

Порівняльні особливості різних форм апоплексії яєчника

У. В. Павлик

Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика,
м. Київ

Мета дослідження: аналіз порівняльних аспектів у жінок з різними формами апоплексії на сучасному етапі.

Матеріали та методи. Було проведено клініко-лабораторне обстеження 140 жінок, з яких 65 хворих на анемічну форму апоплексії яєчника, яким вперше виконано лапароскопічні операції. Ці пацієнтки були включені в проспективне дослідження і розподілені на групи залежно від використаного під час операції методу гемостазу. До 1-ї групи увійшли 35 хворих, гемостаз яким здійснювали за допомогою біполярної коагуляції, до 2-ї групи – 30 пацієнток, кровотеча з яєчника в яких була зупинена за допомогою накладення швів. Неодноразово оперовані жінки були включені в 3-ю і 4-у групи – 21 і 19 жінок відповідно. Розподіл по групах проведено «сліпим» методом. До групи порівняння увійшли 35 хворих з лапароскопічно підтвердженою больовою формою апоплексії яєчника, що отримали консервативне лікування.

У дослідження включали хворих зі стабільними показниками гемодинаміки перед втручанням і тривалістю госпіталізації не більше 24 год. Усі операції були виконані однією і тією самою хірургічною бригадою. Критеріями виключення з дослідження були внутрішньочеревна кровотеча внаслідок розриву доброякісної пухлини або ендометріодної кісти яєчника; наявність в анамнезі оперативних втручань на яєчниках; а також вживання комбінованих оральних контрацептивів або застосування методів стимуляції суперовуляції екзогенними гонадотропінами менш ніж за 3 міс до операції. **Результати.** Аналіз результатів передопераційного обстеження свідчить, що більш ніж у половини хворих були відсутні будь-які провокуючі чинники апоплексії яєчника. Досліджувані групи не відрізнялися за характером клінічних проявів анемічної форми апоплексії яєчника, частоті анемії, ультразвуковим показникам об'ємів ураженого яєчника і вільної рідини в порожнині таза, параметрам передопераційної підготовки. Група порівняння відрізнялася від досліджуваних груп лише значно меншим об'ємом вільної рідини в порожнині таза, виявленим при ехографії, і показаннями до проведення діагностичної лапароскопії. Після підтвердження діагнозу анемічної форми апоплексії яєчника всім хворим було здійснено оперативне лікування. У більшості хворих групи порівняння – 28 (80%) – після підтвердження діагнозу больової форми апоплексії яєчника і за відсутності в черевній порожнині значної кількості серозної рідини жодних подальших хірургічних маніпуляцій не виконували. Семи (20%) пацієнткам цієї групи з об'ємом серозного ексудату більше 200 мл була виконана його евакуація і промивання порожнини таза фізіологічним розчином.

Усі операції були виконані лапароскопічним доступом без переходу до лапаротомії, також не було інтраопераційних ускладнень. Дренування черевної порожнини було здійснене лише 2 (3,1%) хворим. У 13 (37,1%) хворих 1-ї групи 11 (36,7%) операцій зупинки кровотечі з яєчника поєднувалися з іншими втручаннями ($p>0,05$). Найчастішою поєднаною операцією було розділення спайок у порожнині малого таза, яке було виконано 8 (23%) хворим 1-ї групи і 6 (20%) хворим 2-ї групи ($p>0,05$). Трьом (8,6%) хворим 1-ї групи і 4 (13,3%) паці-

сенткам 2-ї групи виконана коагуляція вогнищ ендометріозу ($p > 0,05$). Двом хворим 1-ї групи видалено дрібні (до 2 см в діаметрі) субсерозні міоматозні вузли на ніжці.

Заключення. Результати проведених досліджень свідчать, що єдиною значущою відмінністю між двома досліджуваними групами був показник тривалості оперативного втручання ($p < 0,05$). Операції були майже в 1,5 раза тривалішими у 2-й групі хворих, гемостаз яким здійснювали за допомогою накладення швів на яєчник.

Результати аналізу цифрових записів оперативного посібника зафіксували, що причиною збільшення його тривалості є сам етап гемостазу, що передбачав у 100% вишування кісти і накладення одного або декількох швів на рану яєчника. Тривалість етапу зростала внаслідок того, що лапароскопічне накладення швів, особливо з інтракорпоральним зв'язуванням вузлів, є досить трудомісткою процедурою.

