



**ЗБІРНИК
НАУКОВИХ ПРАЦЬ
АСОЦІАЦІЇ АКУШЕРІВ-
ГІНЕКОЛОГІВ УКРАЇНИ**

ВИПУСК 2(40) 2017

НАЦІОНАЛЬНА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ імені П.Л.ШУПИКА
ГРОМАДСЬКА ОРГАНІЗАЦІЯ «АСОЦІАЦІЯ АКУШЕРІВ – ГІНЕКОЛОГІВ УКРАЇНИ»

ЗБІРНИК НАУКОВИХ ПРАЦЬ АСОЦІАЦІЇ АКУШЕРІВ- ГІНЕКОЛОГІВ УКРАЇНИ

Науковий, медичний збірник
Виходить 2 рази на рік
Збірник засновано у березні 1998 р.

Випуск 2 (40) 2017

Рівне
ПП Естерово
2017

Засновники:
НАЦІОНАЛЬНА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ
імені П.Л.ШУПИКА
(НМАПО ім.П.Л.ШУПИКА)

ГРОМАДСЬКА ОРГАНІЗАЦІЯ «АСОЦІАЦІЯ АКУШЕРІВ - ГІНЕКОЛОГІВ УКРАЇНИ»
(ГО «ААГУ»)

- Головні редактори** – Запорожан В.М., академік НАМН України, д.мед.н., професор, Президент ГО «Асоціація акушерів-гінекологів України», ректор Одеського національного медичного університету
Вороненко Ю.В., академік НАМН України, д.мед.н., професор, ректор Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика,
- Заст.головного редактора** – Камінський В.В., чл.-кор. НАМН України, д.мед.н., професор, головний позаштатний спеціаліст із акушерства та гінекології МОЗ України, Голова виконавчого комітету ГО «ААГУ», завідувач кафедри акушерства, гінекології та репродуктології НМАПО імені П.Л.Шупика
- Відповідальний науковий редактор** – Борис О.М., д.м.н., професор, професор кафедри акушерства, гінекології та репродуктології НМАПО імені П.Л.Шупика
- Відповідальний секретар** – Коломійченко Т.В., к.т.н., відповідальний секретар виконавчого комітету ГО «ААГУ», старший науковий співробітник НДЦ НМАПО імені П.Л.Шупика

НАУКОВІ КОНСУЛЬТАНТИ

- Антипкін Ю.Г., академік НАМН України, д.мед.н., професор
Венцківський Б.М., чл.-кор. НАМН України, д.мед.н., професор
Резніков О.Г., академік НАМН України, чл.-кор. НАН України, д.мед.н., професор
Вдовиченко Ю.П., чл.-кор. НАМН України, д.мед.н., професор
Татарчук Т.Ф., чл.-кор. НАМН України, д.мед.н., професор
Чайка В.К., чл.-кор. НАМН України, д.мед.н., професор
Маркін Л.Б., чл.-кор. НАМН України, д.мед.н., професор
Дубініна В.Г., д.мед.н., професор.
Подольський В. В., д.мед.н., професор.
Медведь В.І., чл.-кор. НАМН України, д.мед.н., професор.
Горовенко Н.Г., чл.-кор. НАМН України, д.мед.н., професор.

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ

Авраменко Т.В., Бенюк В.О., Бойчук А.В., Булавенко О.В., Венцківська І.Б., Вовк І.Б., Галіч С.Р., Геряк С.М., Гладчук І.З., Гнатко О.П., Говсеев Д.О., Голяновський О.В., Горбунова О.В., Гордієнко І.Ю., Грищенко М.Г., Грищенко О.В., Давидова Ю.В., Дронова В.Л., Дубосарська З.М., Дубосарська Ю.О., Дубчак А.Є., Жабченко І.А., Жилка Н.Я., Железна Г.О., Жук С.І., Занько С.М., Зелінський О.О., Квашенко В.П., Корнацька А.Г., Лакатош В.П., Лук'ячук О.В., Макаренко М.В., Моїсеєнко Р.О., Нагорний О.Є., Назаренко Л.Г., Носенко О.М., Паращук Ю.С., Педаченко Н.Ю., Пирогова В.І., Потапов В.О., Резніченко Г.І., Рожковська Н.М., Романенко Т.Г., Ромащенко О.В., Савченко С.Є., Свінціцький В.С., Сенчук А.Я., Скрипченко Н.Я., Суслікова Л.В., Суханова А.А., Ткаченко А.В., Ткаченко Р.О., Товстановська В.О., Туманова Л.Є., Ципкун А.Г., Шатилович К.Л., Щербина М.О., Юзько О.М., Яроцький М.Є.

