органах і тканинах, так і у результаті участі в обмінно-ендокринних процесах [6, 28, 29, 178, 221, 248].</p> <p>Розлади, що ускладнюють перебіг постменопаузи,</p>	<p>Статеві стероїди впливають на різні органи та тканини, як внаслідок прямої їх взаємодії зі специфічними рецепторами, що локалізуються в різних органах і тканинах, так і у результаті участі в обмінно-ендокринних процесах [6, 28, 29, 178, 221, 248].</p> <p>Розлади, що ускладнюють перебіг постменопаузи,</p>

<p>паузального періоду, поділяють на 3 групи [29, 144, 145, 146, 149, 200, 204]. Першу групу складають ранні симптоми: нейровегетативні та психоемоційні, що визначають симптомокомплекс клімактеричного синдрому (КС); друга група включає більш пізні симптоми з боку сечостатевого тракту, шкіри та її додатків; до третьої групи входять пізні обмінні порушення - остеопороз та серцево-судинна патологія [200]. Об'єктом для дискусії до теперішнього часу залишаються причини та механізми виникнення цих ускладнень, роль гормональних змін у їх виникненні та перебігу.</p> <p>Надзвичайний інтерес представляє симптомокомплекс КС [27, 142, 149, 245], частота якого, за даними різних авторів, коливається від 25% до 90% [6, 7, 29,31, 142, 144, 146, 148, 149, 200, 221, 245]. Майже у половини жінок з КС спостерігається важкий перебіг захворювання, у кожній третій жінки його прояви носять помірний характер. Тільки у 18% хворих гострі прояви КС зникають протягом першого року з моменту їх виникнення, в 56% випадків вони продовжується протягом 1-5 років, а у кожній четвертій жінки (26%) захворювання має ще більш тривалий характер [145].</p> <p>До теперішнього часу причини розвитку КС залишаються недостатньо вивченими. В сучасних умовах цей синдром розглядають як багатофакторний патологічний стан, у розвитку якого велику роль належить конституційно-генетичним факторам, соматичному стану жінки до настання менопаузи, екологічним умовам проживання та етнічним факторам [144, 145, 177, 179, 183, 186,258,293,297].</p> <p>Найбільш розповсюдженими серед ускладнень постменопаузи вважаються вегетосудинні розлади, особливо приливи, хоча до теперішнього часу не існує єдиного погляду щодо їх патогенезу [177]. Суттєва роль у патогенезі КС належить функціональним змінам гіпоталамічних структур та порушенню вегетативної рівноваги, що приймають участь в процесі терморегуляції [177, 215].</p> <p>Існує також думка, що причиною приливів є взаємодія гормональних, метаболічних та психогенних факторів [228]. Але провідним фактором у виникненні приливів визначено саме естрогенний дефіцит [29, 30, 141, 227].</p> <p>Ідентичними навіть є наявність чи відсутність пробілів між числами. Суцільний плагіат.</p>	<p>паузального періоду, поділяють на 3 групи [29, 144, 145, 146, 149, 200, 204]. Першу групу складають ранні симптоми: нейровегетативні та психоемоційні, що визначають симптомокомплекс клімактеричного синдрому (КС); друга група включає більш пізні симптоми з боку сечостатевого тракту, шкіри та її додатків; до третьої групи входять пізні обмінні порушення - остеопороз та серцево-судинна патологія [200]. Об'єктом для дискусії до теперішнього часу залишаються причини та механізми виникнення цих ускладнень, роль гормональних змін у їх виникненні та перебігу.</p> <p>Надзвичайний інтерес представляє симптомокомплекс КС [27, 142, 149, 245], частота якого, за даними різних авторів, коливається від 25% до 90% [6, 7, 29,31, 142, 144, 146, 148, 149, 200, 221, 245]. Майже у половини жінок з КС спостерігається важкий перебіг захворювання, у кожній третій жінки його прояви носять помірний характер. Тільки у 18% хворих гострі прояви КС зникають протягом першого року з моменту їх виникнення, в 56% випадків вони продовжується протягом 1-5 років, а у кожній четвертій жінки (26%) захворювання має ще більш тривалий характер [145].</p> <p>До теперішнього часу причини розвитку КС залишаються недостатньо вивченими. В сучасних умовах цей синдром розглядають як багатофакторний патологічний стан, у розвитку якого велику роль належить конституційно-генетичним факторам, соматичному стану жінки до настання менопаузи, екологічним умовам проживання та етнічним факторам [144, 145, 177, 179, 183, 186,258,293,297].</p> <p>Найбільш розповсюдженими серед ускладнень постменопаузи вважаються вегетосудинні розлади, особливо приливи, хоча до теперішнього часу не існує єдиного погляду щодо їх патогенезу [177]. Суттєва роль у патогенезі КС належить функціональним змінам гіпоталамічних структур та порушенню вегетативної рівноваги, що приймають участь в процесі терморегуляції [177, 215].</p> <p>Існує також думка, що причиною приливів є взаємодія гормональних, метаболічних та психогенних факторів [228]. Але провідним фактором у виникненні приливів визначено саме естрогенний дефіцит [29, 30, 141, 227].</p>
С. 11.	С. 10.
<p>Психоемоційні порушення КС, на думку більшості авторів, обумовлені дисфункцією на рівні ядер гіпоталамуса та лімбічної системи, оскільки катехоламіни і серотонін є ключовими нейротрансмітерами в контролі поведінки та настрою [181, 211, 215, 231].</p> <p>На сучасному етапі відомі три шляхи впливу естрогенів на психоемоційний стан [181, 211, 232, 236, 281]: естрогени збільшують ступінь деградації моноаміноксидази (МАО), що призводить до підвищення рівня серотоніну у мозку; сприяють переходу триптофана (попередника серотоніну) із його зв'язаної форми до плазматичного альбуміну, що сприяє його метаболізації в серотонін [298,299]. Естрогени також позитивно впливають на ацетилхолінергічну систему.</p> <p>Доведено, що застосування замісної гормональної терапії (ЗГТ) сприяє відновленню рівня</p>	<p>Психоемоційні порушення КС, на думку більшості авторів, обумовлені дисфункцією на рівні ядер гіпоталамуса та лімбічної системи, оскільки катехоламіни і серотонін є ключовими нейротрансмітерами в контролі поведінки та настрою [181, 211, 215, 231].</p> <p>На сучасному етапі відомі три шляхи впливу естрогенів на психоемоційний стан [181, 211, 232, 236, 281]: естрогени збільшують ступінь деградації моноаміноксидази (МАО), що призводить до підвищення рівня серотоніну у мозку; сприяють переходу триптофана (попередника серотоніну) із його зв'язаної форми до плазматичного альбуміну, що сприяє його метаболізації в серотонін [298,299]. Естрогени також позитивно впливають на ацетилхолінергічну систему.</p> <p>Доведено, що застосування замісної гормональної терапії (ЗГТ) сприяє відновленню рівня</p>

<p>ацетилхолінтрасферази в плазмі крові. Клінічно це проявляється покращенням короткочасної пам'яті та когнітивних функцій [211, 214,236,28].</p> <p>Крім того, естрогени безпосередньо покращують церебральний кровотік і опосередковано стимулюють фактори росту [181, 211, 236] а також виявляють модулюючий ефект на синтез, виділення та метаболізм нейропептидів, нейротрансмітерів та на їх рецептори [281,213, 232].</p> <p>На сторінках наукових видань широко обговорюються проблеми метаболічних порушень у жінок у постменопаузі, які становлять реальну загрозу для кожної жінки цієї вікової категорії та негативно впливають на демографічні показники [170, 205, 271, 294]. Одне з провідних місць серед причин захворюваності та смертності жінок постменопаузального віку займають серцево-судинні захворювання, які в цей період є причиною смерті в 5-6 разів частіше, ніж при гормонозалежному раку молочної залози та ендометрію [210, 264, 297].</p> <p>Важко розділити вплив вікових та менопаузальних змін на серцево-судинну систему. Але рядом епідеміологічних досліджень було встановлено, що менопауза зумовлює підвищений ризик виникнення серцево-судинних захворювань [186, 264, 293]. У жінок після менопаузи підвищений артеріальний тиск (АТ) виявляють частіше, ніж у чоловіків того ж віку, і половину всіх хворих з артеріальною гіпертензією (АГ) складають жінки менопаузального віку [251, 293, 297]. Експерти ВООЗ розглядають менопаузу як фактор досить високого ризику серцево-судинної патології серед жінок [192, 310].</p> <p>Скопійована навіть помилка: «фібринолітичного», «розглядають». Суцільний плагіат.</p>	<p>ацетилхолінтрасферази в плазмі крові. Клінічно це проявляється покращенням короткочасної пам'яті та когнітивних функцій [211, 214,236,28].</p> <p>Крім того, естрогени безпосередньо покращують церебральний кровотік і опосередковано стимулюють фактори росту [181, 211, 236] а також виявляють модулюючий ефект на синтез, виділення та метаболізм нейропептидів, нейротрансмітерів та на їх рецептори [281,213, 232].</p> <p>На сторінках наукових видань широко обговорюються проблеми метаболічних порушень у жінок у постменопаузі, які становлять реальну загрозу для кожної жінки цієї вікової категорії та негативно впливають на демографічні показники [170, 205, 271, 294]. Одне з провідних місць серед причин захворюваності та смертності жінок постменопаузального віку займають серцево-судинні захворювання, які в цей період є причиною смерті в 5-6 разів частіше, ніж при гормонозалежному раку молочної залози та ендометрію [210, 264, 297].</p> <p>Важко розділити вплив вікових та менопаузальних змін на серцево-судинну систему. Але рядом епідеміологічних досліджень було встановлено, що менопауза зумовлює підвищений ризик виникнення серцево-судинних захворювань [186, 264, 293]. У жінок після менопаузи підвищений артеріальний тиск (АТ) виявляють частіше, ніж у чоловіків того ж віку, і половину всіх хворих з артеріальною гіпертензією (АГ) складають жінки менопаузального віку [251, 293, 297]. Експерти ВООЗ розглядають менопаузу як фактор досить високого ризику серцево-судинної патології серед жінок [192, 310].</p>
<p>С. 11–12.</p>	<p>С. 10–11.</p>
<p>Більшістю науковців підтримується думка, що серед змін, які визначають стан серцево-судинної системи з настанням менопаузи, провідне місце займають підвищення АТ, зміна реактивності судин, за рахунок переважання вазоконстрикції над вазодилатацією [194, 208, 210, 217, 269, 286, 310, 324], зміни ліпідного спектру крові [174, 176, 210, 251, 308, 309], збільшення вмісту фібриногену, підвищення в'язкості крові та адгезивних властивостей тромбоцитів, що сприяє гіперкоагуляції [182, 130, 262], підвищення резистентності до інсуліну [255]. Крім того, порушення нейротрансмітерних систем ЦНС, що мають місце у постменопаузі, також можуть бути основою для появи серцево- та церебросудинної патології [130, 182, 262].</p> <p>Відомо також, що ризик розвитку постменопаузальних метаболічних розладів залежить і від сукупності впливу інших чинників, таких як здоров'я жінки в репродуктивному віці, стан екологічного середовища, професійні фактори, фізична активність та інші [3, 83, 265, 302, 316].</p>	<p>Більшістю науковців підтримується думка, що серед змін, які визначають стан серцево-судинної системи з настанням менопаузи, провідне місце займають підвищення АТ, зміна реактивності судин, за рахунок переважання вазоконстрикції над вазодилатацією [194, 208, 210, 217, 269, 286, 310, 324], зміни ліпідного спектру крові [174, 176, 210, 251, 308, 309], збільшення вмісту фібриногену, підвищення в'язкості крові та адгезивних властивостей тромбоцитів, що сприяє гіперкоагуляції [182, 130, 262], підвищення резистентності до інсуліну [255]. Крім того, порушення нейротрансмітерних систем ЦНС, що мають місце у постменопаузі, також можуть бути основою для появи серцево- та церебросудинної патології [130, 182, 262].</p> <p>Відомо також, що ризик розвитку постменопаузальних метаболічних розладів залежить і від сукупності впливу інших чинників, таких як здоров'я жінки в репродуктивному віці, стан екологічного середовища, професійні фактори, фізична активність та інші [3, 83, 265, 302, 316].</p>
<p>С. 12.</p>	<p>С. 11.</p>
<p>Патогенез метаболічних постменопаузальних порушень на сьогодні залишається недостатньо вивченим, особливо зміни в системі згортання крові та обміну ліпідів. На сторінках багатьох видань ці питання часто виступають об'єктами для дискусії. Згідно існуючих на сьогодні даних, вирішальна роль у патогенезі цих порушень відводиться зниженню естрогенної функції [210, 293, 297]. Одні автори зміни в серцево-судинній системі жінок постмено-</p>	<p>Патогенез метаболічних постменопаузальних порушень на сьогодні залишається недостатньо вивченим, особливо зміни в системі згортання крові та обміну ліпідів. На сторінках багатьох видань ці питання часто виступають об'єктами для дискусії. Згідно існуючих на сьогодні даних, вирішальна роль у патогенезі цих порушень відводиться зниженню естрогенної функції [210, 293, 297]. Одні автори зміни в серцево-судинній системі жінок постмено-</p>

<p>паузального віку пов'язують зі зниженням прямої взаємодії естрогенів зі специфічними рецепторами в стінці судин та ендотелії [91, 191, 196, 264], інші - із зменшенням блокуючої їх дії на кальцієві канали клітин гладкої мускулатури артерій, а також падінням фібринолітичного впливу естрогенів [195, 269]. Існують також дані про перерозподіл натрію в організмі жінок з настанням менопаузи, що супроводжується підвищенням рівня гемоглобіну та вмісту електролітів, зростанням в'язкості крові та АТ [210, 293, 297].</p> <p>Заданими літератури, саме ліпідний обмін визначає стан серцево-судинної системи за рахунок зниження рівня ліпопротеїдів високої щільності (ЛВЩ) та підвищення вмісту ліпопротеїдів низької щільності (ЛНЩ) [170, 271, 308]. Роль тригліцеридів у виникненні серцево-судинної патології ще остаточно не визначена [233, 315].</p> <p>Деякі автори зниження концентрації ЛВЩ у жінок з настанням менопаузи пов'язують з гіпоестрогенією. На їх думку, саме зниження концентрації естрогенів у сироватці крові призводить до підвищення активності ліпопротеїналіпази, яка в свою чергу, спричиняє підвищенню концентрації ліпопротеїдів низької щільності [180, 270, 286].</p> <p>Скопійовані помилки: «фібринолітичного», «Заданими». Суцільний плагіат.</p>	<p>паузального віку пов'язують зі зниженням прямої взаємодії естрогенів зі специфічними рецепторами в стінці судин та ендотелії [91, 191, 196, 264], інші - із зменшенням блокуючої їх дії на кальцієві канали клітин гладкої мускулатури артерій, а також падінням фібринолітичного впливу естрогенів [195, 269]. Існують також дані про перерозподіл натрію в організмі жінок з настанням менопаузи, що супроводжується підвищенням рівня гемоглобіну та вмісту електролітів, зростанням в'язкості крові та АТ [210, 293, 297].</p> <p>Заданими літератури, саме ліпідний обмін визначає стан серцево-судинної системи за рахунок зниження рівня ліпопротеїдів високої щільності (ЛВЩ) та підвищення вмісту ліпопротеїдів низької щільності (ЛНЩ) [170, 271, 308]. Роль тригліцеридів у виникненні серцево-судинної патології ще остаточно не визначена [233, 315].</p> <p>Деякі автори зниження концентрації ЛВЩ у жінок з настанням менопаузи пов'язують з гіпоестрогенією. На їх думку, саме зниження концентрації естрогенів у сироватці крові призводить до підвищення активності ліпопротеїналіпази, яка в свою чергу, спричиняє підвищенню концентрації ліпопротеїдів низької щільності [180, 270, 286].</p>
<p>С. 12–13.</p>	<p>С. 11–12.</p>
<p>У результаті проведених експериментів було доведено, що естрогени збільшують кількість рецепторів ЛНЩ [196]. Це спостереження привело до гіпотези, що вікові зміни концентрації ЛНЩ у жінок модулюються присутністю естрогенів, і що зростання їх вмісту у жінок із збільшенням тривалості постменопаузального періоду відбувається за рахунок зменшення рецепторів ЛНЩ у результаті падіння рівня естрогенів [174].</p> <p>Доведено, що замісна гормональна терапія (ЗГТ) виявляє позитивний вплив на стан серцево-судинної системи за рахунок зниження рівня ЗХ, загальної кількості ЛНЩ та підвищення рівня ЛВЩ [53, 176, 198, 261, 266, 309]. На сучасному етапі підтримується думка про необхідність поглибленого вивчення ліпідного обміну у жінок постменопаузального віку для визначення терміну, тривалості та ступеня його змін у жінок постменопаузального віку, взаємозв'язок з рівнем яєчникових гормонів [205].</p> <p>Скопійовані помилки: «серцево-судинні», «поглибленого». Суцільний плагіат.</p>	<p>У результаті проведених експериментів було доведено, що естрогени збільшують кількість рецепторів ЛНЩ [196]. Це спостереження привело до гіпотези, що вікові зміни концентрації ЛНЩ у жінок модулюються присутністю естрогенів, і що зростання їх вмісту у жінок із збільшенням тривалості постменопаузального періоду відбувається за рахунок зменшення рецепторів ЛНЩ у результаті падіння рівня естрогенів [174].</p> <p>Доведено, що замісна гормональна терапія (ЗГТ) виявляє позитивний вплив на стан серцево-судинної системи за рахунок зниження рівня ЗХ, загальної кількості ЛНЩ та підвищення рівня ЛВЩ [53, 176, 198, 261, 266, 309]. На сучасному етапі підтримується думка про необхідність поглибленого вивчення ліпідного обміну у жінок постменопаузального віку для визначення терміну, тривалості та ступеня його змін у жінок постменопаузального віку, взаємозв'язок з рівнем яєчникових гормонів [205].</p>
<p>С. 13.</p>	<p>С. 12.</p>
<p>Зростання концентрації фібриногену та VII фактора у сироватці крові з настанням менопаузи теж є фактором ризику серцево-судинної патології. І хоч переважна більшість науковців підтримують гіпотезу про існування кореляції між рівнем естрогенів та коагуляційними властивостями крові у постменопаузальному періоді [264], це питання залишається висвітленим ще не остаточно.</p> <p>Доведено, що замісна гормональна терапія (ЗГТ) виявляє позитивний вплив на стан серцево-судинної системи за рахунок зниження рівня ЗХ, загальної кількості ЛНЩ та підвищення рівня ЛВЩ [53, 176, 198, 261, 266, 309]. На сучасному етапі</p>	<p>Зростання концентрації фібриногену та VII фактора у сироватці крові з настанням менопаузи теж є фактором ризику серцево-судинної патології. І хоч переважна більшість науковців підтримують гіпотезу про існування кореляції між рівнем естрогенів та коагуляційними властивостями крові у постменопаузальному періоді [264], це питання залишається висвітленим ще не остаточно.</p> <p>Доведено, що замісна гормональна терапія (ЗГТ) виявляє позитивний вплив на стан серцево-судинної системи за рахунок зниження рівня ЗХ, загальної кількості ЛНЩ та підвищення рівня ЛВЩ [53, 176, 198, 261, 266, 309]. На сучасному етапі</p>

<p>підтримується думка про необхідність поглибленого вивчення ліпідного обміну у жінок постменопаузального віку для визначення терміну, тривалості та ступеня його змін у жінок постменопаузального віку, взаємозв'язок з рівнем яєчникових гормонів [205].</p> <p>Дані відносно взаємозв'язку рівня АТ та менопаузи взагалі нечисленні, і носять лише характер гіпотези. Ряд досліджень носять суперечливий характер: відсутність будь-якої різниці між середніми показниками тиску у жінок пре- та постменопаузального віку [272], підвищення систолічного тиску [271, 294] та зниження діастолічного тиску [311] у жінок з настанням менопаузи. Разом з тим встановлено, що підвищення АТ це скоріше результат старіння, ніж наслідок змін гормонального статусу [170]. Хоча можливо, що сама по собі менопауза, без участі патологічних факторів, не може бути причиною підвищення АТ, однак згасання функції яєчників може стати пусковим механізмом, що сприяє виникненню артеріальної гіпертензії. У всякому разі доведено, що менопауза поглиблює перебіг вже існуючої АГ [144, 145, 146, 149, 293, 297].</p> <p>Скопійовані помилки: «підтимоють», «коагуляційними», «діастолічного».</p> <p>Суцільний плагіат.</p>	<p>підтримується думка про необхідність поглибленого вивчення ліпідного обміну у жінок постменопаузального віку для визначення терміну, тривалості та ступеня його змін у жінок постменопаузального віку, взаємозв'язок з рівнем яєчникових гормонів [205].</p> <p>Дані відносно взаємозв'язку рівня АТ та менопаузи взагалі нечисленні, і носять лише характер гіпотези. Ряд досліджень носять суперечливий характер: відсутність будь-якої різниці між середніми показниками тиску у жінок пре- та постменопаузального віку [272], підвищення систолічного тиску [271, 294] та зниження діастолічного тиску [311] у жінок з настанням менопаузи. Разом з тим встановлено, що підвищення АТ це скоріше результат старіння, ніж наслідок змін гормонального статусу [170]. Хоча можливо, що сама по собі менопауза, без участі патологічних факторів, не може бути причиною підвищення АТ, однак згасання функції яєчників може стати пусковим механізмом, що сприяє виникненню артеріальної гіпертензії. У всякому разі доведено, що менопауза поглиблює перебіг вже існуючої АГ [144, 145, 146, 149, 293, 297].</p>
<p>С. 13–14.</p>	<p>С. 12–13.</p>
<p>Наряду з цим, доведено, що підвищення тиску взаємозв'язане з порушенням кальцієвого метаболізму, яке проявляється зниженням рівня кальцію у сироватці крові. Це призводить до вторинної активації паращитовидної залози і як результат – до посиленого вимивання кальцію із кісток [209, 317]. Тривале порушення кальцієвого обміну у осіб з гіпертонією призводить до підвищення ризику виникнення остеопорозу [222, 306]. За даними F.P. Carruccio et. al. (1999) систолічний тиск крові є суттєвим предиктором підвищеної демінералізації шийки стегна [187].</p> <p>Постменопаузальний остеопороз - пізнье обмінно-ендокринне порушення клімактерію, яке характеризується зниженням кісткової маси та порушенням мікроструктури кісткової тканини, що призводить до підвищення крихкості кістки, а в подальшому і до переломів [117, 184]. Зважаючи на підвищення розповсюдженості остеопорозу, розробка стратегії профілактики цього захворювання стала одним з пріоритетних напрямків охорони суспільного здоров'я [110, 115, 117, 162, 197, 243, 252, 273].</p>	<p>Наряду з цим, доведено, що підвищення тиску взаємозв'язане з порушенням кальцієвого метаболізму, яке проявляється зниженням рівня кальцію у сироватці крові. Це призводить до вторинної активації паращитовидної залози і як результат – до посиленого вимивання кальцію із кісток [209, 317]. Тривале порушення кальцієвого обміну у осіб з гіпертонією призводить до підвищення ризику виникнення остеопорозу [222, 306]. За даними F.P. Carruccio et. al. (1999) систолічний тиск крові є суттєвим предиктором підвищеної демінералізації шийки стегна [187].</p> <p>Постменопаузальний остеопороз - пізнье обмінно-ендокринне порушення клімактерію, яке характеризується зниженням кісткової маси та порушенням мікроструктури кісткової тканини, що призводить до підвищення крихкості кістки, а в подальшому і до переломів [117, 184]. Зважаючи на підвищення розповсюдженості остеопорозу, розробка стратегії профілактики цього захворювання стала одним з пріоритетних напрямків охорони суспільного здоров'я [110, 115, 117, 162, 197, 243, 252, 273].</p>
<p>С. 14.</p>	<p>С. 13.</p>
<p>За даними експертів ВООЗ, серед захворювань у жінок остеопороз займає четверте місце після серцево-судинних, онкологічних захворювань та цукрового діабету [ПО]. У розвинутих країнах у жінок постменопаузального періоду остеопороз виявляється у 25-40% випадків [45, 147, 265], а серед хворих на остеопороз жінки складають 80% [162].</p> <p>Переломи хребта, що викликають порушення статури, зменшення росту, зниження працездатності, супроводжуються больовим синдромом і значною мірою погіршують якість життя, хоча смертність від них складає близько 4% [45]. Близько 20% хворих з даними переломами стегна гинуть протягом першого року з моменту його виникнення, а більше 50% пацієнтів, що вижили, залишаються інвалідами та потребують постійного догляду [22, 119, 147, 253, 273].</p>	<p>За даними експертів ВООЗ, серед захворювань у жінок остеопороз займає четверте місце після серцево-судинних, онкологічних захворювань та цукрового діабету [ПО]. У розвинутих країнах у жінок постменопаузального періоду остеопороз виявляється у 25-40% випадків [45, 147, 265], а серед хворих на остеопороз жінки складають 80% [162].</p> <p>Переломи хребта, що викликають порушення статури, зменшення росту, зниження працездатності, супроводжуються больовим синдромом і значною мірою погіршують якість життя, хоча смертність від них складає близько 4% [45]. Близько 20% хворих з даними переломами стегна гинуть протягом першого року з моменту його виникнення, а більше 50% пацієнтів, що вижили, залишаються інвалідами та потребують постійного догляду [22, 119, 147, 253, 273].</p>

<p>Таким чином, висока частота ускладнень постменопаузального періоду, відсутність єдиних поглядів на причини та механізми їх розвитку, свідчать про надзвичайну важливість проведення подальших досліджень по вивченню чинників ризику та патогенезу постменопаузальних розладів з метою розробки патогенетично обґрунтованих диференційованих лікувально-профілактичних комплексів. Зменшення кількості даних ускладнень та більш легкий їх перебіг за рахунок ранньої діагностики та своєчасної корекції, в свою чергу, може сприяти покращенню якості життя жінок в періоді постменопаузи.</p>	<p>Таким чином, висока частота ускладнень постменопаузального періоду, відсутність єдиних поглядів на причини та механізми їх розвитку, свідчать про надзвичайну важливість проведення подальших досліджень по вивченню чинників ризику та патогенезу постменопаузальних розладів з метою розробки патогенетично обґрунтованих диференційованих лікувально-профілактичних комплексів. Зменшення кількості даних ускладнень та більш легкий їх перебіг за рахунок ранньої діагностики та своєчасної корекції, в свою чергу, може сприяти покращенню якості життя жінок в періоді постменопаузи.</p>
<p>С. 14.</p>	<p>С. 13.</p>
<p>1.2. Сучасні принципи лікування та профілактики менопаузальних ускладнень</p>	<p>1.2. Сучасні принципи лікування та профілактики постменопаузальних ускладнень</p>
<p>С. 15.</p>	<p>С. 14.</p>
<p>Профілактика та лікування клімактеричних зрушень у жінок привертають все більшу увагу науковців, що стосується як немедикаментозної, так і медикаментозної гормональної та негормональної терапії [38, 43, 59, 122, 223, 224, 282, 276, 278, 282, 288].</p> <p>Адекватне вживання кальцію, помірні фізичні навантаження, збалансоване харчування, підтримка нормальної маси тіла - важливі елементи медикаментозних лікувально-профілактичних заходів [122].</p> <p>Для зниження ризику остеопоротичних переломів найбільш ефективним засобом є високий рівень кісткової маси, сформований в процесі розвитку організму [283].</p> <p>В лікуванні КС доцільним вважається застосування фізіотерапевтичних методів: гальванізація головного мозку та шийної області, електрофорез новокаїну на проекцію верхніх шийних симпатичних гангліїв, крапіо-церебральна гіпотермія та класичний ручний масаж комірцевої зони [38, 59], а також голкорексфлексотерапії як в якості самостійного терапевтичного методу, так і в поєднанні з іншими методами лікування [59, 149].</p> <p>У літературі наведені дані про застосування негормональних медикаментозних засобів [1, 150, 226] з використанням мелатоніну з метою лікування клімактеричних ускладнень [280], успішне застосування метілдопа, клонідину [221]. Рядом авторів відмічається доцільність застосування вітамінотерапії в комплексі з мінералами (особливо кальцієм, магнієм, цинком, бором, фосфором) в якості герпротекторів, антиоксидантів та імунomodуляторів з метою лікування клімактеричних зрушень [220, 260].</p> <p>Перспективним вважається застосування флавоноїдів, які наряду з забезпеченням імунomodуючого та антиоксидантного впливу, відіграють суттєву роль в процесах трансмембранного обміну речовин, виявляючи антиатерогенну та гіполіпідемічну дію [1, 175, 207, 237, 263]. Діючи в якості фітоестрогенів, флавоноїди здійснюють помірно виражений анаболічний вплив на кісткову систему, м'язи та мозок, при цьому не виявляючи негативної гіперпроліферативної дії на ендометрій та тканину молочної залози, вибірково діючи одночасно як антагоністи та агоністи естрогенів [175, 207, 237].</p> <p>Скопійована помилка: «гіполіпідемічну». Суцільний плагіат.</p>	<p>Профілактика та лікування клімактеричних зрушень у жінок привертають все більшу увагу науковців, що стосується як немедикаментозної, так і медикаментозної гормональної та негормональної терапії [38, 43, 59, 122, 223, 224, 282, 276, 278, 282, 288].</p> <p>Адекватне вживання кальцію, помірні фізичні навантаження, збалансоване харчування, підтримка нормальної маси тіла - важливі елементи медикаментозних лікувально-профілактичних заходів [122].</p> <p>Для зниження ризику остеопоротичних переломів найбільш ефективним засобом є високий рівень кісткової маси, сформований в процесі розвитку організму [283].</p> <p>В лікуванні КС доцільним вважається застосування фізіотерапевтичних методів: гальванізація головного мозку та шийної області, електрофорез новокаїну на проекцію верхніх шийних симпатичних гангліїв, крапіо-церебральна гіпотермія та класичний ручний масаж комірцевої зони [38, 59], а також голкорексфлексотерапії як в якості самостійного терапевтичного методу, так і в поєднанні з іншими методами лікування [59, 149].</p> <p>У літературі наведені дані про застосування негормональних медикаментозних засобів [1, 150, 226] з використанням мелатоніну з метою лікування клімактеричних ускладнень [280], успішне застосування метілдопа, клонідину [221]. Рядом авторів відмічається доцільність застосування вітамінотерапії в комплексі з мінералами (особливо кальцієм, магнієм, цинком, бором, фосфором) в якості герпротекторів, антиоксидантів та імунomodуляторів з метою лікування клімактеричних зрушень [220, 260].</p> <p>Перспективним вважається застосування флавоноїдів, які наряду з забезпеченням імунomodуючого та антиоксидантного впливу, відіграють суттєву роль в процесах трансмембранного обміну речовин, виявляючи антиатерогенну та гіполіпідемічну дію [1, 175, 207, 237, 263]. Діючи в якості фітоестрогенів, флавоноїди здійснюють помірно виражений анаболічний вплив на кісткову систему, м'язи та мозок, при цьому не виявляючи негативної гіперпроліферативної дії на ендометрій та тканину молочної залози, вибірково діючи одночасно як антагоністи та агоністи естрогенів [175, 207, 237].</p>

<p>С. 15–16.</p> <p>Однак стійкого терапевтичного ефекту, як свідчить переважна більшість публікацій, вдається досягти лише при застосуванні препаратів замісної гормональної терапії. ЗГТ частіше використовується не тільки для лікування ранніх постменопаузальних ускладнень, а й з метою тривалої профілактики серцево-судинних захворювань [170, 191, 196, 208, 304], остеопорозу [246], хвороби Альцгеймера [301, 326] та іншої патології, що сприяє постарінню жіночого організму [305]. За останні роки, як свідчать наукові публікації, проведена значна кількість досліджень впливу ЗГТ на метаболічні процеси. Естрогени виявляють біологічні властивості, які пояснюють їх кардіопротекторний ефект [216, 246]. Екзогенні естрогени сприяють підвищенню вмісту ЛВЩ, зниженню ЛНЩ та зменшенню концентрації фібриногену [194, 217, 285,304, 324]. Встановлені антиоксидантні властивості естрогенів та їх здатність до зниження концентрації гомоцистеїну. Естрогени також виступають у ролі блокаторів кальцієвих каналів, змінюють рективність судин, підвищують толерантність до глюкози [195, 196]. Деякі автори вказують на наявність прямого впливу естрогенів на ендотелій коронарних артерій, викликаючи при цьому вазодилатацію [310].</p> <p>Скопійовані помилки: «постменопаузальних», «рективність».</p> <p>Суцільний плагіат.</p>	<p>С. 14–15.</p> <p>Однак стійкого терапевтичного ефекту, як свідчить переважна більшість публікацій, вдається досягти лише при застосуванні препаратів замісної гормональної терапії. ЗГТ частіше використовується не тільки для лікування ранніх постменопаузальних ускладнень, а й з метою тривалої профілактики серцево-судинних захворювань [170, 191, 196, 208, 304], остеопорозу [246], хвороби Альцгеймера [301, 326] та іншої патології, що сприяє постарінню жіночого організму [305]. За останні роки, як свідчать наукові публікації, проведена значна кількість досліджень впливу ЗГТ на метаболічні процеси. Естрогени виявляють біологічні властивості, які пояснюють їх кардіопротекторний ефект [216, 246]. Екзогенні естрогени сприяють підвищенню вмісту ЛВЩ, зниженню ЛНЩ та зменшенню концентрації фібриногену [194, 217, 285,304, 324]. Встановлені антиоксидантні властивості естрогенів та їх здатність до зниження концентрації гомоцистеїну. Естрогени також виступають у ролі блокаторів кальцієвих каналів, змінюють рективність судин, підвищують толерантність до глюкози [195, 196]. Деякі автори вказують на наявність прямого впливу естрогенів на ендотелій коронарних артерій, викликаючи при цьому вазодилатацію [310].</p>
<p>С. 16.</p> <p>При застосуванні ЗГТ у постменопаузальному періоді смертність від серцево-судинної патології зменшується на 25-50%, причому значна частина авторів схиляється до думки, що такий ефект здебільшого пов'язаний з впливом на ліпідний профіль [195, 196, 198, 233, 246, 264]. Інші автори стверджують, що зміни у ліпідному обміні обумовлюють тільки 25-30% сприятливої дії естрогенів на церебро- та кардіоваскулярії порушення, а інші 70% - це результат змін в системі гемостазу [195, 196, 264, 286].</p> <p>Естрогени впливають на гемостаз, підвищуючи фібринолітичну активність крові а також, збільшуючи мембранний потенціал ендотеліальних клітин, знижуючи здатність до адгезії формених елементів крові [208, 264]. Доведено, що застосування естрогенів [315] призводить до зниження концентрації фібриногену.</p> <p>Позитивний вплив естрогенів на АТ відбувається за рахунок виділення простагліцину ендотеліальними клітинами. Трансдермальне введення естрадіолу приводить до зниження виділення тромбосана тромбоцитами та посилює серотоніна релаксин - опосередковану вазодилатацію [206].</p> <p>Естрадіол сприяє виділенню оксидазот-синтетази, посилює дію ацетилхоліну на виділення оксидазот-синтетази, тим самим збільшуючи продукцію ендотеліальними клітинами оксида азоту (NO), котрий являється одним з найпотужніших ендогенних вазодилаторів [195, 196, 264].</p> <p>ЗГТ займає основне місце у профілактиці та лікуванні постменопаузального остеопорозу [338, 243, 246, 258, 277, 295, 305]. Дискутабельним на сьогоднішній день залишається питання тривалості призначення ЗГТ. Середня тривалість ЗГТ для попередження остеопоротичних переломів та покра-</p>	<p>С. 15.</p> <p>При застосуванні ЗГТ у постменопаузальному періоді смертність від серцево-судинної патології зменшується на 25-50%, причому значна частина авторів схиляється до думки, що такий ефект здебільшого пов'язаний з впливом на ліпідний профіль [195, 196, 198, 233, 246, 264]. Інші автори стверджують, що зміни у ліпідному обміні обумовлюють тільки 25-30% сприятливої дії естрогенів на церебро- та кардіоваскулярії порушення, а інші 70% - це результат змін в системі гемостазу [195, 196, 264, 286].</p> <p>Естрогени впливають на гемостаз, підвищуючи фібринолітичну активність крові а також, збільшуючи мембранний потенціал ендотеліальних клітин, знижуючи здатність до адгезії формених елементів крові [208, 264]. Доведено, що застосування естрогенів [315] призводить до зниження концентрації фібриногену.</p> <p>Позитивний вплив естрогенів на АТ відбувається за рахунок виділення простагліцину ендотеліальними клітинами. Трансдермальне введення естрадіолу приводить до зниження виділення тромбосана тромбоцитами та посилює серотоніна релаксин - опосередковану вазодилатацію [206].</p> <p>Естрадіол сприяє виділенню оксидазот-синтетази, посилює дію ацетилхоліну на виділення оксидазот-синтетази, тим самим збільшуючи продукцію ендотеліальними клітинами оксида азоту (NO), котрий являється одним з найпотужніших ендогенних вазодилаторів [195, 196, 264].</p> <p>ЗГТ займає основне місце у профілактиці та лікуванні постменопаузального остеопорозу [338, 243, 246, 258, 277, 295, 305]. Дискутабельним на сьогоднішній день залишається питання тривалості призначення ЗГТ. Середня тривалість ЗГТ для попередження остеопоротичних переломів та покра-</p>

<p>щення стану кісткової системи в середньому складає 5-10 років [303, 329].</p> <p>Скопійовані помилки: «кардіоваскулярії», «форменних», «Трансдермальє», «тромбоксана».</p> <p>Суцільний плагіат.</p>	<p>щення стану кісткової системи в середньому складає 5-10 років [303, 329].</p>
<p>С. 17.</p>	<p>С. 16.</p>
<p>У доступній нам літературі не знайдено даних відносно можливостей корекції та запобігання постменопаузальних розладів у жінок із хірургічною менопаузою шляхом використання замісної гормонотерапії та комплексної фітотерапії, що і зумовило проведення даних досліджень.</p> <p>Скопійована помилка: «постменопаузальних».</p> <p>Плагіат.</p>	<p>У доступній нам літературі не знайдено даних відносно можливостей корекції та запобігання постменопаузальних розладів у жінок із хірургічною менопаузою шляхом використання замісної гормонотерапії та комплексної фітотерапії, що і зумовило проведення даних досліджень.</p>
<p>С. 18.</p>	<p>С. 17.</p>
<p><...> Оцінка клінічних особливостей перебігу клімактеричного синдрому у обстежених жінок проводилась шляхом обчислення індексу Куппермана (ІК) та мепопаузального індексу (МПІ) в модифікації П.В. Уварової та В.П. Сметник (2004) після комп'ютерної обробки даних, отриманих при заповненні спеціально розробленої анкети з бальною оцінкою нейровегетативних та психоемоційних розладів.</p> <p>Для діагностики та формування груп дослідження використовувалась антропометрія та обчислювався індекс маси тіла (ІМТ) - співвідношення маси тіла в кілограмах і довжини тіла в метрах, зведеної в квадрат [149].</p> <p>Оцінка клінічних особливостей перебігу клімактеричного синдрому у обстежених жінок проводилась шляхом обчислення індексу Куппермана (ІК) та мепопаузального індексу (МПІ) в модифікації П.В. Уварової та В.П.Сметник після комп'ютерної обробки даних, отриманих при заповненні спеціально розробленої анкети з бальною оцінкою нейровегетативних та психоемоційних розладів [145].</p> <p>Індекс Куппермана до 15 балів відповідає легкому ступеню клімактеричних розладів, 15-29 балів - середньому, а ІК, що складає 30 балів і більше відповідає тяжкому ступеню клінічних проявів клімактеричного синдрому.</p> <p>Двічі повторене перше речення. Двічі скопійована помилка: «мепопаузального».</p> <p>Плагіат.</p>	<p>Оцінка клінічних особливостей перебігу клімактеричного синдрому у обстежених жінок проводилась шляхом обчислення індексу Куппермана (ІК) та мепопаузального індексу (МПІ) в модифікації П.В. Уварової та В.П.Сметник після комп'ютерної обробки даних, отриманих при заповненні спеціально розробленої анкети з бальною оцінкою нейровегетативних та психоемоційних розладів [145].</p> <p>Індекс Куппермана до 15 балів відповідає легкому ступеню клімактеричних розладів, 15-29 балів - середньому, а ІК, що складає 30 балів і більше відповідає тяжкому ступеню клінічних проявів клімактеричного синдрому.</p>
<p>С. 18–19.</p>	<p>С. 17.</p>
<p>Менопаузальний індекс відносно вегетосудинних розладів 10-20 балів відповідає слабкому ступеню їх вираженості, 21-30 - середньому, більше 30 балів - тяжкому ступеню вираженості вегетосудинних симптомів КС; для психоемоційних розладів МПІ 1-7 балів відповідає легкому ступеню вираженості, 8-14 балів - середньому, а МПІ понад 14 балів відповідає тяжкому ступеню вираженості психоемоційних порушень КС [145].</p> <p>У ряді випадків проводилось поглиблене дослідження психологічного статусу. Рівень тривожності визначали за допомогою шкали, запропонованої С.Д. Спілбергером та адаптованої Ю.А. Хапіним (1978) [92], що складається з двох підшкал: особистісної та реактивної тривожності. Ці дві шкали дають можливість диференційовано оцінити особистісну та реактивну тривожність і виразити її в ба-</p>	<p>Менопаузальний індекс відносно вегетосудинних розладів 10-20 балів відповідає слабкому ступеню їх вираженості, 21-30 - середньому, більше 30 балів - тяжкому ступеню вираженості вегетосудинних симптомів КС; для психоемоційних розладів МПІ 1-7 балів відповідає легкому ступеню вираженості, 8-14 балів - середньому, а МПІ понад 14 балів відповідає тяжкому ступеню вираженості психоемоційних порушень КС [145].</p> <p>У ряді випадків проводилось поглиблене дослідження психологічного статусу. Рівень тривожності визначали за допомогою шкали, запропонованої С.Д. Спілбергером та адаптованої Ю.А. Хапіним (1978) [92], що складається з двох підшкал: особистісної та реактивної тривожності. Ці дві шкали дають можливість диференційовано оцінити особистісну та реактивну тривожність і виразити її в ба-</p>

<p>лах. Обидві підшкали включають по 20 тверджень, які пацієнтка оцінює в балах. Із суми балів відносно тверджень, що характеризують наявність тривоги, віднімали суму балів, отриманих при оцінці тверджень про відсутність тривоги. До отриманої різниці прибавляється число 50. При результаті 20-34 балів рівень тривоги оцінювали як низький, 35-45 балів - середній, а 46 балів і вище - як високий ступінь тривожності [92].</p>	<p>лах. Обидві підшкали включають по 20 тверджень, які пацієнтка оцінює в балах. Із суми балів відносно тверджень, що характеризують наявність тривоги, віднімали суму балів, отриманих при оцінці тверджень про відсутність тривоги. До отриманої різниці прибавляється число 50. При результаті 20-34 балів рівень тривоги оцінювали як низький, 35-45 балів - середній, а 46 балів і вище - як високий ступінь тривожності [92].</p>
<p>С. 19.</p>	<p>С. 17-18.</p>
<p>Для визначення емоційного стану використовувалась методика САН, основана на інтерпретації даних, отриманих при заповненні пацієнткою спеціально розробленої анкети. Кожна буква в назві анкети означає певний стан людини: С- самопочуття, А - активність, Н - настрої. Пацієнтка на основі самооцінки по 9-бальній шкалі кваліфікувала свій стан від вкрай поганого до дуже хорошого. В кінці дослідження отримані сумарні результати розділяли на 10 (по кількості питань щодо кожного стану) [151].</p> <p>Дослідження темпу сенсомоторних реакцій, об'єму, розподілу та стійкості уваги проводилось шляхом реєстрації часу виконання коректурної проби (закреслення букв на спеціальних бланках з відміткою через кожні 60 секунд та реєстрацією часу, витраченого на виконання всього завдання) та пошуку чисел за таблицями Шульте [151].</p> <p>З метою дослідження гормонального статусу у обстежених жінок проводилось визначення вмісту гонадотропних гормонів (ЛГ, ФСГ), статевих гормонів (естрадіолу, прогестерону та тестостерону) - імуноферментним аналізатором "STAT-FAX 303" [173]. Дослідження проводились в міжкафедральній науково-клінічній лабораторії Івано-Франківського державного університету (лабораторія атестована комісією Міністерства охорони здоров'я України на право проведення досліджень у сфері охорони здоров'я терміном на 5 років (атестат серії КДЛ №001484)).</p> <p>З метою обстеження ліпідного обміну визначали вміст загального холестерину (ЗХС), тригліцериди в (ТГ), ліпопротеїдів високої щільності (ЛВЩ), ліпопротеїдів низької щільності (ЛНЩ) та ліпопротеїдів дуже низької щільності (ЛДНЩ) в плазмі крові та коефіцієнт атерогенності (КА). Вміст ЗХС, ТГ, ЛВЩ в крові визначали за допомогою біохімічного напівавтоматичного аналізатора "Humalalyzer 2000. Вміст ліпопротеїдів низької щільності (ЛНЩ) визначали по формулі:</p> $\text{ЛПНЩ} = \text{Кількість ЗХС} - \text{ЛДНЩ} - \text{ЛВЩ} \quad (2.1.4)$ <p>Вміст ліпопротеїдів дуже низької щільності розраховували по формулі:</p> $\text{ЛДНЩ} = \frac{\text{Кількість тригліцеридів} \cdot 2,29}{5} \quad (2.1.5)$ <p>Коефіцієнт атерогенності розраховували по формулі:</p> $\text{Ka} = \frac{\text{Кількість ЗХС}}{\text{ХС ЛВЩ}} \quad (2.1.6)$ <p>Як може один атестат №001484 бути виданий двом різними лабораторіям різних університетів? Фальсифікація. Плагіат.</p>	<p>Для визначення емоційного стану використовувалась методика САН, основана на інтерпретації даних, отриманих при заповненні пацієнткою спеціально розробленої анкети. Кожна буква в назві анкети означає певний стан людини: С- самопочуття, А - активність, Н - настрої. Пацієнтка на основі самооцінки по 9-бальній шкалі кваліфікувала свій стан від вкрай поганого до дуже хорошого. В кінці дослідження отримані сумарні результати розділяли на 10 (по кількості питань щодо кожного стану) [151].</p> <p>Дослідження темпу сенсомоторних реакцій, об'єму, розподілу та стійкості уваги проводилось шляхом реєстрації часу виконання коректурної проби (закреслення букв на спеціальних бланках з відміткою через кожні 60 секунд та реєстрацією часу, витраченого на виконання всього завдання) та пошуку чисел за таблицями Шульте [151].</p> <p>З метою дослідження гормонального статусу у обстежених жінок проводилось визначення вмісту гонадотропних гормонів (ЛГ, ФСГ), статевих гормонів (естрадіолу, прогестерону та тестостерону) - імуноферментним аналізатором "STAT-FAX 303" [173]. Дослідження проводились в міжкафедральній науково-клінічній лабораторії Тернопільського державного університету ім. І.Я.Горбачевського (лабораторія атестована комісією Міністерства охорони здоров'я України на право проведення досліджень у сфері охорони здоров'я терміном на 5 років (атестат серії КДЛ №001484)).</p> <p>З метою обстеження ліпідного обміну визначали вміст загального холестерину (ЗХС), тригліцериди в (ТГ), ліпопротеїдів високої щільності (ЛВЩ), ліпопротеїдів низької щільності (ЛНЩ) та ліпопротеїдів дуже низької щільності (ЛДНЩ) в плазмі крові та коефіцієнт атерогенності (КА). Вміст ЗХС, ТГ, ЛВЩ в крові визначали за допомогою біохімічного напівавтоматичного аналізатора "Humalalyzer 2000. Вміст ліпопротеїдів низької щільності (ЛНЩ) визначали по формулі:</p> $\text{ЛПНЩ} = \text{Кількість ЗХС} - \text{ЛДНЩ} - \text{ЛВЩ} \quad (2.1.4)$ <p>Вміст ліпопротеїдів дуже низької щільності розраховували по формулі:</p> $\text{ЛДНЩ} = \frac{\text{Кількість тригліцеридів} \cdot 2,29}{5} \quad (2.1.5)$ <p>Коефіцієнт атерогенності розраховували по формулі:</p> $\text{Ka} = \frac{\text{Кількість ЗХС}}{\text{ХС ЛВЩ}} \quad (2.1.6)$
<p>С. 20.</p>	<p>С. 18-19.</p>
<p>Для ідентифікації холестерину використовували</p>	<p>Для ідентифікації холестерину використовували</p>

<p>стандартний розчин холестерину в концентрації 1 мг/мл [48]. Показники коагуляційної (Ф - фібриноген; ТЧ – тромбіновий час; ПТІ-протромбіновий комплекс; АПТЧ активований парціальний тромбoplastинний час; VII та IX фактори згортання; ЧР - час рекальцифікації плазми) та антикоагуляційної ланки гемостазу (антитромбін III, еуглобуліновий лізис, толерантність плазми до гепарину) визначали на спектрофотометрі СФ-46, фотоелектрокалориметрі КФК-3, апараті "Рефлोलюкс". Визначення агрегаційної активності тромбоцитів проводились фотометричним методом при їх стимуляції аденозиндифосфатом (АДФ), адреналіном, ристоміцином, визначаючи при цьому: А - адгезивність тромбоцитів; Аа - агрегаційну активність тромбоцитів до адреналіну; Ар - до ристоміцину; Аадф - до АДФ [55]. Дослідження проводились в міжкафедральній науково-клінічній лабораторії Івано-Франківського державного університету.</p>	<p>стандартний розчин холестерину в концентрації 1 мг/мл [48]. Показники коагуляційної (Ф - фібриноген; ТЧ – тромбіновий час; ПТІ-протромбіновий комплекс; АПТЧ активований парціальний тромбoplastинний час; VII та IX фактори згортання; ЧР - час рекальцифікації плазми) та антикоагуляційної ланки гемостазу (антитромбін III, еуглобуліновий лізис, толерантність плазми до гепарину) визначали на спектрофотометрі СФ-46, фотоелектрокалориметрі КФК-3, апараті "Рефлोलюкс". Визначення агрегаційної активності тромбоцитів проводились фотометричним методом при їх стимуляції аденозиндифосфатом (АДФ), адреналіном, ристоміцином, визначаючи при цьому: А - адгезивність тромбоцитів; Аа - агрегаційну активність тромбоцитів до адреналіну; Ар - до ристоміцину; Аадф - до АДФ [55]. Дослідження проводились в міжкафедральній науково-клінічній лабораторії Тернопільського державного університету ім. І.Я.Горбачевського.</p>
<p>С. 20.</p>	<p>С. 19.</p>
<p>Ефективність лікувальних комплексів оцінювали з застосуванням методу різниць [88, 89]. Для об'єктивізації результатів клінічних спостережень при порівняльній оцінці ефективності застосування ЗГТ в якості монотерапії та запропонованих нами лікувальних комплексів був використаний метод бальної оцінки клінічних симптомокомплексів з обчисленням інтегрального показника патології (ІПП) [73]. Критерієм ефективності терапії були вибрані дані про зворотній розвиток психоемоційних (ПЕ) та нейровегетативних (НВ) проявів КС. Згадані симптомокомплекси оцінювали як 0 балів при їх відсутності, 1 бал при легкому ступені їх вираженості, 2 – при середньому і 3 бали - при тяжкому. Базуючись на бальних оцінках, у кожній пацієнтки обчислювали ІПП за формулою:</p> $ІПП = \alpha_1 \sum ПЕ + \alpha_2 \sum НВ, (2.1.7)$ <p>де: α_1, α_2 - частота проявів симптомокомплексів, $\sum ПЕ$, $\sum НВ$ - сума балів цих проявів.</p> <p>Частоту прояву кожного із симптомокомплексів визначали за формулою:</p> $\alpha = \frac{n}{N} (2.1.8)$ <p>де n - число пацієнток, у яких спостерігався хоча б один із визначених симптомів, N - загальна кількість жінок у групі. Для кожної пацієнтки суму балів кожного із симптомокомплексів обчислювали як суму окремих наявних симптомів.</p> <p>Скопійовані помилки: «симптомокомплекси», «симптомокомплексів».</p> <p>Плагіат.</p>	<p>Ефективність лікувальних комплексів оцінювали з застосуванням методу різниць [88, 89]. Для об'єктивізації результатів клінічних спостережень при порівняльній оцінці ефективності застосування ЗГТ в якості монотерапії та запропонованих нами лікувальних комплексів був використаний метод бальної оцінки клінічних симптомокомплексів з обчисленням інтегрального показника патології (ІПП) [73]. Критерієм ефективності терапії були вибрані дані про зворотній розвиток психоемоційних (ПЕ) та нейровегетативних (НВ) проявів КС. Згадані симптомокомплекси оцінювали як 0 балів при їх відсутності, 1 бал при легкому ступені їх вираженості, 2 – при середньому і 3 бали - при тяжкому. Базуючись на бальних оцінках, у кожній пацієнтки обчислювали ІПП за формулою:</p> $ІПП = \alpha_1 \sum ПЕ + \alpha_2 \sum НВ, (2.1.7)$ <p>де: α_1, α_2 - частота проявів симптомокомплексів, $\sum ПЕ$, $\sum НВ$ - сума балів цих проявів.</p> <p>Частоту прояву кожного із симптомокомплексів визначали за формулою:</p> $\alpha = \frac{n}{N} (2.1.8)$ <p>де n - число пацієнток, у яких спостерігався хоча б один із визначених симптомів, N - загальна кількість жінок у групі. Для кожної пацієнтки суму балів кожного із симптомокомплексів обчислювали як суму окремих наявних симптомів.</p>
<p>С. 21.</p>	<p>С. 19–20.</p>
<p>Визначали також ступінь поліпшення (СП) клінічної картини захворювання. Його вираховували з різниці двох показників ІПП. Отримані цифрові дані опрацьовували статистично з використанням сучасних методів варіаційної статистики при допомозі програми Exell Microsoft Office з застосуванням для абсолютних чисел-критерію Ст'юдента, з поправкою Бенфероні при порівнянні груп та парного критерію Ст'юдента при порівнянні результатів повторних досліджень в межах групи, а для відносних - методу кутового перетворення Фішера [40, 88]</p>	<p>Визначали також ступінь поліпшення (СП) клінічної картини захворювання. Його вираховували з різниці двох показників ІПП. Отримані цифрові дані опрацьовували статистично з використанням сучасних методів варіаційної статистики при допомозі програми Exell Microsoft Office з застосуванням для абсолютних чисел-критерію Ст'юдента, з поправкою Бенфероні при порівнянні груп та парного критерію Ст'юдента при порівнянні результатів повторних досліджень в межах групи, а для відносних - методу кутового перетворення Фішера [40, 88]</p>