Жодних значущих відмінностей між групами в середньому об'ємі крововтрати, частоті поєднаних операцій, післяопераційному веденні, перебігу післяопераційного періоду і тривалості перебування в стаціонарі виявлено не було.

Ключові слова: апоплексія яєчника, різні форми, порівняльні особливості.

Апоплексія яєчника (АЯ) – хвороба жінок репродуктивного віку, 75% яких молодше 30 років, близько 40% підлягають операції з огляду на анемічну форму апоплексії яєчника (АФАЯ), а 40–62% з них оперуються неодноразово через рецидив захворювання [1–8]. АЯ може бути однією з причин жіночого безпліддя, лікування якого визиває певні труднощі на сучасному етапі [9–15]. З огляду на це, поза сумнівом, актуальним є вивчення клінічних аспектів у жінок, прооперованих з приводу АФАЯ, причому як до, так і після операції.

Мета дослідження: аналіз порівняльних аспектів у жінок з різними формами апоплексії на сучасному етапі.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для вирішення поставленої мети було проведене клініко-лабораторне обстеження 140 жінок, з яких 65 хворих на АФАЯ, яким вперше проведено лапароскопічні операції. Ці пацієнтки були включені в проспективне дослідження і розподілені на групи залежно від використаного під час операції методу гемостазу:

- 1-а група – 35 хворих, гемостаз яким здійснювали за допомогою біполярної коагуляції,
- 2-а група – 30 пацієнток, кровотеча з яєчника в яких була зупинена за допомогою накладення швів.

До 3-ї і 4-ї груп були включені неодноразово оперовані жінки – 21 і 19 пацієнток відповідно. У досліджувані групи хворі були рандомізовані «сліпим» методом. У дослідження увійшли хворі із стабільними показниками гемодинаміки перед втручанням і тривалістю госпіталізації не більше 24 год. Усі операції були виконані однією і тією самою хірургічною бригадою.

Критерії виключення з дослідження:

- внутрішньочеревна кровотеча внаслідок розриву доброякісної пухлини або ендометріодної кісти яєчника;
- наявність в анамнезі оперативних втручань на яєчниках;
- вживання комбінованих оральних контрацептивів або застосування методів стимуляції суперовуляції екзогенними гонадотропінами менш ніж за 3 міс до операції.

До групи порівняння увійшли 35 хворих з лапароскопічно підтвердженою больовою формою АЯ (БФАЯ), що отримали консервативне лікування.

Перинатологія та репродуктологія: від наукових досліджень до практики | **Perinatology and reproductology:** from research to practice

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

З метою визначення схожості і відмінностей між групами в обстежених жінок було проведено порівняльний аналіз відомостей про вік, перенесені в різні періоди життя екстрагенітальні і гінекологічні захворювання й операції, супутні хвороби АЯ, шкідливі звички, стан менструальної, статевий і репродуктивної функцій.

Середній вік пацієнток у 1-й і 2-й досліджуваних групах становив $30,8 \pm 3,2$ року і $31,35 \pm 2,95$ року відповідно; у 3-й і 4-й групах неодноразово оперованих – $33,1 \pm 3,2$ року і $33,15 \pm 3,05$ року відповідно. Середній вік пацієнток групи порівняння ($30,4 \pm 3,5$ року) статистично не розрізнявся ($p > 0,05$).

Згідно з отриманими даними всі групи характеризувалися високою частотою перенесених інфекційних захворювань у дитячому віці (76,7–90,5%) і гострих респіраторних інфекцій і ангін (85,7–94,3%). У структурі супутньої патології АЯ переважали захворювання травного тракту (14,2–16,7%) (виразкова хвороба шлунка і дванадцятипалої кишки, хронічний гастрит, хронічний некалькульозний холецистит) і соматоформна дисфункція вегетативної нервової системи (11,4–15,7%). Відмінності між групами в частоті перенесених і супутніх екстрагенітальних захворювань не мали статистично значущих відмінностей ($p > 0,05$).