МІЖНАРОДНА РЕДАКЦІЙНА РАДА
INTERNATIONAL EDITORIAL BOARD

ГОЛОВА МІЖНАРОДНОЇ РЕДАКЦІЙНОЇ РАДИ
CHAIRMAN OF THE INTERNATIONAL EDITORIAL BOARD

Prof (em) Juriy Wladimiroff, MD, PhD, FRCOG, FCNGOF, FEBCOG, FAOGU, FISUOG, FAIUM, Dr Hon. Causa, Cambridge, United Kingdom

MEMBERS OF THE INTERNATIONAL EDITORIAL BOARD

ЧЛЕНИ МІЖНАРОДНОЇ РЕДАКЦІЙНОЇ РАДИ

Prof Frank Chervenak, MD, Given Foundation Professor and Chairman Department of Obstetrics and Gynecology Weill Medical College of Cornell University, Obstetrician and Gynecologist-in-Chief New York Presbyterian Hospital New York, New York USA

Dr Tahir Mahmood CBE, MBBS, MD, FRCPI, FFSRH, MBA, FACOG, FRCPE, FRCOG, Kirkcaldy, Scotland

Prof. Dr.med. Dr.h.c.mult. Wolfgang Holzgreve, MD, FRCOG, FACOG, MBA, Professor of Obstetrics and Gynaecology, Medical Director and CEO University of Bonn Medical Center, Bonn, Germany

Радзінський В.Є., д.мед.н., професор, завідувач кафедри акушерства та гінекології з курсом перинатології Російського Університету дружби народів, віце-президент Російського товариства акушерів-гінекологів, Російська Федерація.

РЕКОМЕНДОВАНО: Вченою радою Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика МОЗ України, Протокол № 7 від 13.09.2017.

За рішенням Атестаційної колегії МОН України № 1021 від 7.10.2015 «Збірник наукових праць Асоціації акушерів-гінекологів України» включено до **переліку наукових фахових видань України в галузі медичних наук**, рекомендованих для публікації результатів дисертаційних робіт

© Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л.Шупика, 2017

© Громадська організація «Асоціація акушерів-гінекологів України», 2017

СОМАТИЧНИЙ СТАН ТА ПОКАЗНИКИ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ВНУТРІШНІХ ОРГАНІВ У ВАГІТНИХ З ВЕЛИКИМ ІНТЕРГЕНЕТИЧНИМ ІНТЕРВАЛОМ.....	272
<i>ТУМАНОВА Л.Є., ГОЛОВЧЕНКО Л.В., КОЛОМІЄЦЬ О.В., БАДЗЮК Н.П., ДЕМЕНІНА Н.К.</i>	
ПСИХОЕМОЦІЙНИЙ СТАН ВАГІТНИХ ТА РОДІЛЬ У ПРЕДОПЕРАЦІЙНОМУ ПЕРІОДІ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД КАТЕГОРІЇ УРГЕНТНОСТІ ОПЕРАЦІЇ КЕСАРЕВА РОЗТИНУ	279
<i>УСЕВИЧ І.А.</i>	
ЕФЕКТИВНІСТЬ КОМПЛЕКСНОЇ ТЕРАПІЇ ГОРМОНАЛЬНОГО ДИСБАЛАНСУ У ЖІНОК ПІСЛЯ ПЕРЕНЕСЕНОГО ЗАПАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ СТАТЕВИХ ОРГАНІВ.....	284
<i>ЧАЙКА Г.В., ДНІСТРЯНСЬКА А.П., КАРЕТНА А.О.</i>	
БЕЗПЕЧНІСТЬ ХАРЧУВАННЯ ПІД ЧАС ВАГІТНОСТІ.....	291
<i>ШВЕЦЬ О.В., ГЕРВАЗЮК О.І., МУДРА Ю.С.</i>	
КЛІНІКО-МЕТАБОЛІЧНІ НАСЛІДКИ ПОСТГІСТЕРЕКТОМІЧНОГО СИНДРОМУ	296
<i>ЩЕРБИНА М.О. , СКОРБАЧ О.І. , СКОРБАЧ Ю.І. , ДИННІК О.О., КУЗЬМІНА О.О.</i>	
РЕАБИЛИТАЦИОННЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ У ЖЕНЩИН С ПЕРЕНЕСЕННЫМИ РАЗРЫВАМИ ПРОМЕЖНОСТИ	301
<i>ЩЕРБИНА Н.А., ЛИПКО О.П., ЩЕРБИНА И.Н., ПОТАПОВА Л.В., МЕРЦАЛОВА О.В.</i>	
ДОСЯГНЕННЯ ТА ПРОБЛЕМНІ ПИТАННЯ РЕПРОДУКТОЛОГІЇ УКРАЇНИ	306
<i>ЮЗЬКО О.М., РУДЕНКО Н.Г.</i>	
ПУПОВИНА ПРИ СИФІЛІСІ.....	312
<i>ЯРЕМЧУК Т.П.</i>	
ПАТОМОРФОЛОГІЧІ ОСОБЛИВОСТІ ПОЛІПОЗУ ЕНДОМЕТРІЯ У ВІКОВОМУ АСПЕКТІ	317
<i>ЯРМАК В.С.</i>	

