

# Оцінка якості життя після гістеректомії з приводу міоми матки

**І.Б. Венцківська, О.М. Прощенко, Я.М. Вітовський, С.В. Маркітанюк**

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ

Гістеректомія, проведена у репродуктивному віці, без сумніву, зумовлює зниження показників якості життя та може спричинити розвиток дисбалансу гормонального гомеостазу, психоемоційних, вегетоневротичних симптомів, ініціюючи або посилюючи сексуальну та урогенітальну дисфункцію, порушуючи психосоціальну адаптацію у всіх сферах життєдіяльності жінки. Цей аспект часто залишається поза увагою хірургів під час оцінювання ефективності лікування, хоча суттєво впливає на відновлення після оперативного втручання.

У статті представлено дані про експериментальне психологічне дослідження, оцінювання вираженості урогенітальної дисфункції із використанням стандартизованої системи POP-Q, характеристику параметрів якості життя як на етапі передопераційного спостереження, так і протягом 1, 3 та 5 років після оперативного втручання у 80 жінок репродуктивного віку з міомою матки, яким виконано вагінальну гістеректомію. До групи порівняння увійшли 60 пацієнок із гістеректомією, проведеною абдомінальним доступом.

За результатами даного дослідження, у жінок репродуктивного віку після радикальних операцій з приводу міоми матки визначено, що провідними порушеннями параметрів якості життя після гістеректомії є загальносоматичні симптоми, психоемоційні розлади, генітоуринарні та сексуальні порушення. Радикальні операції з приводу міоми матки зумовлюють зростання частки урогенітальних розладів, серед яких найбільш вагомими є нетримання сечі та пролапс, клінічні прояви яких справляють свій негативний вплив у тому числі і на психосоціальну сферу, знижуючи при цьому якість життя.

На сьогодні не існує єдиної думки щодо ступеня впливу радикальних оперативних втручань з приводу міоми матки на багатогранність порушень метаболічного та гормонального гомеостазу, формування психовегетативного симптомокомплексу і, як наслідок, – на параметри якості життя. Це зумовлює необхідність розроблення валідизованої методики оцінювання якості життя як компонента оптимізації реабілітаційної програми із персоналізованим урахуванням основних чинників коморбідності статусу під час планування оперативного лікування.

**Ключові слова:** міома матки, гістеректомія, параметри якості життя.

## Assessment of quality of life after hysterectomy with uterine myoma

**I. Ventskivska, O. Proshchenko, Ya. Vitovsky, S. Markitanyuk**

Hysterectomy, performed in reproductive age, undoubtedly causes a decrease in all parameters of quality of life and contributes to the development of imbalance of hormonal homeostasis, psycho-emotional, vegetative-neurotic symptoms, increasing sexual and urogenital dysfunction, impeding psycho-social adaptation in the family, the professional and intellectual spheres of a woman's life. This aspect is often overlooked by surgeons when evaluating the effectiveness of treatment, although it has a significant impact on recovery from surgery.

The article presents data on experimental psychological research, evaluation of the severity of urogenital dysfunction using a standardized POP-Q system, characteristics of quality of life parameters both at the stage of preoperative observation and within 1, 3 and 5 years after surgery in 80 women of reproductive age with uterine fibroids who have undergone vaginal hysterectomy. The comparison group included 60 patients with hysterectomy performed by abdominal access.

According to the results of this study, in women of reproductive age after radical surgery for fibroids, it was determined that the leading violations of quality of life after hysterectomy are general somatic symptoms, psycho-emotional disorders, genitourinary and sexual disorders. Radical operations for uterine fibroids cause an increase in the proportion of urogenital disorders, among which the most important are urinary incontinence and prolapse, the clinical manifestations of which have a negative impact on, including the psychosocial sphere, while reducing quality of life.

Today there is no consensus on the degree of impact of radical surgery for uterine fibroids on the versatility of metabolic and hormonal homeostasis, the formation of psychovegetative symptom complex, and as a consequence, the impact on quality of life, which necessitates a validated method of quality of life optimization of the rehabilitation program with personalized consideration of the leading factors of status comorbidity when planning surgical treatment.