Найчастіше серед перенесеної гінекологічної патології зустрічалися захворювання запальної етіології. Серед них переважали інфекції, що передаються статевим шляхом (ІПСШ) (70%), гострий і підгострий неспецифічний сальпінгоофорит (45%) та ерозія шийки матки (46%). У 4-й групі частота перенесеного запалення придатків матки (63%) була значно вищою, ніж у 1-й групі і групі порівняння ($p < 0,05$), а в 3-й групі (76%) вище, ніж у всіх інших групах, окрім 4-ї групи ($p < 0,05$). Частота ерозій шийки матки у 4-й групі статистично значущо перевищувала таку в усіх інших групах ($p < 0,01$).

Близько чверті жінок (23%) були раніше оперовані з приводу трубної вагітності, у всіх випадках було виконано видалення маткової труби лапароскопічним доступом. Жодних інших порожнинних гінекологічних операцій у хворих 1-ї і 2-ї груп і групи порівняння не було, окрім розродження шляхом кесарева розтину, частота якого в групах статистично не відрізнялася і становила від 10,5% до 14,3% ($p > 0,05$).

Жінки 3-ї групи були двічі оперовані з приводу АФАЯ, з них у більшості – 17 (81%) обидві операції було виконано лапароскопічним доступом. У 3 (14,3%) жінок уперше, а в 1 (4,8%) – обидва втручання було виконано шляхом череворозтину. Серед жінок 4-ї групи 16 (84,2%) були оперовані з приводу АФАЯ тричі, всі операції у них виконані лапароскопічним доступом. Дві (10,5%) жінки 4-ї групи перенесли по 4 операції у зв'язку з АФАЯ, одна з яких була лапаротомічним доступом. Одну (5,3%) жінку було оперовано 5 разів, з яких 2 рази шляхом череворозтину. У всіх випадках лапаротомічних втручань зупинка кровотечі була виконана за допомогою накладення швів, а при лапароскопії в 100% випадків була використана біполярна коагуляція.

Переважна більшість жінок у групах (85,7–100%) до оперативних втручань жили статевим життям ($p > 0,05$). Більш ніж 80% жінок у групах були у шлюбі (цивільному, церковному або фактичному) і велика частина їхніх сексуальних контактів відбувалася з єдиним статевим партнером.

Частка жінок, що жили статевим життям і на момент операції (у випадках неодноразово оперованих – останньої) тих, хто планував настання вагітності в найближчі 5 років, була статистично значущо меншою у 3-й і 4-й групах (52,4% і 55,6% відповідно), ніж в останніх групах ($p < 0,05$). Проте частка жінок, які раніше вагітніли, була значно вища у 3-й і 4-й групах (61,9% і 55,6% відповідно), ніж у 1-й і 2-й групах

(26,7% і 25,0% відповідно) і групі порівняння (19,4%) ($p < 0,05$). До операції (у випадках неодноразово оперованих – останньої) зареєстровано 131 вагітність у 44 жінок із загального числа включених у дослідження. Менш третини вагітностей (32%) закінчилися пологамі.

Частота пологів у 4-й групі була найбільшою – 38,5%, проте не мала статистичних відмінностей від такої в останніх групах ($p > 0,05$). Частка тих, хто народжували у 3-й групі (42,9%) була значно більшою, ніж у 1-й і 2-й групах і групі порівняння (20%, 10,7% і 10,7% відповідно) ($p < 0,01$), а в 4-й групі (33,3%) значно більшою, ніж у групі порівняння ($p < 0,05$).

Частота штучного переривання вагітності у 3-й групі (55%) була значно більшою, ніж у 1-й, 2-й групах і групі порівняння ($p < 0,05$). У 4-й групі цей показник теж був високим (46,1%), проте статистично значущо відрізнявся лише від такого у 2-й групі ($p < 0,05$).

Частота ектопічної (трубної) вагітності у 3-й і 4-й групах (10% і 15,4% відповідно) була набагато нижче, ніж у 1-й, 2-й групах і групі порівняння, проте статистичної значущості ця різниця досягала лише у 3-й групі ($p < 0,05$).

У 3 (10%) жінок 1-ї групи, у 2 (6,6%) 2-ї групи, в 1 (4,8%) 3-ї групи й у 2 (10,5%) 4-ї групи спостерігали відсутність вагітностей протягом 2 років при статевому житті без запобігання вагітності. Жодного обстеження і лікування з приводу безпліддя у цих жінок не проводилося.