УДК 618.14-089.87-089.168.1-06-008.9-036

ЩЕРБИНА М.О., СКОРБАЧ О.І., СКОРБАЧ Ю.І.,
ДИННІК О.О., КУЗЬМІНА О.О.

Харківського національного медичного університету,
кафедра акушерства та гінекології № 1,
м. Харків

КЛІНІКО-МЕТАБОЛІЧНІ НАСЛІДКИ ПОСТГІСТЕРЕКТОМІЧНОГО СИНДРОМУ

В останні роки відзначається зростання числа гінекологічних захворювань у молодому віці, які вимагають радикального оперативного втручання.

Мета дослідження. *Вивчити особливості гормональних, психоемоційних, вегето-судинних та метаболічних процесів у жінок після гістеректомії.*

Матеріали і методи дослідження. *Було обстежено 80 жінок, віком від 40 до 51 року. В основну групу було залучено 50 жінок після гістеректомії зі збереженням обох яєчників. Група контролю складалася з 30 практично здорових жінок зі збереженою менструальною функцією. За допомогою клінічного спостереження та клініко-лабораторного обстеження оцінювали стан хворих, досліджували нейровегетативний, психоемоційний, гормональний та обмінно-ендокринний статуси.*

Результати дослідження та їх обговорення. *У ході дослідження було з'ясовано, що, починаючи з першого року після операції, у жінок після гістеректомії розвивається симптомокомплекс, який призводить до розвитку нейровегетативних, психоемоційних, гормональних, а в подальшому й метаболічних порушень (ожиріння I-II ступеня за андройдним типом, підвищення артеріального тиску, підвищення атерогенного потенціалу крові з гіперхолестеремією).*

Висновки. *Таким чином, аналізуючи дані, що ми отримали, можна стверджувати, гістеректомія є несприятливим чинником щодо розвитку метаболічного синдрому та серцевої патології.*

Ключові слова: *гістеректомія, постгістеректомічний синдром, нейровегетативні порушення, психоемоційні порушення, гормональний статус, метаболічний синдром.*

За даними літератури, з радикальних операцій на внутрішніх статевих органах у жінок найбільш частими є надпихвова ампутація та екстирпація матки (62,4 %) [1, 4].

Незалежно від обсягу операції в 60–80% хворих розвивається постгістеректомічний синдром (ПГС), що проявляється у вигляді вегето-судинних, психоемоційних та обмінно-ендокринних порушень [3, 5].

Вегето-судинні порушення, що розвиваються в найближчі терміни після операції, імовірно переважно обумовлені залученням до патологічного процесу гіпоталамогіпофізарної системи, а також безпосереднім впливом наркозу й операції [2].

Психоемоційні прояви виникають у 44% хворих і виражені зазвичай у вигляді астеничної депресії з характерними скаргами на сильну стомлюваність, зниження працездатності, млявість, підвищену сльозливість, погіршення сну й пам'яті, емоційну лабільність, дратівливість, плаксивість, зниження слуху, шум у вухах, відчуття оніміння різних ділянок тіла, брак повітря в закритих приміщеннях, депресію. Такі порушення виникають уже на першу добу післяопераційного періоду та можуть значно впливати на відновлювальний період після операції [3].