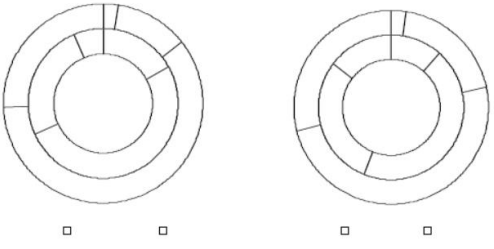
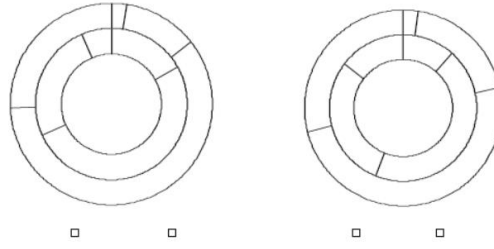
<p>Різницю між величинами, які порівнювались, вважали достовірною при $p < 0,05$. Кореляційну залежність кількісних величин вивчали за допомогою розрахунку коефіцієнту рангової кореляції Кендела, а кореляцію якісних показників – методом визначення поліхоричного показника зв'язку [89]. При малих вибірках використовували також непараметричні методи - критерій Вілкоксона для залежних та незалежних сукупностей [88].</p>	<p>Різницю між величинами, які порівнювались, вважали достовірною при $p < 0,05$. Кореляційну залежність кількісних величин вивчали за допомогою розрахунку коефіцієнту рангової кореляції Кендела, а кореляцію якісних показників – методом визначення поліхоричного показника зв'язку [89]. При малих вибірках використовували також непараметричні методи - критерій Вілкоксона для залежних та незалежних сукупностей [88].</p>																																				
<p>С. 21.</p>	<p>С. 20.</p>																																				
<p>2.2. Клініко-параклінічна характеристика обстежених жінок</p> <p>Для вирішення поставлених задач нами обстежено 2 групи жінок віком 38-56 років. Першу групу (основну) склали 196 пацієнок із хірургічною менопаузою; в другу групу (контрольну) увійшло 152 жінки з природною менопаузою. З дослідження заздалегідь були виключені жінки з тяжкою патологією ендокринної системи, опорно-рухового апарату та пухлинними захворюваннями геніталій. Крім того наявні патогістологічні заключення макропрепаратів прооперованих жінок.</p> <p>У ході клініко-параклінічної оцінки обстежених жінок проаналізована структура обох досліджуваних груп з урахуванням соціальних та медико-біологічних факторів з метою виявлення чинників, що можуть впливати на перебіг постменопаузи та для оптимізації лікувально-профілактичних заходів.</p> <p>Основна група та група контрольна були рандомізовані по віку, віку менопаузи, тривалості постменопаузального періоду (табл.2. 2.1). Так, середній вік жінок основної групи становив $46,8 \pm 0,4$ роки, групи контрольної $-47,3 \pm 0,6$ роки ($p > 0,05$); вік менопаузи у основній групі склав $40,8 \pm 0,5$ роки, у групі контрольній $- 42,4 \pm 0,4$ роки ($p > 0,05$); тривалість постменопаузи відповідно $5,2 \pm 1,2$ роки - для основної та $5,6 \pm 1,1$ роки для групи контрольної ($p > 0,05$). Групи були також порівнянні за індексом маси тіла: $28,4 \pm 1,4$ $\text{кг}/\text{м}^2$ -для основної та $27,2 \pm 1,2$ $\text{кг}/\text{м}^2$- для контрольної групи ($p > 0,05$).</p> <p>Не виявлено суттєвої різниці між жінками обстежених груп за рівнем освіченості та характером зайнятості (табл. 2.2.2, 2.2.3).</p> <p>Скопійовані помилки: «макропрепаратів», «постменопаузи».</p> <p>У тексті мова йде про характер зайнятості (табл. 2.2.3, але ця таблиця – не про характер праці (така таблиця не була скопійована), а про стресові ситуації.</p> <p>У переписаному тексті ми бачимо ту саму кількість досліджених осіб, що й у дисертації Роженка – 196 і 152, хоча була Чуприна в своїй дисертації заявляла про 60 та 30 осіб у досліді та контролі (див. с. 17).</p> <p>Фальсифікація даних.</p> <p>Плагіат.</p>	<p>2.2. Клініко-параклінічна характеристика обстежених жінок</p> <p>Для вирішення поставлених задач нами обстежено 2 групи жінок віком 38-56 років. Першу групу (основну) склали 196 пацієнок із хірургічною менопаузою; в другу групу (контрольну) увійшло 152 жінки з природною менопаузою. З дослідження заздалегідь були виключені жінки з тяжкою патологією ендокринної системи, опорно-рухового апарату та пухлинними захворюваннями геніталій. Крім того наявні патогістологічні заключення макропрепаратів прооперованих жінок.</p> <p>У ході клініко-параклінічної оцінки обстежених жінок проаналізована структура обох досліджуваних груп з урахуванням соціальних та медико-біологічних факторів з метою виявлення чинників, що можуть впливати на перебіг постменопаузи та для оптимізації лікувально-профілактичних заходів.</p> <p>Основна група та група контрольна були рандомізовані по віку, віку менопаузи, тривалості постменопаузального періоду (табл.2. 2.1). Так, середній вік жінок основної групи становив $46,8 \pm 0,4$ роки, групи контрольної $-47,3 \pm 0,6$ роки ($p > 0,05$); вік менопаузи у основній групі склав $40,8 \pm 0,5$ роки, у групі контрольній $- 42,4 \pm 0,4$ роки ($p > 0,05$); тривалість постменопаузи відповідно $5,2 \pm 1,2$ роки - для основної та $5,6 \pm 1,1$ роки для групи контрольної ($p > 0,05$). Групи були також порівнянні за індексом маси тіла: $28,4 \pm 1,4$ $\text{кг}/\text{м}^2$ -для основної та $27,2 \pm 1,2$ $\text{кг}/\text{м}^2$- для контрольної групи ($p > 0,05$).</p> <p>Не виявлено суттєвої різниці між жінками обстежених груп за рівнем освіченості та характером зайнятості (табл. 2.2.2, 2.2.3).</p>																																				
<p>С. 22.</p>	<p>С. 20.</p>																																				
<p>Таблиця 2.2.1- Вік та антропометричні дані обстежених жінок (M±m)</p> <table border="1" data-bbox="279 1899 868 2027"> <thead> <tr> <th>Група жінок</th> <th>n</th> <th>Вік жінок (роки)</th> <th>Вік менопаузи (роки)</th> <th>Термін постменопаузи (роки)</th> <th>Індекс маси тіла (кг/м²)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Основна</td> <td>60</td> <td>46,8±0,4</td> <td>40,8±0,5</td> <td>5,2±1,2</td> <td>28,4±1,4</td> </tr> <tr> <td>Контрольна</td> <td>30</td> <td>47,3±0,6</td> <td>42,4±0,4</td> <td>5,6±1,1</td> <td>27,2±1,2</td> </tr> </tbody> </table> <p>Усі числові дані скопійовані з чужої дисертації,</p>	Група жінок	n	Вік жінок (роки)	Вік менопаузи (роки)	Термін постменопаузи (роки)	Індекс маси тіла (кг/м ²)	Основна	60	46,8±0,4	40,8±0,5	5,2±1,2	28,4±1,4	Контрольна	30	47,3±0,6	42,4±0,4	5,6±1,1	27,2±1,2	<p>Таблиця 2.2.1- Вік та антропометричні дані обстежених жінок (M±m)</p> <table border="1" data-bbox="896 1899 1481 2027"> <thead> <tr> <th>Група жінок</th> <th>n</th> <th>Вік жінок (роки)</th> <th>Вік менопаузи (роки)</th> <th>Термін постменопаузи (роки)</th> <th>Індекс маси тіла (кг/м²)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Основна</td> <td>196</td> <td>46,8±0,4</td> <td>40,8±0,5</td> <td>5,2±1,2</td> <td>28,4±1,4</td> </tr> <tr> <td>Контрольна</td> <td>152</td> <td>47,3±0,6</td> <td>42,4±0,4</td> <td>5,6±1,1</td> <td>27,2±1,2</td> </tr> </tbody> </table>	Група жінок	n	Вік жінок (роки)	Вік менопаузи (роки)	Термін постменопаузи (роки)	Індекс маси тіла (кг/м ²)	Основна	196	46,8±0,4	40,8±0,5	5,2±1,2	28,4±1,4	Контрольна	152	47,3±0,6	42,4±0,4	5,6±1,1	27,2±1,2
Група жінок	n	Вік жінок (роки)	Вік менопаузи (роки)	Термін постменопаузи (роки)	Індекс маси тіла (кг/м ²)																																
Основна	60	46,8±0,4	40,8±0,5	5,2±1,2	28,4±1,4																																
Контрольна	30	47,3±0,6	42,4±0,4	5,6±1,1	27,2±1,2																																
Група жінок	n	Вік жінок (роки)	Вік менопаузи (роки)	Термін постменопаузи (роки)	Індекс маси тіла (кг/м ²)																																
Основна	196	46,8±0,4	40,8±0,5	5,2±1,2	28,4±1,4																																
Контрольна	152	47,3±0,6	42,4±0,4	5,6±1,1	27,2±1,2																																

	кількість досліджених осіб сфальсифікована. Фальсифікація даних. Плагіат.																																																																	
С. 22.		С. 21.																																																																
	При вивченні анамнезу нами виявлено (табл. 2.2.4), що в основній групі на наявність стресових ситуацій в своєму житті вказали 80,6%, що було значно частіше, ніж у контрольній групі - 41,4% ($p < 0,05$).	При вивченні анамнезу нами виявлено (табл. 2.2.4), що в основній групі на наявність стресових ситуацій в своєму житті вказали 80,61%, що було значно частіше, ніж у контрольній групі - 41,44% ($p < 0,05$).																																																																
С. 22.		С. 21.																																																																
	<p>Таблиця 2.2.2</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Рівень освіти у обстежених жінок, абс. ч. (%)</th> <th colspan="3">Освіта</th> </tr> <tr> <th>Група жінок</th> <th>n</th> <th>Середня, %</th> <th>Середня спеціальна, %</th> <th>Вища, %</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Основна</td> <td>60</td> <td>46,9</td> <td>41,3</td> <td>10,0</td> </tr> <tr> <td>Контрольна</td> <td>30</td> <td>42,1</td> <td>44,7</td> <td>13,1</td> </tr> </tbody> </table> <p>Деякі числові дані скопійовані з чужої дисертації, кількість досліджених осіб сфальсифікована. По першому рядку сума становить 98,2% замість 100%. По другому рядку сума становить 99,9% замість 100%. Фальсифікація даних. Плагіат.</p>	Рівень освіти у обстежених жінок, абс. ч. (%)		Освіта			Група жінок	n	Середня, %	Середня спеціальна, %	Вища, %	Основна	60	46,9	41,3	10,0	Контрольна	30	42,1	44,7	13,1	<p>Таблиця 2.2.3-</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Рівень освіти у обстежених жінок, абс. ч. (%)</th> <th colspan="3">Освіта</th> </tr> <tr> <th>Група жінок</th> <th>n</th> <th>середня</th> <th>Середня спеціальна</th> <th>вища</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Основна</td> <td>196</td> <td>92(46,94)</td> <td>81(41,33)</td> <td>23(11,73)</td> </tr> <tr> <td>Контрольна</td> <td>152</td> <td>64(42,11)</td> <td>68(44,74)</td> <td>20(13,15)</td> </tr> </tbody> </table>	Рівень освіти у обстежених жінок, абс. ч. (%)		Освіта			Група жінок	n	середня	Середня спеціальна	вища	Основна	196	92(46,94)	81(41,33)	23(11,73)	Контрольна	152	64(42,11)	68(44,74)	20(13,15)																								
Рівень освіти у обстежених жінок, абс. ч. (%)		Освіта																																																																
Група жінок	n	Середня, %	Середня спеціальна, %	Вища, %																																																														
Основна	60	46,9	41,3	10,0																																																														
Контрольна	30	42,1	44,7	13,1																																																														
Рівень освіти у обстежених жінок, абс. ч. (%)		Освіта																																																																
Група жінок	n	середня	Середня спеціальна	вища																																																														
Основна	196	92(46,94)	81(41,33)	23(11,73)																																																														
Контрольна	152	64(42,11)	68(44,74)	20(13,15)																																																														
С. 22.		С. 21.																																																																
	При аналізі статевих стосунків обстежених груп (табл. 2.2.5) відмічено, що жінки основної групи значно частіше відмічали нерегулярність статевого життя (53,06%), ніж жінки контрольної групи.	При аналізі статевих стосунків обстежених груп (табл. 2.2.5) відмічено, що жінки основної групи значно частіше відмічали нерегулярність статевого життя (53,06%), ніж жінки контрольної групи.																																																																
	Номер таблиці неправильний, треба 2.2.4.																																																																	
С. 22.		С. 21.																																																																
	<p>Таблиця 2.2.3-</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Наявність стресових ситуацій в анамнезі у обстежених жінок, абс. ч. (%)</th> <th colspan="2">Стресові ситуації в анамнезі</th> </tr> <tr> <th>Група жінок</th> <th>n</th> <th>Мали місце</th> <th>Не було</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Основна</td> <td>60</td> <td>80,61^a</td> <td>19,3</td> </tr> <tr> <td>Контрольна</td> <td>30</td> <td>41,4</td> <td>58,5</td> </tr> </tbody> </table> <p>Примітка.^a- різниця вірогідна відносно групи порівняння ($p < 0,05$).</p> <p>Таблиця 2.2.4</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Регулярність статевого життя у обстежених жінок, абс. ч. (%)</th> <th colspan="2">Стресові ситуації в анамнезі</th> </tr> <tr> <th>Група жінок</th> <th>n</th> <th>Мали місце</th> <th>Не було</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Основна</td> <td>60</td> <td>19(35,2)^a</td> <td>42(64,8)</td> </tr> <tr> <td>Контрольна</td> <td>30</td> <td>14(46,72)</td> <td>16(53,28)</td> </tr> </tbody> </table> <p>Примітка.^a- різниця вірогідна відносно групи порівняння ($p < 0,05$).</p> <p>Проценти скопійовані з чужої дисертації, а кількість досліджених осіб сфальсифікована. У таблиці 2.2.4 проценти обраховані неправильно. Фальсифікація даних. Плагіат.</p>	Наявність стресових ситуацій в анамнезі у обстежених жінок, абс. ч. (%)		Стресові ситуації в анамнезі		Група жінок	n	Мали місце	Не було	Основна	60	80,61 ^a	19,3	Контрольна	30	41,4	58,5	Регулярність статевого життя у обстежених жінок, абс. ч. (%)		Стресові ситуації в анамнезі		Група жінок	n	Мали місце	Не було	Основна	60	19(35,2) ^a	42(64,8)	Контрольна	30	14(46,72)	16(53,28)	<p>Таблиця 2.2.4-</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Наявність стресових ситуацій в анамнезі у обстежених жінок, абс. ч. (%)</th> <th colspan="2">Стресові ситуації в анамнезі</th> </tr> <tr> <th>Група жінок</th> <th>n</th> <th>Мали місце</th> <th>Не було</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Основна</td> <td>196</td> <td>158(80,61)^a</td> <td>38(19,39)</td> </tr> <tr> <td>Контрольна</td> <td>152</td> <td>63(41,44)</td> <td>89(58,55)</td> </tr> </tbody> </table> <p>Примітка.^a- різниця вірогідна відносно групи порівняння ($p < 0,05$).</p> <p>Таблиця 2.2.5-</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Регулярність статевого життя у обстежених жінок, абс. ч. (%)</th> <th colspan="2">Стресові ситуації в анамнезі</th> </tr> <tr> <th>Група жінок</th> <th>n</th> <th>Мали місце</th> <th>Не було</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Основна</td> <td>196</td> <td>69(35,2)^a</td> <td>127(64,8)</td> </tr> <tr> <td>Контрольна</td> <td>152</td> <td>71(46,72)</td> <td>81(53,28)</td> </tr> </tbody> </table>	Наявність стресових ситуацій в анамнезі у обстежених жінок, абс. ч. (%)		Стресові ситуації в анамнезі		Група жінок	n	Мали місце	Не було	Основна	196	158(80,61) ^a	38(19,39)	Контрольна	152	63(41,44)	89(58,55)	Регулярність статевого життя у обстежених жінок, абс. ч. (%)		Стресові ситуації в анамнезі		Група жінок	n	Мали місце	Не було	Основна	196	69(35,2) ^a	127(64,8)	Контрольна	152	71(46,72)	81(53,28)
Наявність стресових ситуацій в анамнезі у обстежених жінок, абс. ч. (%)		Стресові ситуації в анамнезі																																																																
Група жінок	n	Мали місце	Не було																																																															
Основна	60	80,61 ^a	19,3																																																															
Контрольна	30	41,4	58,5																																																															
Регулярність статевого життя у обстежених жінок, абс. ч. (%)		Стресові ситуації в анамнезі																																																																
Група жінок	n	Мали місце	Не було																																																															
Основна	60	19(35,2) ^a	42(64,8)																																																															
Контрольна	30	14(46,72)	16(53,28)																																																															
Наявність стресових ситуацій в анамнезі у обстежених жінок, абс. ч. (%)		Стресові ситуації в анамнезі																																																																
Група жінок	n	Мали місце	Не було																																																															
Основна	196	158(80,61) ^a	38(19,39)																																																															
Контрольна	152	63(41,44)	89(58,55)																																																															
Регулярність статевого життя у обстежених жінок, абс. ч. (%)		Стресові ситуації в анамнезі																																																																
Група жінок	n	Мали місце	Не було																																																															
Основна	196	69(35,2) ^a	127(64,8)																																																															
Контрольна	152	71(46,72)	81(53,28)																																																															
С. 22–23.		С. 21.																																																																
	За структурою застосовуваних методів контрацепції (табл. 2.2.6) групи між собою суттєво не відрізнялись. Слід зазначити, що як серед жінок основної, так і в контрольній групі досить широко використовувався такий малоефективний та нефізіологічний метод контрацепції як coitus interruptus, відповідно в 17,86 та 14,47% ($p > 0,05$).	За структурою застосовуваних методів контрацепції (табл. 2.2.6) групи між собою суттєво не відрізнялись. Слід зазначити, що як серед жінок основної, так і в контрольній групі досить широко використовувався такий малоефективний та нефізіологічний метод контрацепції як coitus interruptus, відповідно в 17,86 та 14,47% ($p > 0,05$).																																																																
	Номер таблиці неправильний, треба 2.2.5.																																																																	
С. 23.		С. 21–22.																																																																

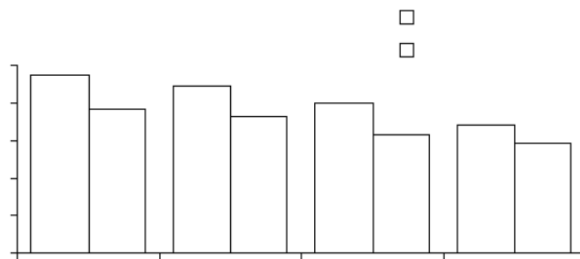
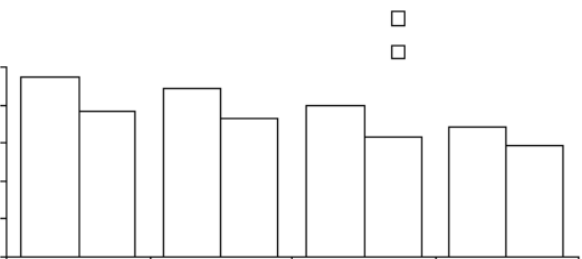
Фальсифікація даних. Плагіат.																																																																																	
С. 24.	С. 22–23.																																																																																
<p>Що стосується становлення менструальної функції у жінок обстежених груп (табл. 2.2.9), то суттєвої різниці між групами не виявлено.</p> <p>У ході вивчення гінекологічного анамнезу виявлено (табл. 2.2.10), що в основній групі була більша питома вага жінок, що мали 1 пологи - 42,35 проти 28,95%, $p < 0,05$ та менша питома вага жінок, які мали 2-3 пологів -34,69 проти 49,34%, $p < 0,05$.</p>	<p>Що стосується становлення менструальної функції у жінок обстежених груп (табл. 2.2.9), то суттєвої різниці між групами не виявлено.</p> <p>У ході вивчення гінекологічного анамнезу виявлено (табл. 2.2.10), що в основній групі була більша питома вага жінок, що мали 1 пологи - 42,35 проти 28,95%, $p < 0,05$ та менша питома вага жінок, які мали 2-3 пологів -34,69 проти 49,34%, $p < 0,05$.</p>																																																																																
С. 24.	С. 23.																																																																																
<p style="text-align: center;">Таблиця 2.2.9- Вік менархе у обстежених жінок, абс. ч. (%)</p> <table border="1" data-bbox="279 577 869 660"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Група жінок</th> <th rowspan="2">n</th> <th colspan="4">Вік менархе, роки</th> </tr> <tr> <th>9-11</th> <th>12-13</th> <th>14-16</th> <th>після 16</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Основна</td> <td>196</td> <td>24(12,25)</td> <td>51(26,02)</td> <td>114(53,06)</td> <td>17(8,67)</td> </tr> <tr> <td>Контрольна</td> <td>152</td> <td>15(9,87)</td> <td>34(22,37)</td> <td>86(56,58)</td> <td>17(11,18)</td> </tr> </tbody> </table> <p>Примітка. В усіх випадках $p > 0,05$</p> <p style="text-align: center;">Таблиця 2.2.10- Кількість пологів в анамнезі у обстежених жінок, абс. ч. (%)</p> <table border="1" data-bbox="279 712 869 795"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Група жінок</th> <th rowspan="2">n</th> <th colspan="3">Вік менархе, роки</th> </tr> <tr> <th>не було</th> <th>2-3</th> <th>більше 3</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Основна</td> <td>60</td> <td>7(9,18)</td> <td>25(42,35)^a</td> <td>20(34,69)^a</td> </tr> <tr> <td>Контрольна</td> <td>30</td> <td>2(7,24)</td> <td>11(28,95)</td> <td>14(49,34)</td> </tr> </tbody> </table> <p>Кількість досліджених осіб була заявлена Чуприною як 60 та 30, а в дисертації Роженка – 196 і 152. Проценти в табл. 2.2.10 розраховані неправильно, наприклад, 20 осіб від 60 – це 33,33% а не 34,69%, як написала Чуприна. Фальсифікація даних. Фальсифікація дослідження. Плагіат.</p>	Група жінок	n	Вік менархе, роки				9-11	12-13	14-16	після 16	Основна	196	24(12,25)	51(26,02)	114(53,06)	17(8,67)	Контрольна	152	15(9,87)	34(22,37)	86(56,58)	17(11,18)	Група жінок	n	Вік менархе, роки			не було	2-3	більше 3	Основна	60	7(9,18)	25(42,35) ^a	20(34,69) ^a	Контрольна	30	2(7,24)	11(28,95)	14(49,34)	<p style="text-align: center;">Таблиця 2.2.9- Вік менархе у обстежених жінок, абс. ч. (%)</p> <table border="1" data-bbox="901 577 1476 660"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Група жінок</th> <th rowspan="2">n</th> <th colspan="4">Вік менархе, роки</th> </tr> <tr> <th>9-11</th> <th>12-13</th> <th>14-16</th> <th>після 16</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Основна</td> <td>196</td> <td>24(12,25)</td> <td>51(26,02)</td> <td>114(53,06)</td> <td>17(8,67)</td> </tr> <tr> <td>Контрольна</td> <td>152</td> <td>15(9,87)</td> <td>34(22,37)</td> <td>86(56,58)</td> <td>17(11,18)</td> </tr> </tbody> </table> <p>Примітка. В усіх випадках $p > 0,05$</p> <p style="text-align: center;">Таблиця 2.2.10- Кількість пологів в анамнезі у обстежених жінок, абс. ч. (%)</p> <table border="1" data-bbox="901 712 1476 795"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Група жінок</th> <th rowspan="2">n</th> <th colspan="3">Вік менархе, роки</th> </tr> <tr> <th>не було 1</th> <th>2-3</th> <th>більше 3</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Основна</td> <td>196</td> <td>18(9,18)</td> <td>83(42,35)^a</td> <td>68(34,69)^a</td> </tr> <tr> <td>Контрольна</td> <td>152</td> <td>11(7,24)</td> <td>44(28,95)</td> <td>75(49,34)</td> </tr> </tbody> </table>	Група жінок	n	Вік менархе, роки				9-11	12-13	14-16	після 16	Основна	196	24(12,25)	51(26,02)	114(53,06)	17(8,67)	Контрольна	152	15(9,87)	34(22,37)	86(56,58)	17(11,18)	Група жінок	n	Вік менархе, роки			не було 1	2-3	більше 3	Основна	196	18(9,18)	83(42,35) ^a	68(34,69) ^a	Контрольна	152	11(7,24)	44(28,95)	75(49,34)
Група жінок			n	Вік менархе, роки																																																																													
	9-11	12-13		14-16	після 16																																																																												
Основна	196	24(12,25)	51(26,02)	114(53,06)	17(8,67)																																																																												
Контрольна	152	15(9,87)	34(22,37)	86(56,58)	17(11,18)																																																																												
Група жінок	n	Вік менархе, роки																																																																															
		не було	2-3	більше 3																																																																													
Основна	60	7(9,18)	25(42,35) ^a	20(34,69) ^a																																																																													
Контрольна	30	2(7,24)	11(28,95)	14(49,34)																																																																													
Група жінок	n	Вік менархе, роки																																																																															
		9-11	12-13	14-16	після 16																																																																												
Основна	196	24(12,25)	51(26,02)	114(53,06)	17(8,67)																																																																												
Контрольна	152	15(9,87)	34(22,37)	86(56,58)	17(11,18)																																																																												
Група жінок	n	Вік менархе, роки																																																																															
		не було 1	2-3	більше 3																																																																													
Основна	196	18(9,18)	83(42,35) ^a	68(34,69) ^a																																																																													
Контрольна	152	11(7,24)	44(28,95)	75(49,34)																																																																													
С. 24.	С. 23.																																																																																
<p>За кількістю мимовільних абортів (табл. 2.2.11) групи суттєво невідрізнялись.</p> <p>Скопійована помилка: «невідрізнялись».</p>	<p>За кількістю мимовільних абортів (табл. 2.2.11) групи суттєво невідрізнялись.</p>																																																																																
С. 24.	С. 23.																																																																																
<p style="text-align: center;">Таблиця 2.2.11- Питома вага осіб з мимовільними абортами в анамнезі серед обстежених жінок, абс.ч. (%)</p> <table border="1" data-bbox="279 1361 869 1444"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Група жінок</th> <th rowspan="2">n</th> <th colspan="4">Кількість мимовільних абортів</th> </tr> <tr> <th>не було</th> <th>1</th> <th>2-3</th> <th>більше 3</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Основна</td> <td>196</td> <td>67(34,18)</td> <td>57(29,08)</td> <td>45(29,96)</td> <td>27(13,78)</td> </tr> <tr> <td>Контрольна</td> <td>152</td> <td>61(40,12)</td> <td>49(32,24)</td> <td>26(17,11)</td> <td>16(10,53)</td> </tr> </tbody> </table> <p>Кількість досліджених осіб була заявлена Чуприною як 60 та 30, а в дисертації Роженка – 196 і 152. Фальсифікація дослідження. Плагіат.</p>	Група жінок	n	Кількість мимовільних абортів				не було	1	2-3	більше 3	Основна	196	67(34,18)	57(29,08)	45(29,96)	27(13,78)	Контрольна	152	61(40,12)	49(32,24)	26(17,11)	16(10,53)	<p style="text-align: center;">Таблиця 2.2.11- Питома вага осіб з мимовільними абортами в анамнезі серед обстежених жінок, абс.ч. (%)</p> <table border="1" data-bbox="901 1361 1476 1444"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Група жінок</th> <th rowspan="2">n</th> <th colspan="4">Кількість мимовільних абортів</th> </tr> <tr> <th>не було</th> <th>1</th> <th>2-3</th> <th>більше 3</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Основна</td> <td>196</td> <td>67(34,18)</td> <td>57(29,08)</td> <td>45(29,96)</td> <td>27(13,78)</td> </tr> <tr> <td>Контрольна</td> <td>152</td> <td>61(40,12)</td> <td>49(32,24)</td> <td>26(17,11)</td> <td>16(10,53)</td> </tr> </tbody> </table>	Група жінок	n	Кількість мимовільних абортів				не було	1	2-3	більше 3	Основна	196	67(34,18)	57(29,08)	45(29,96)	27(13,78)	Контрольна	152	61(40,12)	49(32,24)	26(17,11)	16(10,53)																																				
Група жінок			n	Кількість мимовільних абортів																																																																													
	не було	1		2-3	більше 3																																																																												
Основна	196	67(34,18)	57(29,08)	45(29,96)	27(13,78)																																																																												
Контрольна	152	61(40,12)	49(32,24)	26(17,11)	16(10,53)																																																																												
Група жінок	n	Кількість мимовільних абортів																																																																															
		не було	1	2-3	більше 3																																																																												
Основна	196	67(34,18)	57(29,08)	45(29,96)	27(13,78)																																																																												
Контрольна	152	61(40,12)	49(32,24)	26(17,11)	16(10,53)																																																																												
С. 24–25.	С. 23.																																																																																
<p>На ускладнені пологи в анамнезі частіше вказували жінки основної групи порівняно з контрольною групою відповідно 39,29 та 26,97%) ($p < 0,05$) (табл. 2.2.12).</p> <p>Структура гінекологічної патології в групах обстежених жінок також була неоднорідною (табл. 2.2.13). Так, в анамнезі у жінок основної групи частіше, ніж у контрольній групі жінок, відмічались порушення менструальної функції (37,76 проти 24,34%), запальні захворювання геніталій (35,16 проти 22,37%), доброякісні пухлини (13,78 проти 5,26, $p < 0,05$) та гінекологічні операції (23,98 проти 5,92%, $p < 0,05$).</p>	<p>На ускладнені пологи в анамнезі частіше вказували жінки основної групи порівняно з контрольною групою відповідно 39,29 та 26,97%) ($p < 0,05$) (табл. 2.2.12).</p> <p>Структура гінекологічної патології в групах обстежених жінок також була неоднорідною (табл. 2.2.13). Так, в анамнезі у жінок основної групи частіше, ніж у контрольній групі жінок, відмічались порушення менструальної функції (37,76 проти 24,34%), запальні захворювання геніталій (35,16 проти 22,37%), доброякісні пухлини (13,78 проти 5,26, $p < 0,05$) та гінекологічні операції (23,98 проти 5,92%, $p < 0,05$).</p>																																																																																
С. 25.	С. 23–24.																																																																																

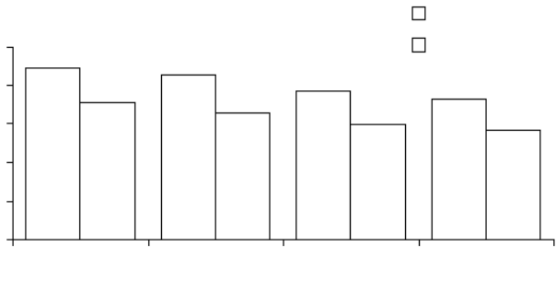
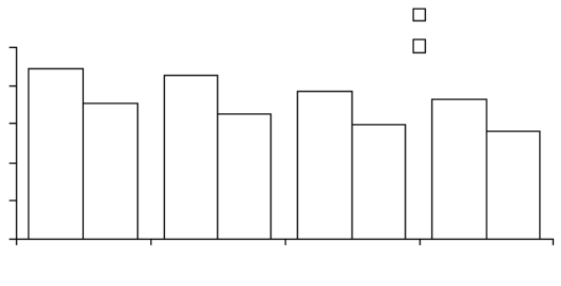
Таблиця 2.2.12 - Питома вага в обстежених групах жінок з ускладненими пологамі в анамнезі, абс.ч. (%)					Таблиця 2.2.12 - Питома вага в обстежених групах жінок з ускладненими пологамі в анамнезі, абс.ч. (%)																																																																																
Група жінок	n	Не мали пологів	Ускладнення при пологах		Група жінок	n	Не мали пологів	Ускладнення при пологах																																																																													
			Були	Не були				Були	Не були																																																																												
Основна	196	18(9,18)	77(39,29) ^a	101(51,53) ^a	Основна	196	18(9,18)	77(39,29) ^a	101(51,53) ^a																																																																												
Контрольна	152	11(7,24)	41(26,97)	100(65,79)	Контрольна	152	11(7,24)	41(26,97)	100(65,79)																																																																												
<p>Кількість досліджених осіб була заявлена Чу-приную як 60 та 30, а в дисертації Роженка – 196 і 152. Фальсифікація дослідження. Плагіат.</p>					<p>24</p>																																																																																
С. 25.					С. 24.																																																																																
<p>У структурі порушень менструального циклу (табл. 2.2.14), у жінок основної групи частіше відмічались порушення по типу гіпоменструального синдрому (8,16 проти 3,29%, $p < 0,05$), альгоменорея (18,88 проти 12,5%), $p < 0,05$) та передменструальний синдром (32,14 проти 21,05%, $p < 0,05$).</p>					<p>У структурі порушень менструального циклу (табл. 2.2.14), у жінок основної групи частіше відмічались порушення по типу гіпоменструального синдрому (8,16 проти 3,29%, $p < 0,05$), альгоменорея (18,88 проти 12,5%), $p < 0,05$) та передменструальний синдром (32,14 проти 21,05%, $p < 0,05$).</p>																																																																																
С. 25.					С. 24.																																																																																
<p>Таблиця 2.2.13- Наявність гінекологічної патології в анамнезі у обстежених жінок, абс. ч. (%)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Група жінок</th> <th>n</th> <th>Порушення менструації</th> <th>Патологія ш/матки</th> <th>Доброякісні пухлини</th> <th>Запальні захворювання</th> <th>Операції в анамнезі</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Основна</td> <td>196</td> <td>74(37,76)^a</td> <td>59(30,1)</td> <td>27(13,78)</td> <td>65(35,16)^a</td> <td>47(23,98)^a</td> </tr> <tr> <td>Контрольна</td> <td>152</td> <td>37(24,34)</td> <td>43(28,29)</td> <td>8(5,26)</td> <td>34(22,37)</td> <td>9(5,92)</td> </tr> </tbody> </table> <p>Примітка.^a- різниця вірогідна відносно кон-ної групи ($p < 0,05$).</p> <p>Таблиця 2.2.14- Структура порушень менструальної функції у обстежених жінок, абс. ч. (%)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Характер порушення</th> <th colspan="2">Група жінок</th> </tr> <tr> <th>Основна (n=196)</th> <th>Контрольна (n=152)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Маткові кровотечі</td> <td>33(16,84)</td> <td>23(15,13)</td> </tr> <tr> <td>Гіпоменструальний синдром</td> <td>16(8,16)^a</td> <td>5(3,29)</td> </tr> <tr> <td>Альгоменорея</td> <td>37(18,88)^a</td> <td>19(12,5)</td> </tr> <tr> <td>Передменструальний синдром</td> <td>63(32,14)^a</td> <td>32(21,05)</td> </tr> </tbody> </table> <p>Кількість досліджених осіб була заявлена Чу-приную як 60 та 30, а в дисертації Роженка – 196 і 152. Фальсифікація дослідження. Плагіат.</p>					Група жінок	n	Порушення менструації	Патологія ш/матки	Доброякісні пухлини	Запальні захворювання	Операції в анамнезі	Основна	196	74(37,76) ^a	59(30,1)	27(13,78)	65(35,16) ^a	47(23,98) ^a	Контрольна	152	37(24,34)	43(28,29)	8(5,26)	34(22,37)	9(5,92)	Характер порушення	Група жінок		Основна (n=196)	Контрольна (n=152)	Маткові кровотечі	33(16,84)	23(15,13)	Гіпоменструальний синдром	16(8,16) ^a	5(3,29)	Альгоменорея	37(18,88) ^a	19(12,5)	Передменструальний синдром	63(32,14) ^a	32(21,05)	<p>Таблиця 2.2.13- Наявність гінекологічної патології в анамнезі у обстежених жінок, абс. ч. (%)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Група жінок</th> <th>n</th> <th>Порушення менструації</th> <th>Патологія ш/матки</th> <th>Доброякісні пухлини</th> <th>Запальні захворювання</th> <th>Операції в анамнезі</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Основна</td> <td>196</td> <td>74(37,76)^a</td> <td>59(30,1)</td> <td>27(13,78)</td> <td>65(35,16)^a</td> <td>47(23,98)^a</td> </tr> <tr> <td>Контрольна</td> <td>152</td> <td>37(24,34)</td> <td>43(28,29)</td> <td>8(5,26)</td> <td>34(22,37)</td> <td>9(5,92)</td> </tr> </tbody> </table> <p>Примітка.^a- різниця вірогідна відносно кон-ної групи ($p < 0,05$).</p> <p>Таблиця 2.2.14- Структура порушень менструальної функції у обстежених жінок, абс. ч. (%)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Характер порушення</th> <th colspan="2">Група жінок</th> </tr> <tr> <th>Основна (n=196)</th> <th>Контрольна (n=152)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Маткові кровотечі</td> <td>33(16,84)</td> <td>23(15,13)</td> </tr> <tr> <td>Гіпоменструальний синдром</td> <td>16(8,16)^a</td> <td>5(3,29)</td> </tr> <tr> <td>Альгоменорея</td> <td>37(18,88)^a</td> <td>19(12,5)</td> </tr> <tr> <td>Передменструальний синдром</td> <td>63(32,14)^a</td> <td>32(21,05)</td> </tr> </tbody> </table>					Група жінок	n	Порушення менструації	Патологія ш/матки	Доброякісні пухлини	Запальні захворювання	Операції в анамнезі	Основна	196	74(37,76) ^a	59(30,1)	27(13,78)	65(35,16) ^a	47(23,98) ^a	Контрольна	152	37(24,34)	43(28,29)	8(5,26)	34(22,37)	9(5,92)	Характер порушення	Група жінок		Основна (n=196)	Контрольна (n=152)	Маткові кровотечі	33(16,84)	23(15,13)	Гіпоменструальний синдром	16(8,16) ^a	5(3,29)	Альгоменорея	37(18,88) ^a	19(12,5)	Передменструальний синдром	63(32,14) ^a	32(21,05)
Група жінок	n	Порушення менструації	Патологія ш/матки	Доброякісні пухлини	Запальні захворювання	Операції в анамнезі																																																																															
Основна	196	74(37,76) ^a	59(30,1)	27(13,78)	65(35,16) ^a	47(23,98) ^a																																																																															
Контрольна	152	37(24,34)	43(28,29)	8(5,26)	34(22,37)	9(5,92)																																																																															
Характер порушення	Група жінок																																																																																				
	Основна (n=196)	Контрольна (n=152)																																																																																			
Маткові кровотечі	33(16,84)	23(15,13)																																																																																			
Гіпоменструальний синдром	16(8,16) ^a	5(3,29)																																																																																			
Альгоменорея	37(18,88) ^a	19(12,5)																																																																																			
Передменструальний синдром	63(32,14) ^a	32(21,05)																																																																																			
Група жінок	n	Порушення менструації	Патологія ш/матки	Доброякісні пухлини	Запальні захворювання	Операції в анамнезі																																																																															
Основна	196	74(37,76) ^a	59(30,1)	27(13,78)	65(35,16) ^a	47(23,98) ^a																																																																															
Контрольна	152	37(24,34)	43(28,29)	8(5,26)	34(22,37)	9(5,92)																																																																															
Характер порушення	Група жінок																																																																																				
	Основна (n=196)	Контрольна (n=152)																																																																																			
Маткові кровотечі	33(16,84)	23(15,13)																																																																																			
Гіпоменструальний синдром	16(8,16) ^a	5(3,29)																																																																																			
Альгоменорея	37(18,88) ^a	19(12,5)																																																																																			
Передменструальний синдром	63(32,14) ^a	32(21,05)																																																																																			
С. 25–26.					С. 24.																																																																																
<p>Таким чином, проведений аналіз свідчить про те, що несприятливими чинниками перебігу постменопаузального періоду у жінок із хірургічною менопаузою можна вважати наявність в анамнезі серцево- та церебро-судинних порушень, нервово-психічних захворювань, захворювань шлунково-кишкового тракту, дихальних шляхів, патології кістково-м'язової системи наряду з гінекологічною патологією, а саме запальних захворювань геніталій, доброякісних пухлин, порушень менструальної функції (гіпоменструального синдрому, альгоменореї та передменструального синдрому).</p>					<p>Таким чином, проведений аналіз свідчить про те, що несприятливими чинниками перебігу постменопаузального періоду у жінок із хірургічною менопаузою можна вважати наявність в анамнезі серцево- та церебро-судинних порушень, нервово-психічних захворювань, захворювань шлунково-кишкового тракту, дихальних шляхів, патології кістково-м'язової системи наряду з гінекологічною патологією, а саме запальних захворювань геніталій, доброякісних пухлин, порушень менструальної функції (гіпоменструального синдрому, альгоменореї та передменструального синдрому).</p>																																																																																
С. 26–27.					С. 25.																																																																																
<p>РОЗДІЛ 3 ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ РАННІХ МЕНОПАУЗАЛЬНИХ ПОРУШЕНЬ У ЖІНОК ІЗ ДОБРОЯКІСНИМИ НЕУТОЧНЕНИМИ ПУХЛИНАМИ МАТКИ ТА ДОДАТКІВ</p> <p>Клінічний симптомокомплекс клімактеричного синдрому включає в себе нейровегетативні та психоемоційні порушення [22, 80]. Різноманітність симптоматики, різна тривалість та ступінь вираженості клімактеричного синдрому створює певні труднощі для їх систематизації. На сьогодні най-</p>					<p>РОЗДІЛ 3 Особливості клінічного перебігу ранніх постменопаузальних порушень у жінок із хірургічною менопаузою</p> <p>Клінічний симптомокомплекс клімактеричного синдрому включає в себе нейровегетативні та психоемоційні порушення [22, 80]. Різноманітність симптоматики, різна тривалість та ступінь вираженості клімактеричного синдрому створює певні труднощі для їх систематизації. На сьогодні най-</p>																																																																																

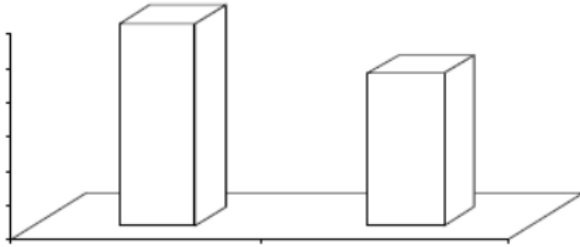
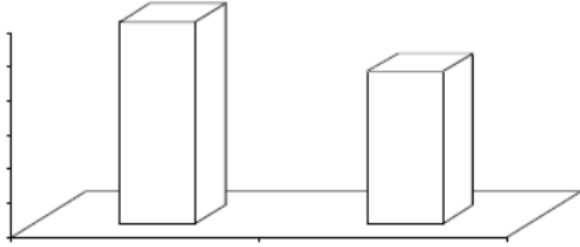
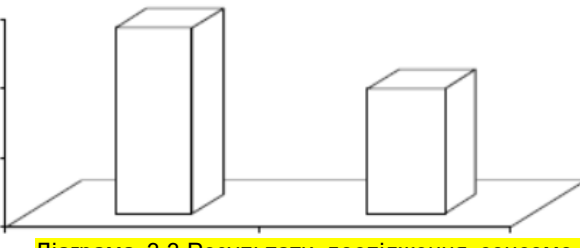
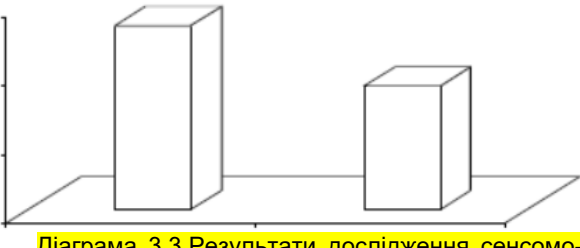
<p>більш поширеною і найбільш зручною залишається класифікаційна шкала Н. Куррегман'а [7], яка враховує оптимальний перелік вегетосудинних та психоемоційних проявів і дозволяє досить адекватно оцінити особливості клінічного перебігу КС для подальшого поглибленого дослідження.</p>	<p>більш поширеною і найбільш зручною залишається класифікаційна шкала Н. Куррегман'а [7], яка враховує оптимальний перелік вегетосудинних та психоемоційних проявів і дозволяє досить адекватно оцінити особливості клінічного перебігу КС для подальшого поглибленого дослідження.</p>
<p>С. 27.</p>	<p>С. 25–26.</p>
<p>Відсутність єдиних поглядів як па патогенез клімактеричного синдрому, так і на вплив несприятливих чинників на кожну з його ланок, підвищує цікавість до проблеми ранніх порушень хірургічної менопаузи.</p> <p>Для виявлення частоти КС та ступеня його вираженості проведено клінічне обстеження з вираховуванням індексу Куппермана у 196 жінок із хірургічною менопаузою (основна група) та у 152 жінок у природній менопаузі (контрольна група). Групи були порівнянні за віком, віком менопаузи і тривалістю клімактеричного синдрому.</p> <p>При аналізі ранніх ускладнень постменопаузального періоду у жінок після гістерооваріоектомії (діаграма.3.1, табл. А-3.1) виявлено, що психоемоційні порушення серед осіб основної групи наявні в 90,3 % випадків, тоді як в контрольній групі - лише в 74, 34% ($p<0,05$). Разом з тим, серед обстежених основної групи переважали жінки з середнім (49,49%) та тяжким (6,12%) ступенями їх вираженості, а особи без КС та з легким ступенем склали відповідно 9,7% та 24,49% ($p_{1-3,1-4}<0,05$, $p_{2-3,2-4}<0,05$), тоді як у контрольній групі більшу питому вагу склали жінки з легким ступенем (59,87%), а особи з середнім та тяжким ступенями вираженості психоемоційних порушень становили лише 11,84% та 2,63% ($p_{1-2,1-3}<0,05$).</p> <p>Стосовно вегетосудинних зрушень, то частота їх виявлення у жінок, після гістерооваріоектомії (діаграма 3.1, табл. А-3.2), становила 85,2%, тоді як у контрольній групі вона була вірогідно нижчою - 71,05% ($p<0,05$). При цьому в основній групі переважали жінки з середнім (44,39%) та тяжким (11,73%) ступенями їх вираженості, тоді як у більшості жінок контрольної групи (49,34%) вегетосудинні порушення мали легкий ступінь вираженості, а середній та тяжкий ступінь мали місце лише відповідно у 19,08% та 2,63% жінок ($p_{1-4,2-5}<0,05$).</p> <p>Про більшу вираженість психоемоційних порушень серед пацієток як у ранній, так і в пізній хірургічній постменопаузі, свідчать і середні показники МПІ (табл.3.1). Вже в постменопаузі 1-2 роки різниця між середніми величинами цих показників була вірогідною: МПІ в основній групі склав $15,6\pm 0,32$, а в контрольній групі - $11,7\pm 1,26$ балів ($p<0,05$). Таке ж співвідношення між показниками МПІ зберігалось в постменопаузальному періоді до 5 років ($13,8\pm 0,59$ балів - у основній та $9,8\pm 1,2$ балів - у контрольній групі, $p<0,05$), у пізньому постменопаузальному періоді ступінь вираженості психоемоційних порушень в обох групах обстежених достовірно зменшився - в основній групі до $9,1\pm 1,43$, а в контрольній групі - до $4,9\pm 1,71$ балів ($p_{1-3,2-4}<0,05$).</p> <p>Двічі скопійована помилка: «постменопаузі». Знову ми бачимо в переписаному тексті ту саму кількість досліджених осіб, що й у дисертації Роженка – 196 і 152, хоча була Чуприна в своїй дисертації заявляла про 60 та 30 осіб у досліді та контролі (див. с. 17). Фальсифікація даних. Плагіат.</p>	<p>Відсутність єдиних поглядів як па патогенез клімактеричного синдрому, так і на вплив несприятливих чинників на кожну з його ланок, підвищує цікавість до проблеми ранніх порушень хірургічної менопаузи.</p> <p>Для виявлення частоти КС та ступеня його вираженості проведено клінічне обстеження з вираховуванням індексу Куппермана у 196 жінок із хірургічною менопаузою (основна група) та у 152 жінок у природній менопаузі (контрольна група). Групи були порівнянні за віком, віком менопаузи і тривалістю клімактеричного синдрому.</p> <p>При аналізі ранніх ускладнень постменопаузального періоду у жінок після гістерооваріоектомії (діаграма.3.1, табл. А-3.1) виявлено, що психоемоційні порушення серед осіб основної групи наявні в 90,3 % випадків, тоді як в контрольній групі - лише в 74, 34% ($p<0,05$). Разом з тим, серед обстежених основної групи переважали жінки з середнім (49,49%) та тяжким (6,12%) ступенями їх вираженості, а особи без КС та з легким ступенем склали відповідно 9,7% та 24,49% ($p_{1-3,1-4}<0,05$, $p_{2-3,2-4}<0,05$), тоді як у контрольній групі більшу питому вагу склали жінки з легким ступенем (59,87%), а особи з середнім та тяжким ступенями вираженості психоемоційних порушень становили лише 11,84% та 2,63% ($p_{1-2,1-3}<0,05$).</p> <p>Стосовно вегетосудинних зрушень, то частота їх виявлення у жінок, після гістерооваріоектомії (діаграма 3.1, табл. А-3.2), становила 85,2%, тоді як у контрольній групі вона була вірогідно нижчою - 71,05% ($p<0,05$). При цьому в основній групі переважали жінки з середнім (44,39%) та тяжким (11,73%) ступенями їх вираженості, тоді як у більшості жінок контрольної групи (49,34%) вегетосудинні порушення мали легкий ступінь вираженості, а середній та тяжкий ступінь мали місце лише відповідно у 19,08% та 2,63% жінок ($p_{1-4,2-5}<0,05$).</p> <p>Про більшу вираженість психоемоційних порушень серед пацієток як у ранній, так і в пізній хірургічній постменопаузі, свідчать і середні показники МПІ (табл.3.1). Вже в постменопаузі 1-2 роки різниця між середніми величинами цих показників була вірогідною: МПІ в основній групі склав $15,6\pm 0,32$, а в контрольній групі - $11,7\pm 1,26$ балів ($p<0,05$). Таке ж співвідношення між показниками МПІ зберігалось в постменопаузальному періоді до 5 років ($13,8\pm 0,59$ балів - у основній та $9,8\pm 1,2$ балів - у контрольній групі, $p<0,05$), у пізньому постменопаузальному періоді ступінь вираженості психоемоційних порушень в обох групах обстежених достовірно зменшився - в основній групі до $9,1\pm 1,43$, а в контрольній групі - до $4,9\pm 1,71$ балів ($p_{1-3,2-4}<0,05$).</p>