**Keywords:** uterine fibroids, hysterectomy, quality of life parameters.

## Оценка качества жизни после гистерэктомии по поводу миомы матки

**И.Б. Венцковская, О.Н. Прощенко, Я.М. Витовский, С.В. Маркитанюк**

Гистерэктомия, проведенная в репродуктивном возрасте, несомненно обуславливает снижение показателей качества жизни и может способствовать развитию дисбаланса гормонального гомеостазу, психоэмоциональных, вегетоневротических симптомов, инициируя или усиливая сексуальную и урогенитальную дисфункцию, нарушая психосоциальную адаптацию во всех сферах жизнедеятельности женщины. Этот аспект часто остается без внимания у хирургов при оценке эффективности лечения, хотя существенно влияет на восстановление после оперативного вмешательства.

В статье представлены данные об экспериментальном психологическом исследовании, оценки выраженности урогенитальной дисфункции с использованием стандартизированной системы POP-Q, характеристика параметров качества жизни как на этапе предоперационного наблюдения, так и в течение 1, 3 и 5 лет после оперативного вмешательства у 80 женщин репродуктивного возраста с миомой матки, которым выполнено вагинальную гистерэктомию. В группу сравнения вошли 60 пациенток с гистерэктомией, проведенной абдоминальным доступом.

По результатам данного исследования, у женщин репродуктивного возраста после радикальных операций по поводу миомы матки определено, что ведущими нарушениями параметров качества жизни после гистерэктомии являются общесоматические симптомы, психоэмоциональные расстройства, генитоуринарные и сексуальные нарушения. Радикальные операции по поводу миомы матки обуславливают рост доли урогенитальных расстройств, среди которых наиболее значимыми являются недержание мочи и пролапс, клинические про-

явления которых осуществляют свое негативное влияние в том числе и на психосоциальную сферу, снижая при этом качество жизни. На сегодня не существует единого мнения относительно степени влияния радикальных оперативных вмешательств по поводу миомы матки на многогранность нарушений метаболического и гормонального гомеостаза, формирование психовегетативного симптомокомплекса и, как следствие, – на параметры качества жизни. Это обуславливает необходимость разработки валидизированной методики оценки качества жизни как компонента оптимизации реабилитационной программы с персонализированным учетом основных факторов коморбидности статуса при планировании оперативного лечения.

**Ключевые слова:** миома матки, гистерэктомия, параметры качества жизни.

На сучасному етапі розвитку гінекології частота хірургічного лікування міоми матки не має тенденції до зниження, при цьому у чверті випадків саме жінки репродуктивного віку піддаються оперативному лікуванню з приводу міоми, а радикальні операції – субтотальна або тотальна гістеректомія – виконуються у 60–95% випадків [5, 9, 13, 15].

Проте оперативне лікування, яке на сьогодні розглядається як безпечна та ефективна процедура, продовжує зберігати тенденцію до збільшення частки численних негативних впливів – від крововтрати, травматизму органів малого таза, анестезіологічних ризиків, втрати фертильності до психоемоційних розладів, порушення вегетогормонального гомеостазу й ризику зростання частоти захворювань різних органів і систем. Широко обговорюється взаємозв'язок хірургічного лікування міоми матки із функцією яєчників, нервово-психічним статусом пацієнтки, серцево-судинною системою, функцією сечового міхура та загальною оцінкою якості життя [8, 9, 23]. На думку багатьох вчених, після оперативних втручань на матці поширеність психічних розладів та психологічних проблем становить 50–90%, сексуальні зміни відзначають у 48–50% спостережень у випадку субтотальної і у 70% – тотальної гістеректомії [1, 10, 11, 14].

