

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
ДЕПАРТАМЕНТ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ЧЕРНІВЕЦЬКОЇ ОБЛАСНОЇ ДЕРЖАВНОЇ  
АДМІНІСТРАЦІЇ  
ГРОМАДСЬКА ОРГАНІЗАЦІЯ «АСОЦІАЦІЯ ТЕРАПЕВТІВ БУКОВИНИ»**



**Науково-практична конференція з міжнародною участю**

**«АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ КОМОРБІДНОСТІ У  
КЛІНІЦІ ВНУТРІШНЬОЇ МЕДИЦИНИ»**

**присвячена 100-річчю від Дня народження  
професора Самсон Олени Іларіонівни**

**15-16 квітня 2021 року**

**м. Чернівці**

УДК 616-089.168: 616-008.9

**МЕТАБОЛІЧНІ НАСЛІДКИ ГІСТЕРЕКТОМІЇ В ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО  
ВІКУ**

*Щербина М.О., Скорбач О.І.*

Харківський національний медичний університет м.

Харків, hnmu\_akusherstvo1@ukr.net

В останні роки відзначається зростання кількості гінекологічних захворювань, що вимагають радикального оперативного втручання в молодому віці. Гістеректомія (ГЕ), навіть із збереженням яєчникової тканини, найчастіше супроводжується появою нейро-вегетативних та обмінно-ендокринних порушень. Крім цього, суттєво збільшується ризик серцево-судинних захворювань, остеопорозу, атеросклерозу.

**Мета дослідження:** оцінити ризики виникнення метаболічних станів у жінок після ГЕ.

**Матеріали та методи дослідження.** Було обстежено 60 жінок віком від 40 до 51 року. Обстежені жінки були розподілені на такі клінічні групи залежно від давності оперативного втручання: I група – 20 жінок, які перенесли оперативне втручання – ГЕ зі збереженням обох яєчників 1 рік тому. II група - 20 жінок, які перенесли оперативне втручання – ГЕ зі збереженням обох яєчників 3 роки тому. Групу контролю склали 20 практично здорових жінок фертильного віку зі збереженою менструальною функцією, у яких при клінічному, лабораторному та інструментальному обстеженні не виявлено патологічних відхилень.

Усім жінкам вимірювали окружність талії, масу тіла, зріст та розраховували індекс маси тіла (ІМТ), проводили вимірювання артеріального тиску (АТ). Проводили дослідження ліпідного спектру, інсуліну (ІРІ) і С- пептиду.

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

**Результати.** Через 1 рік після операції в жінок I групи спостерігалася тенденція до збільшення ІМТ у середньому на 11%, але через 3 роки після ГЕ було діагностовано достовірне збільшення ІМТ на 27% ( $p < 0,05$ ).

Перед операцією 35 (87,5%) жінок мали нормальний рівень АТ, але до кінця першого року після операції спостерігали в 15 (75%) жінок деякий

приріст систолічного АТ і меншою мірою діастолічного, але через 3 роки в жінок II групи було виявлено вірогідне збільшення систолічного АТ ( $p < 0,05$ ).

Аналіз показників вуглеводного обміну не виявив значних відхилень від норми базальних рівнів ІРІ і С-пептиду в жінок I та II групах.

При дослідженні ліпідного спектру в жінок I групи через 1 рік після операції було виявлено високі рівні загального холестерину та холестерину ліпопротеїнів низької щільності, які прогресували до 3 року після оперативного втручання та достовірно відрізнялися від групи контролю ( $p < 0,05$ ). Рівень тригліцеридів значно перевищував показники контрольної групи вже через 1 рік після операції та поступово збільшувався в жінок II групи ( $p < 0,05$ ). Концентрація антиатерогенної фракції холестерину ліпопротеїнів високої щільності як найбільш важливої в розвитку атеросклеротичних судинних ускладнень, була вірогідно нижче, ніж у здорових осіб контрольної групи, склавши  $1,15 \pm 0,02$  ммоль/л у жінок I групи та поступово зменшувалася в жінок II групи  $1,12 \pm 0,02$  ммоль/л ( $p < 0,05$ ). Інтегральний показник коефіцієнта атерогенності перевищував рекомендовані величини в I та II групах, найбільш істотне збільшення якого відзначалося через три роки після операції порівняно з контрольною групою ( $p < 0,05$ ).

Таким чином, починаючи з першого року після операції, у жінок після ГЕ, навіть при збереженні яєчників, розвивається та прогресує до третього року комплекс метаболічних порушень (ожиріння I-II ступеня за андройдним типом, підвищення АТ, підвищення атерогенного потенціалу крові з гіперхолестеремією), який сприяє підвищенню ризику розвитку серцево-судинних захворювань. Отже, необхідно шукати альтернативу гістеректомії для лікування доброякісних гінекологічних станів.