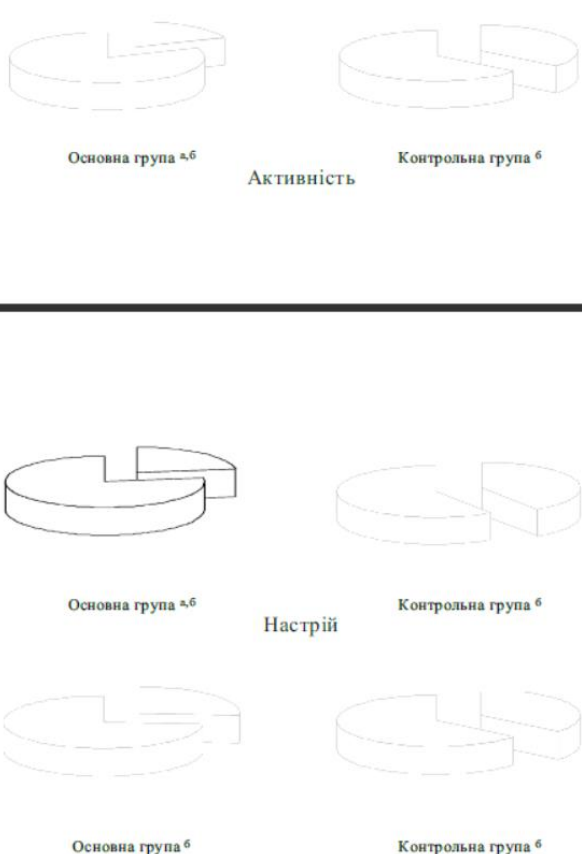
<p>С. 28.</p> <p>Психоемоційні порушення Вегетосудинні порушення</p>  <p>Діаграма 3.1. Частота та ступінь вираженості психоемоційних та вегетосудинних порушень у обстежених жінок.</p> <p>Примітки: 1. внутрішнє кільце - основна група (n=196); зовнішнє кільце – контрольна група (n=152); 2. * - різниця вірогідна відносно контрольної групи .</p>	<p>С. 26.</p> <p>Психоемоційні порушення Вегетосудинні порушення</p>  <p>Діаграма 3.1. Частота та ступінь вираженості психоемоційних та вегетосудинних порушень у обстежених жінок.</p> <p>Примітки: 1. внутрішнє кільце - основна група (n=196); зовнішнє кільце – контрольна група (n=152); 2. * - різниця вірогідна відносно контрольної групи .</p>																																		
<p>С. 28.</p> <p style="text-align: center;">Таблиця 3.1</p> <p style="text-align: center;">Середні величини показників МПІ відносно психоемоційних порушень у обстежених жінок, абс.ч., (бали)</p> <table border="1" data-bbox="284 1019 869 1209"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Термін Постменопаузи, роки</th> <th colspan="2">Група жінок</th> </tr> <tr> <th>основна (n=196)</th> <th>контрольна (n=152)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1-2</td> <td>49 (15,6±1,32)^{a,б}</td> <td>37(11,7±1,26) ^б</td> </tr> <tr> <td>2-5</td> <td>54(13,8±1,59) ^{a,б}</td> <td>39(9,8±1,2) ^б</td> </tr> <tr> <td>5-10</td> <td>43(9,1±1,43)^a</td> <td>40(4,9±0,71)</td> </tr> <tr> <td>Понад 10</td> <td>50 (7,6±0,84) ^a</td> <td>36(3,9±0,84)</td> </tr> </tbody> </table> <p>Примітки: 1.^a- різниця вірогідна відносно контрольної групи (p<0,05); 2. ^б- різниця вірогідна відносно постменопаузи 5-10 та понад 10 років (p<0,05).</p> <p>Кількість досліджених осіб була заявлена Чу-приною як 60 та 30, а в дисертації Роженка – 196 і 152. Фальсифікація дослідження. Плагіат.</p>	Термін Постменопаузи, роки	Група жінок		основна (n=196)	контрольна (n=152)	1-2	49 (15,6±1,32) ^{a,б}	37(11,7±1,26) ^б	2-5	54(13,8±1,59) ^{a,б}	39(9,8±1,2) ^б	5-10	43(9,1±1,43) ^a	40(4,9±0,71)	Понад 10	50 (7,6±0,84) ^a	36(3,9±0,84)	<p>С. 26–27.</p> <p style="text-align: right;">Таблиця 3.1</p> <p style="text-align: center;">26</p> <hr/> <p style="text-align: right;">27</p> <p style="text-align: center;">Середні величини показників МПІ відносно психоемоційних порушень у обстежених жінок, абс.ч., (бали)</p> <table border="1" data-bbox="901 1019 1484 1209"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Термін Постменопаузи, роки</th> <th colspan="2">Група жінок</th> </tr> <tr> <th>основна (n=196)</th> <th>контрольна (n=152)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1-2</td> <td>49 (15,6±1,32)^{a,б}</td> <td>37(11,7±1,26) ^б</td> </tr> <tr> <td>2-5</td> <td>54(13,8±1,59) ^{a,б}</td> <td>39(9,8±1,2) ^б</td> </tr> <tr> <td>5-10</td> <td>43(9,1±1,43)^a</td> <td>40(4,9±0,71)</td> </tr> <tr> <td>Понад 10</td> <td>50 (7,6±0,84) ^a</td> <td>36(3,9±0,84)</td> </tr> </tbody> </table> <p>Примітки: 1.^a- різниця вірогідна відносно контрольної групи (p<0,05); 2. ^б- різниця вірогідна відносно постменопаузи 5-10 та понад 10 років (p<0,05).</p>	Термін Постменопаузи, роки	Група жінок		основна (n=196)	контрольна (n=152)	1-2	49 (15,6±1,32) ^{a,б}	37(11,7±1,26) ^б	2-5	54(13,8±1,59) ^{a,б}	39(9,8±1,2) ^б	5-10	43(9,1±1,43) ^a	40(4,9±0,71)	Понад 10	50 (7,6±0,84) ^a	36(3,9±0,84)
Термін Постменопаузи, роки		Група жінок																																	
	основна (n=196)	контрольна (n=152)																																	
1-2	49 (15,6±1,32) ^{a,б}	37(11,7±1,26) ^б																																	
2-5	54(13,8±1,59) ^{a,б}	39(9,8±1,2) ^б																																	
5-10	43(9,1±1,43) ^a	40(4,9±0,71)																																	
Понад 10	50 (7,6±0,84) ^a	36(3,9±0,84)																																	
Термін Постменопаузи, роки	Група жінок																																		
	основна (n=196)	контрольна (n=152)																																	
1-2	49 (15,6±1,32) ^{a,б}	37(11,7±1,26) ^б																																	
2-5	54(13,8±1,59) ^{a,б}	39(9,8±1,2) ^б																																	
5-10	43(9,1±1,43) ^a	40(4,9±0,71)																																	
Понад 10	50 (7,6±0,84) ^a	36(3,9±0,84)																																	
<p>С. 28–29.</p> <p>Однак у групі пацієнок із хірургічною менопаузою середній показник МПІ навіть у постменопаузальному періоді понад 10 років складав 7,6±0,84 балів і був вірогідно вищим, ніж в контрольній групі - 3,9±0,84 балів (p<0,05), що свідчило про наявність серйозних порушень психоемоційної сфери у цієї категорії жінок.</p> <p>У структурі психоемоційних порушень (табл. 3.2) у жінок як основної, такі контрольної групи, переважали зниження працездатності, втомлюваність, дратливість, погіршення пам'яті, депресія, але серед пацієнок після гістерооваріоектомії, частота їх виявлення, наряду з неухабністю, плаксивістю та порушенням лібідо, була вірогідно вищою.</p>	<p>С. 27.</p> <p>Однак у групі пацієнок із хірургічною менопаузою середній показник МПІ навіть у постменопаузальному періоді понад 10 років складав 7,6±0,84 балів і був вірогідно вищим, ніж в контрольній групі - 3,9±0,84 балів (p<0,05), що свідчило про наявність серйозних порушень психоемоційної сфери у цієї категорії жінок.</p> <p>У структурі психоемоційних порушень (табл. 3.2) у жінок як основної, такі контрольної групи, переважали зниження працездатності, втомлюваність, дратливість, погіршення пам'яті, депресія, але серед пацієнок після гістерооваріоектомії, частота їх виявлення, наряду з неухабністю, плаксивістю та порушенням лібідо, була вірогідно вищою.</p>																																		
<p>С. 29.</p>	<p>С. 27–28.</p>																																		

<p style="text-align: center;">Таблиця 3. 2</p> <p style="text-align: center;">Структура психоемоційних порушень у обстежених жінок, абс.ч., (%)</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Психопатологічна симптоматика</th> <th colspan="2">Група жінок</th> </tr> <tr> <th>основна(n=196)</th> <th>контрольна (n=152)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Порушення лібідю</td> <td>84 (42,86)*</td> <td>49 (32,24)</td> </tr> <tr> <td>Зниження працезд-сті</td> <td>155(79,08)*</td> <td>86 (56,58)</td> </tr> <tr> <td>Втомлюваність</td> <td>163(83,16)*</td> <td>101 (66,45)</td> </tr> <tr> <td>Неуважність</td> <td>112(57,14)*</td> <td>68 (44,74)</td> </tr> <tr> <td>Погіршення пам'яті</td> <td>104(53,06)*</td> <td>64(42,11)</td> </tr> <tr> <td>Плаксивість</td> <td>76 (38,78)*</td> <td>41 (26,971)</td> </tr> <tr> <td>Дратливість</td> <td>134(68,51)*</td> <td>87 (57,24)</td> </tr> <tr> <td>Депресія</td> <td>122(57,14)*</td> <td>78(51,31)</td> </tr> </tbody> </table> <p>Примітка. *- різниця вірогідна відносно контрольної групи (p <0,05).</p> <p>Кількість досліджених осіб була заявлена Чу-принюю як 60 та 30, а в дисертації Роженка – 196 і 152. Фальсифікація дослідження. Плагіат.</p>	Психопатологічна симптоматика	Група жінок		основна(n=196)	контрольна (n=152)	Порушення лібідю	84 (42,86)*	49 (32,24)	Зниження працезд-сті	155(79,08)*	86 (56,58)	Втомлюваність	163(83,16)*	101 (66,45)	Неуважність	112(57,14)*	68 (44,74)	Погіршення пам'яті	104(53,06)*	64(42,11)	Плаксивість	76 (38,78)*	41 (26,971)	Дратливість	134(68,51)*	87 (57,24)	Депресія	122(57,14)*	78(51,31)	<p style="text-align: center;">Таблиця 3. 2</p> <p style="text-align: center;">Структура психоемоційних порушень у обстежених жінок, абс.ч., (%)</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Психопатологічна симптоматика</th> <th colspan="2">Група жінок</th> </tr> <tr> <th>основна(n=196)</th> <th>контрольна (n=152)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Порушення лібідю</td> <td>84 (42,86)*</td> <td>49 (32,24)</td> </tr> <tr> <td>Зниження працезд-сті</td> <td>155(79,08)*</td> <td>86 (56,58)</td> </tr> <tr> <td>Втомлюваність</td> <td>163(83,16)*</td> <td>101 (66,45)</td> </tr> <tr> <td>Неуважність</td> <td>112(57,14)*</td> <td>68 (44,74)</td> </tr> <tr> <td>Погіршення пам'яті</td> <td>104(53,06)*</td> <td>64(42,11)</td> </tr> <tr> <td>Плаксивість</td> <td>76 (38,78)*</td> <td>41 (26,971)</td> </tr> <tr> <td>Дратливість</td> <td>134(68,51)*</td> <td>87 (57,24)</td> </tr> <tr> <td>Депресія</td> <td>122(57,14)*</td> <td>78(51,31)</td> </tr> </tbody> </table> <p>Примітка. *- різниця вірогідна відносно контрольної групи (p <0,05).</p> <p style="text-align: right;">28</p>	Психопатологічна симптоматика	Група жінок		основна(n=196)	контрольна (n=152)	Порушення лібідю	84 (42,86)*	49 (32,24)	Зниження працезд-сті	155(79,08)*	86 (56,58)	Втомлюваність	163(83,16)*	101 (66,45)	Неуважність	112(57,14)*	68 (44,74)	Погіршення пам'яті	104(53,06)*	64(42,11)	Плаксивість	76 (38,78)*	41 (26,971)	Дратливість	134(68,51)*	87 (57,24)	Депресія	122(57,14)*	78(51,31)
Психопатологічна симптоматика		Група жінок																																																									
	основна(n=196)	контрольна (n=152)																																																									
Порушення лібідю	84 (42,86)*	49 (32,24)																																																									
Зниження працезд-сті	155(79,08)*	86 (56,58)																																																									
Втомлюваність	163(83,16)*	101 (66,45)																																																									
Неуважність	112(57,14)*	68 (44,74)																																																									
Погіршення пам'яті	104(53,06)*	64(42,11)																																																									
Плаксивість	76 (38,78)*	41 (26,971)																																																									
Дратливість	134(68,51)*	87 (57,24)																																																									
Депресія	122(57,14)*	78(51,31)																																																									
Психопатологічна симптоматика	Група жінок																																																										
	основна(n=196)	контрольна (n=152)																																																									
Порушення лібідю	84 (42,86)*	49 (32,24)																																																									
Зниження працезд-сті	155(79,08)*	86 (56,58)																																																									
Втомлюваність	163(83,16)*	101 (66,45)																																																									
Неуважність	112(57,14)*	68 (44,74)																																																									
Погіршення пам'яті	104(53,06)*	64(42,11)																																																									
Плаксивість	76 (38,78)*	41 (26,971)																																																									
Дратливість	134(68,51)*	87 (57,24)																																																									
Депресія	122(57,14)*	78(51,31)																																																									
С. 29–30.	С. 28.																																																										
<p>Оцінюючи середні показники МПІ відносно вегетосудинних порушень залежно від тривалості постменопаузального періоду (табл. 3.3), слід відмітити, що до 5 років постменопаузального періоду ці показники в обох групах вірогідно не відрізнялись: 29,6± 1,34 проти 27,3±0,81 балів (p> 0,05) - у постменопаузі 1-2 роки та 28,1±1,94 проти 26,8±0,79 балів (p>0,05) - у постменопаузі 2-5 років; із збільшенням терміну постменопаузи у жінок контрольної групи прояв вегетосудинних порушень зменшувався, таким чином у пацієток в постменопаузальному періоді понад 10 років середній показник МПІ становив лише 8,3±0,42 бала (p2-5,4-5<0 ,05). У жінок основної групи у постменопаузі 5-10 років не спостерігалось значного зменшення МПІ. Таким чином навіть у постменопаузальному періоді понад 10 років середня величина МПІ становила 21,2±2,4 бала, що відповідає середньому ступеню їх вираженості.</p>	<p>Оцінюючи середні показники МПІ відносно вегетосудинних порушень залежно від тривалості постменопаузального періоду (табл. 3.3), слід відмітити, що до 5 років постменопаузального періоду ці показники в обох групах вірогідно не відрізнялись: 29,6± 1,34 проти 27,3±0,81 балів (p> 0,05) - у постменопаузі 1-2 роки та 28,1±1,94 проти 26,8±0,79 балів (p>0,05) - у постменопаузі 2-5 років; із збільшенням терміну постменопаузи у жінок контрольної групи прояв вегетосудинних порушень зменшувався, таким чином у пацієток в постменопаузальному періоді понад 10 років середній показник МПІ становив лише 8,3±0,42 бала (p2-5,4-5<0 ,05). У жінок основної групи у постменопаузі 5-10 років не спостерігалось значного зменшення МПІ. Таким чином навіть у постменопаузальному періоді понад 10 років середня величина МПІ становила 21,2±2,4 бала, що відповідає середньому ступеню їх вираженості.</p>																																																										
С. 30.	С. 28–29.																																																										
<p style="text-align: center;">Таблиця 3.3-</p> <p style="text-align: center;">Середні величини показників МПІ відносно вегетосудинних порушень у обстежених жінок, абс.ч. (бали)</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Термін постменопаузи, роки</th> <th colspan="2">Група жінок</th> </tr> <tr> <th>основна(n=196)</th> <th>контрольна (n=152)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1-2</td> <td>49(29,6±1,34)^б</td> <td>37 (27,3±0,81) ^{б,в}</td> </tr> <tr> <td>2-5</td> <td>54(28,1±1,94)^б</td> <td>39 (26,8+0,79) ^{б,в}</td> </tr> <tr> <td>5-10</td> <td>43 (25,2+1,91)^а</td> <td>40(15,211,98)</td> </tr> <tr> <td>Понад 10</td> <td>50(21,2±2,4)^а</td> <td>36 (8,3±0,42)</td> </tr> </tbody> </table> <p>Примітки: 1.^а- різниця вірогідна відносно контрольної групи (p<0,05); 2. ^б- різниця вірогідна відносно постменопаузи 5 -10 років (p<0,05); 3.^в- різниця вірогідна відносно постменопаузи понад 10 років (p<0,05).</p> <p>Кількість досліджених осіб була заявлена Чу-принюю як 60 та 30, а в дисертації Роженка – 196 і 152. Фальсифікація дослідження. Плагіат.</p>	Термін постменопаузи, роки	Група жінок		основна(n=196)	контрольна (n=152)	1-2	49(29,6±1,34) ^б	37 (27,3±0,81) ^{б,в}	2-5	54(28,1±1,94) ^б	39 (26,8+0,79) ^{б,в}	5-10	43 (25,2+1,91) ^а	40(15,211,98)	Понад 10	50(21,2±2,4) ^а	36 (8,3±0,42)	<p style="text-align: center;">Таблиця 3.3-</p> <p style="text-align: center;">Середні величини показників МПІ відносно вегетосудинних порушень у обстежених жінок, абс.ч. (бали)</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Термін постменопаузи, роки</th> <th colspan="2">Група жінок</th> </tr> <tr> <th>основна(n=196)</th> <th>контрольна (n=152)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1-2</td> <td>49(29,6±1,34)^б</td> <td>37 (27,3±0,81) ^{б,в}</td> </tr> <tr> <td>2-5</td> <td>54(28,1±1,94)^б</td> <td>39 (26,8+0,79) ^{б,в}</td> </tr> <tr> <td>5-10</td> <td>43 (25,2+1,91)^а</td> <td>40(15,211,98)</td> </tr> <tr> <td>Понад 10</td> <td>50(21,2±2,4)^а</td> <td>36 (8,3±0,42)</td> </tr> </tbody> </table> <p>Примітки: 1.^а- різниця вірогідна відносно контрольної групи (p<0,05); 2. ^б- різниця вірогідна відносно постменопаузи 5 -10 років (p<0,05); 3.^в- різниця вірогідна відносно постменопаузи понад 10 років (p<0,05).</p> <p style="text-align: right;">29</p>	Термін постменопаузи, роки	Група жінок		основна(n=196)	контрольна (n=152)	1-2	49(29,6±1,34) ^б	37 (27,3±0,81) ^{б,в}	2-5	54(28,1±1,94) ^б	39 (26,8+0,79) ^{б,в}	5-10	43 (25,2+1,91) ^а	40(15,211,98)	Понад 10	50(21,2±2,4) ^а	36 (8,3±0,42)																								
Термін постменопаузи, роки		Група жінок																																																									
	основна(n=196)	контрольна (n=152)																																																									
1-2	49(29,6±1,34) ^б	37 (27,3±0,81) ^{б,в}																																																									
2-5	54(28,1±1,94) ^б	39 (26,8+0,79) ^{б,в}																																																									
5-10	43 (25,2+1,91) ^а	40(15,211,98)																																																									
Понад 10	50(21,2±2,4) ^а	36 (8,3±0,42)																																																									
Термін постменопаузи, роки	Група жінок																																																										
	основна(n=196)	контрольна (n=152)																																																									
1-2	49(29,6±1,34) ^б	37 (27,3±0,81) ^{б,в}																																																									
2-5	54(28,1±1,94) ^б	39 (26,8+0,79) ^{б,в}																																																									
5-10	43 (25,2+1,91) ^а	40(15,211,98)																																																									
Понад 10	50(21,2±2,4) ^а	36 (8,3±0,42)																																																									
С. 30–31.	С. 29.																																																										
<p>При аналізі структури вегетосудинних порушень встановлено (табл.3.4), що як у жінок основної групи, так і у контрольній групі , серед симптомів переважали приливи, підвищення артеріального тиску,</p>	<p>При аналізі структури вегетосудинних порушень встановлено (табл.3.4), що як у жінок основної групи, так і у контрольній групі , серед симптомів переважали приливи, підвищення артеріального тиску,</p>																																																										

<p>головний біль. Звертає на себе увагу той факт, що частота зазначених симптомів поряд з такими як порушення дермографізму, парестезії, надмірна чутливість до високої температури у жінок основної групи була вірогідно вищою порівняно з аналогічними показниками в контрольній групі. Виявлено також тенденцію до зростання частоти симпатоадреналових кризів (t=1,43) та ознобів (t=1,52) у жінок із хірургічною менопаузою.</p>	<p>головний біль. Звертає на себе увагу той факт, що частота зазначених симптомів поряд з такими як порушення дермографізму, парестезії, надмірна чутливість до високої температури у жінок основної групи була вірогідно вищою порівняно з аналогічними показниками в контрольній групі. Виявлено також тенденцію до зростання частоти симпатоадреналових кризів (t=1,43) та ознобів (t=1,52) у жінок із хірургічною менопаузою.</p>																																																																																								
<p>С. 31.</p>	<p>С. 29–30.</p>																																																																																								
<p style="text-align: right;">Таблиця 3. 4-</p> <p style="text-align: center;">Структура вегетосудинних постменопаузальних порушень у обстежених жінок, абс.ч. (%)</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Вегетосудинні симптоми</th> <th colspan="2">Група жінок</th> </tr> <tr> <th>основна(n=196)</th> <th>Контр-на (n=152)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Приливи</td> <td>126(64,29)*</td> <td>78(51,32)</td> </tr> <tr> <td>Підвищення АТ</td> <td>102(52,04)*</td> <td>62 (40,79)</td> </tr> <tr> <td>Головний біль</td> <td>94 (47,96)*</td> <td>53 (34,87)</td> </tr> <tr> <td>Тахікардія</td> <td>55 (28,06)</td> <td>40 (26,32)</td> </tr> <tr> <td>Вестибулопатії</td> <td>47(23,98)*</td> <td>21 (13,81)</td> </tr> <tr> <td>Надмірна чутливість до високої температури</td> <td>66 (33,67)*</td> <td>36(23,68)</td> </tr> <tr> <td>Озноби</td> <td>15 (7,6)</td> <td>6 (3,95)</td> </tr> <tr> <td>Мерзлякуватість</td> <td>29(14,8)</td> <td>18(11,84)</td> </tr> <tr> <td>Парестезії</td> <td>55 (28,06)*</td> <td>26(17,11)</td> </tr> <tr> <td>Сухість шкіри</td> <td>26(13,26)</td> <td>14(9,21)</td> </tr> <tr> <td>Відчуття оніміння тіла</td> <td>55 (28,06)</td> <td>32(2 3,05)</td> </tr> <tr> <td>Поруш. дермографізму</td> <td>71 (36,22)*</td> <td>33(21,71)</td> </tr> <tr> <td>Симпатоадреналові кризи</td> <td>9 (4,59)</td> <td>3(1,97)</td> </tr> </tbody> </table> <p>Кількість досліджених осіб була заявлена Чуприною як 60 та 30, а в дисертації Роженка – 196 і 152. Фальсифікація дослідження. Плагіат.</p>	Вегетосудинні симптоми	Група жінок		основна(n=196)	Контр-на (n=152)	Приливи	126(64,29)*	78(51,32)	Підвищення АТ	102(52,04)*	62 (40,79)	Головний біль	94 (47,96)*	53 (34,87)	Тахікардія	55 (28,06)	40 (26,32)	Вестибулопатії	47(23,98)*	21 (13,81)	Надмірна чутливість до високої температури	66 (33,67)*	36(23,68)	Озноби	15 (7,6)	6 (3,95)	Мерзлякуватість	29(14,8)	18(11,84)	Парестезії	55 (28,06)*	26(17,11)	Сухість шкіри	26(13,26)	14(9,21)	Відчуття оніміння тіла	55 (28,06)	32(2 3,05)	Поруш. дермографізму	71 (36,22)*	33(21,71)	Симпатоадреналові кризи	9 (4,59)	3(1,97)	<p style="text-align: right;">Таблиця 3. 4-</p> <p style="text-align: center;">Структура вегетосудинних постменопаузальних порушень у обстежених жінок, абс.ч. (%)</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Вегетосудинні симптоми</th> <th colspan="2">Група жінок</th> </tr> <tr> <th>основна(n=196)</th> <th>Контр-на (n=152)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Приливи</td> <td>126(64,29)*</td> <td>78(51,32)</td> </tr> <tr> <td>Підвищення АТ</td> <td>102(52,04)*</td> <td>62 (40,79)</td> </tr> <tr> <td>Головний біль</td> <td>94 (47,96)*</td> <td>53 (34,87)</td> </tr> <tr> <td>Тахікардія</td> <td>55 (28,06)</td> <td>40 (26,32)</td> </tr> <tr> <td>Вестибулопатії</td> <td>47(23,98)*</td> <td>21 (13,81)</td> </tr> <tr> <td>Надмірна чутливість до високої температури</td> <td>66 (33,67)*</td> <td>36(23,68)</td> </tr> <tr> <td>Озноби</td> <td>15 (7,6)</td> <td>6 (3,95)</td> </tr> <tr> <td>Мерзлякуватість</td> <td>29(14,8)</td> <td>18(11,84)</td> </tr> <tr> <td>Парестезії</td> <td>55 (28,06)*</td> <td>26(17,11)</td> </tr> <tr> <td>Сухість шкіри</td> <td>26(13,26)</td> <td>14(9,21)</td> </tr> <tr> <td>Відчуття оніміння тіла</td> <td>55 (28,06)</td> <td>32(2 3,05)</td> </tr> <tr> <td>Поруш. дермографізму</td> <td>71 (36,22)*</td> <td>33(21,71)</td> </tr> <tr> <td>Симпатоадреналові кризи</td> <td>9 (4,59)</td> <td>3(1,97)</td> </tr> </tbody> </table>	Вегетосудинні симптоми	Група жінок		основна(n=196)	Контр-на (n=152)	Приливи	126(64,29)*	78(51,32)	Підвищення АТ	102(52,04)*	62 (40,79)	Головний біль	94 (47,96)*	53 (34,87)	Тахікардія	55 (28,06)	40 (26,32)	Вестибулопатії	47(23,98)*	21 (13,81)	Надмірна чутливість до високої температури	66 (33,67)*	36(23,68)	Озноби	15 (7,6)	6 (3,95)	Мерзлякуватість	29(14,8)	18(11,84)	Парестезії	55 (28,06)*	26(17,11)	Сухість шкіри	26(13,26)	14(9,21)	Відчуття оніміння тіла	55 (28,06)	32(2 3,05)	Поруш. дермографізму	71 (36,22)*	33(21,71)	Симпатоадреналові кризи	9 (4,59)	3(1,97)
Вегетосудинні симптоми		Група жінок																																																																																							
	основна(n=196)	Контр-на (n=152)																																																																																							
Приливи	126(64,29)*	78(51,32)																																																																																							
Підвищення АТ	102(52,04)*	62 (40,79)																																																																																							
Головний біль	94 (47,96)*	53 (34,87)																																																																																							
Тахікардія	55 (28,06)	40 (26,32)																																																																																							
Вестибулопатії	47(23,98)*	21 (13,81)																																																																																							
Надмірна чутливість до високої температури	66 (33,67)*	36(23,68)																																																																																							
Озноби	15 (7,6)	6 (3,95)																																																																																							
Мерзлякуватість	29(14,8)	18(11,84)																																																																																							
Парестезії	55 (28,06)*	26(17,11)																																																																																							
Сухість шкіри	26(13,26)	14(9,21)																																																																																							
Відчуття оніміння тіла	55 (28,06)	32(2 3,05)																																																																																							
Поруш. дермографізму	71 (36,22)*	33(21,71)																																																																																							
Симпатоадреналові кризи	9 (4,59)	3(1,97)																																																																																							
Вегетосудинні симптоми	Група жінок																																																																																								
	основна(n=196)	Контр-на (n=152)																																																																																							
Приливи	126(64,29)*	78(51,32)																																																																																							
Підвищення АТ	102(52,04)*	62 (40,79)																																																																																							
Головний біль	94 (47,96)*	53 (34,87)																																																																																							
Тахікардія	55 (28,06)	40 (26,32)																																																																																							
Вестибулопатії	47(23,98)*	21 (13,81)																																																																																							
Надмірна чутливість до високої температури	66 (33,67)*	36(23,68)																																																																																							
Озноби	15 (7,6)	6 (3,95)																																																																																							
Мерзлякуватість	29(14,8)	18(11,84)																																																																																							
Парестезії	55 (28,06)*	26(17,11)																																																																																							
Сухість шкіри	26(13,26)	14(9,21)																																																																																							
Відчуття оніміння тіла	55 (28,06)	32(2 3,05)																																																																																							
Поруш. дермографізму	71 (36,22)*	33(21,71)																																																																																							
Симпатоадреналові кризи	9 (4,59)	3(1,97)																																																																																							
<p>С. 31.</p>	<p>С. 30.</p>																																																																																								
<p>Примітка. *- різниця достовірна відносно контрольної групи (p<0,05).</p> <p>З метою визначення ступеня психологічної дезадаптації обстежуваного контингенту жінок нами визначались показники рівня особистісної та реактивної тривожності за шкалою Спілбергера - інтегрального показника психоемоційної адаптації в системі відношень особи [21, 105].</p> <p>У результаті аналізу отриманих даних (діаграма 3.2., табл. А- 3.3, 3.4) були виявлені вірогідно вищі показники особистісної і реактивної тривожності у жінок основної групи по відношенню до контрольної групи як в ранній, так і в пізній постменопаузі.</p>	<p>Примітка. *- різниця достовірна відносно контрольної групи (p<0,05).</p> <p>З метою визначення ступеня психологічної дезадаптації обстежуваного контингенту жінок нами визначались показники рівня особистісної та реактивної тривожності за шкалою Спілбергера - інтегрального показника психоемоційної адаптації в системі відношень особи [21, 105].</p> <p>У результаті аналізу отриманих даних (діаграма 3.2., табл. А- 3.3, 3.4) були виявлені вірогідно вищі показники особистісної і реактивної тривожності у жінок основної групи по відношенню до контрольної групи як в ранній, так і в пізній постменопаузі.</p>																																																																																								
<p>С. 32.</p>	<p>С. 30.</p>																																																																																								
<p style="text-align: center;">Особистісна тривожність</p> 	<p style="text-align: center;">Особистісна тривожність</p> 																																																																																								
<p>С. 32.</p>	<p>С. 30–31.</p>																																																																																								

<p>У постменопаузі 1-2 роки в основній групі зафіксовано високий ступінь як особистісної, так і реактивної тривожності, які складали відповідно 47,3±2,3 та 49,7±2,1 балів, тоді як у контрольній групі рівень особистісної тривожності становив 38,1±2,1, реактивної - 35,4±1,8 балів, що відповідає середньому ступеню тривожності ($p_{1-3,2-4}<0,05$).</p> <p>У постменопаузі 2-5 років зберігається аналогічне співвідношення між показниками особистісної та реактивної тривожності: високий ступінь у основній - 44,4±2,4балів – для особистісної та 46,9±1,8 балів - для реактивної тривожності, та значно нижчий рівень у контрольній групі, відповідно - 36,5±2,5 та 32,7±2,1 балів ($p_{1-3,2-4}<0,05$).</p> <p>Скопійована помилка: «особистісної». Плагіат.</p>	<p>У постменопаузі 1-2 роки в основній групі зафіксовано високий ступінь як особистісної, так і реактивної тривожності, які складали відповідно 47,3±2,3 та 49,7±2,1 балів, тоді як у контрольній групі рівень особистісної тривожності становив 38,1±2,1, реактивної - 35,4±1,8 балів, що відповідає середньому ступеню тривожності ($p_{1-3,2-4}<0,05$).</p> <p>У постменопаузі 2-5 років зберігається аналогічне співвідношення між показниками особистісної та реактивної тривожності: високий ступінь у основній - 44,4±2,4балів – для особистісної та 46,9±1,8 балів - для реактивної тривожності, та значно нижчий рівень у контрольній групі, відповідно - 36,5±2,5 та 32,7±2,1 балів ($p_{1-3,2-4}<0,05$).</p>
<p>С. 32.</p>	<p>С. 31.</p>
<p style="text-align: center;">Реактивна тривожність</p>  <p style="text-align: center;">Діаграма. 3.2. Показники рівня тривожності за шкалою Спілбергера у обстежених жінок.</p>	<p style="text-align: center;">Реактивна тривожність</p>  <p style="text-align: center;">Діаграма. 3.2. Показники рівня тривожності за шкалою Спілбергера у обстежених жінок.</p>
<p>С. 33.</p>	<p>С. 31–32.</p>
<p>Примітка. * - різниця вірогідна відносно контрольної групи ($p<0,05$).</p> <p>У постменопаузальному періоді 5-10 років у групі жінок із хірургічною менопаузою рівень особистісної тривожності мав лише тенденцію до зниження, його величина (40,8±2,7 балів) відповідала високому ступеню тривожності і була достовірно вищою по відношенню до аналогічного показника у контрольній групі - 29,7±2,1 балів ($p<0,05$). Рівень реактивної тривожності у цьому періоді як у основній групі, так і у групі суттєво знизився, у основній - до 38,6±2,2 балів, у контрольній групі - 27,2±2,4 балів, але різниця між ними залишалась достовірною ($p<0,05$).</p> <p>У постменопаузальному періоді понад 10 років у осіб основної групи зафіксовано високий рівень тривожності, як особистісної - 34,2±1,9, так і реактивної - 36,3±1,9 балів, тоді як у контрольній групі ці показники були значно нижчими - 27,4±1,7 та 25,1±1,6 балів ($p_{1-3,2-4}<0,05$).</p> <p>Таким чином, психологічна дезадаптація була більш вираженою у жінок із хірургічною менопаузою, особливо в ранньому постменопаузальному періоді. І якщо у жінок із контрольної групи у ранній постменопаузі рівень тривожності теж був дещо підвищений, то у пізньому постменопаузальному періоді ці показники були значно нижчими. У осіб, після гістерооваріоектомії, і у пізній постменопаузі ці показники залишались досить високими і свідчили про підвищений рівень тривожності у цих жінок.</p> <p>Обмеженому контингенту хворих, а саме 53 жінкам із хірургічною менопаузою (основна група) та 64 - з природною менопаузою (контрольна група) з тривалістю постменопаузи 2-5 років і мали клінічні прояви КС з переважанням скарг психоемоційного</p>	<p>Примітка. * - різниця вірогідна відносно контрольної групи ($p<0,05$).</p> <p>У постменопаузальному періоді 5-10 років у групі жінок із хірургічною менопаузою рівень особистісної тривожності мав лише тенденцію до зниження, його величина (40,8±2,7 балів) відповідала високому ступеню тривожності і була достовірно вищою по відношенню до аналогічного показника у контрольній групі - 29,7±2,1 балів ($p<0,05$). Рівень реактивної тривожності у цьому періоді як у основній групі, так і у групі суттєво знизився, у основній - до 38,6±2,2 балів, у контрольній групі - 27,2±2,4 балів, але різниця між ними залишалась достовірною ($p<0,05$).</p> <p>У постменопаузальному періоді понад 10 років у осіб основної групи зафіксовано високий рівень тривожності, як особистісної - 34,2±1,9, так і реактивної - 36,3±1,9 балів, тоді як у контрольній групі ці показники були значно нижчими - 27,4±1,7 та 25,1±1,6 балів ($p_{1-3,2-4}<0,05$).</p> <p>Таким чином, психологічна дезадаптація була більш вираженою у жінок із хірургічною менопаузою, особливо в ранньому постменопаузальному періоді. І якщо у жінок із контрольної групи у ранній постменопаузі рівень тривожності теж був дещо підвищений, то у пізньому постменопаузальному періоді ці показники були значно нижчими. У осіб, після гістерооваріоектомії, і у пізній постменопаузі ці показники залишались досить високими і свідчили про підвищений рівень тривожності у цих жінок.</p> <p>Обмеженому контингенту хворих, а саме 53 жінкам із хірургічною менопаузою (основна група) та 64 - з природною менопаузою (контрольна група) з тривалістю постменопаузи 2-5 років і мали клінічні прояви КС з переважанням скарг психоемоційного</p>

<p>характеру, а саме зниження розумової працездатності, неуважність, розгубленість, труднощі з концентрацією уваги, погіршення пам'яті, було проведено більш поглиблене дослідження сенсомоторних реакцій. Визначали стійкість уваги за допомогою коректурної проби, розподіл уваги досліджували використовуючи тесту відшукування чисел. Час виконання коректурної проби</p>	<p>характеру, а саме зниження розумової працездатності, неуважність, розгубленість, труднощі з концентрацією уваги, погіршення пам'яті, було проведено більш поглиблене дослідження сенсомоторних реакцій. Визначали стійкість уваги за допомогою коректурної проби, розподіл уваги досліджували використовуючи тесту відшукування чисел. Час виконання коректурної проби</p>
<p>С. 34.</p>	<p>С. 32.</p>
	
<p>С. 34.</p>	<p>С. 32.</p>
<p>При виконанні коректурної проби (діаграма 3.3) недостатність активної уваги у жінок основної групи виявлялась в пропусках букв, закреслюванні схожих, нерівномірності виконання завдання та більшою затратою часу. В постменопаузальному періоді у жінок основної групи час виконання коректурної проби становив $594,2 \pm 21,4$ с, тоді як у контрольній групі цей показник був достовірно меншим - $446,4 \pm 34,6$ с ($p < 0,05$). Пошук чисел за таблицями Шульте</p>	<p>При виконанні коректурної проби (діаграма 3.3) недостатність активної уваги у жінок основної групи виявлялась в пропусках букв, закреслюванні схожих, нерівномірності виконання завдання та більшою затратою часу. В постменопаузальному періоді у жінок основної групи час виконання коректурної проби становив $594,2 \pm 21,4$ с, тоді як у контрольній групі цей показник був достовірно меншим - $446,4 \pm 34,6$ с ($p < 0,05$). Пошук чисел за таблицями Шульте</p>
<p>С. 34.</p>	<p>С. 33.</p>
 <p>Діаграма 3.3.Результати дослідження сенсомоторних реакцій у обстежених жінок.</p> <p>Примітка.* - різниця достовірна відносно контрольної групи ($p < 0,05$). Пошук чисел за таблицями Шульте (діаграма 3.3) у постменопаузі 1-2 роки у жінок основної групи тривав у середньому $134,5 \pm 9,6$ с, тоді як в контрольній групі цей показник склав лише $89,6 \pm 7,5$ с ($p < 0,05$). Спостерігалось також нерівномірність виконання завдання у жінок основної групи.</p>	 <p>Діаграма 3.3.Результати дослідження сенсомоторних реакцій у обстежених жінок.</p> <p>Примітка.* - різниця достовірна відносно контрольної групи ($p < 0,05$). Пошук чисел за таблицями Шульте (діаграма 3.3) у постменопаузі 1-2 роки у жінок основної групи тривав у середньому $134,5 \pm 9,6$ с, тоді як в контрольній групі цей показник склав лише $89,6 \pm 7,5$ с ($p < 0,05$). Спостерігалось також нерівномірність виконання завдання у жінок основної групи.</p>
<p>С. 35.</p>	<p>С. 33.</p>
<p>Для визначення емоційного стану у цих жінок, їх самооцінки використовували методику САН (Самопочуття - Активність - Настрій). У результаті використання тесту САН у зазначеній категорії жінок виявлено (діаграма. 3.4, табл. А-3.5), що в основній групі знижене самопочуття спостерігалось у 81,13% жінок, знижена активність - у 77,36 %, тоді як у контрольній групі аналогічні показники відповідно становили 64,06% та 59,37% ($p_{1-3,2-4} < 0,05$).</p>	<p>Для визначення емоційного стану у цих жінок, їх самооцінки використовували методику САН (Самопочуття - Активність - Настрій). У результаті використання тесту САН у зазначеній категорії жінок виявлено (діаграма. 3.4, табл. А-3.5), що в основній групі знижене самопочуття спостерігалось у 81,13% жінок, знижена активність - у 77,36 %, тоді як у контрольній групі аналогічні показники відповідно становили 64,06% та 59,37% ($p_{1-3,2-4} < 0,05$).</p>
<p>С. 35.</p>	<p>С. 33–34.</p>

<p style="text-align: center;">Самопочуття</p>  <p style="text-align: center;">Активність</p> <p style="text-align: center;">Настрій</p> <p style="text-align: center;">Діаграма. 3.4. Питома вага жінок з погіршенням стану за шкалою САН.</p>	<p style="text-align: center;">Самопочуття</p>  <p style="text-align: center;">Активність</p> <p style="text-align: center;">Настрій</p> <p style="text-align: center;">Діаграма. 3.4. Питома вага жінок з погіршенням стану за шкалою САН.</p>
С. 36.	С. 34–35.
<p>Примітки: 1. а - різниця вірогідна відносно контрольної групи ($p < 0,05$); 2.б- різниця вірогідна відносно жінок зі зниженою самооцінкою ($p < 0,05$).</p> <p>Таким чином, у жінок із хірургічною постменопаузою, частіше виявляються вегетосудинні та, особливо, психоемоційні розлади, причому перебіг їх у цього контингенту жінок більш тяжкий та тривалий, ніж у жінок контрольної групи.</p> <p>Більша частота та вираженість психопатологічної складової клімактеричного синдрому у жінок із хірургічною менопаузою, а зокрема таких розладів як зниження працездатності, втомлюваність, дратливість, погіршення пам'яті, депресія, неуважність, плаксивість вказує на можливість розглядати у даному випадку психоемоційні розлади не тільки як наслідок менопаузи, скільки як результат дезадаптації до хронічної стресової ситуації, на яку вказують дані анамнезу, клінічної характеристики обстежених жінок та дані психодіагностичних тестів. Проведені тести виявили недостатність довільної репродукції, що також вказувала на підвищену виснажливість психічних процесів та вираженість астенії у жінок із хірургічною постменопаузою.</p>	<p>Примітки: 1. а - різниця вірогідна відносно контрольної групи ($p < 0,05$); 2.б- різниця вірогідна відносно жінок зі зниженою самооцінкою ($p < 0,05$).</p> <p>Таким чином, у жінок із хірургічною постменопаузою, частіше виявляються вегетосудинні та, особливо, психоемоційні розлади, причому перебіг їх у цього контингенту жінок більш тяжкий та тривалий, ніж у жінок контрольної групи.</p> <p>Більша частота та вираженість психопатологічної складової клімактеричного синдрому у жінок із хірургічною менопаузою, а зокрема таких розладів як зниження працездатності, втомлюваність, дратливість, погіршення пам'яті, депресія, неуважність, плаксивість вказує на можливість розглядати у даному випадку психоемоційні розлади не тільки як наслідок менопаузи, скільки як результат дезадаптації до хронічної стресової ситуації, на яку вказують дані анамнезу, клінічної характеристики обстежених жінок та дані психодіагностичних тестів. Проведені тести виявили недостатність довільної репродукції, що також вказувала на підвищену виснажливість психічних процесів та вираженість астенії у жінок із хірургічною постменопаузою.</p>
С. 36–37.	С. 35.
<p style="text-align: center;">РОЗДІЛ 4 ОСОБЛИВОСТІ ЕНДОКРИННОГО СТАТУСУ У ЖІНОК ІЗ ДОБРОЯКІСНИМИ НЕУТОЧНЕНИМИ ПУХЛИНАМИ МАТКИ ТА ДОДАТКІВ ПІСЛЯ ГІСТЕРООВАРІОЕКТОМІЇ</p> <p style="text-align: center;">З метою вивчення змін гормонального статусу у</p>	<p style="text-align: center;">РОЗДІЛ 4 Особливості ендокринного статусу у жінок постменопаузального віку після гістерооваріоектомії</p> <p style="text-align: center;">З метою вивчення змін гормонального статусу у</p>

<p>різні періоди постменопаузи нами обстежено 38 жінок із хірургічною менопаузою (основна група) і 36 жінок із природною менопаузою (контрольна група), у яких визначався вміст гонадотропних гормонів (ЛГ, ФСГ) та статевих стероїдних гормонів (естрадіолу, прогестерону та тестостерону).</p> <p>При аналізі середніх показників рівнів гормонів у сироватці крові в межах кожної з груп в залежності від фази клімактеричного періоду (табл. 4.1, 4.2, 4.3) нами виявлено зростання рівнів гонадотропних та зниження естрадіолу в обох групах жінок із збільшенням терміну постменопаузального періоду. При цьому рівень ЛГ (табл. 4.1) у постменопаузальному періоді 1 -2 роки у основній та у контрольній групі достовірно не відрізнявся. У постменопаузі 5-10 та більше 10 років рівень ЛГ в основній групі був достовірно вищим, відповідно 66,72±3,18 проти 51,47±3,13 мМЕ/л (p<0,05) та 68,24±2,86 проти 46,94±2,95 мМЕ/л (p<0,05).</p> <p>Як в основній, так і в контрольній групі, концентрація ФСГ (табл. 4.2) підвищувалась по мірі зростання терміну постменопаузи, але і в ранньому, і в пізньому постменопаузальному періоді його вміст у пацієток основної групи був достовірно вищим порівняно з контрольною групою, відповідно 65,86±3,93 проти 41,84±3,41 мМЕ/л (p<0,05) - у постменопаузі 1-2 роки; 71,36±3,24 проти 58,63±3,12 мМЕ/л (p<0,05) - 2-5 років; 79,32±2,64 проти 65,34±2,84 мМЕ/л (p<0,05) - 5-10 років; 87,54±3,43 проти 72,26±3,18 мМЕ/л (p<0,05) - у постменопаузі понад 10 років.</p>	<p>різні періоди постменопаузи нами обстежено 38 жінок із хірургічною менопаузою (основна група) і 36 жінок із природною менопаузою (контрольна група), у яких визначався вміст гонадотропних гормонів (ЛГ, ФСГ) та статевих стероїдних гормонів (естрадіолу, прогестерону та тестостерону).</p> <p>При аналізі середніх показників рівнів гормонів у сироватці крові в межах кожної з груп в залежності від фази клімактеричного періоду (табл. 4.1, 4.2, 4.3) нами виявлено зростання рівнів гонадотропних та зниження естрадіолу в обох групах жінок із збільшенням терміну постменопаузального періоду. При цьому рівень ЛГ (табл. 4.1) у постменопаузальному періоді 1 -2 роки у основній та у контрольній групі достовірно не відрізнявся. У постменопаузі 5-10 та більше 10 років рівень ЛГ в основній групі був достовірно вищим, відповідно 66,72±3,18 проти 51,47±3,13 мМЕ/л (p<0,05) та 68,24±2,86 проти 46,94±2,95 мМЕ/л (p<0,05).</p> <p>Як в основній, так і в контрольній групі, концентрація ФСГ (табл. 4.2) підвищувалась по мірі зростання терміну постменопаузи, але і в ранньому, і в пізньому постменопаузальному періоді його вміст у пацієток основної групи був достовірно вищим порівняно з контрольною групою, відповідно 65,86±3,93 проти 41,84±3,41 мМЕ/л (p<0,05) - у постменопаузі 1-2 роки; 71,36±3,24 проти 58,63±3,12 мМЕ/л (p<0,05) - 2-5 років; 79,32±2,64 проти 65,34±2,84 мМЕ/л (p<0,05) - 5-10 років; 87,54±3,43 проти 72,26±3,18 мМЕ/л (p<0,05) - у постменопаузі понад 10 років.</p>																																																										
<p>С. 37.</p> <p style="text-align: right;">Таблиця 4.1-</p> <p style="text-align: center;">Середні показники ЛГ у сироватці крові у обстежених жінок, (мМЕ/л)</p> <table border="1" data-bbox="279 1160 866 1317"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Термін постменопаузи, роки</th> <th colspan="4">Група жінок</th> </tr> <tr> <th>n</th> <th>основна</th> <th>n</th> <th>контрольна</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1-2</td> <td>9</td> <td>37,58±2,98</td> <td>8</td> <td>35,37±3,21^{6,в}</td> </tr> <tr> <td>2-5</td> <td>8</td> <td>57,43±3,36</td> <td>10</td> <td>51,26±2,83</td> </tr> <tr> <td>5-10</td> <td>9</td> <td>66,72±3,18^{а,6}</td> <td>11</td> <td>48,47±3,12</td> </tr> <tr> <td>Понад 10</td> <td>10</td> <td>68,24±2,86^{а,6}</td> <td>9</td> <td>46,94±2,95</td> </tr> </tbody> </table> <p>Примітки: 1.^а - різниця вірогідна відносно контрольної групи (p<0,05); 2.⁶ - різниця вірогідна відносно постменопаузи 2-5 років (p<0,05); 3.^в - різниця вірогідна відносно постменопаузи 5-10 і більше 10 років (p<0,05).</p> <p>Усі дані ідентичні. Фальсифікація дослідження. Плагіат.</p>	Термін постменопаузи, роки	Група жінок				n	основна	n	контрольна	1-2	9	37,58±2,98	8	35,37±3,21 ^{6,в}	2-5	8	57,43±3,36	10	51,26±2,83	5-10	9	66,72±3,18 ^{а,6}	11	48,47±3,12	Понад 10	10	68,24±2,86 ^{а,6}	9	46,94±2,95	<p>С. 36.</p> <p style="text-align: right;">Таблиця 4.1-</p> <p style="text-align: center;">Середні показники ЛГ у сироватці крові у обстежених жінок, (мМЕ/л)</p> <table border="1" data-bbox="896 1160 1479 1317"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Термін постменопаузи, роки</th> <th colspan="4">Група жінок</th> </tr> <tr> <th>n</th> <th>основна</th> <th>n</th> <th>контрольна</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1-2</td> <td>9</td> <td>37,58±2,98</td> <td>8</td> <td>35,37±3,21^{6,в}</td> </tr> <tr> <td>2-5</td> <td>8</td> <td>57,43±3,36</td> <td>10</td> <td>51,26±2,83</td> </tr> <tr> <td>5-10</td> <td>9</td> <td>66,72±3,18^{а,6}</td> <td>11</td> <td>48,47±3,12</td> </tr> <tr> <td>Понад 10</td> <td>10</td> <td>68,24±2,86^{а,6}</td> <td>9</td> <td>46,94±2,95</td> </tr> </tbody> </table> <p>Примітки: 1.^а - різниця вірогідна відносно контрольної групи (p<0,05); 2.⁶ - різниця вірогідна відносно постменопаузи 2-5 років (p<0,05); 3.^в - різниця вірогідна відносно постменопаузи 5-10 і більше 10 років (p<0,05).</p>	Термін постменопаузи, роки	Група жінок				n	основна	n	контрольна	1-2	9	37,58±2,98	8	35,37±3,21 ^{6,в}	2-5	8	57,43±3,36	10	51,26±2,83	5-10	9	66,72±3,18 ^{а,6}	11	48,47±3,12	Понад 10	10	68,24±2,86 ^{а,6}	9	46,94±2,95
Термін постменопаузи, роки		Група жінок																																																									
	n	основна	n	контрольна																																																							
1-2	9	37,58±2,98	8	35,37±3,21 ^{6,в}																																																							
2-5	8	57,43±3,36	10	51,26±2,83																																																							
5-10	9	66,72±3,18 ^{а,6}	11	48,47±3,12																																																							
Понад 10	10	68,24±2,86 ^{а,6}	9	46,94±2,95																																																							
Термін постменопаузи, роки	Група жінок																																																										
	n	основна	n	контрольна																																																							
1-2	9	37,58±2,98	8	35,37±3,21 ^{6,в}																																																							
2-5	8	57,43±3,36	10	51,26±2,83																																																							
5-10	9	66,72±3,18 ^{а,6}	11	48,47±3,12																																																							
Понад 10	10	68,24±2,86 ^{а,6}	9	46,94±2,95																																																							
<p>С. 37-38.</p> <p style="text-align: right;">Таблиця 4.2-</p> <p style="text-align: center;">Середні показники ФСГ у сироватці крові у обстежених жінок, (мМЕ/л)</p> <table border="1" data-bbox="279 1646 866 1977"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Термін постменопаузи, роки</th> <th colspan="4">Група жінок</th> </tr> <tr> <th>n</th> <th>основна</th> <th>n</th> <th>контрольна</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1-2</td> <td>9</td> <td>65,86±3,93^{а,6,в}</td> <td>8</td> <td>41,84±3,41^{6,в}</td> </tr> <tr> <td>2-5</td> <td>8</td> <td>71,36±3,24^{а,в}</td> <td>10</td> <td>58,63±3,12^в</td> </tr> <tr> <td>5-10</td> <td>9</td> <td>79,32±2,64^а</td> <td>11</td> <td>65,34±2,84</td> </tr> <tr> <td>Понад 10</td> <td>10</td> <td>87,54±3,43^а</td> <td>9</td> <td>72,26±3,18</td> </tr> </tbody> </table> <p>Примітки: 1.^а - різниця вірогідна відносно контрольної групи (p<0,05); 2.⁶ - різниця вірогідна відносно постменопаузи 2-5 років (p<0,05); 3.^в - різниця вірогідна відносно постменопаузи 5-10 і більше 10 років (p<0,05).</p>	Термін постменопаузи, роки	Група жінок				n	основна	n	контрольна	1-2	9	65,86±3,93 ^{а,6,в}	8	41,84±3,41 ^{6,в}	2-5	8	71,36±3,24 ^{а,в}	10	58,63±3,12 ^в	5-10	9	79,32±2,64 ^а	11	65,34±2,84	Понад 10	10	87,54±3,43 ^а	9	72,26±3,18	<p>С. 36.</p> <p style="text-align: right;">Таблиця 4.2-</p> <p style="text-align: center;">Середні показники ФСГ у сироватці крові у обстежених жінок, (мМЕ/л)</p> <table border="1" data-bbox="896 1646 1479 1821"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Термін постменопаузи, роки</th> <th colspan="4">Група жінок</th> </tr> <tr> <th>n</th> <th>основна</th> <th>n</th> <th>контрольна</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1-2</td> <td>9</td> <td>65,86±3,93^{а,6,в}</td> <td>8</td> <td>41,84±3,41^{6,в}</td> </tr> <tr> <td>2-5</td> <td>8</td> <td>71,36±3,24^{а,в}</td> <td>10</td> <td>58,63±3,12^в</td> </tr> <tr> <td>5-10</td> <td>9</td> <td>79,32±2,64^а</td> <td>11</td> <td>65,34±2,84</td> </tr> <tr> <td>Понад 10</td> <td>10</td> <td>87,54±3,43^а</td> <td>9</td> <td>72,26±3,18</td> </tr> </tbody> </table> <p>Примітки: 1.^а - різниця вірогідна відносно контрольної групи (p<0,05); 2.⁶ - різниця вірогідна відносно постменопаузи 2-5 років (p<0,05); 3.^в - різниця вірогідна відносно постменопаузи 5-10 і більше 10 років (p<0,05).</p>	Термін постменопаузи, роки	Група жінок				n	основна	n	контрольна	1-2	9	65,86±3,93 ^{а,6,в}	8	41,84±3,41 ^{6,в}	2-5	8	71,36±3,24 ^{а,в}	10	58,63±3,12 ^в	5-10	9	79,32±2,64 ^а	11	65,34±2,84	Понад 10	10	87,54±3,43 ^а	9	72,26±3,18
Термін постменопаузи, роки		Група жінок																																																									
	n	основна	n	контрольна																																																							
1-2	9	65,86±3,93 ^{а,6,в}	8	41,84±3,41 ^{6,в}																																																							
2-5	8	71,36±3,24 ^{а,в}	10	58,63±3,12 ^в																																																							
5-10	9	79,32±2,64 ^а	11	65,34±2,84																																																							
Понад 10	10	87,54±3,43 ^а	9	72,26±3,18																																																							
Термін постменопаузи, роки	Група жінок																																																										
	n	основна	n	контрольна																																																							
1-2	9	65,86±3,93 ^{а,6,в}	8	41,84±3,41 ^{6,в}																																																							
2-5	8	71,36±3,24 ^{а,в}	10	58,63±3,12 ^в																																																							
5-10	9	79,32±2,64 ^а	11	65,34±2,84																																																							
Понад 10	10	87,54±3,43 ^а	9	72,26±3,18																																																							