Слід відзначити не до кінця визначену та суперечливу точку зору щодо патогенезу вегетоневротичних та метаболічних порушень при гістеректомії, коли основним у виникненні психовегетативних розладів бачать психологічні фактори – почуття меншовартості, дефемінізації тощо або гормональний дисбаланс у результаті пошкоджувального впливу на кровопостачання гонад та, як наслідок, зниження продукції стероїдних гормонів.

Іще одна проблема при радикальному хірургічному лікуванні міоми матки – це стан нетравматичної неспроможності тазового дна. Серед існуючих патогенетичних концепцій розвитку даної проблеми – теорія системної дисплазії сполучної тканини, де десценція тазового дна є окремим проявом недостатності сполучної тканини, генетична детермінанта, зокрема положення щодо участі генів рецепторів вітаміну D у патогенезі захворювання. Низкою досліджень встановлено, що випадіння органів малого таза може потенціювати недостатня концентрація статевих стероїдів, оскільки у тканинах промежини відзначається високий вміст рецепторів до естрогенів та прогестерону, а також порушення кровообігу та мікроциркуляції тканин тазового дна [1, 10].

Пошкодження центрів та провідних нервових шляхів, що регулюють м'язово-фасціальні структури тазового дна та органів малого таза, підвищена маса тіла як фактор ризику розвитку десценції також є вагомими чинниками виникнення та прогресування даної патології, а також випадіння куполу діафрагми піхви після гістеректомії.

Нейропатія п. pudendus, міопатія m. levator ani та дистрофія сполучної тканини – три основні детермінанти тазової десценції. Причому чітко пов'язана із кількістю пологів в анамнезі, коли у жінок, які не народжували, виявляли поступову денервацію м'язів тазового дна у міру старіння, а у жінок, що народжували та ще не мали симптомів пролапсу чи стресового нетримання сечі, відзначали посилення денервації з віком, тоді як за наявності клініки стресового нетримання сечі чи пролапсу – більш виражені денерваційні ураження у м'язах тазового дна. Це дозволило припустити, що часткова денервація м'язів

тазового дна є частиною природного процесу старіння, який ініціює високий паритет пологів, а також наявність сечостатевого пролапсу та стресового нетримання сечі.

Донедавна у наукових дослідженнях оцінювання ефективності радикального хірургічного лікування міоми матки проводили на підставі даних аналізу низки критеріїв, серед яких – частота ускладнень, зміни параметрів лабораторних та інструментальних досліджень, тривалість перебування у стаціонарі тощо [12]. В останні роки для додаткової характеристики тяжкості різних патологічних станів все більш активно увагу приділяють такому критерію, як показники якості життя пацієнток [2, 4].

Будь-яке оперативне втручання здійснює свій негативний вплив або більш-менш виражену зміну параметрів якості життя жінок, проте у випадку втрати репродуктивного органу, що нерідко сприймається як зміна жіночої ідентичності, дана проблема є недостатньо оціненою і поверхнево представленою у сучасних наукових дослідженнях.

**Мета дослідження:** виявлення особливостей та ступеня вираженості порушень параметрів якості життя із урахуванням об'єму оперативного втручання та методики його виконання.

## МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

У ході даного наукового дослідження у гінекологічному відділенні Перинатального центру м. Києва за період з 2015 до 2020 р. було виконано 80 вагінальних гістеректомій без придатків (основна група) у жінок репродуктивного віку з міомою матки. Було сформовано дві підгрупи із урахуванням вікової категорії – 40 пацієнток 40–44 років та 40 пацієнток 45 років і більше. До групи порівняння увійшли 60 пацієнток із гістеректомією, проведеною абдомінальним доступом, яких аналогічно розділено відповідно до віку.

Критеріями виключення були: оваріоектомія, злякисні захворювання будь-якої локалізації, тяжка соматична патологія, відмова пацієнток від участі у дослідженні.

Контрольну групу сформували із 30 умовно здорових жінок старшого репродуктивного віку.

До діагностичного алгоритму включали:

- експериментальне психологічне дослідження,
- оцінювання вираженості урогенітальної дисфункції із використанням стандартизованої системи POP-Q,
- характеристику параметрів якості життя як на етапі передопераційного спостереження, так і протягом 1, 3 та 5 років після оперативного втручання,
- ультразвукову сонографію органів малого таза із визначенням структури яєчників.