Аналізуючи дані анамнезу у хворих АЯ, можна зробити деякі висновки. Не було виявлено будь-яких відмінностей між групами у середньому віці жінок, частоті перенесеній і супутній екстрагенітальній патології. Для всіх пацієнток була характерною наявність несприятливого преморбідного фону, особливо щодо інфекційних захворювань, перенесених в дитячому віці, гострих респіраторно-вірусних захворювань і ангін, а також куріння.

Значних відмінностей у менструальній функції між групами виявлено не було, окрім більшої частки жінок з антепонуємим менструальним циклом у 4-й групі.

У групах повторно оперованих жінок відзначена велика частота захворювань запальної етіології (сальпінгоофорит, ерозія шийки матки), що свідчить на користь можливого взаємозв'язку між запаленням внутрішніх статевих органів і АЯ. Цікаво, що подібного взаємозв'язку з трубною вагітністю виявлено не було, частота вагітностей цієї локалізації у жінок 3-ї і 4-ї груп була меншою, ніж у всіх останніх групах.

У групах неодноразово оперованих жінок відзначено меншу порівняно з 1-ю, 2-ю групами і групою порівняння частка жінок, що планують настання вагітності. Це можна пояснити тим, що у 3-й і 4-й групах частка жінок, що вагітніли і народжували, була значно більше, тобто репродуктивна функція була виконана у більшого числа жінок. Цим же можна пояснити і велику частоту штучного переривання вагітності у жінок 3-ї і 4-ї груп.

Оцінювання результатів хірургічного лікування 100 хворих на АФАЯ проведена на підставі порівняльного аналізу передопераційної діагностики і підготовки, основних параметрів операції, клініко-лабораторних показників перебігу раннього післяопераційного періоду, найближчих і віддалених результатів хірургічного лікування. Додатково проведено дослідження показників оваріального резерву і віддалених результатів хірургічного лікування 40 жінок, що перенесли неодноразові операції з приводу АФАЯ.

Згідно з отриманими результатами, більшість хворих були госпіталізовані службою швидкої допомоги. З них 36 (25,7%) – у першу годину, 53 (37,8%) – у перші 6 год, 21 (15%) – у перші 12 год від початку захворювання. Водночас 12 (8,6%) хво-

рих були госпіталізовані в період 12–24 год від початку захворювання, 18 (12,9%) пацієнток самостійно звернулися в приймальне відділення лікарні в термінах пізніше за 24 год від моменту погіршення самопочуття.

Розвиток клінічної картини (больова форма апоплексії яєчника) БФАЯ спостерігався на 12–18-й день менструального циклу (у середньому на $16,30 \pm 2,34$ день), а АФАЯ – на 14–32-й день циклу (у середньому на $20,95 \pm 6,34$ день) ($p > 0,05$).

У 31,1% хворих АЯ була спровокована статевим актом, у 17% – фізичним навантаженням. Більш ніж у половини обстежуваних хворих (51,9%) чинники, провокуючі АЯ, встановлені не були.

Будь-яких статистичних відмінностей між групами за частотою тих або інших клінічних проявів виявлено не було ($p > 0,05$). Усі хворі під час госпіталізації пред'являли скарги на біль у нижніх відділах живота з іррадіацією в 57–60% хворих в задній прохід, в 26–33% – у поперекову ділянку і в 10% – в ділянку пупка і праве підреб'я. Більше половини хворих (51–57%) відзначали слабкість і запаморочення, у 5–7% жінок у групах спостерігалися короточасні непритомні стани. Підвищення температури тіла до субфебрильних цифр зафіксовано у 20–23% хворих. У 10–11% хворих досліджуваних груп АЯ супроводжувалася ознобом. Нудота, однократне блювання і сухість у роті відзначені в 11–13%, 6% і 20–23% спостережень відповідно. Кров'янисті виділення, що виникли в середині циклу, спостерігалися в 9–11% хворих, а в 10–11% – після затримки менструації.

У всіх пацієнток при фізикальному обстеженні виявлені симптоми роздратування очеревини різного ступеня вираженості, а в 10–11% хворих виявлений френікус-симптом. При бімануальному дослідженні у всіх хворих була різка хворобливість при пальпації ділянки придатків матки і заднього зведення піхви.

Усім хворим із затримкою менструації для виключення можливої вагітності проводили дослідження Р-субодиноці хоріонічного гонадотропіну.