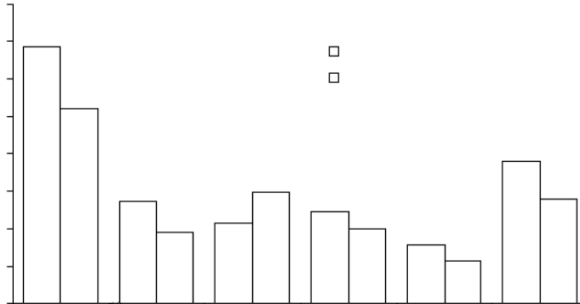
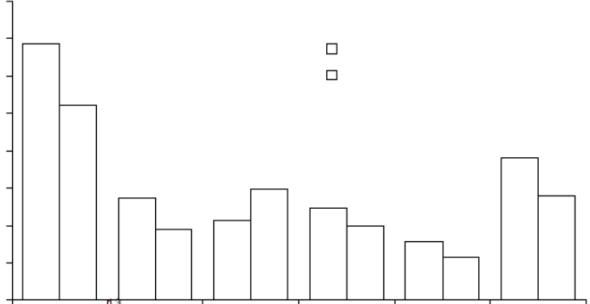
<p>Усі дані ідентичні. Фальсифікація дослідження. Плагіат.</p>																																																											
<p>С. 38.</p>	<p>С. 36.</p>																																																										
<p>Вміст естрадіолу (табл. 4.3) поступово знижувався по мірі зростання тривалості постменопаузального періоду, але в основній групі його вміст був достовірно нижчим по відношенню до контрольної групи: у постменопаузі 1-2 роки - 319,27±21,36 проти 489,56±22,36 пмоль/л (p<0,05); 2-5 років -261,46±25,43 проти 418, 65±18,42 пмоль/л (p<0,05); 5-10 років - 204,32±19,81 проти 319, 38±17,4 пмоль/л (p<0,05); у постменопаузі понад 10 років - 172, 68±24,32 проти 267,34±21,34 пмоль/л (p<0,05).</p>	<p>Вміст естрадіолу (табл. 4.3) поступово знижувався по мірі зростання тривалості постменопаузального періоду, але в основній групі його вміст був достовірно нижчим по відношенню до контрольної групи: у постменопаузі 1-2 роки - 319,27±21,36 проти 489,56±22,36 пмоль/л (p<0,05); 2-5 років -261,46±25,43 проти 418, 65±18,42 пмоль/л (p<0,05); 5-10 років - 204,32±19,81 проти 319, 38±17,4 пмоль/л (p<0,05); у постменопаузі понад 10 років - 172, 68±24,32 проти 267,34±21,34 пмоль/л (p<0,05).</p>																																																										
<p>С. 38.</p>	<p>С. 36–37.</p>																																																										
<p style="text-align: right;">Таблиця 4.3-</p> <p style="text-align: center;">Середні показники естрадіолу у сироватці крові у обстежених жінок, (ммоль/л)</p> <table border="1" data-bbox="280 745 868 902"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Термін роки</th> <th colspan="4">Група жінок</th> </tr> <tr> <th>п</th> <th>основна</th> <th>п</th> <th>контрольна</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1-2</td> <td>9</td> <td>319,27±21,36^а</td> <td>8</td> <td>489,56±22,36^{б,а}</td> </tr> <tr> <td>2-5</td> <td>8</td> <td>261,46±25,43 ^{а,а}</td> <td>10</td> <td>418,65±18,42 ^а</td> </tr> <tr> <td>5-10</td> <td>9</td> <td>204,32± 19,81^а</td> <td>11</td> <td>319,38±17,4</td> </tr> <tr> <td>Понад 10</td> <td>10</td> <td>172,68±24,32^а</td> <td>9</td> <td>267,36±21,34</td> </tr> </tbody> </table> <p>Примітки: 1.^а - різниця вірогідна відносно контрольної групи (p<0,05); 2.^б - різниця вірогідна відносно постменопаузи 2-5 років (p<0,05); 3.^а - різниця вірогідна відносно постменопаузи 5-10 і більше 10 років (p<0,05).</p> <p>Усі дані ідентичні. Фальсифікація дослідження. Плагіат.</p>	Термін роки	Група жінок				п	основна	п	контрольна	1-2	9	319,27±21,36 ^а	8	489,56±22,36 ^{б,а}	2-5	8	261,46±25,43 ^{а,а}	10	418,65±18,42 ^а	5-10	9	204,32± 19,81 ^а	11	319,38±17,4	Понад 10	10	172,68±24,32 ^а	9	267,36±21,34	<p style="text-align: right;">Таблиця 4.3-</p> <p>36</p> <hr/> <p style="text-align: right;">37</p> <p style="text-align: center;">Середні показники естрадіолу у сироватці крові у обстежених жінок, (ммоль/л)</p> <table border="1" data-bbox="900 889 1477 1046"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Термін роки</th> <th colspan="4">Група жінок</th> </tr> <tr> <th>п</th> <th>основна</th> <th>п</th> <th>контрольна</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1-2</td> <td>9</td> <td>319,27±21,36^а</td> <td>8</td> <td>489,56±22,36^{б,а}</td> </tr> <tr> <td>2-5</td> <td>8</td> <td>261,46±25,43 ^{а,а}</td> <td>10</td> <td>418,65±18,42 ^а</td> </tr> <tr> <td>5-10</td> <td>9</td> <td>204,32± 19,81^а</td> <td>11</td> <td>319,38±17,4</td> </tr> <tr> <td>Понад 10</td> <td>10</td> <td>172,68±24,32^а</td> <td>9</td> <td>267,36±21,34</td> </tr> </tbody> </table> <p>Примітки: 1.^а - різниця вірогідна відносно контрольної групи (p<0,05); 2.^б - різниця вірогідна відносно постменопаузи 2-5 років (p<0,05); 3.^а - різниця вірогідна відносно постменопаузи 5-10 і більше 10 років (p<0,05).</p>	Термін роки	Група жінок				п	основна	п	контрольна	1-2	9	319,27±21,36 ^а	8	489,56±22,36 ^{б,а}	2-5	8	261,46±25,43 ^{а,а}	10	418,65±18,42 ^а	5-10	9	204,32± 19,81 ^а	11	319,38±17,4	Понад 10	10	172,68±24,32 ^а	9	267,36±21,34
Термін роки		Група жінок																																																									
	п	основна	п	контрольна																																																							
1-2	9	319,27±21,36 ^а	8	489,56±22,36 ^{б,а}																																																							
2-5	8	261,46±25,43 ^{а,а}	10	418,65±18,42 ^а																																																							
5-10	9	204,32± 19,81 ^а	11	319,38±17,4																																																							
Понад 10	10	172,68±24,32 ^а	9	267,36±21,34																																																							
Термін роки	Група жінок																																																										
	п	основна	п	контрольна																																																							
1-2	9	319,27±21,36 ^а	8	489,56±22,36 ^{б,а}																																																							
2-5	8	261,46±25,43 ^{а,а}	10	418,65±18,42 ^а																																																							
5-10	9	204,32± 19,81 ^а	11	319,38±17,4																																																							
Понад 10	10	172,68±24,32 ^а	9	267,36±21,34																																																							
<p>С. 38–39.</p>	<p>С. 37.</p>																																																										
<p>При аналізі отриманих даних щодо вмісту прогестерону у сироватці крові у обстежених жінок (табл. 4.4) нами не виявлено суттєвих відмінностей його середніх показників між групами у різні терміни постменопаузального періоду. Однак в обох групах відмічалось прогресивне зменшення середнього вмісту прогестерону у сироватці крові із збільшенням терміну постменопаузи.</p> <p>Суттєві відмінності виявлені нами і в показниках тестостерону у сироватці крові у жінок обстежених груп (табл. 4 .5). Так, у пацієток основної групи вже у постменопаузі 1-2 роки рівень тестостерону був досить низьким (1,54±22 нмоль/л) і вірогідно відрізнявся від аналогічного показника в цьому періоді у жінок контрольної групи(2,11±0,14 нмоль/л, p<0,05), наряду з цим в основній групі мало місце зниження вмісту цього гормону, таким чином, у постменопаузі понад 10 років рівень тестостерону становив 0,97±0,16 нмоль/л (p1-3<0,05). У контрольній групі із збільшенням терміну постменопаузи показники тестостерону суттєво не змінювались.</p>	<p>При аналізі отриманих даних щодо вмісту прогестерону у сироватці крові у обстежених жінок (табл. 4.4) нами не виявлено суттєвих відмінностей його середніх показників між групами у різні терміни постменопаузального періоду. Однак в обох групах відмічалось прогресивне зменшення середнього вмісту прогестерону у сироватці крові із збільшенням терміну постменопаузи.</p> <p>Суттєві відмінності виявлені нами і в показниках тестостерону у сироватці крові у жінок обстежених груп (табл. 4 .5). Так, у пацієток основної групи вже у постменопаузі 1-2 роки рівень тестостерону був досить низьким (1,54±22 нмоль/л) і вірогідно відрізнявся від аналогічного показника в цьому періоді у жінок контрольної групи(2,11±0,14 нмоль/л, p<0,05), наряду з цим в основній групі мало місце зниження вмісту цього гормону, таким чином, у постменопаузі понад 10 років рівень тестостерону становив 0,97±0,16 нмоль/л (p1-3<0,05). У контрольній групі із збільшенням терміну постменопаузи показники тестостерону суттєво не змінювались.</p>																																																										
<p>С. 39.</p>	<p>С. 37–38.</p>																																																										

Таблиця 4.4- Середні показники прогестерону у сироватці крові обстежених жінок, (нмоль/л)					Таблиця 4.4- Середні показники прогестерону у сироватці крові обстежених жінок, (нмоль/л)				
Термін постменопаузи, роки	Група жінок				Термін постменопаузи, роки	Група жінок			
	n	основна	n	контрольна		n	основна	n	контрольна
1-2	9	3,86±0,32 ^{a,6}	8	4,34±0,36 ^{a,6}	1-2	9	3,86±0,32 ^{a,6}	8	4,34±0,36 ^{a,6}
2-5	8	2,94±0,31 ⁶	10	3,21±0,31 ⁶	2-5	8	2,94±0,31 ⁶	10	3,21±0,31 ⁶
5-10	9	2,11±0,28	11	2,48±0,21	5-10	9	2,11±0,28	11	2,48±0,21
Понад 10	10	1,14±0,24	9	1,26±0,28	Понад 10	10	1,14±0,24	9	1,26±0,28
Примітки: 1. ^a - різниця вірогідна відносно контрольної групи (p<0,05); 2. ⁶ - різниця вірогідна відносно постменопаузи 5-10 і більше 10 років (p<0,05).					Примітки: 1. ^a - різниця вірогідна відносно контрольної групи (p<0,05); 2. ⁶ - різниця вірогідна відносно постменопаузи 5-10 і більше 10 років (p<0,05).				
Таблиця 4.5- Середні показники тестостерону у сироватці крові у бстежених жінок, (нмоль/л)					Таблиця 4.5- Середні показники тестостерону у сироватці крові у бстежених жінок, (нмоль/л)				
Термін роки	Група жінок				Термін роки	Група жінок			
	n	основна	n	контрольна		n	основна	n	контрольна
1-2	9	1,54±0,22 ^{a,6}	8	2,11±0,14 1,96±0,13 2	1-2	9	1,54±0,22 ^{a,6}	8	2,11±0,14 1,96±0,13 2
2-5	8	1,31±0,19 ^{a 1}	10	,03±0,11 1,74±0,15	2-5	8	1,31±0,19 ^{a 1}	10	,03±0,11 1,74±0,15
5-10	9	21±0,21 ^{a 0}	11		5-10	9	21±0,21 ^{a 0}	11	
Понад 10	10	97±0,16 ^a	9		Понад 10	10	97±0,16 ^a	9	
Примітки: 1. ^a - різниця вірогідна відносно контрольної групи (p<0,05); 2. ⁶ - різниця вірогідна відносно постменопаузи 5-10 і більше 10 років (p<0,05).					Примітки: 1. ^a - різниця вірогідна відносно контрольної групи (p<0,05); 2. ⁶ - різниця вірогідна відносно постменопаузи 5-10 і більше 10 років (p<0,05).				
Усі дані ідентичні. Фальсифікація дослідження. Плагіат.									
С. 40.					С. 38.				
<p>З метою визначення залежності ступеня вираженості клімактеричних проявів від гормонального статусу у різні фази клімактеричного періоду нами проведена порівняльна оцінка середніх показників рівнів гормонів у сироватці крові жінок, що мали клінічні прояви КС та тих, що їх не мали (табл. 4.1, 4.2, 4.3).</p> <p>При аналізі отриманих даних було виявлено, що у жінок з проявами КС вірогідно більші рівні ЛГ (табл. 4.6) у порівнянні з пацієнтками без КС як в основній - 62,54±2,93 - у пацієток з КС проти 49,35±3,14 мМЕ/л - без КС (p<0,05), так і в контрольній групі - 60,27±3,26 - з КС проти 46,84±4,11 мМЕ/л - без КС (p<0,05). Аналогічні зміни в показниках ФСГ (табл 4.7) виявлені нами як в основній, так і в контрольній групі. При цьому у жінок основної групи рівень ФСГ був достовірно вищим, ніж у контрольній групі як у пацієток з КС, відповідно - 69,54±2,78 проти 52,72±4,11 мМЕ/л (p<0,05), так і без КС, відповідно - 60,84±2,96 проти 44, 27±2,54 мМЕ/л (p<0,05).</p>					<p>З метою визначення залежності ступеня вираженості клімактеричних проявів від гормонального статусу у різні фази клімактеричного періоду нами проведена порівняльна оцінка середніх показників рівнів гормонів у сироватці крові жінок, що мали клінічні прояви КС та тих, що їх не мали (табл. 4.1, 4.2, 4.3).</p> <p>При аналізі отриманих даних було виявлено, що у жінок з проявами КС вірогідно більші рівні ЛГ (табл. 4.6) у порівнянні з пацієнтками без КС як в основній - 62,54±2,93 - у пацієток з КС проти 49,35±3,14 мМЕ/л - без КС (p<0,05), так і в контрольній групі - 60,27±3,26 - з КС проти 46,84±4,11 мМЕ/л - без КС (p<0,05). Аналогічні зміни в показниках ФСГ (табл 4.7) виявлені нами як в основній, так і в контрольній групі. При цьому у жінок основної групи рівень ФСГ був достовірно вищим, ніж у контрольній групі як у пацієток з КС, відповідно - 69,54±2,78 проти 52,72±4,11 мМЕ/л (p<0,05), так і без КС, відповідно - 60,84±2,96 проти 44, 27±2,54 мМЕ/л (p<0,05).</p>				
С. 40.					С. 38–39.				

<p style="text-align: right;">Таблиця 4.6-</p> <p style="text-align: center;">Середні показники ЛГ у сироватці крові у обстежених жінок, (мМЕ/л)</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Показник</th> <th colspan="4">Група жінок</th> </tr> <tr> <th>п</th> <th>основна</th> <th>п</th> <th>контрольна</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ЛГ</td> <td>18</td> <td>62,54±2,93^a</td> <td>17</td> <td>60,27±3,26</td> </tr> </tbody> </table> <p style="text-align: right;">Таблиця 4.7-</p> <p style="text-align: center;">Середні показники ФСГ у сироватці крові у обстежених жінок, (мМЕ/л)</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Показ-</th> <th colspan="4">Група жінок</th> </tr> <tr> <th>п</th> <th>основна</th> <th>п</th> <th>контрольна</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ФСГ</td> <td>18</td> <td>69,54±2,78^a</td> <td>17</td> <td>52,72±3,26</td> </tr> </tbody> </table> <p>Примітки: 1.^a - різниця вірогідна відносно контрольної групи (p<0,05).</p> <p>Усі дані ідентичні. Фальсифікація дослідження. Плагіат.</p>	Показник	Група жінок				п	основна	п	контрольна	ЛГ	18	62,54±2,93 ^a	17	60,27±3,26	Показ-	Група жінок				п	основна	п	контрольна	ФСГ	18	69,54±2,78 ^a	17	52,72±3,26	<p style="text-align: right;">Таблиця 4.6-</p> <p style="text-align: center;">Середні показники ЛГ у сироватці крові у обстежених жінок, (мМЕ/л)</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="5">Група жінок</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="5" style="text-align: center;">38</td> </tr> </tbody> </table> <hr/> <p style="text-align: right;">39</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Показник</th> <th>п</th> <th>основна</th> <th>п</th> <th>контрольна</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ЛГ</td> <td>18</td> <td>62,54±2,93^a</td> <td>17</td> <td>60,27±3,26</td> </tr> </tbody> </table> <p style="text-align: right;">Таблиця 4.7-</p> <p style="text-align: center;">Середні показники ФСГ у сироватці крові у обстежених жінок, (мМЕ/л)</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Показ-</th> <th colspan="4">Група жінок</th> </tr> <tr> <th>п</th> <th>основна</th> <th>п</th> <th>контрольна</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ФСГ</td> <td>18</td> <td>69,54±2,78^a</td> <td>17</td> <td>52,72±3,26</td> </tr> </tbody> </table> <p>Примітки: 1.^a - різниця вірогідна відносно контрольної групи (p<0,05).</p>	Група жінок					38					Показник	п	основна	п	контрольна	ЛГ	18	62,54±2,93 ^a	17	60,27±3,26	Показ-	Група жінок				п	основна	п	контрольна	ФСГ	18	69,54±2,78 ^a	17	52,72±3,26
Показник		Група жінок																																																													
	п	основна	п	контрольна																																																											
ЛГ	18	62,54±2,93 ^a	17	60,27±3,26																																																											
Показ-	Група жінок																																																														
	п	основна	п	контрольна																																																											
ФСГ	18	69,54±2,78 ^a	17	52,72±3,26																																																											
Група жінок																																																															
38																																																															
Показник	п	основна	п	контрольна																																																											
ЛГ	18	62,54±2,93 ^a	17	60,27±3,26																																																											
Показ-	Група жінок																																																														
	п	основна	п	контрольна																																																											
ФСГ	18	69,54±2,78 ^a	17	52,72±3,26																																																											
<p>С. 40–41.</p>	<p>С. 39.</p>																																																														
<p>Що ж стосується рівня естрадіолу (табл. 4.8), то в основній групі не виявлено достовірної різниці у пацієток з КС та без КС, тоді як у контрольній групі у жінок з КС рівень естрадіолу був достовірно нижчим порівняно з жінками без КС в межах групи. Наряду з цим концентрація естрадіолу у жінок основної групи була достовірно нижчою і у жінок з КС 265,38±22,62 проти 326, 58±19,24 пмоль/л у контрольній групі (p<0,05), і без КС 296,54±23 ,87 - в основній групі проти 418,65±18,42 пмоль/л - у контрольній групі (p<0,05).</p> <p>Залежності рівня прогестерону та тестостерону (табл. 4.8) від наявності чи відсутності клінічних проявів КС як в основній, так і в контрольній групі не виявлено. При цьому рівень тестостерону у жінок основної групи достовірно відрізнявся від контрольної групи як у пацієток з КС - 1,45±0,19 проти 2,04±0,18 нмоль/л, так і без КС - 1,62±0,27 проти 2,12±0,16 нмоль/л.</p>	<p>Що ж стосується рівня естрадіолу (табл. 4.8), то в основній групі не виявлено достовірної різниці у пацієток з КС та без КС, тоді як у контрольній групі у жінок з КС рівень естрадіолу був достовірно нижчим порівняно з жінками без КС в межах групи. Наряду з цим концентрація естрадіолу у жінок основної групи була достовірно нижчою і у жінок з КС 265,38±22,62 проти 326, 58±19,24 пмоль/л у контрольній групі (p<0,05), і без КС 296,54±23 ,87 - в основній групі проти 418,65±18,42 пмоль/л - у контрольній групі (p<0,05).</p> <p>Залежності рівня прогестерону та тестостерону (табл. 4.8) від наявності чи відсутності клінічних проявів КС як в основній, так і в контрольній групі не виявлено. При цьому рівень тестостерону у жінок основної групи достовірно відрізнявся від контрольної групи як у пацієток з КС - 1,45±0,19 проти 2,04±0,18 нмоль/л, так і без КС - 1,62±0,27 проти 2,12±0,16 нмоль/л.</p>																																																														
<p>С. 41.</p>	<p>С. 39–40.</p>																																																														
<p style="text-align: right;">Таблиця 4.8-</p> <p style="text-align: center;">Середні показники стероїдних гормонів у сироватці крові обстежених жінок</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Показники стероїдних гормонів</th> <th colspan="4">Група жінок</th> </tr> <tr> <th>п</th> <th>основна</th> <th>п</th> <th>контрольна</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Естрадіол (пмоль/л)</td> <td>10</td> <td>265,38±22,62^a</td> <td>9</td> <td>326,58±19,24</td> </tr> <tr> <td>Прогестерон (нмоль/л)</td> <td>10</td> <td>3,38±0,29</td> <td>9</td> <td>3,16±0,27</td> </tr> <tr> <td>Тестостерон (нмоль/л)</td> <td>10</td> <td>1,45±0,19^a</td> <td>9</td> <td>2,04±0,18</td> </tr> </tbody> </table> <p>Примітки: 1.^a - різниця вірогідна відносно контрольної групи (p<0,05).</p> <p>Усі дані ідентичні. Фальсифікація дослідження. Плагіат.</p>	Показники стероїдних гормонів	Група жінок				п	основна	п	контрольна	Естрадіол (пмоль/л)	10	265,38±22,62 ^a	9	326,58±19,24	Прогестерон (нмоль/л)	10	3,38±0,29	9	3,16±0,27	Тестостерон (нмоль/л)	10	1,45±0,19 ^a	9	2,04±0,18	<p style="text-align: right;">Таблиця 4.8-</p> <p style="text-align: center;">Середні показники стероїдних гормонів у сироватці крові обстежених жінок</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="5">Група жінок</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="5" style="text-align: center;">40</td> </tr> </tbody> </table> <hr/> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Показники стероїдних гормонів</th> <th>п</th> <th>основна</th> <th>п</th> <th>контрольна</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Естрадіол (пмоль/л)</td> <td>10</td> <td>265,38±22,62^a</td> <td>9</td> <td>326,58±19,24</td> </tr> <tr> <td>Прогестерон (нмоль/л)</td> <td>10</td> <td>3,38±0,29</td> <td>9</td> <td>3,16±0,27</td> </tr> <tr> <td>Тестостерон (нмоль/л)</td> <td>10</td> <td>1,45±0,19^a</td> <td>9</td> <td>2,04±0,18</td> </tr> </tbody> </table> <p>Примітки: 1.^a - різниця вірогідна відносно контрольної групи (p<0,05).</p>	Група жінок					40					Показники стероїдних гормонів	п	основна	п	контрольна	Естрадіол (пмоль/л)	10	265,38±22,62 ^a	9	326,58±19,24	Прогестерон (нмоль/л)	10	3,38±0,29	9	3,16±0,27	Тестостерон (нмоль/л)	10	1,45±0,19 ^a	9	2,04±0,18								
Показники стероїдних гормонів		Група жінок																																																													
	п	основна	п	контрольна																																																											
Естрадіол (пмоль/л)	10	265,38±22,62 ^a	9	326,58±19,24																																																											
Прогестерон (нмоль/л)	10	3,38±0,29	9	3,16±0,27																																																											
Тестостерон (нмоль/л)	10	1,45±0,19 ^a	9	2,04±0,18																																																											
Група жінок																																																															
40																																																															
Показники стероїдних гормонів	п	основна	п	контрольна																																																											
Естрадіол (пмоль/л)	10	265,38±22,62 ^a	9	326,58±19,24																																																											
Прогестерон (нмоль/л)	10	3,38±0,29	9	3,16±0,27																																																											
Тестостерон (нмоль/л)	10	1,45±0,19 ^a	9	2,04±0,18																																																											
<p>С. 41.</p>	<p>С. 40.</p>																																																														
<p>Таким чином, у результаті дослідження гормонального гомеостазу нами виявлено зростання концентрації гонадотропних та зниження статевих</p>	<p>Таким чином, у результаті дослідження гормонального гомеостазу нами виявлено зростання концентрації гонадотропних та зниження статевих</p>																																																														

<p>стероїдних гормонів в обох групах жінок із збільшенням терміну постменопаузального періоду. При цьому у жінок із хірургічною менопаузою порівняно з пацієнтками із природною менопаузою суттєво вищим був вміст гонадотропних гормонів та нижчим - вміст естрадіолу.</p>	<p>стероїдних гормонів в обох групах жінок із збільшенням терміну постменопаузального періоду. При цьому у жінок із хірургічною менопаузою порівняно з пацієнтками із природною менопаузою суттєво вищим був вміст гонадотропних гормонів та нижчим - вміст естрадіолу.</p>
<p>С. 42.</p>	<p>С. 40–41.</p>
<p>При визначенні залежності ступеня вираженості клімактеричних проявів від гормонального статусу нами виявлено вірогідно більшу різницю рівня ЛГ та ФСГ у жінок з проявами КС в обох групах обстежених. При цьому у жінок основної групи рівень ФСГ був достовірно вищим, ніж у пацієнток з природним клімактеричним синдромом. Разом з тим, в основній групі не виявлено кореляційної залежності між вмістом ФСГ та показниками МПІ по відношенню до психоемоційних ($r=0,43$, $p>0,05$), вегетосудинних порушень ($r=0,47$, $p>0,05$) а також між вмістом ЛГ та ступенем вираженості психоемоційних і вегетосудинних порушень, відповідно - $r=0,41$ ($p>0,05$) та $r=0,47$ ($p>0,05$), тоді як в групі порівняння спостерігалась позитивна кореляційна залежність між вмістом ФСГ та показниками МПІ відносно вегетосудинних ($r=0,72$, $p<0,05$) і психоемоційних порушень ($r=0,68$, $p<0,05$) а також між вмістом ЛГ і показниками МПІ щодо вегетосудинних ($r=0,72$, $p<0,05$) та психоемоційних порушень ($r=0,68$, $p<0,05$). Серед жінок із хірургічною менопаузою не виявлено також кореляційної залежності між вмістом ФСГ, ЛГ та показниками особистісної, відповідно $r=0,39$ ($p>0,05$) і $r=0,46$ ($p>0,05$) та реактивної тривожності, відповідно $r=0,37$ ($p>0,05$) і $r=0,36$ ($p>0,05$); між вмістом ФСГ, ЛГ та часом виконання коректурної проби, відповідно - $r=0,44$ ($p>0,05$) і $r=0,42$ ($p>0,05$), пошуком чисел за таблицями Шульте, відповідно - $r=0,46$ ($p>0,05$) та $r=0,39$ ($p>0,05$). У контрольній групі як і в основній, також не виявлено кореляційної залежності між вмістом ФСГ, ЛГ та показниками особистісної та реактивної тривожності, відповідно - $r=0,42$ ($p<0,05$) і $r=0,47$ ($p<0,05$), але наряду з цим у них виявлена позитивна кореляційна залежність між вмістом ФСГ, ЛГ та часом виконання коректурної проби, відповідно $r=0,67$ ($p<0,05$) і $r=0,59$ ($p<0,05$) та пошуку чисел за таблицями Шульте ($r=0,71$, $p<0,05$ і $r=0,64$, ($p<0,05$).</p>	<p>При визначенні залежності ступеня вираженості клімактеричних проявів від гормонального статусу нами виявлено вірогідно більшу різницю рівня ЛГ та ФСГ у жінок з проявами КС в обох групах обстежених. При цьому у жінок основної групи рівень ФСГ був достовірно вищим, ніж у пацієнток з природним клімактеричним синдромом. Разом з тим, в основній групі не виявлено кореляційної залежності між вмістом ФСГ та показниками МПІ по відношенню до психоемоційних ($r=0,43$, $p>0,05$), вегетосудинних порушень ($r=0,47$, $p>0,05$) а також між вмістом ЛГ та ступенем вираженості психоемоційних і вегетосудинних порушень, відповідно - $r=0,41$ ($p>0,05$) та $r=0,47$ ($p>0,05$), тоді як в групі порівняння спостерігалась позитивна кореляційна залежність між вмістом ФСГ та показниками МПІ відносно вегетосудинних ($r=0,72$, $p<0,05$) і психоемоційних порушень ($r=0,68$, $p<0,05$) а також між вмістом ЛГ і показниками МПІ щодо вегетосудинних ($r=0,72$, $p<0,05$) та психоемоційних порушень ($r=0,68$, $p<0,05$). Серед жінок із хірургічною менопаузою не виявлено також кореляційної залежності між вмістом ФСГ, ЛГ та показниками особистісної, відповідно $r=0,39$ ($p>0,05$) і $r=0,46$ ($p>0,05$) та реактивної тривожності, відповідно $r=0,37$ ($p>0,05$) і $r=0,36$ ($p>0,05$); між вмістом ФСГ, ЛГ та часом виконання коректурної проби, відповідно - $r=0,44$ ($p>0,05$) і $r=0,42$ ($p>0,05$), пошуком чисел за таблицями Шульте, відповідно - $r=0,46$ ($p>0,05$) та $r=0,39$ ($p>0,05$). У контрольній групі як і в основній, також не виявлено кореляційної залежності між вмістом ФСГ, ЛГ та показниками особистісної та реактивної тривожності, відповідно - $r=0,42$ ($p<0,05$) і $r=0,47$ ($p<0,05$), але наряду з цим у них виявлена позитивна кореляційна залежність між вмістом ФСГ, ЛГ та часом виконання коректурної проби, відповідно $r=0,67$ ($p<0,05$) і $r=0,59$ ($p<0,05$) та пошуку чисел за таблицями Шульте ($r=0,71$, $p<0,05$ і $r=0,64$, ($p<0,05$).</p>
<p>С. 42–43.</p>	<p>С. 41.</p>
<p>Стосовно статевих стероїдних гормонів, то у жінок із хірургічною менопаузою не виявлено кореляційної залежності між вмістом естрадіолу та ступенем вираженості психоемоційних ($r= -0,43$, $p>0,05$) вегетосудинних порушень ($r= -0,46$, $p>0,05$), рівнем особистісної та реактивної тривожності, відповідно - $r= -0,37$ ($p>0,05$) і $r= -0,34$ ($p>0,05$), часом виконання коректурної проби та пошуку чисел за таблицями Шульте, відповідно - $r= -0,37$ ($p>0,05$) і $r= -0,34$ ($p>0,05$). У контрольній групі ж встановлена негативна кореляційна залежність між вмістом естрадіолу та МПІ відносно психоемоційних ($r= -0,74$, $p<0,05$) та вегетосудинних порушень ($r= -0,71$, $p<0,05$) а також часом виконання коректурної проби та пошуку чисел за таблицями Шульте, відповідно - $r= -0,63$ ($p<0,05$) і $r= -0,57$ ($p<0,05$), однак як в контрольній групі, не було виявлено кореляційної залежності між вмістом естрадіолу та рівнем особистісної та реактивної тривожності, відповідно - $r= -0,44$ ($p>0,05$) і $r= -0,46$ ($p>0,05$). Це свідчить про присутність також інших чинників у патогенезі поста-</p>	<p>Стосовно статевих стероїдних гормонів, то у жінок із хірургічною менопаузою не виявлено кореляційної залежності між вмістом естрадіолу та ступенем вираженості психоемоційних ($r= -0,43$, $p>0,05$) вегетосудинних порушень ($r= -0,46$, $p>0,05$), рівнем особистісної та реактивної тривожності, відповідно - $r= -0,37$ ($p>0,05$) і $r= -0,34$ ($p>0,05$), часом виконання коректурної проби та пошуку чисел за таблицями Шульте, відповідно - $r= -0,37$ ($p>0,05$) і $r= -0,34$ ($p>0,05$). У контрольній групі ж встановлена негативна кореляційна залежність між вмістом естрадіолу та МПІ відносно психоемоційних ($r= -0,74$, $p<0,05$) та вегетосудинних порушень ($r= -0,71$, $p<0,05$) а також часом виконання коректурної проби та пошуку чисел за таблицями Шульте, відповідно - $r= -0,63$ ($p<0,05$) і $r= -0,57$ ($p<0,05$), однак як в контрольній групі, не було виявлено кореляційної залежності між вмістом естрадіолу та рівнем особистісної та реактивної тривожності, відповідно - $r= -0,44$ ($p>0,05$) і $r= -0,46$ ($p>0,05$). Це свідчить про присутність також інших чинників у патогенезі поста-</p>

страційного синдрому у жінок із хірургічною менопаузою, а не тільки естрогенного дефіциту.	страційного синдрому у жінок із хірургічною менопаузою, а не тільки естрогенного дефіциту.
С. 43.	С. 41–42.
<p>Результати гормональних досліджень узгоджуються з даними літератури (В.П. Сметник, 1997; Е.М. Вихляева, 1997; G.A. Bachmann, 1999), котрі вважають основною гормональною характеристикою менопаузи підвищення гонадотропних та зниження статевих стероїдних гормонів. У той же час більш високі показники вмісту ФСГ у жінок із хірургічною постменопаузою є не досить типовими для пацієнок з переважанням психопатологічних розладів [145, 200, 220]. Таким чином, виявлені гормональні зміни можна трактувати як наслідок порушення функції гіпоталамусу внаслідок хронічного стресу і зниження чутливості його структур до до статевих стероїдних гормонів.</p> <p>Суттєве переважання психопатологічної симптоматики у пацієнок основної групи при наявності не досить типового для тяжкого перебігу КС гормонального гомеостазу, для яких характерною гормональною характеристикою є переважання вмісту ЛГ [145, 200, 220]. Таким чином, виявлені гормональні зміни можна розглядати як поєднання клінічних проявів КС з власне психопатологічними розладами, які розвиваються внаслідок хронічного психоемоційного стресу та виснаження основних систем організму у згаданого контингенту пацієнок.</p>	<p>Результати гормональних досліджень узгоджуються з даними літератури (В.П. Сметник, 1997; Е.М. Вихляева, 1997; G.A. Bachmann, 1999), котрі вважають основною гормональною характеристикою менопаузи підвищення гонадотропних та зниження статевих стероїдних гормонів. У той же час більш високі показники вмісту ФСГ у жінок із хірургічною постменопаузою є не досить типовими для пацієнок з переважанням психопатологічних розладів [145, 200, 220]. Таким чином, виявлені гормональні зміни можна трактувати як наслідок порушення функції гіпоталамусу внаслідок хронічного стресу і зниження чутливості його структур до до статевих стероїдних гормонів.</p> <p>Суттєве переважання психопатологічної симптоматики у пацієнок основної групи при наявності не досить типового для тяжкого перебігу КС гормонального гомеостазу, для яких характерною гормональною характеристикою є переважання вмісту ЛГ [145, 200, 220]. Таким чином, виявлені гормональні зміни можна розглядати як поєднання клінічних проявів КС з власне психопатологічними розладами, які розвиваються внаслідок хронічного психоемоційного стресу та виснаження основних систем організму у згаданого контингенту пацієнок.</p>
С. 43–44.	С. 42.
<p style="text-align: center;">РОЗДІЛ 5</p> <p style="text-align: center;">МЕТАБОЛІЧНІ ЗРУШЕННЯ У ЖІНОК ІЗ ДОБРОЯКІСНИМИ НЕУТОЧНЕНИМИ ПУХЛИНАМИ МАТКИ ТА ДОДАТКІВ ПРИ ХІРУРГІЧНІЙ МЕНОПАУЗІ</p> <p style="text-align: center;">5.1. Стан ліпідного обміну</p> <p>Одне з провідних місць серед причин захворюваності та смертності у жінок постменопаузального віку займають захворювання серцево-судинної та центральної нервової системи [77,78]. Майже 75% усіх судинних захворювань прямо чи опосередковано пов'язані з атеросклерозом, причому саме збільшення коефіцієнту атерогенності за рахунок зниження рівня ліпопротеїдів високої щільності та підвищення вмісту ліпопротеїдів низької щільності (ЛНЩ) вважається основним чинником ризику розвитку судинної патології, оскільки саме ЛНЩ та ЛДНЩ є тим первинним субстратом, який проникає в судинну стінку в підвищеній кількості і дає початок розвитку атеросклеротичних змін.</p>	<p style="text-align: center;">РОЗДІЛ 5</p> <p style="text-align: center;">МЕТАБОЛІЧНІ ЗРУШЕННЯ У ЖІНОК ІЗ ХІРУРГІЧНОЮ ПОСТМЕНОПАУЗОЮ</p> <p style="text-align: center;">5.1. Стан ліпідного обміну</p> <p>Одне з провідних місць серед причин захворюваності та смертності у жінок постменопаузального віку займають захворювання серцево-судинної та центральної нервової системи [77,78]. Майже 75% усіх судинних захворювань прямо чи опосередковано пов'язані з атеросклерозом, причому саме збільшення коефіцієнту атерогенності за рахунок зниження рівня ліпопротеїдів високої щільності та підвищення вмісту ліпопротеїдів низької щільності (ЛНЩ) вважається основним чинником ризику розвитку судинної патології, оскільки саме ЛНЩ та ЛДНЩ є тим первинним субстратом, який проникає в судинну стінку в підвищеній кількості і дає початок розвитку атеросклеротичних змін.</p>
С. 44.	С. 42–43.
<p>Існують повідомлення про те, що у постменопаузі внаслідок дефіциту естрогенів збільшується рівень загального холестерину та тригліцеридів [235].</p> <p>Для визначення стану ліпідного обміну у жінок в постменопаузі нами було обстежено 77 жінок з тривалістю постменопаузального періоду 2-10 років. Із них основну групу склали 43 пацієнтки із хірургічною менопаузою, контрольну групу - 34 жінки із природною менопаузою. Групи за віком, віком менопаузи, тривалістю постменопаузального періоду, індексом маси тіла, наявністю соматичної патології в анамнезі статистично між собою не відрізнялись.</p> <p>Визначали вміст загального холестерину, тригліцеридів, ліпопротеїдів високої щільності, низької щільності та дуже низької щільності в плазмі крові а також коефіцієнт атерогенності.</p>	<p>Існують повідомлення про те, що у постменопаузі внаслідок дефіциту естрогенів збільшується рівень загального холестерину та тригліцеридів [235].</p> <p>Для визначення стану ліпідного обміну у жінок в постменопаузі нами було обстежено 77 жінок з тривалістю постменопаузального періоду 2-10 років. Із них основну групу склали 43 пацієнтки із хірургічною менопаузою, контрольну групу - 34 жінки із природною менопаузою. Групи за віком, віком менопаузи, тривалістю постменопаузального періоду, індексом маси тіла, наявністю соматичної патології в анамнезі статистично між собою не відрізнялись.</p> <p>Визначали вміст загального холестерину, тригліцеридів, ліпопротеїдів високої щільності, низької щільності та дуже низької щільності в плазмі крові а також коефіцієнт атерогенності.</p>

<p>С. 44–45.</p>  <p>Діаграма. 5.1.1. Показники ліпідного обміну у обстежених жінок. Примітка. *- різниця вірогідна відносно контрольної групи (p<0,05)</p>	<p>С. 43.</p>  <p>Діаграма. 5.1.1. Показники ліпідного обміну у обстежених жінок. Примітка. *- різниця вірогідна відносно контрольної групи (p<0,05)</p>
<p>С. 45.</p>	<p>С. 43–44.</p>
<p>У результаті проведених досліджень виявлено (діаграма 5.1.1, табл. Б -5.1.1), що у осіб основної групи були достовірно вищими показники вмісту загального холестерину - $6,86 \pm 0,17$ проти $5,21 \pm 0,13$ ммоль/л (p<0,05) та тригліцеридів - $2,73 \pm 0,1$ проти $1,89 \pm 0,09$ ммоль/л (p<0,05). Більш вираженою у жінок основної групи по відношенню до контрольної групи була також дисліпопротеїдемія: достовірно вищими були ліпопротеїди низької щільності - $2,46 \pm 0,13$ проти $1,98 \pm 0,11$ ммоль/л (p<0,05), ліпопротеїди дуже низької щільності - $1,56 \pm 0,09$ проти $1,13 \pm 0,07$ ммоль/л (p<0,05) наряду зі зниженням вмістом ліпопротеїдів високої щільності - $2,13 \pm 0,08$ проти $2,95 \pm 0,08$ ммоль/л (p<0,05). Це в свою чергу супроводжувалось збільшенням у пацієток із хірургічною менопаузою коефіцієнта атерогенності - $3,8 \pm 0,2$ проти $2,8 \pm 0,11$ (p<0,05).</p> <p>Таким чином, отримані результати свідчать про більшу схильність до атерогенезу у жінок із хірургічною менопаузою у порівнянні з пацієнтками відповідної вікової категорії із природною менопаузою. Можна думати про наявність взаємозв'язку даної дисліпопротеїдемії з більш вираженою гіпоестрогенією, що має місце у жінок із хірургічною менопаузою.</p> <p>Існує гіпотеза, згідно якої надмірне потрапляння в тканини ліпідів та O₂ викликає прискорену реакцію вільнорадикального окислення. Головну роль при цьому відводять не абсолютному підвищенню ліпідів, а недостатній кількості антиоксидантів [46]. Вищезазначене наряду з існуванням в анамнезі у жінок із хірургічною менопаузою більшої частоти гіпертонічної хвороби, психоемоційного стресу, які є несприятливими чинниками атеросклерозу, є підставами для свідчення про більшу ймовірність виникнення у них серцево-церебро-судинної патології. Це слід враховувати при вирішенні питань, пов'язаних з оптимізацією лікувально-профілактичних заходів, а саме рекомендації по харчуванню, своєчасне призначення медикаментозних засобів з гіполіпідемічною та антиоксидантною дією а також виключення або обмежене застосування в лікувальних методиках для цієї категорії жінок препаратів з потенційно негативним впливом на ліпідний обмін.</p> <p>5. 2. Стан системи гемостазу</p> <p>Система гемостазу - це складний фізіологічний механізм, направлений на підтримання рідкого стану крові у кров'яному руслі. Зміни у системі гемостазу як у бік зростання так і зниження коагуляційних властивостей, можуть призводити до порушен-</p>	<p>У результаті проведених досліджень виявлено (діаграма 5.1.1, табл. Б -5.1.1), що у осіб основної групи були достовірно вищими показники вмісту загального холестерину - $6,86 \pm 0,17$ проти $5,21 \pm 0,13$ ммоль/л (p<0,05) та тригліцеридів - $2,73 \pm 0,1$ проти $1,89 \pm 0,09$ ммоль/л (p<0,05). Більш вираженою у жінок основної групи по відношенню до контрольної групи була також дисліпопротеїдемія: достовірно вищими були ліпопротеїди низької щільності - $2,46 \pm 0,13$ проти $1,98 \pm 0,11$ ммоль/л (p<0,05), ліпопротеїди дуже низької щільності - $1,56 \pm 0,09$ проти $1,13 \pm 0,07$ ммоль/л (p<0,05) наряду зі зниженням вмістом ліпопротеїдів високої щільності - $2,13 \pm 0,08$ проти $2,95 \pm 0,08$ ммоль/л (p<0,05). Це в свою чергу супроводжувалось збільшенням у пацієток із хірургічною менопаузою коефіцієнта атерогенності - $3,8 \pm 0,2$ проти $2,8 \pm 0,11$ (p<0,05).</p> <p>Таким чином, отримані результати свідчать про більшу схильність до атерогенезу у жінок із хірургічною менопаузою у порівнянні з пацієнтками відповідної вікової категорії із природною менопаузою. Можна думати про наявність взаємозв'язку даної дисліпопротеїдемії з більш вираженою гіпоестрогенією, що має місце у жінок із хірургічною менопаузою.</p> <p>Існує гіпотеза, згідно якої надмірне потрапляння в тканини ліпідів та O₂ викликає прискорену реакцію вільнорадикального окислення. Головну роль при цьому відводять не абсолютному підвищенню ліпідів, а недостатній кількості антиоксидантів [46]. Вищезазначене наряду з існуванням в анамнезі у жінок із хірургічною менопаузою більшої частоти гіпертонічної хвороби, психоемоційного стресу, які є несприятливими чинниками атеросклерозу, є підставами для свідчення про більшу ймовірність виникнення у них серцево-церебро-судинної патології. Це слід враховувати при вирішенні питань, пов'язаних з оптимізацією лікувально-профілактичних заходів, а саме рекомендації по харчуванню, своєчасне призначення медикаментозних засобів з гіполіпідемічною та антиоксидантною дією а також виключення або обмежене застосування в лікувальних методиках для цієї категорії жінок препаратів з потенційно негативним впливом на ліпідний обмін.</p> <p>5. 2. Стан системи гемостазу</p> <p>Система гемостазу - це складний фізіологічний механізм, направлений на підтримання рідкого стану крові у кров'яному руслі. Зміни у системі гемостазу як у бік зростання так і зниження коагуляційних властивостей, можуть призводити до порушен-</p>

ня життєвоважливих функцій організму (гостра серцева недостатність, крововтрата, тощо) [180].	ня життєвоважливих функцій організму (гостра серцева недостатність, крововтрата, тощо) [180].
<p>С. 46.</p> <p>Зміни у системі гемостазу з настанням менопаузи та їх взаємозв'язок з гормональним статусом є одними з найменш вивчених питань. Ряд авторів вважають, що естрогени стимулюють і активують коагуляційний гемостаз, а саме підсилюють активність фактора VII, III, інгібують антитромбін III, підвищують адгезивно-агрегаційну функцію тромбоцитів [191, 196, 244]. Інші, навпаки, повідомляють про те, що естрогени активують фібринолітичну активність крові, збільшуючи мембранний потенціал ендотеліальних клітин та зменшуючи здатність до адгезії формених елементів крові [234, 235].</p> <p>Неоднозначність наявних в літературі даних щодо змін в коагуляційній системі крові під впливом естрогенів, які містять переважно результати, отримані у ході експерименту, обумовлює актуальність проведення клінічних досліджень по вивченню системи гемостазу у жінок в постменопаузі.</p> <p>У 77 жінок у постменопаузі 2-10 років, із яких 43 пацієнтки із хірургічною менопаузою склали основну групу, а 34 піцієнтки із природною менопаузою – контрольну групу, досліджували показники згортуючої та протизгортуючої систем крові.</p> <p>Оскільки першим етапом в формуванні внутрішньосудинних тромбозів є судинно-тромбоцитарний гемостаз, який визначається функціональним станом тромбоцитів і їх здатністю до адгезії і агрегації під впливом ротоніну, адреналіну, аденозиндифосфату (АДФ). Нами визначались А - адгезивність тромбоцитів; Аа - агрегаційна активність тромбоцитів до адреналіну; Ар – до ристоміцину; Аадф - до АДФ. Серед показників коагуляційного гемостазу нами були визначені вміст фібріногену (Ф), протромбіновий індекс (ПТІ), VII та IX плазмові фактори згортання а також тривалість тромбінового часу (ТЧ), часу рекальцифікації (ЧР), активованого парціального тромбoplastинового часу (АПТЧ).</p> <p>У результаті проведених досліджень виявлено (табл. 5.2.1), що середні показники абсолютної кількості тромбоцитів у пацієнток основної групи та контрольної групи суттєво не відрізнялись – 246,4±3,9 проти 242,6±4,4·10⁹/л (p>0,05), але показник агрегаційної активності до ристоміципу (Ар) у жінок основної групи був дещо вищим по відношенню до контрольної групи - 48,1±1,4 проти 44, 5±1,6% (t=1,6), а показники адгезивності (Л), агрегаційної активності тромбоцитів до адреналіну (Аа) та АДФ (Аадф) у осіб основної групи були вищими достовірно - 47,8±1,7 проти 42,6±1, 5% (p<0,05) - для А, 48,6±1,6 проти 42,3±1,4% (p<0,05) - для Аа та 52,2±1,5 проти 46,3±1,7% (p<0,05) - для Аадф.</p> <p>Скопійована помилка: «піцієнтки». Усі дані ідентичні. Фальсифікація дослідження. Плагіат.</p>	<p>С. 44–45.</p> <p>Зміни у системі гемостазу з настанням менопаузи та їх взаємозв'язок з гормональним статусом є одними з найменш вивчених питань. Ряд авторів вважають, що естрогени стимулюють і активують коагуляційний гемостаз, а саме підсилюють активність фактора VII, III, інгібують антитромбін III, підвищують адгезивно-агрегаційну функцію тромбоцитів [191, 196, 244]. Інші, навпаки, повідомляють про те, що естрогени активують фібринолітичну активність крові, збільшуючи мембранний потенціал ендотеліальних клітин та зменшуючи здатність до адгезії формених елементів крові [234, 235].</p> <p>Неоднозначність наявних в літературі даних щодо змін в коагуляційній системі крові під впливом естрогенів, які містять переважно результати, отримані у ході експерименту, обумовлює актуальність проведення клінічних досліджень по вивченню системи гемостазу у жінок в постменопаузі.</p> <p>У 77 жінок у постменопаузі 2-10 років, із яких 43 пацієнтки із хірургічною менопаузою склали основну групу, а 34 піцієнтки із природною менопаузою – контрольну групу, досліджували показники згортуючої та протизгортуючої систем крові.</p> <p>Оскільки першим етапом в формуванні внутрішньосудинних тромбозів є судинно-тромбоцитарний гемостаз, який визначається функціональним станом тромбоцитів і їх здатністю до адгезії і агрегації під впливом ротоніну, адреналіну, аденозиндифосфату (АДФ). Нами визначались А - адгезивність тромбоцитів; Аа - агрегаційна активність тромбоцитів до адреналіну; Ар – до ристоміцину; Аадф - до АДФ. Серед показників коагуляційного гемостазу нами були визначені вміст фібріногену (Ф), протромбіновий індекс (ПТІ), VII та IX плазмові фактори згортання а також тривалість тромбінового часу (ТЧ), часу рекальцифікації (ЧР), активованого парціального тромбoplastинового часу (АПТЧ).</p> <p>У результаті проведених досліджень виявлено (табл. 5.2.1), що середні показники абсолютної кількості тромбоцитів у пацієнток основної групи та контрольної групи суттєво не відрізнялись – 246,4±3,9 проти 242,6±4,4·10⁹/л (p>0,05), але показник агрегаційної активності до ристоміципу (Ар) у жінок основної групи був дещо вищим по відношенню до контрольної групи - 48,1±1,4 проти 44, 5±1,6% (t=1,6), а показники адгезивності (Л), агрегаційної активності тромбоцитів до адреналіну (Аа) та АДФ (Аадф) у осіб основної групи були вищими достовірно - 47,8±1,7 проти 42,6±1, 5% (p<0,05) - для А, 48,6±1,6 проти 42,3±1,4% (p<0,05) - для Аа та 52,2±1,5 проти 46,3±1,7% (p<0,05) - для Аадф.</p>
<p>С. 46–47.</p> <p>Серед показників коагуляційного гемостазу (табл.5.2.1) у осіб основної групи була достовірно вищою по відношенню до контрольної групи активність К-вітамінзалежних факторів згортання: VII - 95,8±1,6 проти 90,8±1,4% (p<0,05) та IX - 91,7±1,9 проти 85,8±1,3% (p<0,05), що в свою чергу супроводжувалось вірогідно нижчим показником тривалості АПТЧ - 35,8±1,8 проти 41,9±1,3 с (p<0,05),</p>	<p>С. 45.</p> <p>Серед показників коагуляційного гемостазу (табл.5.2.1) у осіб основної групи була достовірно вищою по відношенню до контрольної групи активність К-вітамінзалежних факторів згортання: VII - 95,8±1,6 проти 90,8±1,4% (p<0,05) та IX - 91,7±1,9 проти 85,8±1,3% (p<0,05), що в свою чергу супроводжувалось вірогідно нижчим показником тривалості АПТЧ - 35,8±1,8 проти 41,9±1,3 с (p<0,05),</p>