Для оцінювання депресивних розладів, симптомів тривожності та їхньої динаміки використовували шкали Гамільтона (Hamilton Depression Rating Scale – HDRS та Hamilton Anxiety Rating Scale – HARS), для визначення тяжкості симптомів тривожності – шкалу самооцінки Шихана (Sheehan Patient-Rated Anxiety Scale – ShPRAS, 1983), шкали ситуативної (реактивної) та особистісної тривожності Спілберґера-Ханіна (State-Trait Anxiety Inventory за С.Д. Spielberger et al., 1970, у модифікації Ю.Л. Ханіна, 1978) [11], для дослідження вираженості астеничного синдрому – шкалу астеничного стану, а також опитувальник для оцінювання загальної втоми, фізичної та розумової втомленості MFI-20

(Multidimensional Fatigue Inventory). Визначення параметрів якості життя проводили шляхом анкетування за допомогою опитувальника MOS SF-36; для оцінювання вегетативного статусу застосовували «Опитувальник для виявлення ознак вегетативних змін» Вейна (Вейн А.М., 1998).

Дані динамічного моніторингу за пацієнтками були введені у створену в пакеті Microsoft Office Excel базу, а їхнє статистичне оброблення та графічне представлення отриманих даних здійснювали із застосуванням пакета програм для статистичного аналізу STATISTICA v. 10 і за допомогою прикладної програми Microsoft Office Excel.

**РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ**

За результатами даного дослідження, у жінок репродуктивного віку після радикальних операцій з приводу міоми матки було визначено, що основними порушеннями параметрів якості життя після гістеректомії є загальносоматичні симптоми – 107 (76,4%), психоемоційні розлади – 79 (56,4%), генітоуринарні та сексуальні порушення – 27 (19,3%) випадків.

Провідні клінічні симптоми, відзначені у ході анкетування пацієток обох груп, слід виділити як загальносоматичні, серед яких вагомими були цефалгії, артралгії, біль у ділянці спини, відчуття ранкової скутості. Третина пацієток описували деяке сповільнення рухової активності, порушення концентрації уваги, більш виражене у віці 55–60 років, із одночасною відсутністю зазначеної симптоматики у молодшому віці. Розмаїття вегетативних порушень проявлялось у формі розладів травлення, тахікардією, кардіалгією, відчуттям дискомфорту за грудниною, причому у молодшій віковій категорії в основній групі наведені скарги відзначено в 1,5 рази частіше, ніж у більш старшій віковій категорії (p<0,01). Це є свідченням відсутності морфологічних причин зазначеної симптоматики.

Характер вегетативної дисрегуляції серцево-судинної системи проявляється не лише тахікардією, а й зниженням величин ударного та серцевого індексів, зростанням опору судин на периферії та підвищенням артеріального тиску. Це свідчить про можливу активацію патогенетичних механізмів порушення кровообігу після абдомінальних оперативних втручань поряд зі зниженням рівня естрадіолу, формуванням хронічного стресу, що є передумовою розвитку гіпертонічної хвороби.

Астенічну симптоматику, приливи жару, пітливість частіше фіксували у пацієток старшого віку (у 74 (52,8%) спостереженнях обох груп), респіраторні симптоми – значно рідше і у першу чергу у старшій віковій категорії. Прояви змін периферійного судинного русла, такі, як еритема/блідість, реєстрували у 59 (42,1%), похолодіння та акроціаноз кінцівок – у 33 (23,5%) випадках. За даними анкетування з допомогою шкали астенічного стану та опитувальника з оцінювання загальної, фізичної та розумової втомлюваності MFI-20 діагноз «Органічний астенічний розлад» був встановлений у 47 (58,6%) та 38 (63,3%) встановлених пацієток відповідно по групах, у старшій віковій категорії – у двох третин пацієток. Водночас подібна частота соматичних симптомів у жінок різних вікових груп (переважання у молодому віці серцево-судинних проявів) свідчить про те, що ці симптоми є, скоріше, наслідком пси-