У 6 (17,1%) хворих 1-ї групи і 6 (20%) пацієнток 2-ї групи виявлена анемія легкого ступеня тяжкості ($p > 0,05$). Середні показники передопераційного загального аналізу крові в групах наведені незначущо відрізнялися від нормальних. У хворих на АФАЯ відзначений помірний лейкоцитоз з невеликим паличкоядерним порушенням вліво.

Статистичних відмінностей між досліджуваними групами за цими параметрами не виявлено ($p > 0,05$).

Для уточнення попереднього діагнозу АЯ, встановленого на підставі даних анамнезу, фізикального і бімануального дослідження, виконували ехографічне обстеження органів малого таза. У всіх хворих була виявлена вільна рідина в порожнині таза позаду матки. Кількість вільної рідини у хворих 1-ї групи коливалась від 150 мл до 430 мл і в середньому становила $300,64 \pm 26,87$ мл, у 2-ї групі – від 250 мл до 390 мл, у середньому – $292,92 \pm 24,51$ мл ($p > 0,05$). У групі порівняння кількість виявленої в порожнині таза рідини коливалась від 50 мл до 230 мл, у середньому – $100,21 \pm 12,1$ мл об'єм був значно меншим, ніж у досліджуваних групах ($p < 0,05$).

У пацієнток групи порівняння середнє значення М-ехо-камери ($8,15 \pm 0,81$ мм) було менше, ніж у хворих 1-ї і 2-ї груп ($19,15 \pm 0,71$ мм і $9,57 \pm 1,04$ мм відповідно), але статистичної значущості ці відмінності не мали ($p > 0,05$). Середні ультразвукові показники об'єму ураженого яєчника в досліджуваних групах і групі порівняння були більше норми, але статистично не відрізнялися ($p > 0,05$).

Для уточнення характеру вільної рідини, виявленої в черевній порожнині при ТВУЗД у кількості менше 100 мл, 8 (22,8%) хворим 1-ї групи і 8 (26,6%) пацієнткам 2-ї групи було проведено кульдоцентез. У всіх випадках у пункті була виявлена кров.

У всіх групах апopleксія правого яєчника спостерігалася значно частіше, ніж лівого.

Остаточний діагноз у всіх хворих досліджуваних груп і групи порівняння був встановлений у ході діагностичної лапароскопії. Свідченнями до проведення діагностичної лапароскопії вважали виражені клінічні ознаки внутрішньочеревної кровотечі (біль, симптоми роздратування очеревини, зниження рівня гемоглобіну в крові); наявність вільної рідини в матково-ректальному поглибленні в кількості, що перевищує 100 мл за даними ехографії; наявність крові в черевній порожнині, підтверджена результатами кульдоцентезу, відсутність ефекту від консервативної гемостатичної терапії, що проводиться, і необхідність диференціальної діагностики з іншими захворюваннями черевної порожнини, що виявляються симптоматикою «гострого живота». Усі хворі мали стабільні показники гемодинаміки до втручання, а тривалість їх госпіталізації не перевищувала 24 год.

У більшості хворих 1-ї і 2-ї груп були поєднання наведених вище показань, найчастішим з яких була наявність вираженої симптоматики і більш ніж 100 мл вільної рідини в черевній порожнині за даними ехографії – у 24 (68,6%) і 20 (66,7%) відповідно. У 5 (13,3%) хворих 1-ї групи і 4 (14,35%) хворих 2-ї групи зафіксовано не ефективну консервативну гемостатичну терапію, з них у 3 (6,7%) і 2 (8,7%) жінок відповідно відзначена негативна динаміка рівня гемоглобіну крові. Більшості жінок групи порівняння – 32 (91%) – лапароскопія була проведена за рекомендацією загального хірурга у зв'язку з диференціальною діагностикою гострого апендициту.

Усім хворим лапароскопії виконували в умовах загального знеболення (ендотрахеальний наркоз).

Підводячи підсумок аналізу результатів передопераційного обстеження, слід зазначити, що більш ніж у половини хворих були відсутні будь-які провокуючі чинники АЯ. Досліджувані групи не відрізнялися за характером клінічних проявів АФАЯ, частоті анемії, ультразвуковим показником об'ємів ураженого яєчника і вільної рідини в порожнині таза, параметрам передопераційної підготовки. Група порівняння відрізнялася від досліджуваних груп лише значно меншим об'ємом вільної рідини в порожнині таза, виявленим при ехографії і структурі показань до проведення діагностичної лапароскопії.