<p>незначним прискоренням ТЧ - $18,6 \pm 1,9$ проти $23,6 \pm 1,7$ с ($t=1,67$), ЧР - $70,6 \pm 1,5$ проти $74,4 \pm 1,6$ с ($t=1,61$) та дещо вищим показником ПТІ - $97,3 \pm 1,6$ проти $23,6 \pm 1,7\%$ ($t=1,83$).</p> <p>В системі регуляції агрегатного стану крові (РАСК), поряд з коагуляційною, утворенню фібринового згустку запобігає протизгортуюча система, яка в свою чергу включає в себе антикоагуляційну і фібринолітичну системи. Стан антикоагуляційної системи оцінювався за показниками антитромбіну III (АТ III), який є головним інгібітором тромбіну та діє при участі свого активатора - гепарину. Ця інгібіторна система блокує не тільки тромбін, а й інші речовини, зокрема фактор згортання крові X - протейназу, яка перетворює протромбін в тромбін.</p> <p>Усі дані ідентичні. Фальсифікація дослідження. Плагіат.</p>	<p>незначним прискоренням ТЧ - $18,6 \pm 1,9$ проти $23,6 \pm 1,7$ с ($t=1,67$), ЧР - $70,6 \pm 1,5$ проти $74,4 \pm 1,6$ с ($t=1,61$) та дещо вищим показником ПТІ - $97,3 \pm 1,6$ проти $23,6 \pm 1,7\%$ ($t=1,83$).</p> <p>В системі регуляції агрегатного стану крові (РАСК), поряд з коагуляційною, утворенню фібринового згустку запобігає протизгортуюча система, яка в свою чергу включає в себе антикоагуляційну і фібринолітичну системи. Стан антикоагуляційної системи оцінювався за показниками антитромбіну III (АТ III), який є головним інгібітором тромбіну та діє при участі свого активатора - гепарину. Ця інгібіторна система блокує не тільки тромбін, а й інші речовини, зокрема фактор згортання крові X - протейназу, яка перетворює протромбін в тромбін.</p>																																																																																		
<p>С. 47.</p>	<p>С. 45–46.</p>																																																																																		
<p style="text-align: right;">Таблиця 5.2.1 -</p> <p style="text-align: center;">Показники тромбоцитарного та коагуляційного гемостазу у обстежених жінок ($M \pm m$)</p> <table border="1" data-bbox="284 875 868 1317"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Показники</th> <th colspan="2">Група жінок</th> </tr> <tr> <th>основна (n=43)</th> <th>контрольна (n=34)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Тромбоцити ($10^9/\text{л}$)</td> <td>$246,4 \pm 3,9$</td> <td>$242,6 \pm 4,4$</td> </tr> <tr> <td>А (%)</td> <td>$47,8 \pm 1,7^*$</td> <td>$42,6 \pm 1,5$</td> </tr> <tr> <td>Аа (%)</td> <td>$48,6 \pm 1,6^*$</td> <td>$36,3 \pm 1,4$</td> </tr> <tr> <td>А адф (%)</td> <td>$52,2 \pm 1,5^*$</td> <td>$46,3 \pm 1,7$</td> </tr> <tr> <td>Ар (%)</td> <td>$48,1 \pm 1,4$</td> <td>$44,5 \pm 1,6$</td> </tr> <tr> <td>Ф (мг %)</td> <td>$366,2 \pm 11,3$</td> <td>$354,4 \pm 12,5$</td> </tr> <tr> <td>ТЧ (сек)</td> <td>$18,6 \pm 1,9$</td> <td>$23,4 \pm 1,7$</td> </tr> <tr> <td>ПТІ (%)</td> <td>$97,3 \pm 1,6$</td> <td>$92,7 \pm 1,7$</td> </tr> <tr> <td>АПТЧ (сек)</td> <td>$35,8 \pm 1,8^*$</td> <td>$41,9 \pm 1,3$</td> </tr> <tr> <td>ЧР (сек)</td> <td>$70,6 \pm 1,5$</td> <td>$74,4 \pm 1,6$</td> </tr> <tr> <td>VII ф (%)</td> <td>$95,8 \pm 1,6^*$</td> <td>$90,8 \pm 1,4$</td> </tr> <tr> <td>IX ф (%)</td> <td>$91,7 \pm 1,9^*$</td> <td>$85,8 \pm 1,7$</td> </tr> </tbody> </table> <p>Примітка. * - різниця вірогідна відносно контрольної групи ($p < 0,05$).</p> <p>Усі дані ідентичні. Фальсифікація дослідження. Плагіат.</p>	Показники	Група жінок		основна (n=43)	контрольна (n=34)	Тромбоцити ($10^9/\text{л}$)	$246,4 \pm 3,9$	$242,6 \pm 4,4$	А (%)	$47,8 \pm 1,7^*$	$42,6 \pm 1,5$	Аа (%)	$48,6 \pm 1,6^*$	$36,3 \pm 1,4$	А адф (%)	$52,2 \pm 1,5^*$	$46,3 \pm 1,7$	Ар (%)	$48,1 \pm 1,4$	$44,5 \pm 1,6$	Ф (мг %)	$366,2 \pm 11,3$	$354,4 \pm 12,5$	ТЧ (сек)	$18,6 \pm 1,9$	$23,4 \pm 1,7$	ПТІ (%)	$97,3 \pm 1,6$	$92,7 \pm 1,7$	АПТЧ (сек)	$35,8 \pm 1,8^*$	$41,9 \pm 1,3$	ЧР (сек)	$70,6 \pm 1,5$	$74,4 \pm 1,6$	VII ф (%)	$95,8 \pm 1,6^*$	$90,8 \pm 1,4$	IX ф (%)	$91,7 \pm 1,9^*$	$85,8 \pm 1,7$	<p style="text-align: right;">Таблиця 5.2.1 -</p> <p style="text-align: center;">Показники тромбоцитарного та коагуляційного гемостазу у обстежених жінок ($M \pm m$)</p> <table border="1" data-bbox="900 943 1481 1384"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Показники</th> <th colspan="2">Група жінок</th> </tr> <tr> <th>основна (n=43)</th> <th>контрольна (n=34)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Тромбоцити ($10^9/\text{л}$)</td> <td>$246,4 \pm 3,9$</td> <td>$242,6 \pm 4,4$</td> </tr> <tr> <td>А (%)</td> <td>$47,8 \pm 1,7^*$</td> <td>$42,6 \pm 1,5$</td> </tr> <tr> <td>Аа (%)</td> <td>$48,6 \pm 1,6^*$</td> <td>$36,3 \pm 1,4$</td> </tr> <tr> <td>А адф (%)</td> <td>$52,2 \pm 1,5^*$</td> <td>$46,3 \pm 1,7$</td> </tr> <tr> <td>Ар (%)</td> <td>$48,1 \pm 1,4$</td> <td>$44,5 \pm 1,6$</td> </tr> <tr> <td>Ф (мг %)</td> <td>$366,2 \pm 11,3$</td> <td>$354,4 \pm 12,5$</td> </tr> <tr> <td>ТЧ (сек)</td> <td>$18,6 \pm 1,9$</td> <td>$23,4 \pm 1,7$</td> </tr> <tr> <td>ПТІ (%)</td> <td>$97,3 \pm 1,6$</td> <td>$92,7 \pm 1,7$</td> </tr> <tr> <td>АПТЧ (сек)</td> <td>$35,8 \pm 1,8^*$</td> <td>$41,9 \pm 1,3$</td> </tr> <tr> <td>ЧР (сек)</td> <td>$70,6 \pm 1,5$</td> <td>$74,4 \pm 1,6$</td> </tr> <tr> <td>VII ф (%)</td> <td>$95,8 \pm 1,6^*$</td> <td>$90,8 \pm 1,4$</td> </tr> <tr> <td>IX ф (%)</td> <td>$91,7 \pm 1,9^*$</td> <td>$85,8 \pm 1,7$</td> </tr> </tbody> </table> <p>Примітка. * - різниця вірогідна відносно контрольної групи ($p < 0,05$).</p>	Показники	Група жінок		основна (n=43)	контрольна (n=34)	Тромбоцити ($10^9/\text{л}$)	$246,4 \pm 3,9$	$242,6 \pm 4,4$	А (%)	$47,8 \pm 1,7^*$	$42,6 \pm 1,5$	Аа (%)	$48,6 \pm 1,6^*$	$36,3 \pm 1,4$	А адф (%)	$52,2 \pm 1,5^*$	$46,3 \pm 1,7$	Ар (%)	$48,1 \pm 1,4$	$44,5 \pm 1,6$	Ф (мг %)	$366,2 \pm 11,3$	$354,4 \pm 12,5$	ТЧ (сек)	$18,6 \pm 1,9$	$23,4 \pm 1,7$	ПТІ (%)	$97,3 \pm 1,6$	$92,7 \pm 1,7$	АПТЧ (сек)	$35,8 \pm 1,8^*$	$41,9 \pm 1,3$	ЧР (сек)	$70,6 \pm 1,5$	$74,4 \pm 1,6$	VII ф (%)	$95,8 \pm 1,6^*$	$90,8 \pm 1,4$	IX ф (%)	$91,7 \pm 1,9^*$	$85,8 \pm 1,7$
Показники		Група жінок																																																																																	
	основна (n=43)	контрольна (n=34)																																																																																	
Тромбоцити ($10^9/\text{л}$)	$246,4 \pm 3,9$	$242,6 \pm 4,4$																																																																																	
А (%)	$47,8 \pm 1,7^*$	$42,6 \pm 1,5$																																																																																	
Аа (%)	$48,6 \pm 1,6^*$	$36,3 \pm 1,4$																																																																																	
А адф (%)	$52,2 \pm 1,5^*$	$46,3 \pm 1,7$																																																																																	
Ар (%)	$48,1 \pm 1,4$	$44,5 \pm 1,6$																																																																																	
Ф (мг %)	$366,2 \pm 11,3$	$354,4 \pm 12,5$																																																																																	
ТЧ (сек)	$18,6 \pm 1,9$	$23,4 \pm 1,7$																																																																																	
ПТІ (%)	$97,3 \pm 1,6$	$92,7 \pm 1,7$																																																																																	
АПТЧ (сек)	$35,8 \pm 1,8^*$	$41,9 \pm 1,3$																																																																																	
ЧР (сек)	$70,6 \pm 1,5$	$74,4 \pm 1,6$																																																																																	
VII ф (%)	$95,8 \pm 1,6^*$	$90,8 \pm 1,4$																																																																																	
IX ф (%)	$91,7 \pm 1,9^*$	$85,8 \pm 1,7$																																																																																	
Показники	Група жінок																																																																																		
	основна (n=43)	контрольна (n=34)																																																																																	
Тромбоцити ($10^9/\text{л}$)	$246,4 \pm 3,9$	$242,6 \pm 4,4$																																																																																	
А (%)	$47,8 \pm 1,7^*$	$42,6 \pm 1,5$																																																																																	
Аа (%)	$48,6 \pm 1,6^*$	$36,3 \pm 1,4$																																																																																	
А адф (%)	$52,2 \pm 1,5^*$	$46,3 \pm 1,7$																																																																																	
Ар (%)	$48,1 \pm 1,4$	$44,5 \pm 1,6$																																																																																	
Ф (мг %)	$366,2 \pm 11,3$	$354,4 \pm 12,5$																																																																																	
ТЧ (сек)	$18,6 \pm 1,9$	$23,4 \pm 1,7$																																																																																	
ПТІ (%)	$97,3 \pm 1,6$	$92,7 \pm 1,7$																																																																																	
АПТЧ (сек)	$35,8 \pm 1,8^*$	$41,9 \pm 1,3$																																																																																	
ЧР (сек)	$70,6 \pm 1,5$	$74,4 \pm 1,6$																																																																																	
VII ф (%)	$95,8 \pm 1,6^*$	$90,8 \pm 1,4$																																																																																	
IX ф (%)	$91,7 \pm 1,9^*$	$85,8 \pm 1,7$																																																																																	
<p>С. 47–48.</p>	<p>С. 46.</p>																																																																																		
<p>За показниками протизгортуючої системи (табл. 5.2.2) групи між собою суттєво не відрізнялись за всіма показниками, які нами визначались: анти-тромбін III - $89,7 \pm 1,9\%$ проти $93,6 \pm 1,7\%$ ($p > 0,05$), еуглобуліновий лізис - $194,9 \pm 1,4$ проти $189,4 \pm 3,9\%$ ($p > 0,05$), толерантність плазми до гепарину - $11,8$ проти $10,7 \pm 0,6\%$ ($p > 0,05$).</p> <p>Таким чином, у жінок із хірургічною менопаузою порівняно з особами відповідної категорії із природною менопаузою, вища активність коагуляційних властивостей крові за рахунок підвищення активності тромбоцитарної ланки гемостазу, а саме адгезивності, агрегаційної активності тромбоцитів та активності К -вітамінзалежних факторів згортання VII та IX при майже однаковій активності протизгортуючої системи.</p>	<p>За показниками протизгортуючої системи (табл. 5.2.2) групи між собою суттєво не відрізнялись за всіма показниками, які нами визначались: анти-тромбін III - $89,7 \pm 1,9\%$ проти $93,6 \pm 1,7\%$ ($p > 0,05$), еуглобуліновий лізис - $194,9 \pm 1,4$ проти $189,4 \pm 3,9\%$ ($p > 0,05$), толерантність плазми до гепарину - $11,8$ проти $10,7 \pm 0,6\%$ ($p > 0,05$).</p> <p>Таким чином, у жінок із хірургічною менопаузою порівняно з особами відповідної категорії із природною менопаузою, вища активність коагуляційних властивостей крові за рахунок підвищення активності тромбоцитарної ланки гемостазу, а саме адгезивності, агрегаційної активності тромбоцитів та активності К -вітамінзалежних факторів згортання VII та IX при майже однаковій активності протизгортуючої системи.</p>																																																																																		
<p>С. 48.</p>	<p>С. 46–47.</p>																																																																																		

Показники протизгортуючої системи крові у обстежених жінок (M±m)					Показники протизгортуючої системи крові у обстежених жінок (M±m)				
Група жінок	n	Антитромбін III (%)	Еуглобуліновий лізис (хв)	Толерантність плазми до гепарину (хв)	Група жінок	n	Антитромбін III (%)	Еуглобуліновий лізис (хв)	Толерантність плазми до гепарину (хв)
Основна	43	89,7±1,9	194,9±4,1	11,8±0,7	Основна	43	89,7±1,9	194,9±4,1	11,8±0,7
Контрольна	34	93,6±1,7	189,4±3,9	10,7±0,6	Контрольна	34	93,6±1,7	189,4±3,9	10,7±0,6
Примітка. В усіх випадках p>0,05.					Примітка. В усіх випадках p>0,05.				
Усі дані ідентичні. Фальсифікація дослідження. Плагіат.									
С. 48.					С. 47.				
<p>Це є свідченням більшої схильності жінок із хірургічною постменопаузою до гіперкоагуляції. Такі пацієнтки є групою ризику по розвитку у них венозних тромбозів та церебро- і серцево-судинної патології. Це важливо враховувати при виборі лікувально-профілактичних заходів. Причому відсутність суттєвої різниці між показниками ТЧ, ПТІ, ЧР, Ф, кількості тромбоцитів, які здебільшого використовуються при проведенні скрінінгових обстежень, при наявності достовірних змін показників адгезивності та агрегаційної активності свідчить про необхідність застосування профілактичних заходів, направлених на зниження прокоагулянтних властивостей крові навіть при відсутності патологічних змін показників, отриманих при загальноклінічному обстеженні.</p> <p>У жінок з хірургічною менопаузою, особливо з наявністю інших несприятливих чинників церебральної та серцево-судинної патології (адинамія, цукровий діабет, ожиріння, паління, артеріальна гіпертензія, психоемоційний стрес, варикозне розширення вен), доцільно застосовувати більш поглиблене дослідження показників коагуляційних властивостей крові. При визначенні стану гемостазу у жінок в постменопаузі найбільш інформативними є показники адгезивності, агрегаційної активності тромбоцитів, активованого парціального тромбопластинового часу.</p>					<p>Це є свідченням більшої схильності жінок із хірургічною постменопаузою до гіперкоагуляції. Такі пацієнтки є групою ризику по розвитку у них венозних тромбозів та церебро- і серцево-судинної патології. Це важливо враховувати при виборі лікувально-профілактичних заходів. Причому відсутність суттєвої різниці між показниками ТЧ, ПТІ, ЧР, Ф, кількості тромбоцитів, які здебільшого використовуються при проведенні скрінінгових обстежень, при наявності достовірних змін показників адгезивності та агрегаційної активності свідчить про необхідність застосування профілактичних заходів, направлених на зниження прокоагулянтних властивостей крові навіть при відсутності патологічних змін показників, отриманих при загальноклінічному обстеженні.</p> <p>У жінок з хірургічною менопаузою, особливо з наявністю інших несприятливих чинників церебральної та серцево-судинної патології (адинамія, цукровий діабет, ожиріння, паління, артеріальна гіпертензія, психоемоційний стрес, варикозне розширення вен), доцільно застосовувати більш поглиблене дослідження показників коагуляційних властивостей крові. При визначенні стану гемостазу у жінок в постменопаузі найбільш інформативними є показники адгезивності, агрегаційної активності тромбоцитів, активованого парціального тромбопластинового часу.</p>				
С. 48–49.					С. 47–48.				
<p>У жінок з хірургічною менопаузою слід обмежувати призначення препаратів, які можуть підвищувати коагуляційні властивості крові. Їх застосування можливе тільки за умови поглибленого динамічного клініко-лабораторного контролю.</p> <p>5. 3. Стан судинної системи</p> <p>Більшість науковців вважають, що серед змін, які визначають стан судинної системи з настанням менопаузи, провідне місце займають підвищення артеріального тиску, зміна реактивності судин, зокрема зменшення еластичності, переважання вазоконстрикції над вазодилатацією [202]. У той же час остаточно патогенез цих порушень до сьогодні залишається вивченим не остаточно. На сторінках багатьох видань ці питання продовжують виступати об'єктом для дискусії. Дані відносно взаємозв'язку рівня артеріального тиску та менопаузи досить нечисленні, і часто носять характер гіпотези. В той же час різке підвищення показників артеріального тиску у жінок вікової категорії, що відповідає середньому віку менопаузи, та наявність змін кров'яного тиску в залежності від фази менструального циклу ряд авторів розглядають як аргумент, що підтверджує взаємозв'язок артеріального тиску з рівнем естрогенної насиченості [189, 192].</p>					<p>У жінок з хірургічною менопаузою слід обмежувати призначення препаратів, які можуть підвищувати коагуляційні властивості крові. Їх застосування можливе тільки за умови поглибленого динамічного клініко-лабораторного контролю.</p> <p>5. 3. Стан судинної системи</p> <p>Більшість науковців вважають, що серед змін, які визначають стан судинної системи з настанням менопаузи, провідне місце займають підвищення артеріального тиску, зміна реактивності судин, зокрема зменшення еластичності, переважання вазоконстрикції над вазодилатацією [202]. У той же час остаточно патогенез цих порушень до сьогодні залишається вивченим не остаточно. На сторінках багатьох видань ці питання продовжують виступати об'єктом для дискусії. Дані відносно взаємозв'язку рівня артеріального тиску та менопаузи досить нечисленні, і часто носять характер гіпотези. В той же час різке підвищення показників артеріального тиску у жінок вікової категорії, що відповідає середньому віку менопаузи, та наявність змін кров'яного тиску в залежності від фази менструального циклу ряд авторів розглядають як аргумент, що підтверджує взаємозв'язок артеріального тиску з рівнем естрогенної насиченості [189, 192].</p>				

<p>Нами були визначені середні показники артеріального тиску у жінок постменопаузального віку з тривалістю постменопаузального періоду 2-10 років. Основну групу склали 196 пацієнток із хірургічною менопаузою, контрольну групу – 152 жінки із природною менопаузою.</p> <p>Кількість досліджених осіб була заявлена Чуриною як 60 та 30, а в дисертації Роженка – 196 і 152. Фальсифікація дослідження. Плагіат.</p>	<p>Нами були визначені середні показники артеріального тиску у жінок постменопаузального віку з тривалістю постменопаузального періоду 2-10 років. Основну групу склали 196 пацієнток із хірургічною менопаузою, контрольну групу – 152 жінки із природною менопаузою.</p>																																																										
<p>С. 49.</p> <p style="text-align: right;">Таблиця 5. 3. 1-</p> <p style="text-align: center;">Середні величини показників систолічного артеріального тиску у обстежених жінок (мм. рт. ст.)</p> <table border="1" data-bbox="279 600 868 763"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Термін постменопаузи, роки</th> <th colspan="4">Група жінок</th> </tr> <tr> <th>n</th> <th>основна</th> <th>n</th> <th>контрольна</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1 -2</td> <td>44</td> <td>124,8±6,8^б</td> <td>37</td> <td>117,4±6,7</td> </tr> <tr> <td>2-5</td> <td>52</td> <td>137,7±6,2^а</td> <td>40</td> <td>118,2±6,1</td> </tr> <tr> <td>5-10</td> <td>59</td> <td>142,6±4,8^а</td> <td>36</td> <td>126,3±6,2</td> </tr> <tr> <td>Більше 10</td> <td>41</td> <td>144,8±9,6</td> <td></td> <td>136,8±8,4</td> </tr> </tbody> </table> <p>Примітки: 1.^а - різниця вірогідна відносно контрольної групи (p<0,05); 2.^б - різниця вірогідна відносно постменопаузи 5- 10 та більше 10 років (p<0,05).</p> <p>Усі дані ідентичні. Фальсифікація дослідження. Плагіат.</p>	Термін постменопаузи, роки	Група жінок				n	основна	n	контрольна	1 -2	44	124,8±6,8 ^б	37	117,4±6,7	2-5	52	137,7±6,2 ^а	40	118,2±6,1	5-10	59	142,6±4,8 ^а	36	126,3±6,2	Більше 10	41	144,8±9,6		136,8±8,4	<p>С. 48.</p> <p style="text-align: right;">Таблиця 5. 3. 1-</p> <p style="text-align: center;">Середні величини показників систолічного артеріального тиску у обстежених жінок (мм. рт. ст.)</p> <table border="1" data-bbox="900 600 1481 763"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Термін постменопаузи, роки</th> <th colspan="4">Група жінок</th> </tr> <tr> <th>n</th> <th>основна</th> <th>n</th> <th>контрольна</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1 -2</td> <td>44</td> <td>124,8±6,8^б</td> <td>37</td> <td>117,4±6,7</td> </tr> <tr> <td>2-5</td> <td>52</td> <td>137,7±6,2^а</td> <td>40</td> <td>118,2±6,1</td> </tr> <tr> <td>5-10</td> <td>59</td> <td>142,6±4,8^а</td> <td>36</td> <td>126,3±6,2</td> </tr> <tr> <td>Більше 10</td> <td>41</td> <td>144,8±9,6</td> <td></td> <td>136,8±8,4</td> </tr> </tbody> </table> <p>Примітки: 1.^а - різниця вірогідна відносно контрольної групи (p<0,05); 2.^б - різниця вірогідна відносно постменопаузи 5- 10 та більше 10 років (p<0,05).</p>	Термін постменопаузи, роки	Група жінок				n	основна	n	контрольна	1 -2	44	124,8±6,8 ^б	37	117,4±6,7	2-5	52	137,7±6,2 ^а	40	118,2±6,1	5-10	59	142,6±4,8 ^а	36	126,3±6,2	Більше 10	41	144,8±9,6		136,8±8,4
Термін постменопаузи, роки		Група жінок																																																									
	n	основна	n	контрольна																																																							
1 -2	44	124,8±6,8 ^б	37	117,4±6,7																																																							
2-5	52	137,7±6,2 ^а	40	118,2±6,1																																																							
5-10	59	142,6±4,8 ^а	36	126,3±6,2																																																							
Більше 10	41	144,8±9,6		136,8±8,4																																																							
Термін постменопаузи, роки	Група жінок																																																										
	n	основна	n	контрольна																																																							
1 -2	44	124,8±6,8 ^б	37	117,4±6,7																																																							
2-5	52	137,7±6,2 ^а	40	118,2±6,1																																																							
5-10	59	142,6±4,8 ^а	36	126,3±6,2																																																							
Більше 10	41	144,8±9,6		136,8±8,4																																																							
<p>С. 49–50.</p> <p style="text-align: right;">Таблиця 5.3.2-</p> <p style="text-align: center;">Середні величини показників діастолічного артеріального тиску у обстежених жінок (мм. рт. ст.)</p> <table border="1" data-bbox="279 1055 868 1464"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Термін постменопаузи, роки</th> <th colspan="4">Група жінок</th> </tr> <tr> <th>n</th> <th>основна</th> <th>n</th> <th>контрольна</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1-2</td> <td>44</td> <td>76,5±6,8^{б,а}</td> <td>37</td> <td>72,1 ±6,4</td> </tr> <tr> <td>2-5</td> <td>52</td> <td>87,3±7,7</td> <td>39</td> <td>76,3±6,6</td> </tr> <tr> <td>5-10</td> <td>59</td> <td>94,8±5,4^а</td> <td>40</td> <td>78,7±5,9</td> </tr> <tr> <td>Більше 10</td> <td>41</td> <td>95,4±7,3</td> <td>36</td> <td>81,3±8,1</td> </tr> </tbody> </table> <p>Примітки: 1.^а - різниця вірогідна відносно контрольної групи (p<0,05); 2.^б - різниця вірогідна відносно постменопаузи 5- 10 та більше 10 років (p<0,05).</p> <p>Усі дані ідентичні. Фальсифікація дослідження. Плагіат.</p>	Термін постменопаузи, роки	Група жінок				n	основна	n	контрольна	1-2	44	76,5±6,8 ^{б,а}	37	72,1 ±6,4	2-5	52	87,3±7,7	39	76,3±6,6	5-10	59	94,8±5,4 ^а	40	78,7±5,9	Більше 10	41	95,4±7,3	36	81,3±8,1	<p>С. 48.</p> <p style="text-align: right;">Таблиця 5.3.2-</p> <p style="text-align: center;">Середні величини показників діастолічного артеріального тиску у обстежених жінок (мм. рт. ст.)</p> <table border="1" data-bbox="900 1196 1481 1404"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Термін постменопаузи, роки</th> <th colspan="4">Група жінок</th> </tr> <tr> <th>n</th> <th>основна</th> <th>n</th> <th>контрольна</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1-2</td> <td>44</td> <td>76,5±6,8^{б,а}</td> <td>37</td> <td>72,1 ±6,4</td> </tr> <tr> <td>2-5</td> <td>52</td> <td>87,3±7,7</td> <td>39</td> <td>76,3±6,6</td> </tr> <tr> <td>5-10</td> <td>59</td> <td>94,8±5,4^а</td> <td>40</td> <td>78,7±5,9</td> </tr> <tr> <td>Більше 10</td> <td>41</td> <td>95,4±7,3</td> <td>36</td> <td>81,3±8,1</td> </tr> </tbody> </table> <p>Примітки: 1.^а - різниця вірогідна відносно контрольної групи (p<0,05); 2.^б - різниця вірогідна відносно постменопаузи 5- 10 та більше 10 років (p<0,05).</p>	Термін постменопаузи, роки	Група жінок				n	основна	n	контрольна	1-2	44	76,5±6,8 ^{б,а}	37	72,1 ±6,4	2-5	52	87,3±7,7	39	76,3±6,6	5-10	59	94,8±5,4 ^а	40	78,7±5,9	Більше 10	41	95,4±7,3	36	81,3±8,1
Термін постменопаузи, роки		Група жінок																																																									
	n	основна	n	контрольна																																																							
1-2	44	76,5±6,8 ^{б,а}	37	72,1 ±6,4																																																							
2-5	52	87,3±7,7	39	76,3±6,6																																																							
5-10	59	94,8±5,4 ^а	40	78,7±5,9																																																							
Більше 10	41	95,4±7,3	36	81,3±8,1																																																							
Термін постменопаузи, роки	Група жінок																																																										
	n	основна	n	контрольна																																																							
1-2	44	76,5±6,8 ^{б,а}	37	72,1 ±6,4																																																							
2-5	52	87,3±7,7	39	76,3±6,6																																																							
5-10	59	94,8±5,4 ^а	40	78,7±5,9																																																							
Більше 10	41	95,4±7,3	36	81,3±8,1																																																							
<p>С. 50.</p> <p>У результаті досліджень виявлено (табл.5.3.1, 5.3.2), що у постменопаузі 1-2 роки показники як систолічного, так і діастолічного артеріального тиску у основній груп та у контрольній групі достовірно не відрізнялись. Із збільшенням тривалості постменопаузального періоду (2-5 років) у основній групі мала місце тенденція до зростання систолічного тиску – від 124,8±6,8 до 137,7±6,2 мм.рт.ст. (t=1,4), у контрольній групі ці показники залишались майже незмінними - 117,4±6,7 проти 118, 2±6,1 мм.рт.ст. (p>0,05).</p> <p>Таким чином, у постменопаузі 2-5 років у основній групі середній показник систолічного тиску був достовірно вищим у порівнянні з аналогічним у контрольній групі, за показниками діастолічного тиску</p>	<p>С. 48–49.</p> <p>У результаті досліджень виявлено (табл.5.3.1, 5.3.2), що у постменопаузі 1-2 роки показники як систолічного, так і діастолічного артеріального тиску у основній груп та у контрольній групі достовірно не відрізнялись. Із збільшенням тривалості постменопаузального періоду (2-5 років) у основній групі мала місце тенденція до зростання систолічного тиску – від 124,8±6,8 до 137,7±6,2 мм.рт.ст. (t=1,4), у контрольній групі ці показники залишались майже незмінними - 117,4±6,7 проти 118, 2±6,1 мм.рт.ст. (p>0,05).</p> <p>Таким чином, у постменопаузі 2-5 років у основній групі середній показник систолічного тиску був достовірно вищим у порівнянні з аналогічним у контрольній групі, за показниками діастолічного тиску</p>																																																										

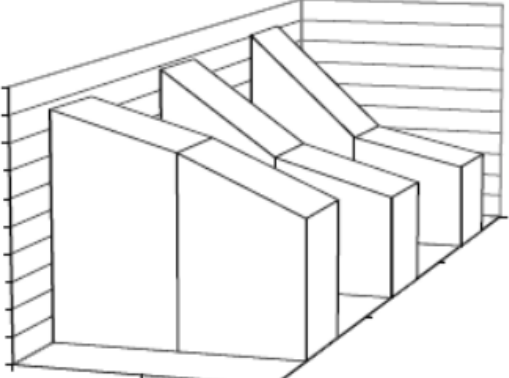
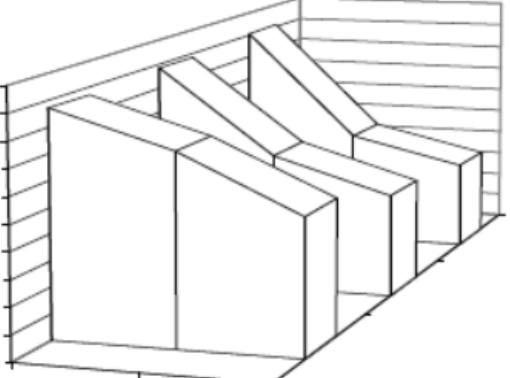
<p>групи не відрізнялись. У постменопаузі 5-10 років середній показник систолічного тиску був достовірно вищим серед пацієнток основної групи $142,6 \pm 4,8$ проти $126,3 \pm 6,2$ мм.рт.ст. ($p < 0,05$), як і середній показник діастолічного тиску - $94,8 \pm 5,4$ проти $78,7 \pm 5,9$ мм.рт.ст. ($p < 0,05$). У постменопаузі більше 10 років середні значення систолічного та діастолічного тиску як в основній, так і у контрольній групі суттєво не відрізнялись: $144, 8 \pm 9,6$ проти $136,8 \pm 8,4$ мм.рт.ст. - для систолічного ($p > 0,05$) та $95, 4 \pm 7,3$ проти $81,3 \pm 8,1$ мм.рт.ст. - для діастолічного тиску ($p > 0,05$).</p> <p>Таким чином, у жінок із хірургічною менопаузою, найбільш суттєве підвищення судинного тону спостерілось у ранньому постменопаузальному періоді і в наступні 5 років. У жінок із природною менопаузою підвищення судинного тону спостерігалось у пізньому постменопаузальному періоді. Звідси, жінки із хірургічною менопаузою - група підвищеного ризику виникнення патології церебрально-серцево-судинної системи.</p> <p>Скопійована помилка: «спостерілось». Усі дані ідентичні. Фальсифікація дослідження. Плагіат.</p>	<p>групи не відрізнялись. У постменопаузі 5-10 років середній показник систолічного тиску був достовірно вищим серед пацієнток основної групи $142,6 \pm 4,8$ проти $126,3 \pm 6,2$ мм.рт.ст. ($p < 0,05$), як і середній показник діастолічного тиску - $94,8 \pm 5,4$ проти $78,7 \pm 5,9$ мм.рт.ст. ($p < 0,05$). У постменопаузі більше 10 років середні значення систолічного та діастолічного тиску як в основній, так і у контрольній групі суттєво не відрізнялись: $144, 8 \pm 9,6$ проти $136,8 \pm 8,4$ мм.рт.ст. - для систолічного ($p > 0,05$) та $95, 4 \pm 7,3$ проти $81,3 \pm 8,1$ мм.рт.ст. - для діастолічного тиску ($p > 0,05$).</p> <p>Таким чином, у жінок із хірургічною менопаузою, найбільш суттєве підвищення судинного тону спостерілось у ранньому постменопаузальному періоді і в наступні 5 років. У жінок із природною менопаузою підвищення судинного тону спостерігалось у пізньому постменопаузальному періоді. Звідси, жінки із хірургічною менопаузою - група підвищеного ризику виникнення патології церебрально-серцево-судинної системи.</p>
<p>С. 50–51.</p>	<p>С. 49.</p>
<p>Схильність у жінок із хірургічною менопаузою до підвищення судинного тону, що виявляється уже в ранньому постменопаузальному періоді, свідчить про необхідність динамічного спостереження за станом судинної системи у з метою своєчасної діагностики і адекватної корекції цих порушень. Особливо це стосується жінок з наявністю обтяжуючих чинників (ожиріння, цукровий діабет, паління, спадковість).</p>	<p>Схильність у жінок із хірургічною менопаузою до підвищення судинного тону, що виявляється уже в ранньому постменопаузальному періоді, свідчить про необхідність динамічного спостереження за станом судинної системи у з метою своєчасної діагностики і адекватної корекції цих порушень. Особливо це стосується жінок з наявністю обтяжуючих чинників (ожиріння, цукровий діабет, паління, спадковість).</p>
<p>С. 51–52.</p>	<p>С. 50.</p>
<p style="text-align: center;">РОЗДІЛ 6 КОРЕКЦІЯ МЕНОПАУЗАЛЬНИХ ПОРУШЕНЬ У ЖІНОК ІЗ ДОБРОЯКІСНИМИ НЕУТОЧНЕНИМИ ПУХЛИНАМИ МАТКИ ТА ДОДАТКІВ</p> <p>Враховуючи, що першочерговими і головними серед постменопаузальних на сьогодні вважаються гормональні зміни, а саме дефіцит естрогенів, і що замісна гормональна терапія – найбільш патогенетично обґрунтований серед існуючих лікувально-профілактичних засобів, а також доведена численними дослідженнями досить високу ефективність ЗГТ у лікуванні клімактеричних розладів [185, 208, 210, 217, 216], ми поставили за мету дослідити клінічну ефективність естрогенних препаратів, що використовуються в якості монотерапії та ефективність комплексного застосування гормональних і негормональних засобів.</p>	<p style="text-align: center;">РОЗДІЛ 6 КОРЕКЦІЯ ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНИХ ПОРУШЕНЬ У ЖІНОК ІЗ ХІРУРГІЧНОЮ МЕНОПАУЗОЮ</p> <p>Враховуючи, що першочерговими і головними серед постменопаузальних на сьогодні вважаються гормональні зміни, а саме дефіцит естрогенів, і що замісна гормональна терапія – найбільш патогенетично обґрунтований серед існуючих лікувально-профілактичних засобів, а також доведена численними дослідженнями досить високу ефективність ЗГТ у лікуванні клімактеричних розладів [185, 208, 210, 217, 216], ми поставили за мету дослідити клінічну ефективність естрогенних препаратів, що використовуються в якості монотерапії та ефективність комплексного застосування гормональних і негормональних засобів.</p>
<p>С. 52.</p>	<p>С. 50–51.</p>
<p>Можливість використання препаратів негормональної дії особливо актуальна для популяції українських жінок, враховуючи традиційно сформоване певне упереджене ставлення їх до застосування ЗГТ, яке обумовлене з одного боку відсутністю достатньої проінформованості населення, а з іншого – боязню виникнення онкопатології в сучасних екологічних умовах України [69, 152].</p> <p>Ми вважаємо що в умовах естрогенного дефіциту при розробці лікувально-профілактичних заходів</p>	<p>Можливість використання препаратів негормональної дії особливо актуальна для популяції українських жінок, враховуючи традиційно сформоване певне упереджене ставлення їх до застосування ЗГТ, яке обумовлене з одного боку відсутністю достатньої проінформованості населення, а з іншого – боязню виникнення онкопатології в сучасних екологічних умовах України [69, 152].</p> <p>Ми вважаємо що в умовах естрогенного дефіциту при розробці лікувально-профілактичних заходів</p>

<p>необхідно підходити з позицій не тільки замісної гормонотерапії але й одномоментного впливу на численні фактори гомеостазу [72, 159].</p> <p>Існує думка, що перевагу слід віддавати засобам, які отримані із сировини природного, зокрема рослинного походження [67]. Вони, як правило, нетоксичні або малотоксичні, виявляють властивості адаптогенів, що стабілізують гомеостаз, підвищують загальну неспецифічну резистентність організму, виявляють широкий спектр впливу і можуть бути використані для лікування багатьох захворювань. Застосування препаратів природного походження дія яких зумовлена стимуляцією та відновленням протекторних та адаптаційних механізмів є одним із кроків до удосконалення медикаментозної терапії постменопаузальних порушень [34].</p>	<p>необхідно підходити з позицій не тільки замісної гормонотерапії але й одномоментного впливу на численні фактори гомеостазу [72, 159].</p> <p>Існує думка, що перевагу слід віддавати засобам, які отримані із сировини природного, зокрема рослинного походження [67]. Вони, як правило, нетоксичні або малотоксичні, виявляють властивості адаптогенів, що стабілізують гомеостаз, підвищують загальну неспецифічну резистентність організму, виявляють широкий спектр впливу і можуть бути використані для лікування багатьох захворювань. Застосування препаратів природного походження дія яких зумовлена стимуляцією та відновленням протекторних та адаптаційних механізмів є одним із кроків до удосконалення медикаментозної терапії постменопаузальних порушень [34].</p>
<p>С. 52–53.</p>	<p>С. 51.</p>
<p>Враховуючи рецептор-опосередковану та рецептор-неопосередковану естроген модулюючу дію флавоноїдів, які впливають як агоністи естрогенів на кісткову тканину, клітини головного мозку, серця, ліпідний обмін, і тканини уrogenітального тракту, шкіру та її додатки, слизові оболонки, і як антагоністи естрогенів - на процеси проліферації в тканинах молочної залози та ендометрію [207, 211, 213], ми включили до лікувального комплексу вітчизняний рослинний препарат «Вітокан» . При цьому ми враховували і те, що рядом досліджень [81,82] доведена також його седативна, атистресорна, імуномодулююча та детоксикаційна дія, що патогенетично обумовлює його застосування, з урахуванням особливостей клінічного перебігу ранніх та пізніх постменопаузальних ускладнень. Комплексна дія даного лікарського засобу зумовлена синергічними ефектами біологічно активних речовин, що входять до його складу. В склад Вітокану входять 20 рослин котрі ростуть у нашій кліматичній зоні та володіють різними лікувальними властивостями [81]. Основною діючою речовиною є фітоестрогени – представники класу біофлавоноїдів, що мають гормоноподібні, а саме – естрогенподібні властивості. Фітоестрогени містяться в рослинах і грибах в чистому вигляді або в якості попередників сполук з естрогенною активністю. Біохімічний аналіз вказує на те, що фітоестрогени по структурі володіють схожими властивостями з ендогенними естрогенами та мають близьку з ними молекулярну масу. Вказані властивості властивості дозволяють їм зв'язуватись з естрогеновими рецепторами. Гормоноподібна активність фітоестрогенів може бути пов'язана і з іншими механізмами. Виявлена властивість естрогенів стимулювати утворення в печінці глобулінів, які зв'язують статеві стероїди [81] і таким шляхом змінювати біологічну активність ендогенних статевих гормонів. Прикладом рослин, що входять до складу Вітокану, може бути звіробій звичайний, календула аптечна, солодка гола, хвощ польовий, часник, суниця лісова, шавлія лікарська, лопух великий, лепеха болотяна.</p>	<p>Враховуючи рецептор-опосередковану та рецептор-неопосередковану естроген модулюючу дію флавоноїдів, які впливають як агоністи естрогенів на кісткову тканину, клітини головного мозку, серця, ліпідний обмін, і тканини уrogenітального тракту, шкіру та її додатки, слизові оболонки, і як антагоністи естрогенів - на процеси проліферації в тканинах молочної залози та ендометрію [207, 211, 213], ми включили до лікувального комплексу вітчизняний рослинний препарат «Вітокан» . При цьому ми враховували і те, що рядом досліджень [81,82] доведена також його седативна, атистресорна, імуномодулююча та детоксикаційна дія, що патогенетично обумовлює його застосування, з урахуванням особливостей клінічного перебігу ранніх та пізніх постменопаузальних ускладнень. Комплексна дія даного лікарського засобу зумовлена синергічними ефектами біологічно активних речовин, що входять до його складу. В склад Вітокану входять 20 рослин котрі ростуть у нашій кліматичній зоні та володіють різними лікувальними властивостями [81]. Основною діючою речовиною є фітоестрогени – представники класу біофлавоноїдів, що мають гормоноподібні, а саме – естрогенподібні властивості. Фітоестрогени містяться в рослинах і грибах в чистому вигляді або в якості попередників сполук з естрогенною активністю. Біохімічний аналіз вказує на те, що фітоестрогени по структурі володіють схожими властивостями з ендогенними естрогенами та мають близьку з ними молекулярну масу. Вказані властивості властивості дозволяють їм зв'язуватись з естрогеновими рецепторами. Гормоноподібна активність фітоестрогенів може бути пов'язана і з іншими механізмами. Виявлена властивість естрогенів стимулювати утворення в печінці глобулінів, які зв'язують статеві стероїди [81] і таким шляхом змінювати біологічну активність ендогенних статевих гормонів. Прикладом рослин, що входять до складу Вітокану, може бути звіробій звичайний, календула аптечна, солодка гола, хвощ польовий, часник, суниця лісова, шавлія лікарська, лопух великий, лепеха болотяна.</p>
<p>С. 53.</p>	<p>С. 51–52.</p>
<p>Особливо варто відзначити чагу, або березовий гриб, який є не тільки стимулятором захисних сил організму та обміну речовин , але й має властивість підвищувати активність ендогенних естрогенів.</p> <p>Стабілізація емоційного стану досягається завдяки нейротропному впливу компонентів препарату. Звіробій та глід чинять антидепресивний та се-</p>	<p>Особливо варто відзначити чагу, або березовий гриб, який є не тільки стимулятором захисних сил організму та обміну речовин , але й має властивість підвищувати активність ендогенних естрогенів.</p> <p>Стабілізація емоційного стану досягається завдяки нейротропному впливу компонентів препарату. Звіробій та глід чинять антидепресивний та се-</p>

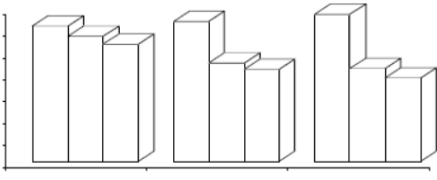
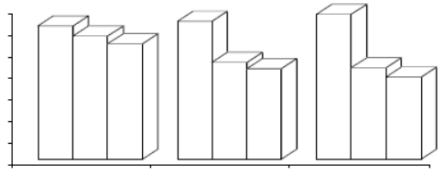
<p>дативний ефект. Шипшина нормалізує рівень катехоламінів. Суниця нормалізує сон. Лепеха та барвінок здатні покращувати мозковий кровообіг та утилізацію кисню клітинами мозку. Чорні порічки активують розумові процеси. Чага також володіє стимулюючим впливом на центральну нервову систему.</p> <p>Практично всі трави, що входять до складу Вітокану, володіють в тій чи іншій мірі протизапальною та анальгезуючою дією, що патогенетично обґрунтовано при дизурії та диспареунії. Солодка гола стимулює роботу муцинозних клітин слизових оболонок, що успішно доповнює естрогеноподібний ефект та призводить до зволоження стінок піхви та сечовипускного каналу. Її здатність усувати спазм гладкої мускулатури полегшує прояви диспареунії. До того ж часник та лепеха мають властивості афродизаяків.</p> <p>Скопійована помилка: «афродизаяків». Плагіат.</p>	<p>дативний ефект. Шипшина нормалізує рівень катехоламінів. Суниця нормалізує сон. Лепеха та барвінок здатні покращувати мозковий кровообіг та утилізацію кисню клітинами мозку. Чорні порічки активують розумові процеси. Чага також володіє стимулюючим впливом на центральну нервову систему.</p> <p>Практично всі трави, що входять до складу Вітокану, володіють в тій чи іншій мірі протизапальною та анальгезуючою дією, що патогенетично обґрунтовано при дизурії та диспареунії. Солодка гола стимулює роботу муцинозних клітин слизових оболонок, що успішно доповнює естрогеноподібний ефект та призводить до зволоження стінок піхви та сечовипускного каналу. Її здатність усувати спазм гладкої мускулатури полегшує прояви диспареунії. До того ж часник та лепеха мають властивості афродизаяків.</p>
<p>С. 53–54.</p>	<p>С. 52.</p>
<p>Відомо, що із зниженням рівня естрогенів в організмі зростає ризик серцево-судинних захворювань, остеопорозу. Підвищення онкологічних захворювань припадає також на перименопаузу. Тому варто звернути увагу на профілактику вище вказаних станів. Календула, кінський щавель, калина, глід, барвінок володіють гіпотензивною дією. Кардіотонічний вплив чинить календула. Глід також усуває синусову тахікардію, знижує рівень холестерину та перешкоджає розвитку атеросклерозу. Ангіопротекторними властивостями володіє також часник, суниця та лепеха [249]. Профілактикою остеопорозу може слугувати стимуляція мінерального обміну активними речовинами лопуха та Ca і P, що містяться у суниці. Часник також перешкоджає розвитку цього захворювання. Чорні порічки та ехінацея є онкопротекторами. Сечогінні властивості сухоцвіту піщого, золототисячника звичайного, калини, хвоща, суниці, шавлія, лопуха, чорних порічок та лепехи усувають та в деякій мірі знижують артеріальний тиск. Покращенню загального самопочуття сприяє нормалізація травлення, підвищення спроможності імунітета, нормалізація сну. Кінський щавель стимулює моторику товстого кишківника, сухоцвіт – шлункову секрецію. Золототисячник, хвощ, звіробій, шавлія, лепеха та щавель володіють жовчогінною дією. Лопух нормалізує функцію підшлункової залози. Чага та шипшина активують ферментні системи. Загальна опірність організму підвищується за рахунок таких потужних імуностимуляторів як ехінацея, чага, часник, шипшина, чорні порічки.</p>	<p>Відомо, що із зниженням рівня естрогенів в організмі зростає ризик серцево-судинних захворювань, остеопорозу. Підвищення онкологічних захворювань припадає також на перименопаузу. Тому варто звернути увагу на профілактику вище вказаних станів. Календула, кінський щавель, калина, глід, барвінок володіють гіпотензивною дією. Кардіотонічний вплив чинить календула. Глід також усуває синусову тахікардію, знижує рівень холестерину та перешкоджає розвитку атеросклерозу. Ангіопротекторними властивостями володіє також часник, суниця та лепеха [249]. Профілактикою остеопорозу може слугувати стимуляція мінерального обміну активними речовинами лопуха та Ca і P, що містяться у суниці. Часник також перешкоджає розвитку цього захворювання. Чорні порічки та ехінацея є онкопротекторами. Сечогінні властивості сухоцвіту піщого, золототисячника звичайного, калини, хвоща, суниці, шавлія, лопуха, чорних порічок та лепехи усувають та в деякій мірі знижують артеріальний тиск. Покращенню загального самопочуття сприяє нормалізація травлення, підвищення спроможності імунітета, нормалізація сну. Кінський щавель стимулює моторику товстого кишківника, сухоцвіт – шлункову секрецію. Золототисячник, хвощ, звіробій, шавлія, лепеха та щавель володіють жовчогінною дією. Лопух нормалізує функцію підшлункової залози. Чага та шипшина активують ферментні системи. Загальна опірність організму підвищується за рахунок таких потужних імуностимуляторів як ехінацея, чага, часник, шипшина, чорні порічки.</p>
<p>С. 54.</p>	<p>С. 52–53.</p>
<p>Наявність негативних зовнішніх чинників, що впливають на стан гепатобіліарної системи, в тому числі несприятливі наслідки які передували чи були причиною перенесеному оперативному втручання, обумовлює необхідність проведення гепатопротекторної терапії при лікуванні патології постменопаузи у обстежених нами жінок. В якості гепатопротекторного препарату нами був обраний Ессенціале – есенціальні фосфоліпіди, які по своїй хімічній структурі подібні до ендогенних мембранних фосфоліпідів, перевершуючи їх по своїх функціональних властивостях за рахунок високого вмісту в них поліненасичених жирних кислот, особливо лінолевої кислоти. Фосфоліпіди є основними структурни-</p>	<p>Наявність негативних зовнішніх чинників, що впливають на стан гепатобіліарної системи, в тому числі несприятливі наслідки які передували чи були причиною перенесеному оперативному втручання, обумовлює необхідність проведення гепатопротекторної терапії при лікуванні патології постменопаузи у обстежених нами жінок. В якості гепатопротекторного препарату нами був обраний Ессенціале – есенціальні фосфоліпіди, які по своїй хімічній структурі подібні до ендогенних мембранних фосфоліпідів, перевершуючи їх по своїх функціональних властивостях за рахунок високого вмісту в них поліненасичених жирних кислот, особливо лінолевої кислоти. Фосфоліпіди є основними структурни-</p>

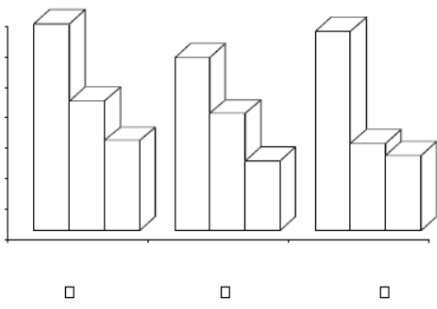
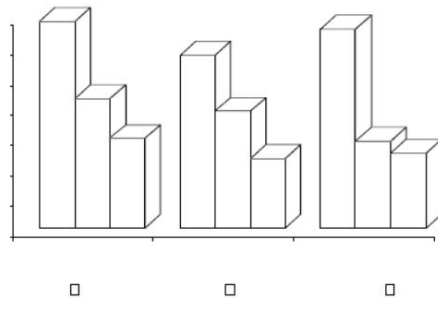
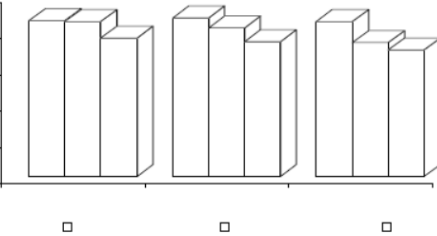
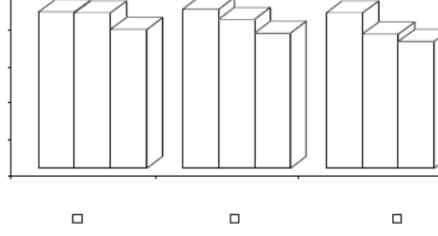
<p>ми елементами клітинних мембран і органел, беруть участь в диференціації, діленні і регенерації клітин. Функціональне значення фосфоліпідів ґрунтується на їх амфіфільних властивостях, які дозволяють регулювати проникність клітинної оболонки, покращують функцію мембран, зокрема іонний обмін, процес внутріклітинного дихання, біологічного окислення, впливають на синтез ферментів внутрішньоклітинного дихання в мітохондріях, також на процес окислювального фосфорилування в енергетичному обміні клітин. У фізіологічних умовах синтез фосфоліпідів задовольняє нормальні потреби гепатоцитів, які містять достатню кількість фосфоліпідів. При дефіциті фосфоліпідів відбувається порушення жирового обміну, що приводить до жирової дистрофії печінки. Завдяки своїм фармакологічним властивостям Есенціале усуває вказані порушення, сприяє регенерації клітинних мембран, реактивує порушені мембранозв'язані ферментні системи і рецептори, підвищує детоксикаційну здатність печінки і таким чином нормалізує її функцію, [87] що патогенетично обумовлює доцільність застосування його в лікуванні клімактеричних розладів. Препарат використовували по 1 капсулі тричі на день під час їжі, не розжовуючи та запиваючи невеликою кількістю води.</p> <p>Скопійована помилка: «детоксикаційну». Плагіат.</p>	<p>ми елементами клітинних мембран і органел, беруть участь в диференціації, діленні і регенерації клітин. Функціональне значення фосфоліпідів ґрунтується на їх амфіфільних властивостях, які дозволяють регулювати проникність клітинної оболонки, покращують функцію мембран, зокрема іонний обмін, процес внутріклітинного дихання, біологічного окислення, впливають на синтез ферментів внутрішньоклітинного дихання в мітохондріях, також на процес окислювального фосфорилування в енергетичному обміні клітин. У фізіологічних умовах синтез фосфоліпідів задовольняє нормальні потреби гепатоцитів, які містять достатню кількість фосфоліпідів. При дефіциті фосфоліпідів відбувається порушення жирового обміну, що приводить до жирової дистрофії печінки. Завдяки своїм фармакологічним властивостям Есенціале усуває вказані порушення, сприяє регенерації клітинних мембран, реактивує порушені мембранозв'язані ферментні системи і рецептори, підвищує детоксикаційну здатність печінки і таким чином нормалізує її функцію, [87] що патогенетично обумовлює доцільність застосування його в лікуванні клімактеричних розладів. Препарат використовували по 1 капсулі тричі на день під час їжі, не розжовуючи та запиваючи невеликою кількістю води.</p>
<p>С. 55.</p>	<p>С. 53–54.</p>
<p>Враховуючи деструктивні зміни в структурно-функціональному стані кісткової тканини, що мають місце в пізньому постменопаузальному періоді у жінок із гістерооваріоектомією, до лікувальних комплексів ми включили препарат кальцій-Дз нікомед, 1 таблетка якого містить кальцію карбонату 1250 мг (еквівалентно 500 мг кальцію), холекальциферол (вітамін Дз) 200 МО. Препарат поповнює дефіцит кальцію та вітаміну Д, оскільки вживання 1500 мг кальцію на добу необхідне жіночому організму, особливо у постменопаузі та при застосуванні антирезорбентів, а вітамін Д – необхідний компонент для покращення всмоктування кальцію в тонкому кишковому та для посилення мінералізації кісткової тканини [74, 223].</p> <p>В усьому світі для лікування не тільки ранніх постменопаузальних ускладнень, а й з метою тривалої профілактики пізніх ускладнень - серцево-судинних захворювань, остеопорозу [4, 41], хвороби Альцгеймера та іншої патології, що сприяє старінню жіночого організму використовують замісну гормональну терапію [139].</p> <p>За останні роки проведена значна кількість досліджень впливу ЗГТ на організм. Більшістю авторів ЗГТ визнана як один з найбільш патогенетично обґрунтованих методів корекції клімактеричних розладів, але ряд питань залишаються вирішеними не остаточно. Відсутність чітких рекомендацій для їх тривалого застосування, що розширило б можливість для індивідуального підбору ЗГТ з метою отримання максимального ефекту та уникнення небажаних ефектів, одна з причин упередженого ставлення до гормонального лікування як з боку пацієнтів, так і ряду лікарів.</p> <p>У зв'язку з цим при виборі препарату для ЗГТ у обстежених нами жінок враховували те, що біологічна дія естрогенів в цілому на організм залежить від виду гормону, від дози та шляху його введення.</p>	<p>Враховуючи деструктивні зміни в структурно-функціональному стані кісткової тканини, що мають місце в пізньому постменопаузальному періоді у жінок із гістерооваріоектомією, до лікувальних комплексів ми включили препарат кальцій-Дз нікомед, 1 таблетка якого містить кальцію карбонату 1250 мг (еквівалентно 500 мг кальцію), холекальциферол (вітамін Дз) 200 МО. Препарат поповнює дефіцит кальцію та вітаміну Д, оскільки вживання 1500 мг кальцію на добу необхідне жіночому організму, особливо у постменопаузі та при застосуванні антирезорбентів, а вітамін Д – необхідний компонент для покращення всмоктування кальцію в тонкому кишковому та для посилення мінералізації кісткової тканини [74, 223].</p> <p>В усьому світі для лікування не тільки ранніх постменопаузальних ускладнень, а й з метою тривалої профілактики пізніх ускладнень - серцево-судинних захворювань, остеопорозу [4, 41], хвороби Альцгеймера та іншої патології, що сприяє старінню жіночого організму використовують замісну гормональну терапію [139].</p> <p>За останні роки проведена значна кількість досліджень впливу ЗГТ на організм. Більшістю авторів ЗГТ визнана як один з найбільш патогенетично обґрунтованих методів корекції клімактеричних розладів, але ряд питань залишаються вирішеними не остаточно. Відсутність чітких рекомендацій для їх тривалого застосування, що розширило б можливість для індивідуального підбору ЗГТ з метою отримання максимального ефекту та уникнення небажаних ефектів, одна з причин упередженого ставлення до гормонального лікування як з боку пацієнтів, так і ряду лікарів.</p> <p>У зв'язку з цим при виборі препарату для ЗГТ у обстежених нами жінок враховували те, що біологічна дія естрогенів в цілому на організм залежить від виду гормону, від дози та шляху його введення.</p>