«Шокова» гормонально-метаболічна перебудова в організмі, психологічний стрес,

пов'язаний з операцією та змінами, що відбуваються, обумовлюють важкий та затяжний перебіг психовегетативного синдрому [3, 4, 5].

Естрогенні рецептори розташовуються не тільки в органах-мішенях, якими є матка й молочні залози, але й у центральній нервовій системі, клітинах кісткової тканини, ендотелію судин, кардіоміоцитах, фібробластах сполучної тканини, уретрі, сечовому міхурі, піхві, м'язах тазового дна, слизових оболонках рота, гортані, кон'юнктиві тощо. Цим пояснюється різноманітність клінічної симптоматики післяопераційних ускладнень. На думку низки авторів, дефіцит естрогену, що виникає після гістеректомії (ГЕ), обумовлений перетином власної зв'язки яєчника та порушенням анастомозу між яєчником матковою артерією, у результаті чого порушується кровопостачання гонад [4]. Щодо сучасних уявлень, дефіцит естрогенів відіграє істотну роль у виникненні метаболічних порушень, зокрема абдомінального ожиріння, інсулінорезистентності, компенсаторної гіперінсулінемії, дисліпідемії та артеріальної гіпертензії (АГ). Дебют або посилення метаболічних порушень, що збігається за часом із згасанням оваріальної функції, дозволили С. Spencer і співавт. в 1997 р висунути концепцію менопаузального метаболічного синдрому (МС) [6, 7, 8].

МЕТА ДОСЛІДЖЕННЯ

Вивчити особливості гормональних, психоемоційних, вегето-судинних та метаболічних процесів у жінок після ГЕ.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Було обстежено 80 жінок віком від 40 до 51 року, найбільш численною була група жінок віком від 40 до 44 років. Обстежені жінки були розподілені на такі клінічні групи: контрольна (I) – 30 практично здорових жінок фертильного віку зі збереженою менструальною функцією, у яких при клінічному, лабораторному та інструментальному обстеженні не виявлено патологічних відхилень; основна (II) – 50 жінок, які перенесли оперативне втручання – ГЕ зі збереженням обох яєчників.

Виразність клімактеричних проявів оцінювали за допомогою обчислення модифікованого менопаузального індексу, запропонованого в 1959 р. Kupperman та співавт. у модифікації О.В. Уварової (1983).

Для діагностики синдрому вегетативної дистонії була використана анкета «Опитувальник для виявлення ознак вегетативних змін» (О.М. Вейна, 1998).

Оцінка емоційного стану за рівнем тривожності проводилася за допомогою шкали Спілбергера (Ch.D. Spielberger, США) у модифікації Ю.Л. Ханіна (1978).

Оцінку гормонального статусу здійснювали шляхом визначення в сироватці крові концентрації статевих (естрадіолу (E_2), прогестерону (П)) і гонадотропних гормонів гіпофіза (фолікулостимулюючого (ФСГ) та лютеїнізуючого (ЛГ)) методом імуноферментного аналізу із застосуванням тест-систем фірми виробництва «Алкор Біо» (СПб, Росія).

Для оцінки метаболічних показників застосовувалися сучасні методи й тести, що характеризують обмінно-ендокринні порушення. Усім жінкам визначали індекс маси тіла (ІМТ) за Вгеу, проводили вимірювання артеріального тиску (АТ) у положенні сидячи, потім через 10 хвилин після легкого фізичного навантаження. Дослідження інсуліну (ІРІ) і С-пептиду проводили шляхом стандартних радіоімунологічних наборів Інституту біохімії АН «Республіки Білорусь «Ріо-Інс-ПГ-125». З метою виявлення порушень ліпідного обміну проводили дослідження: загального холестерину (ЗХС), холестерину ліпопротеїдів високої щільності (ХС ЛПВЩ), холестерину ліпопротеїдів низької щільності (ХС ЛПНЩ), тригліцеридів (ТГ) та індексу атерогенності (ІА). Уміст ЗХС, ТГ, ЛПВЩ, ЛПНЩ визначали ферментативно-колориметричним методом у сироватці крові за допомогою тест-системи фірми Roche Diagnostics (Швейцарія) на автоматичному біохімічному аналізаторі Cobas 6000 (с 501 модуль). Концентрацію ЛПНЩ послідовно обчислювали за формулою W.T. Friedewald (1972). ІА обчислювали за формулою, запропонованою А.М. Клімовим (1977).