Після підтвердження діагнозу АФАЯ усім хворим було здійснено оперативне лікування. У 28 (80%) жінок групи порівняння після підтвердження діагнозу БФАЯ і за відсутності в черевній порожнині значної кількості серозної рідини жодних подальших хірургічних маніпуляцій не виконували. Семи (20%) пацієнткам цієї групи з об'ємом серозного ексудату більше 200 мл була виконана його евакуація і промивання порожнини таза фізіологічним розчином.

Тривалість операції визначали як проміжок часу між початком першого розрізу шкіри черевної стінки і закінченням накладення шва на останню шкірну рану.

Під час оцінювання тривалості операції, а також тривалості етапу здійснення гемостазу були виявлені статистично значущі відмінності між досліджуваними групами. Так, тривалість оперативного втручання у 1-й групі варіювала від 20 хв до 45 хв, у середньому становила $26,9 \pm 8,7$ хв, тоді як у 2-й групі вона коливалась від 25 хв до 60 хв, у середньому була значно більшою – $39,5 \pm 9,5$ хв ($p < 0,05$). Слід зазначити, що середня тривалість здійснення гемостазу у жінок 2-ї групи становила $11,3 \pm 2,8$ хв і також була більшою, ніж у 1-й групі ($6,6 \pm 3,5$ хв), що і відобразилось на відмінностях у загальній тривалості операції ($p < 0,05$). Об'єм

операційної крововтрати становив у 1-й групі від 150 мл до 1800 мл (у середньому – $498,4 \pm 150,8$ мл), у 2-й групі – від 100 мл до 1900 мл (у середньому – $415,3 \pm 134,0$ мл). Відмінності в середньому об'ємі крововтрати не мали клінічного та статистичного значення ($p > 0,05$).

Усі операції були виконані повністю лапароскопічним доступом, не було жодного переходу до лапаротомії. Інтраопераційних ускладнень не було. Дренування черевної порожнини було здійснене лише 2 (3,1%) хворим.

У 13 (37,1%) жінок 1-ї групи та 11 (36,7%) операцій зупинки кровотечі з яєчника поєднувалися з іншими втручаннями ($p > 0,05$). Найчастішою поєднаною операцією було розділення спайок в порожнині малого таза, яке було виконано 8 (23%) хворим 1-ї групи і 6 (20%) хворим 2-ї групи ($p > 0,05$). Трьом (8,6%) хворим 1-ї групи і 4 (13,3%) пацієнткам 2-ї групи виконана коагуляція вогнищ ендометріозу ($p > 0,05$). Двом хворим 1-ї групи було виконано видалення дрібних (до 2 см у діаметрі) субсерозних міоматозних вузлів на ніжці.

Усі хворі отримували під час операції антибіотикопрофілактику шляхом внутрішньовенного введення цефалоспоринів 2-го покоління у дозі 1 г.

Епізодично лихоманку у післяопераційний період фіксували лише у 2 (2,8%) пацієнток 1-ї групи. У середньому нормалізація температури відбувалася до 3 діб у 1-й групі і до 4 діб у 2-й групі.

Усі макропрепарати, отримані під час операції у 22 (63%) пацієнток 1-ї групи і у всіх 30 (100%) хворих 2-ї групи, були гістологічно досліджені. У більшості хворих 1-ї і 2-ї груп діагностований крововилив в стінку кісти жовтого тіла – у 16 (74,9%) і 24 (79,1%) відповідно. Наступною за частотою та гістологічно підтвердженою причиною АФАЯ був крововилив у стінку фолікулярної кісти: у 4 (16,8%) хворих 1-ї групи і 4 (14,9%) жінок 2-ї групи. Найбільш рідким патоморфологічним діагнозом був паренхіматозний крововилив, виявлений у 2 (8,3%) пацієнток 1-ї групи і 2 (6%) осіб 2-ї групи.

Тривалість перебування хворих обох досліджуваних груп у стаціонарі варіювала від 2 до 6 діб і в середньому становила $3,8 \pm 1,9$ доби у 1-й групі і $4,1 \pm 1,5$ доби у 2-й групі ($p > 0,05$).

Під час виписки із стаціонару всім хворим рекомендували вживання комбінованих оральних контрацептивів строком на 1–3 міс як для профілактики повторної АЯ, так і (в тих, хто живуть статевим життям) для запобігання вагітності.