<p>Скопійована помилка: «біологічна». Плагіат.</p>	
<p>С. 55–56.</p>	<p>С. 54.</p>
<p>Так як орально призначені естрогени в шлунково-кишковому тракті частково перетворюються в естрон і зазнають в печінці первинного метаболізму, перетворюючись в біологічно неактивні сульфатні форми, при пероральному застосуванні необхідні більш високі дози для досягнення терапевтичної концентрації у сироватці крові [111]. Ми надавали перевагу трансдермальному застосуванню естрогенів -17β-естрадіолу 1,5мг/добу (Естрожель), яке зводить до мінімуму можливість розвитку таких патологічних станів як холелітіаз, гіпертензія, гіпертригліцеридемія, порушення вуглеводного обміну, зростання коагуляційних властивостей крові та інше. З метою забезпечення протекторної дії на ендометрій у жінок з природною менопаузою одночасно призначали гестагени, в якості якого було використано 200мг/добу мікронізованого натурального прогестерону перорально (утрожестан) у постійному режимі [16].</p>	<p>Так як орально призначені естрогени в шлунково-кишковому тракті частково перетворюються в естрон і зазнають в печінці первинного метаболізму, перетворюючись в біологічно неактивні сульфатні форми, при пероральному застосуванні необхідні більш високі дози для досягнення терапевтичної концентрації у сироватці крові [111]. Ми надавали перевагу трансдермальному застосуванню естрогенів -17β-естрадіолу 1,5мг/добу (Естрожель), яке зводить до мінімуму можливість розвитку таких патологічних станів як холелітіаз, гіпертензія, гіпертригліцеридемія, порушення вуглеводного обміну, зростання коагуляційних властивостей крові та інше. З метою забезпечення протекторної дії на ендометрій у жінок з природною менопаузою одночасно призначали гестагени, в якості якого було використано 200мг/добу мікронізованого натурального прогестерону перорально (утрожестан) у постійному режимі [16].</p>
<p>С. 56.</p>	<p>С. 54–55.</p>
<p>З урахуванням вищезазначеного нами були розроблені і апробовані в клініці наступні лікувальні медикаментозні комплекси.</p> <p>Комплекс I включав препарати ЗГТ у вигляді монотерапії або у комбінації естрожелю з утрожестаном (у постійному режимі під час природної менопаузи). Комплекс II складався із групи негормональних препаратів (Вітокан по 30 кр. 3 рази на добу (запивати ½ склянки теплої води) за 15-30 хв до їжі; Кальцій-Д3 нікомед по 1 таблетці двічі на день; Ессенціале по 1 капсулі тричі на день під час їжі, не розжовуючи та запиваючи невеликою кількістю води).</p> <p>З метою перевірки ефективності розроблених лікувально-профілактичних комплексів нами обстежено 93 жінки, з тривалістю постменопаузального періоду до 5 років. Жінки цієї групи методом рандомізації були розподілені на 3 підгрупи. Так, 31 жінка із нормальним перебігом природної менопаузи, що застосовувала комплекс I (ЗГТ), склали підгрупу А; 28 пацієнток із хірургічною менопаузою, яким також призначали комплекс I (ЗГТ) - підгрупу Б; 34 жінки із хірургічною менопаузою, які отримували запропонований нами комплекс II (не гормональна терапія) на фоні ЗГТ, склали підгрупу В. Підгрупи були порівнянні за віком, віком менопаузи, індексом маси тіла, тривалістю постменопаузального періоду та ступенем важкості КС на момент початку лікування.</p> <p>Всім жінкам проводилось клінічне обстеження з обчисленням ІК, вимірювали час виконання коректурної проби та пошуку чисел за таблицями Шульте, визначали середні показники АТ. Для порівняльної оцінки клінічної ефективності різних методів лікування визначали ІПП та СП. У обмеженого контингенту (63 пацієнтки) досліджували показники ліпідного обміну, стан згортуючої та протизгортуючої систем крові. Клінічні прояви КС визначали через 1 та через 3 місяці терапії, а дослідження метаболічних показників - через 3 та 6 місяців.</p> <p>У результаті проведених досліджень виявлено (табл. 6.1), що у підгрупі В у результаті застосування запропонованого лікувального комплексу через місяць КС набув більш легкого перебігу. Про це</p>	<p>З урахуванням вищезазначеного нами були розроблені і апробовані в клініці наступні лікувальні медикаментозні комплекси.</p> <p>Комплекс I включав препарати ЗГТ у вигляді монотерапії або у комбінації естрожелю з утрожестаном (у постійному режимі під час природної менопаузи). Комплекс II складався із групи негормональних препаратів (Вітокан по 30 кр. 3 рази на добу (запивати ½ склянки теплої води) за 15-30 хв до їжі; Кальцій-Д3 нікомед по 1 таблетці двічі на день; Ессенціале по 1 капсулі тричі на день під час їжі, не розжовуючи та запиваючи невеликою кількістю води).</p> <p>З метою перевірки ефективності розроблених лікувально-профілактичних комплексів нами обстежено 93 жінки, з тривалістю постменопаузального періоду до 5 років. Жінки цієї групи методом рандомізації були розподілені на 3 підгрупи. Так, 31 жінка із нормальним перебігом природної менопаузи, що застосовувала комплекс I (ЗГТ), склали підгрупу А; 28 пацієнток із хірургічною менопаузою, яким також призначали комплекс I (ЗГТ) - підгрупу Б; 34 жінки із хірургічною менопаузою, які отримували запропонований нами комплекс II (не гормональна терапія) на фоні ЗГТ, склали підгрупу В. Підгрупи були порівнянні за віком, віком менопаузи, індексом маси тіла, тривалістю постменопаузального періоду та ступенем важкості КС на момент початку лікування.</p> <p>Всім жінкам проводилось клінічне обстеження з обчисленням ІК, вимірювали час виконання коректурної проби та пошуку чисел за таблицями Шульте, визначали середні показники АТ. Для порівняльної оцінки клінічної ефективності різних методів лікування визначали ІПП та СП. У обмеженого контингенту (63 пацієнтки) досліджували показники ліпідного обміну, стан згортуючої та протизгортуючої систем крові. Клінічні прояви КС визначали через 1 та через 3 місяці терапії, а дослідження метаболічних показників - через 3 та 6 місяців.</p> <p>У результаті проведених досліджень виявлено (табл. 6.1), що у підгрупі В у результаті застосування запропонованого лікувального комплексу через місяць КС набув більш легкого перебігу. Про це</p>

<p>свідчила тенденція до зниження питомої ваги жінок з тяжким ступенем КС з 45,16 до 29,03% ($t=1,31$), а через 3 місяці з достовірно зменшилась питома вага жінок з середнім ступенем КС з 54,84 до 25,8% ($p<0,05$).</p> <p>Усі дані ідентичні. Фальсифікація дослідження. Плагіат.</p>	<p>свідчила тенденція до зниження питомої ваги жінок з тяжким ступенем КС з 45,16 до 29,03% ($t=1,31$), а через 3 місяці з достовірно зменшилась питома вага жінок з середнім ступенем КС з 54,84 до 25,8% ($p<0,05$).</p>
<p>С. 56–57.</p>	<p>С. 55.</p>
<p>При застосуванні ЗГТ як у вигляді монотерапії (підгрупа Б), так і у поєднанні з негормональним лікувальним комплексом (підгрупа В), уже через 1 місяць у жодної з пацієнок не виявлено тяжкого ступеню вираженості КС. Через 3 місяці у підгрупі В достовірно зменшилась питома вага пацієнок із середнім ступенем КС з 57,14 до 7,14% ($p<0,05$).</p>	<p>При застосуванні ЗГТ як у вигляді монотерапії (підгрупа Б), так і у поєднанні з негормональним лікувальним комплексом (підгрупа В), уже через 1 місяць у жодної з пацієнок не виявлено тяжкого ступеню вираженості КС. Через 3 місяці у підгрупі В достовірно зменшилась питома вага пацієнок із середнім ступенем КС з 57,14 до 7,14% ($p<0,05$).</p>
<p>С. 57.</p>	<p>С. 55–56.</p>
<p>При застосуванні ЗГТ у поєднанні з негормональним лікувальним комплексом (підгрупа В) уже через 1 місяць питома вага жінок із середнім ступенем вираженості КС достовірно зменшилась з 55,88 до 23,53% ($p<0,05$), через 3 місяці у більшій половині пацієнок цієї підгрупи (в 70,58%) не було виявлено КС, а у решти (29,42%) він мав легкий ступінь тяжкості.</p> <p>Таким чином, у результаті аналізу отриманих даних можна сказати, що застосування негормонального лікування сприяє здебільшого зменшенню інтенсивності клінічних проявів клімактеричного синдрому, в той час як застосування ЗГТ у більшості випадків призводить до повного зникнення симптоматики ранніх постменопаузальних порушень, причому при використанні ЗГТ з негормональним лікувальним комплексом такий ефект досягається раніше.</p> <p>Динаміка зворотнього розвитку клінічної симптоматики КС за показниками ІК (діаграма. 6.1) свідчила про те, що найбільша клінічна ефективність виявилась при застосуванні комбінованої терапії, що включала як ЗГТ, так і засоби негормонального впливу. Так в підгрупі В ІК вже через 1 місяць лікування зменшився на $8,92 \pm 0,86$ бали, тоді як при використанні тільки ЗГТ (підгрупа Б) - на $6,8 \pm 0,67$ балів, а підгрупа А - тільки на $2,34 \pm 0,21$ бали. Після трьох місяців лікування достовірної різниці ІК в підгрупах Б і В не виявлено. Однак достовірно зменшення показників ІК через 3 місяці терапії взагалі підтверджує можливість використання комплексу негормональної терапії при наявності протипоказань для ЗГТ.</p>	<p>При застосуванні ЗГТ у поєднанні з негормональним лікувальним комплексом (підгрупа В) уже через 1 місяць питома вага жінок із середнім ступенем вираженості КС достовірно зменшилась з 55,88 до 23,53% ($p<0,05$), через 3 місяці у більшій половині пацієнок цієї підгрупи (в 70,58%) не було виявлено КС, а у решти (29,42%) він мав легкий ступінь тяжкості.</p> <p>Таким чином, у результаті аналізу отриманих даних можна сказати, що застосування негормонального лікування сприяє здебільшого зменшенню інтенсивності клінічних проявів клімактеричного синдрому, в той час як застосування ЗГТ у більшості випадків призводить до повного зникнення симптоматики ранніх постменопаузальних порушень, причому при використанні ЗГТ з негормональним лікувальним комплексом такий ефект досягається раніше.</p> <p>Динаміка зворотнього розвитку клінічної симптоматики КС за показниками ІК (діаграма. 6.1) свідчила про те, що найбільша клінічна ефективність виявилась при застосуванні комбінованої терапії, що включала як ЗГТ, так і засоби негормонального впливу. Так в підгрупі В ІК вже через 1 місяць лікування зменшився на $8,92 \pm 0,86$ бали, тоді як при використанні тільки ЗГТ (підгрупа Б) - на $6,8 \pm 0,67$ балів, а підгрупа А - тільки на $2,34 \pm 0,21$ бали. Після трьох місяців лікування достовірної різниці ІК в підгрупах Б і В не виявлено. Однак достовірно зменшення показників ІК через 3 місяці терапії взагалі підтверджує можливість використання комплексу негормональної терапії при наявності протипоказань для ЗГТ.</p>
<p>С. 57.</p>	<p>С. 56.</p>
	

<p>С. 58.</p>	<p>С. 56.</p>																																																														
<p>Діаграма. 6.1. Динаміка середніх показників Індексу Куппермана у обстежених жінок при застосуванні різних методів лікування.</p> <p>Динаміка зворотнього розвитку клінічної симптоматики КС у обстежених жінок при використанні різних методів лікування у постменопаузі оцінювалась також шляхом обчислення ІПП та СП.</p>	<p>Діаграма. 6.1. Динаміка середніх показників Індексу Куппермана у обстежених жінок при застосуванні різних методів лікування.</p> <p>Динаміка зворотнього розвитку клінічної симптоматики КС у обстежених жінок при використанні різних методів лікування у постменопаузі оцінювалась також шляхом обчислення ІПП та СП.</p>																																																														
<p>С. 58.</p>	<p>С. 56.</p>																																																														
<p style="text-align: center;">Таблиця 6.2- Динаміка клінічних проявів КС за даними ІПП та СП у обстежених жінок при застосуванні різних методів лікування</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Термін обстеження</th> <th colspan="3">Підгрупа жінок</th> </tr> <tr> <th>A(n=31)</th> <th>Б (n=28)</th> <th>В (n=34)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>До лікування:</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="3">Через 1 місяць:</td> <td>ІПП</td> <td>184,63</td> <td>189,54</td> </tr> <tr> <td>ІПП₁</td> <td>174,28</td> <td>162,16</td> </tr> <tr> <td>СП₁</td> <td>10,35</td> <td>27,38</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">Через 3 місяці:</td> <td>ІПП₂</td> <td>159,84</td> <td>132,45</td> </tr> <tr> <td>ІПП₂</td> <td>14,44</td> <td>29,71</td> </tr> <tr> <td>СП₂</td> <td></td> <td>48,39</td> </tr> </tbody> </table> <p>Усі дані ідентичні. Фальсифікація дослідження. Плагіат.</p>	Термін обстеження	Підгрупа жінок			A(n=31)	Б (n=28)	В (n=34)	До лікування:				Через 1 місяць:	ІПП	184,63	189,54	ІПП ₁	174,28	162,16	СП ₁	10,35	27,38	Через 3 місяці:	ІПП ₂	159,84	132,45	ІПП ₂	14,44	29,71	СП ₂		48,39	<p style="text-align: center;">Таблиця 6.2- Динаміка клінічних проявів КС за даними ІПП та СП у обстежених жінок при застосуванні різних методів лікування</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Термін обстеження</th> <th colspan="3">Підгрупа жінок</th> </tr> <tr> <th>A(n=31)</th> <th>Б (n=28)</th> <th>В (n=34)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>До лікування:</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="3">Через 1 місяць:</td> <td>ІПП</td> <td>184,63</td> <td>189,54</td> </tr> <tr> <td>ІПП₁</td> <td>174,28</td> <td>162,16</td> </tr> <tr> <td>СП₁</td> <td>10,35</td> <td>27,38</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">Через 3 місяці:</td> <td>ІПП₂</td> <td>159,84</td> <td>132,45</td> </tr> <tr> <td>ІПП₂</td> <td>14,44</td> <td>29,71</td> </tr> <tr> <td>СП₂</td> <td></td> <td>48,39</td> </tr> </tbody> </table>	Термін обстеження	Підгрупа жінок			A(n=31)	Б (n=28)	В (n=34)	До лікування:				Через 1 місяць:	ІПП	184,63	189,54	ІПП ₁	174,28	162,16	СП ₁	10,35	27,38	Через 3 місяці:	ІПП ₂	159,84	132,45	ІПП ₂	14,44	29,71	СП ₂		48,39
Термін обстеження		Підгрупа жінок																																																													
	A(n=31)	Б (n=28)	В (n=34)																																																												
До лікування:																																																															
Через 1 місяць:	ІПП	184,63	189,54																																																												
	ІПП ₁	174,28	162,16																																																												
	СП ₁	10,35	27,38																																																												
Через 3 місяці:	ІПП ₂	159,84	132,45																																																												
	ІПП ₂	14,44	29,71																																																												
	СП ₂		48,39																																																												
Термін обстеження	Підгрупа жінок																																																														
	A(n=31)	Б (n=28)	В (n=34)																																																												
До лікування:																																																															
Через 1 місяць:	ІПП	184,63	189,54																																																												
	ІПП ₁	174,28	162,16																																																												
	СП ₁	10,35	27,38																																																												
Через 3 місяці:	ІПП ₂	159,84	132,45																																																												
	ІПП ₂	14,44	29,71																																																												
	СП ₂		48,39																																																												
<p>С. 58.</p>	<p>С. 56–57.</p>																																																														
<p>Як видно з даних, наведених у таблиці 6.2, найбільш виражений темп зворотнього розвитку симптомів КС (за показниками СП₁ та, СП₂) спостерігався при застосуванні комплексного лікування з використанням ЗГТ у поєднанні з негормональними засобами. Клінічна ефективність лише гормональних препаратів була нижчою в порівнянні з такою при використанні ЗГТ із комплексом негормональних засобів.</p>	<p>Як видно з даних, наведених у таблиці 6.2, найбільш виражений темп зворотнього розвитку симптомів КС (за показниками СП₁ та, СП₂) спостерігався при застосуванні комплексного лікування з використанням ЗГТ у поєднанні з негормональними засобами. Клінічна ефективність лише гормональних препаратів була нижчою в порівнянні з такою при використанні ЗГТ із комплексом негормональних засобів.</p>																																																														
<p>С. 58–59.</p>	<p>С. 57.</p>																																																														
<div style="text-align: center;"> </div> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Час виконання коректурної проби, сек</th> <th colspan="3">Підгрупи жінок</th> </tr> <tr> <th>A(n=31)</th> <th>Б (n=28)</th> <th>В (n=34)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>До лікування</td> <td>611,5±19,8</td> <td>587,6±19,3</td> <td>594,3±25,3</td> </tr> <tr> <td>Через 1 місяць</td> <td>588,6±21,4</td> <td>516,8±20,1^{а,б}</td> <td>518,4±23,7^{а,б}</td> </tr> <tr> <td>Через 3 місяці</td> <td>559,4±23,2</td> <td>494,6±25,4^{а,б}</td> <td>478±21,1^{а,б}</td> </tr> </tbody> </table> <p>Примітки: 1. ^а - різниця вірогідна відносно показників до лікування (p<0,05). 2. ^б - різниця вірогідна відносно підгрупи А (p<0,05).</p> <p>Усі дані ідентичні. Фальсифікація дослідження. Плагіат.</p>	Час виконання коректурної проби, сек	Підгрупи жінок			A(n=31)	Б (n=28)	В (n=34)	До лікування	611,5±19,8	587,6±19,3	594,3±25,3	Через 1 місяць	588,6±21,4	516,8±20,1 ^{а,б}	518,4±23,7 ^{а,б}	Через 3 місяці	559,4±23,2	494,6±25,4 ^{а,б}	478±21,1 ^{а,б}	<div style="text-align: center;"> </div> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Час виконання коректурної проби, сек</th> <th colspan="3">Підгрупи жінок</th> </tr> <tr> <th>A(n=31)</th> <th>Б (n=28)</th> <th>В (n=34)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>До лікування</td> <td>611,5±19,8</td> <td>587,6±19,3</td> <td>594,3±25,3</td> </tr> <tr> <td>Через 1 місяць</td> <td>588,6±21,4</td> <td>516,8±20,1^{а,б}</td> <td>518,4±23,7^{а,б}</td> </tr> <tr> <td>Через 3 місяці</td> <td>559,4±23,2</td> <td>494,6±25,4^{а,б}</td> <td>478±21,1^{а,б}</td> </tr> </tbody> </table> <p>Примітки: 1. ^а - різниця вірогідна відносно показників до лікування (p<0,05). 2. ^б - різниця вірогідна відносно підгрупи А (p<0,05).</p>	Час виконання коректурної проби, сек	Підгрупи жінок			A(n=31)	Б (n=28)	В (n=34)	До лікування	611,5±19,8	587,6±19,3	594,3±25,3	Через 1 місяць	588,6±21,4	516,8±20,1 ^{а,б}	518,4±23,7 ^{а,б}	Через 3 місяці	559,4±23,2	494,6±25,4 ^{а,б}	478±21,1 ^{а,б}																								
Час виконання коректурної проби, сек		Підгрупи жінок																																																													
	A(n=31)	Б (n=28)	В (n=34)																																																												
До лікування	611,5±19,8	587,6±19,3	594,3±25,3																																																												
Через 1 місяць	588,6±21,4	516,8±20,1 ^{а,б}	518,4±23,7 ^{а,б}																																																												
Через 3 місяці	559,4±23,2	494,6±25,4 ^{а,б}	478±21,1 ^{а,б}																																																												
Час виконання коректурної проби, сек	Підгрупи жінок																																																														
	A(n=31)	Б (n=28)	В (n=34)																																																												
До лікування	611,5±19,8	587,6±19,3	594,3±25,3																																																												
Через 1 місяць	588,6±21,4	516,8±20,1 ^{а,б}	518,4±23,7 ^{а,б}																																																												
Через 3 місяці	559,4±23,2	494,6±25,4 ^{а,б}	478±21,1 ^{а,б}																																																												
<p>С. 59.</p>	<p>С. 57–58.</p>																																																														
<p>При визначенні динаміки сенсомоторних реакцій виявлено (діаграма 6.2), що у пацієток, які застосували гормональний лікувальний комплекс (підгрупа А), лише через 3 місяці спостерігалась тенденція до зменшення часу, затраченого на виконання коректурної проби з 611,5±19,8 до 559,4±23,2с (t=1,87). У підгрупах Б і В він достовір-</p>	<p>При визначенні динаміки сенсомоторних реакцій виявлено (діаграма 6.2), що у пацієток, які застосували гормональний лікувальний комплекс (підгрупа А), лише через 3 місяці спостерігалась тенденція до зменшення часу, затраченого на виконання коректурної проби з 611,5±19,8 до 559,4±23,2с (t=1,87). У підгрупах Б і В він достовір-</p>																																																														

<p>но зменшився уже через 1 місяць, відповідно з $587,6 \pm 19,3$ до $516,8 \pm 20,1$ с - для підгрупи Б ($p < 0,05$) та $3594,3 \pm 25,3$ до $518,4 \pm 23,7$ с - для підгрупи В ($p < 0,05$) і залишався достовірно нижчим через 3 місяці, відповідно $494,6 \pm 25,4$ с та $478,8 \pm 21,1$ с ($p < 0,05$).</p> <p>Час пошуку чисел за таблицями Шульте (діаграма.6.2) у жінок підгрупи А за досліджуваний період достовірно не змінився. У пацієток, що застосовували ЗГТ у поєднанні з негормональним комплексом, і через 1 місяць: у підгрупі Б з $127,8 \pm 7,3$ до $89,7 \pm 12,1$ с ($p < 0,05$), у підгрупі В з $134,7 \pm 8,1$ до $84,5 \pm 13,1$ с ($p < 0,05$); і через 3 місяці; у підгрупі Б до $83,9 \pm 7,6$ с ($p < 0,05$), у підгрупі В до $76,1 \pm 8,7$ с ($p < 0,05$).</p> <p>Усі дані ідентичні. Частина речення під час копіювання була втрачена. Фальсифікація дослідження. Плагіат.</p>	<p>но зменшився уже через 1 місяць, відповідно з $587,6 \pm 19,3$ до $516,8 \pm 20,1$ с - для підгрупи Б ($p < 0,05$) та $3594,3 \pm 25,3$ до $518,4 \pm 23,7$ с - для підгрупи В ($p < 0,05$) і залишався достовірно нижчим через 3 місяці, відповідно $494,6 \pm 25,4$ с та $478,8 \pm 21,1$ с ($p < 0,05$).</p> <p>Час пошуку чисел за таблицями Шульте (діаграма.6.2) у жінок підгрупи А за досліджуваний період достовірно не змінився. У пацієток, що застосовували ЗГТ у поєднанні з негормональним комплексом, спостерігалось достовірне скорочення часу, затраченого на виконання цієї проби і через 1 місяць: у підгрупі Б з $127,8 \pm 7,3$ до $89,7 \pm 12,1$ с ($p < 0,05$), у підгрупі В з $134,7 \pm 8,1$ до $84,5 \pm 13,1$ с ($p < 0,05$); і через 3 місяці; у підгрупі Б до $83,9 \pm 7,6$ с ($p < 0,05$), у підгрупі В до $76,1 \pm 8,7$ с ($p < 0,05$).</p>																																						
<p>С. 59–60.</p>	<p>С. 58.</p>																																						
<p>Час пошуку чисел за таблицями Шульте, сек</p>  <table border="1" data-bbox="284 1030 868 1160"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Час виконання коректурної проби, сек</th> <th colspan="3">Підгрупи жінок</th> </tr> <tr> <th>А (n=31)</th> <th>Б (n=28)</th> <th>В (n=34)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>До лікування</td> <td>$123,6 \pm 9,1$</td> <td>$127,8 \pm 7,3$</td> <td>$134,7 \pm 8,1$</td> </tr> <tr> <td>Через 1 місяць</td> <td>$114,2 \pm 11,7$</td> <td>$89,7 \pm 12,1^a$</td> <td>$84,5 \pm 13,1^a$</td> </tr> <tr> <td>Через 3 місяці</td> <td>$106,9 \pm 9,4$</td> <td>$83,9 \pm 7,6^a$</td> <td>$76,1 \pm 8,7^a$</td> </tr> </tbody> </table> <p>Примітки: 1. а - різниця вірогідна відносно показників до лікування ($p < 0,05$).</p> <p>2. б - різниця вірогідна відносно підгрупи А ($p < 0,05$). Діаграма 6.2. Динаміка показників сенсорних реакцій у обстежених жінок на тлі різних методів лікування.</p> <p>Усі дані ідентичні. Фальсифікація дослідження. Плагіат.</p>	Час виконання коректурної проби, сек	Підгрупи жінок			А (n=31)	Б (n=28)	В (n=34)	До лікування	$123,6 \pm 9,1$	$127,8 \pm 7,3$	$134,7 \pm 8,1$	Через 1 місяць	$114,2 \pm 11,7$	$89,7 \pm 12,1^a$	$84,5 \pm 13,1^a$	Через 3 місяці	$106,9 \pm 9,4$	$83,9 \pm 7,6^a$	$76,1 \pm 8,7^a$	<p>Час пошуку чисел за таблицями Шульте, сек</p>  <table border="1" data-bbox="901 1030 1476 1160"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Час виконання коректурної проби, сек</th> <th colspan="3">Підгрупи жінок</th> </tr> <tr> <th>А (n=31)</th> <th>Б (n=28)</th> <th>В (n=34)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>До лікування</td> <td>$123,6 \pm 9,1$</td> <td>$127,8 \pm 7,3$</td> <td>$134,7 \pm 8,1$</td> </tr> <tr> <td>Через 1 місяць</td> <td>$114,2 \pm 11,7$</td> <td>$89,7 \pm 12,1^a$</td> <td>$84,5 \pm 13,1^a$</td> </tr> <tr> <td>Через 3 місяці</td> <td>$106,9 \pm 9,4$</td> <td>$83,9 \pm 7,6^a$</td> <td>$76,1 \pm 8,7^a$</td> </tr> </tbody> </table> <p>Примітки: 1. а - різниця вірогідна відносно показників до лікування ($p < 0,05$).</p> <p>2. б - різниця вірогідна відносно підгрупи А ($p < 0,05$). Діаграма 6.2. Динаміка показників сенсорних реакцій у обстежених жінок на тлі різних методів лікування.</p>	Час виконання коректурної проби, сек	Підгрупи жінок			А (n=31)	Б (n=28)	В (n=34)	До лікування	$123,6 \pm 9,1$	$127,8 \pm 7,3$	$134,7 \pm 8,1$	Через 1 місяць	$114,2 \pm 11,7$	$89,7 \pm 12,1^a$	$84,5 \pm 13,1^a$	Через 3 місяці	$106,9 \pm 9,4$	$83,9 \pm 7,6^a$	$76,1 \pm 8,7^a$
Час виконання коректурної проби, сек		Підгрупи жінок																																					
	А (n=31)	Б (n=28)	В (n=34)																																				
До лікування	$123,6 \pm 9,1$	$127,8 \pm 7,3$	$134,7 \pm 8,1$																																				
Через 1 місяць	$114,2 \pm 11,7$	$89,7 \pm 12,1^a$	$84,5 \pm 13,1^a$																																				
Через 3 місяці	$106,9 \pm 9,4$	$83,9 \pm 7,6^a$	$76,1 \pm 8,7^a$																																				
Час виконання коректурної проби, сек	Підгрупи жінок																																						
	А (n=31)	Б (n=28)	В (n=34)																																				
До лікування	$123,6 \pm 9,1$	$127,8 \pm 7,3$	$134,7 \pm 8,1$																																				
Через 1 місяць	$114,2 \pm 11,7$	$89,7 \pm 12,1^a$	$84,5 \pm 13,1^a$																																				
Через 3 місяці	$106,9 \pm 9,4$	$83,9 \pm 7,6^a$	$76,1 \pm 8,7^a$																																				
<p>С. 60.</p>	<p>С. 58.</p>																																						
<p>Щодо динаміки артеріального тиску під дією різних методів лікування, нами встановлено (діаграма.6.3), що середні показники систолічного тиску (змінювалися як у пацієток, що застосовували ЗГТ із негормональним комплексом, так і на фоні ЗГТ. Але якщо у підгрупі А та у підгрупі Б вони достовірно зменшились тільки через 3 місяці, відповідно з $144,1 \pm 4,3$ до $124,8 \pm 3,6$ мм.рт.ст. – у підгрупі А ($p < 0,05$) та з $138,6 \pm 3,4$ до $121,4 \pm 3,2$ мм.рт.ст.- у підгрупі Б ($p < 0,05$), то у підгрупі В суттєве зниження систолічного АТ спостерігалась і через 1 місяць - з $142,9 \pm 3,9$ до $124,4 \pm 3,2$ мм.рт.ст. ($p < 0,05$), і через 3 місяці - до ($p < 0,05$).</p> <p>Систолічний тиск, мм.рт.ст.</p> <p>Усі дані ідентичні. Фальсифікація дослідження. Плагіат.</p>	<p>Щодо динаміки артеріального тиску під дією різних методів лікування, нами встановлено (діаграма.6.3), що середні показники систолічного тиску (змінювалися як у пацієток, що застосовували ЗГТ із негормональним комплексом, так і на фоні ЗГТ. Але якщо у підгрупі А та у підгрупі Б вони достовірно зменшились тільки через 3 місяці, відповідно з $144,1 \pm 4,3$ до $124,8 \pm 3,6$ мм.рт.ст. – у підгрупі А ($p < 0,05$) та з $138,6 \pm 3,4$ до $121,4 \pm 3,2$ мм.рт.ст.- у підгрупі Б ($p < 0,05$), то у підгрупі В суттєве зниження систолічного АТ спостерігалась і через 1 місяць - з $142,9 \pm 3,9$ до $124,4 \pm 3,2$ мм.рт.ст. ($p < 0,05$), і через 3 місяці - до ($p < 0,05$).</p> <p>Систолічний тиск, мм.рт.ст.</p>																																						
<p>С. 60.</p>	<p>С. 59.</p>																																						

 <table border="1" data-bbox="284 521 861 629"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Систолічний тиск, мм.рт.ст</th> <th colspan="3">Підгрупи жінок</th> </tr> <tr> <th>А (n=31)</th> <th>Б (n=28)</th> <th>В (n=34)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>До лікування</td> <td>144,1±4,3</td> <td>138±63,4</td> <td>142,9±3,9</td> </tr> <tr> <td>Через 1 місяць</td> <td>131,3±5,1</td> <td>129,3±4,4</td> <td>124,4±3,2^а</td> </tr> <tr> <td>Через 3 місяці</td> <td>124,8±3,6^а</td> <td>121,4±3,2^а</td> <td>122,4±4,3^а</td> </tr> </tbody> </table> <p data-bbox="284 645 782 689">Примітка. ^а - різниця вірогідна відносно показників до лікування (p<0,05).</p> <p data-bbox="462 689 710 712">Діастолічний тиск, мм.рт.ст.</p> <p data-bbox="276 712 730 768">Усі дані ідентичні. Фальсифікація дослідження. Плагіат.</p>	Систолічний тиск, мм.рт.ст	Підгрупи жінок			А (n=31)	Б (n=28)	В (n=34)	До лікування	144,1±4,3	138±63,4	142,9±3,9	Через 1 місяць	131,3±5,1	129,3±4,4	124,4±3,2 ^а	Через 3 місяці	124,8±3,6 ^а	121,4±3,2 ^а	122,4±4,3 ^а	 <table border="1" data-bbox="893 521 1471 629"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Систолічний тиск, мм.рт.ст</th> <th colspan="3">Підгрупи жінок</th> </tr> <tr> <th>А (n=31)</th> <th>Б (n=28)</th> <th>В (n=34)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>До лікування</td> <td>144,1±4,3</td> <td>138±63,4</td> <td>142,9±3,9</td> </tr> <tr> <td>Через 1 місяць</td> <td>131,3±5,1</td> <td>129,3±4,4</td> <td>124,4±3,2^а</td> </tr> <tr> <td>Через 3 місяці</td> <td>124,8±3,6^а</td> <td>121,4±3,2^а</td> <td>122,4±4,3^а</td> </tr> </tbody> </table> <p data-bbox="893 645 1391 689">Примітка. ^а - різниця вірогідна відносно показників до лікування (p<0,05).</p> <p data-bbox="1072 689 1319 712">Діастолічний тиск, мм.рт.ст.</p>	Систолічний тиск, мм.рт.ст	Підгрупи жінок			А (n=31)	Б (n=28)	В (n=34)	До лікування	144,1±4,3	138±63,4	142,9±3,9	Через 1 місяць	131,3±5,1	129,3±4,4	124,4±3,2 ^а	Через 3 місяці	124,8±3,6 ^а	121,4±3,2 ^а	122,4±4,3 ^а
Систолічний тиск, мм.рт.ст		Підгрупи жінок																																					
	А (n=31)	Б (n=28)	В (n=34)																																				
До лікування	144,1±4,3	138±63,4	142,9±3,9																																				
Через 1 місяць	131,3±5,1	129,3±4,4	124,4±3,2 ^а																																				
Через 3 місяці	124,8±3,6 ^а	121,4±3,2 ^а	122,4±4,3 ^а																																				
Систолічний тиск, мм.рт.ст	Підгрупи жінок																																						
	А (n=31)	Б (n=28)	В (n=34)																																				
До лікування	144,1±4,3	138±63,4	142,9±3,9																																				
Через 1 місяць	131,3±5,1	129,3±4,4	124,4±3,2 ^а																																				
Через 3 місяці	124,8±3,6 ^а	121,4±3,2 ^а	122,4±4,3 ^а																																				
С. 61.	С. 59–60.																																						
 <table border="1" data-bbox="284 1198 861 1305"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Діастолічний тиск, мм.рт.ст</th> <th colspan="3">Підгрупи жінок</th> </tr> <tr> <th>А (n=31)</th> <th>Б (n=28)</th> <th>В (n=34)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>До лікування</td> <td>86,3±6,6</td> <td>87,9±5,2</td> <td>85,9±4,1</td> </tr> <tr> <td>Через 1 місяць</td> <td>85,7±5,2</td> <td>82,4±6,9</td> <td>74,3±4,2</td> </tr> <tr> <td>Через 3 місяці</td> <td>76,7±5,4</td> <td>74,6±7,1</td> <td>70,2±3,9^а</td> </tr> </tbody> </table> <p data-bbox="276 1361 866 1500">Примітка. ^а - різниця вірогідна відносно показників до лікування (p<0,05). Діаграма. 6.3. Динаміка середніх показників артеріального тиску в обстежених жінок при застосуванні різних методів лікування.</p> <p data-bbox="276 1500 866 1697">При використанні комплексної терапії (підгрупа В) через 1 місяць спостерігалась тенденція до зниження показників діастолічного АТ від 85,9±6,1 мм.рт.ст - на початку лікування до 74,3±4,21 мм.рт.ст. - через 1 місяць (t=1,56), а через 3 місяці лікування - достовірне його зменшення до 70,2±3,9 мм.рт.ст. (p1-3< 0,05).</p>	Діастолічний тиск, мм.рт.ст	Підгрупи жінок			А (n=31)	Б (n=28)	В (n=34)	До лікування	86,3±6,6	87,9±5,2	85,9±4,1	Через 1 місяць	85,7±5,2	82,4±6,9	74,3±4,2	Через 3 місяці	76,7±5,4	74,6±7,1	70,2±3,9 ^а	 <table border="1" data-bbox="893 1243 1471 1350"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Діастолічний тиск, мм.рт.ст</th> <th colspan="3">Підгрупи жінок</th> </tr> <tr> <th>А (n=31)</th> <th>Б (n=28)</th> <th>В (n=34)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>До лікування</td> <td>86,3±6,6</td> <td>87,9±5,2</td> <td>85,9±4,1</td> </tr> <tr> <td>Через 1 місяць</td> <td>85,7±5,2</td> <td>82,4±6,9</td> <td>74,3±4,2</td> </tr> <tr> <td>Через 3 місяці</td> <td>76,7±5,4</td> <td>74,6±7,1</td> <td>70,2±3,9^а</td> </tr> </tbody> </table> <p data-bbox="893 1361 1484 1489">Примітка. ^а - різниця вірогідна відносно показників до лікування (p<0,05). Діаграма. 6.3. Динаміка середніх показників артеріального тиску в обстежених жінок при застосуванні різних методів лікування.</p> <p data-bbox="893 1489 1484 1686">При використанні комплексної терапії (підгрупа В) через 1 місяць спостерігалась тенденція до зниження показників діастолічного АТ від 85,9±6,1 мм.рт.ст - на початку лікування до 74,3±4,21 мм.рт.ст. - через 1 місяць (t=1,56), а через 3 місяці лікування - достовірне його зменшення до 70,2±3,9 мм.рт.ст. (p1-3< 0,05).</p>	Діастолічний тиск, мм.рт.ст	Підгрупи жінок			А (n=31)	Б (n=28)	В (n=34)	До лікування	86,3±6,6	87,9±5,2	85,9±4,1	Через 1 місяць	85,7±5,2	82,4±6,9	74,3±4,2	Через 3 місяці	76,7±5,4	74,6±7,1	70,2±3,9 ^а
Діастолічний тиск, мм.рт.ст		Підгрупи жінок																																					
	А (n=31)	Б (n=28)	В (n=34)																																				
До лікування	86,3±6,6	87,9±5,2	85,9±4,1																																				
Через 1 місяць	85,7±5,2	82,4±6,9	74,3±4,2																																				
Через 3 місяці	76,7±5,4	74,6±7,1	70,2±3,9 ^а																																				
Діастолічний тиск, мм.рт.ст	Підгрупи жінок																																						
	А (n=31)	Б (n=28)	В (n=34)																																				
До лікування	86,3±6,6	87,9±5,2	85,9±4,1																																				
Через 1 місяць	85,7±5,2	82,4±6,9	74,3±4,2																																				
Через 3 місяці	76,7±5,4	74,6±7,1	70,2±3,9 ^а																																				
С. 61–62.	С. 60.																																						
<p data-bbox="276 1753 866 2112">Одним з найбільш суперечливих є питання впливу ЗГТ на ліпідний профіль, особливо це стосується комбінованого лікування у жінок із збереженою маткою, коли постає необхідність у застосуванні гестагенів з метою протекторної дії на ендометрій. Тому нами було досліджено і стан ліпідного обміну на фоні комбінованого гормонального лікування у обстежених пацієнок. Виявлено (табл.6.3), що більшість показників ліпідного обміну у пацієнок, які застосовували гормональний лікувальний комплекс (підгрупа А), зазнали незначних змін, лише рівень ТГ через 6 місяців мав тенденцію до зменшення з 2,71±0,14 до 2,43±0,11 ммоль/л</p>	<p data-bbox="893 1753 1484 2112">Одним з найбільш суперечливих є питання впливу ЗГТ на ліпідний профіль, особливо це стосується комбінованого лікування у жінок із збереженою маткою, коли постає необхідність у застосуванні гестагенів з метою протекторної дії на ендометрій. Тому нами було досліджено і стан ліпідного обміну на фоні комбінованого гормонального лікування у обстежених пацієнок. Виявлено (табл.6.3), що більшість показників ліпідного обміну у пацієнок, які застосовували гормональний лікувальний комплекс (підгрупа А), зазнали незначних змін, лише рівень ТГ через 6 місяців мав тенденцію до зменшення з 2,71±0,14 до 2,43±0,11 ммоль/л</p>																																						

<p>($t=1,57$). При застосуванні ЗГТ у вигляді монотерапії (підгрупа Б), як і на тлі негормонального лікування, майже незмінними залишався рівень ЗХ, тоді як при застосуванні комбінованого лікування (підгрупа В) через 6 місяців спостерігалась тенденція до зменшення рівня ЗХ з $5,79 \pm 0,26$ до $5,26 \pm 0,24$ ммоль/л ($t=1,5$), а вміст ТГ достовірно зменшився з $2,69 \pm 0,16$ до $2,21 \pm 0,12$ ммоль/л ($p < 0,05$). Вміст ЛВЩ у підгрупі Б мав тенденцію до зростання лише через 6 місяців, тоді як у підгрупі В уже через 3 місяці концентрація ЛВЩ мала тенденцію до збільшення з $1,44 \pm 0,06$ до $1,59 \pm 0,08$ ммоль/л ($t=1,91$), а через 6 місяців - їх вміст достовірно збільшився до $1,73 \pm 0,07$ ммоль/л ($p_{1-3} < 0,05$).</p> <p>Скопійована помилка: «зменшення». Плагіат.</p>	<p>($t=1,57$). При застосуванні ЗГТ у вигляді монотерапії (підгрупа Б), як і на тлі негормонального лікування, майже незмінними залишався рівень ЗХ, тоді як при застосуванні комбінованого лікування (підгрупа В) через 6 місяців спостерігалась тенденція до зменшення рівня ЗХ з $5,79 \pm 0,26$ до $5,26 \pm 0,24$ ммоль/л ($t=1,5$), а вміст ТГ достовірно зменшився з $2,69 \pm 0,16$ до $2,21 \pm 0,12$ ммоль/л ($p < 0,05$). Вміст ЛВЩ у підгрупі Б мав тенденцію до зростання лише через 6 місяців, тоді як у підгрупі В уже через 3 місяці концентрація ЛВЩ мала тенденцію до збільшення з $1,44 \pm 0,06$ до $1,59 \pm 0,08$ ммоль/л ($t=1,91$), а через 6 місяців - їх вміст достовірно збільшився до $1,73 \pm 0,07$ ммоль/л ($p_{1-3} < 0,05$).</p>
<p>С. 62.</p>	<p>С. 60–61.</p>
<p>Як і у підгрупі В, у пацієток, що застосовували тільки ЗГТ (підгрупа Б), через 6 місяців спостерігалась тенденція до зменшення вмісту ЛНЩ відповідно з $3,29 \pm 0,11$ до $3,08 \pm 0,09$ ммоль/л ($t=1,47$) - для підгрупи Б та з $3,41 \pm 0,11$ до $3,16 \pm 0,11$ ммоль/л ($t=1,51$) - підгрупи В. Концентрація ЛДНЩ у підгрупі Б протягом трьох місяців залишалась майже незмінною, а КА через 6 місяців достовірно зменшився з $4,3 \pm 0,14$ до $3,8 \pm 0,12$ ($p < 0,05$) в той час як у підгрупі В через 6 місяців спостерігалась тенденція до зниження ЛДНЩ з $1,27 \pm 0,06$ до $1,14 \pm 0,05$ ммоль/л ($t=1,66$), а КА достовірно зменшився уже через 3 місяці проведеного лікування з $4,6 \pm 0,18$ до $3,6 \pm 0,11$ ($p < 0,05$).</p> <p>При дослідженні показників тромбоцитарного гемостазу виявлено (табл.6.4), що загальна кількість тромбоцитів достовірно не змінювалась в усіх обстежених жінок, незалежно від виду застосованого лікування. У пацієток, що застосовували гормональний лікувальний комплекс (підгрупа А) інші показники тромбоцитарного гемостазу також майже не змінилися, тоді як при застосуванні ЗГТ та негормонального комплексу через 6 місяців спостерігалось достовірне зменшення агрегаційної активності тромбоцитів до адреналіну та АДФ відповідно з $47,8 \pm 1,6$ до $42,7 \pm 1,1$ ммоль/л ($p < 0,05$) - для Аа та з $52,6 \pm 1,5$ до $47,6 \pm 1,6$ ммоль/л ($p < 0,05$) - для Адф, хоча адгезивна та агрегаційна активність до ристомицину, як і у підгрупі А, достовірно не змінилися.</p> <p>При застосуванні ЗГТ у поєднанні з негормональним лікувальним комплексом (підгрупа В) через 6 місяців спостерігалось зниження активності тромбоцитарної ланки гемостазу, про що свідчило достовірне зменшення показників адгезивності з $45,8 \pm 1,9$ до $40,3 \pm 1,6\%$ ($p < 0,05$), агрегаційної активності: з $47,2 \pm 1,4$ до $36,6 \pm 1,1\%$ - для Аа ($p < 0,05$); з $51,9 \pm 1,4$ до $38,4 \pm 1,3\%$ - для Аадф ($p < 0,05$); з $47,8 \pm 1,1$ до $43,1 \pm 1,1\%$ - для Ар ($p < 0,05$).</p>	<p>Як і у підгрупі В, у пацієток, що застосовували тільки ЗГТ (підгрупа Б), через 6 місяців спостерігалась тенденція до зменшення вмісту ЛНЩ відповідно з $3,29 \pm 0,11$ до $3,08 \pm 0,09$ ммоль/л ($t=1,47$) - для підгрупи Б та з $3,41 \pm 0,11$ до $3,16 \pm 0,11$ ммоль/л ($t=1,51$) - підгрупи В. Концентрація ЛДНЩ у підгрупі Б протягом трьох місяців залишалась майже незмінною, а КА через 6 місяців достовірно зменшився з $4,3 \pm 0,14$ до $3,8 \pm 0,12$ ($p < 0,05$) в той час як у підгрупі В через 6 місяців спостерігалась тенденція до зниження ЛДНЩ з $1,27 \pm 0,06$ до $1,14 \pm 0,05$ ммоль/л ($t=1,66$), а КА достовірно зменшився уже через 3 місяці проведеного лікування з $4,6 \pm 0,18$ до $3,6 \pm 0,11$ ($p < 0,05$).</p> <p>При дослідженні показників тромбоцитарного гемостазу виявлено (табл.6.4), що загальна кількість тромбоцитів достовірно не змінювалась в усіх обстежених жінок, незалежно від виду застосованого лікування. У пацієток, що застосовували гормональний лікувальний комплекс (підгрупа А) інші показники тромбоцитарного гемостазу також майже не змінилися, тоді як при застосуванні ЗГТ та негормонального комплексу через 6 місяців спостерігалось достовірне зменшення агрегаційної активності тромбоцитів до адреналіну та АДФ відповідно з $47,8 \pm 1,6$ до $42,7 \pm 1,1$ ммоль/л ($p < 0,05$) - для Аа та з $52,6 \pm 1,5$ до $47,6 \pm 1,6$ ммоль/л ($p < 0,05$) - для Адф, хоча адгезивна та агрегаційна активність до ристомицину, як і у підгрупі А, достовірно не змінилися.</p> <p>При застосуванні ЗГТ у поєднанні з негормональним лікувальним комплексом (підгрупа В) через 6 місяців спостерігалось зниження активності тромбоцитарної ланки гемостазу, про що свідчило достовірне зменшення показників адгезивності з $45,8 \pm 1,9$ до $40,3 \pm 1,6\%$ ($p < 0,05$), агрегаційної активності: з $47,2 \pm 1,4$ до $36,6 \pm 1,1\%$ - для Аа ($p < 0,05$); з $51,9 \pm 1,4$ до $38,4 \pm 1,3\%$ - для Аадф ($p < 0,05$); з $47,8 \pm 1,1$ до $43,1 \pm 1,1\%$ - для Ар ($p < 0,05$).</p>
<p>С. 62–63.</p>	<p>С. 61.</p>
<p>Показники коагуляційної ланки, гемостазу у обстежених пацієток, як при первинному, так і при повторних визначеннях, не виходили за межі нормальних значень для здорових жінок (табл .6.5). Рівень фібриногену та активність VII фактору суттєво не змінилися в усіх підгрупах, незалежно від виду лікування, що застосовувалось. Але якщо у жінок, що застосовували гормональний лікувальний комплекс (підгрупа А) і через 3, і через 6 місяців інші показники коагуляційного гемостазу також не зазнали значних змін, то у жінок, що застосовували</p>	<p>Показники коагуляційної ланки, гемостазу у обстежених пацієток, як при первинному, так і при повторних визначеннях, не виходили за межі нормальних значень для здорових жінок (табл .6.5). Рівень фібриногену та активність VII фактору суттєво не змінилися в усіх підгрупах, незалежно від виду лікування, що застосовувалось. Але якщо у жінок, що застосовували гормональний лікувальний комплекс (підгрупа А) і через 3, і через 6 місяців інші показники коагуляційного гемостазу також не зазнали значних змін, то у жінок, що застосовували</p>