Проведена статистична обробка отриманих даних методами варіаційної статистики та рангової кореляції.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Нами було проведено дослідження найбільш ранніх проявів ПГС у жінок після ГЕ (психоемоційних та вегето-судинних порушень). У результаті проведених досліджень у

жінок основної групи вегето-судинні порушення виявлялися у вигляді приливів, кардіалгії та тахікардії, підвищеної пітливості, головного болю.

Слабкий ступінь вираженості клімактеричних проявів за шкалою Куппермана в модифікації О.В. Уварової (1983) спостерігався в 35 (70%) пацієнток II групи, у 12 (24%) жінок відзначався середній ступінь, а тяжкий ступінь вираженості спостерігався лише в 3 (6%) жінок.

Результати обстеження за опитувальником О.М. Вейна (1998) підтвердили формування в післяопераційному періоді в жінок II групи синдрому вегетативної дистонії у 76 % жінок.

Так, результати вегетологічного обстеження в основній групі показали статистично достовірну перевагу вегетативної дистонії над вегетативною рівновагою. Нормотонія вихідного вегетативного тону виявлена у 12 (24%) пацієнток, а в 38 (76%) осіб виявлені ознаки вегетативних розладів.

При вивченні реактивної тривожності (РТ) у 15 (30%) жінок II групи спостерігався низький рівень, помірний рівень тривожності був у 30 (60%) жінок, високий рівень тривожності спостерігався лише в 5 (10%) жінок. Так, середній показник РТ становив $35,1 \pm 1,1$ бала, що дорівнював помірному рівню.

У жінок II групи при вивченні особистісної тривожності (ОТ) й психоемоційної лабільності переважав низький рівень тривожності в 13 (26%) жінок, помірна тривожність спостерігалася в 31 (62%) жінок, висока тривожність спостерігалася лише в 6 (12%) жінок. Середній показник ОТ становив $36,3 \pm 1,16$ бала, що відповідало помірній тривожності.

У всіх 30 (100%) жінок контрольної групи при вивченні ситуаційної та особистісної тривожності спостерігався лише низький рівень тривожності.

Для психопатологічних розладів у жінок II групи характерні високі показники рівня як особистісної, так і реактивної тривожності протягом усього терміну спостереження. Необхідно зауважити, що в жінок усіх вікових груп переважали астеничний і депресивний синдроми.

Дані гормонального обстеження жінок II групи показали достовірне підвищення рівня гонадотропних гормонів, а саме ФСГ і ЛГ крові

порівняно з величиною цього показника в здорових жінок репродуктивного віку з контрольною групою ($p < 0,05$). Що ж до рівня вмісту статевих стероїдних гормонів, то спостерігалось їх зниження ($p < 0,05$). Співвідношення ЛГ/ФСГ у жінок основної групи було нижчим за 1,0, що свідчило про естрогенний дефіцит.

Метаболічні порушення в жінок II групи проявлялися зростанням маси тіла, АТ, змінами ліпідного та вуглеводного обміну. Через 1 рік після операції було констатовано тенденцію до збільшення ІМТ у середньому на 12%. Аналогічна динаміка відзначена й щодо до АТ. Перед операцією 43 (86%) жінки мали нормальний рівень АТ, але до кінця першого року після операції спостерігали в 37 (74%) жінок деякий приріст систолічного АТ і меншою мірою діастолічного АТ.

Аналіз показників вуглеводного обміну не виявив значних відхилень від норми базальних рівнів ІРІ і С-пептиду в жінок основної групи.

При аналізі ліпідного складу крові в жінок II групи вдалося виявити статистично значимі відмінності. Для більшості оперованих пацієнток характерне підвищення атерогенного потенціалу крові, що характеризується гіперхолестеринемією (ЗХС $6,26 \pm 0,16$ ммоль/л) та достовірно відрізнявся від I групи ($p < 0,05$). Також спостерігалось збільшенням таких проатерогенних фракцій, як ХС ЛПНЩ ($4,32 \pm 0,18$ ммоль/л), що достовірно відрізнялося від I групи ($p < 0,05$). Виявлено також достовірне підвищення ТГ ($1,71 \pm 0,02$ ммоль/л) у жінок II групи порівняно з I групою ($p < 0,05$). Концентрація антиатерогенної фракції ХС ЛПВП як найбільш важливої в розвитку атеросклеротичних судинних ускладнень була вірогідно нижче, ніж у здорових осіб I групи, склавши $1,15 \pm 0,02$ ммоль/л у жінок II групи ($p < 0,05$).