ВИСНОВКИ

Результати проведених досліджень свідчать, що єдиною значущою відмінністю між двома досліджуваними групами був показник тривалості оперативного втручання ($p < 0,05$). Операції були майже в 1,5 раза тривалішими у 2-й групі хворих, гемостаз яким здійснювали за допомогою накладення швів на яєчник. Аналізуючи цифрові записи оперативного посібника визначили, що причиною збільшення його тривалості є сам етап гемостазу, який передбачав у 100% вилущування кісти і накладення одного або декількох швів на рану яєчника. Тривалість етапу зростала внаслідок того, що лапароскопічне накладення швів, особливо з інтракорпоральним зав'язуванням вузлів, є досить трудомісткою процедурою.

Жодних значущих відмінностей між групами у середньому об'ємі крововтрати, частоті поєднаних операцій, післяопераційному веденні, перебігу післяопераційного періоду і тривалості перебування в стаціонарі виявлено не було.

Comparative features of different forms of ovarian apoplexy

U. V. Pavlik

The objective: to learn comparative aspects for women with the different forms of apoplexy on the modern stage.

Materials and methods. It was conducted clinical-and-laboratory inspection 140 women from which – 65 patients by the anaemic form of ovarian apoplexy, that first added to the laparoscopic operations. These patients were plugged in prospective research and part on two groups depending on the method to hemostasis used during an operation. A to 1 group entered 35 patients, hemostasis which carried out by bipolar coagulation, in 2 groups – 30 patients, bleeding from an ovary in which was shut-down by imposition of guy-sutures. Repeatedly operated women were included in the 3rd and 4th groups – 21 and 19 women, respectively.

In that or other group patients were taken away by a «blind» method. In research patients joined with the stable indexes of hemodynamics before interference and duration of hospitalization not more than 24 hours. All operations were executed by a the same surgical brigade. The criteria of exception from research were intra-abdominal bleeding as a result of break of benign tumour or endometrioid ovarian cyst; a presence in anamnesis of operative interferences is on ovaries; and also reception of the combined oral contraceptives or use of methods of stimulation of superovulation exogenous gonadotropins less than 3 months prior to an operation. The group of comparison was made 35 patients from laparoscopic by the confirmed pain form of ovarian apoplexy, that got conservative treatment.

Results. Working the it is possible to say out total of analysis of results of preoperative inspection, that more than any procataxis of ovarian apoplexy absented in the halves of patients. The investigated groups did not differ on character of clinical displays of anaemic form of ovarian apoplexy, frequency of anaemia, ultrasonic indexes of volumes of the staggered ovary and free fluidity in the cavity of pelvis, to the parameters of preoperative preparation.

The group of comparison differed from the investigated groups only the considerably less volume of free fluidity in the cavity of pelvis, discovered at an echography and structure of certificates to the leadthrough of diagnostic laparoscopy. After confirmation of diagnosis of anaemic form of ovarian apoplexy to all patients operative treatment was carried out. In majority 28 (80%) patients of group of comparison after confirmation of diagnosis pain form of ovarian apoplexy and in default of in the abdominal region of far of serofluid of no subsequent surgical manipulations did not execute. To 7 (20%) patients of this group with the volume of serosal exsodate more than 200 ml his evacuation and washing to the cavity of pelvis was executed solution.

All operations were executed fully by laparoscopic access, there was not a single passing to laparotomy. Intraoperative complications were not. The catchment of abdominal region was carried out only 2 (3,1%) by a patient. In 13 (37,1%) patients of a 1 group and 11 (36,7%) operations of stop of bleeding from an ovary were combined with other interferences ($p>0,05$). The most frequent united operation was a division of joints in the cavity of small pelvis, which was executed 8 (23%) by the patient of a 1 group and 6 (20%) by a patient 2 groups ($p>0,05$). 3 (8,6%) by the patient of a 1 group and 4 (13,3%) by a patient 2 groups the executed coagulation of hearths of endometriosis ($p>0,05$). Two by the patient of a 1 group the delete of shallow (to 2 see is in a diameter) subserosal myomatous node was executed on a leg.

Conclusion. The results of the conducted researches testify that the unique meaningful difference between two investigated groups was an index of duration of operative interference ($p<0,05$). 1,5 time had operations almost more protracted in 2 groups of patients, hemostasis which carried out by imposition of guy-sutures on an ovary.