<p>ЗГТ у сукупності з негормональним лікувальним комплексом (підгрупа В), через 6 місяців достовірно зменшилась активність ІХ фактору відповідно з 95,2±1,5 до 89,1±1,7% (p<0,05) - у підгрупі Б та з 96,3±1,4 до 86,3±1,1% p<0,05) - у підгрупі В, що супроводжувалось достовірним зростанням тривалості ЧР відповідно з 69,8±1,1 до 73,7±1,2 с у (p<0,05) - у підгрупі Б та з 68,5±1,4 до 73,4±1,2 с (p<0,05) - у підгрупі В.</p>	<p>ЗГТ у сукупності з негормональним лікувальним комплексом (підгрупа В), через 6 місяців достовірно зменшилась активність ІХ фактору відповідно з 95,2±1,5 до 89,1±1,7% (p<0,05) - у підгрупі Б та з 96,3±1,4 до 86,3±1,1% p<0,05) - у підгрупі В, що супроводжувалось достовірним зростанням тривалості ЧР відповідно з 69,8±1,1 до 73,7±1,2 с у (p<0,05) - у підгрупі Б та з 68,5±1,4 до 73,4±1,2 с (p<0,05) - у підгрупі В.</p>																																																																																																																			
<p>С. 63.</p>	<p>С. 61–62.</p>																																																																																																																			
<p>Наряду з цим у пацієток підгрупи В через 6 місяців спостерігалось достовірне зростання тривалості ТЧ з 16,7±1,3 с до 22,6±1,4 с (p<0,05) та АПТЧ - з 36,8±1,6 до 41,3±1,4 с (p<0,05), а ПТІ суттєво не змінився (94,4±2,8 проти 91,4±2,2 %, p>0,05), тоді яку підгрупі Б через 6 місяців спостерігалась лише тенденція до зростання тривалості ТЧ з 15,6±1,7 с до 19,7±1,3 с (t=1,91), АПТЧ майже не змінився (35,6±1,3 проти 36,6±1,1 сек, p>0,05), а ПТІ навіть мав тенденцію до збільшення від 93,6±2,6% - на початку лікування до 98,7 ± 2,4% - через 6 місяців (t=1,44).</p> <p>В протизгортуючій системі крові (табл 6.6) нами не виявлено суттєвої динаміки показників як у разі застосування негормонального лікувального комплексу, так і при призначенні ЗГТ. Різниця між показниками до лікування та навіть після завершення шестимісячного курсу терапії була незначною.</p> <p>Динаміка середніх показників протизгортуючої системи крові у обстежених жінок при застосуванні різних методів лікування (M±m)</p>	<p>Наряду з цим у пацієток підгрупи В через 6 місяців спостерігалось достовірне зростання тривалості ТЧ з 16,7±1,3 с до 22,6±1,4 с (p<0,05) та АПТЧ - з 36,8±1,6 до 41,3±1,4 с (p<0,05), а ПТІ суттєво не змінився (94,4±2,8 проти 91,4±2,2 %, p>0,05), тоді яку підгрупі Б через 6 місяців спостерігалась лише тенденція до зростання тривалості ТЧ з 15,6±1,7 с до 19,7±1,3 с (t=1,91), АПТЧ майже не змінився (35,6±1,3 проти 36,6±1,1 сек, p>0,05), а ПТІ навіть мав тенденцію до збільшення від 93,6±2,6% - на початку лікування до 98,7 ± 2,4% - через 6 місяців (t=1,44).</p> <p>В протизгортуючій системі крові (табл 6.6) нами не виявлено суттєвої динаміки показників як у разі застосування негормонального лікувального комплексу, так і при призначенні ЗГТ. Різниця між показниками до лікування та навіть після завершення шестимісячного курсу терапії була незначною.</p> <p>Динаміка середніх показників протизгортуючої системи крові у обстежених жінок при застосуванні різних методів лікування (M±m)</p>																																																																																																																			
<p>С. 63–64.</p>	<p>С. 62.</p>																																																																																																																			
<table border="1" data-bbox="284 1160 866 1451"> <thead> <tr> <th>Підгрупа жінок</th> <th>Термін обстеження</th> <th>Антитромбін ІІІ(%)</th> <th>Еуглобуліновий лізис (хв)</th> <th>Толерантність плазми до гепарину (хв)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="2">А (n=21)</td> <td>До лікування</td> <td>97,6±1,4</td> <td>194,7±4,6</td> <td>10,3±0,8</td> </tr> <tr> <td>Через 3 місяці</td> <td>97,1±1,3</td> <td>195,5±4,8</td> <td>10,8±0,9</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">Б (n=28)</td> <td>До лікування</td> <td>96,5±1,6</td> <td>4±3,2</td> <td>11,4±0,6</td> </tr> <tr> <td>Через 6 місяців</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">Б (n=28)</td> <td>До лікування</td> <td>96,8±1,2</td> <td>195,6±3,8</td> <td>10,8±0,8</td> </tr> <tr> <td>Через 3 місяці</td> <td>94,6±1,4</td> <td>196,8±5,6</td> <td>11,2±0,9</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">В (n=34)</td> <td>До лікування</td> <td>92,1±1,8</td> <td>7±3,7</td> <td>12,3±0,7</td> </tr> <tr> <td>Через 6 місяців</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p style="text-align: right;">64</p> <table border="1" data-bbox="284 1597 866 1753"> <thead> <tr> <th>Підгрупа жінок</th> <th>Термін обстеження</th> <th>Антитромбін ІІІ(%)</th> <th>Еуглобуліновий лізис (хв)</th> <th>Толерантність плазми до гепарину (хв)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="2">В (n=34)</td> <td>До лікування</td> <td>95,9±1,5</td> <td>196,4±5,4</td> <td>10,3±0,9</td> </tr> <tr> <td>Через 3 місяці</td> <td>93,2±1,3</td> <td>198,1±5,3</td> <td>11,5±0,7</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">Через 6 місяців</td> <td></td> <td>91,2±1,6</td> <td>8±4,1</td> <td>11,2±0,9</td> </tr> </tbody> </table> <p>Примітка. В усіх випадках p>0,05.</p> <p>Усі дані ідентичні. Фальсифікація дослідження. Плагіат.</p>	Підгрупа жінок	Термін обстеження	Антитромбін ІІІ(%)	Еуглобуліновий лізис (хв)	Толерантність плазми до гепарину (хв)	А (n=21)	До лікування	97,6±1,4	194,7±4,6	10,3±0,8	Через 3 місяці	97,1±1,3	195,5±4,8	10,8±0,9	Б (n=28)	До лікування	96,5±1,6	4±3,2	11,4±0,6	Через 6 місяців				Б (n=28)	До лікування	96,8±1,2	195,6±3,8	10,8±0,8	Через 3 місяці	94,6±1,4	196,8±5,6	11,2±0,9	В (n=34)	До лікування	92,1±1,8	7±3,7	12,3±0,7	Через 6 місяців				Підгрупа жінок	Термін обстеження	Антитромбін ІІІ(%)	Еуглобуліновий лізис (хв)	Толерантність плазми до гепарину (хв)	В (n=34)	До лікування	95,9±1,5	196,4±5,4	10,3±0,9	Через 3 місяці	93,2±1,3	198,1±5,3	11,5±0,7	Через 6 місяців		91,2±1,6	8±4,1	11,2±0,9	<table border="1" data-bbox="898 1160 1487 1585"> <thead> <tr> <th>Підгрупа жінок</th> <th>Термін обстеження</th> <th>Антитромбін ІІІ(%)</th> <th>Еуглобуліновий лізис (хв)</th> <th>Толерантність плазми до гепарину (хв)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="2">А (n=21)</td> <td>До лікування</td> <td>97,6±1,4</td> <td>194,7±4,6</td> <td>10,3±0,8</td> </tr> <tr> <td>Через 3 місяці</td> <td>97,1±1,3</td> <td>195,5±4,8</td> <td>10,8±0,9</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">Б (n=28)</td> <td>До лікування</td> <td>96,5±1,6</td> <td>4±3,2</td> <td>11,4±0,6</td> </tr> <tr> <td>Через 6 місяців</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">Б (n=28)</td> <td>До лікування</td> <td>96,8±1,2</td> <td>195,6±3,8</td> <td>10,8±0,8</td> </tr> <tr> <td>Через 3 місяці</td> <td>94,6±1,4</td> <td>196,8±5,6</td> <td>11,2±0,9</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">В (n=34)</td> <td>До лікування</td> <td>92,1±1,8</td> <td>7±3,7</td> <td>12,3±0,7</td> </tr> <tr> <td>Через 6 місяців</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">В (n=34)</td> <td>До лікування</td> <td>95,9±1,5</td> <td>196,4±5,4</td> <td>10,3±0,9</td> </tr> <tr> <td>Через 3 місяці</td> <td>93,2±1,3</td> <td>198,1±5,3</td> <td>11,5±0,7</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">Через 6 місяців</td> <td></td> <td>91,2±1,6</td> <td>8±4,1</td> <td>11,2±0,9</td> </tr> </tbody> </table> <p>Примітка. В усіх випадках p>0,05.</p>	Підгрупа жінок	Термін обстеження	Антитромбін ІІІ(%)	Еуглобуліновий лізис (хв)	Толерантність плазми до гепарину (хв)	А (n=21)	До лікування	97,6±1,4	194,7±4,6	10,3±0,8	Через 3 місяці	97,1±1,3	195,5±4,8	10,8±0,9	Б (n=28)	До лікування	96,5±1,6	4±3,2	11,4±0,6	Через 6 місяців				Б (n=28)	До лікування	96,8±1,2	195,6±3,8	10,8±0,8	Через 3 місяці	94,6±1,4	196,8±5,6	11,2±0,9	В (n=34)	До лікування	92,1±1,8	7±3,7	12,3±0,7	Через 6 місяців				В (n=34)	До лікування	95,9±1,5	196,4±5,4	10,3±0,9	Через 3 місяці	93,2±1,3	198,1±5,3	11,5±0,7	Через 6 місяців		91,2±1,6	8±4,1	11,2±0,9
Підгрупа жінок	Термін обстеження	Антитромбін ІІІ(%)	Еуглобуліновий лізис (хв)	Толерантність плазми до гепарину (хв)																																																																																																																
А (n=21)	До лікування	97,6±1,4	194,7±4,6	10,3±0,8																																																																																																																
	Через 3 місяці	97,1±1,3	195,5±4,8	10,8±0,9																																																																																																																
Б (n=28)	До лікування	96,5±1,6	4±3,2	11,4±0,6																																																																																																																
	Через 6 місяців																																																																																																																			
Б (n=28)	До лікування	96,8±1,2	195,6±3,8	10,8±0,8																																																																																																																
	Через 3 місяці	94,6±1,4	196,8±5,6	11,2±0,9																																																																																																																
В (n=34)	До лікування	92,1±1,8	7±3,7	12,3±0,7																																																																																																																
	Через 6 місяців																																																																																																																			
Підгрупа жінок	Термін обстеження	Антитромбін ІІІ(%)	Еуглобуліновий лізис (хв)	Толерантність плазми до гепарину (хв)																																																																																																																
В (n=34)	До лікування	95,9±1,5	196,4±5,4	10,3±0,9																																																																																																																
	Через 3 місяці	93,2±1,3	198,1±5,3	11,5±0,7																																																																																																																
Через 6 місяців		91,2±1,6	8±4,1	11,2±0,9																																																																																																																
	Підгрупа жінок	Термін обстеження	Антитромбін ІІІ(%)	Еуглобуліновий лізис (хв)	Толерантність плазми до гепарину (хв)																																																																																																															
А (n=21)	До лікування	97,6±1,4	194,7±4,6	10,3±0,8																																																																																																																
	Через 3 місяці	97,1±1,3	195,5±4,8	10,8±0,9																																																																																																																
Б (n=28)	До лікування	96,5±1,6	4±3,2	11,4±0,6																																																																																																																
	Через 6 місяців																																																																																																																			
Б (n=28)	До лікування	96,8±1,2	195,6±3,8	10,8±0,8																																																																																																																
	Через 3 місяці	94,6±1,4	196,8±5,6	11,2±0,9																																																																																																																
В (n=34)	До лікування	92,1±1,8	7±3,7	12,3±0,7																																																																																																																
	Через 6 місяців																																																																																																																			
В (n=34)	До лікування	95,9±1,5	196,4±5,4	10,3±0,9																																																																																																																
	Через 3 місяці	93,2±1,3	198,1±5,3	11,5±0,7																																																																																																																
Через 6 місяців		91,2±1,6	8±4,1	11,2±0,9																																																																																																																
	<p>С. 64.</p>	<p>С. 62–63.</p>																																																																																																																		
<p>Узагальнюючи вищезазначене, можна зробити висновок про те, що запропонований негормональний комплекс виявляє досить високу ефективність у лікуванні ранніх клімактеричних порушень, що важливо для осіб, які мають протипоказання для ЗГТ, або тимчасово відмовляються від її застосування. Але при цьому слід зауважити на необхід-</p>	<p>Узагальнюючи вищезазначене, можна зробити висновок про те, що запропонований негормональний комплекс виявляє досить високу ефективність у лікуванні ранніх клімактеричних порушень, що важливо для осіб, які мають протипоказання для ЗГТ, або тимчасово відмовляються від її застосування. Але при цьому слід зауважити на необхід-</p>																																																																																																																			

<p>ність тривалого застосування негормонального лікування для досягнення стійкого терапевтичного ефекту, а також на те, що використання негормональних препаратів здебільшого забезпечує зменшення інтенсивності клімактеричних симптомів, а не повне їх зникнення. Тому у жінок з тяжкими проявами КС а також у осіб з більш вираженими психоемоційними порушеннями слід надавати перевагу ЗГТ разом із запропонованим негормональним комплексом, оскільки відсутність швидкого клінічного ефекту може стати причиною відмови пацієнтки від лікування і таким чином призводити до поглиблення існуючої симптоматики.</p> <p>У результаті застосування комбінованої ЗГТ з використанням трансдермального 17β-естрадіолу та негормонального комплексу (Вітокан по 30 кр. 3 рази на добу (запивати ½ склянки теплої води) за 15-30 хв до їжі; Кальцій-Д3 нікомед по 1 таблетці двічі на день; Ессенціале по 1 капсулі тричі на день під час їжі, не розжовуючи та запиваючи невеликою кількістю води) виявлено позитивний вплив на стан судинної системи, реологічні властивості крові та ліпідний обмін, що свідчить про можливість її застосування у пацієнок з захворюваннями серцево-судинної системи, або з високим ризиком їх розвитку а також на можливість тривалого його застосування, що особливо важливо у профілактиці та лікуванні пізніх метаболічних порушень.</p> <p>Таким чином, у жінок із хірургічною менопаузою з огляду на високий ризик розвитку судинних захворювань та остеопорозу, найбільш доцільною виявляється ЗГТ в комбінації з негормональним лікувальним комплексом. При цьому ЗГТ слід використовувати у постійному режимі, а негормональне лікування - два трьохмісячні курси на рік.</p> <p>Скопійована помилка: «виявленно». Плагіат.</p>	<p>ність тривалого застосування негормонального лікування для досягнення стійкого терапевтичного ефекту, а також на те, що використання негормональних препаратів здебільшого забезпечує зменшення інтенсивності клімактеричних симптомів, а не повне їх зникнення. Тому у жінок з тяжкими проявами КС а також у осіб з більш вираженими психоемоційними порушеннями слід надавати перевагу ЗГТ разом із запропонованим негормональним комплексом, оскільки відсутність швидкого клінічного ефекту може стати причиною відмови пацієнтки від лікування і таким чином призводити до поглиблення існуючої симптоматики.</p> <p>У результаті застосування комбінованої ЗГТ з використанням трансдермального 17β-естрадіолу та негормонального комплексу (Вітокан по 30 кр. 3 рази на добу (запивати ½ склянки теплої води) за 15-30 хв до їжі; Кальцій-Д3 нікомед по 1 таблетці двічі на день; Ессенціале по 1 капсулі тричі на день під час їжі, не розжовуючи та запиваючи невеликою кількістю води) виявлено позитивний вплив на стан судинної системи, реологічні властивості крові та ліпідний обмін, що свідчить про можливість її застосування у пацієнок з захворюваннями серцево-судинної системи, або з високим ризиком їх розвитку а також на можливість тривалого його застосування, що особливо важливо у профілактиці та лікуванні пізніх метаболічних порушень.</p> <p>Таким чином, у жінок із хірургічною менопаузою з огляду на високий ризик розвитку судинних захворювань та остеопорозу, найбільш доцільною виявляється ЗГТ в комбінації з негормональним лікувальним комплексом. При цьому ЗГТ слід використовувати у постійному режимі, а негормональне лікування - два трьохмісячні курси на рік.</p>
<p>С. 65.</p>	<p>С. 65.</p>
<p>У результаті поглиблених психопатологічних досліджень, шляхом визначення рівня тривожності за шкалою Спілбергера була більш виражена психологічна дезадаптація у жінок із доброякісними неуточненими пухлинами матки та яєчників, особливо в ранньому постменопаузальному періоді. І якщо у пацієнок із природною менопаузою у ранній постменопаузі рівень особистісної і реактивної тривожності теж був підвищений і становив відповідно 38,1\pm2,1 та 35,4\pm1,8 балів, що відповідає середньому ступеню тривожності, то у пізньому постменопаузальному періоді ці показники були значно нижчими, відповідно 31, 7\pm2,1 та 29,9\pm2,4 балів – у постменопазі 5–10 років та 29,4\pm1,7 та 28,2\pm1,7 балів – у постменопаузі понад 10 років (p<0,05). У жінок із доброякісними неуточненими пухлинами матки та яєчників у пізньому постменопаузальному періоді залишались досить високими показники особистісної тривожності як в ранній (47,3\pm2,3 балів – у постменопаузі 1–2 роки та 44,4\pm2,4 бали – у постменопаузі 2–5 років), так і у пізній постменопаузі (39,8\pm2,7 балів – у постменопаузі 5–10 років та 34,2\pm1,9 балів – у постменопаузі понад 10 років), і реактивної тривожності: 44,7\pm2,1 балів – у постменопаузі 1–2 роки; 42, 9\pm1,8 балів – у постменопаузі 2–5; 38,6\pm2,2 балів – у постменопаузі 5–10 та 36,3\pm1,9 балів – у постменопаузі понад 10 років (p>0,05). При аналізі даних, отриманих за методикою САН, виявлено, що пацієнтки основної групи значно частіше вказували на погане самопочуття</p>	<p>У результаті поглиблених психопатологічних досліджень шляхом визначення рівня тривожності за шкалою Спілбергера було виявлено більшу вираженість психологічної дезадаптації у жінок, із хірургічною менопаузою, особливо в ранньому постменопаузальному періоді. І якщо у пацієнок із природною менопаузою у ранній постменопаузі рівень особистісної і реактивної тривожності теж був дещо підвищений і становив відповідно 38,1\pm2,1 та 35,4\pm1,8 балів, що відповідає середньому ступеню тривожності, то у пізньому постменопаузальному періоді ці показники були значно нижчими, відповідно 31,7\pm2,1 та 29,9\pm2, 4 балів - у постменопазі 5-10 років та 29,4\pm1,7 та 28,2\pm1,7 балів – у постменопаузі понад 10 років (p_{1-3,1-5,2-4,2-6}<0,05). У жінок із хірургічною менопаузою у пізньому постменопаузальному періоді залишались досить високими показники особистісної тривожності як в ранній (47,3\pm2,3 балів - у постменопаузі 1-2 роки та 44,4\pm2,4 бали - у постменопаузі 2-5 років), так і у пізній постменопаузі (39, 8\pm2,7 балів - у постменопаузі 5-10 років та 34,2\pm1,9 балів – у постменопаузі понад 10 років), і реактивної тривожності: 44,7\pm2,1 балів - у постменопаузі 1-2 роки; 42,9\pm1,8 балів - у постменопаузі 2-5; 38,6\pm2,2 балів - у постменопаузі 5-10 та 36,3\pm1,9 балів – у постменопаузі понад 10 років (p>0,05).</p> <p>При аналізі даних, отриманих за методикою САН, виявлено, що пацієнтки основної групи значно частіше вказували на знижене самопочуття</p>

<p>(81,1 % проти 64,6 %, $p<0,05$), знижену активність (77,6 % проти 59,7 %, $p<0,05$) та відсутність настрою (73,8 % проти 64,1 %, $p<0,05$). Це вказує на погіршення емоційного стану та низьку самооцінку у жінок із доброякісними неуточненими пухлинами матки та яєчників.</p> <p>Усі дані ідентичні. Фальсифікація дослідження. Плагіат.</p>	<p>(81,13% проти 64,06%, $p<0,05$), знижену активність (77,36 % проти 59,37%, $p<0,05$) та знижений настрій (73,58% проти 64,06%, $p<0,05$). Це вказує на достовірно гірший емоційний стан та зниження адаптаційних механізмів у жінок із хірургічною менопаузою.</p>
<p>С. 65–66.</p>	<p>С. 70–71.</p>
<p>При розробці комплексу лікування КС для обстежуваних жінок нами враховано механізми розвитку порушень, пов'язаних з природним зменшенням та виключенням функції яєчників на тлі впливу несприятливих чинників навколишнього середовища. Враховуючи мультисистемність порушень, ми вважали за доцільне застосування комплексного лікування, кожна з ланок якого мала б певну терапевтичну направленість.</p> <p>Враховуючи рецептор-опосередковану та рецептор-неопосередковану естроген модулюючу дію флавоноїдів, які впливають як агоністи естрогенів на кісткову тканину, клітини головного мозку, серця, ліпідний обмін, і тканини уrogenітального тракту, шкіру та її додатки, слизові оболонки, ми включили до лікувального комплексу ацетилсаліцилову кислоту, фітопрепарат, фітоестроген, розторопшу плямисту, риб'ячий жир та вітамін Е. Наявність негативних зовнішніх чинників, що впливають на стан гепатобіліарної системи, в тому числі несприятливі наслідки, які передували чи були причиною перенесеному оперативному втручання, обумовлює необхідність проведення гепатопротекторної терапії при лікуванні патології постменопаузи у обстежених нами жінок. В якості гепатопротекторного препарату ми обрали Ессенціале – есенціальні фосфоліпіди, які за своєю хімічною структурою подібні до ендогенних мембранних фосфоліпідів, перевершуючи їх за своїми функціональними властивостями за рахунок високого вмісту в них поліненасичених жирних кислот, особливо лінолевої кислоти. Препарат використовували по 1 капсулі тричі на день під час їжі, не розжовуючи та запиваючи невеликою кількістю води. Враховуючи виявлені деструктивні зміни в структурно-функціональному стані кісткової тканини, що проходять в ранньому постменопаузальному періоді у жінок із гістероovarіоектомією, до лікувальних комплексів в цей період нами включено препарат кальцій-Дз нікомед, 1 таблетка якого містить кальцію карбонату 1250 мг (еквівалентно 500 мг кальцію), холекальциферол (вітамін Дз) 200 МО; препарат використовували по 1 таблетці</p> <p>2 рази на добу. Вищезазначені засоби стали складовими запропонованого комплексу терапії, що був застосований у II підгрупі (30 жінок). У I підгрупі (30 жінок), керуючись загальноприйнятими рекомендаціями з лікування клімактерчних розладів.</p> <p>Скопійована помилка: «клімактерчних». Рерайтинг, плагіат.</p>	<p>При розробці комплексу лікування КС для обстежуваних жінок нами враховано механізми розвитку порушень, пов'язаних з природним зменшенням та виключенням функції яєчників на тлі впливу несприятливих чинників навколишнього середовища. Враховуючи мультисистемність порушень, ми вважали за доцільне застосування комплексу лікування, кожна з ланок якого мала б певну терапевтичну направленість.</p> <p>Враховуючи рецептор-опосередковану та рецептор-неопосередковану естроген модулюючу дію флавоноїдів, які впливають як агоністи естрогенів на кісткову тканину, клітини головного мозку, серця, ліпідний обмін, і тканини уrogenітального тракту, шкіру та її додатки, слизові оболонки, ми включили до лікувального комплексу вітчизняний рослинний препарат «Вітокан». При цьому ми <...></p> <p>Наявність негативних зовнішніх чинників, що впливають на стан гепатобіліарної системи, в тому числі несприятливі наслідки які передували чи були причиною перенесеному оперативному втручання, обумовлює необхідність проведення гепатопротекторної терапії при лікуванні патології постменопаузи у обстежених нами жінок. В якості гепатопротекторного препарату нами був обраний Ессенціале – есенціальні фосфоліпіди, які по своїй хімічній структурі подібні до ендогенних мембранних фосфоліпідів, перевершуючи їх по своїх функціональних властивостях за рахунок високого вмісту в них поліненасичених жирних кислот, особливо лінолевої кислоти. Фосфоліпіди є основними <...> Препарат використовували по 1 капсулі тричі на день під час їжі, не розжовуючи та запиваючи невеликою кількістю води.</p> <p>Враховуючи деструктивні зміни в структурно-функціональному стані кісткової тканини, що мають місце в пізньому постменопаузальному періоді у жінок із гістероovarіоектомією, до лікувальних комплексів ми включили препарат кальцій-Дз нікомед, 1 таблетка якого містить кальцію карбонату 1250 мг (еквівалентно 500 мг кальцію), холекальциферол (вітамін Дз) 200 МО. Препарат поповнює <...></p> <p>Вищезазначені засоби стали складовими комплексу негормональної терапії, що був застосований у підгрупі В (34 жінки). У підгрупі А (31 пацієнт), керуючись загальноприйнятими рекомендаціями по лікуванню клімактерчних розладів, була призначена ЗГТ з трансдермальним <...></p>
<p>С. 66.</p>	<p>С. 71–72.</p>
<p>Клінічні прояви КС визначали через 1 та через 3 місяці терапії, а дослідження метаболічних показників проводили через 3 та через 6 місяців лікування.</p> <p>Усім жінкам проводилось клінічне обстеження з обчисленням ІК, вимірювали час виконання корек-</p>	<p>Клінічні прояви КС визначали через 1 та через 3 місяці терапії, а дослідження метаболічних показників проводили через 3 та через 6 місяців лікування.</p> <p>Усім жінкам проводилось клінічне обстеження з обчисленням ІК, вимірювали час виконання корек-</p>

<p>турної проби та пошуку чисел за таблицями Шульте, визначали середні показники артеріального тиску. Обмеженому контингенту пацієток (63 пацієнткам) досліджували показники ліпідного обміну, стан згортуючої та протизгортуючої систем крові.</p> <p>У результаті проведених досліджень виявлено, що внаслідок застосування традиційного лікування (I підгрупа) через 1 місяць КС набув більш легкого перебігу, про що свідчила тенденція до зниження питомої ваги жінок з тяжким ступенем КС з 45,16 до 29,03 % ($t=1,31$), а через 3 місяці з тенденцією до зменшення була питома вага жінок з середнім ступенем КС (з 54,8 до 25,8 %, $t=1,86$).</p>	<p>турної проби та пошуку чисел за таблицями Шульте, визначали середні показники артеріального тиску. Обмеженому контингенту пацієток (63 пацієнткам) досліджували показники ліпідного обміну, стан згортуючої та протизгортуючої систем крові.</p> <p>У результаті проведених досліджень виявлено, що внаслідок застосування негормонального лікування (підгрупа А) через 1 місяць КС набув більш легкого перебігу, про що свідчила тенденція до зниження питомої ваги жінок з тяжким ступенем КС з 45,16 до 29,03% ($t=1,31$), а через 3 місяці з тенденцією до зменшення була питома вага жінок з середнім ступенем КС (з 54,84 до 25,8%, $t=1,86$).</p>
<p>С. 66.</p>	<p>С. 72.</p>
<p>При застосуванні запропонованого лікувального комплексу (II підгрупа), уже через 1 місяць в жодній з пацієток не виявлено тяжкого ступеню вираження КС. Через 3 місяці у більшій половині пацієток цієї підгрупи (в 70,4 %) не було виявлено КС, а у решти (29,6 %) він мав легкий ступінь тяжкості.</p> <p>Таким чином, у результаті аналізу отриманих даних встановлено, що застосування негормонального лікування сприяє здебільшого зменшенню інтенсивності клінічних проявів КС, в той час як застосування запропонованого лікування у більшості випадків є причиною повного зникнення симптоматики ранніх постменопаузальних порушень.</p> <p>Динаміка зворотнього розвитку клінічної симптоматики КС за показниками ІК свідчила про те, що найбільша клінічна ефективність виявилась при застосуванні запропонованої терапії. Так, у II підгрупі вже через 1 місяць лікування ІК зменшився на $8,9 \pm 0,8$ бали, тоді як при використанні традиційного лікування (I підгрупа) – на $2,3 \pm 0,2$ бали. Застосування лише традиційної терапії виявило меншу клінічну ефективність в порівнянні із запропонованим нами комплексом.</p>	<p>При застосуванні ЗГТ у поєднанні з негормональним лікувальним комплексом (підгрупа В) уже через 1 місяць питома вага жінок із середнім ступенем вираженості КС достовірно зменшилась з 55,88 до 23,53% ($p < 0,05$), через 3 місяці у більшій половині пацієток цієї підгрупи (в 70,58%) не було виявлено КС, а у решти (29,42%) він мав легкий ступінь тяжкості.</p> <p>Таким чином, у результаті аналізу отриманих даних встановлено, що застосування негормонального лікування сприяє здебільшого зменшенню інтенсивності клінічних проявів КС, в той час як застосування ЗГТ у більшості випадків призводить до повного зникнення симптоматики ранніх постменопаузальних порушень, причому при використанні ЗГТ з негормональним лікувальним комплексом такий ефект досягається раніше.</p> <p>Динаміка зворотнього розвитку клінічної симптоматики КС за показниками ІК свідчила про те, що найбільша клінічна ефективність виявилась при застосуванні комбінованої терапії, що включала як ЗГТ, так і засоби негормонального впливу. Так, у підгрупі В вже через 1 місяць лікування ІК зменшився на $8,92 \pm 0,86$ бали, тоді як при використанні тільки ЗГТ (підгрупа Б) – на $6,8 \pm 0,67$ балів, а підгрупа А – тільки на $2,34 \pm 0,21$ бали. Після трьох місяців лікування достовірної різниці ІК в підгрупах Б і В не виявлено. Застосування лише гормональної терапії виявило меншу клінічну ефективність в порівнянні із запропонованим нами комплексом.</p>
<p>С. 66.</p>	<p>С. 72–73.</p>
<p>Визначили динаміку сенсомоторних реакцій виявили, що у пацієток, які застосовували традиційну терапію (підгрупа I), лише через 3 місяці спостерігалась тенденція до зменшення часу, затраченого на виконання коректурної проби з $611,5 \pm 19,8$ до $559,4 \pm 23,2$ с ($t=1,87$). У підгрупі II він зменшився уже через 1 місяць, відповідно з $594,3 \pm 25,3$ до $518,4 \pm 23,7$ с – для підгрупи II ($p < 0,05$) і залишався нижчим через 3 місяці, відповідно $494,6 \pm 25,4$ с та $478,8 \pm 21,1$ с ($p_{1-3,2-4} < 0,05$)</p> <p>Незграбний рерайтинг призвів до того, що утворилося дивне речення: «Визначили динаміку сенсомоторних реакцій виявили, що». Усі дані ідентичні. Фальсифікація дослідження. Плагіат.</p>	<p>При визначенні динаміки сенсомоторних реакцій виявлено, що у пацієток, які застосовували негормональний лікувальний комплекс (підгрупа А), лише через 3 місяці спостерігалась тенденція до зменшення часу, затраченого на виконання коректурної проби з $611,5 \pm 19,8$ до $559,4 \pm 23,2$ с ($t=1,87$). У підгрупах Б і В він достовірно зменшився уже через 1 місяць, відповідно з $587,6 \pm 19,3$ до $516,8 \pm 20,1$ с – для підгрупи Б ($p < 0,05$) та з $594,3 \pm 25,3$ до $518,4 \pm 23,7$ с – для підгрупи В ($p < 0,05$) і залишався достовірно нижчим через 3 місяці, відповідно $494,6 \pm 25,4$ с та $478,8 \pm 21,1$ с ($p_{1-3,2-4} < 0,05$)</p>
<p>С. 66.</p>	<p>С. 73.</p>
<p>Отримані результати свідчать про те, що у лікуванні ранніх постменопаузальних порушень клінічна ефективність лише традиційного лікування була</p>	<p>Отримані результати свідчать про те, що у лікуванні ранніх постменопаузальних порушень клінічна ефективність лише гормональних засобів була</p>

<p>нижчою в порівнянні з такою при використанні запропонованого комплексу.</p> <p>Щодо динаміки артеріального тиску під дією різних методів лікування, ми встановили, що середні показники систолічного тиску змінювалися суттєво зменшились тільки через 3 місяці, відповідно з $144,1 \pm 4,3$ до $124,8 \pm 3,6$ мм рт.ст. – у підгрупі I ($p < 0,05$), то у підгрупі II зниження систолічного АТ спостерігалась і через 1 місяць – з $142,9 \pm 3,9$ до $124,4 \pm 3,2$ мм рт.ст. ($p < 0,05$), і через 3 місяці – до $70,2 \pm 4,9$ ($p < 0,05$). При використанні комплексної терапії (підгрупа II) через 1 місяць спостерігалась тенденція до зниження показників діастолічного АТ від $85,9 \pm 6,1$ мм рт.ст. – на початку лікування до $74,3 \pm 4,21$ мм рт.ст. – через 1 місяць ($t = 1,56$), а через 3 місяці лікування його зменшення до $70,2 \pm 3,9$ мм рт.ст. ($p = 3 < 0,05$).</p> <p>Незграбний рерайтинг призвів до того, що утворилося дивне речення: «показники систолічного тиску змінювалися суттєво зменшились». Усі дані ідентичні. Фальсифікація дослідження. Плагіат.</p>	<p>нижчою в порівнянні з такою при використанні ЗГТ та негормонального комплексу лікування, що включав Вітокан, Кальцій-Д3 нікомед, Ессенціале.</p> <p>Щодо динаміки артеріального тиску під дією різних методів лікування, то нами встановлено, що середні показники систолічного тиску змінювалися як у пацієток, що застосовували негормональний комплекс, так і на фоні ЗГТ. Але якщо у підгрупі А та у підгрупі Б вони достовірно зменшились тільки через 3 місяці, відповідно з $144,1 \pm 4,3$ до $124,8 \pm 3,6$ мм.рт.ст. - у підгрупі А ($p < 0,05$) та з $138,6 \pm 3,4$ до $121,4 \pm 3,2$ мм.рт.ст.- у підгрупі Б ($p < 0,05$), то у підгрупі В суттєве зниження систолічного АТ спостерігалась і через 1 місяць - з $142,9 \pm 3,9$ до $124,4 \pm 3,2$ мм.рт.ст. ($p < 0,05$), і через 3 місяці - до $70,2 \pm 4,9$ ($p < 0,05$).</p> <p>Середні показники <...> При використанні комплексної терапії (підгрупа В) через 1 місяць спостерігалась тенденція до зниження показників діастолічного АТ від $85,9 \pm 6,1$ мм.рт.ст. - на початку лікування до $74,3 \pm 4,21$ мм.рт.ст. - через 1 місяць ($t = 1,56$), а через 3 місяці лікування - достовірно його зменшення до $70,2 \pm 3,9$ мм.рт.ст. ($p = 3 < 0,05$).</p>
<p>С. 66.</p> <p>При дослідженні стану ліпідного обміну на фоні запропонованого лікування у обстежених пацієток виявлено, у зниженні вмісту ЗХС (з $5,7 \pm 0,3$ до $5,3 \pm 0,2$ ммоль/л ($t = 1,5$); ТГ (з $2,7 \pm 0,2$ до $2,2 \pm 0,2$ ммоль/л, $p < 0,05$); ЛНЩ (з $3,4 \pm 0,1$ до $3,1 \pm 0,11$ ммоль/л, $t = 1,6$); ЛДНЩ ($1,3 \pm 0,1$ до $1,1 \pm 0,1$ ммоль/л, $t = 1,66$); та КА ($4,6 \pm 0,18$ до $3,6 \pm 0,11$, $p < 0,05$) одночасно зі зростанням вмісту ЛВЩ ($1,4 \pm 0,1$ до $1,7 \pm 0,1$ ммоль/л, $p < 0,05$).</p>	<p>С. 73–74.</p> <p>При дослідженні стану ліпідного обміну на фоні комбінованого гормонального лікування у обстежених пацієток виявлено, що більшість показників ліпідного обміну у пацієток, що застосовували лише ЗГТ, зазнали незначних змін. Найбільш суттєві зміни ліпідного профілю спостерігались при застосуванні комбінованого лікування, що виявлялись у зниженні вмісту ЗХС (з $5,79 \pm 0,26$ до $5,26 \pm 0,24$ ммоль/л ($t = 1,5$); ТГ (з $2,69 \pm 0,16$ до $2,21 \pm 0,12$ ммоль/л, $p < 0,05$); ЛНЩ (з $3,41 \pm 0,11$ до $3,16 \pm 0,11$ ммоль/л, $t = 1,61$); ЛДНЩ ($1,27 \pm 0,06$ до $1,14 \pm 0,05$ ммоль/л, $t = 1,66$); та КА ($4,6 \pm 0,18$ до $3,6 \pm 0,11$, $p < 0,05$) наряду з достовірним зростанням вмісту ЛВЩ ($1,44 \pm 0,06$ до $1,73 \pm 0,07$ ммоль/л, $p < 0,05$).</p>
<p>С. 66–67.</p> <p>При дослідженні показників тромбоцитарного гемостазу виявлено, що загальна кількість тромбоцитів глобально не змінювалась у всіх обстежених жінок незалежно від виду застосованого лікування. У пацієток, яким застосовували запропоновану терапію через 6 місяців спостерігалось зменшення агрегаційної активності тромбоцитів до адреналіну (з $47,8 \pm 1,6$ до $42,7 \pm 1,1$ %, $p < 0,05$) та до АДФ – (з $52,6 \pm 1,5$ до $47,6 \pm 1,6$ %, $p < 0,05$), хоча адгезивність та агрегаційна активність до ристоміцину суттєво не змінились. Діагностовано, зниження активності тромбоцитарної ланки гемостазу, на що вказувало відповідно зменшення показників адгезивності (з $45,8 \pm 1,9$ до $40,3 \pm 1,6$ %, $p < 0,05$) та агрегаційної активності: Аа (з $47,2 \pm 1,4$ до $36,6 \pm 1,1$ %, $p < 0,05$), Аадф (з $51,9 \pm 1,4$ до $38,4 \pm 1,3$ %, $p < 0,05$), Ар (з $47,8 \pm 1,1$ до $43,1 \pm 1,1$ %, $p < 0,05$). Показники коагуляційної ланки гемостазу у обстежених пацієток, як до лікування, так і після завершення шестимісячного лікувального курсу, не виходили за межі нормальних значень для здорових жінок. Рівень фібрिनотену та активність VII фактору суттєво не змінились в усіх підгрупах.</p> <p>Скопійована помилка: «адгезивність». Усі дані ідентичні. Фальсифікація дослідження. Рерайтинг, плагіат.</p>	<p>С. 74.</p> <p>При дослідженні показників тромбоцитарного гемостазу виявлено, що загальна кількість тромбоцитів достовірно не змінювалась в усіх обстежених жінок незалежно від виду застосованого лікування. У пацієток, що застосовували ЗГТ, показники тромбоцитарного гемостазу також майже не змінились, тоді як при застосуванні ЗГТ та негормонального комплексу через 6 місяців спостерігалось достовірно зменшення агрегаційної активності тромбоцитів до адреналіну (з $47,8 \pm 1,6$ до $42,7 \pm 1,1$ %, $p < 0,05$) та до АДФ - (з $52,6 \pm 1,5$ до $47,6 \pm 1,6$ %, $p < 0,05$), хоча адгезивність та агрегаційна активність до ристоміцину суттєво не змінились. При застосуванні ЗГТ у поєднанні з негормональним лікувальним комплексом спостерігалось зниження активності тромбоцитарної ланки гемостазу, про що свідчило достовірно зменшення показників адгезивності (з $45,8 \pm 1,9$ до $40,3 \pm 1,6$ %, $p < 0,05$) та агрегаційної активності: Аа (з $47,2 \pm 1,4$ до $36,6 \pm 1,1$ %, $p < 0,05$), Аадф (з $51,9 \pm 1,4$ до $38,4 \pm 1,3$ %, $p < 0,05$), Ар (з $47,8 \pm 1,1$ до $43,1 \pm 1,1$ %, $p < 0,05$).</p>

<p>С. 67.</p> <p>В протизгортуючій системі крові нами не виявлено суттєвої динаміки показників як у разі застосування традиційного лікувального комплексу, так і запропонованого (табл. 1). Узагальнюючи вищезазначене, можна зробити висновок про те, що запропонований лікувальний комплекс демонструє досить високу ефективність у лікуванні ранніх клімактеричних порушень, що важливо для осіб, які мають протипоказання для ЗГТ, або тимчасово відмовляються від її застосування. Але одночасно треба зважити на необхідність тривалого застосування негормонального лікування для досягнення стійкого терапевтичного ефекту, а також на те, що використання негормональних препаратів здебільшого забезпечує зменшення інтенсивності клімактеричних симптомів, а не повне їх зникнення.</p>	<p>С. 74–75.</p> <p>В протизгортуючій системі крові нами не виявлено суттєвої динаміки показників як у разі застосування негормонального лікувального комплексу і при призначенні ЗГТ. Узагальнюючи вищезазначене, можна зробити висновок про те, що запропонований негормональний комплекс виявляє досить високу ефективність у лікуванні ранніх клімактеричних порушень, що важливо для осіб, які мають протипоказання для ЗГТ, або тимчасово відмовляються від її застосування. Але при цьому слід зауважити на необхідність тривалого застосування негормонального лікування для досягнення стійкого терапевтичного ефекту, а також на те, що використання негормональних препаратів здебільшого забезпечує зменшення інтенсивності клімактеричних симптомів, а не повне їх зникнення. Тому у жінок <...></p>
<p>С. 67.</p> <p>У результаті застосування запропоновано лікування виявлено позитивний вплив на стан судинної системи, реологічні властивості крові та ліпідний обмін, що свідчить про можливість її використання у пацієнок з захворюваннями серцево-судинної системи, або з високим ризиком їх розвитку, а також на можливість тривалого її застосування, що особливо важливо у профілактиці та лікуванні пізніх метаболічних порушень.</p>	<p>С. 75.</p> <p>У результаті застосування комбінованої ЗГТ з використанням трансдермального 17β-естрадіолу (1,5 мг/добу) та негормонального комплексу (Вітокан по 30 кр. 3 рази на добу (запивати ½ склянки теплої води) за 15-30 хв до їжі; Кальцій-Д3 нікомед по 1 таблетці двічі на день; Ессенціале по 1 капсулі тричі на день під час їжі, не розжовуючи та запиваючи невеликою кількістю води) виявлено позитивний вплив на стан судинної системи, реологічні властивості крові та ліпідний обмін, що свідчить про можливість її застосування у пацієнок з захворюваннями серцево-судинної системи, або з високим ризиком їх розвитку а також на можливість тривалого його застосування, що особливо важливо у профілактиці та лікуванні пізніх метаболічних порушень.</p>
<p>С. 67.</p> <p>У жінок основної групи значно переважає частота соматичної патології в анамнезі, зокрема серцево- та церебро-судинні порушення, нервово-психічні захворювання, захворювання шлунково-кишкового тракту, дихальних шляхів. Саме в анамнезі <...></p>	<p>С. 64.</p> <p>У ході клініко-параклінічної порівняльної характеристики виявлено, що у жінок основної групи значно превалює частота соматичної патології в анамнезі, зокрема серцево- та церебро-судинні порушення, нервово-психічні захворювання, захворювання шлунково-кишкового тракту, дихальних шляхів. Структура гінекологічної <...></p>
<p>С. 67–68.</p> <p>Структура гінекологічної патології в групах обстежених жінок також була неоднорідною. В анамнезі у жінок основної групи частіше, ніж у пацієнок групи порівняння спостерігались порушення менструальної функції (37,7 % проти 23,3 %, $p < 0,05$), запальні захворювання геніталій (35,6 % проти 22,7 % , $p < 0,05$), доброякісні пухлини (13,8 % проти 5,6 % >, $p < 0,05$), але переважала кількість жінок, що інформували про перенесені гінекологічні операції (23,8 проти 5,9 %, $p < 0,05$). В структурі порушень менструальної функції у жінок основної групи переважали: гіпоменструальний синдром (8,1 % проти 3,2 %, $p < 0,05$), альгоменорея (18,8 % проти 12,5 %, $p < 0,05$) та передменструальний синдром (32,1 % проти 21,5 %, $p < 0,05$).</p> <p>Очевидною є маніпуляція з цифрами. Плагіат.</p>	<p>С. 23–24.</p> <p>Структура гінекологічної патології в групах обстежених жінок також була неоднорідною (табл. 2.2.13). Так, в анамнезі у жінок основної групи частіше, ніж у контрольній групі жінок, відмічались порушення менструальної функції (37,76 проти 24,34%), $p < 0,05$), запальні захворювання геніталій (35,16 проти 22,37%), $p < 0,05$), доброякісні пухлини (13,78 проти 5,26, $p < 0,05$) та гінекологічні операції (23,98 проти 5,92%, $p < 0,05$).</p> <p><...></p> <p>У структурі порушень менструального циклу (табл. 2.2.14), у жінок основної групи частіше відмічались порушення по типу гіпоменструального синдрому (8,16 проти 3,29%, $p < 0,05$), альгоменорея (18,88 проти 12,5%), $p < 0,05$) та передменструальний синдром (32,14 проти 21,05%, $p < 0,05$).</p>
<p>С. 68.</p> <p>При аналізі ранніх ускладнень постменопаузального періоду встановлено, що у жінок основної</p>	<p>С. 65.</p> <p>При аналізі ранніх ускладнень постменопаузального періоду встановлено, що у жінок основної</p>

<p>групи значно вищою була частота психоемоційних порушень – 90,3 % випадків, тоді як в контрольній групі порівняння – лише в 74,3 % ($p < 0,05$). Разом з тим, серед обстежених основної групи переважали жінки з середнім (49,5 %) та тяжким (16,3 %) ступенями їх вираження, тоді як у контрольній групі питому вагу складали жінки з легким ступенем (59,8 %), а особи з середнім та тяжким ступенями вираженості психоемоційних порушень становили лише 11,4 % та 2,3 % ($p < 0,05$). У структурі психоемоційних порушень у жінок обох груп переважали зниження працездатності, втомлюваність, дратівливість, погіршення пам'яті, депресія, але серед пацієнток із хірургічною менопаузою частота їх була доволі високою.</p>	<p>групи значно вищою була частота психоемоційних порушень - 90,3% випадків, тоді як в групі порівняння - лише в 74,34% ($p < 0,05$). Разом з тим, серед обстежених основної групи переважали жінки з середнім (49,49%) та тяжким (16,33%) ступенями їх вираженості, тоді як у групі порівняння більшу питому вагу склали жінки з легким ступенем (59,87%), а особи з середнім та тяжким ступенями вираженості психоемоційних порушень становили лише 11,84% та 2,63% ($p_{1-4,2-5} < 0,05$).</p> <p>У структурі психоемоційних порушень у жінок обох груп переважали зниження працездатності, втомлюваність, дратливість, погіршення пам'яті, депресія, але серед пацієнток, із хірургічною менопаузою, частота їх виявлення була вірогідно вищою.</p>
<p>С. 68.</p>	<p>С. 65.</p>
<p>У результаті поглиблених психопатологічних досліджень, шляхом визначення рівня тривожності за шкалою Спілбергера була більш виражена психологічна дезадаптація у жінок із доброякісними неуточненими пухлинами матки та яєчників, особливо в ранньому постменопаузальному періоді. І якщо у пацієнток із природною менопаузою у ранній постменопаузі рівень особистісної і реактивної тривожності теж був підвищений і становив відповідно $38,1 \pm 2,1$ та $35,4 \pm 1,8$ балів, що відповідає середньому ступеню тривожності, то у пізньому постменопаузальному періоді ці показники були значно нижчими, відповідно $31,7 \pm 2,1$ та $29,9 \pm 2,4$ балів – у постменопазі 5–10 років та $29,4 \pm 1,7$ та $28,2 \pm 1,7$ балів – у постменопаузі понад 10 років ($p < 0,05$). У жінок із доброякісними неуточненими пухлинами матки та яєчників у пізньому постменопаузальному періоді залишались досить високими показники особистісної тривожності як в ранній ($47,3 \pm 2,3$ балів – у постменопаузі 1–2 роки та $44,4 \pm 2,4$ бали – у постменопаузі 2–5 років), так і у пізній постменопаузі ($39,8 \pm 2,7$ балів – у постменопаузі 5–10 років та $34,2 \pm 1,9$ балів – у постменопаузі понад 10 років), і реактивної тривожності: $44,7 \pm 2,1$ балів – у постменопаузі 1–2 роки; $42,9 \pm 1,8$ балів – у постменопаузі 2–5; $38,6 \pm 2,2$ балів – у постменопаузі 5–10 та $36,3 \pm 1,9$ балів – у постменопаузі понад 10 років ($p > 0,05$). При аналізі даних, отриманих за методикою САН, виявлено, що пацієнтки основної групи значно частіше вказували на погане самопочуття (81,1 % проти 64,6 %, $p < 0,05$), знижену активність (77,6 % проти 59,7 %, $p < 0,05$) та відсутність настрою (73,8 % проти 64,1 %, $p < 0,05$). Це вказує на погіршення емоційного стану та низьку самооцінку у жінок із доброякісними неуточненими пухлинами матки та яєчників.</p> <p>Очевидною є маніпуляція з цифрами. Плагіат.</p>	<p>У результаті поглиблених психопатологічних досліджень шляхом визначення рівня тривожності за шкалою Спілбергера було виявлено більшу вираженість психологічної дезадаптації у жінок, із хірургічною менопаузою, особливо в ранньому постменопаузальному періоді. І якщо у пацієнток із природною менопаузою у ранній постменопаузі рівень особистісної і реактивної тривожності теж був дещо підвищений і становив відповідно $38,1 \pm 2,1$ та $35,4 \pm 1,8$ балів, що відповідає середньому ступеню тривожності, то у пізньому постменопаузальному періоді ці показники були значно нижчими, відповідно $31,7 \pm 2,1$ та $29,9 \pm 2,4$ балів - у постменопазі 5-10 років та $29,4 \pm 1,7$ та $28,2 \pm 1,7$ балів – у постменопаузі понад 10 років ($p_{1-3,1-5,2-4,2-6} < 0,05$). У жінок із хірургічною менопаузою у пізньому постменопаузальному періоді залишались досить високими показники особистісної тривожності як в ранній ($47,3 \pm 2,3$ балів - у постменопаузі 1-2 роки та $44,4 \pm 2,4$ бали - у постменопаузі 2-5 років), так і у пізній постменопаузі ($39,8 \pm 2,7$ балів - у постменопаузі 5-10 років та $34,2 \pm 1,9$ балів – у постменопаузі понад 10 років), і реактивної тривожності: $44,7 \pm 2,1$ балів - у постменопаузі 1-2 роки; $42,9 \pm 1,8$ балів - у постменопаузі 2-5; $38,6 \pm 2,2$ балів - у постменопаузі 5-10 та $36,3 \pm 1,9$ балів – у постменопаузі понад 10 років ($p > 0,05$).</p> <p>При аналізі даних, отриманих за методикою САН, виявлено, що пацієнтки основної групи значно частіше вказували на знижене самопочуття (81,13% проти 64,06%, $p < 0,05$), знижену активність (77,36 % проти 59,37%, $p < 0,05$) та знижений настрій (73,58% проти 64,06%, $p < 0,05$). Це вказує на достовірно гірший емоційний стан та зниження адаптаційних механізмів у жінок із хірургічною менопаузою.</p>
<p>С. 68.</p>	<p>С. 65–66.</p>
<p>Поглиблене дослідження сенсомоторних реакцій шляхом виконання коректурної проби та визначення часу пошуку чисел за таблицями Шульте виявило більш виражену недостатність активної уваги у жінок основної групи, що виявлялася у пропусках букв, закреслюванні схожих, нерівномірності виконання завдання та збільшенні затраченого на виконання завдання часу, який у жінок основної групи складав $594,2 \pm 21,4$ с, тоді як у групі порівняння цей показник був суттєво меншим – $446,4 \pm 34,6$ с ($p < 0,05$); пошук чисел за таблицями Шульте у жінок</p>	<p>Поглиблене дослідження сенсомоторних реакцій шляхом виконання коректурної проби та визначення часу пошуку чисел за таблицями Шульте виявило більш виражену недостатність активної уваги у жінок основної групи, що виявлялась у пропусках букв, закреслюванні схожих, нерівномірності виконання завдання та збільшенням затраченого на виконання завдання часу, який у жінок основної групи складав $594,2 \pm 21,4$ с, тоді як у групі порівняння цей показник був вірогідно меншим – $446,4 \pm 34,6$ с ($p < 0,05$); пошук чисел за таблицями</p>