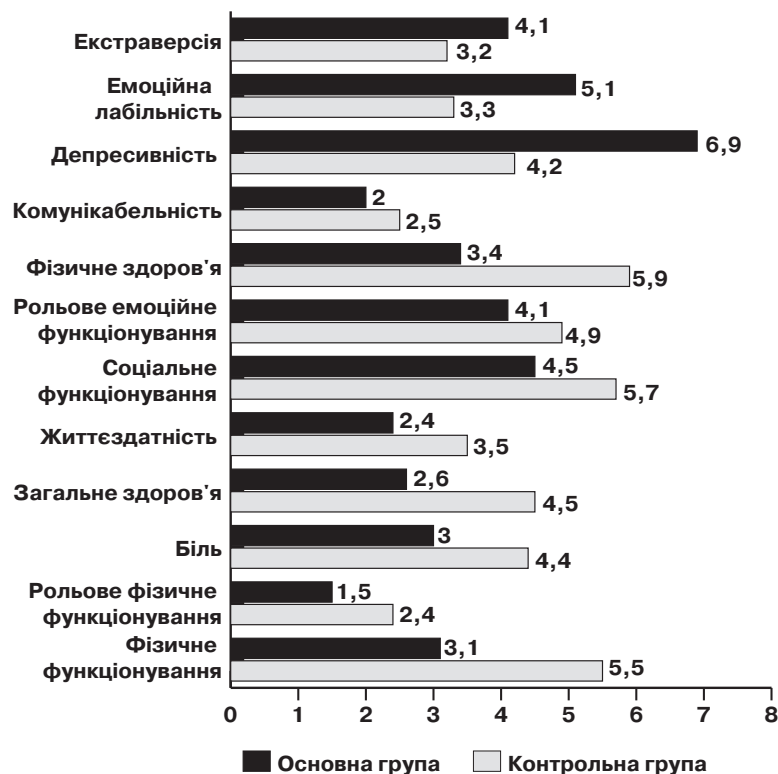
ховегетативних порушень, а не тільки реакції на оперативне втручання.

Ультразвукове дослідження через місяць після гістеректомії дозволило виявити зростання об'єму яєчників приблизно у 2,25 разу разом зі зниженням кровотоку у яєчниковій артерії, а також зниженням ехогенності яєчників. Відомо, що існує три типи кровопостачання яєчників: у 51% випадків яєчник рівномірно кровопостачається з маткової та яєчничкової артерій, у 38% – переважно за рахунок маткової артерії, у 11% – переважно за рахунок яєчничкової артерії.

Отже, очевидно, що величина впливу перетинання у ході операції власної зв'язки яєчника та маткової труби на повноцінність кровопостачання гонад буде залежати від типу їхнього кровопостачання. Крім того, відсутність клапанів у яєчникових венах зумовлює розвиток їхнього варикозного розширення, а значить – сповільненню венозного кровотоку внаслідок втрати матково-яєчничкового анастомозу після гістеректомії.

Висока частота психоемоційних порушень після гістеректомії зумовлена у тому числі і наростаючими генітоуринарними проявами. Отримані у динаміці післяопераційного періоду результати продемонстрували маніфестацію десценції тазового дна майже у кожній третій пацієтці, ознаки полакіурії, стресової інконтиненції сечі та імперативні форми нетримання сечі – у 22 (15,7%) спостереженнях у поєднанні із цистоцеле та ентероцеле, зі статистично значущими відхиленнями у старшій віковій категорії та у випадку вагінальної гістеректомії.

Основним фактором ризику виникнення пролапсу статевих органів та нетримання сечі є десценція тазового дна, хронічне підвищення внутрішньочеревного тиску, некориговані дефекти тазової діафрагми та дефіцит естрогенів. Беручи до уваги зниження функціональної активності яєчників та роз-



Параметри якості життя у пацієток досліджуваних груп через три роки після гістеректомії з приводу міоми матки, ум.од.