Відомо, що при визначенні значущості метаболічних проявів найбільшу роль відіграє не стільки абсолютний рівень холестерину та ліпопротеїдів, скільки їх співвідношення, що виражається у ІА. Інтегральний показник ІА в II групі дорівнював $4,46 \pm 0,65$, що значно перевищував рекомендовані величини та достовірно перевищував цей показник у контрольній $2,91 \pm 0,52$ ($p < 0,05$).

ВИСНОВКИ

Таким чином, ГЕ, що виконана в репродуктивному віці, сприяє передчасному згасанню функції яєчників, тому збереження яєчників не може повною мірою забезпечити профілактику розвитку ПГС. Починаючи з першого року після операції, у жінок після ГЕ розвивається симптомокомплекс, що проявляється розвитком нейровегетативних, психоемоційних, гормональних, а в подальшому й метаболічних порушень (ожиріння I-II ступеня за андройдним типом, підвищення АТ, підвищення атерогенного потенціалу крові з гіперхолестеремією). Аналізуючи дані, що ми отримали, можна стверджувати, що ГЕ є несприятливим чинником щодо розвитку метаболічного синдрому та серцевої патології.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Аккер Л.В. Клинические и метаболические последствия хирургической и естественной менопаузы и их гормональная коррекция / Л. В. Аккер, А.П. Павлова, А. И. Гальченко // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2007. – Т. 7, № 1. – С. 46–51.
2. Вегетативные расстройства: клиника, диагностика, лечение : рук. / под ред. А. М. Вейна. – М.: Медицинское информационное агентство, 1998. – 752 с.
3. Возможность безопасного купирования психоэмоциональных и вегетососудистых климактерических симптомов / А.Л. Тихомиров, И.А. Легкоева, В. Я. Гутникова, Т. В. Деды // Здоровье женщины. – 2009. – № 9. – С. 148–149.
4. Гистерэктомия как триггер эволюции метаболического синдрома / Н.М. Подзолкова, В. И. Подзолков, Т. И. Никитина [и др.] // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2009. – № 6. – С. 60–64.
5. Каюмова Д. Т. Менопаузальный метаболический синдром / Д. Т. Каюмова // Новости дерматологии и репродуктивного здоровья. – 2008. – № 1. – С. 38–41.
6. Подзолков В.И. Гормональный континуум женского здоровья. Эволюция сердечно-сосудистого риска // Медицинские аспекты здоровья женщины. – 2006. – №1. – С. 2-7.
7. Brussaard H.E. Short-term estrogen replacement therapy improves insulin resistance, lipids and fibrinolysis in postmenopausal women with NIDDM / H.E. Brussaard, L.A. Geversen Leuven, M. Frolich // Diabetologia. – 1997. – № 40. – P. 843-849.
8. Grundy S. M. Metabolic syndrome pandemic / S. M. Grundy // Arterioscler. Thromb. Vasc. Biol. – 2008. – Vol. 28, N 4. – P. 629-636.

РЕЗЮМЕ**КЛИНИКО-МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ
ПОСЛЕДСТВИЯ
ПОСТГИСТЕРЭКТОМИЧЕСКОГО
СИНДРОМА**

Н.А. ЩЕРБИНА, Е.И. СКОРБАЧ, Ю.И.
СКОРБАЧ, А.А. ДЫННИК,
О.А. КУЗЬМИНА

В последние годы отмечается рост числа гинекологических заболеваний в молодом возрасте, требующие радикального оперативного вмешательства.

Цель исследования. Изучить особенности гормональных, психоэмоциональных, вегетососудистых и метаболических процессов у женщин после гистерэктомии.