<p>основної групи тривав у середньому $134,5 \pm 9,6$ с, тоді як в групі порівняння цей показник склав лише $89,6 \pm 7,5$ с ($p < 0,05$).</p> <p>В результаті аналізу вегетосудинних порушень, то їх частота у жінок із доброякісними неуточненими пухлинами матки та яєчників, становила 85,2 %, переважали жінки з середнім (44,3 %) та тяжким (11,7 %) ступенями їх вираження, тоді як у більшості жінок контрольної групи (49,3 %) вегетосудинні порушення мали легкий ступінь вираження, а середній та тяжкий ступінь спостерігали лише відповідно у 19,0 % та 2,3 % жінок ($p < 0,05$).</p> <p>Усі дані ідентичні; маніпуляції з цифрами. Фальсифікація дослідження. Плагіат.</p>	<p>Шульте у жінок основної групи тривав у середньому $134,5 \pm 9,6$ с, тоді як в групі порівняння цей показник склав лише $89,6 \pm 7,5$ с ($p < 0,05$).</p> <p>Щодо вегетосудинних зрушень, то їх частота у жінок із хірургічною менопаузою, становила 85,2%, тоді як у групі порівняння вона також була вірогідно нижчою - 71,05% ($p < 0,05$). При цьому в основній групі переважали жінки з середнім (44,39%) та тяжким (11,73%) ступенями їх вираженості, тоді як у більшості жінок групи порівняння (49,34%) вегетосудинні порушення мали легкий ступінь вираженості, а середній та тяжкий ступінь мали місце лише відповідно у 19,08% та 2,63% жінок ($p_{1-4,2-5} < 0,05$).</p>
<p>С. 68.</p>	<p>С. 66.</p>
<p>При аналізі структури вегетосудинних порушень встановлено, що як у жінок основної групи, так і в групі порівняння, серед симптомів переважали приливи, підвищення артеріального тиску, головний біль. В той же час у жінок основної групи спостерігалась вірогідно вища, ніж у групі порівняння, частота зазначених симптомів поряд з порушенням дермографізму (36,2 % проти 21,7 %, $p < 0,05$), парестезіями (28,0 % проти 17,1 %, $p < 0,05$) та надмірною чутливістю до високої температури (33,7 % проти 23,8 %, $p < 0,05$). Разом з тим, у жінок доброякісними неуточненими пухлинами матки та яєчників більшою була також частота симпатоадреналових криз (4,6 % проти 1,9 %, $p < 0,05$).</p> <p>Із збільшенням тривалості постменопаузального періоду в обох групах спостерігалось зменшення проявів симптоматики КС, але тоді у жінок основної групи навіть у пізньому постменопаузальному періоді середні показники МПІ як відносно психоемоційних, так і вегетосудинних порушень, мали досить високі значення, що відповідало середньому ступеню їх вираження. Для визначення гормонального статусу у обстежених жінок визначали вміст гонадотропних (ЛГ, ФСГ) та статевих стероїдних гормонів (естрадіолу, прогестерону та тестостерону).</p> <p>Усі дані ідентичні; маніпуляції з цифрами. Фальсифікація дослідження. Плагіат.</p>	<p>При аналізі структури вегетосудинних порушень встановлено, що як у жінок основної групи, так і в групі порівняння, серед симптомів переважали приливи, підвищення артеріального тиску, головний біль. При цьому у жінок основної групи спостерігалась вірогідно вища, ніж у групі порівняння, частота зазначених симптомів поряд з порушенням дермографізму (36,22% проти 21,71%, $p < 0,05$), парестезіями (28,06% проти 17,11%, $p < 0,05$) та надмірною чутливістю до високої температури (33,67% проти 23,68%, $p < 0,05$). Наряду з цим у жінок, із хірургічною менопаузою, дещо більшою була також частота симпатоадреналових кризів (4,59% проти 1,97%, $t=1,44$) та ознобів (7,6% проти 3,95%, $t=1,52$).</p> <p>Із збільшенням тривалості постменопаузального періоду в обох групах спостерігалось зменшення вираженості симптоматики КС, але при цьому у жінок основної групи навіть у пізньому постменопаузальному періоді середні показники МПІ як відносно психоемоційних, так і вегетосудинних порушень, мали досить високі значення, що відповідало середньому ступеню їх вираженості.</p> <p>Для визначення гормонального статусу у 38 жінок із хірургічною менопаузою (основна група) і 36 жінок із природною (група порівняння) визначали вміст гонадотропних (ЛГ, ФСГ) та статевих стероїдних гормонів (естрадіолу, прогестерону та тестостерону).</p>
<p>С. 68.</p>	<p>С. 66–67.</p>
<p>У результаті проведених гормональних досліджень виявлено, що як в основній, так і в групі порівняння, із збільшенням тривалості постменопаузального періоду спостерігалось зростання рівнів гонадотропних (ЛГ, ФСГ) та зниження статевих стероїдних гормонів. В той же час суттєво вищий рівень гонадотропних гормонів та значно нижчий естрадіолу спостерігався у жінок основної групи. При визначенні залежності ступеня вираження клінічних проявів КС від гормонального статусу, нами виявлено вірогідно більші рівні ЛГ та ФСГ у жінок з проявами КС в обох групах обстежених. У жінок основної групи рівень ФСГ був суттєво вищим, ніж у пацієнток із природним клімактеричним синдромом – $69,4 \pm 2,7$ мМЕ/л, так і без КС – $60,8 \pm 2,6$ мМЕ/л, ніж в групі порівняння, відповідно $52,7 \pm 2,9$ та $44,7 \pm 2,4$ мМЕ/л ($p < 0,05$).</p> <p>Усі дані ідентичні; маніпуляції з цифрами. Фальсифікація дослідження.</p>	<p>У результаті проведених гормональних досліджень виявлено, що як в основній, так і в групі порівняння, із збільшенням тривалості постменопаузального періоду спостерігалось зростання рівнів гонадотропних (ЛГ, ФСГ) та зниження статевих стероїдних гормонів. При цьому суттєво вищий рівень гонадотропних гормонів та значно нижчий рівень естрадіолу спостерігався у жінок основної групи.</p> <p>При визначенні залежності ступеня вираженості клінічних проявів КС від гормонального статусу, нами виявлено вірогідно більші рівні ЛГ та ФСГ у жінок з проявами КС в обох групах обстежених. При цьому у жінок основної групи рівень ФСГ був достовірно вищим як у пацієнток із природним клімактеричним синдромом - $69,54 \pm 2,78$ мМЕ/л, так і без КС - $60,84 \pm 2,96$ мМЕ/л, ніж в групі порівняння, відповідно $52,72 \pm 2,93$ та $44,27 \pm 2,54$ мМЕ/л ($p_{1-3,2-4} < 0,05$).</p>

	Плагіат.	
С. 69.		С. 67.
	<p>При цьому в основній групі виявлена позитивна кореляційна залежність між вмістом ФСГ та показниками МПІ відносно вегетосудинних ($r=0,72$, $p<0,05$) і психоемоційних порушень ($r=0,68$, $p<0,05$) а також між вмістом ЛГ і показниками МПІ щодо вегетосудинних ($r=0,72$, $p<0,05$) та психоемоційних порушень ($r=0,68$, $p<0,05$). Серед жінок із доброякісними неуточненими пухлинами матки та яєчників не спостерігали кореляційної залежності між вмістом ФСГ, ЛГ та показниками особистісної та реактивної тривожності, відповідно – $r=0,42$ ($p<0,05$) і $r=0,47$ ($p<0,05$), але разом з тим у них виявлена позитивна кореляційна залежність між вмістом ФСГ, ЛГ та часом виконання коректурної проби, відповідно $r=0,67$ ($p<0,05$) $r=0,59$ ($p<0,05$) та пошуку чисел за таблицями Шульте ($r=0,71$, $p<0,05$ і $r=0,64$, $p<0,05$)</p> <p>Усі дані ідентичні. Фальсифікація дослідження. Плагіат.</p>	<p>При цьому в основній групі не виявлено кореляційної залежності між вмістом ФСГ та показниками МПІ по відношенню до психоемоційних ($r=0,43$, $p>0,05$), вегетосудинних порушень ($r=0,47$, $p>0,05$) а також між вмістом ЛГ та ступенем вираженості психоемоційних і вегетосудинних порушень, відповідно - $r=0,41$ ($p>0,05$) та $r=0,47$ ($p>0,05$), тоді як в групі порівняння спостерігалась позитивна кореляційна залежність між вмістом ФСГ та показниками МПІ відносно вегетосудинних ($r=0,72$, $p<0,05$) і психоемоційних порушень ($r=0,68$, $p<0,05$) а також між вмістом ЛГ і показниками МПІ щодо вегетосудинних ($r=0,72$, $p<0,05$) та психоемоційних порушень ($r=0,68$, $p<0,05$). Серед жінок із хірургічною менопаузою не виявлено також кореляційної залежності між вмістом ФСГ, ЛГ та показниками особистісної, відповідно $r=0,39$ ($p>0,05$) і $r=0,46$ ($p>0,05$) та реактивної тривожності, відповідно - $r=0,37$ ($p>0,05$) і $r=0,36$ ($p>0,05$); між вмістом ФСГ, ЛГ та часом виконання коректурної проби, відповідно - $r=0,44$ ($p>0,05$) і $r=0,42$ ($p>0,05$), пошуку чисел за таблицями Шульте, відповідно - $r=0,46$ ($p>0,05$) та $r=0,39$ ($p>0,05$). У групі порівняння як і в основній, також не виявлено кореляційної залежності між вмістом ФСГ, ЛГ та показниками особистісної та реактивної тривожності, відповідно - $r=0,42$ ($p<0,05$) і $r=0,47$ ($p<0,05$), але наряду з цим у них виявлена позитивна кореляційна залежність між вмістом ФСГ, ЛГ та часом виконання коректурної проби, відповідно $r=0,67$ ($p<0,05$) $r=0,59$ ($p<0,05$) та пошуку чисел за таблицями Шульте ($r=0,71$, $p<0,05$ і $r=0,64$, $p<0,05$)</p>
С. 69.		С. 67–68.
	<p>Стосовно статевих стероїдних гормонів, то у жінок із доброякісними неуточненими пухлинами матки та яєчників не виявлено кореляційної залежності між вмістом естрадіолу та ступенем вираження психоемоційних ($r= -0,43$, $p>0,05$) вегетосудинних порушень ($r= -0,46$, $p>0,05$), рівнем особистісної та реактивної тривожності, відповідно – $r=-0,37$ ($p>0,05$) і $r=-0,34$ ($p>0,05$), часом виконання коректурної проби та пошуку чисел за таблицями Шульте, відповідно – $r=-0,37$ ($p>0,05$) і $r= -0,34$ ($p>0,05$). У групі ж порівняння встановлена негативна кореляційна залежність між вмістом естрадіолу та МПІ відносно психоемоційних ($r= -0,74$, $p<0,05$) та вегетосудинних порушень ($r= -0,71$, $p<0,05$) а також часом виконання коректурної проби та пошуку чисел за таблицями Шульте, відповідно – $r= -0,63$ ($p<0,05$) і $r= -0,57$ ($p<0,05$), однак як в групі порівняння, не було виявлено кореляційної залежності між вмістом естрадіолу та рівнем особистісної та реактивної тривожності, відповідно – $r= -0,44$ ($p>0,05$) і $r= -0,46$ ($p>0,05$). Це свідчить про роль інших чинників у патогенезі клімактеричного синдрому у жінок із доброякісними неуточненими пухлинами матки та яєчників, а не тільки естрогенного дефіциту.</p> <p>Усі дані ідентичні. Фальсифікація дослідження. Плагіат.</p>	<p>Стосовно статевих стероїдних гормонів, то у жінок із хірургічною менопаузою не виявлено кореляційної залежності між вмістом естрадіолу та ступенем вираженості психоемоційних ($r= -0,43$, $p>0,05$) вегетосудинних порушень ($r= -0,46$, $p>0,05$), рівнем особистісної та реактивної тривожності, відповідно - $r= -0,37$ ($p>0,05$) і $r= -0,34$ ($p>0,05$), часом виконання коректурної проби та пошуку чисел за таблицями Шульте, відповідно - $r= -0,37$ ($p>0,05$) і $r= -0,34$ ($p>0,05$). У групі ж порівняння встановлена негативна кореляційна залежність між вмістом естрадіолу та МПІ відносно психоемоційних ($r= -0,74$, $p<0,05$) та вегетосудинних порушень ($r= -0,71$, $p<0,05$) а також часом виконання коректурної проби та пошуку чисел за таблицями Шульте, відповідно - $r= -0,63$ ($p<0,05$) і $r= -0,57$ ($p<0,05$), однак як в групі порівняння, не було виявлено кореляційної залежності між вмістом естрадіолу та рівнем особистісної та реактивної тривожності, відповідно - $r= -0,44$ ($p>0,05$) і $r= -0,46$ ($p>0,05$). Це свідчить про роль інших чинників у патогенезі клімактеричного синдрому у жінок із хірургічною менопаузою, а не тільки естрогенного дефіциту.</p>
С. 69.		С. 68–69.
	<p>У результаті дослідження розвитку метаболічних розладів виявлено, що у жінок із доброякісними</p>	<p>У результаті дослідження розвитку метаболічних розладів виявлено, що у жінок із хірургічною</p>

<p>неуточненими пухлинами матки та яєчників у постменопаузі 1–2 роки показники як систолічного, так і діастолічного артеріального тиску достовірно не відрізнялись від відповідних показників у групі порівняння. Із збільшенням тривалості постменопаузального періоду (2–5 років) у основній групі спостерігалася тенденція до зростання систолічного та діастолічного артеріального тиску, у групі порівняння ці показники залишались практично незмінними. У постменопаузі 5–10 років середній показник систолічного тиску серед пацієток основної групи був досить високим – 138,6±5,2 мм рт.ст. проти 126,3±6,2 мм рт.ст. – у групі порівняння (p<0,05), як і середній показник діастолічного тиску, відповідно – 94,8±5,4 мм рт.ст. проти 178,7±5,9 мм рт.ст. (p<0,05). У постменопаузі більше 10 років середні значення систолічного та діастолічного тиску як в основній, так і у групі порівняння суттєво не відрізнялись, відповідно 144,8±9,6 проти 136,8±8,4 мм рт.ст. (p>0,05) та 95,4±7,3 проти 81,3±8,1 мм рт.ст. (p>0,05).</p> <p>Таким чином, у жінок із доброякісними неуточненими пухлинами матки та яєчників, як і в жінок із природною менопаузою, зафіксовано зростання показників АТ в міру зростання тривалості постменопаузального періоду, причому найбільш суттєве підвищення судинного тону в основній групі спостерігалася у ранньому постменопаузальному періоді і в наступні 5 років.</p> <p>Усі дані ідентичні. Фальсифікація дослідження. Плагіат.</p>	<p>менопаузою у постменопаузі 1-2 роки показники як систолічного, так і діастолічного артеріального тиску достовірно не відрізнялись від відповідних показників у групі порівняння. Із збільшенням тривалості постменопаузального періоду (2-5 років) у основній групі мала місце тенденція до зростання систолічного та діастолічного артеріального тиску, у групі порівняння ці показники залишались практично незмінними. У постменопаузі 5-10 років середній показник систолічного тиску серед пацієток основної групи був достовірно вищим - 138,6±5,2 мм.рт.ст. проти 126,3±6,2 мм.рт.ст. - у групі порівняння (p<0,05), як і середній показник діастолічного тиску, відповідно - 94,8±5,4 мм.рт.ст. проти 178,7±5,9 мм.рт.ст. (p <0,05). У постменопаузі більше 10 років середні значення систолічного та діастолічного тиску як в основній, так і у групі порівняння, суттєво не відрізнялись, відповідно 144,8±9,6 проти 136,8±8,4 мм.рт.ст. (p>0,05) та 95,4±7,3 проти 81,3±8,1 мм.рт.ст. (p>0,05).</p> <p>Таким чином, у жінок із хірургічною менопаузою, як у жінок із природною менопаузою, відмічено зростання показників АТ по мірі зростання тривалості постменопаузального періоду, причому найбільш суттєве підвищення судинного тону в основній групі спостерілось у ранньому постменопаузальному періоді і в наступні 5 років.</p>
<p>С. 69.</p>	<p>С. 69.</p>
<p>У 78 жінок з тривалістю постменопаузального періоду 2–10 років, із яких основну групу склали 60 пацієток із доброякісними неуточненими пухлинами матки та яєчників, а групу порівняння – 30 жінки із природною менопаузою, проведено ряд досліджень з визначення стану ліпідного обміну, згортуючої та протизгортуючої систем.</p> <p>У ході дослідження ліпідного спектру крові у жінок з хірургічною менопаузою виявлено вищі показники вмісту ЗХС – 6,8±0,2 проти 5,2±0,1 ммоль/л – в групі порівняння (p<0,05) та ТГ, відповідно 2,7±0,1 проти 1,8±0,1 ммоль/л (p<0,05). Для цієї групи характерною виявилась більш виражена дисліпопротеїдемія, що визначалась вищими, ніж у групі порівняння показниками ЛНЩ – 2,4±0,1 проти 1,9±0,1 ммоль/л (p<0,05), ЛДНЩ – 1,5±0,1 проти 1,1±0,1 ммоль/л (p<0,05) одночасно зі зниженим вмістом ЛВЩ – 2,1±0,1 проти 2,9±0,0 ммоль/л (p<0,05), що в свою чергу зумовило значно більший КА – 3,8±0,2 проти 2,8±0,1 – у групі порівняння (p<0,05). Отримані результати свідчать про більшу схильність до атерогенезу у жінок із доброякісними неуточненими пухлинами матки та яєчників, у порівнянні з пацієтками відповідної вікової категорії із природною менопаузою.</p> <p>Усі дані ідентичні; маніпуляції з цифрами. Фальсифікація дослідження. Фальшиві висновки з підміною захворювань. Плагіат.</p>	<p>У 77 жінок з тривалістю постменопаузального періоду 2-10 років, із яких основну групу склали 43 пацієтки із хірургічною менопаузою, а групу порівняння – 34 жінки із природною менопаузою, проведено ряд досліджень по визначенню стану ліпідного обміну, згортуючої та протизгортуючої систем.</p> <p>У ході дослідження ліпідного спектру крові у жінок з хірургічною менопаузою виявлено достовірно вищі показники вмісту ЗХС - 6,86±0,17 проти 5,21±0,13 ммоль/л - в групі порівняння (p<0,05) та ТГ, відповідно 2,73±0,1 проти 1,89±0,09 ммоль/л (p<0,05). Для цієї групи характерною виявилась більш виражена дисліпопротеїдемія, що визначалась достовірно вищими, ніж у групі порівняння, показниками ЛНЩ - 2,46±0,13 проти 1,98±0,11 ммоль/л (p<0,05), ЛДНЩ - 1,56±0,09 проти 1,13±0,07 ммоль/л (p<0,05) наряду зі зниженим вмістом ЛВЩ - 2,13±0,08 проти 2,95±0,08 ммоль/л (p<0,05), що в свою чергу зумовило значно більший КА - 3,8±0,2 проти 2,8±0,11 - у групі порівняння (p<0,05).</p> <p>Отримані результати свідчать про більшу схильність до атерогенезу у жінок із хірургічною менопаузою, у порівнянні з пацієтками відповідної вікової категорії із природною менопаузою.</p>
<p>С. 69.</p>	<p>С. 69.</p>
<p>У результаті дослідження показників згортуючої та протизгортуючої систем крові виявлено, що у жінок із доброякісними неуточненими пухлинами</p>	<p>У результаті дослідження показників згортуючої та протизгортуючої систем крові виявлено, що у жінок із хірургічною менопаузою, порівняно з осо-</p>

<p>матки та яєчників, порівняно з особами відповідної вікової категорії із природною менопаузою, спостерігалось посилення коагуляційних властивостей крові за рахунок підвищеної адгезивності відповідно 47,8±1,7 проти 42,6±1,7 % (p<0,05), агрегації тромбоцитів: до адреналіну – 48,6±1,6 проти 36,3±1,4 % (p<0,05), до АДФ – 52,2±1,5 проти 46,3±1,7 % (p<0,05) та активності VII та IX К-вітамінзалежних факторів згортання, відповідно 95,8±1,6 проти 90,8±1,4 % (p<0,05) та 91,7±1,9 проти 85,8±1,7 % (p<0,05) при майже однаковій активності протизгортуючої системи. Це є свідченням більшої схильності пацієток основної групи до гіперкоагуляції.</p> <p>Усі дані ідентичні. Фальсифікація дослідження. Плагіат.</p>	<p>бами відповідної вікової категорії із природною менопаузою, спостерігалось посилення коагуляційних властивостей крові за рахунок підвищеної адгезивності відповідно 47,8±1,7 проти 42,6±1,7% (p<0,05), агрегації тромбоцитів: до адреналіну - 48,6±1,6 проти 36,3±1,4% (p<0,05), до ЛДФ -52,2±1,5 проти 46,3±1,7% (p<0,05) та активності VII та IX К-вітамінзалежних факторів згортання, відповідно 95,8±1,6 проти 90,8±1,4% (p<0,05) та 91,7±1,9 проти 85,8±1,7% (p<0,05) при майже однаковій активності протизгортуючої системи. Це є свідченням більшої схильності пацієток основної групи до гіперкоагуляції.</p>
<p>С. 69.</p>	<p>С. 70.</p>
<p>Більш виражену дисліпопротеїнемію та прокоагулянтні зміни в системі згортання крові на тлі підвищеного артеріального тиску у пацієток із доброякісними неуточненими пухлинами матки та яєчників можна розглядати як прояв важкого та тривалого перебігу метаболічних судинних постменопаузальних розладів. Це аргументує доцільність дослідження ліпідного спектру крові (ЗХ, ТГ, КА), системи гемостазу (адгезивності, агрегації тромбоцитів, активованого парціального тромбопластинового часу) вже в ранньому постменопаузальному періоді та диференційованого підходу до вибору негормональної дії для лікування клімактеричних розладів з урахуванням не лише доз, але й шляхів введення медикаментів з огляду їх впливу на метаболізм ліпідів та коагуляційні властивості крові.</p>	<p>Більш виражену дисліпопротеїнемію та прокоагулянтні зміни в системі згортання крові на тлі підвищеного артеріального тиску у пацієток із хірургічною менопаузою можна розглядати як прояв більш важкого та тривалішого перебігу метаболічних судинних постменопаузальних розладів. Це зумовлює доцільність дослідження ліпідного спектру крові (ЗХ, ТГ, КА), системи гемостазу (адгезивності, агрегації тромбоцитів, активованого парціального тромбопластинового часу) вже в ранньому постменопаузальному періоді та диференційованого підходу до вибору засобів як гормональної, так негормональної дії для лікування клімактеричних розладів з урахуванням не лише доз, але й шляхів введення медикаментів з огляду їх впливу на метаболізм ліпідів та коагуляційні властивості крові.</p>
<p>С. 70.</p>	<p>С. 24.</p>
<p>Таким чином, проведений аналіз свідчить , що серед несприятливих чинників перебігу менопаузального періоду у жінок із доброякісними неуточненими пухлинами матки та яєчників можна вважати наявність в анамнезі серцево- та церебросудинних порушень, нервово-психічних захворювань, захворювань шлунково-кишкового тракту поруч із гінекологічною патологією, запальних захворювань геніталій, доброякісних пухлин, порушень менструальної функції (гіпоменструального синдрому, альгоменореї та передменструального синдрому). Тому потрібно розглядати хірургічну менопаузу не тільки як стан після оперативного втручання , а як наслідок низки причин, що передували хірургічному лікуванню.</p>	<p>Таким чином, проведений аналіз свідчить про те, що несприятливими чинниками перебігу постменопаузального періоду у жінок із хірургічною менопаузою можна вважати наявність в анамнезі серцево- та церебросудинних порушень, нервово-психічних захворювань, захворювань шлунково-кишкового тракту, дихальних шляхів, патології кістково-м'язової системи наряду з гінекологічною патологією, а саме запальних захворювань геніталій, доброякісних пухлин, порушень менструальної функції (гіпоменструального синдрому, альгоменореї та передменструального синдрому).</p>
<p>С. 70.</p>	<p>С. 70.</p>
<p>При розробці комплексу лікування КС для обстежуваних жінок нами враховано механізми розвитку порушень, пов'язаних з природним зменшенням та виключенням функції яєчників на тлі впливу несприятливих чинників навколишнього середовища. Враховуючі мультисистемність порушень, ми вважали за доцільне застосування комплексного лікування, кожна з ланок якого мала б певну терапевтичну направленість.</p>	<p>При розробці комплексу лікування КС для обстежуваних жінок нами враховано механізми розвитку порушень, пов'язаних з природним зменшенням та виключенням функції яєчників на тлі впливу несприятливих чинників навколишнього середовища. Враховуючі мультисистемність порушень, ми вважали за доцільне застосування комплексу лікування, кожна з ланок якого мала б певну терапевтичну направленість.</p>
<p>С. 70.</p>	<p>С. 70–71.</p>
<p>Враховуючи рецептор-опосередковану та рецептор-неопосередковану естроген модулюючу дію флавоноїдів, які впливають як агоністи естрогенів</p>	<p>Враховуючи рецептор-опосередковану та рецептор-неопосередковану естроген модулюючу дію флавоноїдів, які впливають як агоністи естрогенів</p>

<p>на кісткову тканину, клітини головного мозку, серця, ліпідний обмін, і тканини уrogenітального тракту, шкіру та її додатки, слизові оболонки, ми включили до лікувального комплексу ацетилсаліцилову кислоту, фітопрепарат, фітоестроген, розторопшу плямисту,риб'ячий жир та вітамін Е. Наявність негативних зовнішніх чинників, що впливають на стан гепатобіліарної системи, в тому числі несприятливі наслідки, які передували чи були причиною перенесеному оперативному втручанню, обумовлює необхідність проведення гепатопротекторної терапії при лікуванні патології постменопаузи у обстежених нами жінок. В якості гепатопротекторного препарату ми обрали Ессенціале – есенціальні фосфоліпіди, які за своєю хімічною структурою подібні до ендогенних мембранних фосфоліпідів, перевершуючи їх за своїми функціональними властивостями за рахунок високого вмісту в них поліненасичених жирних кислот, особливо лінолевої кислоти. Препарат використовували по 1 капсулі тричі на день під час їжі, не розжовуючи та запиваючи невеликою кількістю води. Враховуючи виявлені деструктивні зміни в структурно-функціональному стані кісткової тканини, що проходять в ранньому постменопаузальному періоді у жінок із гістерооваріоектомією, до лікувальних комплексів в цей період нами включено препарат кальцій-Дз нікомед, 1 таблетка якого містить кальцію карбонату 1250 мг (еквівалентно 500 мг кальцію), холекальциферол (вітамін Дз) 200 МО; препарат використовували по 1 таблетці 2 рази на добу. Вищезазначені засоби стали складовими запропонованого комплексу терапії, що був застосований у II підгрупі (30 жінок). У I підгрупі (30 жінок), керуючись загальноприйнятими рекомендаціями з лікування клімактерчних розладів.</p> <p>Доказом плагиату є копіювання слова з помилкою: «клімактерчних». Рейтинг. Плагиат.</p>	<p>на кісткову тканину, клітини головного мозку, серця, ліпідний обмін, і тканини уrogenітального тракту, шкіру та її додатки, слизові оболонки, ми включили до лікувального комплексу вітчизняний рослинний препарат «Вітокан». При цьому ми <...></p> <p>Наявність негативних зовнішніх чинників, що впливають на стан гепатобіліарної системи, в тому числі несприятливі наслідки які передували чи були причиною перенесеному оперативному втручанню, обумовлює необхідність проведення гепатопротекторної терапії при лікуванні патології постменопаузи у обстежених нами жінок. В якості гепатопротекторного препарату нами був обраний Ессенціале – есенціальні фосфоліпіди, які по своїй хімічній структурі подібні до ендогенних мембранних фосфоліпідів, перевершуючи їх по своїх функціональних властивостях за рахунок високого вмісту в них поліненасичених жирних кислот, особливо лінолевої кислоти. Фосфоліпіди є основними <...> Препарат використовували по 1 капсулі тричі на день під час їжі, не розжовуючи та запиваючи невеликою кількістю води.</p> <p>Враховуючи деструктивні зміни в структурно-функціональному стані кісткової тканини, що мають місце в пізньому постменопаузальному періоді у жінок із гістерооваріоектомією, до лікувальних комплексів ми включили препарат кальцій-Дз нікомед, 1 таблетка якого містить кальцію карбонату 1250 мг (еквівалентно 500 мг кальцію), холекальциферол (вітамін Дз) 200 МО. Препарат поповнює дефіцит кальцію та вітаміну Д, оскільки вживання 1500 мг кальцію на добу <...></p> <p>Вищезазначені засоби стали складовими комплексу негормональної терапії, що був застосований у підгрупі В (34 жінки). У підгрупі А (31 пацієнтка), керуючись загальноприйнятими рекомендаціями по лікуванню клімактерчних розладів, була призначена <...></p>
<p>С. 70.</p>	<p>С. 71–72.</p>
<p>Клінічні прояви КС визначали через 1 та через 3 місяці терапії, а дослідження метаболічних показників проводили через 3 та через 6 місяців лікування.</p> <p>Усім жінкам проводилось клінічне обстеження з обчисленням ІК, вимірювали час виконання коректурної проби та пошуку чисел за таблицями Шульте, визначали середні показники артеріального тиску. Обмеженому контингенту пацієнток (63 пацієнткам) досліджували показники ліпідного обміну, стан згортуючої та протизгортуючої систем крові.</p> <p>У результаті проведених досліджень виявлено, що внаслідок застосування традиційного лікування (I підгрупа) через 1 місяць КС набув більш легкого перебігу, про що свідчила тенденція до зниження питомої ваги жінок з тяжким ступенем КС з 45,16 до 29,03 % (t=1,31), а через 3 місяці з тенденцією до зменшення була питома вага жінок з середнім ступенем КС (з 54,8 до 25,8 %, t=1,86).</p> <p>Усі дані ідентичні. Фальсифікація дослідження. Плагиат.</p>	<p>Клінічні прояви КС визначали через 1 та через 3 місяці терапії, а дослідження метаболічних показників проводили через 3 та через 6 місяців лікування.</p> <p>Усім жінкам проводилось клінічне обстеження з обчисленням ІК, вимірювали час виконання коректурної проби та пошуку чисел за таблицями Шульте, визначали середні показники артеріального тиску. Обмеженому контингенту пацієнток (63 пацієнткам) досліджували показники ліпідного обміну, стан згортуючої та протизгортуючої систем крові.</p> <p>У результаті проведених досліджень виявлено, що внаслідок застосування негормонального лікування (підгрупа А) через 1 місяць КС набув більш легкого перебігу, про що свідчила тенденція до зниження питомої ваги жінок з тяжким ступенем КС з 45,16 до 29,03% (t=1,31), а через 3 місяці з тенденцією до зменшення була питома вага жінок з середнім ступенем КС (з 54,84 до 25,8%, t=1,86).</p>
<p>С. 70.</p>	<p>С. 72.</p>
<p>При застосуванні запропонованого лікувального комплексу (II підгрупа), уже через 1 місяць в жодній</p>	<p>При застосуванні ЗГТ у поєднанні з негормональним лікувальним комплексом (підгрупа В) уже</p>

<p>з пацієнок не виявлено тяжкого ступеню вираження КС. Через 3 місяці у більшій половині пацієнок цієї підгрупи (в 70,4 %) не було виявлено КС, а у решти (29,6 %) він мав легкий ступінь тяжкості.</p> <p>Таким чином, у результаті аналізу отриманих даних встановлено, що застосування негормонального лікування сприяє здебільшого зменшенню інтенсивності клінічних проявів КС, в той час як застосування запропонованого лікування у більшості випадків є причиною повного зникнення симптоматики ранніх постменопаузальних порушень.</p>	<p>через 1 місяць питома вага жінок із середнім ступенем вираженості КС достовірно зменшилась з 55,88 до 23,53% ($p<0,05$), через 3 місяці у більшій половині пацієнок цієї підгрупи (в 70,58%) не було виявлено КС, а у решти (29,42%) він мав легкий ступінь тяжкості.</p> <p>Таким чином, у результаті аналізу отриманих даних встановлено, що застосування негормонального лікування сприяє здебільшого зменшенню інтенсивності клінічних проявів КС, в той час як застосування ЗГТ у більшості випадків призводить до повного зникнення симптоматики ранніх постменопаузальних порушень, причому при використанні ЗГТ з негормональним лікувальним комплексом такий ефект досягається раніше.</p>
<p>С. 70.</p>	<p>С. 72.</p>
<p>Динаміка зворотнього розвитку клінічної симптоматики КС за показниками ІК свідчила про те, що найбільша клінічна ефективність виявилась при застосуванні запропонованої терапії. Так, у II підгрупі вже через 1 місяць лікування ІК зменшився на $8,9\pm 0,8$ бали, тоді як при використанні традиційного лікування (I підгрупа) – на $2,3\pm 0,2$ бали. Застосування лише традиційної терапії виявило меншу клінічну ефективність в порівнянні із запропонованим нами комплексом.</p>	<p>Динаміка зворотнього розвитку клінічної симптоматики КС за показниками ІК свідчила про те, що найбільша клінічна ефективність виявилась при застосуванні комбінованої терапії, що включала як ЗГТ, так і засоби негормонального впливу. Так, у підгрупі В вже через 1 місяць лікування ІК зменшився на $8,92\pm 0,86$ бали, тоді як при використанні тільки ЗГТ (підгрупа Б) - на $6,8\pm 0,67$ балів, а підгрупа А - тільки на $2,34\pm 0,21$ бали. Після трьох місяців лікування достовірної різниці ІК в підгрупах Б і В не виявлено. Застосування лише гормональної терапії виявило меншу клінічну ефективність в порівнянні із запропонованим нами комплексом.</p>
<p>С. 70.</p>	<p>С. 72–73.</p>
<p>Визначили динаміку сенсомоторних реакцій виявили, що у пацієнок, які застосовували традиційну терапію (підгрупа I), лише через 3 місяці спостерігалась тенденція до зменшення часу, затраченого на виконання коректурної проби з $611,5\pm 19,8$ до $559,4\pm 23,2$ с ($t=1,87$). У підгрупі II він зменшився уже через 1 місяць, відповідно з $594,3\pm 25,3$ до $518,4\pm 23,7$ с – для підгрупи II ($p<0,05$) і залишався нижчим через 3 місяці, відповідно $494,6\pm 25,4$ с та $478,8\pm 21,1$ с ($p_{1-3,2-4}<0,05$)</p> <p>Усі дані ідентичні. Фальсифікація дослідження. Плагіат.</p>	<p>При визначенні динаміки сенсомоторних реакцій виявлено, що у пацієнок, які застосовували негормональний лікувальний комплекс (підгрупа А), лише через 3 місяці спостерігалась тенденція до зменшення часу, затраченого на виконання коректурної проби з $611,5\pm 19,8$ до $559,4\pm 23,2$ с ($t=1,87$). У підгрупах Б і В він достовірно зменшився уже через 1 місяць, відповідно з $587,6\pm 19,3$ до $516,8\pm 20,1$ с - для підгрупи Б ($p<0,05$) та з $594,3\pm 25,3$ до $518,4\pm 23,7$ с - для підгрупи В ($p<0,05$) і залишався достовірно нижчим через 3 місяці, відповідно $494,6\pm 25,4$ с та $478,8\pm 21,1$ с ($p_{1-3,2-4}<0,05$)</p>
<p>С. 70–71.</p>	<p>С. 73.</p>
<p>Отримані результати свідчать про те, що у лікуванні ранніх постменопаузальних порушень клінічна ефективність лише традиційного лікування була нижчою в порівнянні з такою при використанні запропонованого комплексу.</p> <p>Щодо динаміки артеріального тиску під дією різних методів лікування, ми встановили, що середні показники систолічного тиску змінювалися суттєво зменшились тільки через 3 місяці, відповідно з $144,1\pm 4,3$ до $124,8\pm 3,6$ мм рт.ст. – у підгрупі I ($p<0,05$), то у підгрупі II зниження систолічного АТ спостерігалась і через 1 місяць – з $142,9\pm 3,9$ до $124,4\pm 3,2$ мм рт.ст. ($p<0,05$), і через 3 місяці – до $70,2\pm 4,9$ ($p<0,05$). При використанні комплексної терапії (підгрупа II) через 1 місяць спостерігалась тенденція до зниження показників діастолічного АТ від $85,9\pm 6,1$ мм рт.ст. – на початку лікування до $74,3\pm 4,21$ мм рт.ст. – через 1 місяць ($t=1,56$), а через 3 місяці лікування його зменшення до $70,2\pm 3,9$ мм рт.ст. ($p_{1-3}<0,05$).</p>	<p>Отримані результати свідчать про те, що у лікуванні ранніх постменопаузальних порушень клінічна ефективність лише гормональних засобів була нижчою в порівнянні з такою при використанні ЗГТ та негормонального комплексу лікування, що включав Вітокан, Кальцій-Д3 нікомед, Ессенціале.</p> <p>Щодо динаміки артеріального тиску під дією різних методів лікування, то нами встановлено, що середні показники систолічного тиску змінювалися як у пацієнок, що застосовували негормональний комплекс, так і на фоні ЗГТ. Але якщо у підгрупі А та у підгрупі Б вони достовірно зменшились тільки через 3 місяці, відповідно з $144,1\pm 4,3$ до $124,8\pm 3,6$ мм.рт.ст. - у підгрупі А ($p<0,05$) та з $138,6\pm 3,4$ до $121,4\pm 3,2$ мм.рт.ст. - у підгрупі Б ($p<0,05$), то у підгрупі В суттєве зниження систолічного АТ спостерігалась і через 1 місяць - з $142,9\pm 3,9$ до $124,4\pm 3,2$ мм.рт.ст. ($p<0,05$), і через 3 місяці - до $70,2\pm 4,9$ ($p<0,05$).</p> <p>Середні показники діастолічного тиску <...>. При використанні комплексної терапії (підгрупа В)</p>

	<p>Усі дані ідентичні. Фальсифікація дослідження. Плагіат.</p>	<p>через 1 місяць спостерігалась тенденція до зниження показників діастолічного АТ від 85,9±6,1 мм.рт.ст - на початку лікування до 74,3±4,21 мм.рт.ст. - через 1 місяць (t=1,56), а через 3 місяці лікування -достовірне його зменшення до 70,2±3,9 мм.рт.ст. (p₁₋₃< 0,05).</p>
С. 71.		С. 73–74.
	<p>При дослідженні стану ліпідного обміну на фоні запропонованого лікування у обстежених пацієнток виявлено, у зниженні вмісту ЗХС (з 5,7±0,3 до 5,3±0,2 ммоль/л (t=1,5); ТГ (з 2,7±0,2 до 2,2±0,2 ммоль/л, p<0,05); ЛНЩ (з 3,4±0,1 до 3,1±0,11 ммоль/л, t=1,6); ЛДНЩ (1,3±0,1 до 1,1±0,1 ммоль/л, t=1,66); та КА (4,6±0,18 до 3,6±0,11, p<0,05) одночасно зі зростанням вмісту ЛВЩ (1,4±0,1 до 1,7±0,1 ммоль/л, p<0,05).</p> <p>Усі дані ідентичні. Маніпуляції з цифрами. Фальсифікація дослідження. Плагіат.</p>	<p>При дослідженні стану ліпідного обміну на фоні комбінованого гормонального лікування у обстежених пацієнток виявлено, що більшість показників ліпідного обміну у пацієнток, що застосовували лише ЗГТ, зазнали незначних змін. Найбільш суттєві зміни ліпідного профілю спостерігались при застосуванні комбінованого лікування, що виявлялись у зниженні вмісту ЗХС (з 5,79±0,26 до 5,26±0,24 ммоль/л (t=1,5); ТГ (з 2,69±0,16 до 2,21±0,12 ммоль/л, p<0,05); ЛНЩ (з 3,41±0,11 до 3,16±0,11 ммоль/л, t=1,61); ЛДНЩ (1,27±0,06 до 1,14±0,05 ммоль/л, t=1,66); та КА (4,6±0,18 до 3,6±0,11, p<0,05) наряду з достовірним зростанням вмісту ЛВЩ (1,44±0,06 до 1,73±0,07 ммоль/л, p<0,05).</p>
С. 71.		С. 74.
	<p>При дослідженні показників тромбоцитарного гемостазу виявлено, що загальна кількість тромбоцитів глобально не змінювалась у всіх обстежених жінок незалежно від виду застосованого лікування. У пацієнток, яким застосовували запроповану терапію через 6 місяців спостерігалось зменшення агрегаційної активності тромбоцитів до адреналіну (з 47,8±1,6 до 42,7±1,1 %, p<0,05) та до АДФ - (з 52,6±1,5 до 47,6±1,6 %, p<0,05), хоча адгезивність та агрегаційна активність до ристоміцину суттєво не змінились. Діагностовано, зниження активності тромбоцитарної ланки гемостазу, на що вказувало відповідно зменшення показників адгезивності (з 45,8±1,9 до 40,3±1,6 %, p<0,05) та агрегаційної активності: Аа (з 47,2±1,4 до 36,6±1,1 %, p<0,05), Аадф (з 51,9±1,4 до 38,4±1,3 %, p<0,05), Ар (з 47,8±1,1 до 43,1±1,1 %, p<0,05). Показники коагуляційної ланки гемостазу у обстежених пацієнток, як до лікування, так і після завершення шестимісячного лікувального курсу, не виходили за межі нормальних значень для здорових жінок. Рівень фібрिनотену та активність VII фактору суттєво не змінились в усіх підгрупах.</p> <p>Скопійована помилка: «адгезивність». Усі дані ідентичні. Фальсифікація дослідження. Плагіат.</p>	<p>При дослідженні показників тромбоцитарного гемостазу виявлено, що загальна кількість тромбоцитів достовірно не змінювалась в усіх обстежених жінок незалежно від виду застосованого лікування. У пацієнток, що застосовували ЗГТ, показники тромбоцитарного гемостазу також майже не змінились, тоді як при застосуванні ЗГТ та негормонального комплексу через 6 місяців спостерігалось достовірне зменшення агрегаційної активності тромбоцитів до адреналіну (з 47,8±1,6 до 42,7±1,1%, p<0,05) та до АДФ - (з 52,6±1,5 до 47,6±1,6%, p<0,05), хоча адгезивність та агрегаційна активність до ристоміцину суттєво не змінились. При застосуванні ЗГТ у поєднанні з негормональним лікувальним комплексом спостерігалось зниження активності тромбоцитарної ланки гемостазу, про що свідчило достовірне зменшення показників адгезивності (з 45,8±1,9 до 40,3±1,6%, p<0,05) та агрегаційної активності: Аа (з 47,2±1,4 до 36,6±1,1%, p<0,05), Аадф (з 51,9±1,4 до 38,4±1,3%, p<0,05), Ар (з 47,8±1,1 до 43,1±1,1%, p<0,05).</p> <p>Показники коагуляційної ланки гемостазу у обстежених пацієнток, як до лікування, так і після завершення шестимісячного лікувального курсу, не виходили за межі нормальних значень для здорових жінок. Рівень фібрिनотену та активність VII фактору суттєво не змінились в усіх підгрупах. Але якщо у жінок жінок, що застосовували <...></p>
С. 71.		С. 74.
	<p>У жінок підгрупи II, через 6 місяців достовірно зменшилась активність IX фактору відповідно з 96,3±1,4 до 86,3±1,4 % (p<0,05), що супроводжувалось достовірним зростанням тривалості ЧР з 68,5±1,4 до 73,4±1,2 с – у підгрупі II (p<0,05). Тоді ж у пацієнток підгрупи II через 6 місяців спостерігали зростання тривалості ТЧ з 16,7±1,3 до 22,6±1,4 с (p<0,05) та АПТЧ з 36,8±1,6 до 41,3±1,4 с (p<0,05), а ПТІ суттєво не змінився.</p> <p>Усі дані ідентичні. Фальсифікація дослідження. Плагіат.</p>	<p><...> значних змін, то у жінок, ЗГТ у сукупності з негормональним лікувальним комплексом, через 6 місяців достовірно зменшилась активність IX фактору відповідно з 95,2±1,5 до 89,1±1,7% - у підгрупі Б (p<0,05) та з 96,3±1,4 до 86,3±1,4% - у підгрупі В (p<0,05), що супроводжувалось достовірним зростанням тривалості ЧР відповідно з 69,8±1,1 до 73,7±1,2 с – у підгрупі Б (p<0,05) та з 68,5±1,4 до 73,4±1,2 с - у підгрупі В (p<0,05). Наряду з цим у пацієнток підгрупи В через 6 місяців спостерігалось достовірне зростання тривалості ТЧ з 16,7±1,3 до 22,6±1,4 с (p<0,05) та АПТЧ з 36,8±1,6 до 41,3±1,4 с (p<0,05), а ПТІ суттєво не змінився, тоді як у підгрупі <...></p>

<p>С. 71.</p> <p>В протизгортуючій системі крові нами не виявлено суттєвої динаміки показників як у разі застосування традиційного лікувального комплексу, так і запропонованого (табл. 3). Узагальнюючи вищезазначене, можна зробити висновок про те, що запропонований лікувальний комплекс демонструє досить високу ефективність у лікуванні ранніх клімактеричних порушень, що важливо для осіб, які мають протипоказання для ЗГТ, або тимчасово відмовляються від її застосування. Але одночасно треба зважити на необхідність тривалого застосування негормонального лікування для досягнення стійкого терапевтичного ефекту, а також на те, що використання негормональних препаратів здебільшого забезпечує зменшення інтенсивності клімактеричних симптомів, а не повне їх зникнення.</p>	<p>С. 74–75.</p> <p>В протизгортуючій системі крові нами не виявлено суттєвої динаміки показників як у разі застосування негормонального лікувального комплексу і при призначенні ЗГТ.</p> <p>Узагальнюючи вищезазначене, можна зробити висновок про те, що запропонований негормональний комплекс виявляє досить високу ефективність у лікуванні ранніх клімактеричних порушень, що важливо для осіб, які мають протипоказання для ЗГТ, або тимчасово відмовляються від її застосування. Але при цьому слід зауважити на необхідності тривалого застосування негормонального лікування для досягнення стійкого терапевтичного ефекту, а також на те, що використання негормональних препаратів здебільшого забезпечує зменшення інтенсивності клімактеричних симптомів, а не повне їх зникнення. Тому у жінок з тяжкими проявами КС а також <...></p>
<p>С. 71.</p> <p>У результаті застосування запропоновано лікування виявлено позитивний вплив на стан судинної системи, реологічні властивості крові та ліпідний обмін, що свідчить про можливість її використання у пацієток з захворюваннями серцево-судинної системи, або з високим ризиком їх розвитку, а також на можливість тривалого її застосування, що особливо важливо у профілактиці та лікуванні пізніх метаболічних порушень.</p>	<p>С. 75.</p> <p>У результаті застосування комбінованої ЗГТ з використанням трансдермального 17β-естрадіолу (1,5 мг/добу) та негормонального комплексу (Вітокан по 30 кр. 3 рази на добу (запивати ½ склянки теплої води) за 15-30 хв до їжі; Кальцій-Д3 нікомед по 1 таблетці двічі на день; Ессенціале по 1 капсулі тричі на день під час їжі, не розжовуючи та запиваючи невеликою кількістю води) виявлено позитивний вплив на стан судинної системи, реологічні властивості крові та ліпідний обмін, що свідчить про можливість її застосування у пацієток з захворюваннями серцево-судинної системи, або з високим ризиком їх розвитку а також на можливість тривалого його застосування, що особливо важливо у профілактиці та лікуванні пізніх метаболічних порушень.</p>
<p>С. 72.</p> <p>(ВИСНОВКИ)</p> <p>2. Гормональний статус жінок із доброякісними неуточненими пухлинами матки та яєчників характеризується більш високим вмістом гонадотропних гормонів, ніж у групі порівняння, та вираженим естрогенним дефіцитом, що виявляється в ранній постменопаузі. Отримані зміни поглиблюються в міру перебігу постменопаузального періоду в обох групах (у постменопаузі 5–10 та більше 10 років рівень ЛГ в основній групі був далеко вищим, відповідно 66,7±3,1 проти 48,5±3,1 мМЕ/л (p<0,05), концентрація ФСГ підвищувалась із зростанням терміну постменопаузи, але і в ранньому, і в пізньому постменопаузальному періоді його вміст у пацієток основної групи був вищим порівняно з контрольною групою, відповідно 65, 8±3,9 проти 41,8±3,4 мМЕ/л (p<0,05) – у постменопаузі 1–2 роки; 71,3±3,2 проти 58,6±3,1 мМЕ/л (p<0,05) – 2–5 років.</p> <p>Усі дані ідентичні; маніпуляції з цифрами. Фальсифікація дослідження. Фальшиві висновки з підміною захворювань. Плагіат.</p>	<p>С. 76–77.</p> <p>(ВИСНОВКИ)</p> <p>2. Гормональний статус жінок із хірургічною менопаузою характеризується більш високим вмістом гонадотропних гормонів, ніж у групі порівняння, та вираженим естрогенним дефіцитом, що виявляється в ранній постменопаузі. Встановлено, що ці гормональні зміни поглиблюються в міру перебігу постменопаузального періоду в обох групах (у постменопаузі 5–10 та більше 10 років рівень ЛГ в основній групі був далеко вищим, відповідно 66,72±3,18 (n=9) проти 48,47±3,13 мМЕ/л (n=11) (p<0,05) та 68,24±2,86 (n=10) проти 46,94±2,95 мМЕ/л (n=9) (p<0,05), концентрація ФСГ підвищувалась із зростанням терміну постменопаузи, але і в ранньому, і в пізньому постменопаузальному періоді його вміст у пацієток основної групи був вищим порівняно з контрольною групою, відповідно 65, 86±3,93(n=9) проти 41,84±3,41(n=8) мМЕ/л (p<0,05) – у постменопаузі 1–2 роки; 71,36±3,24 (n=8) проти 58,63±3,12 мМЕ/л (n=10) (p<0,05) – 2–5 років; 79,32±2,64 (n=9) проти 65,34±2,84 мМЕ/л (n=11) (p<0,05) – 5–10 років; 87,54±3,43(n=10) проти 72, 26±3,18 мМЕ/л (n=9) (p<0,05) – у постменопаузі понад 10 років.).</p>
<p>С. 72.</p> <p>(ВИСНОВКИ)</p> <p>4. В результаті аналізу вегетосудинних пору-</p>	<p>С. 66.</p>

<p>шень їх частота у жінок із доброякісними неуточненими пухлинами матки та яєчників, становила 85,2 %, переважали жінки з середнім (44,3 %) та тяжким (11,7 %) ступенями їх вираження, тоді як у більшості жінок контрольної групи (49,3 %) вегетосудинні порушення мали легкий ступінь вираження, а середній та тяжкий ступінь спостерігали лише відповідно у 19,0 % та 2,3 % жінок ($p < 0,05$). Разом з тим, у жінок доброякісними неуточненими пухлинами матки та яєчників більшою була також частота симпатоадреналових криз (4,6 % проти 1,9 %, $p < 0,05$).</p>	<p>Щодо вегетосудинних зрушень, то їх частота у жінок із хірургічною менопаузою, становила 85,2%, тоді як у групі порівняння вона також була вірогідно нижчою - 71,05% ($p < 0,05$). При цьому в основній групі переважали жінки з середнім (44,39%) та тяжким (11,73%) ступенями їх вираженості, тоді як у більшості жінок групи порівняння (49,34%) вегетосудинні порушення мали легкий ступінь вираженості, а середній та тяжкий ступінь мали місце лише відповідно у 19,08% та 2,63% жінок ($p_{1-4,2-5} < 0,05$).</p>
<p>С. 72.</p>	<p>С. 77.</p>
<p style="text-align: center;">(ВИСНОВКИ)</p> <p>7. Запропонований лікувальний комплекс показав клінічну ефективність у корекції ранніх клімактеричних порушень на тлі стабілізації показників ліпідного спектру і гемостазу: через 1 місяць питома вага жінок із середнім ступенем вираженості КС достовірно зменшилась з 55,8 % до 23,5 % ($p < 0,05$), через 3 місяці у більшій половині пацієнток в 70,5 % не було виявлено КС, а у решти 29,5 % він мав легкий ступінь тяжкості ($p < 0,05$), стосовно ліпідного профілю через 6 місяців спостерігалась тенденція до зменшення рівня ЗХ з $5,7 \pm 0,26$ до $5,2 \pm 0,24$ ммоль/л ($t = 1,5$), а вміст ТГ достовірно зменшився з $2,6 \pm 0,1$ до $2,2 \pm 0,1$ ммоль/л ($p < 0,05$), через 3 місяці концентрація ЛВЩ мала тенденцію до збільшення з $1,4 \pm 0,1$ до $1,6 \pm 0,1$ ммоль/л ($t = 1,91$), а через 6 місяців – їх вміст достовірно збільшився до $1,7 \pm 0,1$ ммоль/л ($p < 0,05$). Ефективність запропонованого лікувального комплексу у 1,6 рази вища в порівнянні з традиційним лікуванням і дозволяє на 1/3 знизити витрати на лікування.</p>	<p style="text-align: center;">(ВИСНОВКИ)</p> <p>4. Запропонований лікувальний комплекс, що складався із групи негормональних препаратів та препарату ЗГТ показав клінічну ефективність у корекції ранніх клімактеричних порушень на тлі стабілізації показників ліпідного спектру і гемостазу: через 1 місяць питома вага жінок ($n = 34$) із середнім ступенем вираженості КС достовірно зменшилась з 55,88 % ($n = 19$) до 23,53 % ($n = 8$) ($p < 0,05$), через 3 місяці у більшій половині пацієнток ($n = 24$) (в 70,58 %) не було виявлено КС, а у решти ($n = 10$) (29,42 %) він мав легкий ступінь тяжкості ($p < 0,05$), стосовно ліпідного профілю через 6 місяців спостерігалась тенденція до зменшення рівня ЗХ ($n = 34$) з $5,79 \pm 0,26$ до $5,26 \pm 0,24$ ммоль/л ($t = 1,5$), а вміст ТГ достовірно зменшився з $2,69 \pm 0,16$ до $2,21 \pm 0,12$ ммоль/л ($p < 0,05$), через 3 місяці концентрація ЛВЩ мала тенденцію до збільшення з $1,44 \pm 0,06$ до $1,59 \pm 0,08$ ммоль/л ($t = 1,91$), а через 6 місяців – їх вміст достовірно збільшився до $1,73 \pm 0,07$ ммоль/л ($p_{1-3} < 0,05$).</p>
<p>С. 73.</p>	<p>С. 78.</p>
<p style="text-align: center;">ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ</p> <p>1. Жінок із доброякісними неуточненими пухлинами матки та яєчників треба вважати групою ризику раннього розвитку та тяжкості перебігу як клімактеричного синдрому, так і метаболічних постменопаузальних розладів.</p> <p>2.3 метою своєчасної діагностики постменопаузальних судинних метаболічних розладів та моніторингу лікування у жінок із доброякісними неуточненими пухлинами матки та яєчників доцільно проводити поглиблене дослідження показників гемостазу (адгезивності та агрегації тромбоцитів, активованого парціального тромбoplastинового часу) та ліпідного обміну (загальний холестерин, тригліцериди, коефіцієнт атерогенності).</p>	<p style="text-align: center;">ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ</p> <p>1. Жінок із хірургічною менопаузою слід відносити до групи ризику раннього розвитку та розладів.</p> <p>2. З метою своєчасної діагностики постменопаузальних судинних метаболічних розладів та моніторингу лікування у жінок постменопаузального віку із хірургічною менопаузою доцільно проводити поглиблене дослідження показників гемостазу (адгезивності, агрегації тромбоцитів, активованого парціального тромбoplastинового часу) та ліпідного обміну (загальний холестерин, тригліцериди, коефіцієнт атерогенності).</p>