виток атрофічних процесів в естрогензалежних тканинах, не слід розглядати нетримання сечі тільки як наслідок пошкодження та дискоординації анатомічних структур малого таза і тазового дна внаслідок перенесеної операції. Необхідно також враховувати вплив гіпоестрогенії на структури нижньої третини уrogenітального тракту, що зумовлює ризик геніто-уринарних розладів, а у репродуктивному віці – прискорює психологічне виснаження.

Урологічні порушення після гістеректомії зумовлені низкою патогенетичних механізмів та є ланками одного процесу. Зі зростанням тривалості післяопераційного періоду естрогензалежний атрофічний процес прогресує, що проявляється посиленням уrogenітальних проявів зі збільшенням частки стресового та імперативного нетримання сечі.

Отримані результати анкетування свідчать про поліморфізм клінічних проявів психоемоційного статусу. Найчастіше пацієнтки інформували про тривожність – 102 (72,8%), зниження працездатності – 92 (65,7%), психічну тривожність та дисомнію – 44 (31,4%) випадки. Симптоми дисбалансу психологічного статусу були найбільш вираженими у пацієнток старшої вікової категорії та у випадку абдомінального доступу. Більшість пацієнток відзначали перші прояви розладів психоемоційної та вегетосудинної сфери вже протягом першого року після оперативного втручання із домінуванням таких скарг, як загальна втома, зниження фізичної активності, тривожність, підвищена емоційність, епізоди депресивних проявів, а також синдром хронічного тазового болю. Із плином часу у віддалений післяопераційний період прояви психоемоційної дезадаптації прогресивно зменшуються: так, після трьох років перші скарги озвучила невелика кількість обстежених – 19,3%.

Під час аналізу показників якості життя пацієнток різних вікових груп та різних оперативних методик проведення гістеректомії виявлено закономірності, які наведені на рисунку.

Аналіз взаємозв'язку рівня якості життя з показниками психічної сфери виявив зворотний кореляційний зв'язок між параметрами якості життя та вираженістю депресивно-тривожних станів ( $r=-0,48$ ). Найнижчі показники задоволеності відзначено щодо «фізичного здоров'я» та «сексуального здоров'я», незначуще страждала сфера міжособистісних взаємовідносин. Привертають на себе увагу низькі показники рольового емоційного функціонування та параметрів психологічного здоров'я у пацієнток основної групи на тлі покращення параметрів більшого показника, фізичного та рольового фізичного функціонування.

Несподіваним було зниження показника загального здоров'я після операції ( $p<0,05$ ). Життєздатність та соціальне функціонування не зазнали суттєвих змін. Особистісний профіль відрізнявся підвищеними рівнями емоційної лабільності – в 1,8 разу, депресивності – в 1,4 разу, дратівливості – в 1,7 разу у жінок основної групи за даними опитувальника ( $p<0,05$ ). Проте бальна оцінка комунікабельності у пацієнток групи порівняння була вищою в 1,6 разу, як і показники врівноваженості та екстраверсії – в 1,3 разу ( $p<0,05$ ).

## ВИСНОВКИ

За результатами проведених досліджень слід відзначити безсумнівне покращення рівня фізичного комфорту у жінок обох досліджуваних груп за рахунок нівелювання клінічної симптоматики міоми матки. Водночас оперативне лікування може бути предиктором, потенціуювальним фактором впливу на параметри якості життя.

Установлено домінування астеничних, тривожних та депресивних розладів серед порушень психоемоційної сфери. Характерною особливістю депресивних розладів стали підвищений рівень психічної тривожності та велика частка соматичних проявів (шлунково-кишкові, кардіальні та респіраторні прояви). Значна вираженість астеничного синдрому спостерігалася у жінок старшого віку із домінуванням у групі із абдомінальною гістеректомією.