At the analysis of digital records of operative manual defined that reason of increase of his duration is the stage to hemostasis which foresaw at a 100% husking of the cysts and impositions of one or a few guy-sutures on the wound of ovary. Duration of the stage grew, as a result of that laparoscopic imposition of guy-sutures, especially with the intracorporal stringing of nodes, is labour intensive enough procedure. No meaningful differences between groups in the middle volume of blood loss, frequency of the united operations, postoperative conduct, motion of postoperative period and duration of stay in permanent establishment discovered it was not.

Keywords: ovarian apoplexy, different forms, comparative features.

Відомості про автора

Павлик Уляна Василівна – аспірант, кафедра акушерства, гінекології і перинатології Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, м. Київ
ORCID: 0000-0002-0598-8797

Information about author

Pavluik Uliana V. – graduate student, department of obstetric, gynecology and perinatology Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Kyiv
ORCID: 0000-0002-0598-8797

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Corr BR, Winter A, Sammel M., 2020. Effectiveness and Safety of Expanded Perioperative Thromboprophylaxis in Complex Gynecologic Surgery. *Gynecol Oncol.*:138(3):81-9. DOI 10.1016/j.ygyno.2015.07.017.
2. Cotirlet A, Motoc I, Nedelcu MD., 2019. Laparoscopy for management of nontraumatic acute abdomen. *Surg Endosc. Other Intervent Techniques.*:28:57-65.
3. Cretel T., 2020. Hemoperitoneum of ovarian origin complicating antivitamin K treatment. *Rev Med Interne.*:21(5):428-34.
4. Emoto M., 2019. Use of transvaginal color Doppler ultrasound in the diagnosis of ovarian bleeding: a report of 10 cases. *Obstet Gynaecol Res.*:24(4):247-50.
5. Fraser HM, Hastings JM, Allan D, Morris KD, Rudge JS, Wiegand SJ., 2019. Inhibition of Delta-Like Ligand 4 Induces Luteal Hypervascularization Followed by Functional and Structural Luteolysis in the Primate Ovary *Endocrinol.*:153(4):1972-83.
6. Gibson ME, Fleming N, Zuidwijk K, Dumont T., 2019. Where Have the Periods Gone? The Evaluation and Management of Functional Hypothalamic Amenorrhea. *J Clin Res Pediatr Endocrinol.*:Feb;12(1):18-27. DOI: 10.4274/jcrpe.galenos.:S0178. PMID: 32041389
7. Gladchuk I, Nazarenko O, Volyanska A, Kozhakov V., 2021. Modern concept of rendering aid to women with ovarian hemorrhages. *Aluna Publis House Emerg Med Serv.*:8(2):84-9.
8. Güler Y, Çalıř H, Şengül S, Özen Ö, Karabulut Z., 2021. Hypovolemic shock due to giant ovarian tumor rupture after minor trauma: A case report. *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg.*:486-9. DOI: 10.14744/ijtes.2020.07045.
9. Hallatt JG, Steele CH, Snyder M., 2019. Ruptured corpus luteum with hemoperitoneum: a study of 173 surgical cases. *Am J Obstet Gynecol.*:149:59-63.
10. Hellmut G. Augustin PD., 2020. Vascular Morphogenesis in the Ovary. *Clin Obstet&Gynaecol.*:14(6):867-882. DOI 10.1053/beog.2000.0132
11. Hong G, Vilz TO, Kalff JC, Wehner S., 2019. Peritoneal adhesion formation. *Chirurg.*:86(2):175-80.
12. Inoue A, Furukawa A, Nitta N, Takaki K., 2020. Optimization of pulse sequences in ultrafast magnetic resonance imaging for the diagnosis of acute abdominal pain caused by gastrointestinal disease. *Acta Radiol Open.*:9(8):2058460120949246.
13. Ibrah Y, Okada M, Ibrah R, Azama K., 2019. CT and MR imaging of gynecologic emergencies radiographics.:37(5):1569-86.
14. Jearwattanakanok K, Yamada S, Suntornlinsiri W, Smuthtai W, Patumanond J., 2019. Validation of the diagnostic score for acute lower abdominal pain in women of reproductive age. *Emerg Med Int.*:2:320926.
15. Johnson VE., 2019. Ovarian apoplexy. *Amer J Surg.*:9(3):538-42.