Материалы и методы исследования. Было обследовано 80 женщин, в возрасте от 40 до 51 года. В основную группу вошли 50 женщин после гистерэктомии с сохранением обоих яичников. Контрольную группу составили 30 практически здоровых женщин с сохраненной менструальной функцией. С помощью клинического наблюдения и клинико-лабораторного обследования оценивали состояние больных, исследовали нейровегетативный, психоэмоциональный, гормональный и обмен-эндокринный статусы.

Результаты исследования и их обсуждение. В ходе исследования было выяснено, что, начиная с первого года после операции, у женщин после гистерэктомии развивается симптомокомплекс, приводящий к развитию нейровегетативных, психоэмоциональных, гормональных, а в дальнейшем и метаболических нарушений (ожирение I-II степени по андройдному типу, повышение артериального давления, повышение атерогенного потенциала крови с гиперхолестеринемией).

Выводы. Таким образом, анализируя полученные нами данные, можно утверждать, что гистерэктомия является неблагоприятным фактором по развитию метаболического синдрома и сердечной патологии.

Ключевые слова: гистерэктомия, постгистерэктомический синдром, нейровегетативные нарушения, психоэмоциональные нарушения, гормональный статус, метаболический синдром.

SUMMARY

CLINICAL METABOLIC IMPLICATIONS OF POSTHYSTERECTOMY SYNDROME

M.O. SHCHERBINA, O.I.SKORBACH,
YU.I.SKORBACH, O.O. DYNNIK,
O.O.KUZMINA

In recent years, there has been an increase in the number of gynecological diseases at a young age, which require radical surgical intervention.

The aim of the study. To study the features of hormonal, psychoemotional, vegetovascular and metabolic processes in women after hysterectomy.

Materials and methods. The study included 80 women at the age of 40-51 years. The basic group consisted of 50 women after hysterectomy with preservation of both ovaries. The control group consisted of 30 practically healthy women with preserved menstrual function. With the help of clinical observation and clinico-laboratory

examination, the condition of patients was evaluated, neurovegetative, psychoemotional, hormonal and endocrine status were studied.

Results of the study and their discussion. In the course of the study it was found that, starting from the first year after the operation, a symptom complex develops in women after hysterectomy, which leads to the development of neurovegetative, psychoemotional, hormonal, and later metabolic disorders (obesity of I-II degree in the android type, increased in blood pressure, increased atherogenic potential of blood with hypercholesterolemia).

Conclusions. Thus, by analyzing the data obtained by us, it can be argued that hysterectomy is an unfavorable factor in the development of metabolic syndrome and cardiac pathology.

Key words: hysterectomy, posthysterectomy syndrome, neurovegetative disorders, psychoemotional disorders, hormonal status, metabolic syndrome.

Свідоцтво про державну реєстрацію друкованого засобу масової інформації:
серія КВ № 21036 – 10836 ПР від 14.11.2014

Замовник:

Громадська організація «Асоціація акушерів-гінекологів України»

Адреса редакції: 04210 м. Київ, пр.Героїв Сталінграда 16

Телефон: (044)411-92-33, +38 050 389 55 20,

E-mail: assistant@aagu.com.ua,

сайт: www.aagu.com.ua/publisher.php

«Збірник наукових праць асоціації акушерів-гінекологів України» приймає до публікації закінчені оригінальні статті, що висвітлюють власну точку зору та огляди літератури в галузі акушерства і гінекології та суміжних дисциплін. В редакції здійснюється відбір, спецредагування та літературне редагування статей. Рішення про можливість публікації статті приймається лише після її рецензування редакційною колегією.

Відповідальність за достовірність фактів та інших відомостей в публікаціях несуть автори. Відповідальність за зміст реклами та її відповідність вимогам законодавства несуть рекламодавці. Редакція і видавці не несуть відповідальності за достовірність інформації, опублікованої в рекламних матеріалах.

Висловлені у надрукованих статтях думки можуть не збігатися з поглядом редакційної колегії.

Передрук матеріалів можливий тільки з письмового дозволу редакції. При передруці посилання на «Збірник наукових праць асоціації акушерів-гінекологів України» обов'язкове.

Підписано до друку 28.07.2017. Формат 60x84 1/8.
Друк офсетний. Папір офсетний. Гарнітура SchoolBookC.
Умов.друк. арк. 38,13.

Тираж 1000 прим. Замовлення № 280717



Друк: ПП «Естеро»
тел. 068 22 62 444
e-mail: esterorv@ukr.net