Ці дані підтверджують існуючі літературні повідомлення щодо переважання фізичної астенії над психічними проявами у випадку радикальних оперативних втручань. Перманентні та пароксизмальні вегетативні порушення фіксували у двох третин спостережень в обох групах без значущих відхилень залежно від вікової категорії. А дослідження параметрів якості життя дозволило відзначити найнижчі рівні параметрів «фізичного здоров'я» та «сексуального здоров'я», найменше страждала сфера міжособистісних взаємовідносин.

Отже, існуючі наукові розробки не розглядають проблеми ускладнень після операцій з приводу міоми матки у комплексі, не враховують багатогранності метаболічних та гормональних порушень гомеостазу, формування психовегетативного симптомокомплексу і, як наслідок, їхнього впливу на параметри якості життя. Це зумовлює необхідність розроблення валідизованої методики оцінювання якості життя як компонента оптимізованої реабілітаційної програми із персоналізованим урахуванням основних чинників коморбідності статусу під час планування оперативного лікування.

## Сведения об авторах

**Венцковская Ирина Борисовна** – Кафедра акушерства и гинекологии № 1 Национального медицинского университета имени А.А. Богомольца, 03150, г. Киев, ул. Предславинская, 9. E-mail: [ventskivska@gmail.com](mailto:ventskivska@gmail.com)

<http://orcid.org/0000-0002-7685-5289>

**Прощенко Ольга Николаевна** – Кафедра акушерства и гинекологии № 1 Национального медицинского университета имени А.А. Богомольца, 03150, г. Киев, ул. Предславинская, 9. E-mail: [proshchenko777@gmail.com](mailto:proshchenko777@gmail.com)

<https://orcid.org/0000-0002-2187-4562>

**Витовский Ярослав Мирославович** – Кафедра акушерства и гинекологии № 1 Национального медицинского университета имени А.А. Богомольца, 03150, г. Киев, ул. Предславинская, 9

**Маркитанюк Светлана Владимировна** – Кафедра акушерства и гинекологии № 1 Национального медицинского университета имени А.А. Богомольца, 03150, г. Киев, ул. Предславинская, 9

## СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Балан В.Е., Ковалева Л.А. Уrogenітальний синдром в клімактерії. Можливості терапії // Акушерство і гинекологія. – 2015. – № 5. – С. 104–108.
2. Вентегодт С. Качество жизни как критерий эффективности лечения / С. Вентегодт // Вестн. националь- ного медико-хирургического центра им. Н.И. Пирогова. – 2013. – № 3, Т. 8 – С. 145.
3. Доброхотова Ю.Э. Психоемоциональный и гормональный статус женщин после гистерэктомии без при- датков / Ю.Э. Доброхотова // Рос. мед. журн. – 2000. – № 4. – С. 25–28.
4. Евстифеева Е.А., Филиппченко- ва С.И., Калантаров Т.К., Холодин С.П. Психосоматическая составляющая и качество жизни больных хирургическо- го профиля // Архив внутренней медицины. Специальный выпуск. – 2016. – С. 61.
5. Заболотнов В.А. Современные взгляды на этиологию, патогенез и ле- чение миомы матки / О.В. Карапетян, Ю.К. Памфамиров, Г.Л. Памфами- рова, Ю.А. Кучеренко, А.Г. Татевосян // Здоровье женщины. – 2011. – № 5 (61). – С. 15–20.
6. Загородняя Э.Д. Влияние гистерэктомии на функцию яичников



- и качество жизни больных миомой матки / Э.Д. Загородняя, Т.М. Баркан, А.Д. Колесников, В.С. Баркан, В.С. Резанович, А.А. Бутунов, Е.А. Целюба // Акушерство и гинекология. – 2013. – № 2. – С. 48–81.
7. Качество жизни как показатель эффективности реабилитационных мероприятий / Н.В. Саввина, А.Д. Саввина [и др.] // Вестн. национального медико-хирургического центра им. Н.И. Пирогова. – 2013. – Т. 8, № 3. – С. 41–43.
8. Косенко Н.А. Психические нарушения при эндокринопатиях / Н.А. Косенко, Б.Д. Цыганков, В.Г. Косенко [и др.] // Кубанский научный медицинский вестник. – 2014. – Т. 148, № 6. – С. 107–114.
9. Лашкул О.С. Качество жизни и сексуальная функция у женщин, оперированных на органах репродуктивной системы / О.С. Лашкул // Запорожский медицинский журнал. – 2018. – Т. 20, № 1 (106). – С. 76–81.
10. Новиков А.И., Михайличенко В.В., Александров В.П., Куренков А.В. и др. Влияние оперативного доступа на функциональное состояние нижних мочевых путей при гистерэктомии // Андрология и генитальная хирургия. – 2008. – № 4. – С. 21–24.
11. Ханин Ю.Л. Краткое руководство к шкале реактивной и личностной тревожности Ч.Д. Спилбергера / Ю.Л. Ханин. – Л., 1976. – 18 с.
12. Vomvolaki E. The effect of hysterectomy on sexuality and psychological changes / Vomvolaki E., K. Kalmantis, E. Kioses and A. Antsaklis. // The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care March 2006; 11(1):23-27.
13. Stewart E.A. Reassessing Hysterectomy / E.A. Stewart, L.T. Shuster, W.A. Rocca // Minnesota Medicine. – 2012. – V. 95, № 3. – P. 36.
14. Kichigin RH, Arestova MI, Zanko SE. 2013. Risk factors for uterine fibroids and quality of life of patients operated on for uterine fibroids. Maternal and child health 2(22):36-41.
15. Makris N., Vomvolaki E., Partisinelos G. et al. The effect of hysterectomy on sexuality and psychological changes. The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care March 2006;11(1):23–27.
16. Roseske N. C. Hysterectomy and other gynecological surgeries: a psychological view // Women's place in medical and psychological interfaces. – 2007. – Vol. 1. – P. 172–180.

Статья поступила в редакцию 15.09.2020

СТАТЬИ В ЖУРНАЛЕ «ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИНЫ»  
ТЕПЕРЬ ИМЕЮТ ВОЗМОЖНОСТЬ ПОЛУЧАТЬ

## УНИВЕРСАЛЬНЫЙ ИДЕНТИФИКАТОР ЦИФРОВОГО ОБЪЕКТА DIGITAL OBJECT IDENTIFIER (DOI) СИСТЕМЫ БИБЛИОГРАФИЧЕСКИХ ССЫЛОК CROSSREF

**CrossRef объединяет издательские организации со всего мира, представляющие 20 тыс. научных изданий и 1500 библиотек, обеспечивая перекрестную связь между публикациями в научных журналах более чем 2800 издательств с помощью цифровой идентификации объектов.**

Использование DOI позволит представить отечественные научные достижения мировой науке, улучшит обмен научной информацией между учеными, будет способствовать повышению рейтинга и индекса цитирования ученых Украины за рубежом, позволит вывести отечественные журналы в международное информационное поле.

Внедрение системы DOI в издательскую деятельность повышает публикационную активность изданий, увеличивает доступность научных публикаций за пределами Украины и дает возможность авторам быть представленными в известных наукометрических базах данных. Ценность идентификатора DOI для авторов заключается в том, что его использование в любое время обеспечивает быстрый поиск научной статьи, книги и другой печатной продукции без необходимости проведения поиска на сайтах журналов или поисковых систем.

Идентификатор цифровых объектов DOI является необходимым звеном доступности для анализа научной продукции, который осуществляется информационно-аналитическими системами наукометрических баз данных.

**Адрес для переписки:** ООО «Группа компаний Мед Эксперт», Украина, 04211, г.Киев-211, а/я 80;

**Контактный телефон редакции** +38 044 498-08-80

**Сайт** [www.med-expert.com.ua](http://www.med-expert.com.ua)

**e-mail:** [pediatr@med-expert.com.ua](mailto:pediatr@med-expert.com.ua)

**Контактное лицо:** Шейко Ирина Александровна